



# Club

## Changer la gauche

Contribution - Changer la gauche - février 2008

# QUELLES PRIORITÉS POUR LA MÉDECINE DE VILLE ?

## Résumé

Les déficits de l'Assurance maladie ont installé dans l'opinion publique l'idée que la croissance des dépenses de santé était inéluctable. Notre pays aurait, c'est dit, un bon système de soins ; il s'agirait simplement d'en accepter le coût et d'en payer le prix.

A droite, le discours dominant insiste sur la « maîtrise comptable » et remet en cause la socialisation des dépenses de santé. Les réformes visent toutes à demander au patient de prendre en charge individuellement une part croissante des coûts. Le risque est d'aboutir à un système à deux vitesses, dominé par un secteur libéral très dynamique, mais inaccessible à ceux qui n'en auraient pas les moyens.

A raison, la gauche insiste sur les inégalités de santé, et sur la légitimité de la sécurité sociale pour y apporter une réponse juste. Ces dernières années, elle a pourtant

éprouvé les plus grandes difficultés à se faire entendre : elle s'est trop souvent cantonnée à la question du financement, en déplorant l'augmentation inexorable des coûts.

Nous proposons un nouveau modèle de régulation pour le secteur libéral fondé sur les mesures suivantes :

- confier aux médecins eux-mêmes la définition des règles de prescriptions et de pratiques,

- faire appliquer ces règles et sanctionner les déviations par une Haute Autorité de santé élargie et puissante,

- assurer une rémunération correcte aux médecins libéraux et leur laisser le choix de nouveaux modes de financement,

- prémunir les patients contre l'augmentation des dépenses de santé, tout en les responsabilisant.

Les dépenses de santé croissent sans cesse, le déficit de l'Assurance maladie se creuse. Alors que les dépenses pourraient diminuer sans remettre en cause l'efficacité et la justice de l'offre de soins, les politiques de santé depuis plusieurs années se sont bornées à stigmatiser ici les médecins, là les patients inciviques ou encore les décisions de l'Assurance maladie.

Posons la question de la médecine de ville en matière d'efficacité. Acceptons comme hypothèse de départ que, dans un pays développé, consacrer de plus en plus de ressources réelles au financement de la santé est un choix pertinent.

Le constat ne pose pas de problème : on peut difficilement convaincre un patient, dont la santé est en jeu, et qui croit que la médecine est gratuite, de faire des efforts spontanément ; on peut comprendre, tout en le regrettant, qu'un médecin qui effectue des consultations à 22 euros, après parfois quinze années d'études, accepte d'effectuer des examens redondants, injustifiés et simplement rassurants à la demande des patients, de peur de les perdre.

Jusqu'à présent, la droite se contente de vouloir responsabiliser le patient, tout en libéralisant le système de santé en France. La gauche, elle, consent à un niveau de dépense élevé, tout en reprochant aux médecins de ne pas toujours se conduire civiquement.

Une réforme en profondeur des habitudes médicales devrait partir des médecins, qui sont au cœur du système médical, et sont les mieux à même de le faire évoluer. Améliorer la responsabilisation du patient et payer davantage les médecins, tout en les encadrant de façon plus rigoureuse permettra de faire des économies, dans le respect de la santé publique.

## **I. Trois impuissances**

### **A- Une gauche protectrice, mais incapable de réformer**

En s'arc-boutant sur le financement de la sécurité sociale et en refusant de poser la question de la place des médecins dans le système, la gauche a perdu prise, ces dernières années, sur les problèmes de santé publique. Le seul discours de gauche jusqu'ici clairement perçu porte sur les inégalités sociales résultant de la réforme de l'Assurance maladie.

Les autres problèmes sont considérés comme « techniques » et ne font l'objet d'aucune proposition.

### **B- Des ponts coupés avec le corps médical**

Depuis 2002, tout dialogue a été rompu avec les médecins. Les abus de prescriptions et les dépassements d'honoraires servent d'explication aux dérives financières, et la gauche se contente de dénoncer la faiblesse des gouvernements UMP face aux revendications des praticiens.

Au total, elle aborde ce sujet d'intérêt général sous un angle unique : la défense du secteur public, notamment hospitalier, contre un secteur libéral difficile à réguler et qui semble échapper plus facilement aux contraintes financières.

### **C- Le contrôle difficile par l'Assurance maladie**

L'Assurance maladie a perdu les moyens de contrôler efficacement le comportement des médecins et la qualité même des soins.

En matière de contrôles et de sanctions des abus pratiqués par certains médecins, la

gauche, qui s'était fortement opposée au plan Juppé en 1996, a tardé à reconnaître ce qu'il y avait d'utile dans « l'étatisation » de l'Assurance maladie et dans le renforcement du pouvoir de négociation et de direction de son directeur.

Une fois au pouvoir, il lui a été plus difficile de faire accepter des contraintes à des médecins dont la fronde lui avait été favorable lors des élections de 1997. Les lois de finances ont prévu, jusqu'en 2001, des mécanismes d'encadrement des dépenses fondés sur la responsabilisation directe des médecins, mais ces mécanismes n'ont pas pu être appliqués. Les sanctions, prévues par le plan Juppé, qui auraient dû conduire à une diminution automatique des honoraires en cas de dépassement d'un plafond global de hausse des prescriptions, ont été abandonnées.

Quant aux conventions médicales négociées entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins, elles sont constamment neutralisées.

## II. Changer de cap

L'Assurance maladie, qui a surtout en charge les dépenses hospitalières, manque de moyens pour contrôler la médecine de ville. Pourquoi ne pas imaginer une autre autorité dans ce secteur ?

A l'heure actuelle, le tarif des actes médicaux est le seul levier dont disposent les pouvoirs publics. Mais les « incitations » vont dans toutes les directions et deviennent une variable d'ajustement absolument illisible. Les déremboursements de praticiens, arme dissuasive s'il en est, ne sont quant à eux presque jamais utilisés.

Pour reprendre la main, la gauche doit sortir d'un discours essentiellement défensif. Elle doit accepter de formuler des propositions pour

responsabiliser le patient, pour repenser la signification et l'organisation des honoraires de chaque type de médecin, et reconnaître ce qui, même dans les réformes accomplies par la droite, va dans le bon sens.

### A- Encadrer les pratiques médicales

La **Haute Autorité de santé** évalue aujourd'hui l'utilité des médicaments et des actes pour dérembourser ceux qui sont inutiles et promouvoir le bon usage des soins auprès des professionnels de santé. Pourquoi ne pas imaginer d'augmenter substantiellement ses pouvoirs pour en faire l'autorité de définition et de contrôle des bonnes pratiques médicales ?

Les **Références médicales opposables** (RMO) sont un ensemble de recommandations de traitement et de bonne pratique fixées par des collèges de médecins de chaque spécialité pour chaque maladie.

Ces RMO existent déjà, et visent à « éliminer les soins dangereux et les prescriptions médicalement inutiles ou dangereuses ». Mais elles sont aujourd'hui très peu utilisées et restent le plus souvent lettre morte. Leur généralisation permettrait pourtant d'aboutir à des normes applicables et appliquées partout de la même manière.

Pourquoi ne pas charger la Haute Autorité renforcée de mettre en place et de contrôler ces RMO ? Il s'agirait de donner explicitement pour mission à des collèges de médecins, au sein de la Haute Autorité, d'évaluer le rapport entre le coût et l'efficacité des traitements, et de formuler les recommandations qui en découlent ; elle mettrait à disposition de tous les médecins en cabinet des règles universelles de prescription, en vertu d'un accord entre médecins.

Cette évolution permettrait d'assainir l'As-

assurance maladie : les soins qui ne seraient plus conformes à ces RMO ne seraient plus du tout remboursés. En effet, un soin inutile ne doit pas être un soin interdit, mais il n'y a aucune raison pour autant que la communauté en supporte le prix.

La vertu principale de ce système serait donc d'abandonner une politique par les déficits pour promouvoir un contrôle, en amont, de la qualité des soins.

### **B- Revaloriser et repenser les rémunérations**

Les RMO présentent cependant un inconvénient notable : en limitant le volume global des prescriptions, elles portent atteinte aux revenus des médecins, actuellement incités à multiplier les consultations pour augmenter leurs revenus.

Il est donc nécessaire de compenser ce manque à gagner pour les médecins, en leur reversant des aides ad hoc –et non pas une énième augmentation d'un euro du tarif des actes, dont on a vu qu'elle était non seulement inefficace, mais incompréhensible pour tous les acteurs du système.

La contrepartie de cette nette augmentation des honoraires (qui coûterait dans un premier temps plus cher à la sécurité sociale) serait un contrôle plus sévère des médecins par la Haute Autorité de santé renforcée.

Seuls des contrôles inopinés, accompagnés de sanctions rapides et sévères en cas de violation patente des RMO, permettront de changer en profondeur les habitudes de certains médecins. Mieux payés, ils n'auront plus droit, dès lors, à la moindre dérive.

Ce double mécanisme incitatif de revalorisation des honoraires et de contrôles plus sévères rendra le système à la fois plus juste et plus

efficace.

Mais il ne suffit pas de revaloriser le salaire des médecins. Pour contrer, à terme, l'inflation des actes médicaux, le moyen le plus simple serait, de surcroît, de modifier en profondeur le mode de rémunération des médecins en cabinet.

En effet, le système actuel ne leur laisse aucun autre choix que celui d'être payé à l'acte.

Un système « par capitation », dans lequel les médecins sont payés en fonction du nombre de patients qu'ils ont accueillis pendant le mois, déjà adopté dans plusieurs pays, présente l'avantage de ne pas inciter à la multiplication des actes, et d'améliorer sensiblement la prise en charge du patient par le médecin, moins pressé que lorsqu'il est payé à l'acte. Pourquoi ne pas laisser aux médecins le choix entre ces deux modes de rémunération, selon son type de patientèle ?

### **C- Moduler les forfaits et les franchises**

Une généralisation des RMO présente également le risque d'être perçue par les patients comme synonyme d'un déremboursement de grande ampleur, qui pèse au premier chef sur leurs budgets.

Pour prévenir une telle dérive, une modulation des forfaits et franchises en fonction des revenus des patients est nécessaire. Elle permet de préserver un financement presque entièrement socialisé pour les plus démunis –selon le revenu ou l'éligibilité aux minima sociaux– et de limiter les effets inégalitaires des mesures décidées depuis 2002.

### **D- Mieux organiser l'offre de soins**

Jusqu'ici, les pouvoirs publics ont éprouvé les plus grandes difficultés à anticiper l'évolution de l'offre de soins. La démographie médi-

cale souffre de graves déséquilibres que le nombreux clausus instauré à l'issue de la première année des études en médecine n'a pas résolu, quand elle ne les a pas provoqués.

De même, les allocations de remplacement de revenus pour les médecins décidant de s'installer dans les zones déficitaires en praticiens se sont avérées insuffisantes, et les obligations d'exercice à la sortie des facultés de médecine ont soulevé l'opposition des jeunes médecins.

Il conviendrait donc de créer des incitations fiscales et financières fortes pour les jeunes médecins qui s'installent dans ces zones déficitaires, là où les gouvernements de droite se sont contentés de fixer des obligations sans contreparties.

Nous proposons des allègements de cotisations sociales pour les cabinets situés dans les zones où la patientèle est la plus démunie. Des indicateurs sociaux objectifs –taux de chômage local, éloignement du Centre hospitalier universitaire le plus proche– peuvent être définis, de manière à rendre à la fois automatique et trans-

parente cette contrepartie.

Parallèlement à l'encouragement du système par capitation, il s'agirait d'autre part d'inciter fiscalement les médecins à se regrouper dans des cabinets où, exerçant à plusieurs et partageant les coûts fixes (locaux, secrétariat, etc.), ils pourraient consacrer davantage de temps à leur formation continue, et réaliser des économies d'échelle aussi bénéfiques à leur pratique qu'à l'assurance maladie.

C'est donc un pacte complet qu'un gouvernement de gauche pourrait proposer aux médecins de ville : leurs honoraires seraient augmentés, mais les prescriptions et les examens superflus seraient traqués et sévèrement punis. Cela en laissant des collèges de médecins définir a priori les règles de leur pratique et en confiant à une autorité régulatrice renforcée, la Haute Autorité de santé, le soin de les faire respecter. Pendant ce temps, la sécurité sociale continuerait de rembourser les patients, mieux responsabilisés par une franchise médicale qui évoluerait selon leurs revenus.

### Les membres du Club Changer la gauche

**Francesco Avvisati**  
**Mathias Chichportich**  
**Henry J. Dicks**  
**Manon Garcia**  
**Pierre Haroche**

**Harold Huwart**  
**Damien Ientile**  
**Julien Jeanneney**  
**Emmanuel Martin**  
**Matthieu Niango**  
**Jeanne-Marie Roux**

Nous remercions le professeur François Paye et Pierre-Yves Geoffard d'avoir accepté de débattre avec nous sur la question.

Les Contributions sont le fruit des séances de travail du Club Changer la gauche. Merci d'en respecter la paternité intellectuelle.

**changerlagauche.fr**