

Copernic

Flash

Juillet 2004



Après deux Copernic Flashs et une note (Main basse sur l'assurance maladie) consacrés à l'assurance maladie, Copernic poursuit le débat engagé et présente les analyses d'André Grimaldi, professeur de médecine à la Pitié-Salpêtrière.

Fondation Copernic

« Pour remettre à l'endroit tout ce que le libéralisme fait fonctionner à l'envers »

« Pour une autre réforme du système de santé »

André Grimaldi
professeur de médecine à la Pitié-Salpêtrière

L'augmentation du coût de la santé est présentée comme un drame national menaçant la Sécurité Sociale. On insiste essentiellement sur les gaspillages et les abus des médecins et des malades. Certains estiment qu'en réalité la population et notamment les patients ne bénéficient pas de cette inflation des coûts qui n'est due qu'à un manque d'organisation du système de soins. D'autres, à l'opposé, estiment que le « trou de la Sécu » n'existe pas réellement. Il s'expliquerait seulement par le déficit du financement dû aux exonérations des cotisations patronales non remboursées par l'état et au défaut de rentrée des cotisations dues au chômage, auxquels il faudrait ajouter les « charges indues » notamment pour payer les 35 heures. Ces deux explications comportent sûrement une part de la vérité, mais ne nous paraissent pas répondre à l'essentiel.

I - Les raisons de l'augmentation des dépenses de santé

Les chiffres fournis par l'OFCE sont moins « dramatiques » que ceux présentés par le gouvernement. La France se situe au cinquième rang des dépenses de santé dans le monde, après les USA, la Suisse, l'Allemagne et le Canada, avec une augmentation régulière comparable à celle de pays de développement équivalent en dehors toutefois de l'Angleterre.

Fondation Copernic—BP 32—75921 Paris cedex 19
Tel : 06.75.25.77.76 Email : fondation.copernic@ras.eu.org
Http : [//www.fondation-copernic.org](http://www.fondation-copernic.org)

Pour une autre réforme du système de santé

1°) Si les progrès techniques permettent de guérir de plus en plus de maladies, le plus souvent ils ne permettent pas la guérison et débouchent sur des maladies chroniques qui doivent être traitées à vie. Dès lors, face à cet échec médical relatif, tout petit progrès pour le patient devient un progrès important expliquant une augmentation des coûts pour un bénéfice que l'on peut juger somme toute minime. Par exemple dans le diabète, le remplacement des seringues à insuline par des stylos à insuline, le remplacement des comprimés pour mesurer le sucre dans les urines par des bandelettes permettant de mesurer la glycémie capillaire, ont entraîné une augmentation importante des coûts. L'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques entraîne une augmentation de l'espérance de vie, mais au prix de traitements de plus en plus coûteux. Ainsi, l'espérance de vie des diabétiques s'est considérablement allongée, mais parallèlement, de plus en plus de patients diabétiques développent une insuffisance rénale terminale justifiant un traitement par dialyse. Ils représentaient 15 % des nouveaux dialysés il y a 15 ans ; ils représentent aujourd'hui 30 % des nouveaux dialysés (environ 2 300 des 7 000 nouveaux dialysés par an) et dans certaines régions (Alsace, Ile de la Réunion), ce taux atteint 50 %, se rapprochant des 65 % des USA. La dialyse représente 2 % du budget de la Sécurité Sociale. Une greffe rénale est évaluée à 60 000 euros, et on compte environ 2 000 greffes par an. La greffe rein – pancréas est elle chiffrée à 120 000 euros. De même, la trithérapie du SIDA est évaluée à 20 000 euros par an et par patient, pour 100 à 150 000 patients. Un progrès thérapeutique comme les anti TNFa dans la polyarthrite rhumatoïde entraîne un surcoût d'environ 16 à 18 000 euros par patient et par an pour 160 000 patients ...

2°) On se félicite de l'allongement de l'espérance de vie expliquant le vieillissement de la population, mais on oublie de dire que les dernières années de la vie se font au prix de prothèses et d'interventions chirurgicales (cataracte, canal carpien, adénomectomie prostatique, prothèse de genou et de hanche, ...) et de la prise quotidienne de plusieurs médicaments (traitement de l'hypertension artérielle, de l'insuffisance coronaire, de l'insuffisance cardiaque, de l'arthrose ...). Et 85 % des français meurent à l'hôpital entourés de soins, essentiellement para-médicaux (comme on le sait, c'est le personnel qui coûte cher !)

3°) La conception de la santé a changé, et ne se limite plus aujourd'hui à l'absence de maladie. Elle inclut selon l'OMS elle même, la prévention des maladies et plus généralement la sensation de bien être physique et psychique. A défaut d'une réponse en terme de politique de santé, bien souvent la réponse se fait sur le plan individuel en terme de prescription de médicaments.

4°) La société actuelle, à la fois individualiste, productiviste, compétitive, consumériste, et destructurante, insécurisante, marginalisante, excluante, est à l'origine de troubles psychologiques massifs avec deux composantes essentielles : d'une part, l'anxi-dépression, d'autre part les conduites à risque et les conduites addictives (« toujours plus »). L'obésité massive avec ses conséquences (hypertension, diabète de type 2, hyperlipidémie et complications cardio-vasculaires) est une des conséquences

de ces changements de société, tant dans les pays développés que dans les pays dits en voie de développement.

5°) La démocratisation de la société et l'augmentation des connaissances médicales moyennes de l'ensemble de la population conduit chacun à vouloir bénéficier de la meilleure médecine. Comme le disait Marc BLONDEL, « j'accepte de gagner moins d'argent que le Baron SELLIERES, mais je veux être soigné aussi bien que lui ».

II – Une politique Malthusienne

Depuis 20 ans au moins, les gouvernements successifs ont pris conscience de l'impossibilité de contrôler la « demande » de santé des populations. Le choix a donc été, sous la pression il faut le reconnaître des représentants des médecins libéraux, de réduire « l'offre » de santé, c'est-à-dire de diminuer le nombre de médecins et le nombre d'infirmières. Cette politique a été poursuivie régulièrement jusqu'en 2000, avec une parfaite continuité entre les différents gouvernements, de même que la ré-augmentation progressive du nombre d'étudiants(es) reçus(es) dans les écoles d'infirmières et dans les facultés de médecine se fait très progressivement et très régulièrement depuis 4 ans. Cette politique a eu pour effet d'affaiblir, voire de détruire certains centres hospitaliers généraux ou régionaux, qui ne fonctionnent aujourd'hui que grâce à des médecins étrangers dont la compétence parfois excellente est en réalité souvent très inégale. De même, certaines régions de France connaissent une véritable désertification médicale cumulative. En effet, les jeunes médecins ne veulent plus s'installer dans des hôpitaux ou dans des régions où les conditions de travail sont aujourd'hui très dégradées. Cette pénurie voulue, dans le contexte d'une totale liberté pour le corps médical, explique l'accroissement considérable des inégalités en terme de lieux d'installation des médecins et en terme de choix de spécialités. Les internes veulent pouvoir choisir leur spécialité comme ils l'entendent (notamment en fonction de sa rentabilité). Trois spécialités sont donc privilégiées : la radiologie, la cardiologie, la dermatologie, alors que des spécialités jugées moins rentables, pour des conditions de travail plus difficiles telles que la chirurgie, sont quasi sinistrées. Les différents plans médicaux annoncés par les gouvernements successifs, que ce soit le plan diabète de Bernard KOUCHNER ou le plan cancer de Jean-François MATTEI et Jacques CHIRAC, souffrent d'un manque de crédibilité faute de moyens médicaux pour les mettre en œuvre. (Ainsi les spécialistes estiment qu'il faudrait trois fois plus de cancérologues).

L'augmentation du numerus clausus à 7 000 en 2006 ne pourra combler la pénurie de médecins qu'en 2025. D'ici là, des pans entiers du système de santé actuel auront disparu. Les CHU eux mêmes sont touchés, certains services ne seront pas pérennisés lors des départs à la retraite de leur chef de service. Il y a par exemple un seul interne d'hématologie pour toute la région PACA ! Certains économistes et politiques « libéraux » assez cyniques considèrent que cette pénurie est une chance pour pouvoir réorganiser le système de soins selon leurs vœux. Leur objectif est la coexistence d'un système public contraint et d'un système libéral concurrentiel, régulé par la concurrence de la Sécurité Sociale et des assureurs privés, car pour eux il n'y a pas de qualité

sans concurrence. C'est par l'Europe que devrait arriver la demande de mise en concurrence de la Sécurité Sociale avec des assurances privées ...

III - Quelle régulation ?

L'augmentation du coût de la santé, potentiellement illimité, pose inévitablement la question de sa régulation. Le système français a été basé sur un équilibre reflétant l'alliance nationale réalisée à la libération. Le système est mixte avec un financement public et une distribution mi-publique, mi-privée. L'équilibre financier a donc toujours été soumis à la contradiction entre un financement public et des activités à but lucratif. Il n'a été maintenu qu'au prix d'ajustements successifs associant plus de contraintes pour les médecins et moins de remboursements pour les patients. La dernière tentative de régulation publique en accroissant la contrainte sur les médecins prévue par le plan JUPPE, a entraîné une rupture politique entre les médecins et le gouvernement qui s'est soldée par l'échec électoral du gouvernement JUPPE. Pour Jacques CHIRAC, la leçon a été simple : « plus jamais cela ! ».

Le plan actuel mis en œuvre par Philippe DOUSTE-BLAZY n'a aucune chance de combler le trou de la Sécu ou même de diminuer l'augmentation des coûts de la santé, d'autant qu'il comprend de nombreuses mesures qui peuvent avoir un effet pervers. Le Premier Ministre lui-même, ne semble pas croire au succès de ce plan. C'est la vraie signification de son insistance pour introduire une franchise d'un euro lors des actes médicaux. Cette mesure, dont seront exclus dans un premier temps les faibles revenus, les femmes enceintes, les urgences et on peut l'espérer les patients atteints d'affections de longue durée prises en charge à 100 % (ALD 30), n'aura guère d'incidence financière, mais elle permet d'introduire l'idée d'une privatisation du coût de la santé et elle connaîtra, comme le forfait hospitalier, une augmentation ultérieure régulière. D'une certaine manière Jean-Pierre RAFFARIN prépare l'après DOUSTE-BLAZY. Parmi les mesures à effets pervers, prévues par le plan proposé par Philippe DOUSTE-BLAZY, notons :

1°) La consultation primaire obligatoire chez le médecin généraliste si on veut bénéficier d'un remboursement par la Sécurité Sociale de la consultation chez le spécialiste. Faute de référentiels écrits et publics entre chaque médecin généraliste et les spécialistes avec lesquels il est sensé travailler de façon coordonnée, cette mesure sans cohérence médicale, entraînera pour chaque consultation chez le spécialiste, le coût de deux consultations : celle chez un médecin généraliste qui fera seulement la lettre pour adresser le patient chez le spécialiste. On n'imagine pas dans le système de santé actuel, qu'un médecin généraliste puisse refuser d'adresser un patient à un médecin spécialiste, ne fut-ce que pour des raisons médico-légales. Imaginons le patient diabétique, dont le diabète est médiocrement équilibré, qui demande à voir un spécialiste. Le médecin généraliste refuse car il estime que le malade n'a qu'à suivre son régime et prendre régulièrement ses comprimés ... Le diabète reste déséquilibré. Apparaissent des complications. Le malade portera plainte en justice contre le généraliste parce qu'il n'a pas respecté l'obligation de moyens. On peut imaginer la même chose pour un malade hypertendu ou hyperlipidémique qui souhaite voir un cardiolo-

gue, ou pour un malade ayant un nodule de la thyroïde qui souhaite voir un endocrinologue ...

2°) Le spécialiste aura donc une double voie d'accès : l'une par le généraliste à honoraires conventionnés, l'autre directe à honoraires libres. On peut raisonnablement prévoir qu'il modulera ses délais de rendez-vous de consultation comme cela se fait pour les médecins qui ont un secteur privé à l'hôpital (consultation publique : délais d'attente 6 mois – consultation privée : délais d'attente 15 jours).

3°) La réforme hospitalière introduit le paiement à l'acte à l'hôpital. D'ores et déjà, pour maintenir leur budget, les services hospitaliers, et demain les pôles au sein des hôpitaux, multiplieront l'activité ou plus exactement les codages d'actes jugés rentables, dans une compétition perverse. Le Directeur de l'Hôpital SAINT JOSEPH a ainsi demandé aux médecins d'augmenter l'activité de codage de 5 %, tandis qu'il diminuait ses coûts de fonctionnement notamment en mettant à la retraite d'office un chef de service de diabétologie ayant 60 ans ... Comme le dit Jean DE KERVASDOUE, partisan de la réforme « cette codification risque d'entraîner une inflation. Il faudra donc prévoir des contrôles » (hélas, le même, dans l'évaluation des gaspillages de la santé, n'inclut pas le coût inflationniste de la gestion et du contrôle de gestion ... sans fin ... !)

4°) Le Ministre fait grand bruit sur le dossier informatisé partagé qui sera bien sûr une avancée, mais dont toutes les expériences montrent qu'il faudra au moins cinq ans pour le réaliser. Notons que l'ensemble des réseaux de soins consacrés au diabète à l'échelle nationale ont pour le moment renoncé au dossier médical informatisé partagé en raison de la complexité de sa mise en oeuvre. Il faudra prévoir des rémunérations pour la tenue du dit dossier et on peut affirmer sans crainte de se tromper qu'au moins dans les premières années la mise en place de ce dossier va entraîner des dépenses et non engendrer des économies. De plus, ce dossier devra être sécurisé afin de garantir la protection des personnes pour le respect du secret médical.

IV – La réforme hospitalière

En ce qui concerne les hôpitaux, le nouveau Ministre semble plus réticent que le précédent sur la réforme voulue par la direction des hôpitaux, consistant à regrouper les services en pôles. En effet, la vision administrative de ces pôles est purement gestionnaire, consistant à mutualiser les moyens techniques et surtout paramédicaux. C'est à dire que compte tenu de la pénurie d'infirmières, d'aides soignantes ou d'agents hospitaliers, les infirmières seront amenées à travailler en pool, tantôt dans un service, tantôt dans un autre, indépendamment de toute cohérence médicale. Gageons que cette généralisation du fonctionnement « intérimaire » se fera au détriment de la compétence et de la motivation. De plus, les médecins seront responsables de la gestion du pôle et rentreront donc dans une logique de répartition des moyens (pace maker ou stent ou cœur artificiel, il faudra choisir) et dans une lo-

Pour une autre réforme du système de santé

gique d'augmentation de la productivité. Le temps consacré à la gestion au détriment du temps consacré aux soins, ne cesse et ne cessera donc d'augmenter... Cette logique gestionnaire se développe sous la bannière idéologique chère aux économistes de santé et aux directeurs d'hôpitaux de « l'hôpital entreprise » et du « patient client ». Cette vision « marchande » de la médecine a une base objective, celle qui concerne les actes les plus techniques qui peuvent être assimilés à des actes marchands (procédures d'anesthésie, actes de radiologie, une partie des actes de chirurgie ou de radiologie interventionnelle, ...), mais elle est totalement inadaptée aux quatre grandes activités médicales hospitalières que sont :

1°) La mission sociale de l'hôpital, qui soigne tout patient, quelle que soit sa pathologie et quelle que soit sa solvabilité

2°) La prise en charge de la maladie chronique où le malade doit devenir un partenaire de soins. A côté de l'aspect biologique et technologique de la médecine, la dimension psychologique devient ici décisive. On insiste beaucoup sur le fait que 10 % des hospitalisations sont dues à une prise excessive de médicaments. On oublie de dire que sûrement beaucoup plus de 10 % des hospitalisations sont dues à la non prise des médicaments (par exemple 25 % des rejets de greffe sont dus à la non prise des traitements immuno-suppresseurs). Dans l'ensemble des maladies chroniques (SIDA, asthme, diabète, HTA, ...) le défaut « d'observance » (estimé à au moins 30%) est un problème majeur ; son amélioration passe par l'écoute du patient, et par l'éducation thérapeutique pour sceller une alliance thérapeutique. Ce n'est pas de la technique, c'est du temps humain !

3°) L'acte intellectuel propre à la médecine et particulièrement à la médecine de CHU, ne trouve pas place dans la logique de la codification marchande, inopérante de plus pour prendre en compte la qualité. On peut passer 10 minutes pour voir un diabétique insulino-dépendant et renouveler son ordonnance, ou 1 heure pour discuter de ses difficultés à suivre le traitement, le codage et donc la rémunération seront les mêmes ! Pire, une mauvaise prise en charge pourra être en partie responsable de la survenue des complications et finalement d'une dialyse qui elle bénéficiera d'un codage rentable ! Le comble serait que la vision technicienne et marchande qui domine chez les penseurs de la réforme, soit une prime à la mauvaise médecine et pénalise la médecine de qualité.

4°) Les hôpitaux participent de façon, non pas marginale, non pas en sus de leur activité, mais de façon indissociable de leur activité à la formation et à la recherche. Comparer la productivité d'un hôpital où un jeune chirurgien apprend à opérer à côté d'un senior, et celle d'une clinique privée à but lucratif où exerce le senior, n'a aucun sens.

V – Une autre orientation

Une autre voie, face à l'augmentation du coût de la santé, serait de choisir une régulation publique, c'est-à-dire de déplacer le curseur du système de santé du côté du contrôle public. Cela impliquerait :

1°) L'organisation d'un débat national citoyen sur la part du PIB que l'on consacre à la santé par rapport aux autres grands budgets nationaux afin que le pays fixe l'augmentation du taux annuel qu'il choisit de consacrer à la santé. Ce débat pourrait donner lieu à des comparaisons fructueuses avec les systèmes de santé des pays de développement économique comparable.

2°) Rediscuter la place du paiement à l'acte, au moins pour les maladies chroniques. Les patients atteints de maladie chronique devraient avoir un médecin référent, qui recevrait un forfait annuel adapté au stade de gravité de la maladie. Le médecin, comme le patient, aurait bien sûr un document spécifiant les objectifs à réaliser annuellement pour cette prise en charge (sorte de contrat entre le médecin, le patient et la Sécurité Sociale). Cela permettrait de ne pas multiplier inutilement les actes, et de répartir le temps médical en fonction des besoins variables des patients (tel peut être vu tous les 6 mois, tel autre nécessite une consultation tous les mois)

3°) La publicité de l'industrie sur les médicaments doit être revue à la baisse, et la publicité vis-à-vis du grand public doit rester interdite alors que la Commission de Bruxelles a proposé qu'elle soit autorisée, ce qu'heureusement le Parlement Européen a refusé.

- Diminuer la pression organisée par les industriels de la santé sur les médecins. Il y a en France 23 000 visiteurs médicaux pour environ 180 000 médecins actifs. Le Président de la CSMF estime que la visite médicale n'a pas de conséquence sur les prescriptions des médecins « qui ne sont pas naïfs ». Toutes les études montrent l'inverse, et il est évident que l'industrie ne dépense pas 25 % du budget pour le marketing (contre 15 % pour la recherche) sans aucune rentabilité. La vérité est que les industriels eux mêmes sont pris dans une compétition féroce qui interdit à chacun la désescalade qu'il pourrait individuellement souhaiter. C'est à la puissance publique de fixer des règles du jeu plus contraignantes pour limiter le coût du marketing, étant entendu que sous la rubrique « recherche » on inclut les études de phase IV qui souvent ont un aspect marketing important.

4°) Pour les futures générations de médecins, il faut fixer des règles du jeu remettant en cause certains principes de la médecine libérale évoqués ci-après, étant entendu que le libre choix du médecin par le malade et le colloque singulier, doivent rester des droit intangibles. De même, le médecin doit rester libre de ses prescriptions, à condition qu'elles se fassent en conformité avec les données de la science. Pour ce faire, les sociétés savantes doivent rédiger des référentiels médicaux opposables (comprenant des « il n'y a pas lieu de ... » et « il y a lieu de ... ») au moins pour les pathologies les plus fréquentes. Les 3 000 médecins conseils de la Sécurité Sociale auraient pour charge prioritaire de vérifier le respect général de ces

Pour une autre réforme du système de santé

références médicales opposables, étant entendu que chaque médecin devrait être contraint de les respecter en général et non pour chaque cas individuel. Tout médecin doit donc accepter l'évaluation de ces pratiques.

5°) Les jeunes médecins doivent savoir qu'ils ne pourront pas s'installer là où ils veulent mais qu'ils devront, selon des modalités à définir, participer à la répartition du corps médical sur le territoire national en fonction des besoins (comme cela est déjà le cas pour les pharmaciens). De même, les jeunes internes doivent savoir que les différentes spécialités seront filiarisées avec des quotas fixés selon des modalités à définir (il faut en effet éviter une filiarisation trop précoce et autoriser un certain droit aux remords). Les futures générations de médecins et chirurgiens des hôpitaux devraient savoir qu'il n'y aura plus d'activité privée à l'hôpital. En compensation, un après-midi par semaine pourrait être consacré à une activité privée extra-hospitalière, à condition que soit bien sûr assurée la continuité du service public.

6°) Il n'est plus possible d'exercer seul la médecine pour des raisons à la fois scientifiques (l'explosion des connaissances et la complexité croissante) et sociale (permanence des soins, conditions de travail). Il faut donc favoriser le développement de réseaux de soins, mais moins des réseaux spécialisés découpant l'activité du médecin généraliste par spécialité que des réseaux généralistes... De même il faudrait développer des maisons médicales de proximité dans les quels des spécialistes, y compris des hospitaliers pourraient venir consulter à la demande des généralistes. (pour revaloriser le généraliste il faudrait qu'il est la même rémunération que le spécialiste mais à la condition d'une formation comparable avec un internat de 4 ans minimum au lieu de 3 ans seulement actuellement)

7°) Une vraie réforme hospitalière viserait à regrouper les services de même spécialité ou de spécialités voisines dans des départements comportant des unités fonctionnelles spécialisées voire ultra-spécialisées avec des responsables d'unités, la fonction de chef de service étant remplacée par celle d'un coordonnateur du département, dont le mandat pourrait être de 3 ans renouvelable une ou deux fois. Dans ces grands départements de CHU, devraient être incluses des unités de recherche clinique travaillant avec des unités de recherche fondamentale. Autour de ces départements, devraient être envisagées des formes d'organisation variables adaptées aux projets médicaux allant de la fédération de services à l'antenne médicale, en passant par les services. De même, il faut repenser la fonction de chef de service, dont l'exercice prolongé automatiquement du jour de la nomination jusqu'à la retraite, n'est souvent plus adaptée.

Une telle réforme devrait être mise en place progressivement en s'appuyant sur les nouvelles générations de médecin. Nous avons hélas vingt ans de retard. Le tournant dans le système de santé a eu lieu en effet en 1983 lorsque la réponse du gouvernement MAUROY à la grande grève des internes et des chefs de cliniques, n'a pas été le développement du service public mais le droit au dépassement en médecine libérale ... et le resserrement du numerus clausus !