



Comité Régional
Rhône-Alpes
d'Histoire de la
Sécurité Sociale



Actes du colloque

60^{ème} anniversaire de la Sécurité Sociale

2 décembre 2005



Comité Régional
Rhône-Alpes
d'Histoire de la
Sécurité Sociale



A l'occasion du 60^{ème} anniversaire de la Sécurité Sociale, le Comité Régional Rhône-Alpes d'Histoire de la Sécurité Sociale en lien avec l'Union Régionale des Médecins Libéraux et l'Ecole nationale Supérieure de la Sécurité Sociale, a organisé un colloque sur :

Le système français de la Sécurité Sociale depuis 1945 jusqu'à nos jours.

Dans les présents actes ont été intégrés, soit les interventions communiquées par les divers orateurs, soit, à défaut, les transparents projetés au moment du colloque afin que chacun puisse conserver des traces des échanges du moment.

Nous exprimons toute notre gratitude et adressons nos remerciements à tous les intervenants qui ont bien voulu accepter de participer à ce colloque ainsi qu'au public qui a su par sa présence manifester l'importance de la Sécurité Sociale au sein des préoccupations des Français.

Sommaire

Lucien JULLIAN Président du Comité Régional Rhône-Alpes d'Histoire de la Sécurité Sociale	4
---	---

Jean-Michel DUBERNARD Professeur Président de la Commission des Affaires Sociales à l'Assemblée Nationale	5
--	---

La Sécurité Sociale, un concept ancien toujours d'actualité ou une idée neuve ?

Les systèmes de Sécurité Sociale issus de l'après-guerre mondiale de 1945 ont-ils un avenir ? Guénaëlle MEKOUONTCHOU et François MEUNIER-PION Elèves de la 44 ^{ème} promotion l'EN3S	9
---	---

Médecin des hôpitaux dans l'immédiat après-guerre Jean RIONDET Directeur de l'Institut International Supérieur de Formation des Cadres de Santé à Lyon	21
---	----

Guérir le système de santé de ses maux Gérard ROPERT Directeur Général de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lyon	32
--	----

Guérir le système de santé de ses maux Bruno FANTINO Médecin, Directeur de l'Association pour le développement de l'information médicalisée	37
--	----

La Sécurité Sociale n'est pas seulement une charge, c'est aussi une valeur ajoutée à la société française

Les trajectoires des patients une nouvelle façon de penser l'Assurance Maladie Marc BREMOND Médecin, Consultant (diaporama)	44
---	----

La diversification des régimes de l'assurance maladie peut-elle être une réponse à ses problèmes actuels ? Comparaison de différents modèles de gestion Jean-Pierre CLAVERANNE Professeur à l'Université Lyon III (diaporama)	63
---	----

Poids économique de la Médecine : Le déficit de l'assurance maladie : mythe ou réalité Jacques CATON Médecin, Président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes (diaporama)	86
--	----

Introduction

Lucien JULLIAN

*Président du Comité Régional Rhône-Alpes
d'Histoire de la Sécurité Sociale*

Le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale vient d'être voté traduisant une fois de plus, une approche économétrique du système français.

Au moment où, soixante années après sa mise en œuvre dans un contexte où rien, objectivement, ne laissait augurer d'un système de protection généraliste assurant simultanément la sécurité des individus et le bien-être de la cellule familiale, nos anciens ont « osé » le pari de se donner les moyens de préserver nos générations futures.

Pierre Laroque allait même plus loin en indiquant : « si c'est la révolution qu'il faut faire, c'est la révolution que nous ferons ».

Le principe qui va au-delà d'une simple satisfaction de besoins ponctuels pour aller à l'essentiel, à la préservation de l'individu, la recherche d'une plus grande justice sociale avec une préoccupation constante d'une équité humaniste, c'était bien une révolution à laquelle, dans la diversité des horizons sociaux des ambitions ou des souhaits.

Nos anciens ont jeté les bases d'un système complet qu'il nous a fallu près de trente années pour achever et maintenant trente années pour conforter. Cela n'a été possible qu'avec une volonté citoyenne forte qui s'exprime si nécessaire dans la rue mais aussi avec un souci marqué de tous les professionnels qui au quotidien, œuvrent auprès de chacune et chacun de nous.

C'est dans le sens d'un dialogue rénové et renouvelé avec tous, dans les échanges que traduisent votre participation ici, aujourd'hui, que nous pouvons peut-être, Mesdames, Messieurs, transmettre le flambeau de cette Sécurité Sociale composante majeure et originale de la société française.

Introduction

Jean-Michel DUBERNARD

Professeur

*Président de la Commission des Affaires Sociales
à l'Assemblée Nationale*

J'ai décidé, et j'espère que vous ne m'en voudrez pas !, de ne pas vous infliger, aujourd'hui, un discours institutionnel et de me contenter de vous faire part de quelques réflexions un peu distanciées ; mes réflexions autant en tant que Président de la Commission, que rapporteur de la dernière réforme de l'assurance maladie, mais aussi en tant que médecin et tout simplement citoyen. Ces réflexions ont trait à la Sécurité Sociale dans son ensemble, mais vous vous en doutez bien, elles seront fortement inspirées par la problématique de l'assurance maladie.

Michel LAGRAVE, le Président du Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale, l'explique très bien : notre système de Sécurité Sociale s'est construit aux lendemains du deuxième conflit mondial, à l'aube de la guerre froide. L'ambition française était de créer une nouvelle forme d'organisation politique qui préserverait la liberté tout en offrant la même protection que le monde communiste. L'objectif de créer « *un ordre social nouveau* », par le rapprochement des classes, figure à la première ligne de l'exposé des motifs de l'ordonnance du 4 octobre 1945 fondant la Sécurité Sociale à la française. « *C'est une révolution que nous voulons faire et c'est une révolution que nous ferons* », s'exclamait Pierre Laroque. Le grand principe du nouvel Etat Protecteur « *Chacun y contribue selon ses capacités, chacun reçoit selon ses besoins* », est repris du **programme de Gotha de Marx et Engels...**

Avec 60 ans de recul, on peut dire que la Sécurité Sociale a atteint ses objectifs ; elle a véritablement constitué une révolution dans notre pays.

Les Français, on les comprend, sont désormais attachés à cette promesse indéfinie de justice et de protection. Ils y voient la forme de la démocratie elle-même. La « démocratie en actes » nous explique Madame Dominique Schnapper : La réalisation du socialisme tel qu'on le rêvait au XIXème siècle, commente, quant à lui François Ewald. Toute remise en cause de ce système constitue aux yeux des Français un déchirement inenvisageable. On les comprend !

Nos préoccupations tiennent à ce que nous faisons face aujourd'hui à un certain nombre de difficultés nouvelles.

1^{ère} remarque : un des problèmes les plus importants est vraisemblablement que la pensée de la solidarité est en panne.

L'émancipation de l'individu grâce au système de protection sociale est apparue au début comme dépendant d'une action militante et collective. Aujourd'hui, comme le dirait Paul Thibaud, si « *l'universalisme règne toujours dans les cieux, chacun sur terre fait pratiquement de lui-même un absolu* ». Les dépenses de santé, augmentent, ce qui n'est pas un mal en soi, mais, devient compliqué dès lors que chacun réclame d'être pris totalement en charge par la solidarité collective. La notion de solidarité a sans doute été peu à peu ravalée par des citoyens sans grand civisme à celle d'un **droit de tirage illimité sur la société.**

2^{ème} remarque : l'assurance maladie, conçue il y a 60 ans pour couvrir des « risques sociaux » et donc pour l'essentiel, des indemnités journalières – Nb : jusqu'en 1958, la plus grosse part des dépenses d'assurance maladie concernait les arrêts de travail ! l'assurance maladie a été sommée d'organiser « l'état de bien-être » (définition de la santé que donne l'Oms) d'une population vieillissante pour laquelle, le ciel étant vide, le corps est devenu le lieu de tous les désirs et de toutes les angoisses.

Je vous invite à lire l'ouvrage récent d'Hervé JUVIN, « l'avènement du corps »¹. Acteur de la vie économique et penseur de la société, JUVIN explique avec beaucoup de pertinence, comment le doublement en un siècle de notre espérance de vie, ainsi que la baisse du sentiment religieux ont transformé la condition humaine. Bien-être, confort, plaisir du corps, sont devenus la raison de nos choix collectifs. Le désir de congédier la nature et le temps qui passe est devenu prédominant dans nos sociétés individualistes. Comment réagir à cette nouvelle requête ? Comment va s'adapter notre système de protection sociale, notre système de santé, notre industrie de la santé, la recherche dans le domaine de la santé, l'assurance maladie à ces nouvelles exigences ? C'est un des grands enjeux de demain.

3^{ème} idée en forme de boutade, je dirais aujourd'hui qu'après la révolution gaullisto-communiste de 1945, dans l'idéal, il nous faudrait engager une révolution Colbertiste !

Les dépenses de santé ne sont pas un problème en elles-mêmes ! Une population en bonne santé est un atout pour l'économie. Un bon système de santé peut devenir un élément d'attractivité ou de compétitivité économique. Les innovations et les savoir-faire peuvent être facteurs de richesse et les dépenses de santé peuvent être, de ce point de vue, regardées comme autant d'investissements. En d'autres termes, notre assurance maladie, notre système de santé peuvent et doivent devenir des atouts. Il faut pour cela que nous devenions de bons Colbertistes...

Le Colbertisme ? c'est l'idée que l'Etat est responsable de créer les conditions de la Croissance et du développement économique de la nation pour le bénéfice de l'ensemble de sa population ; c'est une forme d'économie « dirigée » dans laquelle l'Etat, à travers à la fois son contrôle, ses finances, ses réglementations, ainsi que des grands projets d'infrastructures, définit les grandes lignes d'orientation de l'économie nationale selon les besoins de l'ensemble de la nation. C'est dans un environnement de croissance que joue ensuite « **la liberté d'entreprendre** ». Elle vient ainsi ajouter non seulement au **bien-être de l'individu** mais aussi à la **richesse nationale**. Autres traits intéressants : la première tâche du ministre de Louis XIV fut d'**assainir les finances** du royaume, partiellement ruiné des suites de la Fronde. Dans le domaine industriel et commercial cette politique consista aussi à protéger notre production contre la concurrence étrangère. Colbert érigea cette volonté en système. *L'espionnage industriel qu'il mit au point s'accompagnait bien souvent du débauchage des talents étrangers, au profit de la France.*

4^{ème} remarque : les difficultés de tout changement en France

Premier point : La profondeur de l'idéologisation de la société française subsiste dans les incantations, mais jamais dans le traitement des problèmes réels. Nous avons collectivement du mal à penser à l'adaptation de la société française à ce réel qu'il nous faudra pourtant bien prendre en charge. Les partis de gauche et de droite ont souvent beaucoup plus de points de convergence sur ce dossier qu'il n'y paraît ; mais dès qu'apparaissent les caméras, voilà que les discours se clivent. Nous n'avons pas le génie du consensus ; nous ne sommes, de ce point de vue, pas des Allemands. Quel dommage !

¹ (2005, Gallimard).

Deuxième point : ce que certains appellent « l'impuissance publique » ou de la difficulté pour les responsables d'imposer les changements qui s'imposent. L'Etat incarnait autrefois l'intérêt général face aux intérêts particuliers. C'était à lui qui revenait de trancher en dernière analyse. Dans une société « complexe », l'Etat est beaucoup moins capable de définir et d'imposer les règles du jeu et les conditions de négociation à toutes les parties prenantes sous sa juridiction. Avec l'affaiblissement généralisé des structures fortes capables de négocier et à un règne de l'apparence dans lequel le médiatique constitue le dernier point d'ancrage, nous sommes aujourd'hui prisonniers d'un système où le jeu tourne beaucoup plus autour de l'apparence médiatique d'une décision que de son mérite réel. Nous sommes à l'époque du déchaînement des rapports de force « sous caméras ». Cela donne les grèves des transports publics ou les jacqueries des éleveurs de porcs, les casseurs de banlieues ou les « Bové arracheurs de maïs », les professionnels des « sans papiers clandestins » appelant à l'insurrection, les incendies de synagogues ou des mosquées par revendication identitaire... Lorsque chaque groupe prétend détenir la seule morale qui vaille, la sienne, lorsque chaque corporation estime avoir droit à la satisfaction de toutes ses revendications et que le tout se joue devant les caméras, les choix collectifs sont très vite obscurcis.

5^{ème} et dernière remarque : notre responsabilité vis-à-vis des générations futures. Si nous n'y prenons garde, le pacte social de la Sécurité Sociale peut s'effondrer. Je ne pense pas que les jeunes, demain, accepteront de subir les conséquences de l'irresponsabilité des générations précédentes. La question de la protection sociale en France est intimement liée à une affaire de générations, de solidarité entre générations. Saurons-nous, tous autant que nous sommes, politiques, professionnels, usagers, en tirer les conséquences ? C'est certainement la question la plus brûlante et la plus dérangeante du moment.

Jean-Michel DUBERNARD

Professeur

Président de la Commission des Affaires Sociales à l'Assemblée Nationale



Comité Régional
Rhône-Alpes
d'Histoire de la
Sécurité Sociale



en3s
ÉCOLE NATIONALE SUPÉRIEURE
DE SÉCURITÉ SOCIALE



La Sécurité Sociale, un concept ancien toujours d'actualité ou une idée neuve ?

Les systèmes de Sécurité Sociale issus de l'après-guerre mondiale de 1945 ont-ils un avenir ?

Guénaëlle MEKOUONTCHOU
et
François MEUNIER-PION

*Elèves de la 44ème promotion l'En3s
(Ecole Nationale Supérieure de la Sécurité Sociale)*

A l'issu de stages que nous avons effectués à l'étranger en septembre dernier et afin de clôturer notre cycle d'études internationales, deux journées de rencontres et de débats les 22 et 23 septembre dernier, ont permis d'échanger nos expériences concernant les différents mécanismes de protection sociale et les enjeux qui y sont attachés. Parmi ces enjeux, nous nous sommes notamment interrogés quant à l'avenir des systèmes de Sécurité Sociale d'après la seconde guerre mondiale.

Nous vous proposons de vous faire part des réflexions alors élaborées ramenées toutefois à un contexte national et dans une optique orientée vers l'« assurance maladie ». Cette orientation nous l'avons souhaitée d'une part parce que la Sécurité Sociale est en France, généralement associée à la maladie plus qu'aux autres risques et d'autre part parce qu'il s'agit de l'angle d'approche de cette journée. Cependant, compte tenu de l'ampleur du sujet nous ne nous voudrions pas exhaustifs.

A titre préliminaire, il convient de préciser quelques notions. Par Sécurité Sociale, nous entendons, l'ensemble des moyens mis à la disposition de la population pour la protéger contre certaines éventualités ou certains risques. La Convention n° 102 de l'Organisation Internationale du Travail en distingue neuf parmi lesquels (les soins médicaux, les indemnités de maladie, les prestations de vieillesse, les prestations familiales, les prestations en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle ou encore les prestations de chômage). A noter qu'il existe aussi un Code européen de Sécurité Sociale.

Inutile de vous présenter les deux modèles fondateurs des différents systèmes de protection sociale que sont le modèle bismarckien (*principalement destiné à mettre en œuvre la solidarité professionnelle face aux risques sociaux et financé par les cotisations sociales*) et le modèle Beveridgien, (*principalement destiné à mettre en œuvre la solidarité nationale face aux risques sociaux (triptyque universalité : pour toute la population, uniformité : les mêmes droits pour tous, unité : un service public unifié), le tout financé par l'impôt*).

Je me permettrais cependant de m'attarder un instant sur ces modèles en précisant que ceux-ci reposent sur des caractéristiques économiques et socio démographiques aujourd'hui dépassées. En effet, à la naissance de ces modèles, la notion d'État providence prévaut. Il est alors communément admis que l'État doit garantir une protection aux citoyens. A l'époque, encore, la plupart des pays connaissent une situation de plein emploi dans un contexte de croissance économique. Par ailleurs, à cette période, les carrières sont généralement linéaires. Enfin, la famille repose sur un schéma patriarcal.

Mais pour intéressante qu'elle soit, la distinction entre le modèle Bismarckien et le modèle Beveridgien a très rapidement connu des évolutions et d'autres modèles sont apparus (*modèle libéral* caractérisé par un financement par l'impôt et des prestations universelles (Royaume Uni, Irlande) ; le *modèle social démocrate*, des pays scandinaves (Suède, Finlande, Norvège) ou encore *le modèle conservateur corporatiste* caractérisé par un financement par cotisation et des prestations généreuses mais pas pour tout le monde (Allemagne, France, Belgique) (*in Gøsta Esping-Andersen, les trois mondes de l'État providence*).

Mais la société ne cesse d'évoluer et l'on peut s'interroger quant à la capacité des États, en France comme ailleurs, à intégrer rapidement ces mutations. Aujourd'hui, notre système de Sécurité Sociale, tout comme d'autres, s'essouffle. A-t-il donc encore un avenir ?

S'interroger sur l'avenir des systèmes de Sécurité Sociale c'est tout d'abord constater les limites de nos systèmes en matière de prise en charge (I), c'est ensuite envisager les perspectives de l'avenir singulier dans le domaine de l'assurance maladie (II).

Pour commencer, il nous faut donc comprendre le chemin que nos systèmes de prise en charge ont parcouru. Notre système de protection sociale a-t-il atteint ses limites ?

I – Des systèmes de prise en charge au bout de leurs limites

L'avenir des systèmes européens en général et de l'assurance maladie française en particulier est largement déterminé par l'évolution de phénomènes marquants qui ont entamé la base socio économique sur laquelle ces systèmes reposaient, ce qui finit par les faire vaciller à l'aube du XXIème siècle, exposés à une crise protéiforme.

A) Une base socio économique fortement ébranlée

On constate trois ruptures, avec les schémas traditionnels sur lesquels reposaient les systèmes de l'après guerre qui sont autant de défi qui leur sont posés

1) *Les systèmes sont dépendants d'économies plus ouvertes et plus contraintes*

1^{er} schéma périmé : les systèmes reposent sur le plein emploi et une croissance forte en économie fermée

Or, d'une part, modification de l'environnement économique ces 30 dernières années : ouverture des économies européennes dans un processus de mondialisation croissante des échanges : compétition sur les coûts pour les entreprises, compétition fiscale et sociale entre les Etats : comment les Etats pourront-ils encore se porter garants des systèmes ?

D'autre part, parallèlement à cette ouverture, les Etats sont confrontés à 3 contraintes subies ou acceptées

- la montée du chômage qui s'est révélée non pas conjoncturelle mais bien structurelle
- la réduction du taux d'activité observée par une arrivée plus tardive des jeunes sur le marché et une sortie plus précoce des travailleurs âgés

Conséquences de ce double phénomène subi : ralentissement de la croissance et déséquilibre rapport actifs / inactifs accentué

- dans le cadre de la construction européenne, les Etats ont accepté les critères de Maastricht en 1992 : déficit des dépenses publiques < 3% du PIB. Critère que les Etats ont de la peine à tenir dans un contexte économique dégradé et qui met en exergue les coûts sociaux.

2) L'évolution des modèles sociaux et familiaux a inversé la structure démographique

2^{ème} schéma périmé : social, travailleur avec carrière continue et ascendante au sein d'une même entreprise industrielle / familiale, modèle patriarcal

Les modes de production se sont tournés vers les activités de service et l'organisation du travail devenue plus souple ont rendu les carrières moins uniformes qui supposent l'adaptation des standards de protection sociale.

Les références familiales sont bouleversées : d'un côté, banalisation du divorce, hausse des foyers monoparentaux et des familles recomposées, de l'autre, l'action des mouvements de libération de la femme, ont conduit à l'arrivée massive des femmes sur le marché du travail et, par répercussion, à une baisse de la fécondité. Cette baisse conjuguée à l'allongement de l'espérance de vie (signe d'efficacité des systèmes) se traduit par le vieillissement des populations. L'inversion des pyramides des âges qui en résulte met en question la pérennité des régimes de retraite à l'occasion du papy boom étalé sur plusieurs décennies.

3) La couverture des risques ne correspond plus aux besoins et aux attentes des populations

3^{ème} schéma périmé : Les risques peuvent être circonscrits dans une liste et des définitions limitatives pour couvrir des catégories de population

Or, du point de vue de la couverture, il n'existe plus de système assurantiel pur, puisque les Etats ont eu tendance à la généraliser pour prémunir les populations interstitielles

De plus, en termes de conception des risques :

Soit on a abouti à la reconnaissance progressive de risques dont la gestion n'a pas toujours été confiée aux opérateurs de Sécurité Sociale :

- Le handicap : rien en 1945, une logique de revenu minimum en 1975 et l'apparition d'une logique de compensation individualisée des conséquences du handicap en 2004
- La dépendance : proche du handicap, sa problématique fait converger assurance maladie et vieillesse pour la prise en charge des soins de longues durées aux personnes âgées (conséquence du vieillissement). Tendance croissante de ce risque. Réponses diverses des Etats en l'absence de définition par la convention 102 de l'OIT, en France elle est formellement exclue du champ de la Sécurité Sociale.
- L'exclusion : de la flexibilisation du marché, à la précarisation de l'emploi (intérim et CDD) = travailleurs pauvres avec également des problèmes d'accès aux droits pour les populations fragiles (familles monoparentales, immigrés).

Soit la notion même des risques a évolué :

- L'aide aux familles ne passe plus uniquement par le versement de prestations en espèces mais par une offre de service en nature pour équilibrer vie professionnelle et vie familiale
- La lutte contre le chômage ne se limite plus non plus au versement d'un revenu de remplacement mais s'inscrit dans une dynamique d'activation des dépenses supposant des mesures préventives telles la formation et des parcours d'intégration
- L'assurance maladie tente de limiter les dépenses par la régulation des mécanismes de prise en charge alors qu'elle risque de se dissoudre dans une notion plus vaste et plus floue : la santé = objet d'une attitude consumériste des assurés ; bien supérieur de consommation selon certains économistes qui justifie le décrochage entre évolution des dépenses et croissance du PIB. Toutefois, les pays ayant développé la prévention ou renforcé le lien entre fournisseurs, patients et financeurs contiennent davantage cette évolution.

Dépendance à une économie ouverte, inversion démographique et mutation des attentes montrent que la base socio économique des systèmes de Sécurité Sociale est fortement ébranlée. Nous allons maintenant voir que ces nouveaux paradigmes ont déstabilisé les systèmes qui vacillent sous une triple crise. De quelles crises s'agit-il ?

B) Des modèles en crise

Et bien ces crises sont de trois ordres : elles correspondent en effet à un déséquilibre financier, d'une part, à une crise d'efficacité, d'autre part, mais aussi à une crise de légitimité.

1) *Une crise financière*

Cette crise financière apparaît dans les années 70, en raison d'une augmentation des dépenses publiques plus rapide que celle des recettes et qui compromet ainsi, à long terme, leur équilibre financier.

Deux facteurs explicatifs :

- structurellement : les dépenses de santé augmentent en raison du progrès médical. En revanche, les salaires et les revenus des ménages ont augmenté moins vite à compter du choc pétrolier.
- par ailleurs, un premier effet ciseau est causé par la montée du chômage auquel s'ajoute un second effet ciseau généré par le vieillissement de la population.

Plusieurs facteurs d'ajustement possibles alors (même si ces ajustements ne sont pas indolores).

- augmenter les charges sociales qui pèsent sur le coût du travail mais qui donc peut être un frein à la compétitivité des entreprises.
- accroître les impôts mais ceci constitue un risque politique (*en Suède dans les années 90, le gouvernement social-démocrate a perdu le pouvoir à cause des hausses d'impôts qu'il avait pratiquées*).
- baisser le niveau de couverture sociale constitue également un risque politique.

2) *Une crise d'efficacité*

Malgré une vision de la solidarité présente dans tous les systèmes de Sécurité Sociale mais déclinée différemment, les inégalités ne cessent de se creuser. Une nouvelle pauvreté apparaît en France comme dans d'autres pays d'Europe.

En effet, la pauvreté des personnes âgées grâce à des retraites et des pensions de réversion recule, en revanche la protection des jeunes et en particulier des jeunes familles

contre la pauvreté n'est pas suffisamment garantie. Malgré l'existence de prestations familiales, le nombre d'enfants en situation de pauvreté tend à augmenter en particulier durant cette dernière décennie.

Face au risque d'exclusion sociale, différents systèmes de protection sociale n'ont pas non plus réussi à faire la preuve de leur efficacité. On leur reproche notamment d'être des « machines à indemniser » désormais dépassées. En effet, dans les sociétés d'aujourd'hui, indemniser les pertes de revenus n'est plus une réponse suffisante aux besoins des assurés sociaux.

Que ce soit pour lutter contre l'exclusion, pour prendre en charge la dépendance du quatrième âge ou pour accompagner l'éducation des jeunes enfants, des aides monétaires sont utiles mais ne suffisent pas. Les personnes ont besoin de services de qualité (services d'une maison de retraite, d'une crèche). Il s'agit de services individualisés et non plus seulement de dossiers traités en masse.

Ce constat touche aussi le secteur de la maladie.

Ainsi les systèmes de protection sociale ont traversé ou traversent encore une crise d'efficacité : leurs résultats sont insuffisants – leurs moyens sont partiellement inadaptés.

Alors que la protection sociale brasse 20 à 30% du PIB des pays européens, elle ne répond pas à l'ensemble des besoins.

3) Une crise de légitimité

Au-delà de leurs difficultés financières et de leur manque d'efficacité, les systèmes de protection sociale issus de l'après-guerre font face, de surcroît, à une crise de légitimité multiforme.

- d'une part, les économistes néoclassiques mettent l'accent sur les effets pervers d'une couverture sociale généreuse : par exemple, en fonction du système d'indemnisation du chômage, il se peut que les chômeurs ne soient pas incités à reprendre un travail le plus vite possible.

Le fait que les systèmes de protection sociale soient publics est également critiqué par certains, partisans d'un Etat minimal ou adversaires d'une gestion qualifiée de bureaucratique.

C'est pourquoi, de nombreux pays s'interrogent sur la nécessité et la légitimité de confier une partie du domaine de la protection sociale aux assurances privées (maladie et retraite notamment).

Certains États ont déjà fait ce choix. (*ex. la Suède. la retraite en Suède se compose d'un 1^{er} pilier par répartition, 2^{ème} pilier également obligatoire par capitalisation et enfin, 3^{ème} pilier facultatif. En Allemagne, les travailleurs perçoivent des incitations fiscales pour souscrire à une retraite par capitalisation*) ;

- d'autre part, se pose le problème de l'appropriation du système par les bénéficiaires. Dans un souci d'économie, les prestations ont été transformées en prestations sous conditions de ressources. Or, ce type de prestation ne garantit pas l'appropriation du système par l'ensemble de la population. Si trop de contribuables n'ont aucun intérêt à la préservation du système de protection sociale, sa légitimité peut être contestée.

Transition :

Jusqu'alors, nous avons revisité superficiellement le panorama des limites des systèmes de Sécurité Sociale tant du point de vue de la profonde évolution du contexte de leur mission, que du point de vue de la remise en cause de leurs modes de fonctionnement. Cette démarche était nécessaire pour envisager l'avenir comme une réponse aux défis posés. Compte tenu de la teneur du colloque, le futur sur lequel nous tenterons de lever un coin du voile se restreindra à l'assurance maladie française, que le sens commun assimile dans notre pays à la Sécurité Sociale comme s'il n'y avait qu'un risque à assurer, celui de tomber malade. C'est pourquoi la réforme d'ampleur du 13 août 2004, fournit des indices sur l'avenir global du système de Sécurité Sociale français. Néanmoins, l'expression même d'assurance maladie l'empêche d'épouser parfaitement les contours du système de santé dont nous tenterons de définir des échelons territoriaux de régulation pertinents pour l'avenir.

II : Les perspectives de l'avenir singulier de l'assurance maladie

A. Une réforme de l'assurance maladie dépassée par les tensions du système de santé

En France, l'assurance maladie a positivement élevé le niveau de santé global par son niveau de prise en charge et concourt à l'augmentation de l'espérance de vie. Pourtant, elle focalise l'attention des médias et à travers eux de l'opinion publique. A court terme, sa réforme est emblématique des enjeux qui pèsent sur l'avenir du système de Sécurité Sociale national. Beaucoup y voient déjà une préfiguration de l'évolution des autres branches, elle donnerait notamment le ton en ce qui concerne la gouvernance. Elle offre des possibilités nouvelles de régulation. Mais son interaction avec le jeu des acteurs du vaste champ de la santé reste encore à découvrir.

1) *Plus que tout autre risque, l'assurance maladie subit de plein fouet les crises*

L'assurance maladie focalise les inquiétudes car elle représente une grande partie des dépenses sociales, car elle est dépendante de l'intérêt d'acteurs obéissant à des principes libéraux ou pleinement assujettis à la concurrence et aux impératifs de profits, car enfin elle concentre plus de déficit que toutes les autres branches de la Sécurité Sociale réunies, sans que l'on puisse corréliser précisément le bénéfice de santé qui en résulte pour les assurés.

Comparée aux autres risques du système de Sécurité Sociale français, l'Assurance Maladie est prise en tenaille entre l'universalité de sa couverture qui lui confère la charge d'une solidarité nationale et l'exposition à la sphère privée et concurrentielle pour la prescription des soins qu'elle doit prendre en charge.

Comme la branche famille, elle a vu sa couverture progressivement étendue à l'ensemble de la population. Mais comme la branche vieillesse, elle est contrainte à réduire le champ de son intervention financière au profit d'opérateurs privés, ce qui ne manque pas de soulever des interrogations quant à l'accès aux soins. Ainsi l'Assurance Maladie est typiquement confrontée à une crise financière d'une ampleur et d'une durée sans précédent, à une crise d'efficacité qui a mis au jour les limites d'une simple logique de production maîtrisée grâce aux nouvelles technologies mais dépassée, et à une crise de légitimité compte tenu de son incapacité à réagir, relayée par des assureurs privés prêts à étendre la dimension de leur marché dans le domaine de la santé.

Pour répondre aux défis posés, la voie stratégique de la reconfiguration de l'assurance maladie est tracée par le HCAAM qui a préconisé avant la réforme une action sur le système de soins suivant cinq directions :

- une gestion plus active du périmètre des biens et services pris en charge
- la recherche permanente de la qualité du service rendu au malade
- des modes de rémunération des professionnels et des structures de soins plus porteurs de qualité et d'efficacité
- une organisation plus structurée des moyens, garantissant la répartition des acteurs et leur articulation sur le territoire
- l'implication de l'utilisateur comme acteur de sa prise en charge grâce à une meilleure information et à des incitations financières dans le cadre de son utilisation du système

A ces cinq directions le HCAAM ajoutait la nécessité de clarifier les institutions et les compétences dévolues au bénéfice d'un pilotage réel du système.

2) La réforme procède à une nouvelle donne qui intègre les spécificités de l'assurance maladie

La réforme de 2004 apporte des solutions aux préconisations du HCAAM. Dans son sillage, la notion de gestion du risque promue par la réforme Juppé de 1996, restée pratiquement lettre morte, s'est vu substituer le mot clé de régulation, porteur de sens pour l'avenir proche de la gestion de la branche maladie. Cette régulation repose sur de nouveaux outils qui structureront les modalités de prise en charge des soins dispensés.

La nouvelle gouvernance de l'assurance maladie offre un champ de négociation propice à orienter la régulation. Entre autres, elle crée une relation formelle entre les trois principaux régimes de base au sein de l'UNCAM, elle érige une structure au bénéfice des assureurs complémentaires UNOCAM et bénéficie de l'assistance technique d'une Haute Autorité de Santé. C'est l'UNCAM qui a négocié la convention du 12 janvier 2005, « clé de voûte de la réforme » selon un rapport de la Commission des affaires sociales du Sénat, qui ouvre la perspective d'une maîtrise médicalisée des dépenses. C'est également au niveau de l'UNCAM que les modalités de prise en charge pourront évoluer, notamment en cas de déclenchement d'une procédure d'alerte sur le dépassement prévisible de l'ONDAM.

Au sujet du périmètre des soins remboursables : les commissions de la HAS doivent prochainement orienter les décisions de l'UNCAM, notamment au regard des ALD. Elles répondront à une série de questions essentielles auxquelles les réponses données tisseront le maillage d'une nouvelle logique assurantielle. Ainsi, l'évolution des restes à charge des usagers est étudiée selon un faisceau de paramètres. Concrètement :

- faut-il limiter le périmètre aux dépenses sanitaires stricto sensu ou conserver les dépenses à caractère social ? (orthophonie scolaire par ex)
- le service sanitaire rendu est-il un critère exclusif d'inclusion dans le panier ou faut-il également tenir compte du rapport qualité prix ?
- doit-on hiérarchiser les actes et les dispositifs à intégrer en fonction des priorités de santé publique définie par l'Etat ? (ex choisir entre appareillage auditif et chimiothérapie)
- quels soins doivent-ils être pris en charge à 100 % et sur la base de quels critères ?
- quelles règles appliquer pour moduler le taux dans les autres cas ?

Dans l'optique financière de l'assuré, outre la franchise initiale fixée à 1 € par acte, le parcours de soins restreint son libre choix à celui d'un médecin traitant qui l'orientera le cas échéant vers un médecin correspondant. Tout autre accès au système lui vaudrait une majoration du professionnel ainsi qu'un reste à charge net d'au moins 7€, même après

remboursement de la part complémentaire versée dans le cadre d'un contrat responsable. Il est vrai que pour les plus aisés le paiement de ce prix ne constituera peut-être pas un frein, il est vrai aussi qu'en cas d'urgence, de vacances, ou de recours à certaines spécialités la pénalité financière ne s'appliquera pas. Au cours de ce parcours de soins, le professionnel pourra, à partir du 2^{ème} semestre 2007, remplir le dossier médical personnel de son patient via un hébergeur de données pour améliorer l'efficacité des soins en garantissant une meilleure coordination. A partir de la même période, l'assuré utilisera sa nouvelle carte Sésam Vitale 2, articulée avec ces nouveaux parcours de soins, utilisable dans les établissements de santé, intégrant les données de sa complémentaire et munie d'une photo anti fraude.

Mais l'efficacité de ces outils dépend de la bonne volonté d'acteurs qui devront se convaincre que leurs intérêts convergent autour du maintien d'une couverture socialisée des soins. C'est le postulat du changement des comportements, soit une inconnue de taille qui hypothèque l'avenir.

3) *L'impact de la réforme sur les acteurs de la santé est encore mal mesuré*

La régulation, la maîtrise médicalisée et les médecins traitants feront-ils mieux que la gestion du risque, la maîtrise comptable et le médecin référent ? Sans mésestimer le poids des mots, il faut bien reconnaître que l'avenir de l'assurance maladie se joue avant tout dans les consciences des protagonistes du système de santé dans le meilleur des cas, dans le jeu d'acteurs pour le pire. Passons rapidement en revue quelques incertitudes que contient la pratique de la réforme à court et moyen terme :

L'impact de la nouvelle gouvernance sur l'inter régime : existera-t-il un réel dialogue entre les régimes, une répartition des dossiers ou des compétences ? Difficile de le dire dans un contexte où l'un est fort des pouvoirs concentrés entre les mains de son directeur, où l'autre est fort du poids démocratique de ses élus et où le dernier est plus préoccupé de sa renaissance sous la forme du RSI.

L'impact de l'étendue du périmètre remboursable sur le jeu des complémentaires : après un round d'observation, celles-ci surmonteront-elles leurs intérêts concurrentiels divergents par des ententes préjudiciables aux assurés ou engageront-elles un bras de fer avec l'Etat et l'assurance maladie pour contourner malgré tous les contrats responsables ?

L'impact du parcours de soins sur les assurés : le parcours de soins ne peut être tout à fait garant ni de la justification médicale des consultations, ni de la justification médicale des prescriptions faites dans son respect. On peut craindre que l'attitude consumériste de certains assurés continue de s'exprimer au travers du médecin traitant. Seul un travail ardu de la HAS sur les référentiels de bonne pratique et l'assurance de leur application pourrait à terme endiguer les effets pervers d'une santé considérée comme un bien supérieur de consommation.

L'impact du DMP sur les professionnels : quelle pratique les médecins auront-ils de ce futur outil dématérialisé ? A supposer qu'ils en aient une, auront-ils tous la même pour conférer à cet outil l'efficacité attendue en terme de coordination ? Prendront-ils le temps de le remplir ou simplement de le consulter ?

L'impact sur les acteurs institutionnels entre eux : la coordination nationale et régionale entre l'assurance maladie et les programmes de santé publique reste à construire pour renforcer les effets d'une médecine préventive sur la santé des assurés. Face aux GRSP, entre les différents acronymes : URCAM, ARH, MRS et ARS il ne devra en rester qu'un...

A ces impacts de portée inconnue, il faut ajouter la stratégie des industries du médicament, promptes à contourner les contraintes que tentent de leur imposer les instances de régulation nationales, notamment en passant par l'échelon européen.

Transition : Ainsi, outre la réforme récemment engagée et dont les effets sont ou seront perceptibles à court terme, se pose la question du périmètre d'action pertinent en matière de santé. Malgré la délimitation régionale établie par la loi de santé publique, il apparaît désormais indispensable de s'interroger sur les perspectives d'une nouvelle organisation territoriale. Mais à quels échelons pouvons-nous songer ?

B. Vers une répartition pertinente des échelons de décision et de gestion en matière de santé

Et bien, quatre hypothèses, à l'avenir plus ou moins incertain, méritent d'être présentées.

1. Le maintien de l'échelon national : scénario le plus plausible mais le moins ambitieux

Dans l'hypothèse du maintien de la compétence nationale en matière de Sécurité Sociale avec quelques ajustements afin de faciliter la coordination, ce fonctionnement paraît aujourd'hui le plus plausible mais dans le même temps le moins ambitieux. Il se caractérise par une gouvernance, que nous avons évoquée tout à l'heure, notamment redéfinie en 2000 par la loi de financement de la Sécurité Sociale afin de rationaliser et clarifier les rôles entre l'Etat et les différents autres régimes. L'Etat est responsable du secteur hospitalier public et privé et du secteur de médicaments. L'assurance maladie est, quant à elle, chargée du secteur des soins ambulatoires. Il est à noter que les réformes récemment engagées ont accentué le rôle central de l'Etat dans la gestion du système de santé. Cela peut néanmoins s'expliquer compte tenu du fait que l'assurance maladie est devenue de plus en plus universelle et financée par des ressources d'origine publique. Dès lors, un rôle plus important a été dévolu aux représentants élus et les responsabilités de l'assurance maladie et de l'Etat ont été clarifiées.

Mais pour reprendre les propos du directeur d'Espace social Européen (n° 28 octobre-03 novembre 2005), Pascal BEAU, ce schéma d'organisation, on peut le craindre, pêche par trop de centralisation. Il souligne l'importance qu'il y a, aujourd'hui à faire, selon lui, moins d'assurance maladie et davantage de santé...

2. Un échelon européen sans doute irréaliste et inopérant à court terme

La Commission européenne a mis en place plusieurs dispositifs visant d'une part, à favoriser la coordination des régimes de Sécurité Sociale et, d'autre part, à trouver des solutions communes aux difficultés rencontrées par les systèmes de protection sociale nationaux. Le règlement (1408/71) de juin 1971 avait vocation à coordonner à minima les régimes de Sécurité Sociale. Il devrait être rénové par le règlement 883/2004 du 29 avril 2004 qui contient une réforme fondamentale et une simplification des dispositions de coordination dans le domaine de la Sécurité Sociale en vue d'une meilleure protection sociale du citoyen. En ce qui concerne la recherche de solutions communes aux défis rencontrés par les systèmes, la Commission a lancé tout d'abord la « Stratégie concertée pour moderniser la protection sociale » en 1999. En mars 2000, le Conseil de Lisbonne met en place la méthode ouverte de coordination¹. Tout dernièrement, la Commission européenne a lancé au printemps 2005 une consultation sur les changements démographiques afin d'ouvrir le débat sur ce thème et sur le rôle potentiel de l'Union européenne.

¹ Il s'agit là d'une méthode qualifiée de Soft governance approach, par opposition à la régulation. En effet, la régulation se traduit par la mise en place de directives, de règlements contraignants pour les Etats membres et s'applique dans les domaines où l'Union européenne est compétente comme par exemple, la santé et la sécurité des travailleurs, la protection des consommateurs. A contrario, la soft governance permet de coordonner des politiques de manière plus souple via des objectifs et avec des degrés de contraintes variables.

Mais si la Commission a mis en place ces dispositifs pour réfléchir en commun aux défis du futur, il semblerait que la volonté politique fasse défaut pour mener jusqu'à leur réalisation de telles orientations comme le montre notamment, la non-ratification d'un Code Européen de Sécurité Sociale révisé du conseil de l'Europe, plus exigeant que le précédent.

En effet, aujourd'hui, la solidarité socioprofessionnelle apparaît trop limitée face à l'universalité croissante des prestations sociales. Dans un territoire européen sans frontières, le dumping social menace les systèmes les plus généreux.

Ainsi malgré le récent rapport présenté par l'économiste, André Sapir, à l'occasion du sommet de Londres réunissant les 25 chefs d'Etat et de gouvernement (novembre dernier), intitulé « *la mondialisation et la réforme des modèles sociaux européens* », il apparaît que chaque pays reste encore fermement attaché à son système, aussi imparfait puisse-t-il être.

A court terme, donc, l'échelon européen paraît encore inopérant. La solidarité européenne ne semble donc pouvoir réellement s'imposer qu'à moyen voire à long terme.

3. Un échelon global improbable

Au-delà de l'échelon purement européen, il existe une campagne mondiale en faveur de l'extension de la protection sociale à toute la planète. Il regroupe le Bureau International du Travail et l'ensemble des grandes fédérations et organisations internationales. Ceci vient à la suite du lancement de la « Campagne mondiale sur la Sécurité Sociale et la couverture pour tous » décidée par la Conférence Internationale du Travail de 2001. Des experts travaillent au développement des coopérations multilatérales et des études relatives aux conditions de faisabilité des scénarii possibles pour atteindre la finalité d'une couverture pour tous de façon graduelle. Cette action du B.I.T peut se résumer par son slogan : « La Sécurité Sociale pour tous : un besoin universel, un défi mondial ».

L'accès à la Sécurité Sociale constitue d'ailleurs, ne l'oublions pas, un « droit humain fondamental » selon la déclaration universelle des Droits de l'Homme.

Cette initiative se veut une campagne opérationnelle caractérisée par trois modes d'actions différents et complémentaires :

- la recherche, les études, les expérimentations, l'analyse et la diffusion d'expérience afin de tirer les leçons de l'expérience, développer les processus et de rendre possibles des comparaisons et des coopérations internationales ;
- la coopération technique et l'assistance aux pays : mode d'action classique du B.I.T, ce soutien concret aux efforts demeure cependant essentiel pour les pays et peut prendre différentes formes, de l'assistance ponctuelle à la rédaction d'une loi aux analyses actuarielles ;
- le développement de partenariats et la diffusion d'un plaidoyer : il s'agit ici d'expliquer que la Sécurité Sociale n'est pas un luxe de pays riche mais un instrument de développement des pays.

Cette logique « globale » qui consiste à raisonner à l'échelon mondial se justifie compte tenu du fait que des déficiences communes aux systèmes de soins ont été identifiées par l'Organisation Mondiale de la Santé (manque de transparence quant aux responsabilités des prestataires, rétribution insuffisante des bons résultats, coordination limitée des différents acteurs et secteurs de santé). Malgré cette convergence de problématiques, il n'existe pas de solutions universelles. Nous l'avons vu les réformes récentes s'efforcent de s'attaquer aux déficiences des systèmes de soins et peuvent être interprétées comme les premières étapes d'une stratégie plus large. Les efforts des responsables sanitaires à travers le monde sont désormais centrés sur l'obtention de gain d'efficacité (meilleure organisation des prestations de soins de santé, promotion de fourniture de prestations appropriées et rentables,...). Encore faut-il rester conscient que ces progrès n'intéressent qu'une partie de la population mondiale ?

En effet, la grande majorité des ressortissants des pays dits les moins avancés est encore exclue de tout accès à des soins même de niveau minimum. L'attitude des industries pharmaceutiques vis-à-vis de ces pays est à ce titre révélatrice.

L'échelon mondial reste donc, en bien des points, encore utopique.

4. La subsidiarité entre échelon national et européen : une voie médiane séduisante

Le développement du niveau européen dans les orientations des politiques sociales est intéressant à noter. Les pays de l'Union européenne sont concernés par des questions communes, qui appellent nécessairement des plans d'actions concertés (le traitement des questions de sécurité sanitaires, les investissements lourds dans le domaine médico-technologique, la question des poches de pauvreté notamment en périphérie urbaine, la question de la famille et de son évolution,...). Ainsi, la notion de prévention des risques sociaux et de leurs conséquences peut déclencher la définition communes de certains mécanismes de réparation (ou d'assurance). Il est à noter que certains pans de politiques sociales sont déjà abordés par l'Union européenne : politique de l'emploi, de lutte contre l'exclusion.

Ainsi se pose la question du périmètre d'actions en matière de protection sociale. Si le niveau européen s'avère irréaliste et inopérant à court terme, il semble le plus adapté à la définition d'orientations. Le niveau local infra étatique, à savoir la Région paraît, quant à lui, être l'échelon le plus pertinent en matière de gestion et de mise en œuvre des politiques sociales.

Transition : *Voilà les différents niveaux de décision et de gestion en matière de santé que l'on peut esquisser.*

Conclusion :

- En résumé, face à une base socio économique fortement ébranlée et aux crises qu'elle génère, les systèmes de Sécurité Sociale en général et l'assurance maladie française, en particulier, doivent relever plusieurs défis pour asseoir leur pérennité en renouvelant leur prise en charge. Pour l'assurance maladie, l'UNCAM doit être un lieu de communication et d'échange pour actionner en boucle fermée le triptyque prévention, liquidation, régulation et inter agir avec les acteurs du champ de la santé par une démarche d'information et de conseil. Au-delà de l'assurance maladie, la cohérence de l'action en santé sera optimisée dans un cadre redéfini territorialement entre les instances de décision et de gestion qui disposeront de prérogatives claires dans des domaines de compétence propres. L'enjeu est de mettre fin aux cloisonnements et à l'émiettement d'instances dont pâtit le système français entre hospitalisation et médecine de ville, entre préventif et curatif, entre santé publique et assurance maladie. L'Europe s'intégrera avantageusement dans cette perspective.

- La réforme de l'assurance maladie n'englobe pas tous les problèmes que le système de santé soulève mais prépare un changement des comportements, qui préfigure lui-même un changement de société. Les travaux du Conseil de l'Europe pour une stratégie de cohésion sociale vont dans le même sens en affirmant que les sociétés européennes s'acheminent vers un équilibre qui repose sur une responsabilité partagée par l'ensemble des acteurs : Etats, Entreprises ou acteurs économiques et Citoyens.

Il s'agira d'une société cohésive ou société providence (wellfare society) qui suppléera aux carences de l'Etat providence, paradigme social en déclin du XXe siècle. L'avenir des systèmes de Sécurité Sociale passe par une telle approche. L'assurance maladie constitue une application à échelle réduite de la nécessité d'une responsabilité partagée entre les individus, les fournisseurs de soins et la technostructure.

- L'une des difficultés pour mettre en pratique cette vision de société en France repose sur le fait que certains agents économiques sont également garants de l'intérêt général, ce qui est le cas des hôpitaux, que nous n'avons pas encore évoqué. Pour autant, le poids de leurs dépenses, fussent-elles au nom de l'intérêt général, n'exempte pas les établissements de santé publique de leur responsabilité financière. Aussi, pour accentuer le contraste avec l'intervention qui suit concernant les médecins des hôpitaux de l'immédiate après guerre, nous vous quitterons en vous laissant sur cette interrogation : Comment, dans les prochains mois, le milieu hospitalier et l'assurance maladie s'y prendront-ils concrètement pour faire converger leurs logiques respectives d'offreur de soins de qualité et d'acheteur de soins avisé ?

A l'instar de Madame Simone VEIL, qui préface le n° hors série d'Espace Social Européen consacré aux 60 ans de la Sécurité Sociale, nous « formulons le vœu (en étant pleinement conscients du rôle que chacun d'entre nous doit jouer en la matière) qu'à l'aube du siècle qui s'est ouvert, notre Sécurité Sociale poursuive son chemin sans dévier de cette double exigence de solidarité et de responsabilité qui sont là, les deux piliers de notre bien commun.

Guénaëlle MEKOUONTCHOU

François MEUNIER-PION

Elèves de la 44ème promotion l'EN3S

(Ecole Nationale Supérieure de la Sécurité Sociale)



Comité Régional
Rhône-Alpes
d'Histoire de la
Sécurité Sociale



en3s
ÉCOLE NATIONALE SUPÉRIEURE
DE SÉCURITÉ SOCIALE



Le médecin hospitalier : une construction historique

Jean RIONDET

*Directeur de l'Institut International Supérieur
de Formation des Cadres de Santé à Lyon*

Lettre à son syndicat d'un jeune médecin dont la voiture tombe sans cesse en panne

« Nous en avons assez de travailler avant tout pour notre patente et notre voiture. J'ai ouvert un cabinet en pleine campagne dans une commune de 1 200 habitants qui se développe rapidement. Je ne peux pas me plaindre car en trois ans j'ai fait plus que je ne pensais : 48 000 francs. Malgré cette réussite, c'est la gêne, plus que la gêne du fait des impôts et de la voiture : 6 000 francs de patente, 2 000 au moins par mois de frais d'auto. C'est chaque année un minimum de 30 000 francs qui s'envole rien que pour ces deux chapitres, avant de manger et comme je n'ai pas de ressources personnelles, que j'ai eu le malheur de me marier étant étudiant, que j'ai eu l'imbécillité de ne pas réduire ma famille, c'est la misère avec mes 5 enfants. Et il faut malgré tout tenir son rang, paraître dans l'espoir de jours meilleurs où, en me tuant de travail, je parviendrai peut-être à joindre les deux bouts. Je suis révolté de me voir exploité comme nous le sommes pour la voiture, sans cela je m'en tirerais. J'ai voulu tout d'abord avoir un petit véhicule et j'ai eu tous les déboires possibles. Le constructeur connu qui vend cette camelote n'a jamais su évidemment ce que pouvait être une voiture de médecin. Ce qui ne l'empêche pas d'avoir le culot de présenter son tacot comme « étudié spécialement » pour nous... J'ai bien essayé de faire moi-même mon entretien... les écorchures aux mains, fatales malgré toutes les précautions et si funestes pour nous y ont mis bon ordre avec un panaris et deux commencements de phlegmons à la clef... Il me semble que le syndicat pourrait obtenir des constructeurs qu'ils ne se moquent pas de nous à ce point... Et pour l'essence ! Et pour les assurances avec leurs tarifs prohibitifs et leurs méthodes ignobles !...

Pour cela il faut connaître nos besoins, nos vrais besoins à nous, praticiens. Ce ne sont pas les PATRONS et les PONTIFES qui se pencheront sur nos misères »

Dr Fougerat
Médecine et automobile
Brochure de la Confédération des Syndicats des médecins de France, 1933.

Qui aujourd'hui penserait que les syndicats médicaux ou l'Etat doivent intervenir auprès des constructeurs automobiles pour adapter leur offre aux besoins des médecins ? Nul puisque l'assurance maladie s'est chargée de résoudre la question des revenus des professionnels de santé.

Si j'ai commencé par cette lecture c'est pour rappeler que sans l'avènement de l'Assurance maladie la médecine serait restée confidentielle, un métier mal payé ou réalisé par très peu de professionnels et réservé à une clientèle aisée.

Or, le médecin, la médecine bénéficient d'une très forte reconnaissance sociale. Reconnaissance sociale et reconnaissance personnelle se conjuguent au sein de valeurs de dévouement, de service rendu, de déconnection entre le service et la rémunération.

La reconnaissance sociale accordée aux médecins et par ce fait aux autres professions de santé je la décrirai volontiers construite autour de trois piliers.

Ce choix est arbitraire mais il a le mérite de la simplicité et il est en cohérence avec les approches de type sociologique. J'utiliserai de manière privilégiée quatre auteurs pour cette présentation. D'abord Pierre Guillaume qui a réalisé cet exceptionnel ouvrage : « Le rôle social du médecin depuis deux siècles (1800 – 1945) », Jacques Léonard apporte de précieuses informations sur cette construction par la profession elle-même des conditions d'émergence de ce monopole. David Lebreton est à la source de nos réflexions sur le droit exclusif accordé aux médecins pour l'accès au corps humain. Maurice Rochaix qui a synthétisé les travaux des historiens sur l'évolution hospitalière depuis la Révolution française.

La reconnaissance médicale une construction sociale volontariste.

C'est une construction volontariste, doublée d'évènements techniques et économiques inattendus qui auront permis de conclure ce positionnement social exceptionnel.

- Le premier pilier de la reconnaissance sociale du médecin est le travail de lobbying réalisé depuis la première moitié du 19^e siècle qui vise à positionner le médecin comme le seul et unique interlocuteur des Pouvoirs Publics pour parler de santé. Il est issu de l'université, lieu d'énonciation légitime de ce qui touche à la vie, aux actions humaines, c'est le lieu d'innovations intellectuelles. Au nom de cette origine par le diplôme, alors que l'art médical n'a pas d'efficacité tangible (au sens contemporain du terme), des médecins défendent une position dominante.

Mais la réalité est toute autre, nombre de médecins vivant fort mal de leur art revendiquaient d'être rémunérés par les municipalités se considérant plutôt dans le champ politique rendant des services à la collectivité (se pensant particulièrement légitimes pour donner des conseils aux princes et aux élus, en charge de soigner gratuitement les pauvres).

Ils revendiquaient de disposer de revenus fournis par la collectivité comme l'Etat l'avait octroyé à d'autres catégories.

Le concordat avait accordé aux prêtres des revenus assurés par l'Etat et l'Eglise les secourait dans leur grand âge, la loi Guizot de 1833 apportait aux enseignants des ressources stables. De sorte que les médecins chargés de soigner gracieusement les pauvres se trouvaient peu considérés ayant des difficultés financières pour la plupart d'entre eux.

Ils revendiquaient de la part des Pouvoirs Publics les mêmes faveurs que celles accordées aux prêtres et aux enseignants.

De fait, la santé publique fut au 19^e siècle l'un des fleurons de la médecine avec des auteurs comme Lachaise, Parent Duchâtelet, illustres inconnus, le plus célèbre est Villermé qui dès 1830 posa l'hypothèse d'une relation entre santé, régularité des revenus et ordre social. Ce qui nous semble aujourd'hui d'évidence n'était pas le cas en ces temps où la maladie était davantage mise en relation avec la colère divine, ou celle de la nature.

Mais au congrès Médical de 1845 organisé par Amédée Latour, fondateur du journal l'Union médicale devenu, sauf erreur de ma part, le Concours médical, organe de formation continue et du sou médical, banque et assurance à la fois, la revendication devient celle de l'exercice libéral.

Liberté de choix du médecin par le patient sur le seul critère de sa notoriété et non des prix pratiqués, liberté de prescrire c'est-à-dire de formuler comme les dépositaires d'onguents et de liqueurs miracles vendus sur les champs de foire, liberté des honoraires...

Amédée Latour réunit une pétition de 4500 signatures de médecins, il organisa des réunions dans les départements pendant deux années pour convaincre ses collègues d'opter pour le statut libéral de la médecine. Le congrès vota à la majorité en ce sens.

Le monopole d'exercice sera conféré aux médecins par la loi de 1892 qui encadre également l'activité des chirurgiens dentistes et des sages femmes.

- Le second pilier est l'innovation technologique depuis un siècle dont le summum fut l'antibiotique. L'innovation technologique sera le support de l'image positive sur le médecin dans la population. L'imagerie du 19^e caricature le médecin, Daumier et nombre d'humoristes ne cessent de le brocarder « Nous autres pauvres canuts nous ne pouvons pas nous payer le médecin ; alors, nous mourrons nous-mêmes » dit la Plaisante Sagesse Lyonnaise.

L'antibiotique est l'archétype de cette infrastructure technologique qui ancre dans l'imaginaire collectif la performance et installe la domination médicale pour une très longue période.

Il a comme qualité essentielle d'avoir mis à bas la seconde cause de mortalité vers 1945 pour la reléguer au 25^e rang. Autant dire que l'on ne meurt plus de maladie infectieuse, sauf exception bien sûr, car cela reste une exception.

En 1950 une femme écrivait à sa jeune belle-fille « ma petite fille tu ne peux pas savoir quelle chance tu as car l'enfant que tu attends est destiné à vivre alors qu'à ton âge le médecin me disait que mon fils allait mourir ».

Cette belle-mère avait eu ses enfants entre 1900 et 1913, sur 4 enfants une était morte d'une méningite tuberculeuse à 4 ans, un fils de sept ans avait eu la grippe espagnole et faillit en mourir, une fille eut la tuberculose à 16 ans ce fut une catastrophe économique pour la famille et les deux filles survivantes ne purent se marier tant on croyait en la contagion indéfinie, à la transmission génétique, au terrain favorable... bref la tuberculose était une tare familiale.

L'antibiotique est une arme efficace au plan de la santé, de la santé publique et en matière économique. Il réunit toutes les qualités. Il déboulonne la seconde cause de mortalité, il est inoffensif, seuls les fous ont tué leurs clients avec, car la plupart des erreurs de dosage ne provoquent pas la mort du client.

Ce qui veut dire très clairement que sa distribution ne requiert pas de compétence exceptionnellement pointue, spécialisée alors que le résultat, lui, est exceptionnel.

Enfin, il est produit par des industriels qui ont été capables de le vendre à un prix incroyablement bas. La productivité des soins est acquise grâce à l'organisation industrielle.

L'antibiotique est à la santé ce que la confection industrielle est à l'habillement.

Par contre, les développements contemporains de la médecine technique nous ramènent dans l'ordre des coûts de la confection sur mesure faite par un tailleur, c'est-à-dire au prix du costume fait main.

Cette révolution technique due à l'industrie chimique ancre dans l'esprit des générations qui ont connu la guerre et de leurs enfants l'importance du médecin, sa compétence.

Aujourd'hui guérir des maladies infectieuses est devenu normal, l'aura médicale en souffre.

- Dernier pilier, l'assurance maladie. C'est une révolution économique et sociale qui donne au médecin une place de choix dans notre société.

La Sécurité Sociale est déterminante pour le client qui peut se faire soigner sans avoir trop à payer, mais également pour le médecin car il travaille dans un secteur économique absolument unique puisque le client est par définition solvable. Aucun artisan, aucun commerçant, aucun professionnel ne connaît une telle rente de situation.

Dans ce décor là, comment se situe le médecin hospitalier ?

Ce long passage sur la construction de la médecine libérale nous introduit à la médecine hospitalière qui sera conçue comme un exercice libéral au sein d'un espace public. Et pendant fort longtemps, ce modèle de l'exercice libéral s'impose à tous. Non par nature de l'art médical, profession alors à nulle autre pareille si on en acceptait la singularité, mais du fait d'une histoire charitable qui baigne la construction historique de l'hôpital. Le corps médical hospitalier constitue un sous ensemble du corps médical libéral, dont il s'autonomise peu à peu.

Du médecin de ville qui soigne gracieusement de temps à autres les malades à l'hôpital tout en ayant ses ressources issues de son activité chez lui, il devient peu à peu un salarié et même un fonctionnaire.

Le médecin hospitalier se sent aujourd'hui souvent plus mal loti que ses confrères de ville. Anonyme pour beaucoup de spécialités dans l'organisation hospitalière, le médecin hospitalier se sent à part. Et il est traité comme tel aujourd'hui.

Mais sa situation est le fruit en particulier d'une histoire bien ignorée de la plupart d'entre eux.

L'hôpital, depuis le Moyen âge, est le lieu d'accueil et d'enfermement des pauvres, des vagabonds, des migrants toujours considérés comme dangereux. L'Hôtel Dieu au bout du pont de la Guillotière accueillait en particulier tous ceux qui arrivaient affamés à Lyon et qui passaient le pont n'ayant pu payer l'octroi. On les y enfermait comme à Sangatte les migrants irréguliers en partance pour l'Angleterre.

Dans ce contexte, le médecin qui philosophe à propos de la vie et de la mort n'y a pas vraiment sa place.

Quelques-uns y viennent surtout pour voir à quoi ressemble un malade et pour enseigner les nouvelles générations. C'est le lieu de la transmission du savoir institué.

En fait, le médecin du 18^e siècle est un dessinateur, un peintre, un observateur qui accède aux corps morts pour les disséquer. Ce siècle de l'observation de l'homme et de la nature est celui de la description du corps. Le corps dans l'esprit médical devient indépendant de la personne, il peut être objet, objectivé, disséqué, décrit dans ses organes tous communs à tous les hommes, ce n'est pas une personne qui est étudiée mais un corps, un ensemble de pièces anatomiques.

Mais, nous rappelle David Lebreton, le corps est inviolable, incessible, la médecine se construit sur la transgression d'un interdit. Or, si le corps d'une manière générale est interdit de commerce, une exception concerne celui des suppliciés qui pouvait être remis aux médecins pour dissection, mais des suppliciés il n'y en avait point tant que cela.

Donc, des tombes fraîchement utilisées faisaient parfois l'objet de profanations, les corps déterrés étaient revendus pour les peintres, dessinateurs, médecins et autres utilisateurs potentiels.

Pour régler ce qui faisait scandale on proposa aux médecins d'accéder aux corps des morts enterrés par la collectivité c'est-à-dire ceux des pauvres morts dans les hospices.

Le corps du pauvre enterré par la collectivité n'appartient à personne, il est alors considéré à la disposition de la collectivité qui en donne l'accès aux médecins.

De cela, il en reste qu'aujourd'hui les prélèvements d'organes se font à l'hôpital public et uniquement en ce lieu. La collectivité organisant le service public de soins donne aux médecins, et sous certaines conditions, le droit de prélever des éléments du corps humain pour des soins à d'autres malades.

Le médecin accédant gratuitement au corps des morts à l'hôpital en échange il lui est demandé d'exercer son art gratuitement à l'hôpital.

Je vais rapidement retracer l'histoire du médecin à l'hôpital telle que des historiens de cette institution nous en racontent l'évolution.

La fin de l'Ancien Régime

A cette période charnière de la fin du 18^e siècle, médecins et chirurgiens sont plus ou moins nombreux selon l'importance de l'établissement. Dans une ville comme Lyon, les médecins attachés à l'Hôtel Dieu se comptent sur les doigts d'une main. Ils sont en principe chargés d'assurer la visite de leur service deux fois par jour. Dans les grands centres ils assurent également l'enseignement.

Les obligations du corps médical vis-à-vis de l'hôpital reposent comme presque pour tous les membres de la communauté hospitalière sur l'esprit de charité. Mais celle-ci a ses limites, aussi les membres du comité qui surveillent l'hôpital juge-t-il les visites trop rapides, trop espacées, irrégulières, les cahiers sont mal ou pas tenus, les ordonnances mal exécutées.

Pour pallier ces défauts l'administration impose des règles qu'elle assortit d'indemnités ou d'exemption de taxes ou d'impôts pour les services rendus par les médecins.

Mais on ne s'inquiète guère de cet état de fait puisque le personnel religieux occupe l'essentiel des emplois, surtout ceux à responsabilité, son autorité est très grande et son service reconnu.

De la période Révolutionnaire et jusqu'en 1851

La Révolution se produit à l'occasion d'une très grande crise économique qui dura une dizaine d'années, la pauvreté dans les villes comme dans les campagnes fut immense, les hôpitaux étaient très nombreux. Leur activité fut énorme.

Mais ce terme d'hôpital est impropre car on ne sait distinguer toutes les formes d'établissements, de deux lits à quelques centaines, ni décrire les populations qui y sont accueillies, des pauvres, des malades, des mourants, des vagabonds, des orphelins, autant de catégories bien identifiées à l'époque et faisant l'objet de traitements spécifiques mais dont la mention dans les registres ne permet d'en faire aucune statistique.

Durant la période révolutionnaire et la Convention, les hôpitaux virent leur régime juridique unifié et l'Etat ou les communes en devenir propriétaires. Des orientations sur leurs missions apparaissent, en particulier ils n'ont plus à assurer des secours à domicile, mais dans les faits, les désordres engendrés par la Révolution les conduisent à maintenir cette fonction.

Les ordres religieux hospitaliers furent préservés mais le courant anticléricale met à mal nombre de congrégations et le recrutement se tarit.

Les personnels laïcs de remplacement coûtèrent fort cher et l'organisation n'en fut pas meilleure.

Napoléon réintroduit les ordres religieux et poursuit l'œuvre législative et réglementaire des révolutionnaires, la législation hospitalière est abondante, on est surpris de constater la modernité de ces règles comptables, administratives.

Par exemple, l'ordonnance du 31 octobre 1821 impose que le receveur antérieurement choisi par la commission administrative en son sein soit nommé par le ministre ou le préfet, des textes abondants précisent ses fonctions.

Le receveur perçoit les ressources de l'hôpital et contrôle le niveau des dépenses.

L'économe apparaît alors, il est distinct du receveur et la circulaire de 1823 définit le rôle de ces agents « comptables en matières » chargés « d'emmagasiner et de distribuer les objets mobiliers et de consommation ». En termes contemporains, il ordonne les dépenses.

La nomination des personnels dont médicaux fait l'objet de procédures de plus en plus rigoureuses sous l'autorité de la commission administrative. Le recrutement par concours se fera dans ce cadre réglementaire.

Mais cette abondante réglementation ne doit pas faire illusion elle est peu appliquée.

Les médecins hospitaliers ne sont pas assez nombreux, le service qui leur est confié trop lourd, ils sont très peu rétribués, les honoraires et les médicaments ne dépassent pas 5% des dépenses de l'hôpital.

L'hôpital reste encore un asile et les techniques médicales ont peu d'effet.

Le titre de médecin à l'hôpital, qui deviendra médecin des hôpitaux, est honorifique, recherché pour le supplément de clientèle qu'il assure au cabinet de ville et les honoraires supérieurs qu'il autorise.

La période qui s'ouvre à partir de 1848 avec la Restauration correspond au moment où le corps médical se structure très fortement autour de la notion de l'exercice libéral.

Si le malade paie des honoraires en clinique privée pourquoi l'hôpital se verrait-il refuser ce droit ? Mais alors pourquoi ne pas payer les médecins qui attireraient des malades payants ?

Pour répondre à ces questions on créa dans les hôpitaux publics des services annexes pour accueillir les malades payants où l'on admit la liberté de choix du praticien et la liberté des honoraires. Ces services annexes reçurent le nom de cliniques ouvertes.

L'apparition de malades payants à l'hôpital, l'importance de certains soins qui ne pouvaient être faits qu'à l'hôpital ou dans des cliniques propriétés des médecins, l'apparition de compétences reconnues aux médecins bouleversent l'organisation médicale de l'hôpital.

Cette organisation introduit une activité de droit privé dans un espace qui relève du droit public. Situation qui perdure.

L'entre deux guerres de 1914 à 1941

L'évolution de la médecine sous l'influence des physiologistes, des biologistes, des connaissances sur les microbes, l'apparition de l'asepsie, la maîtrise croissante de la chirurgie avec l'impact considérable de la première guerre mondiale, donnent à l'hôpital une place prépondérante dans l'organisation des soins.

Il est identifié peu à peu comme un lieu de soins techniques, spécialisé sur la maladie et de moins en moins comme un lieu de résolution de problèmes sociaux. On y accompagne encore la vie, c'est-à-dire que l'on soigne au sens de « prendre soin de... » car les durées de séjours sont longues.

Toutefois, le processus de dissociation entre les deux acceptions du terme soigner, réparer ou accompagner la vie, est engagé, il se poursuit encore aujourd'hui.

La vocation originelle de l'hôpital pour répondre aux difficultés sociales des populations n'est pas absente, mais cette vocation n'est plus affirmée en tant que telle, elle est traitée de manière résiduelle même si elle pose des questions majeures d'organisation pour les hôpitaux et de soins pour les patients.

La place du médecin hospitalier ne cesse de croître, les hôpitaux des villes universitaires sont très réputés, les soins médicaux y sont faits par le biais des internes et des chefs de clinique. Les historiens ne manquent de citer quelques figures emblématiques du médecin hospitalier présent tous les jours et dévoué ; à regarder de près ces biographies on serait tenté de discerner au delà du dévouement indéniable de ces exceptions une passion pour la clinique, la recherche de la connaissance, on dirait aujourd'hui que ces médecins sont des chercheurs. L'hôpital est le lieu de multiples et très nombreuses observations.

La présence en général très limitée des médecins des hôpitaux fait que les religieuses constituent toujours la charpente du fonctionnement des soins. Elles sont les véritables chefs de service, le nom de cheftaines reflète la position de chef du service des soins.

Nous en conservons aujourd'hui cette double hiérarchie médicale et infirmière.

En 1930 est mise en application la loi de 1928 sur les assurances sociales. Une ressource nouvelle apparaît pour l'hôpital, les remboursements des consultations par les assurances sociales commencent à apporter des ressources issues de sa clientèle, très peu riche, que sont les ouvriers et employés de l'industrie et du commerce.

Ces sommes sont consignées dans les comptes sur une ligne appelée masse des honoraires. Cette ligne budgétaire permet d'assurer un véritable revenu aux internes et chefs de clinique. Les médecins des hôpitaux ne revendiquent pas d'être payés, se contentant des maigres indemnités qui leurs sont versées.

A la fois, ils prennent acte de l'importance des internes et des chefs de clinique pour le bon fonctionnement de leurs services, en même temps ils ne souhaitent pas bénéficier des ressources apportées par la mutualisation de la pauvreté que représentent les assurances sociales. La position sociale que confère ce titre de médecin des hôpitaux est un honneur que l'argent ne saurait ternir.

Car, fidèles à la tradition charitable de l'hôpital, les médecins considèrent en ce temps-là que leur aisance sociale doit se traduire par l'acquisition d'un patrimoine qui leur permet de faire face aux aléas de la vie. Les assurances sociales stigmatisent ceux qui sont dans l'incapacité de se constituer un tel patrimoine de protection. Ceux qui par naissance ont pu échapper à la dure condition ouvrière ne sauraient tirer profit pécuniaire de cette organisation nouvelle que sont les assurances sociales.

Curieux revirement de l'histoire, puisque le patrimoine le plus important aujourd'hui que l'on puisse acquérir pour faire face aux aléas de la vie se constitue autour de droits sociaux pleins et élargis en matière de protection sociale.

Après la seconde guerre mondiale

Ce sont tout à la fois des évolutions techniques, les besoins de la population, les évolutions réglementaires et l'assurance maladie qui bouleversent le champ hospitalier. Je ne referai pas le panorama des évolutions techniques, déjà cité précédemment, je vais m'appesantir sur quelques évolutions réglementaires.

La loi du 21 décembre 1941, considérée par beaucoup comme la loi qui fonde l'hôpital moderne, proclame l'hôpital lieu de soins, il perd sa vocation sociale première, elle est passée sous silence.

Mais, pour autant on ne sort pas de cette contradiction qui fait du médecin un acteur subalterne dans les statuts des personnels.

Il est toujours celui que l'on ne sait pas mettre en place dans un collectif de production de soins, organisé autour d'une forte division du travail à l'image de la logique de l'organisation du travail industriel.

Il reste un acteur libéral qui vient effectuer des vacations au sein d'un univers de fonctionnaires. Le modèle d'organisation qui en découle serait plutôt celui de la manufacture où opèrent des artisans très qualifiés, des orfèvres en quelque sorte. Une administration commune les décharge de tous les aspects matériels de l'organisation de la production, des approvisionnements, de la commercialisation.

Ce n'est pas une situation liée à un état par nature qui découlerait des particularités de l'art médical. Car, dans d'autres pays, la situation est totalement différente, la situation française est le produit d'une histoire, celle d'un médecin qui entre subrepticement au 18^e siècle dans un espace de charité pour accéder au corps du pauvre mort pour pouvoir le disséquer, l'examiner, le décrire, le dessiner, le peindre... mais fondamentalement pas pour le soigner.

Et le statut de fonctionnaire appliqué progressivement aux économistes et receveurs, puis à tous les personnels salariés et qui sera adapté aux religieuses devenant de plus en plus laïques au fil du temps, mettra encore plus de temps à trouver sa traduction sur ce groupe de libéraux que sont les médecins hospitaliers.

Le médecin des hôpitaux n'est pas un salarié comme les autres, il n'est même pas universitaire, le titre de Professeur est moins recherché que celui de médecin des hôpitaux, seul l'universitaire est fonctionnaire. Etat méprisable s'il en est ! Peu nombreux sont les médecins des hôpitaux qui cumulent les deux fonctions.

L'allongement de la présence médicale dans les services hospitaliers devient peu à peu une réalité, qui s'achèvera avec la notion de temps plein hospitalier dans la seconde moitié du siècle.

Le décret du 17 avril 1943 définit pour une toute première fois les obligations auxquelles le médecin est soumis et les garanties qui lui sont dues.

Ce décret oblige en particulier l'administration à assurer en responsabilité civile les médecins des hôpitaux. Par contre, pour l'activité libérale qui demeure dans les cliniques ouvertes des hôpitaux, le code de déontologie règle les rapports entre les médecins et leurs patients, ce sont les règles de droit privé qui s'appliquent.

Les ordonnances de 1945 organisent un système élargi de protection sociale en créant le régime général de la Sécurité Sociale dont les financements se révéleront surabondants 15 ans plus tard du fait de la croissance économique.

La Sécurité Sociale devient le banquier des hôpitaux, le financeur des professions de santé et accorde aujourd'hui encore une croissance régulière de leurs revenus alors que dans le reste de la nation ceux-ci plafonnent voire régressent.

Aujourd'hui les médecins ne revendiquent pas de l'Etat une intervention auprès des constructeurs automobiles pour produire des véhicules adaptés à leurs besoins, la Sécurité Sociale a réglé le problème d'une autre manière !

Les ordonnances de 1958

Elles constituent le tournant de la médecine hospitalière contemporaine du point de vue statutaire.

Un professeur de médecine, Robert Debré dont le fils est Premier Ministre du Général de Gaulle, en accord avec un certain nombre de ses confrères dont certains placés dans les plus hautes sphères de la symbolique médicale et scientifique (Universités, Académie de médecine) impose, par la voie d'ordonnance, une réforme qui rapproche de manière obligatoire enseignement théorique à l'Université et enseignement pratique à l'hôpital.

Cette réforme de bon sens fait perdre tout intérêt au médicament des hôpitaux puisque le seul concours pour être nommé dans la carrière est universitaire.

Le médecin des hôpitaux devient un universitaire, fonctionnaire. Le statut de fonctionnaire autorise un cumul de rémunération à la condition que cette rémunération complémentaire n'excède pas le salaire de base. Cette particularité est alors utilisée pour asseoir cette parité hospitalo-universitaire.

Le médecin des hôpitaux dans les villes universitaires, est donc un salarié de l'Université qui vient faire des « ménages » à l'hôpital public, pour utiliser un terme ironique.

Il est en position de chef mais il n'y est qu'à mi-temps. Cette particularité engendrera beaucoup de conflits et de désorganisations elle sera pour certains très dure à vivre, trop. Par exemple, on peut ainsi comprendre, pour partie, l'extrême difficulté du développement de la recherche clinique à l'hôpital. Car, comment être compétitif dans la recherche quand il faudrait pouvoir être à temps plein sur l'activité et la gestion d'un service, à temps plein sur l'enseignement et la vie universitaire, à temps plein sur la recherche et la publication ? La règle sera assouplie, même si la chefferie de service représente un point d'orgue dans la carrière hospitalo-universitaire, elle deviendra une fonction temporaire.

Je passe sous silence toute l'histoire du maintien de l'activité privée à l'hôpital compréhensible si l'on considère que l'angoisse des patients les conduit à rechercher le conseil, l'avis qui conforte une décision, qui répond à une angoisse... On comprend alors que cette fonction puisse s'accommoder d'un mode de relation qui passe par des honoraires et pourquoï pas sur un marché libre hors intervention de l'assurance maladie ?

Par contre, le développement de l'hôpital, de ses différenciations techniques, de ses prestations ne se satisfait plus du nombre des hospitalo-universitaires. Se développe un corps de médecins purement hospitaliers, les praticiens hospitaliers ainsi dénommés sont désormais plus nombreux que les universitaires, plus nombreux en ETP et plus nombreux en nombre absolu, de l'ordre de 60% des effectifs médicaux totaux. Ces praticiens sont des salariés de plein droit de l'hôpital. Situation qui ne sera pas sans effet sur la gouvernance.

La masse des honoraires progresse rapidement après 1945, mais face au développement des secteurs médico-techniques elle ne suffit plus pour rémunérer les médecins que l'on recrute massivement, elle est abondée peu à peu par le budget général de l'hôpital. Vue sous l'angle du financement de leur rémunération, l'indépendance des médecins vis-à-vis de la direction de l'hôpital devient largement une fiction.

Ce sera la circulaire budgétaire du 10 novembre 1982 pour l'exercice 1983 qui fait disparaître cette masse des honoraires pour la rémunération des médecins. La ligne budgétaire subsiste mais pour une utilité marginale.

Les rémunérations des médecins sont désormais intégrées au régime classique de tous les autres salariés, c'est-à-dire la classe 6 dans la construction budgétaire.

Le corps médical hospitalier est désormais composé de deux groupes les praticiens hospitaliers, les PH, les plus nombreux et les Professeurs des universités et Maîtres de conférences / praticiens hospitaliers dénommés PU-PH et MCU-PH.

Le découplage de la position de chef de service et de l'évolution dans la carrière Universitaire entame une évolution vers une recomposition de l'espace hospitalier.

En effet, les services de spécialité qui autrefois se contentaient d'être de Médecine, de Chirurgie ou d'Obstétrique (le fameux sigle MCO pour désigner le secteur dit de médecine active ou de court séjour par différence avec la médecine dite de moyen ou d'hospice aujourd'hui appelé Soins de suite et de réadaptation ou Long séjour) se démultiplient à partir des années 1960 en services de spécialités médicales ou chirurgicales, non sous la pression des besoins des malades, mais sous la pression de la dynamique universitaire qui distingue des spécialités scientifiques et des sous spécialités liés à l'investigation et à la désignation de champs nouveaux.

La logique hospitalo universitaire provoque l'éclatement de l'unité des services hospitaliers qui découpe les soins aux malades en espaces géographiques différenciés. De sorte que le malade, s'il relève de plusieurs spécialités, devra faire du tourisme hospitalier.

Quelques exceptions à ce schéma général, sous la pression de l'histoire, les hôpitaux restés sous le régime allemand dans l'Est de la France conserveront une organisation assez largement sous forme de départements de médecine ou de chirurgie où les médecins de spécialité viennent au lit du patient et non l'inverse. La loi de 1983 réorganisant l'hôpital en « départements » pour remédier aux limites de la division disciplinaire sera mise en œuvre pour ceux qui en furent volontaires sous la forme de « fédérations » de spécialités autour d'un ensemble cohérent d'organes (fédérations digestives, ORL...) ou de pathologies.

Le médecin hospitalier ?

Cette histoire montre que la figure du médecin hospitalier n'existe plus. L'ont remplacé des médecins de spécialités différentes, très proches du patient ou, au contraire, prestataires de services pour leurs confrères, médecins attachés à des fonctions administratives pour organiser la répartition du budget ou produire une statistique d'activité, médecins de planification ou de santé publique, spécialistes de la recherche, de l'investigation clinique, de l'enseignement... autant de catégories de métiers qui font l'objet de gestions de plus en plus identifiées.

Sans doute l'esprit de corps existe-t-il, mais ces distinctions introduisent des intérêts contradictoires, des alliances à géométrie variable. Le système de prise de décision au niveau des directions d'hôpital met en scène les trois grandes catégories d'acteurs que sont les administratifs, les soignants et les médecins. Les deux premières sont structurées depuis longtemps autour d'intérêts fédérateurs, le corps médical est aujourd'hui plutôt balkanisé.

Jean RIONDET

*Directeur de l'Institut International Supérieur
de Formation des Cadres de Santé à Lyon*

*Vice Président du Comité régional Rhône-Alpes d'histoire de la Sécurité Sociale
Membre du Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale (Paris).*

Enseigne la sociologie des professions à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Bibliographie

ARCHIVES DES METIERS

Les médecins

Ed. Michèle Trinckvel, 1995, 220 p.

BORSA Serge, MICHEL Claude René

La vie quotidienne des hôpitaux en France au XIX^e siècle

Hachette, 1985, 247 p.

BUGNARD Catherin

La plaisante SAGESSE lyonnaise

Lyon, 61p.

FAURE Olivier

Genèse de l'hôpital moderne. Les Hospices Civils de Lyon, 1802 à 1845

PUL, 1982, 272p.

FAURE Olivier, DELPAL Bernard

Religion et enfermement

PU. Rennes, 2005, 240 p.

GUILLAUME Pierre

Le rôle social du médecin depuis deux siècles (1800-1945)

Association pour l'histoire de la Sécurité Sociale, Paris , 1996, 319p.

LE BRETON David

Anthropologie du corps et modernité,

PUF, 1990, 263 p

La sociologie du corps

PUF, Que sais-je ?, 1992, 127 p.

ROCHAIX Maurice

Les questions hospitalières.

De la fin de l'Ancien Régime à nos jours.

Berger Levrault, Paris, 1996, 497 p.

Guérir le système de santé de ses maux

Gérard ROPERT

*Directeur Général de la Caisse Primaire
d'Assurance Maladie de Lyon*

Constat:

En dépit d'un certain nombre d'atouts du système de santé français (Rapport de l'OMS en 2000), il n'en reste pas moins que celui-ci recèle de nombreuses failles (Rapports de l'OCDE en 2003 et 2005).

Quinze mois après l'adoption de la Loi de Réforme de l'Assurance Maladie et l'adoption toute récente du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2006, les maux de notre système de soins sont toujours aussi prégnants.

- ⇒ Si l'Assurance Maladie joue encore son rôle en terme "d'Assureur Santé", il n'en reste pas moins que cela se fait au prix de déficits récurrents et abyssaux.
 - ↳ **Va-t-on continuer, tel Sisyphe, "à rouler notre rocher"?**
- ⇒ En dépit d'une prise en charge toujours plus grande en terme de dépenses de santé (l'Assurance Maladie prend en charge plus des trois quarts des dépenses de santé, et les prises en charge intégrales sont en constante augmentation), il n'en reste pas moins que cette augmentation continue des dépenses ne semble pas garantir l'amélioration de l'état de santé des Français.
 - ↳ **Est-on en mesure de mettre en œuvre les actions adéquates afin de "guérir notre système de santé de ses maux"?**
- ⇒ Les questions qui se posent à nous sont bien celles de l'optimisation et de la rentabilisation de notre système de santé.

Quand bien même les réformes de 2004 (Réformes de la Loi de Santé Publique et de la Loi de Sécurité Sociale) tentent d'assainir la situation (et y contribuent en partie), il faut aller plus loin dans la quête de performance, d'où une réflexion sur cinq grands chantiers:

- Le ré-équilibrage des champs du curatif et du préventif
- La re-définition du panier de biens remboursables par l'Assurance Maladie
- La ré-organisation de l'offre de soins sur le territoire
- La ré-novation des modes de gestion et de régulation du système de santé
- La ré-articulation des rôles de l'Etat et de l'Assurance Maladie

- ⇒ **Il convient de procéder à un ré-engineering complet du système**



Comité Régional
Rhône-Alpes
d'Histoire de la
Sécurité Sociale



1- Rééquilibrer les champs curatif et préventif

⇒ **Constat:**

- Les dépenses consacrées à la santé publique et à la prévention ne représentaient en 2003 que 2,5% de la dépense courante de santé (contre 3% en moyenne dans les pays de l'OCDE).
- La politique de soins sert souvent à compenser les insuffisances d'une politique de santé publique. Or, cette politique de soins coûte très cher et ne présente pas les meilleurs rapports coût/utilité.

⇒ **Propositions :**

- **Les ressources consacrées aux champs curatif et préventif doivent être rééquilibrées pour privilégier l'évitabilité du risque à chaque fois qu'elle s'avère plus productive que les soins.**

➤ **Il faut donc :**

1. Valoriser et organiser la prévention dans des plans globaux et pluriannuels de santé publique en ciblant prioritairement la surmortalité des adultes de moins de 65 ans.
2. Aller plus loin et mieux outiller la lutte contre le tabac, l'alcool et l'insécurité routière.
3. Prioriser et organiser les dépistages en impliquant mieux les praticiens de ville.
4. Développer une politique d'éducation pour la santé vers trois publics prioritaires (adolescents, publics précaires, malades chroniques).
5. Renforcer la politique de prévention de la santé au travail

2- Redéfinir un panier de biens et services remboursables par l'Assurance Maladie

⇒ **Constats :**

- Si le caractère solidaire de notre système rend possible la prise en charge des 5% de malades qui représentent 60% de la dépense, illustrant l'adage selon lequel « nul n'est riche devant la maladie », cet acquis est aujourd'hui remis en cause par l'évolution structurelle des coûts.
- Les désordres du système de soins sont mis en valeur dans différents rapports (OCDE) : surplus de prescriptions (les dépenses en pharmacie par tête sont les plus élevées de l'OCDE, exception faite des Etats-Unis) et d'hospitalisations, pénurie d'équipements et de personnels médicaux.
- **L'Assurance Maladie risque d'être remise en cause dans sa capacité à assurer l'égalité d'accès aux soins.**

⇒ **Propositions :**

- **Il faut redéfinir un panier de biens et de services remboursables par l'Assurance Maladie.**
 - Pour ce faire, il faut mener une politique cohérente dans laquelle les acteurs et leurs rôles sont clairement identifiés. La Haute Autorité Santé (instance indépendante d'experts, garante des référentiels) doit avoir un rôle d'analyste et de conseil, alors que le Parlement doit avoir un véritable rôle de décideur, et ce, en conservant toute latitude quant à ses choix.

- Il faut mettre en œuvre une politique du médicament adaptée aux impératifs de santé publique et de régulation des dépenses :
 1. Introduire dans la politique du médicament une dimension éthique et informationnelle contribuant à l'amélioration de la transparence attendue par les usagers.
 2. Tendre vers un tarif de référence commun de prise en charge pour tous les médicaments présentant la même efficacité thérapeutique, et alors prescrits sous le nom de leur molécule.
 3. Ne plus rembourser les médicaments « de confort » au service médical rendu insuffisant.
 4. Elaborer des actions spécifiques de suivi des prescripteurs suractifs et des assurés surconsommants.
 5. Mettre en œuvre, en sus de la pharmacologie, une iatrovigilance.
 6. Encadrer les principaux postes de dépenses, dont les affections de longue durée, dans des protocoles médicalisés de prise en charge.

3- Réorganiser l'offre de soins sur le territoire

⇒ **Constats :**

- La France va perdre 15% de médecins dans les quinze ans à venir, et leur répartition sur le territoire est inégale (425 médecins pour 100.000 habitants en Ile-de-France contre 255 en Picardie, sachant que la moyenne en France est de 340 médecins pour 100.000 habitants). Il s'agit moins d'augmenter le nombre de médecins que de mieux les répartir sur le territoire.
- Malgré les progrès réalisés par les récents Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaires (SROS¹), la réorganisation du paysage hospitalier français achoppe encore sur les points sensibles que sont la défense de l'emploi pour les élus, de la proximité pour les usagers, de certains corporatismes pour les acteurs internes...

⇒ **Propositions :**

Il faut réorganiser l'offre de soins sur le territoire

- *Côté soins de ville, il faut :*
 1. Mettre en place de véritables réseaux de soins fondés sur la qualité, avec partage d'informations et coordination d'interventions entre les différents acteurs libéraux. Dans cette optique, il faut aussi favoriser le regroupement de professionnels médicaux et paramédicaux au sein de structures de groupes. La désignation d'un médecin traitant, la mise en place de parcours de soins coordonnés et l'obligation de gérer l'information contenue dans un dossier médical personnel sont des mesures positives tout autant qu'on leur donne du corps au-delà des pénalités prévues pour les assurés.
 2. Optimiser la permanence et la continuité des soins en institutionnalisant au plus vite les maisons médicales de garde.
 3. Repenser la démographie médicale en menant une véritable politique d'incitation (voire plus....) à l'installation sur l'ensemble du territoire, et ce, de manière rationnelle (rapport Berland).
- *Côté Hôpital, il faut :*
 1. Optimiser les SROS sur la base du critère coût/efficacité (les établissements auront alors des missions mieux réparties, et les acteurs seront mieux coordonnés).

¹ Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé. Il constitue, pour les établissements de santé publics et privés, la référence pour délivrer les autorisations, approuver les projets d'établissement, conduire le processus de contractualisation et orienter l'allocation de ressources. " (circulaire ministérielle du 26 mars 1998)

2. Savoir investir pour moderniser et accroître la performance de l'hôpital.
3. Reconstruire l'urgence hospitalière en aval d'une permanence des soins de ville réhabilitée, et dans une optique de partage pluridisciplinaire de l'accueil hospitalier.

4- Rénover les modes de gestion et de régulation du système de santé

⇒ Constats :

- L'hôpital demeure une référence technique, mais n'est plus un modèle d'efficacité organisationnelle. De plus, le manque de transparence dans sa gestion est criant, alors même que 50% des dépenses d'Assurance Maladie y sont absorbées.
- Quant aux médecins, les conventions ne les responsabilisent pas suffisamment, ni sur le plan collectif, ni sur le plan individuel puisque l'opposabilité des engagements n'est pas sanctionnée comme elle l'est habituellement dans de vrais contrats. Il faut aller vers des conventions plus sélectives et davantage opposables.

Ainsi, concernant la Convention médicale de février 2005, reste à savoir, si les objectifs de la maîtrise médicalisée ne sont pas atteints (675 millions d'€ prévus au 31/12/05 au lieu des 998 millions d'€ attendus), si les médecins libéraux verront tout de même leurs honoraires revalorisés en 2006...

⇒ Propositions :

Il faut rénover les modes de gestion et de régulation du système de santé.

➤ Côté hôpital, il faut :

1. Décloisonner et « dé-staturier » la gestion interne de l'hôpital en le transformant en centre de responsabilité.
2. En ce sens, il convient que le Directeur d'établissement puisse choisir en toute indépendance ses collaborateurs, qu'il rende compte des résultats globaux de l'établissement, qu'il soit assisté d'un Directeur médical responsable de la qualité des soins.
3. Que des contrats d'objectifs soient passés entre le Directeur et les chefs de service sans intervention des politiques
4. Mettre en place la Tarification à l'activité, ainsi que la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) afin de rationaliser les modes de gestion et rendre plus transparente l'activité des établissements, sachant que les missions et les contraintes de service public qui n'entrent pas dans la logique de la T2A doivent être traitées à part.

➤ Côté soins de ville, il faut :

1. Mettre en place de véritables conventions opposables, avec sanctions prévues à l'appui.
Dans ce cadre, il faudrait traiter séparément les aspects portant sur les tarifs de remboursement et ceux portant sur les modalités d'exercice et l'amélioration des pratiques.
2. Concevoir de nouveaux modes de rémunération (substituer au paiement à l'acte un paiement forfaitaire lorsque celui-ci apparaît mieux adapté : prévention, suivi des malades chroniques....)
3. Faire du médecin généraliste un véritable pivot dans la chaîne de soins (rôle du médecin traitant), ce qui implique davantage de pluridisciplinarité dans les études médicales et une formation, obligatoire et régulière tout au long de l'exercice de son activité, corrélée avec l'évaluation des pratiques.

5- Réarticuler le rôle de l'Etat et de l'Assurance Maladie

⇒ Constats :

- Certains seraient tentés de mettre en œuvre des politiques néo-libérales afin de déréguler le système social, et de permettre à l'Etat de se désengager.
- Le « système » de santé français reste encore globalement satisfaisant mais de plus en plus fragile : il est menacé par l'émergence d'une santé « marchandise », des logiques d'acteurs qui s'éloignent de l'intérêt général, l'absence d'outils de régulation sur le long terme, enfin une responsabilisation insuffisante des intervenants.

⇒ Propositions :

Il s'agit de concevoir un nouveau système de gouvernance qui permette d'optimiser les modalités de gestion du système tout en préservant ses finalités.

➤ Un Etat « stratège » :

L'Etat doit définir les grandes orientations en matière de dépenses de santé, et ce par le biais du Parlement, émanation de la volonté nationale (Définition du panier de biens et de services de santé, des budgets alloués, propositions d'outils conventionnels).

➤ Un Etat « garant » :

Au Parlement d'être garant du budget voté en ayant un rôle de régulateur tant pour les dépenses (ONDAM) que pour les recettes (ONRAM) et en répartissant les investissements entre secteurs préventif et curatif.

Au Parlement encore d'être garant du principe fondamental de la protection des droits à la santé (Préambule de la Constitution du 4 octobre 1958), notamment en garantissant une égalité d'accès au système de soins.

➤ Un Etat « déléguant » :

1. Un mode de gestion partagée avec l'Assurance Maladie : il convient de bâtir une nouvelle architecture de gestion des systèmes de santé et d'assurance maladie, définissant mieux le rôle des acteurs, les champs d'attribution respectifs de l'Etat et de l'assurance maladie (Assureur public, donc solidaire éclairant l'Etat stratège dans ses décisions, et gestionnaire opératoire des services prestations et de la régulation des dépenses.
2. Enfin, il convient de déterminer les règles applicables dans le cadre d'une gestion « au moins » déconcentrée. Des agences régionales de santé pourraient être constituées dans ce cadre (avec des représentants de l'Etat et de l'Assurance Maladie, des représentants du corps social, et des représentants des professionnels de santé, et bien entendu un décideur unique).

Conclusion

Il faut concevoir une réforme qui s'inscrive dans un plan à moyen et long terme s'attaquant à tous les maux du système de santé, non pour y apporter des solutions seulement curatives et ponctuelles mais pour reconstruire un système de santé publique qui se veut, avant toute chose, au service des populations.

Gérard ROPERT

*Directeur Général de la Caisse Primaire
d'Assurance Maladie de Lyon*

Guérir le système de santé de ses maux

Bruno FANTINO

*Médecin,
Directeur de l'Association pour le développement
de l'information médicalisée*

Du fait de ma pratique quotidienne dans le champ de la Santé Publique, je tenterai de répondre à la question posée, en intitulé de cette session, sous l'angle, précisément, de la Santé Publique. Car s'il y a des mots qui se marient tout naturellement, désormais, dans notre culture ce sont bien ceux de Sécurité Sociale, de Solidarité et de Santé Publique. Et à ce propos, il faut le rappeler ici s'il y a eu un Avant la Sécurité Sociale et un Après qui a révolutionné et qui continue à révolutionner nos mentalités en matière de solidarité et de cohésion sociale, la santé publique a très tôt posé ses fondements. Dès 1920 on trouvait cette définition dans la revue Science (Charles-Edward Winslow) :

"La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé et l'efficacité physiques à travers les efforts coordonnés de la communauté pour l'assainissement de l'environnement, le contrôle des infections dans la population, l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des pathologies, le développement des dispositifs sociaux qui assureront à chacun un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé".

Quant à la solidarité nationale exprimée par la création de la Sécurité Sociale, elle est synonyme d'un accès aux soins pour le plus grand nombre et constitue la grande conquête de l'après-guerre, contributive du droit à la protection de la Santé garanti par notre Constitution, avec en toile de fond l'égalité des Français au regard de ce droit.

Un immédiat après-guerre qui sera marqué par les grands fléaux - tuberculose, poliomyélite, alcool et ses ravages, troubles liés à la malnutrition et aux carences diverses : rachitisme, scoliose, caries dentaires, bref tout un lot de pathologies qui permettront de glorifier une médecine qui progresse à pas de géant, une médecine qui guérit, une médecine qui pratiquement éradique, grâce à la vaccination obligatoire, des maladies quasi historiques dans un pays riche et développé comme le nôtre : tétanos, poliomyélite, diphtérie que -chers confrères qui êtes ici - nous aurions bien du mal à diagnostiquer au premier coup d'œil tant elles sont aujourd'hui devenues rares et donc difficiles à envisager et à reconnaître. C'est principalement sur les maladies infectieuses que je viens de citer que le formidable progrès médical a pu démontrer son efficacité. Efficacité qu'il doit partager toutefois avec le progrès social dans son ensemble, tant celui-ci contribue, comme déterminant de santé, à une meilleure résistance des populations à ce type de maladie : les effets de la couverture du besoin alimentaire, d'un habitat sain, non confiné et non surpeuplé, des règles d'hygiène, sont autant de facteurs de non diffusion et de guérison des pathologies infectieuses, comme chacun sait.

Le progrès médical porte donc l'étendard d'une médecine triomphante dans les nombreux domaines que je viens de citer, une médecine qui guérit, qui fait disparaître la maladie et qui, justement, revendique sa part de responsabilité dans l'amélioration de la santé globale de nos concitoyens. Une espérance de vie élevée (à 77 ans chez les hommes et à 84 ans chez les femmes). Une mortalité périnatale et une mortalité infantile en constante décroissance ainsi que d'autres indicateurs de santé selon le terme consacré font de nous, à en croire l'Organisation Mondiale de la Santé, les dépositaires du meilleur système de santé d'un monde réduit à ses 191 états membres.

Un élément fondamental, et paradoxal, apparaît aujourd'hui avec la limite sans doute provisoire et asymptotique atteinte par le progrès médical. De plus en plus l'exercice médical ne se trouve plus confronté au modèle passé dont la séquence était bonne santé-maladie-traitement et guérison mais à un modèle qui s'écrit de plus en plus « continuer à vivre avec la maladie ». Cette chronicisation des états pathologiques étant liée tant aux triomphes de la médecine qu'à ses échecs.

Le vieillissement de la population dans son ensemble, on l'a vu avec l'espérance de vie, s'accompagne de pathologies multiples liées à l'âge, qu'il s'agisse de problèmes d'arthrose, de mobilité, de troubles de la mémoire, de maladies neuro-dégénératives, ces maladies ont en commun la nécessité d'une prise en charge au long cours. Le progrès thérapeutique qui marque le pas aujourd'hui, et en attendant les prochaines découvertes de nos chercheurs, a pour conséquence d'inscrire dans la chronicité bon nombre de maladies, qu'il s'agisse de cancers, de SIDA, de diabète, d'hypertension artérielle, de sclérose en plaque ou encore de Parkinson.

C'est là, à mon sens, un élément majeur qui impose de repenser l'exercice médical dans son ensemble, un exercice fondé, sur les concepts de trajectoires du malade et de vie avec la maladie.

Un deuxième élément, et qui fait plus appel à une approche populationnelle parfois difficile à saisir par le médecin dans sa pratique quotidienne, est l'apparition de ce que j'appellerai de « nouvelles vulnérabilités ». Parmi ces nouvelles vulnérabilités, le vieillissement en est une, et on a vu de quoi il s'agit avec les terribles effets de la canicule en 2003. Mais au sein de notre société le handicap, trop souvent oublié, constitue lui aussi, un enjeu de Santé Publique (6 millions de personnes qui doivent recourir à une aide humaine).

La dépendance, bien sûr, quantifiée aujourd'hui à l'aune des fameuses grilles GIR, avec 800.000 personnes classées entre GIR 1 et GIR 4, s'accompagne d'une vulnérabilité supplémentaire, celles des aidants. Qu'ils soient aidants naturels ou informels, ces proches qui entourent à domicile un malade Alzheimer, un Parkinson, un insuffisant rénal chronique dialysé constituent de plus en plus un relais du médecin traitant. Les impliquer dans la prise en charge du malade est nécessaire, à condition de prendre en compte leur propre état de santé, leurs faiblesses, et de leur offrir, en cas de besoin, le répit nécessaire.

La vulnérabilité économique et sociale de nos concitoyens est une réalité en même temps qu'une tendance qui s'accroît. Il est utile de rappeler ici que plus de 3 millions de personnes vivent dans notre pays au-dessous du seuil de pauvreté, et que 50 % des salariés seulement bénéficient d'un contrat de travail à durée déterminée. Cette précarisation de l'emploi et ces poches de pauvreté sont des déterminants de santé connus, tant ils influent sur l'accès aux soins, les délais à consulter et la santé morale et sociale des individus.

Une dernière vulnérabilité pourrait demain voir le jour avec l'avènement d'une médecine prédictive "débridée". Cette vulnérabilité génétique -prédisposant au diabète, à l'hypertension artérielle ou au cancer- pourrait bien si elle était dévoilée mettre à mal le principe de solidarité dans ses fondements même. Car, si nous sommes solidaires, c'est en effet parce que nous faisons mine de penser que nous sommes tous égaux face à la maladie et à la mort. Ceci est évidemment faux, il suffit pour s'en convaincre de s'interroger sur la différence d'espérance de vie à 35 ans entre un cadre et un ouvrier (6 ans en faveur du cadre chez l'homme, cette différence est de 3 ans chez la femme). Si, comme ici, les facteurs environnementaux et comportementaux jouent leur rôle propre, notre patrimoine génétique,

unique, conditionne notre risque individuel de développer un cancer ou un diabète. Ce voile d'ignorance ainsi jeté sur nos risques génétiques individuels permet une vraie solidarité dans une logique de Sécurité Sociale pour tous et non dans une logique assurancielle privilégiant le petit risque au nom d'impératifs de gestion bénéficiaire.

En même temps que ces nouvelles vulnérabilités se révèlent, risquant de lézarder notre cohésion sociale, de nouveaux renforts voulus par le législateur apparaissent. Je citerai la loi du 4 Mars 2002 qui vient réaffirmer les droits du malade en matière d'information, d'accès à son dossier hospitalier, de co-décision thérapeutique, bref en termes d'une meilleure prise en compte de ses besoins et attentes légitimes de "citoyen confronté à la maladie" et non de malade relégué dans une sorte de statut où l'emporterait le droit des faibles.

Car au moment où l'on ne cesse de vouloir "responsabiliser ce dernier" à coups d'incitations purement économiques, encore faut-il garder à l'esprit certaines idées simples :

1. La maladie n'est pas un choix, pas plus que les traitements qui l'accompagnent : c'est un aléa "certain" qui tôt ou tard nous concerne tous du fait même du vieillissement de la population dont nous avons déjà parlé,
2. Il existe une asymétrie d'information qui caractérise la relation médecin/patient. Cette asymétrie diminue avec la multitude des sources d'information aujourd'hui à la disposition des malades, en particulier sur le net, mais information ne rime pas forcément avec compréhension, et là bien entendu c'est le milieu socio-culturel dans lequel évolue le malade qui rend ce dernier plus ou moins apte à comprendre sa maladie et en gérer le parcours.
3. Avant comme après l'apparition de la maladie, la personne demeure le contributeur financier élémentaire de notre système de protection sociale. Cela lui confère des droits, que l'on appelle ceux-ci droits des usagers ou droits des malades peu importe, mais fondamentalement il s'agit du droit à recevoir des soins de qualité. Et même si chacun sait ici de quoi je veux parler, il ne me paraît pas superflu de rappeler qu'il s'agit :

"de garantir à chacun des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique, et apportant la plus grande satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins" (OMS, 1987).

Cette définition récente -elle n'a que vingt ans- constitue, on l'aura compris, l'enjeu de la médecine moderne.

Et d'abord, en abandonnant le clivage devenu obsolète entre curatif et préventif. Nous avons pu prendre la mesure de cette aspiration pas plus tard qu'avant hier, lors des travaux d'installation de la Conférence Régionale de Santé où l'après-midi entière différents intervenants venus de tous les horizons se sont relayés pour clamer "plus de prévention". Le problème est certes quantitatif, -moins 3 % des dépenses de santé seulement dévolues à la prévention- mais d'abord il est conceptuel et culturel.

En effet, ce ne sont pas simplement deux volets de la pratique médicale qu'il s'agit de rééquilibrer en déplaçant simplement le curseur vers plus de préventif et donc moins de curatif, mais bien deux dimensions du soin totalement intégrées, indissociables au cœur d'une action plus globale qui est celle de la promotion de la santé.

Car une politique de promotion de la santé se caractérise par deux idées : coordination des actions de santé et autonomisation des individus.

La coordination s'exerce en "*contrant les pressions exercées en faveur des produits dangereux (alcool, tabac), en réduisant les risques des milieux et conditions de vie malsains, ou ceux d'une nutrition inadéquate*" et l'attention doit ici être attirée sur les questions de santé publique telles que la pollution, les risques professionnels, le logement et les peuplements.

L'autonomisation de l'individu a pour objectif de "*conférer aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci*". Cela implique une "*solide fondation dans le milieu apportant son soutien, l'information, les aptitudes et les possibilités permettant de faire des choix sains*". C'est le champ immense de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique du patient qui est ainsi visé.

Lorsque la thérapeutique au long cours est indispensable -diabète, hypertension artérielle, insuffisance rénale- l'éducation du patient là encore doit désormais accompagner la prise médicamenteuse, en particulier s'il s'agit d'un sujet âgé.

Rappelons brièvement la définition établie par l'OMS « l'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernés, et les comportements de santé et de maladie du patient. Il vise à aider le patient **et ses proches** à comprendre la maladie et le traitement, à coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible, et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de façon optimale **sa vie avec la maladie** »

Un cadre législatif avec la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie va permettre d'asseoir la politique de gestion du risque conduite par cette dernière. A ce titre, en 2005, un élément essentiel de cette politique de gestion du risque est représenté par l'accompagnement des patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques comme l'asthme, le diabète, l'hypertension artérielle. Cet accompagnement doit permettre de favoriser l'éducation thérapeutique du patient, de manière à développer son adhésion au traitement et à renforcer son observance.

Mais -et c'est là une idée relativement neuve- apprendre à dé-prescrire en substituant le conseil, la prise en charge psychologique, l'éducation comportementale en lieu et place du geste automatique (je rappellerai qu'une enquête vient de montrer que neuf fois sur dix une consultation chez le généraliste est suivie d'une ordonnance) participe également à la Promotion de la Santé.

Car savoir bien prescrire -dans le cadre d'un bon usage du médicament- c'est savoir proscrire une thérapeutique contre-indiquée et aussi savoir "**dé-prescrire**". Cette démarche volontariste de l'arrêt d'une prescription est peu enseignée dans les facultés, car la durée d'un traitement est parfois difficile à évaluer. Autant l'on peut pour, le long cours en cas de diabète, d'hypertension artérielle ou d'épilepsie, autant il faut se demander quand arrêter un traitement anti-coagulant, corticoïde ou psychotrope. Cette dernière classe thérapeutique veut que l'on s'y attarde puisque nous sommes en France en tête pour la consommation de ces molécules ! Les raisons portent à la fois sur les indications trop larges et sur les durées de traitement excessives, dangereuses car génératrices de dépendance.

Savoir **Dé-prescrire** ce type de médicament s'apparente à un vrai protocole de sevrage, progressif, attentif, débouchant sur une liberté retrouvée du malade. Dé-prescrire correspond à un acte médical, réfléchi et sécuritaire. Il s'agit de supprimer de l'ordonnance des médicaments inutiles ou accessoires, surtout s'ils sont potentiellement dangereux et que la balance bénéfice-risque devient défavorable. Ce nouveau geste médical doit devenir un réflexe chez les personnes à risque : -qu'il s'agisse de nourrissons, de femmes enceintes, de personnes âgées, d'insuffisants rénaux ou hépatiques- ou lorsqu'à l'évidence l'ordonnance est trop longue, en particulier encore une fois chez les personnes âgées.

Dé-prescrire est une démarche transversale qui implique tous les soignants et notamment les pharmaciens, en cas d'auto-médication connue et constatée depuis longtemps.

A l'hôpital, le pharmacien et l'infirmière peuvent interroger les prescripteurs "est-il légitime de poursuivre tel traitement chez ce malade qui l'expose à un risque injustifié ?". C'est encore le pharmacien qui sait que trois anti-inflammatoires sont associés chez telle personne : l'un prescrit par le médecin traitant, l'autre pris en auto-médication comme AINS non identifiée, le troisième comme anti-douleur niveau 1 de l'OMS (ibuprofène). On concevra aisément que cette addition expose à un risque accru d'accident grave, en particulier digestif. Et pour clore cette rapide démonstration sur les AINS, je citerai cette étude conduite en Angleterre qui montre que les antécédents hémorragiques digestifs sévères, mettant en jeu le pronostic vital, sont moins fréquents chez les patients moins compliants, moins observants. Autrement dit chez ceux qui avaient divisé d'eux-mêmes la dose prescrite par deux et qui avaient en quelque sorte "dé-prescrits" par eux-mêmes.

Dé-prescrire pour sauver des vies en période de canicule ou de fièvre élevée chez les plus fragiles, aux deux extrémités de la vie chez le nourrisson comme chez la personne âgée. Moins de médicaments inutiles, moins d'accidents et moins de surcoûts injustifiés, autant de bénéfices individuels et collectifs où le médecin porte une grande part de responsabilité : cette responsabilité est cependant largement partagée avec les pouvoirs publics et la politique du médicament dans son ensemble, depuis la preuve de l'efficacité d'une molécule lors de l'essai clinique en passant par l'amélioration du SMR, l'intérêt de santé publique et enfin la fixation des prix.

Je laisserai de côté les aspects politiques, pour m'attarder encore une fois sur des questions de Santé Publique en évoquant la médecine basée sur les preuves.

Le modèle des essais cliniques randomisés ne suffit plus aujourd'hui à apporter la preuve qu'un médicament sera utile et bénéfique à la population toute entière, parce que ce modèle restreint la population à une population idéale -pas d'enfants, pas de femmes enceintes, pas de personnes âgées- et s'appuie sur un comportement prescriptif idéal car standardisé. Il n'en va pas de même dans la vraie vie, aussi le bénéfice établi par un essai clinique ne prouve en aucun cas le bénéfice pour la population générale. Les récents retraits du marché de certains médicaments l'ont une fois de plus prouvé. Inversement, un bénéfice en population générale ne correspond pas forcément au bénéfice pour un individu.

Il importe donc de se poser la question en terme de résultat de santé car un médicament peut agir sur des critères intermédiaires sans actions sur les résultats de santé. C'est toute l'importance aujourd'hui de l'intérêt de Santé Publique qui ne peut être révélée que par des enquêtes observationnelles, dans la vraie vie qui, prend en compte la population de patients dans sa complexité et la population de médecins dans sa diversité.

L'avance au diagnostic, grâce aux dépistages généralisés, constitue un autre atout d'une médecine qui ne peut tout guérir, en particulier en matière de **cancers**. Faire adhérer les individus à de telles mesures collectives se joue aussi dans les cabinets médicaux et participe pleinement à la Promotion de la Santé.

Savoir Dé-prescrire, éduquer le patient et les proches, promouvoir l'autonomie grâce à l'information sont la condition d'une véritable liberté de prescription. Cette liberté reste encore à conquérir plus qu'à préserver tant sa réalité paraît fallacieuse. Une visite médicale de qualité, encadrée, et qui ne soit pas une source d'information unique et massive à destination de prescripteur, la prescription toutes les fois que cela est possible en DCI, l'utilisation encore accrue de médicaments génériques vont bien entendu dans ce sens.

Le parcours de soins coordonné est la dernière idée neuve sur laquelle je dirai quelques mots. Rendre à la Médecine Générale sa spécificité est une nécessité en identifiant bien les fonctions qu'elle remplit :

- premiers secours et accueil de la demande de soins,
- écoute de la demande de soins,
- communication et information,
- accès de la population à des actes techniques simples sur une fréquence suffisante maintenant la compétence et liés à des apprentissages courts sans investissement important

sont autant de dimensions qui forment l'architecture d'un véritable contenu médical de la consultation en médecine générale. La détermination d'un véritable périmètre de compétence, basé sur la fréquence des actes pratiqués, sur la formation continue, sur l'évaluation des pratiques professionnelles apportera la vraie crédibilité à ce "gate keeper" à la française. Un outil au service du patient -je veux parler du DMP- apportera cette coordination indispensable à la multiplicité des intervenants qui sont le propre des pathologies lourdes et chroniques.

Alors ce qui apparaît plus aujourd'hui comme un maquis tarifaire que comme une trajectoire coordonnée prendra du sens, gageons que nous vivons pour le moment une étape imparfaite mais structurante qui préfigure effectivement des prises en charge plus performantes, basées sur l'échange d'information, la coopération plus que la concurrence, la complémentarité plus que la redondance.

J'ai particulièrement insisté sur la recherche d'une qualité médicale parce que cette quête doit être universelle et qu'elle est donc transverse aux structures, aux hommes, aux organisations. Autant, je le disais tout à l'heure le clivage curatif/préventif est devenu obsolète, autant une qualité de la pratique médicale en ambulatoire versus à l'hôpital, chez les médecins versus chez les infirmières, en milieu privé versus milieu public n'a pas de sens. C'est une démarche univoque centrée sur un malade qui a des besoins, des attentes et des droits. Cette démarche repose sur les connaissances scientifiques, techniques et la pertinence de la diffusion des technologies en population générale, l'information au patient des bénéfices et des risques, l'accompagnement psychologique et humain du malade et de son entourage.

Sur ce dernier point, une dernière idée neuve vient enfin de se traduire dans les faits, je veux parler du protocole d'annonce de la maladie grave où médecins, proches, psycho-oncologues, infirmières ont un rôle à jouer dans un acte important qui laisse des traces et qui doit être appréhendé comme faisant partie intégrante de la démarche de soins.

Voilà rapidement exposés quelques éléments qui, à mes yeux, constituent l'innovation dans un exercice médical au service des assurés sociaux et qui contribuent chacun au financement de cette œuvre collective.

Je n'ai pas cité de chiffre, je me suis borné à rappeler certains principes : c'est la non qualité qui coûte cher et qui risque de mettre à mal un système aux équilibres fragiles. Peu importe que nous consacrons 10 ou 14 % de notre richesse nationale (PIB) dans la santé, c'est un choix de société louable s'il est basé sur des principes d'équité et d'égalité dans l'accès aux soins, s'il n'est pas remis en cause par des inégalités insupportables. C'est de ce point de vue qu'une maîtrise médicalisée de la croissance des dépenses de santé est une responsabilité placée sous le signe de l'éthique, pour que des choix rationnels évitent le rationnement, pour que l'essentiel prime toujours sur l'accessoire et que l'égalité des chances de guérison devant la maladie reste le ciment de notre cohésion sociale.

Bruno FANTINO
Médecin,
Directeur de l'Association pour le développement
de l'information médicalisée



Comité Régional
Rhône-Alpes
d'Histoire de la
Sécurité Sociale



en3s
ECOLE NATIONALE SUPERIEURE
DE SECURITE SOCIALE



**Sécurité Sociale n'est pas
seulement une charge,
c'est aussi une valeur ajoutée
à la société française**



Comité Régional
Rhône-Alpes
d'Histoire de la
Sécurité Sociale



en3s
ECOLE NATIONALE SUPERIEURE
DE SECURITE SOCIALE



Les trajectoires des patients une nouvelle façon de penser l'Assurance Maladie

Marc BREMOND

Médecin, Consultant

(Diaporama présenté lors du colloque)



Comité Régional
Rhône-Alpes
d'Histoire de la
Sécurité Sociale



en3s
ECOLE NATIONALE SUPERIEURE
DE SECURITE SOCIALE



La diversification des régimes de l'assurance maladie peut-elle être une réponse à ses problèmes actuels ? Comparaison de différents modèles de gestion

Jean-Pierre CLAVERANNE
Professeur à l'Université Lyon III

(Diaporama présenté lors du colloque)



Comité Régional
Rhône-Alpes
d'Histoire de la
Sécurité Sociale



en3s
ECOLE NATIONALE SUPERIEURE
DE SECURITE SOCIALE



Poids économique de la Médecine : Le déficit de l'assurance maladie : mythe ou réalité

Jacques CATON

Médecin, Président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes

(Diaporama présenté lors du colloque)