

*Dr Jean Luc GALLAIS*  
 5 rue de la Vacquerie  
 75011 PARIS

**DEPENSES DE SANTE ET  
 REGULATION MEDICALE :**  
**Pour un médecin généraliste référent**

**I - LE PROBLEME QUI EST POSE**

La question des modes de distribution des soins et de la régulation des systèmes sanitaires est devenue un thème essentiel dans de nombreux pays. En FRANCE, l'augmentation de la croissance des dépenses de santé, qui est plus forte que celle de la production nationale, a provoqué chez les gestionnaires politiques et administratifs de nombreux débats.

Depuis peu, les professionnels de la santé eux-mêmes, et le grand public, sont également de plus en plus directement impliqués.

Or la réflexion sur ces thèmes impose de prendre en compte toute une série de données, et de renoncer à une vision simpliste ou manichéenne.

Parmi les paramètres importants il faut insister plus particulièrement sur les suivants :

I.1. Le système sanitaire et social est un des éléments clés de la protection sociale, de la solidarité. Il constitue un des modes de redistribution de la richesse nationale, et les objectifs d'un tel système sont à la fois des objectifs de santé individuelle et de santé publique.

I.2. Le système sanitaire et social est un ensemble dont la complexité et les coûts vont croissant. Pourtant les résultats sanitaires ne sont pas considérés comme proportionnels aux sommes investies dans

ce secteur. En FRANCE, l'augmentation de cette croissance est supérieure à celle constatée dans des pays comparables au nôtre, et elle varie fortement selon les populations <sup>1</sup>, les secteurs d'activité et les disciplines <sup>2</sup>.

La place des dépenses de santé dans la consommation des ménages atteignait 12,2% en 1992, et selon l'INSEE elle devrait s'établir à 18% en 2010. La question du coût d'opportunité est donc évoquée. En un mot ne serait-il pas plus rentable pour les individus comme pour la collectivité, qu'une partie de ces sommes soient dépensées dans d'autres secteurs économiques ?

I.3. La production de soins, de santé, en terme d'économie, n'est pas régulée par "le marché" puisqu'il y a "prescription" par les producteurs, réglementation des prix, et existence de tiers payeurs. Au-delà de l'évolution des besoins de santé et des progrès techniques, l'offre de soins s'accompagne d'une induction directe de la consommation des patients par les médecins prescripteurs eux-mêmes <sup>3</sup>. De plus, dans le cadre de la médiatisation de la santé, on constate l'action de plus en plus efficace sur la demande des multiples groupes de pression .

I.4. Pour des raisons budgétaires, sans volonté de réforme structurelle, différentes modalités de régulation partielle ont déjà été mises en oeuvre en FRANCE de façon simultanée ou successive pour tenter de limiter cette progression <sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Devouassoux J, Morel B. La consommation médicale. in Brucker G, Fassin D. Santé publique. Ed Ellipse, 1989.

<sup>2</sup> Majnoni d'Intignano. B Santé mon cher souci - Ed JC. Lattes Collection Economica. 1989.

<sup>3</sup> Bejean. S. Asymétrie d'information et induction de la demande de santé : une étude économique appliquée à la médecine de ville. Journal Economie Médicale, 1991, T9, N°1.

<sup>4</sup> Launois. R. Giraud P, Santé : l'autorégulation est-elle un mythe?. Futuribles. Décembre 1986.

Cependant aucune de ces mesures n'a eu d'effet majeur ou durable. Pas plus la régulation par des mesures réglementaires touchant

- les prix (via le contrôle des prix des actes de la nomenclature),
- les volumes d'activités (Tableau Statistique d'Activité des Praticiens - TSAP - et budget global hospitalier),
- les investissements (carte sanitaire),
- l'assuré (le ticket modérateur et le forfait hospitalier),
- l'assureur (partage des remboursement entre la sécurité sociale et les assurances privées).

C'est la raison pour laquelle la régulation agissant sur le prescripteur est à l'ordre du jour selon des modalités variées.

I.5. Un grand nombre de gestionnaires, de politiques, et de professionnels de la santé pense qu'il faut maintenant introduire des changements structurels significatifs dans un tel système. Cependant, au-delà des discours de circonstances, existe-t-il une réelle volonté commune d'aboutir. En effet ce type de maîtrise suppose des changements structurels dont les effets ne bénéficieront pas à l'ensemble des acteurs en présence.

I.6 A ces premiers éléments, un élément récent est venu s'ajouter. L'Etat, les Caisses d'Assurance Maladie et la profession médicale ont choisi en 1993 de signer un accord pour une meilleure maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé. Cette loi met en place les références médicales opposables en matière diagnostique et thérapeutique. L'objectif serait d'inciter le prescripteur à mieux prescrire en fonction de critères précis.

## **II - LES ELEMENTS A PRENDRE EN COMPTE DANS UNE ORGANISATION DIFFERENTE.**

Comment imaginer des changements dans un système interdépendant comportant des facettes techniques, démographiques, sociologiques, économiques et donc idéologiques et politiques ? Une évolution maîtrisée dans le contexte actuel est-elle encore possible ou une véritable révolution "culturelle" est-elle nécessaire ?.

Quelles que soit les réponses de chacun, elles devront tenir compte de l'ensemble des données suivantes.

### **II-1. La nature des demandes et des besoins en matière de santé.**

Les demandes faites aux systèmes sanitaires et sociaux ont changé. Les systèmes de santé ont d'abord été centrés sur l'amélioration de l'espérance de vie ("ajouter des années à la vie"), puis de la vie sans maladie ou handicap ("ajouter de la santé à la vie"), puis sur l'accroissement du confort et du bien-être ("ajouter du bien-être à la vie").

Ces trois registres distincts sont considérés comme les éléments constitutifs du "droit à la santé". Ce sont les objectifs-mêmes du système médico-social qui doivent être maintenant clairement définis tant sur le plan collectif qu'individuel.

### **II-2. L'approche spécialisée et morcelée du corps.**

Cette approche est la suite d'une logique sociologique et idéologique déjà ancienne : découpage du travail, découpage du temps, découpage du corps par organe ou fonction, découpage par âge, découpage du travail par compétence.

En médecine c'est la vision médicale américaine flexnerienne du début du siècle qui était fondée sur la spécialisation et l'addition de multiples interventions médicales spécialisées comme modalité présumée de l'augmentation de l'efficacité médicale.

### II-3. La formation initiale et permanente

En FRANCE, la formation médicale initiale et continue est toujours presque exclusivement centrée sur la maladie, évitant une approche plus globale. Cette approche réductrice a favorisé le développement de modes d'exercices particuliers (M.E.P) qui répondent notamment à cette tendance à la "spécialisation" et à la recherche de nouvelles activités plus rentables.

### II-4. Le facteur temps dans la santé.

La notion du temps dans le champ de la santé-maladie est une donnée primordiale, tant dans le domaine du soin que dans celui de la prévention et de l'éducation pour la santé. Or les interventions médicales privilégient essentiellement l'action sur l'instant alors que les problèmes posés relèvent le plus souvent de la prévention de risques définis et de la gestion au long cours d'affections chroniques<sup>5</sup>. La question de la continuité des interventions médicales est donc un point fondamental à prendre en compte.

### II-5. La complexité du système de santé.

Devant l'accroissement de la complexité du système de santé, la diversité des fonctions, des métiers et des offres de soins face à un problème donné, pour un sujet

<sup>5</sup> Bazanger.I. Les maladies chroniques et leur ordre négocié. Revue Française de Sociologie, Janvier Mars 1986, Ed du CNRS.

donné, il est devenu impossible de déterminer, sans recours à un professionnel ad hoc, quelle est la nature des interventions nécessaires, comment, où, et qui peut les mettre en oeuvre.

Il y a et aura donc de plus en plus nécessité qu'un professionnel de la santé serve à la fois d'acteur de santé, mais aussi de conseiller, médiateur, et garant de la prise en charge et du suivi quand d'autres interventions deviennent nécessaires.

Actuellement, les filières de soins médicaux par les médecins généralistes et les médecins spécialistes sont plus souvent distinctes et autonomes, que réellement coordonnées<sup>6</sup>.

Il est difficile de persister dans l'illusion du *libre choix pertinent car éclairé* des filières complexes par le patient lui-même. Une telle affirmation est d'ailleurs en contradiction avec les analyses des économistes sur le constat de l'induction de l'offre par asymétrie de savoir.

### II-6. Les multiples fonctions de la "médecine high-tech".

Le développement des performances technologiques et du pôle "high-tech" de la médecine dépasse l'aspect utilitaire ou économique des outils actuels ou à venir. Il permet notamment une rentabilité des investigations techniques qui n'est pas possible dans les actes intellectuels.

Mais au-delà de leurs aspects diagnostiques ou thérapeutiques, les prescriptions d'investigations sont les témoignages de la fascination collective des sociétés occidentales pour ces objets et de l'illusion de la toute-puissance qui leur est attribuée.

<sup>6</sup> Vincent.B, Gallais J-L. Les soins médicaux ambulatoires en France.Généralistes et spécialistes : une double filière ?. Revue du Praticien Med Générale, N°43, Mars 1989.

Au gré des situations, ces techniques sont, aussi ou autant, des écrans, des objets de médiation ou d'évitement des soignés ou des soignants. Elles participent également au bornage symbolique des territoires entre les professionnels eux-mêmes ou au maintien de territoires distincts.

## **II-7. L'évaluation comparative des différentes filières.**

Une organisation sanitaire cohérente ne peut se faire sans de nombreux indicateurs pertinents et fiables, sans une meilleure connaissance réelle des activités, tâches et fonctions réelles des intervenants du secteur sanitaire et surtout de la comparaison de leurs efficacités respectives<sup>7</sup>.

Il est indispensable de distinguer ce qui relève de la médecine de l'exploit médico-chirurgical de type hospitalier à haute valeur médiatique ajoutée, ce qui relève de la médecine de plus-value des actes techniques diagnostiques ou thérapeutiques, et ce qui relève de la médecine de soins au quotidien des disciplines cliniques.

## **II-8. Les secteurs ambulatoires et hospitaliers.**

La prise en compte dans l'organisation sanitaire doit aussi tenir compte des liens et transferts existants ou potentiels entre l'ensemble des secteurs ambulatoires et hospitaliers publics et privés.

Il faut constater que les comptabilités des secteurs de soins ambulatoires et hospitaliers sont actuellement incomparables entre elles.

Leur place respective doit tenir compte du caractère extrêmement concentré des

<sup>7</sup> Launois.R. Economie de la santé et systèmes d'information. Rapport au Ministre des affaires sociales et de l'intégration. Mars 1993.

dépenses remboursées sur un pourcentage réduit d'assurés sociaux (5 % des assurés pour plus de 60 % des dépenses). !

## **II-9. Le "marché" de la santé.**

Une question fréquemment posée est celle du marché de la santé. Ce secteur doit-il être traité comme un secteur marchand habituel obéissant aux seules lois dites "du marché" ? En cas de réponse positive, il existerait alors un double risque majeur : celui de renoncer à la fois au principe de solidarité et à toute politique de Santé publique.

## **II-10. Une vision globale du système sanitaire et social.**

Les réformes structurelles d'un système de santé imposent une vision globale de son fonctionnement qui intègre à la fois les problèmes de démographie des professionnels de la santé et ceux de la formation initiale et permanente distincte en fonction des besoins et des métiers dans le cadre d'une politique définie.

## **III- ELEMENTS EN FAVEUR D'UNE REGULATION PAR LE MEDECIN GENERALISTE TRAITANT**

**III-1.** Toutes les études sur les soins primaires médicalisés dans le monde attestent que plus de 80 à 85 % des demandes de soins ne nécessitent pas d'autre intervention que celle du médecin généraliste consulté. Les stratégies diagnostiques et thérapeutiques sont fondées exclusivement sur les données cliniques disponibles<sup>8 9</sup>.

<sup>8</sup> Lehmann.P Approche médicale et approche domestique de la santé et de la maladie : la notion de compétence *in* Les déficits de la santé. Lausanne, Ed Réalités Sociales 1986 (Collection "politique sociale")

<sup>9</sup> 1992, L'Europe de la médecine générale. Documentation Fédération Française des Médecins Généralistes, 1987.



Pour répondre de façon pertinente à ces demandes et problèmes, le remplacement par des médecins spécialistes d'une fonction, d'un organe ou d'une technique n'est pas pertinent. Leur formation respective centrée essentiellement sur "la maladie" les conduit à la recherche systématique, voire exhaustive, d'une affection relevant de leur champ de compétence. Si cette quête est le plus souvent vaine, elle n'est pas sans conséquence pour le patient lui-même ou la progression de la croissance des dépenses de santé

**III-2.** La médecine générale est une discipline essentiellement clinique qui ne recoure qu'à peu d'investigations complémentaires (10 à 12 %), peu de demandes d'avis spécialisé (5 %) ou d'hospitalisation (moins de 2 %). Le médecin généraliste n'a aucun intéressement direct dans la réalisation de nombreuses investigations paracliniques ou dans les filières de soins. C'est là une garantie majeure de liberté de choix suffisant pour décider à chaque fois, "ici et maintenant", avec ce patient-là, de ce qui est nécessaire, entre le Maximum Médical Possible et le Minimum Médical Utile.

**III-3.** La médecine générale est une approche pluri-problématique simultanée et/ou successive de la santé et de la maladie <sup>10</sup>. Une logique de substitution conduirait à recourir à des compétences spécialisées pluridisciplinaires <sup>11</sup> et pluri-professionnelles et à imaginer la création d'un super référent faisant la synthèse de toutes ces interventions !

<sup>10</sup> CNAMTS-SFMG Les pratiques d'orientation en médecine générale. Leur rôle dans la régulation médicale des systèmes de santé en France. Doc Recherche Med Générale SFMG, N°35-36, 1990.

<sup>11</sup> Guignon N. Vieillesse de la population et évolution de la demande de séances en médecine de ville. Solidarité Santé, études statistiques N°3, 1992.

La nature même de la fonction primordiale du médecin généraliste est la gestion de cette triple complexité : celle du patient avec une intrication et une interdépendance constante de facteurs médicaux et psychosocio-familiaux, celle de la santé et de la maladie avec intrication de poly-pathologies avec des éléments curatifs, préventifs et de réadaptation, celle du système sanitaire ambulatoire et hospitalier.

**III-4.** La réduction importante de la place du médecin généraliste en tant que médecin traitant référent dans les grandes métropoles urbaines (à Paris les médecins généralistes représentent moins de 23% de l'ensemble des médecins libéraux) a participé à plusieurs phénomènes directement interdépendants :

- la multiplication des systèmes "d'urgentistes" afin de répondre aux demandes de soins médicaux à domicile. Les conditions de ces interventions aiguës et ponctuelles chez des patients non connus, aboutissent à de nombreuses hospitalisations évitables.

- le développement de l'accès direct des spécialistes (Enquête Fitoussi TONUS 1984, 16 % des patients ayant un médecin généraliste y recourent contre 49 % pour ceux qui n'en ont pas)

- la satisfaction nettement moindre des patients n'ayant pas de médecin référent, par rapport à ceux qui ont un médecin habituel (Sondage BVA Juin 1992).

- la question du suivi médical à domicile de nombreux patients dont les états pathologiques chroniques ne nécessitent pas ou plus le recours à l'hospitalisation. Ce dernier aspect conduit au développement des réseaux thématiques comme ceux du maintien à domicile, du suivi des malades séropositifs ou toxicomanes. Il illustre cette tendance qui est l'acquisition par certains médecins généralistes de compétences particulières

supplémentaires et leur mise en oeuvre dans des réseaux de soins coordonnés.

**III-5.** L'action dans la durée est liée à la perspective longitudinale et familiale de la médecine générale. La position de médecin généraliste traitant est celle de référent personnel et familial en matière de soins et de conseiller santé au long cours. Elle permet une planification des soins curatifs et préventifs grâce à une intrication constante entre l'activité de prévention et les demandes de soins curatifs. Cette relation se constitue peu à peu à l'occasion de demandes de toute nature. Elle permet, entre le médecin généraliste donné et un patient donné, le développement d'un capital de savoirs et de confiances réciproques, véritable "compagnie d'investissement mutuel" selon la formule de M.BALINT.

Cette position est très différente de l'intervention spécialisée ponctuelle, même si elle est répétée dans le temps.

Cette relation de confiance investie favorise une observance immédiate et au long cours, garante de l'efficacité et de la cohérence des stratégies médicales. En effet, il ne peut y avoir d'efficacité médicale sans continuité, et il n'y a pas de continuité sans relation personnalisée et responsable. Pour atteindre ces objectifs, la question des modalités de paiement du médecin, soit directement par le patient, soit par des tiers payeurs n'est pas déterminante. Au delà des a priori idéologiques, le paiement direct n'est qu'un des facteurs mineurs de la satisfaction des patients <sup>12</sup>.

**III-6.** L'efficacité sanitaire du dispositif généraliste en matière de soins individuels est connue ainsi que son impact en matière

<sup>12</sup> Paiement et gratuité de l'acte médical. Marie-Cardine.M, Furton.J, Georgieff, Grisi.S. Gazette Médicale, Tome 100, N°7.

de santé publique <sup>13</sup>. Ceci est particulièrement vrai chaque fois qu'il y a implication réelle des professionnels dans le cadre d'une définition politique et sociale clairement médiatisée des tâches et responsabilités qui leur sont respectivement assignées.

Les choix d'organisation et de régulation faits dans de nombreux pays européens ou d'Amérique du Nord comme le Canada, attestent des effets produits.

**III-7.** La maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé est une alternative collective préférable à celle d'une maîtrise comptable des coûts qui est trop souvent mise au premier plan. La loi de janvier 1993 confirme ce choix. Il s'agit surtout de garantir le bon usage, l'optimisation de l'usage des moyens disponibles dans une perspective de qualité et d'efficacité des soins de toute nature.

C'est aussi la seule façon de conserver ou de développer un système de santé équitable en permettant un accès à tous aux services de santé.

L'efficacité (analyse des résultats par rapport aux moyens mis en oeuvre – coûts, temps, ressources) du dispositif généraliste, par rapport à d'autres modes de prise en charge, est un élément important à prendre en compte. Mais c'est "le plus" de la gestion généraliste. C'est d'abord la compétence et la pertinence en matière de gestion de soins de premier recours et de soins continus qui doivent l'emporter. Les éléments économiques sont là "de surcroît".

<sup>13</sup> Gallais.JL. Médecine générale individuelle et santé publique : deux disciplines et pratiques indissociables.Revue du Praticien Med Générale, Tome 6, N°181, Juin 1992.

#### IV- L'ILLUSION DE LA SUBSTITUTION POSSIBLE DES MEDECINS GENERALISTES PAR DES MEDECINS SPECIALISTES

Une illusion est assez répandue dans le monde médical : la médecine serait "une et indivisible" et donc la nature des interventions comparable. Ainsi les médecins seraient donc interchangeables, à la fois dans une même discipline, mais aussi dans le sens unique de la substitution du médecin généraliste par un médecin spécialiste ! Dans cette perspective, la médecine générale ne serait au mieux (!) que la somme de différents savoirs spécialisés partiels. Sur cette erreur de diagnostic sont fondées différentes hypothèses sur le fonctionnement de notre système de soins.

**IV-1.** En fait, la différence qui existe entre la médecine générale et les autres médecines spécialisées n'est pas une différence de degré mais de nature <sup>14</sup>. De nombreux indicateurs illustrent que leurs logiques sont distinctes. Sur le plan des soins, on sait depuis longtemps que, contrairement aux activités des médecins spécialistes, la demande de soins de premier recours se modifie peu avec le nombre de médecins. Les stratégies de décisions sont souvent différentes <sup>15</sup>.

**IV-2.** Cette notion de compétence distincte de la médecine générale renvoie à son statut universitaire. Elle est directement liée à la notion de qualification annexée au diplôme des actuels médecins à la fin de leur cursus. Cette question a été posée dès 1982 au moment du vote de la

<sup>14</sup> SFMG-INSERM Inclusion du médecin généraliste dans l'équipe de soins aux cancéreux. Doc de Recherche Med Générale-SFMG 1988; N°30.

<sup>15</sup> Le Fur. Décisions diagnostiques et thérapeutiques des médecins libéraux. CREDES, 1986.

Loi de réforme des études médicales par laquelle la France appliquait les textes déjà en application dans de nombreuses universités médicales de la communauté européenne. Sur le plan international, il faut également prendre en compte les recommandations pour la formation des médecins généralistes qui sont aussi nombreuses que convergentes <sup>16</sup>. Toutes vont dans le même sens favorable au développement d'un secteur de soins primaires organisé autour de la médecine générale.

**IV-3.** Les différences de nature et d'activité entre les médecines de premier, de deuxième ou de troisième recours sont internationalement largement démontrées<sup>17</sup>. Elles impliquent une conséquence fondamentale : les systèmes de référence en matière de stratégies diagnostiques et thérapeutiques sont différents. On ne peut calquer, ou extrapoler simplement les savoirs des disciplines non généralistes à la médecine générale. Les différences d'incidence et de prévalence des états morbides modifient la sensibilité, la spécificité, la valeur prédictive des signes ou des examens complémentaires. Imaginer le contraire, et proposer des références médicales communes à des médecins généralistes et spécialistes relève alors soit de l'ignorance, soit de la volonté délibérée de méconnaître ces différences.

**IV-4.** L'exercice de certains spécialistes dans le domaine des soins de premier recours, et non plus en intervention secondaire à la demande de médecins

<sup>16</sup> Boelen.Ch.Quels changements pour une éducation médicale appropriée.Journal d'Economie Médicale, 1992, Tome 10,N°3-157/166.

<sup>17</sup> Les soins de santé primaires dans les pays industrialisés. Rapports et études EURO 95. OMS, Bureau de l'europe. Copenhague.

généralistes, a des conséquences importantes notamment :

- d'une part, des réponses souvent inadéquates par incompetence dans ce domaine d'activité, avec l'impossibilité d'acquérir cette compétence même de façon auto-didactique du fait des caractéristiques de leurs positions soignantes.

- d'autre part, une disqualification progressive dans la discipline d'origine par une non pratique effective suffisante d'un exercice réellement spécialisé. Il n'y a plus maintien de la compétence initiale.

Cette hypothèse de la substitution généraliste par spécialiste est largement éclairée par l'évolution de la croissance respective de l'activité médicale. De 1980 à 1992, l'augmentation a été de 21% pour les spécialistes et 6,3% pour les généralistes 18.

Cette question n'est pas une vision théorique car les données du CREDES montrent que dans certaines disciplines (notamment gynécologie, gastro-entérologie) plus de 35 à 45 % de l'activité se fait hors spécialité. Dans ces conditions, la remise en question du paiement au tarif de consultation spécialisée est logique. C'est pourquoi dans ces circonstances certains pays ont instauré le paiement des spécialistes au niveau de l'acte du médecin généraliste 19.

**IV-5** Une autre illusion fréquente, est celle des effets présumés positifs, supérieurs et systématiques des interventions spécialisées par rapport à celles de médecins généralistes. Pourtant les effets des recours spécialisés demandés par les

médecins généralistes eux-mêmes, ne sont pas ceux que l'on croit tant en matière diagnostique que thérapeutique :

dans 20 % des cas, amélioration diagnostique et thérapeutique, dans 33 % amélioration diagnostique mais pas thérapeutique, dans 10 % des cas, pas d'amélioration diagnostique mais amélioration thérapeutique, dans 26 % aucune amélioration, ni diagnostique, ni thérapeutique.<sup>20</sup>

Du côté des soins, de multiples études attestent, soit de leur équivalence, soit au contraire d'une plus grande efficacité de la prise en charge généraliste. Cette efficacité est indissociable de la continuité et de la cohérence stratégique qui aboutissent à l'observance 21. Cette situation est bien différente de celle des interventions spécialisées multiples, coordonnées ou non, avec dilution à la fois de la relation et de la responsabilité dans une vision d'un travail en équipe plus souvent mythique que réelle.

Les soins aux personnes âgées, et le suivi des hypertendus par les médecins généralistes constituent des illustrations exemplaires des effets au long cours des soins généralistes 22. Mais ce ne sont pas les seules. La maladie asthmatique vient a contrario également nous interroger sur l'impact de la non continuité des soins. Comment ignorer les effets de la non compliance, ceux des recours médicaux aussi nombreux que non coordonnés, ceux des ruptures de suivi, chez de nombreux asthmatiques sans référent médical généraliste ?.

20 Salfati.G, Chesneau.AM.Qu'attendre du recours au spécialiste en médecine générale. Revue du Prat Med Gen, N°207, Tome 7, 1993.

21 Shea S and Col Prédipositing factors for severe uncontrolles hypertensive in an inner-city minority population. N Engl Med 1992, 327: 776-81.

22 Gallais.JL.Santé : le modèle spécialisé américain, rêve, illusion, ou cauchemar?. Journée de Communications SFMG, 1993. A paraître.

18 Compte nationaux de la santé 1990-91-92.SESI 1993.

19 Whitcom.M, Desgroseillers.JP. Primary care medicine in Canada. New England Journal Med, Vol 326, N°22, 1992.



IV-6. Les effets économiques d'une substitution partielle de l'activité des médecins généralistes par des spécialistes sont déjà en partie connus. Les effets sanitaires ne le sont pas encore assez et la comparaison entre différents indicateurs, les consommations de soins de médecins généralistes et spécialistes, la mortalité et les catégories socio-professionnelles, ne doit pas faire négliger les autres paramètres souvent plus importants que les consommations médicales elles-mêmes. En matière de santé, les co-facteurs économiques, sociaux et environnementaux sont des déterminants essentiels.

## V - L'OBLIGATION ou l'INCITATION DANS UNE STRATEGIE GLOBALE ?

La complexité des éléments en présence, l'expérience du système et les effets limités des mesures déjà prises, imposent des solutions nouvelles mais structurelles.

V-1. C'est la question du "gate Keeper", du professionnel de la santé qui est à "l'entrée du système de soins". En fonction du rapport démographique généralistes/spécialistes et de son évolution, le passage par le médecin généraliste est-il la bonne réponse ? est-il pertinent ? indispensable ? souhaitable ? possible ?

Faut-il une obligation législative ? ou simplement des incitations, et si oui, lesquelles ?

Si le recours au médecin généraliste, en tant que spécialiste des soins de premier recours, est adéquate, l'obligation *généralisée et permanente* est-elle techniquement, socialement et politiquement recevable ? Faut-il au contraire proposer comme alternative une ardente obligation ?

Les débats sur le dossier médical en FRANCE ont illustré ce thème car la responsabilité de la gestion de ce dossier conduit à terme à la modification progressive des circuits de soins. Il n'en reste pas moins vrai que la question du "filtre" généraliste apparaît comme une nécessité à un nombre croissant d'experts. Ainsi dans l'étude conduite par Andersen Consulting sur les changements dans les modalités d'exercice attendus en 1998, 47% des experts pensent qu'il y aura réglementation de l'accès aux médecins spécialistes <sup>23</sup>.

V-2. La reconnaissance des rôles et fonctions de la médecine générale implique des actions synergiques relevant d'un double mécanisme :

- un processus de désignation social clair : le médecin généraliste est le médecin de premier recours clairement désigné socialement, administrativement et médiatiquement à la fois pour le grand public et les autres professionnels du système sanitaire et du social <sup>24</sup>.

- un processus de légitimation universitaire sans équivoque.

Cette étape est liée au statut universitaire de la médecine générale avec des profils de carrières comparables aux autres disciplines médicales.

Dans les deux aspects, la légitimité de la médecine générale est le résultat d'un choix politique initial. Les exemples étrangers ne manquent pas et des propositions optionnelles ont déjà été faites, et parfois même débattues dans notre pays (Cf

<sup>23</sup> L'avenir de la protection sociale. gestion de la santé : rupture ou mutation ? Panorama du Médecin Dossier Spécial. 26 Janvier 1994.

<sup>24</sup> Gallais.JL.La qualification en Médecine Générale : pourquoi ? (1) Pour qui ? (2) Panorama du Médecin N° 2816 et 2817 -Octobre 1988.

contrat de santé optionnel de la convention médicale).

Mais le contexte passionnel sur la forme a conduit à faire oublier le fond même du débat.

**V-3.** La question de ou des modes de rémunération des médecins généralistes est régulièrement posée<sup>25</sup>. Elle l'est plus particulièrement en médecine générale car le paiement à l'acte présente des inconvénients bien connus pour une prise en charge globale intégrant la prévention et la coordination.

Dans le cadre du maintien d'un paiement à l'acte, exclusif ou non, un travail approfondi sur une nomenclature différente des actes médicaux est indispensable. Elle prendra en compte les aspects intellectuels, techniques, relationnels et de coordination des soins et la nomenclature devra être adaptée à la fois à la nature des prestations et aux fonctions respectives des médecins généralistes et des médecins spécialistes. Ce sera aussi une des modalités de l'incitation à la formation permanente en privilégiant des activités prioritaires d'une politique de santé.

Une telle politique s'accompagnera d'autres modalités de rémunération et de financement des activités de soins et de santé publique. C'est la raison pour laquelle des changements dans les modes de rémunération des médecins généralistes sont périodiquement évoqués.

**V-4.** Après les différentes "réformes" successives des études médicales, des changements réels devront être conduits à leur terme avec la mise en place effective de formations universitaires initiales distinctes en fonction des différents métiers. Elles seront accompagnées de la promotion des filières généralistes dès le

début du cursus médical avec une valorisation des compétences distinctes et complémentaires des médecins selon leurs disciplines. La connaissance théorique de leurs spécificités respectives favorisera la coordination de leurs futurs exercices grâce à des conceptions non antagonistes des stratégies de soins.

**V-5.** Le développement du secteur universitaire de médecine générale impliquera les moyens d'une recherche active dans le champ généraliste avec une perspective de production de connaissances aux finalités multiples (notamment la formation initiale et continue, la constitution de bases de données médicales généralistes, l'établissement d'indicateurs sanitaires spécifiques et de références pour les stratégies médicales).

**V-6.** Aux différents niveaux décisionnaires et organisationnels du système de santé on développera la présence Es qualités de médecins généralistes y exerçant à temps partiel, tout en conservant une fonction soignante significative. Dans le secteur des soins ambulatoires et hospitaliers (notamment urgences et soins) ou de celui de la gestion (notamment l'administration et la santé publique) ces médecins généralistes participeront donc à diverses interfaces. Ils seront un des éléments de la connaissance et de la reconnaissance réciproque entre la collectivité généraliste et les autres partenaires sanitaires et sociaux, et seront aussi les vecteurs de la modernisation du service public.

Ces différentes données sont en fait largement interdépendantes et il est possible d'imaginer les résultats des changements évoqués. La période transitoire entre les fonctionnements actuels et futurs posera des problèmes particuliers liés notamment à la

<sup>25</sup> Gaillaud.L.,Mairié.JY, Luginsland, Thibault.O.  
Le paiement à l'acte est-il condamné?.Impact  
Médecin N°222, Février 1994.

démographie des médecins spécialistes dans notre pays.

Mais cette difficulté prévisible ne doit pas être l'arbre qui cache la forêt.

Au-delà de la question de la régulation médicale par le médecin généraliste, de telles modifications structurelles correspondent à l'évolution pensée et non subie d'un système de santé qui doit changer pour répondre à l'évolution même de nos sociétés et de leurs besoins.

La mise en place durable des conditions d'une synergie effective des compétences des différents professionnels de la santé, des disciplines et des institutions ambulatoires et hospitalières publiques et privées est la seule approche cohérente.

Elle est indispensable pour que perdure et se développe même, un système sanitaire plus pertinent, plus efficace et qui réponde, et sans exclusion, aux besoins prioritaires formulés de l'ensemble de la collectivité.

Depuis des décennies, ce sont ces mêmes raisons qui avaient conduit d'autres pays à mettre en oeuvre des politiques assurant à la fois l'organisation des soins primaires et le libre choix organisé du médecin <sup>26</sup>. On retrouve là les recommandations du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe, qui rappelait dès 1977, que *"les soins médicaux doivent présenter les quatre caractéristiques suivantes : humanité, efficacité, efficience et justice. Le rôle de l'omnipraticien est essentiel pour que les soins puissent répondre à ces impératifs"*.

---

<sup>26</sup> Deramon.J, Volovitch.P. Systèmes de santé.Une comparaison Allemagne; France, Royaume Uni.SESI.1993.