Bulletin Amades

Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et
à la Santé

63 | 2005
63

Dossier n° 1 – Regard sur... La réforme de l'Assurance maladie et sa contestation

Aline Sarradon-Eck

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/amades/237>

DOI : 10.4000/amades.237

ISSN : 2102-5975

Éditeur

Association Amades

Édition imprimée

Date de publication : 1 septembre 2005

ISSN : 1257-0222

Référence électronique

Aline Sarradon-Eck, « Dossier n° 1 – Regard sur... La réforme de l'Assurance maladie et sa contestation », *Bulletin Amades* [En ligne], 63 | 2005, mis en ligne le 03 février 2009, consulté le 07 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/amades/237> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/amades.237>

Ce document a été généré automatiquement le 7 septembre 2020.

© Tous droits réservés

Dossier n° 1 – Regard sur... La réforme de l'Assurance maladie et sa contestation

Aline Sarradon-Eck

- 1 Durant l'été 2004, a été votée une loi réformant l'assurance maladie. Cette loi¹ visant à réorganiser l'offre de soins en secteur libéral et à maîtriser les dépenses de santé a été peu critiquée alors, hormis dans l'opposition parlementaire. Les médias ont commenté quelques mesures comme l'augmentation du forfait journalier hospitalier, la participation forfaitaire de 1 € à la charge du patient pour chaque consultation (forfait dit de « responsabilité »), la chasse aux arrêts de travail non justifiés et au trafic des cartes vitales. Pourtant, cette loi porte les germes d'une « révolution culturelle »² dans les pratiques médicales libérales selon certains, révolution « manquée »³ selon d'autres voix qui se sont élevées dans la profession lors de la parution des premiers décrets d'application. Véritable bouleversement ou simple étape dans un processus de réforme continu depuis les années 80, cette loi devrait occasionner des changements dans les pratiques des professionnels de santé. Nous vous proposons d'en examiner quelques aspects, concernant plus particulièrement la médecine générale, d'un point de vue anthropologique.
- 2 Une première dimension concerne la Loi. Celle-ci fait obligation d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et de formation continue qui relevaient jusqu'à présent d'un devoir moral et déontologique pour les professionnels de santé. En 1999, la loi inscrivait l'obligation de formation continue pour tous les médecins, mais sans contrôle. Désormais, la formation continue et l'évaluation des pratiques deviennent obligatoires pour tous les médecins, libéraux et salariés. Des sanctions sont prévues pour ceux qui y dérogeraient.
- 3 Les décrets d'application sont parus en avril 2005 après d'âpres discussions soulignant les enjeux de légitimité, d'autonomie, de pouvoir et des enjeux économiques autour de l'EPP. Ils prévoient que la Haute Autorité en Santé (HAS, ex-ANAES) définit les modalités de l'EPP, présentée par l'HAS comme une « analyse des pratiques » sur la

base de recommandations professionnelles issues de la littérature scientifique. Si les décrets et l'HAS précisent les modalités pratiques de ces évaluations (individuelles/collectives, organisation, certification, sanctions), ils restent flous sur l'objet à évaluer : le respect des « bonnes pratiques » médicales ? Le savoir des professionnels ?

- 4 En prenant du recul, ces textes soulèvent de nombreuses questions qui sont au cœur d'une interrogation anthropologique sur ce qu'est la pratique médicale. Par exemple, quel « savoir » doit être évalué : le savoir « technique », le savoir « relationnel », le savoir « social » des médecins, construit au fil des consultations, par un long apprentissage des modes de vie de leurs patients, des habitudes locales, des interprétations de la maladie et du malheur ? Comment « mesurer » la qualité d'une pratique médicale dans une rencontre qui est toujours singulière alors que les référentiels de « bonnes pratiques » sont établis sur les données validées de la science, effaçant cette singularité sous le nombre et la régularité de l'acte ? Cette EPP peut-elle faire l'économie d'une évaluation du point de vue des patients ? Mais alors, avec quelle objectivité ? La loi introduit la possibilité d'un regard des patients sur la qualité de la pratique médicale, par un processus d'accréditation pour des médecins volontaires, tous les quatre ans, sous la responsabilité de l'HAS. Les résultats des procédures d'accréditation seront publics, comme ils le sont déjà pour les établissements hospitaliers publics ou privés. Mais l'accréditation, en introduisant un contrôle de la profession médicale par des acteurs qui n'en font pas partie, déplaît fortement à l'Ordre des Médecins. Apparaissent ici les questions de légitimité et de regard que les professionnels acceptent pour juger leurs pratiques.
- 5 Vient ensuite la question de la coordination des soins, clef de voûte de la nouvelle loi et, selon le législateur, de la « qualité des soins ». Le principe de la coordination des soins repose principalement sur le « dossier médical personnel » et sur le « parcours de soin coordonné ».
- 6 Le dossier médical personnel (DMP), sur support informatique, sera créé auprès d'un hébergeur de données (en 2007). Il devra être consulté lors de chaque acte médical par les professionnels de santé concernés (libéraux et hospitaliers) qui y reporteront les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge. Avec le DMP, l'obligation de transfert des informations entre professionnels de santé et la coordination entre les différents acteurs autour du même patient sont inscrites dans la loi.
- 7 Le DMP peut-il transformer les relations médecin-patient en accentuant la place de l'ordinateur dans la rencontre clinique ? La scrutation du fichier informatique remplacera-t-elle le regard sur le malade ? Actuellement, les trois quarts des généralistes tiennent déjà un dossier patient informatisé. La limitation du dialogue pouvant être induite par l'outil informatique ne devrait pas être accentuée par le DMP à condition que ses rubriques soient remplies en même temps que le dossier patient individuel, ce qui soulève la question épineuse des compatibilités entre les logiciels. Mais au-delà des questions de communication, l'écriture « pour un autre » (représentant de l'État ?) ne peut-elle pas se substituer à la parole ? Quelle est cette indispensable mémoire « objective » du dossier ? La mémoire du malade deviendra-t-elle contingente ?
- 8 Le DMP révélera aussi ce que le patient ne veut pas forcément que son médecin sache : les bilans effectués ou la consultation du spécialiste que le généraliste jugeait inutiles, la consultation du généraliste concurrent, des pathologies stigmatisées ou des prises en

charge (psychothérapie, sexologie) que l'on voulait cacher à son médecin traitant, etc. De plus, le DMP risque de bousculer les certitudes des « médecins de famille » convaincus d'être des confidents à qui les patients disent « tout » et de tout connaître de leur patient [66]. Que deviendra alors la relation de confiance instaurée entre le médecin et le patient ? Les patients veulent-ils d'un dossier qui dévoile ce qu'ils se réservaient le droit de dire ou ne pas dire ? Quelle est alors la fonction du « secret » comme base de la confiance ? Mais surtout, la médecine de ville et la démographie médicale offrent actuellement la possibilité pour le malade de se dissimuler, de profiter de ses « existences plurielles » [55]. Le DMP n'entrave-t-il pas cette liberté que confère l'opacité, dimension fondamentale de l'identité « moderne » ?

- 9 Par ailleurs, le DMP répond aux aspirations des professionnels d'une meilleure communication – écrite – entre généralistes et spécialistes, et entre médecine de ville et hôpital, jugée souvent insuffisante pour la coordination des soins. Mais que faire des informations qui ne sont jamais écrites, celles que les professionnels s'échangent entre deux portes ou par téléphone et qui sont plus faciles à dire qu'à écrire : les incertitudes, les inquiétudes et les émotions du professionnel, les perceptions du patient sous la forme d'étiquetages que les professionnels ne s'autoriseraient pas dans des écrits, les mauvais pronostics avec en particulier des confirmations de passage du curatif au palliatif, la faible utilité d'un traitement, ou les risques encourus tant pour le patient que pour la responsabilité du professionnel [66] ? La « traçabilité » des pratiques dans le DMP, dans un contexte de craintes récurrentes des médecins face à la « juridicisation » de la pratique médicale, ne risque-t-elle pas de les conduire à adresser les patients au spécialiste plus qu'ils ne le voudraient ? A contrario, n'hésiteront-ils pas à prescrire ces « indispensables » traitements qui ne servent à rien, sauf à « pacifier l'inquiétude » ?
- 10 Mais il s'agit aussi de coordonner le « parcours de soin ». La loi crée le dispositif du « médecin traitant » que doit choisir chaque assuré. Le « médecin traitant » assure les soins de premiers recours (y compris prévention et promotion de la santé) et oriente si nécessaire le patient vers des « médecins correspondants ». Ses missions sont donc de participer à la mise en place et à la gestion du DMP (synthèse des informations transmises par les différents intervenants), de coordonner le parcours de soins des usagers entre les « médecins correspondants » (obligation de consulter un généraliste avant de voir un spécialiste sous peine d'un moindre remboursement de la consultation), d'établir avec les médecins correspondants un protocole de soins pour les soins de longue durée.
- 11 La Convention Nationale des médecins généralistes et spécialistes⁴ organise concrètement le dispositif : choix contractuel du médecin traitant (principe du libre choix, possibilité de changer de médecin traitant à tout moment, libre accès à certaines spécialités) qui peut être un généraliste ou un spécialiste, missions des médecins correspondants (dont l'obligation de protocolisation des soins et de tenir informé le médecin traitant de ses constatations). Elle fixe les tarifs des honoraires en fonction du parcours de soins de l'assuré (plus élevés pour les consultations hors parcours de soin, revalorisations tarifaires des spécialistes), et aussi les modalités (complexes) de remboursement des soins variables en fonction du parcours (moindres remboursements hors parcours).
- 12 Du point de vue des décideurs, le DMP et le parcours de soins coordonné devrait limiter les recours multiples pour un même problème de santé et le « nomadisme » médical afin

de limiter les dépenses de santé. Mais ils font abstraction des itinéraires thérapeutiques des malades qui répondent à des demandes complexes associant des représentations profanes du corps et de la maladie, des représentations plurielles du système de soins, une recherche pragmatique de soulagement, une angoisse diffuse face à la maladie, une valorisation de certaines pratiques thérapeutiques. Que deviendra le « sujet » dans un système qui réduit sa marge de liberté et de détermination ? Comment l'utilisateur pourra-t-il rester pleinement un acteur de ses soins dans un parcours balisé par les professionnels ? Nous retrouvons là un des « grands classiques » de l'anthropologie de la santé avec l'analyse des itinéraires de soins, dont on sait qu'ils ne se limitent pas à un déplacement d'étape en étape, mais permettent de créer du sens, de tisser des liens, et résultent de rapports sociaux qui transcendent les conduites individuelles ⁵²⁵. Outre les patients, peut-on penser le corps médical comme homogène ? Le législateur ne le pense-t-il pas comme un groupe professionnel sans concurrence et sans conflit ?

- 13 Les patients pourront néanmoins contourner les normes théoriques en consultant hors du parcours de soins et en acceptant de payer plus cher tout en étant moins remboursé. Les contestataires de la réforme pointent ce mode de contournement possible. Ils dénoncent la complexité des tarifs et du mode de remboursement du patient selon qu'il entre ou non dans un parcours de soin coordonné, le maintien de l'accès direct au spécialiste, et un système dans lequel les spécialistes auront plus d'intérêts économiques à fonctionner en dehors de ce parcours ouvrant la voie à une « *médecine à deux vitesses* ». En plus de la question des rendez-vous qui pourraient être obtenus plus rapidement pour les patients hors parcours de soins coordonné (avec dépassement d'honoraires) et qui risque d'accentuer les inégalités d'accès aux soins, nous pouvons nous interroger sur le statut du patient dans ce « hors parcours » : client, consommateur, acteur ? Comment sera-t-il reçu, considéré, soigné ? Ressurgissent ici les questions de sociologie évoquant les inégalités sociales dans l'accès direct aux spécialistes et de connivences sociales pour faire admettre la légitimité de sa requête.
- 14 Cette Convention Nationale n'a été signée que par trois syndicats de médecins (CSMF, SML, Alliance) sur les cinq jugés représentatifs de la profession. Les syndicats MG France (principal syndicat des généralistes) et FMF ont refusé de la signer, dénonçant une Convention qui « *est à l'opposé de l'esprit de la loi* » d'août 2004 et « *bafoue la médecine générale* ». Ils ont été rejoints par d'autres syndicats et associations de formation continue et sociétés savantes. Les principaux points d'achoppement portent tout d'abord sur la possibilité de choisir un spécialiste comme médecin traitant et sur l'inégalité tarifaire entre spécialiste et généralistes. Pour les contestataires, considérer qu'un spécialiste puisse être un médecin traitant revient à nier la spécificité de la médecine générale. Cette question réactive les conflits entre généralistes et spécialistes et pose les questions des clivages entre les divers segments de la profession médicale et de la reconnaissance des uns et des autres.
- 15 Ils portent ensuite sur la suppression de l'option « médecin référent » qui avait été instaurée par la précédente Convention Nationale (signée alors par MG France, la FMF, le SML, mais pas par la CSMF). Cette option (facultative) était un contrat annuel entre le patient et le généraliste de son choix dans lequel chacun s'engage à respecter certaines obligations : le patient s'engage à consulter un généraliste avant un spécialiste ; le médecin s'engage à respecter une charte de qualité qui reprend les missions et engagements du médecin traitant (synthèse du dossier, coordination, respect des bonnes pratiques, formation, prévention). À la différence du médecin référent, le

médecin traitant n'est pas tenu à respecter un seuil de qualité dans le volume de ses actes (moins de 7500 actes/an), ni d'assurer une permanence des soins.

- 16 Outre son caractère obligatoire (pour les médecins comme pour les patients), le dispositif du médecin traitant diffère, selon le législateur, de celui du médecin référent essentiellement sur la « liberté de choix du patient » : le patient peut changer de médecin traitant quand il le souhaite, alors que le contrat avec le médecin référent est annuel. Mais peut-on parler de « liberté de choix » quand on substitue une démarche facultative et volontaire pour le patient (« l'option référent ») à un dispositif qui conditionne le niveau de remboursement des consultations ? De même, le médecin traitant peut être un spécialiste alors que le médecin référent est obligatoirement un généraliste. Enfin, le patient ne bénéficie plus du tiers payant avec le dispositif du médecin traitant.
- 17 Ces différences sont importantes car elles balisent une certaine conception de la médecine « de ville » française en réaffirmant l'attachement d'une partie de la profession à la liberté de choix du patient et au paiement à l'acte, auquel il faut ajouter la liberté d'installation maintenue (provisoirement ?) dans la convention, la liberté d'accès direct au spécialiste conservée en dépit de la complexité tarifaire qui permet un contournement du concept des filières de soins « à l'anglaise ». D'ailleurs, le dispositif optionnel du médecin référent n'avait été choisi que par 10% des généralistes. Parmi les 90 % qui l'ont refusé, beaucoup ont affiché des choix idéologiques : « *attachement à une médecine libérale* », refus d'être des « *salariés de la sécu* », refus d'une rémunération au forfait, crainte d'un contrôle des pratiques, refus de voir formaliser une pratique qui devrait être celle de tous les médecins⁵. Toute cette question pose les implicites et le caractère paradoxal – unique dans le système français – d'une profession vivant sur un public « captif », une rémunération « sociale » et une volonté d'être « libre ».
- 18 En prenant du recul, quelles peuvent être les conséquences du dispositif « médecin traitant » sur les pratiques médicales ? Il ne s'agit pas ici de « prendre parti », mais d'essayer de comprendre, d'un point de vue anthropologique, les effets produits par ce nouveau dispositif administratif.
- 19 Certains points portent sur les relations médecin-patient. Le caractère contractuel de la relation peut renforcer une relation « de confiance » déjà établie, ou au contraire y substituer une relation de prestataire à client. De plus, le parcours de soin coordonné met en avant un rôle du généraliste comme médecin de premier recours qui oriente vers d'autres compétences (*gate keeper*). Dès lors, certains craignent de voir leur rôle se transformer en « *distributeur de bon d'accès aux spécialistes et en recopieurs d'ordonnances* ». Cette fonction de « prestataire de service » est connotée négativement pour les généralistes français qui sont socialisés dans un idéal relationnel valorisant une proximité privilégiée avec le patient et une « prise en charge globale » (connaissance approfondie du patient, aspect psychosocial de la prise en charge, humanité de la relation et des soins) 66. N'y a-t-il pas là les germes d'une nouvelle « crise identitaire » de la médecine générale 33 ?
- 20 Concernant les ambiguïtés de la coordination, le DMP et le rôle de pivot donné au médecin traitant introduisent la notion de « colloque pluriel », proche de l'idéal du travail en équipe incarné dans le modèle hospitalier, pour une partie des professionnels de santé, mais délié de son organisation pyramidale. Mais cet idéal de coordination des soins devra rencontrer (affronter ?) une idéologie répandue en milieu libéral parmi les professionnels de santé (médecins et non-médecins) d'une large autonomie des

professionnels qui se doivent de faire face à toutes les situations et « *se débrouiller tout seuls* » aboutissant à une individualisation des soins et à des pratiques spécifiques difficiles à communiquer aux autres acteurs [6].

- 21 Enfin, si l'on fait abstraction de l'aspect numéraire des revendications syndicales inhérent à tout conflit social dès lors qu'il touche à la reconnaissance professionnelle, les revendications d'égalité tarifaire entre généralistes et spécialistes posent deux questions essentielles dans le conflit : la reconnaissance de la médecine générale comme une spécialité médicale et le contenu de l'acte médical.
- 22 Depuis la deuxième moitié du XX^e siècle, la médecine générale s'est développée dans un statut négatif de « non-spécialité » [1]. Son identité s'est construite dans une lutte contre une dévalorisation chroniquement ressentie de son statut et de son image sociale dans un contexte de réduction du champ de l'activité du généraliste face à l'essor des spécialistes, et sur trois « fronts » [3]. Premièrement sur l'approche médicale avec une revendication de la spécificité de la médecine générale comme « médecine de la personne globale » dont la pratique est centrée sur le patient et non sur la maladie. Dans cette approche qui fonde les bases d'une discipline de médecine de famille, distincte de la somme des autres disciplines médicales, les généralistes s'émancipent de la relation de subordination à l'égard des spécialistes qui sont reconnus comme experts dans des domaines particuliers de la biomédecine et qui sont, à ce titre, sollicités pour des avis diagnostiques ou thérapeutiques [7]. Deuxièmement, l'individualisation de la médecine générale s'est accompagnée, en France, de l'émergence d'un syndicalisme généraliste qui œuvre pour la revalorisation des actes médicaux effectués par les généralistes, et d'une entrée (tardive par rapport à leurs confrères anglo-saxons) à l'Université, troisième « front » essentiel selon D. Broclain [3]. En effet, l'entrée de la médecine générale à l'Université s'accompagne d'un processus de transformation de la représentation que la médecine générale se fait d'elle-même, l'enseignement et la recherche conduisant à la définir et à la décrire, à préciser sa spécificité et son champ de compétences, à transformer une expérience clinique en un savoir scientifique. La place de la médecine générale à l'Université est aujourd'hui confirmée avec le développement de son enseignement en troisième cycle par des Généralistes Enseignants, par le nombre croissant de Maîtres de Conférence et de Professeurs associés en Médecine Générale. La dernière réforme des études médicales supprime le concours de l'internat au profit d'un examen national classant et instaure un véritable troisième cycle de médecine générale avec un DES qui donnera aux futurs généralistes (dès 2007) un statut de « spécialistes en médecine générale ». La hiérarchisation des savoirs par la durée de l'apprentissage et par la discrimination par l'excellence à l'œuvre depuis la réforme de l'internat de 1982, qui maintenait une échelle symbolique de prestige entre ces deux groupes professionnels [4], devrait s'estomper dans les prochaines années. La différence numéraire pourrait aussi s'estomper avec la transformation de la nomenclature des actes médicaux (fixant le montant des honoraires des professionnels) en CCAM (Classification commune des actes médicaux).
- 23 La CCAM est fondée sur une hiérarchisation des actes médicaux qui prend en compte le travail médical (durée de l'acte, sa technicité, l'effort mental requis, le stress engendré) et le coût de la pratique (charges et frais financiers). Les enjeux de la CCAM sont multiples. Pour MG France, elle permettrait l'équité tarifaire liée au contenu de l'acte (« honorer le médecin pour ce qu'il fait et non pour ce qu'il est »...). Mais elle a aussi son

revers : elle est centrée sur une pathologie ou sur un organe et sur la technicité des soins, et contredit « l'approche globale » avec sa dimension de soins, de prévention et d'éducation à la santé. D'où l'idée (effrayante) avancée par certains de sortir du système du paiement à l'acte.

- 24 Nous voyons là tout l'intérêt qu'il y a à réfléchir sur cet enjeu contemporain et de faire ainsi, *in vivo*, une véritable anthropologie d'une réforme d'un système de santé. Plusieurs axes de réflexion s'ouvrent ainsi : celui des diverses légitimités des segments professionnels, celui d'une relation soignant-soigné entre singularité et gestion administrative, celui des inégalités sociales dans l'accès aux soins.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 – Arliaud M., *Les médecins*, Paris, Editions La Découverte, collection Repères, 1987
- 2 – Benoist J., « Singularités du pluriel », in J. Benoist (sous la dir. de), *Soigner au pluriel*, Paris, Karthala, Collection Médecines du monde, 1996, pp. 5-16
- 3 – Broclain D., « La médecine générale en crise ? », in P. Aïach et D. Fassin (sous la dir. de) *Les métiers de la santé*, Paris, Anthropos, 1994 : 121-161
- 4 – Hardy-Dubernet C., « L'internat de médecin ou la formation par la concurrence », in G. Cresson, M. Drulhe et F.-X. Schweyer (sous la dir. de), *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Rennes, ENSP, 2003 : 75-88
- 5 – Lahire B., *L'homme pluriel. Les ressorts de l'action*, Paris, Nathan, 2001
- 6 – Sarradon-Eck A., A. Vega, M. Faure, A. Humbert-Gaudart et M. Lustman, *Étude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels*, Rapport de recherche, ANAES/ PAS-LEHA, 2004
- 7 – Van Dormael M., « Identités professionnelles en médecine générale et en soins de santé primaire », in B. Hours (sous la dir. de), *Systèmes et politique de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Khartala, 2001 : 117-136

Sur les clivages entre généralistes et spécialistes, et la question de l'identité professionnelle des généralistes, nous conseillons la lecture d'un essai du co-fondateur de MG France (R. Bouton, *Un toubib en colère*, Paris, Hachette, 2003), ainsi qu'un roman d'aventure qui a pour décor les études médicales du Dr Sachs (Martin Winckler, *Les trois médecins*, Paris, POL, 2004).

NOTES

1. Loi n° 2004-810 publiée au *Journal Officiel* le 13 août 2004
2. P.Y. Lussault, Dossier Réforme de l'assurance maladie, les outils de la maîtrise médicalisée, *Le journal des médecins libéraux URML PACA*, Janvier 2005, N°18
3. LL Gallais, Santé 2005 ou l'opportunité manquée de la 4^e révolution ?, Documentation SFMG, Janvier 2005
4. Conclue le 12 janvier 2005, Parue au *Journal Officiel* le 11 février 2005

5. La presse médicale regorge de ces arguments dans ses « courriers des lecteurs ». Voir aussi 6