

Santé 2005 ou l'opportunité manquée de la 4^{ème} révolution ?

Dr Jean Luc Gallais

Directeur du Conseil scientifique de la SFMG

La Loi du 13 août 2004 et la Convention médicale 2005 sont l'objet de débats passionnés et contradictoires. Cette situation impose de prendre de la distance et de s'interroger sur les déterminants du système de santé. Ils sont pour certains essentiellement de nature sociétale, pour d'autres spécifiquement internes au fonctionnement du système médical lui-même. Il y a donc là des réalités multiples à prendre en compte, pour éclairer les conditions des choix et des priorités du moment. Les méconnaître ou sous estimer leurs effets conduiraient à des déconvenues supplémentaires dans l'indispensable modernisation de l'organisation de notre système dont les facteurs favorables ou de résistance aux changements sont nombreux. Ils expliquent l'équilibre même précaire du système, son homéostasie avec co-existence de solidarité, socialisation et libéralisme.

Après plus d'une quinzaine de tentatives de réformes successives de l'Assurance Maladie toutes inopérantes pour réguler le système de santé français, la publication en 2004 du bilan consensuel du Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie avait pu laisser penser que le gouvernement actuel de la France allait s'engager dans la modernisation structurelle de notre système sanitaire et social. Avec retard, par rapport aux autres pays européens comparables, les changements nécessaires allaient-ils enfin être mis en place ? Le vote de la loi en juin 2004 semblait confirmer cette opportunité mais la convention médicale 2005 ne confirme pas ces espérances : mise en place formelle du médecin traitant, parcours médicalisés sans cohérence, complexité, imprévisibilité tarifaire avec réduction de fait des remboursements, disparition de la convention généraliste spécifique comme de son Option Médecin Référent. Voilà pour les symptômes et les raisons de troubler ceux qui avaient fait le choix de participer et d'accompagner la modernisation du système de santé en France.

Cette modernisation s'accompagne d'un débat qui dépasse la convention elle-même. Des médecins généralistes sont conduits à se poser et reposer publiquement une fois encore la question d'une offre de soins organisés et les conditions de sa régulation. En France, depuis plus d'un quart de siècle la question de la régulation de ce « marché de la santé » est omniprésente. C'est celle du choix politique de la place du curseur entre le « modèle Bismarkien » fondé sur l'assurance personnelle et collective et le « modèle Beveridgien » fondé sur l'impôt. La Couverture Médicale Universelle, la part croissante de la CSG et du RDS en France comme le vote de l'ONDAM par le parlement ont rapproché la France des autres systèmes européens avec une implication plus forte encore de l'Etat.

L'apparition récente dans les discours officiels d'une offre de soins fondée sur les principes internationaux des soins primaires pouvait laisser croire à une cohérence des cadres d'exercice à promouvoir. Les projets en cours n'apparaissent pourtant pas en adéquation ni avec le bilan du Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie ni avec la notion législative de « Médecin Traitant », comme médecin pivot ambulatoire à l'interface entre la demande et l'offre de soins ; le tout dans le cadre d'un libre choix organisé et régulé.

En effet, en un demi siècle la France a connu les effets de trois révolutions :

- ? la première est celle de l'accès aux droits sociaux pour le plus grand nombre via l'assurance maladie solidaire,
- ? la deuxième celle de la révolution du pouvoir thérapeutique lié au développement des industries du médicament,
- ? la troisième est liée à l'explosion des technologies de la santé, la « médecine high-tech » procurant aux professionnels comme à la population les moyens diagnostiques et thérapeutiques performants.

Le choix du terme révolution répond au fait qu'il y a un « Avant » et «Après » différents pour chacune d'elles. **Une quatrième révolution reste à faire, c'est celle de la régulation et de la modernisation du système de soins afin de permettre le maintien des acquis des trois premières révolutions.**

Cette quatrième révolution nécessaire rend au système de santé son efficacité en répondant à la fois aux besoins des soins quotidiens du plus grand nombre et au maintien d'une solidarité dans le champ de la santé. En effet, seule une régulation cohérente, lisible, structurée et durable pourra permettre un usage raisonné, politiquement et économiquement acceptable pour la collectivité de systèmes de santé dont les coûts sont croissants dans tous les pays modernes. Mais une telle régulation conduit à modifier structurellement le fonctionnement du système de santé français qui s'est construit sur l'affirmation des principes d'égalité, du libre choix et pour une part considérable du libéralisme des acteurs médicaux et paramédicaux. Son « originalité » tient à ses ressources étatisées et ses dépenses de ville fortement libéralisées...

La régulation c'est alors la crainte de franchir « le point de non retour ». La convention actuelle est un retour en arrière significatif. Il l'est d'autant plus qu'il y a le rappel répété par les syndicats signataires de la convention du refus de toute filière de soins et de l'option médecin référent. Ce sont la volonté affirmée de « l'accès direct au spécialiste » et le rejet du forfait du médecin référent comme symbole d'une alternative, même partielle, à la rémunération à l'acte. Le débat contradictoire actuel n'est pas majoritairement organisationnel ou technique, mais idéologique.

Une fois encore, le système de santé français expose au grand jour ses paradoxes et ses conflits de territoires et d'intérêts individuels ou collectifs. Mais au delà des effets d'affichage et d'annonce sur cette réforme en cours, les projets actuels vont-ils permettre la pérennisation d'un système solidaire ou annoncent-ils sa fin prochaine ? La dérégulation des dépenses de santé imposera-t-elle ensuite « une nouvelle organisation du marché » ?

Il faut constater que le thème du « médecin traitant » remet au premier plan les éléments clé de l'histoire de la médecine générale en France. L'absence de la médecine de ville dans la Loi Debré de 1958 sur la création des CHU, le non-vote du projet de Loi sur la place de la médecine générale après la réforme hospitalière en 1970, le conflit sur les modes de représentation syndicale des médecins qui aboutira après la loi de 1993 à l'instauration d'une convention spécifique pour les médecins généraliste en 1997. Cette histoire, c'est encore la mise en place inachevée d'une filière universitaire de Médecine Générale liée à l'absence de la Médecine Générale au Conseil National des Universités.

Au delà des diverses facettes du sujet (choix de modèle de société, cohérence de santé publique et efficacité du système, économie de la santé, solidarité, responsabilisation des acteurs), la santé est un sujet passionnel car directement lié aux conditions de vie, à la maladie et à la mort.

Les quelques éléments évoqués ci-après ne sont pas exhaustifs. Ils concernent à la fois les diverses professions de santé, mais aussi les acteurs du champ politique, économique et social, en tant que groupe d'intérêts, professionnels et citoyens.

La santé comme mythe

La médicalisation est une question ancienne bien étudiée par les sociologues. Après avoir demandé de l'aide aux dieux, puis aux religions, les civilisations modernes occidentales ont, selon la formule de Michel Foucault, remplacé le Salut par la Santé. La médicalisation de la santé est devenue le fil rouge de notre vie quotidienne. Entre une publicité pour les bienfaits des « Omega 3 » et un feuilleton TV sur les Urgences, le chemin de la médicalisation de la vie passe par la sexualité, la procréation, la contraception, la vie psychique quotidienne jusqu'à la fin de vie. La vie et la santé sont en permanence médiatiquement et médicalement assistées. Mais la fascination pour la médecine « spectacle » et celle des actes techniques fait écran à la vision de la place majoritaire de la médecine au quotidien pour le plus grand nombre. Cette dépendance et cette influence du « médical » servent en permanence de prétextes et de paravents dans le champ politique sanitaire et social. Les organisations humanitaires sont régulièrement convoquées sur la scène nationale et internationale pour faire en lieu et place du politique. La santé n'en reste pas moins un ensemble multifactoriel complexe. La part attribuée aux effets du système de soins est inférieure à 20%. Les facteurs individuels (déterminants des comportements individuels, familiaux et génétiques) sont majoritaires et aussi importants que les facteurs socio environnementaux du cadre de vie et de travail. Croire ou faire croire que l'état de santé d'une personne ou d'une population dépend essentiellement du système de santé est à la fois un scotome de perception et un leurre pour faire diversion. Les politiques comme les professionnels de la santé font généralement silence sur cet aspect qui renvoie à la responsabilité respective de chacun ; élus, syndicats, organisations du monde du travail, mais aussi citoyens et consommateurs. Le maintien du leurre d'une médecine toute puissante est utile au plus grand nombre...

La santé comme droit

Il y a plus de dix ans un sondage national montrait que les Français mettaient au même niveau d'importance le maintien de leur « droit de vote » et de leur « droit à la sécurité sociale ». Toute limitation même virtuelle du droit d'accès aux soins est alors vécue ou présentée comme liberticide. Ainsi la mise en place des recommandations européennes sur la gynécologie s'est accompagnée de manifestations diverses sur le principe du « Touche pas à ma gynéco » avec un lobbying politique et médiatique. La confusion entretenue entre « Droit à la santé » et « Droit aux soins » sert souvent de levier pour tous ceux qui sont impliqués dans les effets d'une régulation de l'offre de soins... Ils répondent à un principe bien connu qui consiste à organiser la défense des intérêts de minorité par d'autres acteurs plus nombreux dans un supposé intérêt commun. C'est le principe de manifestations agricoles promues par des gros céréaliers qui font marcher devant les petits agriculteurs de montagne...

La santé comme marché

Même s'il ne répond pas à toutes les règles traditionnelles de l'économie de marché libéral, la santé est devenue un marché notamment sur le plan de l'emploi et des aspects économiques des industries qui lui sont liés. Plus de 1 000 établissements, plus 3 100 hôpitaux, plus de 200 000 lits et 2 000 000 d'emplois avec 48 000 infirmières libérales, 37 000 dentistes ou 40 000 kinésithérapeutes libéraux, conduisent à relativiser les moins de 120 000 médecins libéraux généralistes et spécialistes. Le médicament et la médecine high-tech ne constituent qu'une partie d'un moteur de la croissance du secteur santé. Les prévisions pour l'Union Européenne sont le passage des 10% actuels de l'emploi lié à la santé à 20% en 2050 en sont un autre. En période de croissance économique basse, la part même médicalement induite ou non pertinente des dépenses de santé participe au maintien de la croissance. La politique du médicament en France

témoigne tous les jours de ce type de paradoxe. La distinction entre dépenses de santé remboursables et non remboursables, la fameuse définition du « panier de soins », n'est pas alors la préoccupation du moment. Coté dépenses de santé remboursées, il faut préciser qu'elles sont extrêmement concentrées. Moins de 10% des assurés sociaux sont à l'origine de plus de 50% des dépenses, les dépenses hospitalières pèsent pour plus de la moitié des dépenses, un hôpital vide de patients coûte presque aussi cher qu'un hôpital plein. Les dépenses de remboursement des médecins libéraux sont de 15% (9% pour les spécialistes et 6% pour les MG) et les médicaments pèsent 22%. Avec la convention actuelle la part non-remboursée des dépenses de soins ambulatoires va s'accroître et le taux de prise en charge des dépenses dite de ville par la sécurité sociale (54% actuellement contre 97% pour l'hôpital) va passer en dessous du seuil symbolique des 50% de remboursement. Dans cette évolution des remboursements, les soins de santé primaires risquent de devenir accessoires ! Les régimes complémentaires actuels ne peuvent qu'accroître leurs coûts dans une concurrence entre mutuelles et assureurs privés. Le marché de la santé n'est qu'une partie de leurs produits. L'assurance auto et l'assurance santé sont des marchepieds vers les autres marchés. Le développement des services bancaires dans l'assurance augmente les logiques de compétition, quitte à gagner un peu moins sur un marché mais à compenser sur un autre. Le payeur restera le même, avec ou sans sélection des risques...

Auto prescription et interdépendance des professionnels de la santé

Les relations offre et demande de soins sont complexes. Elles le sont d'autant plus que jouent deux facteurs bien connus interdépendants : « l'induction de l'offre » et « l'asymétrie de savoir ». Le médecin et le garagiste partagent ainsi la même position professionnelle. Ces mécanismes sont d'autant plus efficaces dans la santé que par nature l'état de maladie et de plainte est indissociable d'un phénomène de régression et de dépendance qui ne prédispose pas au débat contradictoire à ce moment là. Un des moyens de réduire les dérives de cette logique d'une offre induite (qui constitue une part variable du revenu du professionnel) est de favoriser les conditions de ce que les économistes appellent la « relation d'agence ». Il y a alors délégation à un tiers de confiance professionnelle avec contractualisation et mandat officiel de conseiller personnel et durable. L'Option Médecin Référent répond à ce type de mécanisme. Le passage préalable par le médecin référent n'a pas pour objet d'obtenir un meilleur remboursement d'un éventuel acteur secondaire, mais de faire confiance dans la compétence du généraliste habituel pour traiter le problème, et si besoin de recourir à un autre acteur pour un avis diagnostique ou thérapeutique le plus souvent ponctuel.

Mais les dépenses de santé sont aussi les revenus des professionnels de la santé libéraux, même s'ils ne sont pas les seuls dans cette situation. Tout changement provoque des interactions prévisibles, mais aussi inattendues. L'organisation entre soins primaires, secondaires et tertiaires change la donne. Les raisons de changer et surtout de ne pas changer sont aussi fortes chez les généralistes que chez les autres médecins pour ne citer que les acteurs de la convention médicale. C'est une organisation nouvelle qui s'impose dans le principe du médecin traitant. Elle concerne à la fois le monde des soins ambulatoires, celui de l'hospitalisation publique et privée et le champ social. Les tensions en cours sont d'autant plus fortes que l'inquiétude chez certains médecins libéraux, à la fois généralistes et spécialistes est la crainte de dépasser le fameux point de non retour. Le spectre de la perte de liberté est agité accompagnant celui de la fin du libéralisme, car la perte de l'accès direct pourrait être le signe prémonitoire de la perte de la liberté de choix du lieu d'installation...

La médecine générale, discipline et dispositif spécifiques des soins primaires

Les études nationales et internationales sur les pratiques de médecine générale confirment que le recours aux avis spécialisés et à l'hospitalisation sont limités. Ils varient de 2% à 8% des actes selon les pays et le mode d'organisation des systèmes de santé, traduisant la capacité de la médecine générale en tant que spécialité des soins primaires à proposer une aide, un conseil, une réponse, un traitement ou une orientation face aux besoins des populations concernées. En

France aux 5 à 6% de recours spécialisés pour avis diagnostique et/ou traitement, il faut ajouter 1% de demande d'hospitalisation. Le rôle du filtrage médical préalable pour d'autres recours est cette fonction dite de « Gate Keeper » mis en place dans la majorité des pays européens. Cette fonction est indissociable de celle de synthèse et de coordination quand les recours extérieurs sont mis en œuvre mais aussi dans une mise en perspective d'une politique de dépistage et de prévention personnalisée. L'éducation pour la santé n'est possible que dans la durée et elle nécessite personnalisation et continuité. Une telle approche conduit nécessairement à avoir une démographie des professions adaptée... et non pas un nombre de médecins généralistes, spécialistes des soins primaires, inférieur au nombre des autres spécialistes...

La confusion des missions et compétences

Cette rareté relative des recours externes du médecin des soins primaires vers les spécialistes des soins secondaires (spécialiste de technique ou d'organe) ou tertiaires (hôpitaux public ou privés) peut surprendre ou justement inquiéter si on imagine que la médecine générale traite majoritairement de maladies bien caractérisées. Les études en médecine générale ont largement montré que les demandes de soins relèvent de plaintes, symptômes et syndromes et qu'elles n'évolueront que très rarement dans le temps vers des affections somatiques nécessitant des recours plus spécialisés. Elles traduisent des degrés variables de la demande d'aide, de la souffrance psychique ou sociale dans lesquelles le corps est à la fois le support, l'écran, la solution et la victime. Dans ces conditions, la multiplication des investigations ne peut être qu'inadaptée, vaine, humainement et économiquement coûteuse, voire dangereuse. C'est pour cette raison que le recours à l'accès direct direct n'est pas la solution pertinente. Bien qu'étant dans une logique de promotion de leurs disciplines respectives, plusieurs publications concluent dans ce sens (exemple : les rhumatologues reconnaissent que près de la moitié des patients venant en accès direct auraient pu bénéficier d'une consultation en médecine générale ou les cardiologues s'interrogent sur la pertinence des trajectoires de soins des patients venus en accès direct). Ces réflexions n'empêchent néanmoins pas de fort taux de reconvoication (de 40% à plus de 70%) pour suivi des patients en accès direct. On retrouve là le besoin international et la pertinence du fameux généraliste « gate keeper »...

Les parcours non régulés et réduction des soins primaires

La notion de médecin traitant actuellement proposée s'accompagne du principe sans cesse répété que « cela ne change rien », qu'il est possible d'en changer à tout moment, et que les exceptions sont nombreuses. L'essentiel, le maintien de l'accès direct au spécialiste est garanti dans le parcours du « client consommateur » de soins. On peut s'étonner de la rareté en France des recherches disponibles sur les parcours de soins. De études sur les flux d'entrée et de sortie dans les disciplines spécialisés confirment une place plus ou moins importante d'un exercice hors de la spécialité étudiée (de 10% à 45% selon les disciplines). La gynécologie avec 45% confirme la formulation souvent évoquée « le gynécologue, le médecin généraliste de la femme »... On retrouve une place considérable de l'auto prescription (le médecin conseille au patient de revenir) et la place modeste des orientations secondaires vers la médecine générale après accès direct au spécialiste. Le CREDES (IRDES) a montré que ces réorientations secondaires du spécialiste vers le généraliste n'aboutissaient que dans 1/3 des cas, contrairement aux orientations du généraliste vers le spécialiste, qui elles, sont effectives dans plus de 90%. Par ailleurs, ce recours direct conduit à s'interroger sur le risque de la disqualification progressive du spécialiste dans sa discipline d'origine. Au total il y a co-existence de divers circuits avec des échanges et communications variables, voire absents, du fait notamment des conflits d'intérêts et de territoires. La non lisibilité sociale, la non définition et reconnaissance des places distinctes et respectives des acteurs sont des facteurs de maintien de ce statu quo. La convention médicale 2005 accroît cette confusion et la persistance d'un libre choix désorganisé. Les effets de l'accès direct au spécialiste sont plus importants qu'on ne le suppose. La place des recours en dehors du circuit de médecine générale libérale est variable dans l'espace : en 2001,

pour la sécurité sociale la place de médecine générale dans l'activité libérale était de 33% à Paris, 42% dans les Hauts de Seine, 46% dans les Alpes Maritimes contre 74% dans la Creuse, 72% en Haute Saône et 72% en Haute Loire. Les écarts entre ces chiffres peuvent surprendre ceux qui pensent que la régulation n'est pas nécessaire et que le fonctionnement d'aujourd'hui est adapté. Les projections du Ministère de la santé il y a quelques années ont montré la substitution progressive des actes de médecine générale par les actes de spécialité. Coté CNAMTS les typologies des consommateurs confirment ces sous-groupes de patients et surtout leur poids considérable dans les dépenses de santé. La prise en compte de ces différences ne peut être ignorée comme la place de l'Ile de France pesant un quart de la population française et un cinquième des effectifs médicaux. Elle pose la question de la variabilité et de la densité de l'offre de soins et celle des préférences des usagers consommateurs, même si ces préférences sont sociologiquement construites et dépendantes...

Les communautés d'intérêts

Le passage conseillé ou obligé par le médecin généraliste est un débat vital pour toutes les spécialités et services médicaux, car c'est la régulation de leurs flux d'entrée qui n'est plus contrôlée par ces mêmes acteurs. Cette question dépasse le simple point de vue économique des revenus de ces acteurs ; personnes et institutions. Il touche le devenir même de l'identité et du statut de chaque discipline médicale dans la société civile et dans la collectivité médicale qui est une organisation fortement hiérarchisée. La logique est pyramidale du sommet hospitalier (les Professeurs de CHU) à la base dite de médecine de ville (les généralistes). C'est le nombre de postes d'universitaires de CHU de demain, le nombre de services spécialisés correspondants, leur influence future qui est aussi directement et indirectement en cause et non simplement les professionnels d'exercice libéral. Ces intérêts communs entre spécialistes de ville et spécialistes des hôpitaux sont d'autant plus étroits que 20% des spécialistes de ville exercent aussi à l'hôpital et près de 10% des hospitaliers ont une pratique privée. Ils partagent aussi une implication commune dans les études et la promotion des médicaments. Ces points communs ne gomment pas pour autant la hiérarchie dans la collectivité médicale. Il suffit d'observer le gradient social entre le Professeur de CHU (homme) gynéco obstétricien spécialiste de la procréation médicalement assistée, le gynécologue urbain spécialiste secteur 2, la gynécologue salarié (femme) de PMI de quartier en difficulté, puis pour finir le généraliste vacataire de centre d'IVG...

La diversité des généralistes

Les différences de comportements des assurés sociaux et ces différences de pratiques soignantes renvoient à la variabilité des pratiques et des choix professionnels des médecins eux-mêmes (et des professionnels de la santé au sens large). Ce phénomène a donné lieu à de multiples typologies. Les appellations données aux sous-groupes de médecins permettent de mieux comprendre les positions et les oppositions des médecins face aux changements possibles ou nécessaires. Comment les MG perçoivent-ils leur profession ? Leur place et rôle dans la société ? L'évolution de la Médecine Générale ? Il y a quelques années la COFREMCA décrivait les généralistes au travers de dénominations évocatrices : « Le notable actif », « L'intuitif innovateur », « Le traditionnel replié », « L'autonome épanoui » « Le contestataire désabusé », « Le modéré » ou « Le pessimiste amer ». Ces sous-groupes sont toujours actuels avec la diversité de leurs discours respectifs, leur choix d'accepter ou non, d'accompagner ou non les changements et évolutions de la société. Au gré des circonstances et des discours responsables, réducteurs, voire simplistes, les majorités électorales changent, comme dans le reste de la société française...

L'histoire de la Médecine Générale en France

L'histoire de la médecine générale en France comme dans le monde est celle d'une construction collective et de conquêtes. Les généralistes et leurs instances de médecine générale ont

participé, et participent activement, à son développement et sa reconnaissance institutionnelle et universitaire : sociétés savantes, organismes de formation initiale et continue, syndicats généralistes. Ce chemin a duré trente ans. C'est celui d'une discipline et d'un métier spécifique, en tant que spécialité des soins primaires. Même si ce retard est considérable par rapport aux autres pays européens, l'identité professionnelle s'est confortée avec et autour de ses groupes leaders. La construction de structures de représentations spécifiques s'est faite peu à peu avec notamment dès 1973 la SFMG, puis en 1977 la SFTG, en 1983 le CNGE et en 1986 MG FRANCE. Les nouvelles générations d'internes en médecine générale et des prochains médecins titulaires du Diplôme d'Etudes Spécialisées en Médecine Générale renforcent ce mouvement. Toute mise en cause du champ d'action de la discipline et de la compétence des généralistes dans ce champ spécifique est vécue comme une mise en cause identitaire. Ce phénomène se retrouve avec une acuité particulière dans les débats actuels.

Le rappel de ces déterminants a pour objectif de mieux comprendre, et faire comprendre, la situation du système de santé français, et les forces qui s'y exercent. Il prend en compte une approche de santé publique et souligne l'importance des méconnaissances et des écarts entre les faits observés et les opinions. Ces facteurs ne sont pas toujours apparents au premier plan, mais ils sous-tendent tel ou tel choix individuel ou collectif. Ils éclairent les réactions à propos de la mise en place actuelle du médecin traitant. Ils conduisent aussi de renoncer à l'illusion de croire que l'on peut agir simplement sur un ou deux déterminants pour modifier de façon durable un tel ensemble économique et social.

Pourtant si les principes de cette réforme sont ou apparaissent admis à la fois par le grand public, les différents partis politiques, les médecins généralistes et les spécialistes, ce sont les modalités pratiques qui sont l'objet de désaccord... Là, la réalité quotidienne doit faire place aux discours...

Coté Médecins généralistes par exemple :

1. L'obligation du choix de médecin traitant comme les exceptions à ce principe ne soulignent pas l'intérêt du recours préalable aux compétences d'un médecin généraliste choisi et stable, avec en cas de besoin, une orientation vers un autre professionnel. Elle réduit le médecin généraliste à un point de passage obligé administratif... Les conditions d'une alliance thérapeutique sont loin d'être réunies...
2. L'accroissement des différences tarifaires entre « MG » et « Spécialiste » dans une société marchande renforce la hiérarchie sociale entre les métiers au moment même de l'instauration prochaine d'une égalité C = CS, conséquence du Diplôme d'Etudes Spécialisée de Médecine Générale. Elles entretiennent le paiement différent de la même prestation selon celui qui la réalise. Ce choix est en contradiction avec les principes même de la future Classification Commune des Actes Médicaux Cliniques. Si certains pays ont accepté le choix des patients de consulter un médecin spécialiste en première intention, le paiement et /ou le remboursement se fait alors sur la base du tarif de médecine générale. En plus, les variations tarifaires des actes de spécialistes les conduiront à gérer leur file d'attente de façon préférentielle, non pas en fonction de la pertinence médicale de la demande faite par un médecin généraliste, mais en fonction de la rentabilité des soins non organisés qui échappent alors à l'œil critique et au contrôle d'un autre professionnel...
3. Le caractère « optionnel » de la coordination dans la convention 2005 laisse à penser que la gestion, ponctuelle ou au long cours, des questions de santé et de soins peut se faire sans circulation des informations utiles. Il faut rappeler ici que pour 10 actes de soins en médecine générale, il y a 9 actes de coordination avec un professionnel (lettre, téléphone ou

contact direct) et 5 actes de coordination avec le patient ou son entourage. Cette coordination se fait dans 70% des cas en dehors de la consultation. L'expérience des échanges en ville comme à l'hôpital permet d'anticiper l'ampleur, mais aussi les difficultés des tâches nécessaires. Depuis des années la mise en place de réseaux de soins a souligné les contraintes et les conditions indispensables pour un fonctionnement effectif, efficace et durable. Il faut de nombreuses mesures organisationnelles et financières qui le plus souvent ont obligé leurs promoteurs à ne pas appliquer les règles en usage de la médecine libérale comme celle du paiement à l'acte exclusif. Toutes ces études ont aussi montré les logiques sociales et culturelles qui sous-tendaient ces relations et les réaménagements identitaires dans tous les métiers de santé à cette occasion. La connaissance réelle de l'autre est le préalable à la reconnaissance réciproque.

4. Chaque médecin généraliste se trouve aujourd'hui en position de devoir accroître son activité dans de mauvaises conditions à un moment où le désir des médecins n'est pas d'accroître un temps de travail hebdomadaire déjà excessif. Les mesures économiques d'accompagnement sont quasi absentes et il y a disparition de celles qui étaient liées à l'Option Médecin Référent. L'ensemble de ces conditions pénalisantes constituera un facteur de non-choix de la médecine générale pour les étudiants en médecine de demain.
5. Pour répondre aux exigences tarifaires des médecins spécialistes, les signataires de la convention médicale 2005 ont accepté un mécanisme du médecin traitant qui méconnaît la réalité et la complexité de la médecine générale tout en impliquant la responsabilité contractuelle personnelle du médecin généraliste, tant au plan juridique qu'au plan de la responsabilité économique collective dans l'évolution des dépenses de santé.

Coté assurés sociaux, par exemple :

1. Des inquiétudes naissent en particuliers sur les possibilités réelles (et justifiées) de ne pas trouver de « médecin traitant » dans ces conditions. Elles viennent s'ajouter aux craintes tarifaires fondées, à la réduction des remboursements et à la sélection des assurés sur des critères non médicaux variés.
2. Le risque d'une transformation d'un système solidaire aux bénéfices d'un système prioritairement marchand est une hypothèse plausible.

Malgré ces critiques sur le fond, on peut s'interroger sur les effets latéraux à moyen et long terme de la Loi du 13 Août 2004. Les défenseurs de la Médecine Générale, spécialité des Soins Primaires, obtiendront-ils plus vite qu'ils ne l'imaginent les changements nécessaires ?

En effet le cadre même théorique et formel du « Médecin Traitant » a déjà, et aura, plusieurs effets symboliques et pratiques en cascade, dans un effet de dominos :

Le processus de légitimation sociale du médecin généraliste traitant. Il est la suite et la concrétisation d'un discours social sur « LE Médecin Généraliste ». L'option médecin référent n'est que conventionnelle et facultative pour une minorité d'assurés et de médecins généralistes. Le médecin traitant est une obligation législative pour la totalité des assurés sociaux et de des médecins. L'expérience positive de la communication sur les antibiotiques avec les changements constatés, va conduire l'Assurance Maladie à se doter de moyens performants (campagnes media, plates-formes de renseignements téléphoniques, courriers). Ce bruit de fond médiatique rend particulièrement visible le médecin généraliste en tant que professionnel de premier contact et les patients non habitués à un MG habituel vont découvrir les services et les compétences liés à la présence d'un professionnel qualifié.

L'augmentation des flux d'entrée et de retour vers la médecine générale. Ce phénomène sera amplifié par le fait que le recours direct au spécialiste est actuellement d'autant plus élevé que le patient n'a pas de médecin généraliste, situation qui sera devenue exceptionnelle. Ce double

flux rendra particulièrement perceptible par le plus grand nombre des acteurs les questions non résolues ou non abordées ce jour. Ce sont les parcours impossibles bien que médicalement justifiés et les parcours chaotiques car non coordonnés qui en seront les principaux catalyseurs... La notion de suivi médical, de « service après vente » et du service médical rendu va se poser plus explicitement. Il sera aisé de renvoyer à la responsabilité de chacun des acteurs impliqués, soignés et soignants. La non circulation des informations utiles ou indispensables aux soins et le dossier médical du patient seront des thèmes clé. Patients et médecins de toutes disciplines seront conduits à conscientiser, optimiser et responsabiliser leurs échanges. La gestion des affections chroniques et celles des polyopathologies liées à l'âge en sont les modèles du genre avec le vieillissement de la population. On connaît aussi les effets politiques et électoraux de ce « Grey power »...

Le passage de la délégation de soins subie à la délégation choisie. La majorité des généralistes réinvestira les tâches de soins primaires involontairement déléguées actuellement à certaines spécialités. Pour une partie des MG ce changement sera un investissement dans une activité additionnelle nouvelle, pour la majorité ce sera simplement la poursuite de ce qu'ils faisaient déjà pour leurs autres patients. Pour d'autres encore, ce sera la fin de délégation subie pour des délégations choisies en fonction de leurs préférences d'investissement dans la pratique. Pour les jeunes générations ce sera simplement la mise en pratique de leur formation spécifique en médecine générale. La question de la gynécologie médicale sera une question sans objet car cette « spécialité » ambulatoire s'est construite non sur des compétences médicales spécifiques mais sur la connivence culturelle, « des femmes soignent des femmes ». La féminisation du corps médical généraliste aura réglé la question de la gynécologie quotidienne...

Les choix prioritaires dans la démographie médicale. La loi ne peut imposer l'existence d'un médecin généraliste traitant sans en prévoir la formation d'un nombre suffisant. Dans les autres pays européens les rapports démographiques entre le nombre des médecins généralistes et le nombre des médecins spécialistes, en ville comme à l'hôpital sont en faveur des généralistes.

Mais l'explosion prévisible des coûts non remboursés va rapidement comporter des risques de sélection de clientèle, des délais pour obtenir un intervenant disponible et financièrement accessible. Cela peut aboutir au rejet de certaines catégories de malades ou de maladies. La tentation de la « patate chaude » pour les situations complexes et/ou chronophages sera-t-elle la règle ?

Les incohérences des choix actuels auront alors fait leur effet. La réforme actuelle est dite « *de la dernière chance* ». Cette formulation traduit-elle déjà la suite, et l'américanisation du système de soins ? Les médecins français connaîtront-ils le devenir des médecins américains ? Les assurés sociaux connaîtront-ils les effets de sélection drastique d'une médecine à plusieurs niveaux en fonction de leurs revenus et donc de leurs assurances ?

A la souplesse et parfois au laxisme de l'assurance maladie, fera place la contractualisation avec l'assureur, ses protocoles et ses contrôles non seulement dans une sélection des risques chez les assurés mais aussi les professionnels de la santé.

On se posera alors la question pourquoi en 2005, le gouvernement de la France a refusé cette quatrième révolution nécessaire alors que c'était une approche raisonnée et argumentée de santé publique largement éprouvée dans les autres pays européens modernes ?

Le thème de l'organisation de la santé partage-t-il avec celui de l'économie viticole la particularité d'illustrer les incohérences récurrentes et les paradoxes de la décision en politique ?

L'auteur, le Dr Jean Luc Gallais, est qualifié en médecine générale et en santé publique (email : jl.gallais@sfmg.org) . Il a signé seul ou avec d'autres responsables de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) de nombreux articles sur le thème de la médecine générale dans le champ de la santé. Ces articles comportent des développements des thèmes évoqués ici. On les retrouvera notamment dans :

1. Rosowski O et Gallais JL. « Les enjeux de la médecine Générale ». Contribution au Colloque de l'ENA « Soigner mieux et dépenser moins ». Novembre 1987.
2. Vincent B et Gallais JL. « Les soins médicaux ambulatoires en France, généralistes et spécialistes une double filière ». Revue du Praticien- Médecine Générale, N°53, 1989.
3. Gallais JL. « Médecine générale et santé publique ; deux disciplines et pratiques indissociables » Revue du Praticien- Médecine Générale, N°181, Juin 1992.
4. Gallais JL. « Dépenses de santé et régulation médicale : pour un médecin référent ».. Contribution séminaire FNERQ-UMESPE « Relations entre médecins Hospitalisation- système de soins : aspects fonctionnels et économiques. Février 1993.
5. Gallais JL. «Santé : le modèle spécialisé américain, rêve, illusion ou cauchemar ? »..Doc Rech Médecine Générale SFMG, N°44, Septembre 1994.
6. Gallais JL « Médecins à tout faire » In « Infiniment Médecins ».. Revue Autrement, Collection Mutations N°161, Février 1996.
7. Gallais JL. « Nature et effets des logiques d'organisation de soins primaires ; de la démographie médicale aux compétences soignantes assumées ou déléguées ». Contribution au Colloque de la Fédération des Spécialités Médicales, Octobre 2002..

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources ;

Référence : Gallais JL. Santé 2005 ou l'opportunité manquée de la 4ème révolution ?

Documentation SFMG Janvier 2005.

IMPORTANT: ce texte a été accepté à l'unanimité par le Bureau du 12 janvier 2005 de la SFMG pour accompagner la publication du communiqué de presse critique sur la convention médicale 2005. A ce titre, il peut donc être considéré comme le reflet de l'analyse collective de la SFMG sur le thème traité. Il s'inscrit dans la continuité des publications antérieures SFMG dont certaines sont citées en bibliographie. Il est téléchargeable sur le site www.sfm.org