

MEDECINE DE L'HOMME

Revue du Centre Catholique des Médecins Français

Médecine et argent

Editorial

Médecine et argent, le couple compliqué *Bertrand Galichon*

Dossier

Médecine et argent *Xavier Emmanuelli*

La Tarification à l'activité est-elle compatible avec les valeurs des professionnels de santé ?

Gérard De Pourville

Médecine et argent : attention aux visions simplistes *Frédéric Bizard*

Arithmétique de la tarification à l'activité (T2A) : le point de vue d'un chef de service de médecine interne *Jean-François Bergmann*

L'évolution du système de santé : réflexions et perspectives *Alain Coulomb*

Remboursement et prix des médicaments : quelle place pour les considérations éthiques ?

Noël Renaudin

Vent de panique chez les pharmaciens d'officine *Jean-Philippe Delsart*

Tribune libre

Médecine et culture, les grands enjeux anthropologiques *Michel de Boucaud*

Notes de lecture

Ce Concille qui a tant à nous dire *Christian Brégeon*

Les troubles bipolaires *Sami Richa*

Médecin de campagne *Bertrand Galichon*



CCMF

Centre Catholique des Médecins Français

Conseil national du CCMF

- Président : Dr. Bertrand Galichon (Paris)
- Secrétaire Général : Pr. Christophe de Champs (Reims)
 - Trésorier : Pr. Christian Brégeon (Angers)
 - Aumônier National : Père Jacques Faucher
- Autres Membres : Dr. François Blin, resp. archives (Saint Witz), Pr. Michel de Boucaud (Bordeaux), Dr. Françoise Gontard (Paris), Dr. Bernard Guillotin (Paris), Pr. Jean Michel Rémy (Garches), Dr. Dominique Yeme (Dijon).



Comité de Rédaction de Médecine de l'Homme

Directeur de la publication : Dr. Bertrand Galichon.
 Dr. Bernard Ars, Père Olivier de Dinechin sj, Dr. François Blin, M. Etienne de Blois, Pr. Michel de Boucaud, Pr. Christian Brégeon, Pr. Christophe de Champs, M. Philippe Cottard, M. David Doat, Père Jacques Faucher, Dr. Patrick Julienne, Dr. Xavier Laqueille, P. Patrick Langue sj., Dr. Maryse Lépée.



Historique

- Septembre 1884 : Le Dr. Le Bele, du Mans, disciple de Claude Bernard, fonde la première association de médecins catholiques, sous le nom de « Société Saint Luc, Saint Côme et Saint Damien ». Le Dr. Le Bele répond ainsi au désir du Papa Léon XIII, dans son encyclique « Humanae Genus » (20 avril 1884), demandant aux catholiques de s'unir contre le rationalisme et le matérialisme athées qui imprègnent la société. Par la suite, de nombreuses associations sont créées en France et dans divers pays, mais leurs actions restent dispersées.
- 1907 : En France, une association nationale est créée. Des associations du même type voient le jour en Europe et à travers le monde.

- 1924 : Le Dr. Octave Pasteau, de Paris, organise, avec l'approbation du Pape Pie XI, un Secrétariat central des sociétés nationales de médecins catholiques.

- 1930 : Les Congrès de Budapest (1930) et de Paris (1934) amorcent la formation de la FIAMC (Fédération Internationale des Associations de Médecins Catholiques) qui sera officiellement créée en 1966 au Congrès de Manille. En 1962, au congrès de Lourdes, création de la FEAMC (Fédération Européenne des Associations de Médecins Catholiques).

- 20 Octobre 1963 : Les membres de « la Société Saint Luc, Saint Côme et Saint Damien » réunis en congrès à Nantes réorganisent leur association qui devient le CCMF (Centre Catholique des Médecins Français).

- Après 1968 : La revue trimestrielle « Médecine de l'Homme » est publiée jusqu'en 2001. Un bulletin trimestriel de liaison la « Lettre de l'Espérance » vient la relayer.

- En 2010, sous format électronique, ce bulletin est remplacé par la « Lettre Saint Luc » et la publication trimestrielle la revue « Médecine de l'Homme » est reprise. Le site « ccmf.fr » outre l'accès à notre revue permet aux internautes d'accéder à une base de données, de connaître l'agenda du CCMF, de faire part de manifestations qu'ils organisent et enfin d'adhérer au CCMF.

- En 2011, le CCMF participe à la création de la Conférence Chrétienne des Associations de Professionnels Dans la Santé (CCADPS).

- En 2015 - 2016, le CCMF se dote d'un nouveau site informatique avec un certain nombre de nouvelles fonctions dont un moteur de recherche pour faciliter les recherches dans les archives et la possibilité d'adhésion en ligne. Le blog «chronique d'une blouse blanche» tenu jusque là par Bertrand Galichon devient celui du CCMF avec sept auteurs différents. Il reste hébergé par le journal «La Croix» à la rubrique «Sciences et Ethique». Il peut être lu à partir du site du CCMF.

SOMMAIRE

Editorial		4
• Médecine et argent, le couple compliqué	<i>par Bertrand Galichon</i>	4
Dossier		5
• Médecine et argent	<i>par Xavier Emmanuelli</i>	5
• La Tarification à l'activité est-elle compatible avec les valeurs des professionnels de santé ?	<i>par Gérard De Pourville</i>	11
• Médecine et argent : attention aux visions simplistes	<i>par Frédéric Bizard</i>	26
• Arithmétique de la tarification à l'activité (T2A) : le point de vue d'un chef de service de médecine interne	<i>par Jean-François Bergmann</i>	32
• L'évolution du système de santé : réflexions et perspectives	<i>par Alain Coulomb</i>	39
• Remboursement et prix des médicaments : quelle place pour les considérations éthiques ?	<i>par Noël Renaudin</i>	46
• Vent de panique chez les pharmaciens d'officine	<i>par Jean-Philippe Delsart</i>	54
Tribune libre		58
• Médecine et culture, les grands enjeux anthropologiques	<i>par Michel de Boucaud</i>	58
Notes de lecture		63
• Ce Concille qui a tant à nous dire	<i>par Christian Brégeon</i>	63
• Les troubles bipolaires	<i>par Sami Richa</i>	64
• Médecin de campagne	<i>par Bertrand Galichon</i>	65

Editorial

Dr Bertrand GALICHON

Médecine et argent, le couple compliqué

Contrôler les dépenses dans une enveloppe supportable par la communauté nationale est la première posture éthique qui s'impose à tout système de santé, bismarckien ou non. A l'intérieur de ce cadre, la politique de dépense de santé doit être la plus ajustée aux valeurs partagées par la même communauté. Ces choix budgétaires sont des indicateurs des mutations de ces mêmes valeurs.

Nous sommes dans un entre-deux entre une culture hippocratique républicaine et une culture marchande utilitariste. La première a prévalu lors de la création de la Sécurité Sociale. La seconde répond aux contraintes budgétaires. Le soin, aujourd'hui en Europe, évolue entre un humanisme et un utilitarisme scientifiquement justifié. Nos formations scientifiques ne vont-elles pas nous pousser à accepter sans critique éthique des thèses utilitaristes et marchandes ? Aujourd'hui en France, trois valeurs partagées viennent justifier les choix politiques de santé : égalité, utilité et solidarité. Les soins aux plus démunis relèvent totalement de cette trilogie. Mais demain qu'en sera-t-il entre économie et individualisme ?

Notre pays a connu durant cette ère moderne trois modalités de financement des dépenses de santé : le prix de journée, la dotation globale et la T2A aujourd'hui. On a accusé les deux premiers d'être très inflationnistes avec des dérives importantes, des constitutions des rentes de situation. Il a bien fallu imaginer un moyen de contrôle de l'évolution de ces dépenses. Ainsi est née la tarification à l'activité ou T2A, outil strictement comptable de contrôle. Ce dernier né des systèmes de régulation des dépenses n'est pas d'une efficacité à toute épreuve et ne va pas sans poser de nombreuses questions éthiques. Nous voyons bien le glissement d'une posture humaniste vers une posture technique. Dans le même temps, nous sommes passés de l'art du soin à la technique de soin.

Beaucoup d'auteurs demandent un mélange des genres avec un mode financement adapté à chaque type de prise en charge. La T2A est globalement adaptée à l'exercice de la chirurgie. Elle l'est beaucoup moins pour la médecine, et totalement hors sujet pour les soins palliatifs. Le « prix de journée » est plus ajusté aux valeurs qui portent cet accompagnement tant souhaité par nos contemporains. La prise en charge des démunis, des précaires n'est-elle pas financée par une dotation globale ?

Ainsi, il est de notre responsabilité de chrétiens de suivre les évolutions des politiques financières, d'en discerner les mutations des valeurs qui les portent et d'interroger notre société à cette échelle.

Dossier

Médecine et argent

Médecine et argent

Dr Xavier EMMANUELLI

Les anciens médecins généralistes, avant l'extension de la sécurité sociale, rencontraient souvent, parmi leur clientèle, des personnes et des familles démunies et il était bien connu que la plupart de ces médecins, quand ils croisaient cette misère, s'abstenaient de faire payer. Ce n'était pas un geste exceptionnel, c'était un comportement inhérent à leur pratique. Ils étaient ainsi les « médecins des pauvres ».

Mon père était l'un de ces médecins généralistes. On ne peut se représenter cette pratique de nos jours avec les progrès de la technique, des investigations et de la thérapeutique, et bien sûr avec la généralisation des aides et de la sécurité sociale. Ces médecins étaient bien solitaires et avaient la responsabilité – liée à leur solitude – de prendre littéralement en charge les malades, jusqu'à la fin de leur vie parfois, et souvent aussi leur entourage, dans le processus de diagnostic, de soin ou d'accompagnement. L'hôpital n'était pas une ressource, c'était encore le temps de l'hôpital « hospice ». Avant la loi de juin 1975 de séparation des établissements médicaux des établissements médico sociaux, l'hôpital drainait les pauvres, les vieux solitaires et les cas désespérés. Pour les familles même modestes, il aurait été déshonorant d'envoyer son malade à l'hôpital où échouaient les indigents, les clochards, les errants et les abandonnés. Il revenait donc au médecin généraliste d'évaluer si le malade avait les moyens de payer. Il essayait de prodiguer les mêmes soins aux riches et aux pauvres, selon l'éthique enseignée par ses maîtres. Parfois, il faut le reconnaître, il ajustait ses honoraires vers le haut aux revenus supposés confortables de ses clients aisés. A cette époque en effet, les tarifs des honoraires, s'ils étaient déjà codifiés, pouvaient être interprétés et ajustés selon les cas.

Cette pratique médicale que j'ai eue l'occasion d'observer durant toute mon enfance était aussi basée sur le lien, une sorte de confiance empathique des malades avec le médecin. Les malades n'étaient informés ni sur leur propre corps, ni sur les maladies et s'en remettaient au médecin pour résoudre leurs pathologies. C'est ainsi que des mots et des adjectifs ont pu avoir cours à cette époque. On pouvait désigner le médecin comme « dévoué », c'est un « bon » médecin, le spécialiste un « grand » docteur et sa réputation était aussi souvent celle

du « médecin des pauvres », définition devenue péjorative de nos jours. Ces adjectifs sont désuets désormais. Les malades qui rencontraient ces médecins, comme l'était en particulier mon père, n'étaient pas très revendicatifs et, ce qui frappait à l'époque, c'était cette sorte de résignation, de fatalité devant la maladie. Les rumeurs et autres remèdes obscurs que les gens colportaient y contribuaient largement. Ces attitudes faisaient monter les angoisses. Le médecin arrivait avec sa sagesse pour en quelque sorte retourner le destin et mettre en ordre toutes les représentations mortifères. Il faut se souvenir que les maladies sexuellement transmissibles étaient qualifiées de « maladies honteuses » et la tuberculose comme une maladie de pauvre... les femmes qui avortaient étaient des délinquantes voire des criminelles, et si par malheur, un médecin était connu pour aider ces jeunes femmes, il était vu comme « médecin marron » ou « médecin louche ». Il y avait des normes et des jugements ! Le médecin des pauvres rencontrait ces pathologies de la misère et ce qu'il voyait l'obligeait au silence et à la bienveillance. Ce médecin des pauvres voyait une autre pauvreté, que la pauvreté économique, la pauvreté des liens, de voisinage, l'exclusion (le mot n'était pas encore en usage). Le bannissement était le fait des personnes qui s'écartaient des normes et des mœurs en usage (les homosexuels, les filles mères, les alcooliques, les solitudes, la folie...). Cette pauvreté-là allait souvent de pair avec le chômage, le handicap, le rejet des autres... les grandes ruptures et les deuils. Médecin des pauvres signifiait à la fois le dévouement et la tolérance et beaucoup de médecins se trouvaient être des médecins des pauvres (pauvre de culture, d'argent, de liens, de représentation symbolique...). Mon père me répétait souvent la phrase de Pasteur : « Je ne demande pas quelle est ta race, ta nationalité ou ta religion mais quelle est ta souffrance ». C'était cet horizon qui animait la plupart des médecins.

Le rapport du médecin à l'argent est complexe. Il est entendu, depuis toujours, que cette profession est lucrative. Les études sont longues et difficiles, la responsabilité de cette pratique est considérable et on trouve juste que cette profession soit rémunérée. Il est normal que le médecin vive de son art et de sa pratique. Mais être médecin implique que l'on exerce avec un environnement technique, logistique et administratif. Son exercice est très encadré par des codes, une déontologie et des bonnes pratiques. Il est ainsi juste que ses efforts – cette pratique est évidemment beaucoup plus exigeante que celle réalisée dans d'autres métiers – soient rémunérés. Mais c'est là que surviennent les problèmes de représentation symbolique, c'est là que se situent les paradoxes du médecin, de l'argent et de la précarité.

Le public, depuis l'époque des médecins généralistes appelés aussi « médecin de famille », a été en quelque sorte « déniaisé ». Une culture a été diffusée et martelée, constamment,

sans cesse, dans les journaux, dans tous les médias, dans les émissions de télévision, dans tous les domaines de l'information. Les gens ont acquis des notions sur la santé, sur le corps, sur la sexualité, sur les préventions (l'avortement est légalisé et remboursé) et sur les pathologies investiguées et soignées avec succès. La perception un peu magique du corps et des destins a été peu à peu gommée au profit d'une culture mécaniste de l'organisme. Cependant, la connaissance de la santé, de la maladie et du médecin garde encore une perception archaïque.

Supposons qu'un homme préhistorique ait été précipité par une faille temporelle dans un bloc opératoire, il comprendrait immédiatement, sans qu'on lui explique, ce qu'il verrait. Une table d'opération, c'est un autel sacrificiel, les officiants masqués et habillés d'habits sacerdotaux, le chirurgien et ses assistants dans une hiérarchie disant des mots sacrés, des outils tranchants contendants pénétrants comme des couteaux sacrificiels, une anesthésie, une transe, une asepsie totale, le lavage des mains, une purification... Il y a une continuité dans la perception de la maladie et de la guérison dans l'inconscient collectif, dans les archétypes structurants, comme dirait Jung. Les médecins sont les héritiers du guérisseur, du marabout, du chaman de la tribu primitive qui ont un rôle sacré. C'est lui qui doit affronter la maladie des sujets composants le groupe avec ses rituels, ses gestes et ses plantes. Cela peut être efficace mais si le malade ne guérit pas malgré tout, c'est qu'il a péché ! Il n'est plus conforme à sa tribu, la maladie est trop forte et il va mourir. Le malade, son entourage, et tout le monde en fait, est d'accord et accepte le destin. Le monde doit retrouver son équilibre. Il me semble que les trois fils du guérisseur sont le médecin, le psychiatre et le curé. C'est dire que tout au fond de la compréhension du médecin auprès du public, très enfoui dans la mémoire des populations, il reste, malgré la modernité, la science et la faculté, un petit aspect de la magie et de la spiritualité du mage des anciens temps, un relent sacré qui confère sa puissance au médecin et dont on attend la réconciliation avec les forces de la mort, celles qui ont abordé le malade dans sa pathologie. C'est pourquoi il n'est pas anodin d'évoquer le médecin, la maladie, la santé. Il y a un présupposé qui ne peut s'exprimer mais qui fait consensus entre le médecin et le malade. Il y a comme un mystère ou un tabou impossible à exprimer, mais il y a là quelque chose de l'ancienne tribu, quelque chose de mystérieux et de sacré. Les médecins d'antan le savaient bien, eux qui avaient observé le « psychosomatique ». Ils affirmaient que le médecin est le premier et principal médicament. Mon père le disait d'ailleurs souvent. « Si l'on passe du temps, si l'on est attentif, si l'on observe bien les signes cliniques, c'est le malade lui-même avec ses mots qui dit son diagnostic. »

La médecine s'est émancipée des empiriques et des guérisseurs... quoique si l'on interro-

geait sérieusement la population, 100 % des personnes évidemment croient et font appel à la médecine moderne, mais 90 % croient probablement et font appel aux médecines traditionnelles, ayurvédique, chinoise ou autre, tellement le guérisseur des origines a laissé son empreinte. Néanmoins, à partir du XVIII^e siècle et sûrement au XIX^e siècle, au moment de l'expansion de la société industrielle, le corps a été vécu comme une mécanique analogue aux machines que l'on construisait à l'époque, aux automates comme ceux de Vaucanson. On peut également citer « l'animal machine » lié à la philosophie de Descartes ou la thèse sur l'homme machine, écrite par le médecin Julien de la Mettrie. La médecine a effectivement fait des progrès considérables à partir du moment où l'on s'est perçu comme une mécanique faite de pièces interchangeables grâce au triomphe des greffes. On peut désormais changer quasiment tous les morceaux du corps : hanche, articulation, foie, rein, cœur, poumon, cornée, pancréas, utérus... C'est une pratique tout naturelle (sauf le cerveau bien sûr qui définit la personne) que ce soit avec des organes naturels ou artificiels. Au fond, chacun en venant monde peut être vu comme un donneur d'organe potentiel. Peu à peu, chacun se voit également comme une mécanique à destinée éternelle, car – pense-t-on un petit peu – si l'on s'y prend à temps, la mécanique peut être réparée et ainsi durer éternellement. L'hôpital est devenu le lieu de réparation, et la chirurgie et la réanimation contribuent à cette conception mécaniste du corps.

En tant que réanimateur, ce qui m'intéresse, c'est d'adapter le corps blessé à mes machines respiratoires, circulatoires, dialysantes... Une machine adaptée aux machines. La guérison, c'est la réparation. Bien sûr, au fond, il y reste une ambiguïté, le médecin est celui qui, par ses études laïques, bien sûr, maintient en vie ou ramène à la vie les malades. L'idéologie qui la sous-tend est la définition de la santé de l'OMS de 1951 : un état de complet bien être non seulement physique, psychique et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'handicap. On le comprend, le corps mécanique en bonne santé est une machine qui fonctionne dans un environnement mécanique aux multiples engrenages qui eux fonctionnent parfaitement. C'est la société idéale, productive, hiérarchisée avec l'argent comme énergie.

Une dimension a toutefois été oubliée dans cette définition, celle de la finalité. Les machines doivent produire ce pourquoi elles ont été fabriquées : de la chaleur, de l'air froid, du mouvement... des produits finis... Mais la machine humaine possède également ses finalités. On l'oublie souvent... Elle « produit » du sens et de l'amour, elle en reçoit aussi, l'interprète et justifie sa vie sur la terre. Si le guérisseur des origines le comprenait, la civilisation mécaniste l'ignore car la finalité n'est pas son objectif, c'est pourquoi il y a un hiatus entre la demande implicite du malade et la réponse de la médecine. L'un demande d'être soigné,

pris en considération, accompagné et éventuellement guéri en sachant bien que son statut de mortel ne lui garantit pas la réparation indéfinie de son corps ; et l'autre, la médecine, ne peut offrir qu'une éternelle réparation voire une restauration d'un organisme qui, au bout du compte, va échapper à ses possibilités. Sournisement alors, une sorte d'idéologie perverse commence à poindre, le « droit de mourir dans la dignité » quand les organes mécaniques échappent au contrôle, quand rien ne peut plus être récupéré et que la mécanique ne peut plus rien produire car trop usagée. L'organisme ne peut même plus être donneur d'organes donc « il ne sert plus à rien » et sa présence sur la Terre devient indue.

Je sais bien que, tandis qu'en France on ne disposait que d'un seul mot « soigner », on a vu venir du monde pragmatique anglo-saxon les concepts du « soin » et du « prendre soin » (« cure » et « care »). La médecine ne sait pas paramétrer le prendre soin et l'accompagnement et l'ignore, ne pouvant le rationaliser. Le médecin, s'il soigne, devrait assurer le « care » le prendre soin et le « cure » le soin. Mais la conception mécaniste de la santé ayant triomphé, la guérison est la réparation ou le rafistolage éternel. Comme cela demande des systèmes performants très techniques et des techniciens pour réparer des machines, les systèmes de santé tournent autour des hôpitaux et des centres de soins de haute performance. On comprend que la création et l'entretien de tels systèmes demandent énormément d'argent. Former des techniciens, les payer et les entretenir est extrêmement coûteux. Soigner implique donc des dépenses considérables que l'on doit évidemment assumer. C'est ainsi que s'est installé au fil du temps un système qui, sans le vouloir vraiment, fonctionne à deux vitesses, un privé et un public pour tout le monde en toute justice et équité. Cependant, ces systèmes pour s'auto entretenir et pour être performants doivent consommer sans cesse et produire du soin et de la réparation.

Quand j'étais étudiant en médecine, nos maîtres insistaient sur la clinique. On devait interroger le malade, l'ausculter avec les séquences dérivées de la médecine d'Hippocrate et de sa déontologie (inspection, palpation, percussion, auscultation, interrogation du malade, le déshabiller totalement...) au cours d'une consultation comprenant les trois piliers, le secret médical, le colloque singulier et le libre choix du médecin. Il s'agissait de bâtir l'ancien lien entre celui qui sait à qui on donne le pouvoir sur le corps et celui qui subit, un rapport personnel de confiance. Toutefois, un « système » géant ne peut respecter cette déontologie et l'acte de consultation est normalement désormais anonyme et créé pour le plus grand nombre. Il est normal de payer l'acte que va accomplir celui qui vous soulage, celui qui vous délivre d'une grande douleur, comme celle de la colique néphrétique par exemple. La psychanalyse, à ses débuts, s'est interrogée sur le transfert et contre transfert et certains ont même affirmé que le paiement vous délivre de la reconnaissance... Affaire

à suivre !

Mais dans ce système qui va payer ? Que va-t-on payer ? Un service ? Je sais bien que pour parler des patients, on parle également d'usagers ou de bénéficiaires et qu'au fond, personne ne paye vraiment tellement la médecine est chère et que c'est le système de protection généralisé qui s'en charge.

Dans les temps anciens, dans l'isolement des campagnes, il était évident que celui qui vous aidait dans ce domaine recevait en échange, quelques émoluments – une poule, des légumes du jardin, trois œufs... que sais-je ?... –, un rapport privé, tel que décrit depuis l'antiquité du don de l'ex-voto, s'établissait.

Ce que je crois désormais c'est que l'idéologie de la réparation condamne les malades à ne pas se trouver dans le monde du sens et de l'échange. Ce que je crois, c'est que celui qui peut payer paye s'il en a les moyens le care (le prendre soin) puisque la réparation est standardisée et que le système s'entretient de lui-même. La précarité économique, la précarité de situation, le malheur de la vie quotidienne ne permet pas d'avoir accès à l'attention, au mystère, au sens. Aux urgences, personne n'examinera à fond le clochard, le vieillard ou le malheureux. On adaptera ses signes aux procédures, on fera l'inverse de la signification de la demande, on négligera la peine de vivre, on ne comprendra plus la consolation et l'accompagnement... Le système ne le connaît pas et aucune procédure ne peut les décrire.

Oui, la pauvreté et la précarité sont désormais du domaine privé de l'action privée et le médecin attentif devra se trouver dans un étrange mouvement de cœur pour soigner les pauvres. Il devra les considérer un par un, en prenant un temps dont le système médical ne dispose plus, et dans la gratuité de l'échange, hors de toute rémunération numéraire ou plutôt en la fixant hors de tout esprit de lucre. Ce médecin sera forcément subversif et on peut écrire avec une partie de communication « Médecin des pauvres, pauvres médecins », pauvres minuscules héros désintéressés ou en tout cas marginaux dans une économie où ils n'ont pas de place... pauvres types qui ne sont même pas compris de ses malades pauvres puisque les adjectifs – « bon docteur », « docteur dévoué », « grand docteur » – sont tombés dans l'oubli et les évoquer à cette occasion les rendent ridicules.

La Tarification à l'activité est-elle compatible avec les valeurs des professionnels de santé ?

par Gérard DE POUVOURVILLE, économiste, professeur à l'ESSEC

Résumé

La Tarification à l'Activité (T2A) a introduit une dynamique entrepreneuriale au sein des établissements publics de santé. Cette réforme s'inscrit dans une tendance lourde de renforcement des outils de contrôle externe de l'activité hospitalière, dont elle est un des éléments. Après être revenu sur l'histoire longue de cette transformation, on rappelle quelles en sont les principales caractéristiques et on tente une analyse de ses avantages et ses inconvénients, en montrant cependant que ses effets ne peuvent pas être dissociés des autres modalités de régulation du secteur hospitalier. On discute en conclusion la compatibilité de la T2A et les valeurs du corps médical et des professionnels de santé.

Retour aux racines

La Tarification à l'Activité (T2A), instaurée en France en 2004, est le fruit d'une histoire commencée en 1982 avec le Programme de Médicalisation du Système d'Information (le PMSI). Au début des années 80, la question de la maîtrise des dépenses de santé était déjà un sujet politique récurrent ; la France sortait d'une période d'investissement massif dans le secteur hospitalier, le système de financement du secteur était intrinsèquement inflationniste et ne comportait aucun mécanisme efficace de contrôle des coûts, tant au niveau macroéconomique (l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie, l'ONDAM a été instauré par les ordonnances Juppé de 1995) qu'au niveau micro-économique.

Dans le secteur public, le prix de journée était la base du financement. Ce système présentait deux caractéristiques. Il était faiblement « médicalisé » : les prix de journée étaient déclinés par discipline médico-chirurgicale (ou DMT, disciplines médico-tarifaires), mais des intitulés identiques pouvaient masquer des différences importantes en termes de recrutement, de gammes de pathologies prises en charge et d'actes médicaux et de niveaux d'effectifs soignants.

Chaque établissement avait son propre tarif, fondé sur le calcul d'un prix de revient complet. Certes, comme pour tout établissement public, l'équipe de direction était comptable de l'équilibre budgétaire, mais dans ce premier système de financement à l'activité, cet équilibre pouvait être assuré soit par l'augmentation du nombre de séjours, soit par l'augmentation de la durée de séjour. L'évolution acceptable des tarifs était fixée au niveau national, en tenant compte des facteurs d'augmentation des coûts, mais il n'existait pas un mécanisme de plafonnement de la dépense hospitalière totale. Autrement dit, même si les autorisations annuelles des prix de journée ne compensaient pas la totalité de l'augmentation des coûts, l'évolution des prix de journée suivait

bon an mal an l'évolution des prix de revient, sans contrôle de la pertinence des augmentations éventuelles des coûts. Les outils principaux de régulation de la dépense hospitalière étaient d'une part, la planification des capacités (la carte sanitaire), d'autre part le rationnement des subventions et des autorisations des équipements lourds, enfin le contrôle de l'utilisation des capacités hospitalières par le suivi des taux d'occupation des lits et de la durée de séjour. Le paiement au prix de journée était quasiment un système à guichet ouvert, sans incitation au contrôle des volumes et des coûts unitaires.

Le secteur privé lucratif fonctionnait également sur un paiement à l'activité, à modalités multiples. Chaque clinique établissait un prix de journée pour ses prestations hospitalières (hors honoraires médicaux), dont l'évolution au cours du temps était négociée avec les organismes locaux d'assurance maladie et consacrée par un arrêté préfectoral. Les prestations médicales réalisées par les médecins libéraux attachés aux cliniques étaient facturées à l'acte, l'établissement recevant de surcroît un montant forfaitaire (les Forfaits de Salle d'Opération ou FSO) puis plus tard des salles d'examen, dont les coefficients étaient indexés sur les coefficients des actes (les K opératoires). Les cliniciens reversaient (et reversent toujours) à l'établissement une redevance rémunérant la mise à disposition des lits et du personnel soignant. D'autres paiements additionnels (forfait médicament, remboursement au franc le franc des prothèses et dispositifs médicaux implantables) s'ajoutaient aux recettes principales.

En résumé, avant 1980, le « payeur » (l'Etat et l'Assurance Maladie) n'avait que très peu de moyens de régulation fine de la dépense hospitalière. Les organes déconcentrés de l'Etat (les Directions Départementales de l'Action Sanitaire et Sociales puis les Directions Régionales) avaient peu de pouvoir sur la gouvernance hospitalière, dans un système au sein duquel une régulation politique – l'alliance objective entre élus locaux et les hospitaliers – pesait plus lourd que la régulation technocratique. L'utilisation de tarifs fondés sur les coûts historiques de chaque établissement conduisait à des disparités importantes entre eux, sans que l'on sache si ces disparités étaient fondées soit sur les caractéristiques des patients pris en charge, des traitements mis en œuvre ou des différences en termes d'efficacité et de qualité des soins. A cette époque, le seul outil de connaissance fine des pathologies prises en charge à l'hôpital était une enquête décennale, dite « Enquête de Morbidité Hospitalière », dont la dernière occurrence a été en 1991-1992.

La première tentative de contrôle macroéconomique de la dépense hospitalière a été la mise en place en 1979 du « taux directeur national », introduit par le gouvernement de Raymond Barre. Ce taux était un taux cible s'appliquant de façon uniforme et prospective aux budgets hospitaliers et par voie de conséquence aux tarifs de prix de journée, mais il ne comportait pas de mécanisme de bouclage en fin d'année. Dans le même temps, la réforme du mode de financement de l'hôpital public faisait l'objet de réflexions au niveau ministériel et du corps des directeurs hospitaliers, qui devaient aboutir à la mise en place du budget global en 1984 pour le secteur public. La nomi-

nation de Jean de Kervasdoué à la Direction des Hôpitaux suite aux élections présidentielles de 1981 a introduit une dimension nouvelle dans ce débat : c'est le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (le PMSI).

Ingénieur agronome, titulaire d'un doctorat en sociologie de l'université Cornell aux Etats-Unis portant sur l'impact des relations de pouvoir dans l'adoption des innovations dans le système de santé, Jean de Kervasdoué a été directement exposé aux innovations managériales en cours en Amérique du Nord dans le secteur hospitalier. Notamment, il a pu prendre connaissance et se familiariser avec les travaux d'une équipe de l'Université de Yale, menés par Robert Fetter et James Thomson, pour développer une classification des séjours hospitaliers, les fameux Diagnosis Related Groups (les DRG)[1]. Revenu en France, après une période de recherche à l'Ecole polytechnique, il rejoint l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris en 1975, comme responsable des études économiques. Déjà à cette époque, il s'active à faire connaître dans son institution les travaux américains, en organisant des missions d'étude outre-Atlantique. Lorsqu'il sera nommé directeur des hôpitaux en 1981, il lancera très rapidement le PMSI.

Cette initiative est transversale aux réflexions en cours sur le financement des hôpitaux. A ce moment, deux modes de financement alternatifs au prix de journée sont expérimentés : le « prix de journée éclaté » et le budget global. Le principe du premier est celui d'une tarification à l'activité, avec quatre éléments constitutifs de la facture : un forfait d'admission, un prix de journée pour couvrir la prise en charge d'hébergement et d'administration générale, un prix de journée couvrant les dépenses de fonctionnement des services de soins et une facturation individuelle de chaque prestation médicale (actes, analyses, etc.). Le budget global est plus simple : il repose sur l'allocation d'une dotation budgétaire en début d'exercice que le gestionnaire d'établissement se doit de respecter. Contrairement au prix de journée éclaté, il ne s'agit pas d'un mode de financement à l'activité. Dans le même temps, les gestionnaires hospitaliers et le Ministère engageaient une réflexion sur l'introduction de méthodes de management d'entreprises, notamment sous la forme de la création de centres de responsabilité dont le « gestionnaire » (un médecin chef de service) est comptable devant sa direction. Ce budget est fixé en interne à l'issue d'une discussion autour de l'activité prévisionnelle du service et des moyens requis pour la mener à bien.

Dans ce débat, le PMSI apporte un élément nouveau important : la possibilité de caractériser de façon fine l'activité médicale des services, mais également de calibrer les moyens en fonction de cette activité, tant pour les centres de responsabilité qu'au niveau de l'établissement. Par ailleurs et c'est un objectif affiché dès l'origine par Jean de Kervasdoué, cette caractérisation fine de l'activité doit permettre de sortir d'une situation où les allocations budgétaires étaient faites sur la base d'un constat des dépenses passées, sans possibilités de jugement sur la pertinence de celles-ci. Jean de Kervasdoué était convaincu qu'il existait d'importantes inégalités dans les dotations budgétaires des établissements et voulait que l'administration de la santé se dote d'instruments pertinents pour

les corriger.

Cependant, devant l'absence d'un système d'information comparable à celui des hôpitaux américains et permettant d'utiliser un outil de classification des séjours inspiré des DRGs, la réforme du financement hospitalier mis en place dans le secteur hospitalier public a été le budget global, imposé par le Ministère du Budget : cet outil avait l'avantage d'une mise en œuvre rapide.

Le budget global est orthogonal à plusieurs titres avec la philosophie du PMSI et du modèle « DRG ». Ce n'est pas un paiement à l'activité : un établissement dont le recrutement croîtrait au-delà des prévisions initiales est à risque de déficit, s'il ne réussit pas à engranger des gains de productivité à la hauteur des dépenses supplémentaires. Le modèle initial n'est pas redistributif : les dotations annuelles évoluent au rythme du taux directeur national fixé en début d'année, mais sur les bases des dépenses globales des années passées. Un établissement sous-doté a peu de chance d'améliorer sa situation, de même qu'un établissement sur-doté sera protégé par sa base historique de dépenses. Un gestionnaire d'établissement avisé n'a aucun intérêt à dégager une marge d'exploitation sur une année, au risque de voir sa dotation de l'année suivante amputée des gains de productivité. A priori, c'est un outil puissant de contrôle de la dépense hospitalière, pour autant que les établissements respectent la contrainte de l'équilibre budgétaire. Mais si la tutelle publique ne sanctionne pas un déficit, un « bon » gestionnaire hospitalier, soucieux d'assurer le développement de son établissement, peut faire courir un déficit récurrent, en reportant d'une année sur l'autre la charge de celui-ci.

Il faudra sept ans avant que la collecte des données de base requise par le PMSI soit rendue obligatoire pour tous les établissements hospitaliers, publics et privés. Ces sept années seront mises à profit pour élaborer la classification française des DRGs, les Groupes Homogènes de Malades. Dans le même temps, la Direction des Hôpitaux a développé la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), avec un double but : disposer des données requise de description de l'activité médicale pour alimenter la classification et harmoniser la description des actes entre ville et hôpital. Au début des années 90 l'enquête permanente dite Etude Nationale des Coûts se mettra en place, permettant de calculer des coûts moyens par séjour et par GHM, à partir d'un échantillon d'établissements volontaires. Les premiers résultats seront utilisés pour objectiver les écarts de coûts entre établissements et justifier ainsi la mise en place de mécanismes de redistribution. Après une expérimentation en vraie grandeur sur la région Languedoc-Roussillon, conduite en 1994, la mise en place d'une péréquation inter-régionale des budgets hospitaliers sur la base de la valeur observée du point d'Index Synthétique d'Activité (points ISA) et d'une modulation du taux directeur entre les établissements d'une même région, sur la base du coût par point ISA, sont généralisées en 1996.

L'idée d'une « tarification à la pathologie » s'impose à la fin des années 90. Les objectifs affichés de

ce nouveau mode de financement, prélude à la Tarification à l'Activité, sont multiples. En premier lieu, le budget global ajusté sur la valeur du point ISA a montré ses limites en termes de redistribution des dotations budgétaires, à cause de la faible modulation des dotations en fonction des points ISA. S'impose également l'idée que les modes de financement des secteurs public et privé doivent être alignés, à la fois dans une perspective d'égalité de moyens et dans une perspective d'efficacité comparative. De fait, alors que le secteur privé était déjà dans un mode de financement à l'activité, avec depuis 1996 un paiement au GHM pour la partie « hospitalisation » de l'activité des établissements, le budget global représentait un frein au dynamisme des établissements publics, pour les raisons évoquées plus haut : une activité trop dynamique creusait les déficits. A la suite d'un rapport destiné à la Direction des Hôpitaux et publié en 2002[3], le principe de la généralisation de ce qui deviendra la Tarification à l'activité est inscrit dans la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2003, avec une démarche en deux temps : une expérimentation sur six régions en 2003 et une généralisation prévue pour 2004.

Vingt-deux ans pour arriver à ce qui était l'objectif initial de Jean de Kervasdoué : est-ce trop ? Il convient de rappeler que le PMSI a d'abord été une réforme majeure des systèmes d'information, requérant à la fois des investissements techniques et humains. La tarification à l'activité ne s'est pas fait sans opposition à la fois de certains directeurs d'établissements et du corps médical hospitalier. Les premiers pouvaient difficilement récuser le principe d'une meilleure connaissance de l'activité médicale, mais percevaient le PMSI comme un outil de renforcement du contrôle externe : un instant, le PMSI a été « vendu » par la Direction des Hôpitaux comme un outil de gestion interne, permettant aux directions hospitalières d'enrichir leur dialogue avec les médecins. L'utilisation des GHM comme outils de contrôle des coûts a aussi longtemps été retardée par l'insuffisance notoire des systèmes de comptabilité analytique permettant d'identifier, séjour par séjour et patient par patient, les consommations de ressources et donc de calculer des coûts. L'opposition médicale était fondée à la fois sur le caractère ressenti comme réducteur de la description de l'activité par les GHM et sur les échos de l'application des équivalents DRG aux Etats-Unis[2].

Pour clore ce bref historique, on insistera sur le changement en profondeur intervenu dans le système hospitalier français : la mise en place d'un dispositif permanent et informatisé de connaissance fine de l'activité des établissements, avec l'obligation de produire a minima des données exhaustives sur les pathologies prises en charge et les actes médicaux réalisés : l'hôpital n'est plus une boîte noire pour le régulateur étatique et le payeur (l'Assurance Maladie). Cette modification en profondeur a touché à la fois le secteur public et le secteur privé, rendant également possible l'objectivation des comparaisons sur les modèles médicaux et économiques des établissements. La mise en place de la Classification Commune des Actes Médicaux a transformé les modes de rémunération des médecins libéraux, en se substituant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), en fondant les niveaux d'honoraires sur une analyse la plus objective possible

de leurs coûts de production et en introduisant un processus permanent de mise à jour en fonction des innovations thérapeutiques¹.

Le dispositif T2A

Dans cette section, on rappelle les caractéristiques principales de la T2A, en montrant qu'elle s'insère dans un dispositif global de la régulation des capacités hospitalières et des dépenses [4].

La T2A est fondée sur les principes suivants :

- Elle repose sur un outil de description de l'activité hospitalière, la classification en GHM. A l'heure actuelle, la 11^{ème} version comporte environ 2500 groupes, gradués selon le niveau de sévérité des patients pris en charge. L'unité d'œuvre n'est pas le patient, mais le séjour pour un patient donné.
- Il s'agit d'un mode de paiement prospectif qui comporte deux dimensions : le caractère forfaitaire et uniforme de paiement « à la prise en charge », c'est-à-dire le séjour, qui limite la recette disponible pour un établissement pour chaque type séjour. Ce mode de paiement prospectif rémunère les établissements en fonction de leur volume observé d'activité, ce que ne permet pas (en théorie) le budget global. Un établissement peut donc développer son activité en offrant de nouveaux services, dès lors qu'il est capable d'assurer un équilibre entre recettes générées par toute son activité et dépenses. Il peut répondre également à une augmentation de la demande qui s'adresse à lui en ayant la garantie de bénéficier des ressources nécessaires.
- La T2A comprend donc deux incitatifs qui doivent fonctionner simultanément : une incitation à augmenter ses recettes dans une dynamique de développement et une incitation à dégager une marge globale, lui permettant a minima d'assurer son équilibre budgétaire (obligation réglementaire dans le service public, critère de survie pour le secteur privé à but lucratif) et au mieux, de dégager une marge d'autofinancement lui assurant la pérennité de son outil de travail et ses investissements nouveaux.
- Il est prévu des modes de financement complémentaires pour des activités qui ne relèvent pas d'une logique de forfait à la prestation. Le budget des établissements publics est abondé également par des dotations spécifiques pour les missions d'intérêt général (MIGAC) et pour les CHU, pour les missions d'enseignement et de recherche (MERRI). Le financement des urgences relève également d'un modèle spécifique.
- Enfin, la réforme a prévu le paiement rétrospectif des médicaments et dispositifs médicaux coûteux, en sus des frais d'hospitalisation : c'est la fameuse « liste en sus ».

Ce mode de financement s'insère également dans des dispositifs macro-économiques de la régulation de l'hôpital.

1. Certains jugeront avec raison que ce processus est très lent et très bureaucratique...

- Il existe une régulation macroéconomique des dépenses de santé. Deux outils s'assurent de ce contrôle de la dépense globale. Le premier est la planification de l'offre hospitalière, fondée sur le principe d'ajustement de la capacité d'offre à la demande : l'extension de l'activité des établissements est encadrée par le régime des autorisations. Le résultat en est que le « marché » hospitalier est un marché contingenté. Le deuxième est la régulation tarifaire macroéconomique, sur la base d'un ajustement des tarifs à l'accroissement constatée de la demande. Au cours des dernières années, cette pression tarifaire s'est accrue d'une pression sur la régulation infra-annuelle de l'ONDAM, conduisant le gouvernement à constituer en début d'année des réserves prudentielles, notamment sur les crédits MIGAC, avec des effets induits sur la trésorerie des établissements.
- A ces deux mécanismes, s'est ajoutée depuis 2007 une forte pression pour revenir à l'équilibre budgétaire. Cette pression est nouvelle : dans le cadre du budget global, les établissements publics étaient autorisés à reporter d'une année sur l'autre les déficits constatés ; ils étaient implicitement mais parfois explicitement autorisés également à retarder au maximum le paiement des factures aux fournisseurs... Le secteur privé s'est régulé mécaniquement par la faillite et la concentration.
- Enfin, la création des ARS dans le cadre de la loi HPST a profondément modifié à la fois la gouvernance interne des établissements publics et renforcé le contrôle de l'Etat, par le biais des agences régionales de santé. Sur le plan de la gouvernance interne, la loi HPST vient conforter une série de réformes tendant à introduire une logique de « centres de responsabilité » en interne. Elle s'est accompagnée d'une logique de regroupement des services hospitaliers d'abord par la très controversée réforme des départements. La réforme Douste-Blazy de 2005 a instauré les pôles de santé, qui sont consacrés et imposés définitivement par la loi HPST. A cette évolution de long terme, la loi HPST a rajouté la transformation de la gouvernance des établissements en transformant le conseil d'administration en conseil de surveillance et en instituant un directoire, co-animé par le directeur et le président de la CME. Le passage à un modèle de gouvernance par directoire s'accompagne en l'occurrence d'un contrôle hiérarchique étatique renforcé.
- Dans ce contexte, la T2A, de par son formalisme, est devenu un outil de base de l'élaboration des stratégies des établissements, de formalisation des contrats d'objectifs et de moyens, avec la tutelle et en interne avec les pôles, enfin de l'élaboration des plans de retour à l'équilibre.

Avantages et inconvénients de la T2A

Cette balance entre avantages et inconvénients doit se faire sur l'ensemble du dispositif dans lequel il s'insère. En particulier, c'est surtout à la pression exercée sur les établissements publics pour un retour à l'équilibre que l'on peut imputer un sentiment partagé d'une souffrance et d'une dégradation des conditions de travail qui s'exprime régulièrement dans les media.

L'équilibre budgétaire tout seul est-il un objectif légitime, au-delà de l'impératif réglementaire qui s'impose à tous les services publics ? Il est clair qu'il doit s'accompagner de l'assurance que les soins délivrés sous cette contrainte sont efficaces et de bonne qualité et que des situations particulières (précarité, isolement géographique, etc.) justifient des ajustements pour maintenir l'accès aux soins. Sur le premier point, celui de l'efficacité et de la qualité, cela implique, pour le régulateur public, de définir ce qu'il considère comme le niveau de qualité attendu, au-delà duquel il y aurait sur-qualité et en dessous duquel il n'est pas acceptable de descendre.

Pouvait-on imposer ce retour à l'équilibre avec le budget global ? En théorie, oui, mais si les établissements publics sont tenus de faire face à toutes les demandes qui s'adressent à eux, la seule solution pour revenir à l'équilibre aurait été une réduction parfois drastique des coûts, puisque le montant des recettes était figé. Dans les faits, cet équilibre n'a pas été atteint. Quels sont alors les avantages de la T2A ? Précisément ceux pour lesquels elle a été mise en place. Elle permet une description robuste de l'activité de soins. Un établissement est assuré de recevoir une compensation pour chaque patient pris en charge, contrairement à ce qui se passe avec un budget global prospectif ; il ne rencontre en théorie aucun obstacle à satisfaire une demande qui lui est adressée. Le tarif unique garantit à chaque assuré que le même montant de ressources sera consacré à sa prise en charge dans tout établissement sur le territoire. Le tarif prospectif donne de la prévisibilité au gestionnaire de l'établissement pour prévoir ses comptes de recettes et de dépenses et piloter l'établissement, dans la perspective d'un équilibre budgétaire lui assurant une marge d'autofinancement permettant de maintenir l'outil de production. Du point de vue du payeur, le paiement forfaitaire introduit un partage du risque financier que les modes de paiement rétrospectif interdisent. L'uniformité tarifaire a également pour vertu de corriger les inégalités flagrantes de dotation budgétaire pérennisées par le calcul des dotations globales de fonctionnement sur une base historique.

Quels en sont les inconvénients ? Il convient de distinguer ceux qui sont liés aux propriétés techniques de l'outil lui-même, ceux qui sont la contrepartie de l'incitation financière directe et ceux liés à la façon dont il est mis en œuvre, en relation avec les autres outils de régulation.

Sur le plan des propriétés techniques de l'outil :

- L'outil doit être valide en termes de description de l'activité : ceci renvoie à la sophistication croissante de la classification, dans le but de mieux prendre en compte

l'hétérogénéité des GHM en fonction des caractéristiques des patients et l'évolution des traitements. Le nombre de GHM a quadruplé entre les premières versions et la version actuelle.

- Le modèle tarifaire doit également refléter au mieux les coûts de production et être transparent. C'est sur ce point qu'il reste des progrès à faire, notamment sur la représentativité de l'échantillon d'établissements de l'ENCC, la qualité des données de coût de base et également la transparence du calcul des tarifs.
- Il faut que la méthode de financement comporte des éléments correctifs qui ne peuvent pas facilement être pris en compte dans la classification ou dans l'étude de coûts dans son état actuel : ce sont les dimensions déjà citées de la précarité, de l'éloignement géographique, conduisant à des niveaux d'activité insuffisants pour amortir des frais fixes, etc.
- Enfin, la classification en elle-même ne permet pas de juger de la qualité des prestations.

Sur le plan des effets d'incitation :

L'incitation positive à l'activité et au contrôle des coûts a sa face négative :

- L'incitation à l'activité peut conduire d'abord à encourager une demande induite : des hospitalisations non justifiées, le « saucissonnage » des séjours, des sorties trop précoces. Sur le premier point, il n'existe en effet pas en France de mécanisme de contrôle de l'accès à l'hôpital, comme cela peut être le cas dans d'autres pays.
- L'incitation au contrôle des coûts peut avoir deux effets. Le premier est celui de l'écrémage ou de la sélection des patients. Le deuxième effet serait non pas la sélection des patients, mais la sélection des activités, de façon à privilégier des activités dites « rentables ». Un GHM dit « rentable » pour un établissement renvoie à une prise en charge pour laquelle celui-ci a des coûts inférieurs au tarif opposable. L'homogénéité des GHM dits « médicaux » est sans nul doute moins bonne que celle des GHM dits « chirurgicaux » ou « médico-techniques ». De ce fait, ils se prêtent sans doute moins bien à une standardisation des prises en charge et sont plus sensibles à l'hétérogénéité des patients : le coût moyen serait donc une cible plus difficile à atteindre, pour les établissements ayant une proportion plus élevée de patients dits « médicaux » sévères, même si à nouveau en principe l'introduction des niveaux de gravité dans la V11 de la classification a permis de répondre en partie à cette distorsion.
- Cet effet potentiel de sélection des activités peut également toucher l'adoption d'innovations thérapeutiques. A priori, à défaut d'une adaptation rapide des tarifs, le

paiement forfaitaire présente un effet contre-incitatif à adopter des innovations qui viendraient renchérir le coût d'une prise en charge. Par ailleurs, la T2A peut avoir un effet contre-incitatif pour l'adoption d'une innovation dont le principe serait un transfert d'une partie des soins en dehors de l'hôpital, puisque celui-ci y perdrait des ressources.

Les effets incitatifs positifs de la T2A seraient-ils donc inférieurs aux effets négatifs ou pervers identifiés ci-dessus ? Il est difficile de trancher cette question. Les comportements décrits plus haut sont possibles, mais la synthèse des travaux d'évaluation dépasse le cadre de cet article [5].

Sur le plan de sa mise en œuvre :

La mise en œuvre de l'incitation à l'activité telle qu'elle a été décrite plus haut se fait dans un contexte global de régulation de l'offre de soins hospitaliers par la planification et d'une régulation tarifaire prix-volume pour s'assurer de la tenue de l'ONDAM. Cet encadrement a les conséquences suivantes :

- La planification de l'offre de soins conduit à un rationnement global de l'offre. En termes économiques, le marché hospitalier n'est pas un marché libre d'entrée. La T2A est un outil d'incitation à l'activité et donc à la concurrence sur un marché à croissance faible (de l'ordre de 2,3% par an sur les six dernières années, données ATIH).
- Il s'instaure donc un jeu non coopératif à somme nulle, avec une concurrence intra-secteur et inter-secteur qui n'est pas favorable aux coopérations inter-hospitalières. Les enjeux de cette concurrence sont les autorisations (pour augmenter l'attractivité et partant l'activité) et la ressource rare que sont les médecins. Il faut une bonne dose de clairvoyance pour reconnaître qu'il est parfois profitable de partager un marché avec un autre établissement, plutôt que d'essayer à tout prix d'en devenir l'acteur dominant. Il y a donc des établissements gagnants et des perdants.
- Les établissements n'ont pas tous le même potentiel de retour à l'équilibre par le biais de l'augmentation d'activité. Ceux qui sont en position de coût défavorable et sur un marché local très concurrentiel ne peuvent retrouver l'équilibre que par la réduction des coûts et ce retour est rendu instable par la régulation tarifaire. Le principe d'une gestion visant à restaurer une marge d'exploitation est constamment remis en cause par une régulation nationale qui vise à récupérer les gains de productivité réalisés.

Le cloisonnement des services de santé

Ce contexte de mise en œuvre est également dépendant de la modalité de régulation des dépenses de l'Assurance Maladie. La régulation des dépenses se fait « en silo », secteur par secteur. La T2A est un outil d'optimisation de l'activité hospitalière et vient renforcer par ses incitations le cloisonnement des services de santé. Ces effets ont déjà été longuement évoqués plus haut : incitation à la concurrence plutôt qu'à la coopération entre établissements, départs sur l'extra hospitalier en cas de sorties précoces, etc.

L'offre de soins en France est constituée d'acteurs économiques hétérogènes. Chacun de ces acteurs a sa logique économique, déterminée par la nature de son activité, mais aussi par son mode de financement. C'est en partie par le prisme de cette logique qu'il va envisager des relations de coopération, même si ce partenariat est guidé par des objectifs d'intérêt du patient. Comme cela a été mentionné plus haut, toute nouvelle forme d'organisation se traduit par des redistributions de revenus et de coûts, les acteurs se tournant vers la puissance publique pour organiser des formes de compensation partielle ou totale. Par exemple, dans le cas des structures MCO, toute modalité organisationnelle se traduisant par une diminution du recours à l'hospitalisation de jour ou complète va signifier à l'heure actuelle une perte de recettes. Si celle-ci n'est pas compensée par un redéploiement des ressources vers d'autres activités, on peut s'attendre à ce que l'établissement résiste au changement proposé.

T2A et éthique soignante

A l'issue de cette présentation des principes fondateurs de la T2A et d'une analyse de ses effets potentiels, peut-on porter un jugement normatif sur ce mode de financement, en relation avec les principes de base du système de santé français et au regard de son impact sur les pratiques médicales ?

Un premier constat s'impose : cette réforme s'insère dans une transformation profonde des relations entre l'Etat régulateur et L'Assurance Maladie payeur, d'un côté, et les « offreurs de soins », établissements et médecine de ville. Les deux premiers ont considérablement accru leurs outils d'observation et d'évaluation du fonctionnement des services ; pour l'hôpital, par le biais du PMSI, pour la ville, par le codage des actes médicaux avec la CCAM². La deuxième dimension de cette transformation est l'utilisation d'incitations financières, dans le but d'améliorer l'efficience des soins. Enfin, le programme hospitalier de paiement « à la qualité », l'Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) a été lancé en 2012 et vient compléter cet arsenal incitatif.

Ce volant incitatif s'est accompagné d'un volant « normatif », ciblant la qualité du fonctionnement des établissements et la conformité des pratiques médicales aux règles de l'art : accréditation des établissements, mais aussi pénétration progressive de la médecine fondée sur les preuves, généralisation des recommandations de bonnes pratiques ou de bon usage.

On peut discuter les modalités de mise en œuvre de ce formatage externe des soins et de contrôle

2. Cependant, le codage des pathologies n'est toujours pas acquis en ville.

des pratiques médicales, mais il est difficile de mettre en cause le principe sur lesquels ils s'appuient : dans un système de protection collective du risque santé, les tutelles ont le mandat de s'assurer d'une utilisation optimale des ressources publiques. Tant le PMSI et la T2A que les mesures normatives et incitatives ont visé à corriger une hétérogénéité dans la délivrance des soins et dans les pratiques médicales, qui n'étaient fondés ni sur une rationalité scientifique (la médecine fondée sur les preuves) ni sur une rationalité économique. Cette transformation a été observable dans tous les pays développés, même si elle a pris d'autres formes.

Le deuxième constat est celui de l'introduction d'une logique managériale, voire entrepreneuriale, au sein des établissements publics. Les critiques les plus virulentes de la T2A et des réformes afférents stigmatisent la perte de sens du travail des professionnels de santé dans une logique de maximisation des revenus et de la marge des établissements publics de santé. Le productivisme serait incompatible avec une éthique professionnelle, qui doit laisser au jugement des professionnels la pertinence des soins délivrés, sur toutes ses dimensions : au niveau stratégique, par exemple dans le choix des innovations thérapeutiques et au niveau individuel de la prise en charge des patients, pour laquelle la contrainte de coûts ne doit pas être un frein aux efforts à consentir pour soigner les patients, quel que soit leur état.

Pour autant, la profession médicale a intégré au cours des vingt dernières années l'encadrement des pratiques par la médecine fondée sur les preuves et adhère, bon gré mal gré, aux recommandations de bonnes pratiques, dès lors que celles-ci donnent des lignes directrices avec un espace d'ajustement aux cas particuliers. Les règles de prise en charge en fin de vie et notamment celles portant sur l'acharnement thérapeutique sont intégrées dans la loi et dans le code de déontologie médicale. Le principe du choix de la pratique la moins coûteuse pour la collectivité à efficacité égale est difficilement contestable, puisque les ressources ainsi dégagées permettent de soigner d'autres patients.

Le cœur du problème vient sans doute du principe de la T2A – le caractère incitatif des tarifs – mais également d'une forme d'incompréhension sur les règles d'allocation interne des ressources auxquelles elle devrait conduire. Analyser la « rentabilité » d'une activité GHM par GHM n'a pas de sens, au moins pour deux raisons. En premier lieu, le tarif ne couvre pas seulement les dépenses directes de santé, mais également les frais fixes du fonctionnement de l'hôpital, qui doivent également faire l'objet d'une analyse critique visant à leur optimisation.

En second lieu, le tarif est forfaitaire et fondé sur une estimation de coûts moyens au niveau national : cette moyenne permet de couvrir des patients plus chers, dont le coût est compensé par des patients moins chers. Il est rare qu'un établissement se retrouve avec tous les cas extrêmes en termes de gravité sur tous les GHM. En l'occurrence, ce sont les établissements à activité très spécialisée et donc à casemix étroit qui sont les plus vulnérables à des variations ou des imperfections

tarifaires. Les établissements généralistes peuvent compenser la « rentabilité tarifaire » entre tous les secteurs. Il n'y a pas réellement de GHM « rentable » et d'autres « non rentables », les tarifs sont indexés sur une moyenne de coûts observés. Il y a en revanche, comme cela a été dit plus haut, des prises en charge qui sont moins « standardisables » que d'autres et qui peuvent générer un risque financier plus élevé.

En troisième lieu, même parmi les dépenses directes, les plus importantes, à savoir les frais de personnel, ne sont pas spécifiques à un GHM donné mais communs à une unité de soins, un service ou un pôle. Certes, l'effectif d'une unité de soins dépend de l'ensemble de son activité donc des GHM « produits », mais cela souligne bien le fait que le niveau d'analyse qui a du sens est toute l'activité de l'unité, du service ou du pôle. Les médecins se plaignent que le GHM reste un outil frustré de description de leur activité. Les établissements les plus avancés en matière d'assimilation de la T2A se sont affranchis dans leur réflexion stratégique et de gestion des GHM pour analyser l'activité médicale : il faut se servir des données de base du PMSI pour construire un référentiel d'activité qui a du sens pour les équipes médicales, et ensuite seulement organiser la correspondance entre segments d'activité pertinents pour les médecins et GHM/GHS.

Le quatrième point et non des moindres est que plus que jamais, il doit y avoir solidarité entre les différents segments d'activité d'un établissement : pour les raisons évoquées plus haut, certains segments peuvent être moins « rentables » compte tenu des tarifs et du recrutement spécifique sur ce segment, alors que d'autres le seraient. S'il n'y a pas solidarité au niveau de l'établissement, alors il y a effectivement effet pervers de l'incitation tarifaire. L'exemple de la chirurgie robotique est illustratif de ce problème. Cette technologie n'est pas remboursée à l'heure actuelle : pour autant, le secteur privé a investi tôt, en s'appuyant sur la capacité à payer en sus des patients. Le secteur public ne peut pas en faire autant : mais s'il n'investit pas dans cette technologie, il est sûr de perdre pied sur des segments entiers de chirurgie. Les établissements doivent donc trouver des marges de manœuvre dans leurs activités « rentables » pour compenser le manque à gagner lié au risque pris sur l'investissement dans la robotique.

Faut-il que des établissements publics dégagent des marges ? Quel que soit son statut, une organisation productive se doit de dégager une marge d'exploitation, ne serait-ce que pour maintenir une capacité d'autofinancement qui lui permet de maintenir, voire de développer son outil de travail. L'incapacité à dégager cette marge revient à remettre à la tutelle le pouvoir de décider de son avenir. C'est déjà le cas, par le biais du régime des autorisations.

La transformation induite par la T2A et la contrainte de retour à l'équilibre budgétaire a donc eu pour effet de renforcer une logique collective et solidaire de la gouvernance des établissements publics de santé. Mais elle n'est qu'un aspect d'une question plus large, qui est celle du degré d'autonomie des établissements publics de santé et par effet induit du degré de concurrence acceptable

dans le secteur. Dans le passé et malgré un cadre réglementaire omniprésent, cette autonomie a été forte, parce que la tutelle publique disposant de peu de moyens (et de volonté ?) d'objectiver l'activité hospitalière et de maîtriser les dépenses. Les réformes introduites depuis maintenant plus de vingt ans, incluant le renforcement de la planification, la régulation régionale, la mise en place de l'ONDAM, la T2A et plus récemment la réforme de la gouvernance des établissements, ont progressivement instauré un contrôle plus hiérarchique des établissements publics.

Mais il est nécessaire de reconnaître qu'un établissement hospitalier est une organisation complexe et vivante, à qui il faut donner les moyens d'avoir des projets pour répondre de façon flexible aux changements de leur environnement tant de patientèle que technique. Le prix à payer de cette reconnaissance est l'existence d'une forme de concurrence entre les établissements, ou tout du moins l'intérêt d'une forme d'émulation. La T2A a été un des vecteurs utilisés, avec comme bénéfice reconnu une reconquête de parts du marché de la chirurgie par rapport au secteur privé.

Quels ressorts pour l'excellence ?

Les pratiques des professionnels de santé à l'hôpital public sont guidées par deux logiques principales, deux ressorts qui motivent leurs choix.

La logique de l'honneur [6] commande l'excellence car il en va des valeurs fondamentales du métier. Cette logique est toute personnelle et absolue, au sens où le professionnel qui lui est assujéti ne rend des comptes qu'à sa propre conscience. Les économistes utilisent le terme de « motivations intrinsèques », au sens de référence que l'individu se donne à lui-même. Cette logique est intrinsèque à la pratique médicale et des autres professionnels de santé, elle est instituée dans les codes de déontologie, mais ce qui compte est l'adhésion volontaire aux exigences qu'elle implique.

Cette logique de l'honneur n'est pas exclusive : sans référence externe, on ne sait pas comment situer son niveau de performance. Dans toute activité, la logique de la réputation, qui est le pendant de l'émulation entre pairs, va conduire les professionnels à une logique d'amélioration continue. Au niveau hospitalier, cette logique de l'émulation conduit naturellement à une logique de concurrence entre les établissements.

Les incitations économiques introduisent une logique du calcul : elles sont inévitables dans le secteur marchand. Dans un secteur non marchand comme la santé, elles sont la traduction concrète d'une contrainte globale sur les ressources collectives. Les économistes parlent à leur propos de « motivations extrinsèques », imposées de l'extérieur. Ils font état du possible d'effet d'éviction de la logique de l'honneur, le calcul l'emportant sur le respect des valeurs intrinsèques du métier. Dans le cadre du budget global, cette logique n'était pas incitative, mais ressentie comme une contrainte : les logiques de l'honneur et de la réputation commandaient de défendre au mieux auprès des directions et de la tutelle le bien-fondé des projets et des pratiques des professionnels, mais sans que ceux-ci s'engagent eux-mêmes dans un exercice d'optimisation de l'utilisation de

leurs ressources. Soit les professionnels de santé réagissent de façon mécanique aux incitations de la T2A : c'est le cas s'ils recherchaient à tout prix l'optimisation des recettes au détriment de la recherche du meilleur choix pour les patients. Soit ils se l'approprient, c'est-à-dire qu'ils mettent la logique du calcul au service de leur projet et du collectif hospitalier. Cette « internalisation » n'est pas évidente, car quel que soit la qualité du dialogue entre corps médical et soignant et la direction d'un établissement, l'un et l'autre doivent composer avec les contraintes imposées par les tutelles régionales et la régulation des tarifs au niveau national, qui par construction ne tient pas compte des cas particuliers. Cette affirmation peut paraître angélique. **Pourtant, les exemples des établissements publics les plus dynamiques témoignent que cette appropriation est effective, que le corps médical a compris les règles du calcul, sans sacrifier ce qu'ils estiment être des bonnes pratiques de prise en charge.** On a évoqué plus haut une méthode facilitant cette appropriation : se libérer quand c'est nécessaire de la classification en GHM pour penser son activité dans les termes de sa pratique, revenir ensuite sur les conséquences des choix en termes de recettes.

Ceci ne dédouane en rien de continuer à améliorer l'outil. La première direction dans laquelle il faut continuer d'investir est la prise en compte de la qualité des soins. Quel doit être le rôle des incitations économiques dans ce domaine est une question qui mériterait encore tout un développement. La deuxième direction est celle de l'effet d'hospitalo-centrisme induit par la T2A. Telle quelle, cette modalité de financement ne facilite pas la recherche d'alternatives de prise en charge extra-hospitalière et l'organisation d'une coopération entre les différents services de santé pour l'amélioration du suivi des patients souffrant de pathologies chroniques.

Références

1. de Pouvourville G. La régulation financière de l'hôpital par les DRG : enjeux, principes et faisabilité, Sciences Sociales et Santé, 1990, 8:2; 34-65.
2. de Pouvourville G. France: the introduction of case-based hospital management. In: The Migration of managerial innovation, Kimberly J, de Pouvourville G. ed. 1993 : San Francisco, Josey Bass, 83-130.
3. Marrot B, Gilardi H. Expérimentation d'une tarification à la pathologie des établissements de santé (TAP) : rapport d'étape, mission d'expérimentation. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (éditeur), 2002, 59 p.
4. de Pouvourville G. Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas. *Revue Economique* 2009 60 ;2 : 457-470.
5. Bras P.L. , Vieilleribière J.L., Lesteven P. Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux. Tome 1 Rapport www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports.../124000549.pdf
6. d'Iribarne Ph. La logique de l'honneur. Gestion des entreprises et traditions nationales. Seuil, 1989.

Médecine et argent : attention aux visions simplistes

Frédéric BIZARD, économiste, professeur à Sciences Po Paris

La protection de la santé est un droit humain fondamental inscrit dans le Préambule de la constitution française et de l'Organisation mondiale de la santé. Si la santé n'a pas de prix dans l'inconscient collectif, elle a un coût et constitue un des marchés les plus vastes, de l'ordre de 7000 milliards USD par an. La France a mis les moyens financiers nécessaires pour garantir ce droit fondamental en passant d'un niveau de dépenses de 3,5 % du PIB en 1960 à près de 12% en 2015. Depuis la crise financière de 2008, la question du coût de la santé a vivement ressurgi dans les pays développés, avec globalement des contraintes fortes imposées sur les budgets publics de santé. Nous pourrions discuter longuement sur les rapports ambigus entre la santé et l'argent mais nous nous concentrerons sur deux réformes récentes qui ont fait couler beaucoup d'encre : le tiers payant généralisé et la généralisation de la couverture complémentaire à tous les salariés.

Dans un contexte de contraintes budgétaires fortes en France aussi, la politique de santé du gouvernement a été centrée sur l'amélioration de l'accès aux soins pour tous. La généralisation du tiers payant et celle de la couverture complémentaire en santé devaient être les deux grandes réformes du quinquennat de Hollande pour porter cette politique. Marisol Touraine a déclaré à l'Assemblée nationale le 10 mars 2015 : « l'accès aux soins doit être facilité sur le plan financier, ce qui explique la mise en place du tiers payant, c'est une loi de justice, une loi de progrès social ». Des propos similaires avaient été tenus pour justifier de la généralisation des contrats collectifs à tous les salariés, incluses dans la loi de modernisation du travail de 2013.

Au-delà des calculs politiques que nous écarterons de notre analyse même s'ils sont bien réels, derrière ces bonnes intentions se cachent en réalité un contre-sens économique majeur et une volonté de ne rien réformer en profondeur, qui n'est pas l'apanage d'un camp politique en matière de santé.

Le tiers payant généralisé (TPG) ne règle rien et est irréaliste avec le système actuel

Si personne ne conteste l'utilité du tiers payant social, c'est sa généralisation qui n'a rien d'un progrès social, et ce pour plusieurs raisons.

La solidarité du modèle français entre les bien-portants et les malades porte sur des prestations universelles versées en fonction des frais occasionnés par la maladie, indépendamment des revenus, sans que les soins soient gratuits. Ce point est fondamental. L'objectif solidaire est que les frais de santé ne soient pas un obstacle à se soigner. Cette solidarité peut s'accompagner d'un certain niveau de frais à la charge du patient, à la condition que cela ne génère pas de renoncement aux

soins. Cette participation financière, dans le système français de libre choix, est une nécessité pour maîtriser les dépenses de soins courants. Les études RAND des années 70 ont montré l'influence de cette participation sur l'évolution des dépenses. En faisant passer la participation des usagers de 0% à 25% des dépenses, on fait baisser les dépenses de santé de 15%. Ce niveau de participation s'arrête là où démarre le risque de renoncement aux soins. Elle doit être soigneusement estimée et doit intégrer des conditions d'exemption en fonction des situations médicales (ALD) et de précarité.

C'est pourquoi ce système de solidarité est complété depuis l'origine par une mutualisation assurantielle privée, dont les règles sont distinctes. La raison d'être du système d'assurance complémentaire en santé est d'éviter le renoncement aux soins pour raisons financières et c'est bien les dysfonctionnements de ce système qui sont à l'origine des difficultés croissantes d'accès à certains soins pour de plus en plus de Français. Les deux secteurs qui concentrent l'essentiel des renoncements aux soins pour raisons financières sont le dentaire (soins prothétiques) et l'optique pour lesquels les organismes complémentaires sont devenus les premiers financeurs. Le tiers payant généralisé ne règle donc rien aux causes majeures de renoncements aux soins.

Notre système solidaire intègre déjà une dispense d'avance de frais, le tiers payant, pour les plus bas revenus. C'est ainsi que le tiers payant est un droit pour 10 millions d'assurés à faible revenu, et est appliquée sur bien d'autres groupes de patients (au global 35% des actes des généralistes et 42% de ceux des spécialistes). Si le gouvernement avait une ambition sociale et des données fiables justifiant l'extension du tiers payant, il lui suffirait de relever le plafond de revenus donnant accès au tiers payant. Son objectif social serait atteint et en respectant le fonctionnement solidaire de notre système de santé. La frontière entre l'extension du tiers payant pour des raisons sociales et sa généralisation à tous les citoyens est la ligne jaune à ne pas franchir pour ne pas casser le modèle français.

Le TPG s'intègre naturellement dans un modèle de santé à payeur unique, l'Etat, comme c'est le cas dans la plupart des modèles européens. Quand ce n'est pas le cas comme en Allemagne, il existe au moins un payeur unique par acte et l'assurance privé est supplémentaire et non complémentaire. Cela permet une gestion technique relativement simple et des coûts administratifs modérés. La France se caractérise par un système à payeurs multiples et rien n'a été fait ces dernières années pour le simplifier, bien au contraire. Les 14 régimes de base obligatoire sont gérés par 86 opérateurs. Ce n'est rien à côté de l'éclatement du système complémentaire qui regroupe près de 650 opérateurs dispersés dans trois familles d'assurance régies par trois codes différents. A cette complexité structurelle, de multiples mesures tels que les contrats responsables, le contrat d'accès aux soins ou les franchises médicales sont venues aggraver la situation.

A tel point que la mise en place du TPG est techniquement irréaliste d'ici à 2017 dans l'architec-

ture actuelle. Nous sommes bien en pleine utopie technique et financière avec le TPG, qui n'est pas près de voir le jour au moins pour ces raisons là. Le conseil constitutionnel, dans sa décision du 21 janvier 2016, a d'ailleurs jugé non conforme à la constitution la partie du dispositif du TPG qui concerne les organismes complémentaires. Il a estimé que les garanties de paiement des sommes dues aux médecins n'étaient pas suffisantes, le législateur « a méconnu l'étendue de ses compétences », ce qui n'est pas vraiment un reproche secondaire. Outre les délais de paiement, la question du coût de mise en place et de gestion opérationnelle est un sujet majeur. Estimé autour de 3 euros par acte, le tiers payant pour la part complémentaire mettrait clairement en péril financier de nombreux cabinets médicaux en secteur 1, comme il a d'ailleurs détruit l'équilibre financier des centres de santé qui le pratiquent.

L'erreur sur le plan économique de la recherche d'un reste à charge nul pour les Français

L'instauration du tiers payant généralisé relève d'une utopie dangereuse en santé. Pour rendre accessible les soins pour tous, l'objectif serait que les Français ne paient plus rien de leurs poches. Ce discours est porté par les partisans d'un secteur public gratuit généralisé à l'ensemble de l'offre de santé et aussi par les principaux organismes d'assurance en santé. Les premiers le justifient par le fait que les citoyens sont sans pouvoir face à la maladie et que seul l'Etat peut être capable de délivrer des services universels. Toute activité privée à but lucratif serait aussi selon eux contraire à l'éthique en santé. La France a pourtant inventé avec succès un concept fondamental pour délivrer un service public, repris par la plupart des pays développés, la délégation de service public par le secteur privé. Ce concept est au cœur du modèle de santé français. Pour les seconds, le zéro reste à charge leur permet de justifier d'intégrer dans leur garantie tout ce qui ne relève pas de l'assurance maladie, y compris ce qui n'a rien à faire dans une logique assurantielle. Tout ce qui serait financé par l'assureur et non payé en direct par le citoyen faciliterait ainsi l'accès aux soins, ce qui est une contre-vérité, nous le verrons plus loin.

En réalité, on constate que la montée en puissance des organismes complémentaires santé dans la prise en charge des dépenses de santé – dont la part est passée de 8% à 13,5% de 1990 à 2015, participant à la baisse de celle du paiement direct de 14% à 8% - s'est déroulée en parallèle d'une hausse progressive du renoncement aux soins. La France est aujourd'hui le pays de l'OCDE avec la plus faible part de financement en direct par les ménages (8%), deux fois et demi plus faible que la moyenne de l'OCDE (20%). Elle présente aussi un marché d'assurance privé deux fois plus important en part de dépenses de santé (13,5% contre 7%) que la moyenne de l'OCDE. A l'exception des Etats-Unis, les pays de l'OCDE ont une forte mutualisation assurantielle publique pour

financer leurs dépenses de santé (à un niveau 72% contre 78% en France) destinée à protéger la population des principaux risques de couverture des dépenses de soins. En revanche, aucun autre pays que la France n'a fait le choix d'étendre au maximum l'assurance santé pour les dépenses non prises en charge par la dépense publique. On assiste même à un retrait de l'assurance privé dans certains secteurs comme l'optique dans des pays tels que l'Allemagne, l'Angleterre et l'Italie.

L'extension de la couverture assurantielle privée en santé en France a en réalité contribué à augmenter le coût d'accès aux soins. Sur un niveau de primes assurantielle de 35 milliards d'euros, les organismes complémentaires allouent plus de 7 milliards d'euros chaque année (20% des primes) à des charges de gestion et de marketing auxquelles il faut ajouter leur marge bénéficiaire. Lorsque les garanties couvertes concernent des prestations de faible valeur, le paiement direct est moins coûteux pour l'assuré. Sur les 27 milliards d'euros de remboursement par les organismes complémentaires, près de 15 milliards d'euros sont en réalité destinés à financer les tickets modérateurs des soins de ville qui par essence devraient être laissés à la charge des assurés (à l'exception d'une partie de la population qui en est exemptée pour des raisons de précarité ou médicales). En revanche, la part de reste à charge la plus à risque pour l'assuré, correspondant à la partie libre des honoraires (dentaire, spécialistes médicaux et chirurgicaux, optique) est elle volontairement délaissée par les assureurs. Le gouvernement a même décidé (décret de novembre 2014) de plafonner leur remboursement pour les contrats responsables. Un contrat responsable, deux fois moins taxé que les autres contrats (7% au lieu de 14%), peut rembourser sans limite des médicaments OTC mais est fortement contraint pour rembourser une consultation de cardiologue, de gynécologue ou d'autres spécialistes. On assiste bien à une dérive complète de la structuration des contrats qui n'ont plus de logique actuarielle mais une logique avant tout marketing pour vendre du contrat.

Quel avenir pour le financement de notre système de santé ?

Face aux déficits récurrents de l'assurance maladie et aux pressions croissantes pour réduire l'endettement public, c'est bien l'avenir de notre système solidaire de santé qui est en jeu. Il existe deux visions qui s'affrontent dans l'avenir du système : les partisans d'un changement de modèle et les partisans de la réforme du modèle existant.

Chez les premiers, on trouve les déclinologues qui considèrent, pour faire simple, que notre système solidaire était un luxe du passé et qu'il faut se faire à la raison qu'on ne peut plus se le payer. On y retrouve aussi nos partisans d'un système public généralisé à l'anglaise qui sont pour remplacer l'assurance maladie par une agence publique de santé, financé par l'impôt. La situation actuelle et les perspectives à court terme de la France risquent de maintenir au plus haut la côte de ces déclinologues. Si certains le sont par nature (des pessimistes), d'autres le sont par raison

(des experts). Les difficultés financières et organisationnelles de notre système de santé sont un terrain de jeu très prolifique pour les deux profils. La victoire de l'expert déclinologue en santé n'a probablement jamais aussi été proche et risque de conduire, sans débat public, à un système que probablement peu de Français souhaitent pour leur pays.

Si l'assurance maladie a œuvré à la transformation de la société française dans les années après-guerre et au succès de notre système de santé, elle est aujourd'hui en piteux état. Depuis les ordonnances Juppé de 1996, l'assurance maladie a accumulé plus de 60% de l'ensemble des déficits sociaux. Sa gestion paritaire n'est plus qu'un simulacre de démocratie sociale et sa véritable gouvernance est dorénavant dans les mains de l'Etat. La faible croissance économique et le vieillissement de la population affaiblissent durablement son financement actuel. L'expert déclinologue a une occasion à saisir pour enterrer définitivement le modèle de 45 et le remplacer par un autre modèle. « L'audace réussit à ceux qui savent profiter des occasions » disait Proust. C'est le moment d'agir!

L'autre modèle, à substituer à l'assurance maladie, existe depuis plusieurs années dans les cartons du premier groupe d'assurance européen et de son think tank. Il consiste à « déconcentrer la gestion du risque maladie au niveau d'entités d'assurance en concurrence ». Un financement par l'impôt d'une nouvelle agence (qui ne serait plus une assurance maladie) délivrerait des prestations non contributives. « Des prestations assurantielles relèveraient quant à elle d'entités en concurrence, à charge pour elles de contracter avec les différents prestataires de soins ». Les grandes compagnies d'assurances vont donc acheter les prestations sanitaires aux assurés, les orienter à travers les réseaux de professionnels de santé conventionnés qui délivreront les soins qu'elles souhaiteront prendre en charge.

Ce projet est en ligne avec le cœur de métier de cet assureur privé, formidable réussite entrepreneuriale française, ce qui justifie sa promotion de sa part. C'est en revanche beaucoup moins cohérent qu'il soit largement soutenu par les grands opérateurs mutualistes, ardents défenseurs des réseaux de soins conventionnés et sensés pourtant défendre un modèle contraire à cette évolution. Comme aux Etats-Unis, ces acteurs basculeront inévitablement à terme dans le secteur lucratif et assurantiel, tout en tentant évidemment de garder le plus longtemps possible l'image solidaire et sociale. Au vrais acteurs solidaires et mutualistes de reconstruire la gouvernance mutualiste en santé en France afin d'éviter que cette commedia dell'arte des fossoyeurs du mutualisme ne se finisse en tragédie grecque pour tout le secteur.

Les pouvoirs publics ne sont pas en reste pour rendre possible un tel changement de système de santé. La loi Le Roux a cassé le verrou solidaire du code de la mutualité. La baisse en valeur réelle des remboursements publics des séjours hospitaliers et des actes précipitera progressivement

les structures de soins privées - les plus plus capitalistiques d'abord (cliniques privées, centres de radiologie...) et les autres ensuite - dans les bras des financeurs privés. L'ouverture du capital des laboratoires d'analyse (2009) permet déjà aux fonds de pension étrangers de racheter un par un les laboratoires indépendants.

Les marges de manœuvre sont multiples pour éviter un tel scénario

La meilleure arme pour installer un système assurantiel non solidaire en santé est de prendre acte du décès définitif de l'assurance maladie. En réalité, notre assurance maladie est malade de son absence de réforme ambitieuse pour la rendre viable dans le nouveau monde. Les 14 régimes obligatoires, gérés par 86 opérateurs différents, sont les vestiges d'un système corporatiste désuet. Les 101 caisses primaires d'assurance maladie sont le vestige d'une organisation locale où le numérique n'existait pas. Individualiser les droits sociaux, fusionner les régimes obligatoires, réduire à 50% la part de financement issu des revenus du travail, réformer la gouvernance, gérer de façon dynamique les paniers de soins... les marges de manœuvre sont multiples pour remettre debout le pilier solidaire de notre système de santé. Conserver un système solidaire nécessite aussi de repenser l'architecture de financement actuel dont nous avons élaboré en détail le nouveau modèle¹.

On connaît très bien les limites sociales, les coûts de transactions qui renchérisent les prix des soins et l'inefficacité dans la gestion du risque santé de ce modèle ultralibéral du système. Il suffit d'observer le résultat aux Etats-Unis, seul grand pays (en taille de population) où il a été réellement instauré. Des 3 fonctions d'un système de financement – couverture du risque, redistribution et investissement social – ce système n'en remplit aucune efficacement. Outre la régression sociale et culturelle qu'un tel projet représente au pays de Rousseau et de Tocqueville, c'est toute l'organisation de notre offre de soins qui en sera transformée (dont la dépendance des professionnels de santé vis-à-vis des financeurs et la fin de l'égalité de la prise en charge des citoyens).

Au-delà des questions de modèle de santé, c'est la question de l'Homme qui est en jeu. Quelle société pour quelle humanité voulons-nous ? La France s'est distinguée historiquement par sa vision d'un homme libre, égal et solidaire. Notre système de santé reflète cette vision, pas les autres modèles.

Face aux exigences de réduction des dépenses publiques, à la puissance financière et à la détermination des défenseurs d'un autre modèle, la pression va être à être à son comble d'ici à 2017. Le risque est si élevé que la réforme du système de santé pourra, et c'est historique dans la vie politique récente, servir de juge de paix pour évaluer la stature d'homme ou de femme) d'état des différents candidats !

1. « *Politique de santé : réussir le changement* »
- Editions Dunod,
2015

Arithmétique de la tarification à l'activité (T2A) : le point de vue d'un chef de service de médecine interne

Pr Jean-François BERGMANN, dépt médecine interne Hôpital Lariboisière (75)

Issue de la réforme hospitalière du plan hôpital 2007, la tarification à l'activité (T2A) a bouleversé le mode de fonctionnement des services. Nous discuterons des principes de ce système de financement, son cadre, son application, ses avantages et ses inconvénients.

I - LE CADRE DE LA T2A

La T2A vise à médicaliser le financement d'un hôpital en équilibrant l'allocation des ressources financières à l'activité et aux soins prodigués tout en responsabilisant les acteurs de santé, notamment les médecins en les faisant participer à la mesure cette activité. La T2A est un cadre homogène et objectif de facturation et de paiement des activités hospitalières qui s'applique de la même façon à tous, public ou privé, quels que soient leurs statuts et leurs spécialités. L'allocation de ressources est fondée sur la nature, le fardeau et le volume de leur activité.

La T2A a remplacé un système de budget global où les hôpitaux, les services étaient financés au prorata de leur nombre de lits et de leur taux d'occupation. Cette ancienne technique incitait à garder longtemps les malades et ne permettait pas l'obtention d'un budget en rapport avec la réelle activité fournie, puisque les services pleins, mais les moins actifs étaient financés comme les services ayant une activité beaucoup plus grande. Grâce à la T2A, élément central de la nouvelle gouvernance hospitalière, ce sont les recettes issues des activités hospitalières qui vont déterminer le budget et donc les dépenses et plus l'inverse. Ce mode de financement est unique pour toutes les activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO) et basé sur le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) qui impose aux établissements de santé publics et privés de procéder à l'évaluation de leur activité de soins. L'analyse des données fournies grâce au codage de chaque hospitalisation permet de classer le séjour de chaque patient au sein d'un groupe homogène de malades (GHM). Les GHM sont identifiés par un code numérique combiné à un intitulé médical. Chaque GHM est associé à son pendant financier le groupe homogène de séjours (GHS) définit par l'Assurance Maladie. Le GHS est le tarif applicable à un GHM donné : en règle générale, à chaque type de séjour correspond un et un seul GHS.

Le paiement des séjours est donc basé sur le codage et il est important que celui-ci intègre des tarifs annexes modulant le GHS. Ces modulations sont de plusieurs ordres :

- un supplément pour chaque journée au-delà de la borne moyenne de la durée d'hospitalisation du GHS lorsque l'hospitalisation a dû être plus longue que prévue ou à l'inverse une minoration lorsque le séjour est plus court que la borne basse définie dans le GHM ;
- supplément en cas de prise en charge très lourde dans des unités très spécialisées (réanimation, soins intensifs...);
- supplément pour certains actes très coûteux tels que l'hémodialyse, la radiothérapie ;
- supplément pour certains dispositifs médicaux implantables ou médicaments onéreux définis dans la liste en sus.

Mais surtout la définition précise de cette T2A repose sur un codage basé sur le diagnostic principal lié à l'hospitalisation et à l'existence ou non de complications et morbidités associées (CMA).

La tarification d'une même pathologie peut varier du simple au triple selon sa gravité et ses comorbidités associées. Ceci permet en principe d'avoir un budget réellement adapté à la charge des soins imposée par le patient d'où découle habituellement la durée de l'hospitalisation. Ces complications et morbidités associées sont de plusieurs types :

- gravité spécifique de la maladie et/ou existence de complications évolutives,
- comorbidités rendant la prise en charge plus lourde et le pronostic plus péjoratif telle que l'existence d'une obésité, d'une malnutrition, de pathologies chroniques associées comme le diabète, maladie mentale,
- toute pathologie associée rend plus complexe la prise en charge (autre maladie indépendante ou reliée...) et souvent lié à l'âge,
- enfin, la précarité sociale, l'absence de domicile, l'illettrisme qui contribuent à augmenter la lourdeur de la prise en charge des patients.

La tarification à l'activité est associée à d'autres mécanismes budgétaires à citer :

- un financement spécifique pour les urgences,
- un forfait pour la médecine ambulatoire et pour l'hospitalisation à domicile dépendant d'un indice de mesure de la dépendance du patient,

- des forfaits spécifiques pour l'insuffisance rénale chronique, les prélèvements d'organes, la réanimation,
- un financement supplémentaire fait de la prise en charge de mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), tel que enseignement, SAMU, soins palliatifs, prise en charge des addictions...
- des arrêtés tarifaires annuels basés sur les priorités de santé publique (lutte contre les infections et contre la iatrogénie, qualité de la relation ville-hôpital, qualité de l'information donnée au patient et au médecin traitant...
- le contrat de bon usage (CBU) des médicaments et des produits de santé permet une rémunération complémentaire pour les médicaments innovants et coûteux en échange d'objectifs d'évaluation et de rationalisation des soins et de la juste prescription, dont l'évaluation est basée sur la création d'observatoires des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (OMEDIT) mis en place par les Agences Régionales de Santé (ARS).

II – L'ARITHMETIQUE DE LA T2A

Par l'hypothèse, le système de la T2A est un système vertueux puisque le budget alloué est directement proportionnel à l'activité donc aux coûts induits qu'ils soient en personnel, en matériel ou en examens complémentaires. Mais cette vertu repose sur deux grands principes de base :

- a) Le budget alloué doit être parfaitement en adéquation avec la moyenne des coûts induits par le GHM, sinon il y aurait des diagnostics « rentables » faisant gagner de l'argent et d'autres « peu rentables » avec un budget alloué inférieur aux coûts induits par la prise en charge.
- b) Le codage doit être fidèle à la situation clinique de prise en charge vraie sans sur ni sous codage et suffisamment sensible pour que des frais induits, liés notamment à des morbidités associées, soient réellement pris en considération dans la fixation de la somme allouée par patient.

La T2A n'est crédible qu'à ces deux conditions et impose donc d'une part, une confiance de tous les acteurs en le système et d'autre part, l'utilisation d'outils fiables objectifs et sensibles.

- a) Un budget adapté à la situation réelle des malades

La T2A impose de connaître réellement l'activité induite par chaque GHM. En fonction du

diagnostic principal, des diagnostics associés, des CMA, des complications, de l'évolution de l'hospitalisation (intervention chirurgicale, actes coûteux...) peut être défini un mode de prise en charge typique ou standard définissant un coût moyen. Si certaines situations parfaitement stéréotypées et faciles à évaluer (par exemple la pose d'une prothèse totale de hanche sans comorbidité ou la prise en charge « classique » d'un infarctus du myocarde avec coronarographie, pose de stents, suivi en unité de soins intensifs, puis sortie rapide sans complication), d'autres peuvent être plus complexes. En particulier en Médecine Interne, les expressions cliniques des maladies sont très variables pouvant conduire à des prises en charges très différentes et des durées d'hospitalisation extrêmement variées.

Si on prend l'exemple d'une pneumonie, celle-ci survenant chez un sujet jeune sans comorbidité et étant traitée efficacement induira une hospitalisation d'en moyenne 5,3 jours, quelques examens complémentaires, éventuellement un scanner thoracique, un traitement antibiotique passé rapidement par voie orale et un coût total estimé à 1 910 €. En revanche, la même pneumonie survenant chez un sujet âgé ayant une insuffisance respiratoire chronique, un diabète de type 2 et une obésité aura une prise en charge beaucoup plus complexe, un haut risque de complications associées et une hospitalisation qui durera en moyenne 9,6 jours avec possibilité de plus d'examens complémentaires, d'éventuels prélèvements bronchiques protégés etc... Ce type de situation clinique conduit à une T2A chiffrée à 3 282 € pour ces 9,6 jours d'hospitalisation. On voit sur cet exemple qu'il est plus « rentable » d'hospitaliser deux pneumonies banales pendant 5 jours qu'une pneumonie avec comorbidité qui restera à l'hôpital 10 jours. En principe, si l'évaluation chiffrée de la T2A est bien faite, si elle évolue au fur et à mesure des progrès technologiques dans la prise en charge des malades et de l'évolutivité épidémiologique des maladies, elle devrait toujours être en adéquation avec les soins prodigués et il n'y aurait donc plus de bon et de mauvais diagnostic en termes de T2A, plus de situation rentable et d'autres conduisant au déficit. Mais de ce fait, cette situation idéale n'est jamais rencontrée et par spécialité, il existe toujours des « bonnes maladies » mieux cotées que d'autres. Pour les structures qui le peuvent (en particulier les structures qui n'ont pas de devoir de prise en charge systématique des urgences), il peut être tentant de sélectionner les malades à hospitaliser pour ne prendre que ceux correspondant à des GHM favorables.

b) La qualité du codage

C'est un point essentiel car la précision et la fidélité de ce codage dépend le budget alloué. Oublier les comorbidités est forcément extrêmement délétère pour fixer le montant du GHS. A l'inverse, surcoter en rajoutant des comorbidités non significatives ou en surestimant la

gravité de la situation est malhonnête et peut conduire à des sanctions lors des contrôles faits par l'Assurance Maladie. Mais ce codage est parfois délicat car il existe de nombreux termes proches pour un même syndrome pouvant faire préférer celui qui conduit au meilleur tarif. En revanche, certaines comorbidités notamment sociales sont sous-cotées ou non prises en compte alors qu'elles induisent une prolongation de leur durée d'hospitalisation de par la difficulté de la prise en charge des patients, notamment en aval de l'hôpital. Pour certains hôpitaux, une professionnalisation du codage menée par des professionnels payés pour trouver, tout en restant dans la réalité de la situation clinique, le diagnostic le plus « rentable » permet de faire des économies substantielles en choisissant le meilleur diagnostic principal et les meilleurs diagnostics associés possibles.

III – La T2A au quotidien : analyse critique

L'idée de la T2A est bonne et il est logique que le budget d'un service, d'un hôpital soit corrélé et proportionnel aux types de malades pris en charge en termes de diagnostic, de complications et de comorbidités associées. Mais la T2A idéale n'existe pas et de fait certaines situations cliniques sont mieux cotées que d'autres. Ceci entraîne pour ceux qui le peuvent (structures privées ne participant pas à la permanence des soins et à la prise en charge des urgences) à sélectionner leurs malades pour ne prendre que ceux à T2A favorable. Les autres reviennent donc forcément aux structures publiques prenant notamment en charge les urgences. Il y a donc un risque d'une certaine injustice. Certains services, comme les services de médecine interne participant largement à l'aval des urgences, par essence pris la décision de ne pas choisir leurs patients et donc d'accepter une T2A favorable ou défavorable sans discernement. Cette position est médicalement éthique mais peut être extrêmement délétère aux yeux de la direction des finances de l'hôpital.

Le système de la T2A est parfaitement vertueux et parfaitement adapté à des situations normées pour des malades normés et des médecins normés : si notre pneumopathie prise en charge correspond en tout point aux éléments du codage, si l'hôpital applique les recommandations et prodigue les soins comme il se doit, la tarification du GHM est adaptée aux coûts induits. En revanche, si le malade est atypique par une évolution de sa pneumonie imposant des soins complémentaires mal codés ou si le médecin est atypique dans sa prise en charge, la tarification ne sera plus adaptée. Pour faire « tourner la boutique », on peut avoir intérêt à ne pas faire les examens complémentaires nécessaires, à faire sortir le malade plus tôt et donc à avoir le meilleur budget alloué au prix d'une dégradation du service médical offert au patient. Le système expose donc à une productivité qui peut être délétère pour la qualité des soins. Si un malade est plus compliqué que prévu et qu'on veut le prendre en charge correctement, on risque de prolonger l'hospitalisation et les coûts

induits alors que le budget alloué n'augmentera pas avec le risque d'entraîner un déficit budgétaire induit par la volonté d'une prise en charge optimisée donc plus longue ou plus coûteuse. Lorsque cela est possible, certains médecins peuvent aussi ne choisir que des malades « faciles », les moins graves au sein du GHM, qui pourront sortir plus vite, avoir moins d'examen complémentaires et conduire à une allocation budgétaire anormalement élevée. Il n'y a donc toujours un risque de déviance du système pour ceux qui voudraient mal prendre en charge leurs malades en trop ou en pas assez, pour ceux qui tricheraient sur le codage en surcodant leurs malades pour obtenir un budget plus élevé mais non-adapté ou en faisant un codage négligent donc sous-estimé ce qui aurait des conséquences délétères sur le budget alloué. La T2A semble donc faite pour des équipes médicales consciencieuses, rigoureuses et observantes aux recommandations, ce qu'il est possible d'obtenir mais elle convient aussi à des malades parfaitement délimités par GHM, ce qui est moins garanti : certains malades atypiques, très lourds, très complexes associant de multiples problèmes médicaux à des problèmes sociaux sont forcément mal définis par le codage et ce sont ces malades-là que certains médecins peu zélés peuvent avoir envie de ne jamais prendre en charge ou de s'en débarrasser au plus vite au mépris de la qualité des soins.

Pour poursuivre une prise en charge de qualité des patients les plus précaires (ceux à T2A la plus défavorable), on pourrait soit améliorer l'estimation des GHS concernant les malades ayant des comorbidités médicales ou sociales insuffisamment reconnues, soit instiller une dose de budget global en complément de la T2A pour les services participant largement à la permanence des soins. Il ne faut pas que la T2A puisse entraîner de hiatus entre le système public et le système privé et la meilleure solution pour l'empêcher est d'améliorer sans cesse la fiabilité de la détermination des GHS.

Dans certains services de spécialité, la T2A peut avoir conduit à sélectionner très rigoureusement les malades à hospitaliser. Cette attitude est bien en accord avec la tendance à l'hyperspécialisation des spécialités médicales et chirurgicales à l'hôpital. Mais alors que faire des autres malades et c'est donc bien là un des risques de perversion du système que de ne se l'approprier que pour pouvoir sélectionner les meilleurs patients...

CONCLUSIONS

La tarification à l'activité, si elle pouvait s'appuyer sur un système de codage fidèle, simple et égalitaire et si elle s'adossait à une définition des GHS incriticable, serait une bonne méthode pour déterminer le budget d'un hôpital. Mais malheureusement, il y a encore des progrès à faire pour

une prise en charge égalitaire dans toutes les structures MCO.

Références

- Documentation technique relative à la tarification à l'activité. Mars 2015
<http://www.ameli.fr/assurance-maladie/document-technique>
- Financement des établissements de santé. Ministère des affaires sociales et de la santé.
<http://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social>
- Rapport FHF d'évaluation de la T2A
<http://www.FHF.fr/finances>
- La T2A au quotidien, tarif médical
<http://www.hospimedia.fr/tarif>
- Le racket des hôpitaux par la T2A - Le club de Médiapart
<https://blogs.medipart.fr>

L'évolution du système de santé : réflexions et prospectives

Alain COULOMB, Consultant, ancien Directeur Général de l'Anaes puis de la HAS

La prospective est un art difficile. Visant le court terme, l'exercice est inutile car demain est déjà là ; trop loin il est inopérant, car de multiples facteurs interviennent et l'effet « ailes de papillon » bien connu des météorologistes s'exerce aussi dans le domaine extrêmement changeant de la maladie.

Hélas, mais fort heureusement pour l'auteur, l'organisation du système de soins est plus stable, trop stable même. Dès lors une perspective de trois à cinq ans me paraît à la fois possible et raisonnable.

- Le contexte politique ne peut pas être ignoré ; mais nous n'évoquerons de cet aspect que les quelques lignes suivantes .La Loi de santé, récemment votée, contestée, amendée par le conseil constitutionnel, apparaît, pour une grande part, comme l'occasion manquée d'une réflexion collective sur l'inévitable évolution de notre système de santé, la juste place des acteurs , les rôles respectifs de l'Etat, de l'Assurance Maladie et des complémentaires ; celui de l'hôpital et de la médecine de ville ; le contours des métiers et la diversité des pratiques professionnelles ; la place légitime des usagers, l'ouverture des données de santé et les problèmes éthiques engendrés par les progrès scientifiques et techniques.... mais aussi les perspectives ouvertes par le digital et la e-santé.

Passer en force, sans donner sens à la réforme, ne pouvait qu'aboutir à cette rupture de confiance entre l'Etat et les acteurs, affadissant une réforme qui, déjà manquait de souffle. La reconnaissance par l'absurde apparaît au grand jour quand un mois à peine après le vote de la grande loi du quinquennat, le premier ministre annonce des réformes à court et moyen terme, après la réunion de la conférence de santé.

Une réforme touchant au cœur de notre société ne peut réussir en faisant appel à la seule raison. Il faut, pour qu'elle réussisse, s'adresser à la sensibilité, au vécu des acteurs en créant une « affectio societatis » au lieu d'une approche dogmatique ou idéologique vécue comme désuète par la plupart des français, notamment les plus jeunes.

Ce sentiment de défiance est d'autant plus dommageable qu'un consensus existait sur le diagnostic et un large accord sur la thérapie princeps.

- Ce sont, en effet, des évolutions sociétales qui constituent le socle de la refondation du système.

La première d'entre elles s'exprime dans le concept de « rupture épidémiologique ». L'analyse bien connue de la rencontre entre l'accroissement de l'espérance de vie et celle du nombre de

patients atteints de maladies chroniques aboutit à ce que les deux tiers des dépenses de l'assurance maladie soient concentrés sur les onze millions de personnes concernées par ces maladies.

On comprend aisément qu'un système conçu pour prendre en charge des soins aigus, en ville pour les soins « courants », à l'hôpital pour les plus graves avec des médecins salariés pour les uns, payés à l'acte pour les autres ne soit plus adapté à cette rupture.

On voit bien aussi qu'un modèle complémentaire à celui « biomédical » dominant est en train d'émerger qui se caractérise par :

1. un traitement centré sur le malade et pas seulement sur la maladie
2. la reconnaissance du patient plus actif dans une relation plus égalitaire
3. la prise en compte et l'évaluation des dimensions psychosociales économiques et environnementales des malades
4. un discours plus pédagogique et responsable que « prescriptif », parfois source d'inertie thérapeutique
5. un accès facilité à l'information pour que tous ceux qui le souhaitent puissent être acteurs de leur combat contre la maladie
6. le développement des politiques de prévention et d'éducation thérapeutique
7. l'accès le plus large aux innovations diagnostiques et thérapeutiques
8. la réduction des discriminations qui existent encore envers les malades chroniques (accès aux prêts, aux assurances, à l'emploi, à la garde d'enfants etc...)

Autant d'attentes légitimes, acceptées dans leur principe mais dont la mise en œuvre rencontre quelques freins bien serrés.

Le premier frein, qui relève aujourd'hui de l'évidence, est l'organisation en « tuyaux d'orgue » de notre système de santé avec ses cloisons ville / hôpital, public / privé, sanitaire / médicosocial, Etat / assurance maladie et complémentaires, niveaux d'interventions mal coordonnés national, régional et local. L'exercice encore trop souvent solitaire de la médecine de ville vient encore renforcer les obstacles à une nécessaire coordination.

Les réformes « par le haut » ayant échouées pourquoi ne pas tenter une approche plus pragmatique qui s'inscrit parfaitement dans la tendance à la « territorialisation » de la santé. Là aussi l'expérience montre qu'au niveau local on peut « se parler », échanger, coopérer, établir des dia-

gnostics partagés, conduire des projets de santé communs.

Bref : opérer le « virage ambulatoire » c'est-à-dire répondre aux besoins de proximité que réclame l'immense majorité de la population évitant ainsi nombre d'hospitalisation inutiles et de recours aux urgences inadaptés amorçant ainsi un véritable changement de paradigme. Tout ceci est inscrit dans la loi et dans la continuité des réformes précédentes et pourrait réussir si les ARS se conduisaient en « incubateurs de projets » et non en administrateurs et si les URPS encourageaient ces initiatives et, enfin, si les uns et les autres bénéficiaient d'un accompagnement managérial. Beaucoup parmi eux le souhaitent. Il reste à tenter le pari de la victoire de l'intelligence collective. Qu'a-t'on à perdre ?

Le deuxième frein est lié au mode de financement de la chaîne du soin. Fondé essentiellement sur le paiement à l'acte en ville, sur la tarification à l'activité à l'hôpital, il est mal adapté à une prise en charge globale et intégrée au sein d'équipes pluridisciplinaires. De nombreux compléments existent en fonction du rôle attendu par le médecin (NMR, ROSP, forfait ALD sous forme de capitation...) qui mériteraient d'être articulés pour gagner en lisibilité.

Il n'entre pas ici, dans le cadre de ce bref article, d'imaginer le mode de rémunération idéal...s'il existe. Ce serait prétentieux. Mais on connaît bien les avantages et les inconvénients respectifs du paiement à l'acte et du salariat. Constatons simplement l'évolution croissante, dans les faits, vers une mixité de ces deux modes avec des activités multiples et divers forfaits qui rendent de plus en plus poreuses les frontières théoriques. En perspective se dessine non pas un mode unique mais combiné en fonction des spécialités et des choix individuels. Si l'on ajoute que des éléments d'évaluation informatisée pourraient permettre d'apprécier le degré d'engagement et l'efficacité de l'activité médicale, on voit mal ce qui s'opposerait à une rémunération égale des uns et des autres dans le secteur public et privé. Cette évolution est en cours, encore faut-il l'encourager plutôt que de se complaire dans un dualisme vengeur et caricatural alors même que la segmentation de la rémunération est en cours avec les expérimentations des financements « au parcours ».

A plus court terme et, compte tenu des contraintes financières externes, il semble peu probable que les faibles marges de manœuvre soient affectées à une revalorisation importante et générale des actes (1€ par acte entraîne 250millions de dépenses supplémentaires) mais visent la qualité des pratiques (objectifs de santé publique, actes particuliers.) et l'accompagnement des médecins dans la coordination des différents intervenants de la prise en charge des patients. En cas d'échec ou de stagnation économique prolongée, des problèmes politiques ou éthiques pourraient se poser autour des allocations de ressources. Dans cette hypothèse, le secteur assurantiel qui manifeste jusqu'ici un enthousiasme maîtrisé pour s'intéresser au cœur du sujet pourrait être appelé à intervenir plus massivement.

- La deuxième évolution sociétale qui nous intéresse est liée au bouleversement des modes d'exercice professionnels.

Depuis plusieurs siècles, le « colloque singulier » a lieu dans un cabinet au sein duquel le médecin isolé reçoit son patient. Les principes de la chartre de la médecine libérale de 1927 reposent sur cette unité de lieu, de temps et d'action. S'il est difficile de mesurer avec précision le nombre ou le pourcentage des médecins exerçant tout ou partie de leur activité en structures regroupant d'autres professionnels, il est clair qu'à travers les centres de santé, les maisons de santé pluri-professionnelles et toutes autres formes, leur nombre est significatif. Cette forme est, par ailleurs plébiscitée par les jeunes générations pour des raisons de confort, de sécurité, d'échanges facilités... Son développement se heurte cependant à un certain nombre d'obstacles juridiques. A titre d'exemple, la coopération prévue par l'article 51 de la loi HPST sous le contrôle de l'ARS et après avis de la HAS montre bien avec quelle prudence le législateur a encadré cette procédure. Ne soyons pas étonnés qu'elle ait dès lors soulevé un enthousiasme maîtrisé.

Mais, comme toujours, face à une évolution sociologique profonde, les faits ont contournés le droit et notamment l'encadrement légal des exercices professionnels qui bride les initiatives et apparaît trop rigide au regard des nécessités de la prise en charge des patients et décalé par rapport à la réalité des pratiques.

Certes il ne faut pas confondre l'exercice collectif, déjà largement développé et la délégation ou le transfert de tâches qui donne lieu à de nombreux débats sémantiques, mais ces regroupements permettent trois changements importants dans les pratiques professionnelles et l'organisation des soins.

Le plus évident-mais pas nécessairement le plus important- est celui qui permet aux médecins de se consacrer aux tâches pour lesquelles leur qualification est la plus nécessaire en confiant à d'autres celles qui n'impliquent pas le même niveau de connaissances. Il s'agit là de gagner un temps médical précieux d'autant plus que la chronicisation croissante des pathologies conduit à une progression symétrique des fonctions de suivi, de surveillance et d'accompagnement des patients qui peuvent être utilement et de façon satisfaisante prises en charge par des professionnels de santé non médicaux. Mais ces transferts ne peuvent s'opérer sans examen des procédures d'échanges d'informations et de prise de décisions et c'est là que résident deux autres intérêts de l'exercice collectif.

Celui-ci permet en effet d'offrir à de nombreux professionnels de santé une évolution de carrière vers des métiers de management, de coordination, de relations internes et externes particulièrement utiles en gardant dans le système des ressources humaines précieuses. Au passage se trouvent

modifiées les représentations mentales des différents acteurs participant à la chaîne de soins. Les patients, acteurs de leur propre santé et les aidants, souvent indispensables au maintien à domicile se trouvent également impliqués dans cette chaîne des soins. Ceci permet d'envisager plus sereinement les modalités d'évolution des contours actuels des métiers et de sortir d'une vision rigide et hiérarchique inadaptée aux besoins.

Enfin, nous savons maintenant, après les publications de l'IRDES, que ce mode d'exercice améliore la qualité des soins. D'abord parce qu'il répond mieux aux besoins des malades chroniques d'une prise en charge plus globale et de plus grande proximité mais aussi parce qu'il conduit à tenir un dossier partagé et informatisé gage d'une meilleure qualité/sécurité des soins. Enfin par les échanges formalisés ou pas, il participe à l'échange sur les pratiques professionnelles en les confrontant à des référentiels externes ou des revus de type RMM ou de « groupes de pairs ». On voit dès lors émerger entre les médecins et les paramédicaux une profession d'expertise (niveau master) susceptibles d'exercer des pratiques avancées modifiant profondément l'organisation des soins.

Restera sans doute à infléchir les formations initiales et continues des médecins afin que soient abordés des thèmes tels que le travail en équipe, la culture de l'erreur, les phénomènes de leadership, l'utilité du débriefing, l'écoute du patient...quelques heures d'enseignement utiles que l'on trouve souvent dans la formation des cadres soignants.

- La troisième évolution sociétale qui va bouleverser l'organisation du système de santé est la « révolution numérique ».

Elle déploie, tous les jours et dans tous les domaines, ses tentacules. La palette des pouvoirs potentiels que ces « instruments » donnent à l'homme s'élargit constamment : banalisation des greffes d'organes, déploiement des diagnostics prénataux, carte du génome humain, médecine prédictive, thérapie génique, médecine du début et fin de vie. La liste de nos envies et de nos craintes est infinie. Cependant notre propos ne vise pas exactement ce domaine mais celui, voisin et interférent, des répercussions de ces développements sur l'organisation des soins.

Les premières et les plus évidentes, concernent les relations soignants/soignés. Hier, caractérisées par une asymétrie d'information qui autorisait une position de surplomb du soignant, aujourd'hui sa réduction rend moins supportable cette posture quand on sait que la moitié des patients va sur internet avant ou après une consultation. Les conséquences en sont multiples : agacement des uns, doutes des autres en cas de discordance. Dans tous les cas, une autre relation s'impose : plus pédagogique, plus respectueuse, plus « à l'écoute ». Ainsi, le savoir scientifique du médecin et celui né de l'apprentissage quotidien de sa maladie par le patient pourront s'enrichir mutuellement plu-

tôt que se heurter. D'une médecine « prescriptive » et standardisée, on évolue vers une approche personnalisée où savoir et connaissance s'allient pour que le patient vive mieux avec sa chronicité. Cette révolution culturelle est en marche, le « numérique » l'incite et le permet, à condition que les informations mises à disposition des patients soient accessibles, lisibles (ce n'est pas toujours le cas des sites officiels) et pertinentes (ce n'est pas toujours le cas des sites commerciaux). Ceci nous conduit à nous interroger sur le rôle et la capacité de l'Etat à valider les données numériques et à organiser leur partage.

Le deuxième domaine concerne, en effet, le problème de l'accès aux données. S'agissant des données publiques, il est désormais régi par l'article 193 de la loi de santé. Les vifs débats qui se sont noués autour de ces dispositions illustrent bien la difficulté de choisir entre l'open data et un accès plus ou moins contrôlé. Le coffre s'est entrouvert dans des conditions qui peuvent paraître équilibrées. L'enjeu est de permettre d'enrichir les politiques de santé publique, d'améliorer le suivi du parcours des patients, d'évaluer les ruptures qu'il rencontre, de mesurer les apports de tel ou tel traitement de tel ou tel médicament en vie réelle. Les développements potentiels sont infinis.

La seule ouverture certaine est celle du débat, car au-delà de la nécessaire protection des données personnelles particulièrement sensibles, c'est le rôle de l'Etat qui se pose entre celui de contrôleur attentif et parfois tatillon qui lui permet de conserver son pouvoir au nom de l'intérêt général et celui d'un Etat régulateur et stratège. En effet nos barrières juridiques paraissent bien fragiles face au déferlement actuel et, plus encore attendu, en retour d'investissements considérables consentis par les GAFA (Google, Apple, Facebook, Amazon) et autres géants du numérique. Seules les valeurs d'usage permettront de trier le bon grain de l'ivraie. Seules des consciences éclairées -celles des médecins d'abord- celles aussi de comités d'éthiques nationaux ou supranationaux permettront de nous guider dans ce foisonnement.

Le troisième domaine que nous avons choisi, de manière un peu arbitraire, pour illustrer cette révolution numérique est celui des objets connectés. Plus de cent milles applications disponibles, un marché estimé à 27milliards de dollars en 2017 qui se développe essentiellement par l'offre même si celle-ci rencontre une adhésion plus ou moins active des patients. D'abord « branchées » sur la forme et l'activité physiques, associées à des outils connectés, elles permettent de tout mesurer. Elles se développent plus directement sur le suivi des traitements et l'aide aux malades chroniques -particulièrement diabétiques. Ce phénomène ouvre incontestablement des nouveaux horizons aux malades chroniques et aux personnes dépendantes. Cela pose parallèlement de nombreuses questions relatives à la confidentialité des données ainsi collectées et à leurs usages. Les assureurs par exemple s'y intéressent dans une vision punitive de la non-observance. La tentative, bloquée par le Conseil d'Etat en 2014 de moduler la tarification des appareils à PPC pour les patients

souffrant d'apnée du sommeil, en fonction du degré d'utilisation illustre le propos. L'alliance entre AXA et Withings s'inscrit dans cette même perspective. Il est certes plus facile mais pas forcément plus efficace ni acceptable sur le plan humain de sanctionner plutôt que de nouer une « alliance thérapeutique » solide et durable avec le patient.

Tout ceci n'est donc pas sans danger-notamment quand on songe aux perspectives ouvertes par « l'homme prolongé des Trans humanistes » mais le mouvement de fond semble inéluctable et par de nombreux aspects, heureux. Mais cette pression va modifier en profondeur tous les outils de contrôle du système de santé (de l'évaluation des médicaments en vraie grandeur, aux réseaux sentinelles, au travail de nombreuses agences, aux relations soignants / soignés etc...

Plus précisément, s'agissant des patients -et nous le sommes tous- ils sont concernés individuellement mais, plus encore, à travers leurs associations respectives. Ces dernières connectées aux réseaux sociaux, sont en première ligne pour collecter, analyser les informations émanant de leurs membres et structurer la connaissance. Dès lors, aux côtés d'un Etat qui de contrôleur omnipotent deviendrait ouvert à la démocratie sanitaire, une alliance associations de patients/professionnels de santé serait à même d'exercer le nécessaire contre-pouvoir à cette « machine » sans âme.

Voilà les trois grandes évolutions qui apparaissent déterminantes pour la nécessaire réforme du système de santé. Pour des raisons pédagogiques, nous avons dû les distinguer malgré les nombreuses interactions qu'elles nouent entre elles et les relations dialectiques qui les lient.

Nous ne voudrions pas conclure en nous inscrivant dans le discours dominant qui martèle inlassablement la rengaine du déclin. La résignation semble de mise : l'impasse politique, la perte des valeurs, les inégalités endémiques etc... Tel n'est pas notre propos. Simplement, ces révolutions épidémiologiques, organisationnelles, numérique, impliquent le temps de l'appropriation, mais aussi, vigilance, quête de sens et recours à l'éthique.

Comme le disait le Professeur Jean Bernard « si, à la limite on peut admettre que la science appartienne aux hommes de science, l'éthique de ses conséquences concerne tous les citoyens ». Encore faut-il qu'elle ne soit pas appréhendée à travers des réflexions ésotériques et éthérées mais s'incarne dans l'agir et la réalité concrète. Alors, alliée à l'intelligence collective, elle permettra au système de santé de sortir renforcé de ces bouleversements et aux hommes de vivre mieux et plus longtemps.

Remboursement et prix des médicaments : quelle place pour les considérations éthiques ?

Noël *RENAUDIN*, ancien président du Comité Economique des Produits de Santé

Les décisions relatives au remboursement et au prix des médicaments apparaissent, aux yeux de la plupart des commentateurs – et l'on sait qu'ils sont nombreux et souvent véhéments, y compris dans les grands médias, comme des décisions qui devraient être inspirées par la seule raison, voire par le simple bon sens.

Lorsqu'elles paraissent y échapper, les considérations éthiques entrent alors en jeu, mais c'est pour fustiger l'avidité des laboratoires et « l'immoralité » des prix de certains médicaments, par exemple ceux des immunothérapies contre les cancers ou ceux des nouveaux traitements de l'hépatite C. C'est également pour dénoncer les conflits d'intérêt des experts, auxquels conflits est commodément attribué tout ce dont on ne comprend pas immédiatement la rationalité.

Ainsi, dans cette perspective, l'éthique du remboursement et le la fixation des prix des médicaments se ramènerait à la morale, on pourrait même dire à la moralité des intervenants. Donnez-nous des experts et des décideurs honnêtes, désintéressés et pas trop sots, vous aurez des remboursements incontestables à des prix raisonnables.

Nul ne songerait à nier, bien entendu, qu'il soit important que les experts et les décideurs soient honnêtes et compétents. On voudrait cependant montrer ici, à partir d'une analyse des systèmes de remboursement et de prix dans les principaux pays, dont la France, qu'en face de cette conception pourrait-on dire négative de la place de l'éthique dans ces systèmes (les comportements non-éthiques dévoient des processus qui, sinon, donneraient naturellement des résultats satisfaisants), les considérations éthiques jouent, en positif, un rôle déterminant dans la mise en œuvre de ces processus et dans leurs résultats et expliquent pour l'essentiel les différences que l'on peut observer entre les différents systèmes nationaux.

Les processus en usage comportent généralement trois étapes principales. Partout dans le monde, la première étape est celle de l'autorisation de mise sur le marché, ou AMM, également connue sous le nom d'enregistrement. Dans la plupart des pays, une deuxième étape consiste à évaluer le degré d'innovation du nouveau médicament. C'est en France, le rôle de la HAS et spécialement de la commission de la transparence, qui attribue à chaque médicament une note dite de I à V, dite ASMR (pour amélioration du service médical rendu), la note V, la plus basse, étant attribuée aux médicaments qui, de l'avis de la commission, n'apportent d'amélioration significative pour aucune catégorie de malades. La troisième étape prend des formes très différentes selon les pays. C'est

celle de l'inscription au remboursement, accompagnée ou non de la fixation d'un prix.

L'étape de l'AMM est plutôt uniforme à travers le monde. On sait que cette autorisation est donnée au vu du rapport bénéfice-risques du candidat médicament, rapport établi sur le fondement d'études cliniques conduites selon les règles de l'art. Ces règles évoluent certes avec le temps, mais en seule fonction des progrès de la connaissance. Cette évolution est au demeurant presque strictement parallèle entre les principales agences d'enregistrement et l'on doit constater, par exemple, que les mêmes médicaments sont autorisés par la FDA américaine et par l'agence européenne. Quand des écarts sont observés, soit ils sont provisoires et dus à des délais différents pour l'examen des dossiers, soit ils résultent des choix des entreprises qui peuvent décider de ne demander d'AMM que pour une partie du marché mondial. Il est vrai que, dans les dernières années, des oppositions se sont fait jour entre états européens sur le retrait du marché de certains médicaments, comme le dantalvic, certains contraceptifs oraux ou les glitazones, mais il faut y voir, bien davantage que l'effet de doctrines divergentes, le résultat d'écarts épidémiologiques, de comportements locaux spécifiques de mésusage, voire de simples postures politiques. Au total donc, cette première étape semble bien confirmer que, pour un état donné des connaissances médicales et scientifiques, l'autorisation des médicaments obéit à des raisonnements contraints qui produisent partout, pour peu qu'ils soient correctement conduits, des résultats analogues.

S'agissant de l'évaluation du caractère innovant des nouveaux médicaments, on pourrait s'attendre à des marges d'appréciation plus importantes. Et de fait, il arrive, même si ce n'est pas très fréquent, que les institutions qui, dans les divers pays d'Europe, sont chargées de cette évaluation, divergent sensiblement. Tel anticancéreux, par exemple, sera considéré par l'IQWiG allemand comme une innovation majeure, jugé intéressant par le NICE anglais et noté ASMR V par la commission de la transparence. L'inverse étant, bien entendu, également possible. On est cependant frappé de constater que les observateurs de ces situations, même parmi les meilleurs connaisseurs du sujet, sont absolument incapables de les anticiper, contrairement à ce qui se passerait si ces divergences résultaient d'approches doctrinales distinctes et assumées, où les considérations éthiques pourraient notamment tenir leur place. De même, par exemple, en France, lorsqu'une revue comme Prescrire critique un avis de la commission de la transparence, ce n'est jamais au nom d'une doctrine d'évaluation ou d'une conception de l'innovation inspirées par des choix éthiques spécifiques, sauf à considérer le niveau d'exigence comme étant par lui-même un choix éthique, mais comme si la commission, ayant mal lu ou mal interprété les études cliniques, avait tout simplement commis une erreur d'appréciation. Là encore, donc, tout se passe comme s'il existait, en matière de mesure de l'innovation, une vérité, accessible à tout raisonnement bien conduit et dont seul le fait qu'il ne s'agit quand même pas d'une science exacte expliquerait que ces raisonnements

n'aboutissent pas systématiquement à des résultats identiques.

Les prix sont évidemment une autre affaire. La question n'est pas d'abord de savoir comment on les fixe, mais si on les fixe. Ce point a longtemps été le clivage essentiel entre les pays de l'Europe du Sud, dont la France, qui fixaient les prix et ceux de l'Europe du Nord et les Etats-Unis, qui préféreraient s'en remettre au fonctionnement du marché. Ce clivage, qui est le résultat de l'histoire économique des pays, ne doit rien à des considérations éthiques. Il est surtout en voie rapide de forte atténuation, sinon de disparition pure et simple. En effet, les prix très élevés atteints par nombre de traitements innovants et la complexité croissante de leurs indications ont eu deux conséquences importantes. La première a été de rendre dérisoire et vaine la responsabilisation financière des patients. Quel est le sens d'un ticket modérateur pour un anticancéreux à 50 000€ par an ? S'il est petit, c'est une simple taxe sans effet sur les consommations. S'il est grand, c'est un puissant facteur de renoncement aux soins. La deuxième conséquence, c'est que les prescripteurs eux-mêmes ne sont pas en mesure d'évaluer le rapport qualité prix des innovations médicamenteuses. C'est donc tout naturellement, que faute de signaux de marché efficaces, la plupart des pays, naguère viscéralement opposés à tout interventionnisme sur les prix, s'y résignent. L'Allemagne a franchi le pas. Le Royaume-Uni est entré dans l'engrenage en s'autorisant, pour commencer, à baisser autoritairement les prix de certains médicaments. Les Etats-Unis y viendront à leur tour, sans doute, pour sauver les apparences, de façon plus décentralisée, mais non moins contraignante. C'est ainsi que, par exemple, l'état de Californie examine actuellement un projet de loi qui limiterait les prix des médicaments à ceux, plutôt bas, obtenus par l'administration fédérale des anciens combattants. Et de fait, les prix de remboursement des médicaments innovants récents pris en charge par les systèmes d'assurance maladie sont en moyenne, très voisins d'un pays à l'autre. Toutefois, des différences importantes subsistent encore aujourd'hui, en Europe et dans le monde, quant à l'approche à retenir en matière de prix. On se bornera donc à noter, à ce stade, qu'existe un consensus assez fort sur l'incapacité des mécanismes de marché à assurer seuls une allocation des ressources disponibles satisfaisante.

Il semble donc bien que, dans tous les pays qui se sont dotés de systèmes cohérents d'autorisation et d'évaluation des nouveaux médicaments, la mise en œuvre de ces systèmes, jusqu'au point où nous venons de les examiner, devrait donner les mêmes résultats, donnant ainsi raison à ceux qui pensent qu'il existe en cette matière une vérité de nature quasi scientifique, indépendante de tout choix éthique, à laquelle compétence, rigueur et désintéressement doivent permettre à toutes les institutions d'aboutir.

Or ces résultats sont au contraire, à l'évidence, significativement différents d'un pays à l'autre. La France, par exemple, presque seule en Europe, rembourse la quasi-totalité des médicaments orphelins, et ceci pour tous les malades. Le Royaume-Uni a longtemps refusé de prendre en

charge les interférons bêta dans la sclérose en plaques et conserve une pratique très restrictive pour nombre de nouveaux traitements anticancéreux. Il y a gros à parier que la France se fera au moins tirer l'oreille pour rembourser les nouveaux anticorps monoclonaux destinés au traitement de certaines hypercholestérolémies, alors que d'importants payeurs américains ont déjà annoncé leur intention de les prendre en charge. On pourrait multiplier les exemples.

Pourquoi de telles différences ? C'est en raison d'un élément que nous n'avons pas encore pris en compte dans l'analyse des systèmes de prise en charge alors qu'il leur est évidemment commun : c'est la nécessité de garantir la soutenabilité de ces systèmes et donc de respecter une contrainte financière. Cette contrainte est universelle. La France tolère certes des déficits, mais encadre néanmoins avec rigueur le montant annuel des dépenses avec l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam). L'Allemagne, qui peut connaître des excédents d'assurance maladie, donne l'impression d'une contrainte financière plus facile à respecter, mais la contrainte n'est pas moins réelle, tant il est vrai que la demande de soins quand ils sont gratuits est pratiquement illimitée. Il va de soi que les grands assureurs privés américains ne peuvent survivre que en équilibrant au moins leurs comptes.

Or cette contrainte financière oblige à des choix, et ces choix, pour pouvoir être assumés et légitimés, ne peuvent pas avoir d'autres fondements que des fondements éthiques, puisqu'aussi bien les raisonnements scientifiques ont épuisé leur potentiel de discrimination au cours des processus d'autorisation et d'évaluation. (On voit bien qu'il ne s'agit pas ici d'opposer le scientifique à l'éthique, mais d'isoler ce registre particulier du raisonnement scientifique dans lequel le consensus est, à un moment donné, presque absolu).

Quels critères pour ces choix éthiques ?

On peut aisément les faire apparaître en imaginant, un instant de raison, un système dans lequel on se refuserait à opérer des choix. On rembourserait tout ce qui se présente au prix demandé par les entreprises. Comme il faudrait bien quand même respecter la contrainte financière, dont on a vu qu'elle était universelle, il n'y aurait pas d'autre solution que d'interrompre les remboursements un certain temps avant la fin de l'année, au moment où serait atteinte la limite budgétaire fixée par ailleurs. On reprendrait les remboursements au premier janvier suivant.

On aperçoit sans peine les conséquences auxquelles aboutirait un tel système. Ce serait d'abord l'occasion d'une injustice criante entre ceux des patients qui auraient la chance d'être soignés avant l'interruption des remboursements et les autres, obligés de renoncer aux soins ou de se payer eux-mêmes leurs médicaments. Ce serait également la source d'un gaspillage éventuellement considérable, car rien ne garantirait que ne sont pas prescrits et remboursés quantité de médicaments inutilement coûteux par rapport à d'autres médicaments remboursables. On a vu,

en effet, que le marché du médicament n'est pas en état d'assurer sa propre régulation.

Injustice et gaspillage, voilà bien des notions dont le caractère éthique est incontestable. Pour dire la même chose de façon positive, la recherche de l'équité et celle de l'efficacité sont assurément des objectifs de nature éthique. Or c'est justement sur ces deux critères et sur ceux-là seulement que, sans exception, tous les pays qui, dans un contexte d'accès général aux soins, ont construit un système de remboursement des médicaments, accompagné ou non de fixation des prix, ont articulé ce système.

Mais alors, dira-t-on, si tous les pays autorisent les médicaments et évaluent leur caractère innovant de manière analogue, et si, de surcroît, c'est avec les mêmes objectifs d'équité et d'efficacité qu'ils assument la contrainte budgétaire qui s'impose à eux, comment se fait-il qu'ils aboutissent à des résultats parfois si différents ?

C'est tout simplement parce que l'objectif d'équité et l'objectif d'efficacité sont, pour une part importante, contradictoires. Les véritables choix éthiques qui sous-tendent le fonctionnement des divers systèmes de remboursement à travers le monde reviennent donc à la manière d'arbitrer entre l'équité et l'efficacité lorsque ces deux objectifs entrent en contradiction.

Cette contradiction n'est bien sûr pas générale et absolue. Lorsque le code français de la sécurité sociale prévoit que « Les médicaments qui n'apportent ni amélioration du service médical rendu ... ni économie dans le coût du traitement médicamenteux » ne peuvent pas être remboursés, il énonce une règle d'efficacité de bon sens qui ne peut en aucun cas faire obstacle à l'équité entre patients. **Au contraire, le fait de ne pas gaspiller d'argent collectif en surpayant un nouveau médicament qui n'apporte aucun progrès par rapport à un médicament déjà remboursé accroît les marges de manœuvre financières pour satisfaire équitablement l'ensemble des patients.** On peut appliquer le même raisonnement à la pratique allemande du Festbetrag, qui consiste à fixer un tarif de remboursement uniforme pour tous les médicaments d'une même catégorie, en particulier lorsqu'il existe des génériques dans cette catégorie, tout en laissant les entreprises libres de fixer des prix plus élevés. L'avantage d'efficacité est clair et nul patient n'encourt de perte de chances s'il se contente des médicaments dont le prix n'est pas supérieur au tarif de la catégorie.

De même la nécessité, sur quoi tout le monde s'accorde, au moins en Europe, de traiter de même manière tous les patients qui sont dans la même situation, c'est-à-dire ceux qui, au même âge, souffrent de la même maladie, ne contrevient en rien à la recherche de l'efficacité.

Mais aussitôt qu'on approfondit et qu'on précise ce qu'on entend exactement par équité ou par efficacité, ces deux critères entrent en tension jusqu'à devenir proprement inconciliables.

Ainsi, en France, il est considéré de fait, même si ce n'est pas explicitement formulé dans les textes,

que l'équité commande que les personnes qui souffrent d'une maladie dont le traitement est très coûteux aient autant de droits à être soignés que ceux qui ont « l'avantage » de souffrir d'une maladie peu chère à soigner. C'est au nom de ce principe que dans notre pays on rembourse presque tous les médicaments orphelins, alors même que certains d'entre eux sont vendus à des prix astronomiques, par exemple à des coûts annuels qui peuvent atteindre ou dépasser, pour un patient, dix fois la valeur de notre PIB par habitant. Cette dépense n'est pas considérée comme un gaspillage mais comme un acte de justice.

Au Royaume-Uni, au contraire, une telle dépense contrevient directement à la recherche de l'efficacité qui, en cas de conflit, doit prévaloir. On rappelle que le remboursement des médicaments dans ce pays s'appuie sur une analyse médico-économique de leur utilité. Le NICE utilise à cette fin la méthode des QALYs (quality adjusted life year) dans laquelle l'unité de mesure de l'avantage apporté par une thérapeutique – et en particulier par un nouveau médicament – est l'année de vie en bonne santé. Cette méthode, renseignée par les coûts, doit permettre d'abord de comparer les stratégies thérapeutiques alternatives – médicamenteuses ou non – applicables à une même pathologie : le coût par QALY du traitement A est supérieur ou non à celui du traitement B. Elle autorise également la comparaison des « rentabilités » de traitements applicables à des maladies différentes : le traitement le plus récent de la maladie A coûte trois fois plus par QALY que celui de la maladie B. Elle donne enfin le moyen de tracer les frontières de la prise en charge collective : au-delà d'un certain coût par QALY, une dépense est considérée comme déraisonnable.

Cette différence a une conséquence importante qui est que, très naturellement, dans chaque système, les méthodes de régulation sont en étroite correspondance avec les choix éthiques. Ceci n'est nullement surprenant puisqu'on a justement vu que la nécessité d'opérer des choix de caractère éthique provenait directement de celle de respecter des contraintes financières.

Commençons cependant par rappeler que, dans aucun pays, la régulation des dépenses ne recourt à une méthode unique. Partout on s'efforce d'abord d'agir sur la demande par l'intermédiaire de la prescription. Les allemands responsabilisent les médecins, au niveau des länder, sur leurs prescriptions globales. Les anglais et les espagnols réservent la prescription des médicaments de spécialité à l'hôpital ou à des circuits restreints. Les français connaissent la fameuse maîtrise médicalisée mise en œuvre par l'Assurance maladie dans ses relations avec les médecins. Nulle part ces méthodes ne suffisent et dans tous les pays, des méthodes de régulation de l'offre sont également mises en œuvre. C'est ainsi que les anglais, avec la mécanique du PPRS (pharmaceutical price regulation scheme), régulent les profits des entreprises pharmaceutiques en proportionnant pour chacune d'elles le taux de profit au montant des investissements réalisés dans le pays.

La France subordonne le remboursement à la fixation d'un prix limite de vente. Cette pratique

n'est certes pas sans efficacité puisqu'elle permet à notre pays de payer nettement moins cher les médicaments qui n'apportent pas d'innovation ou qui, innovants au moment de leur lancement, ont été rejoints par des médicaments équivalents. Mais il faut bien mesurer que l'administration des prix, loin d'être inspirée par une doctrine appuyée sur des considérations éthiques, est, sur un marché du médicament mondialisé et où, notamment en Europe, les produits circulent librement, une pure question de rapport de forces assortie, à la marge, de techniques plus ou moins sophistiquées de négociation.

Et de fait, les médicaments innovants récents, lorsqu'ils sont pris en charge, le sont à des prix très voisins à travers le monde, et en particulier dans l'Union européenne. La question, souvent posée, de savoir si ces prix sont justifiés ou non, n'a donc guère de sens d'un point de vue opérationnel.

Surtout, l'action par les prix, plutôt efficace pour minimiser la dépense pour un état donné de l'offre de médicaments et de la consommation, n'a, pas davantage que le PPRS anglais ou que l'ancien pacto espagnol, de réelle portée pour réguler à moyen et long terme l'évolution des dépenses.

Il faut donc bien en revenir, pour assurer une régulation de moyen et de long terme, à l'exercice de choix éclairés par les préférences éthiques.

Dans le modèle anglais, la solution est simple, au moins en théorie. Il suffit de ne pas prendre en charge les traitements considérés comme insuffisamment efficaces. Le seuil de l'efficacité est fixé en coût par QALY, à un niveau arbitraire. Le bon niveau, évidemment très difficile à évaluer, est en principe celui qui permet d'obtenir, à dépense globale donnée, le meilleur résultat en termes de santé publique. Le NICE anglais l'estime à une somme comprise entre 20 000 et 30 000£.

En France, comme on trouve injuste de ne pas payer pour les maladies les plus chères, on n'a pas d'autre solution que de remonter globalement, pour toutes les maladies et pour tous les patients, le niveau d'exigence face à l'innovation. Il faut bien comprendre que les ASMR décernées par la commission de la transparence n'ont pas pour objet de noter objectivement, dans l'absolu, un niveau d'innovation mais ont fondamentalement pour fonction de marquer, à un moment donné, la différence entre ceux des progrès, qui, si on s'en passait, entraîneraient une perte de chances inacceptable pour certains patients et ceux dont on peut se priver sans inconvénient sérieux. Lorsque le système français prévoit que les médicaments s'étant vu reconnaître une ASMR III ou supérieure peuvent bénéficier d'un niveau de prix européen pour leur inscription, il n'énonce pas d'abord, contrairement à ce qu'on croit souvent, une règle de fixation des prix, mais il prend acte de ce que, au-dessus d'un certain niveau de progrès, le rapport de forces est en faveur de l'entreprise, qui se trouve donc en position d'obtenir le prix - pourrait-on dire quel qu'il soit - qu'elle entend pratiquer au plan mondial.

La régulation de long terme du système français de remboursement des médicaments passe donc très naturellement par la variation à la hausse du niveau d'exigence dans la reconnaissance des innovations. Et de fait, comme tous les observateurs l'ont facilement constaté, il n'y a rien de comparable entre les ASMR III du tournant du siècle (le premier sartan, les inhibiteurs de cox 2 par exemple) et celles d'aujourd'hui.

On vient d'opposer frontalement deux systèmes, l'anglais et le français, et en effet ils apparaissent aujourd'hui comme les archétypes de deux arbitrages éthiques opposés entre la recherche de l'efficacité et celle de l'équité. Tous les autres systèmes de prise en charge des médicaments sont, avec des nuances et selon des modalités évidemment spécifiques de mise en œuvre, plus ou moins apparentés à l'un de ces deux modèles. L'Allemagne et les pays du sud de l'Europe sont très proches du système français, alors que l'Europe du Nord et les grands assureurs publics ou privés américains raisonnent davantage comme le Royaume-Uni. Mais ce qui frappe l'observateur, c'est qu'aucun de ces systèmes n'est considéré, y compris bien entendu dans les pays où ils s'appliquent, comme réellement satisfaisant.

Au Royaume-Uni, le débat sur le bon seuil des Qalys est très vif entre ceux qui estiment, d'un point de vue populationnel, comme disent les spécialistes de la santé publique, qu'il faudrait l'abaisser fortement, et ceux qui voudraient au contraire l'augmenter pour ne pas priver les malades d'un trop grand nombre de nouveaux médicaments. Et de fait, les anglais ont dû se résoudre à fixer en pratique des seuils plus élevés pour les anticancéreux, sacrifiant ainsi un peu de la pureté de leur système aux nécessités du consensus politique et social.

En France, en sens inverse, on voudrait bien faire une plus grande place au critère d'efficacité et la HAS s'est vu confier par la loi le soin d'évaluer sur ce point les nouveaux médicaments. Mais avec un résultat sans doute un peu incantatoire puisque, en conformité avec le soubassement éthique de notre système, on s'est bien gardé de fixer un seuil d'efficacité pour la prise en charge.

Tout permet de croire que cette insatisfaction est appelée à subsister partout, dans la mesure où elle est la conséquence inévitable de l'incompatibilité, au moins partielle, des choix éthiques qui permettent d'assurer la soutenabilité financière des systèmes de prise en charge des médicaments.

Ce qui est sans doute plus évitable, c'est que cette insatisfaction prenne si souvent, dans notre pays et dans d'autres, la forme d'une mise en cause des conditions de fonctionnement de ces systèmes. Il y faudra probablement davantage d'explication, et donc davantage de transparence. Transparence : encore un objectif éthique. Non certes de nature à modifier les choix, mais peut-être à les faire mieux comprendre et mieux accepter. Ce ne serait déjà pas si mal.

Vent de panique chez les pharmaciens d'officine

Jean-Philippe DELSART, pharmacien, président de l'Association Française des Pharmaciens Catholiques

Quelques articles de la grande presse ont abordé depuis quelques mois la nouvelle réalité des « pharmacies low cost » : les plus nombreux se sont contenté d'observer les avantages que peuvent en tirer les « consommateurs » en raison de la baisse des prix des médicaments conseil et des produits de parapharmacie; quelques uns ont quand même reconnu le risque de disparition du modèle de pharmacie « à la française » dans lequel la considération pour chaque client/patient reste de mise. Au-delà de ce premier constat, il est nécessaire de s'interroger sur l'impact, à plus ou moins long terme, de l'arrivée de ces nouvelles pharmacies en matière de santé publique.

Pour un nouveau concept

Le concept de pharmacies low-cost fait trembler bien des officines françaises. Actuellement de très nombreuses officines se rattachent à un groupement de type G.I.E. (groupement d'intérêt économique) afin de bénéficier, auprès des fabricants, de meilleures conditions d'achat pour des médicaments vignettés, médicaments conseil ou produits de parapharmacie, et parfois aussi pour profiter de services plus spécifiques (formations, conseil marchandising...). Mais d'autres ont commencé à faire le choix de prendre pour modèle celui de la grande distribution.

Il est vrai que périodiquement le réseau officinal se retrouve dans la crainte de se voir imposer quelques préconisations de l'Inspection générale des finances. L'une d'elles prévoit de supprimer le monopole des pharmaciens sur la vente des médicaments sans ordonnance, puisque, selon la logique de certains décideurs, tout ce qui se trouve en « grandes surfaces » est forcément moins cher ! Aussi instaurer davantage de concurrence entre notre réseau et les G.M.S. et par conséquent entre les officines elles-mêmes ne pourra que faire baisser le prix de ces médicaments.

Même si le monopole pharmaceutique est un monopole de compétence et non un monopole commercial, la sortie de médicaments hors des pharmacies représenterait le franchissement d'une frontière hautement symbolique. Qu'à cela ne tienne, quelques officines ont déjà anticipé et appliqué une baisse de prix de 30 à 50 % en moyenne sur 18 000 et 30 000 référencements, comme le pratiquent déjà de nombreuses officines et les chaînes de pharmacie à l'étranger. Nouveauté satisfaisante pour le pouvoir d'achat du consommateur, mais qui n'est pas sans interpeller de nombreux responsables dans le domaine de la santé : le médicament doit-il être considéré à ce point comme produit ordinaire pour être distribué dans n'importe quelle surface commerciale ? Avec cette logique d'une banalisation du médicament, peut-il alors faire l'objet de promotion (3 Nurofen pour 4,90 €) pour contenter les consommateurs qui s'auto-médiquent à tout instant ? En

fin de compte, s'achemine-t-on vers une révision de statut du médicament ?

Un conseil qui se réduit et une éthique qui s'évapore

Les pharmacies low cost ne justifient donc leur existence qu'en satisfaisant leur clientèle en quête de petits prix, puisque celle-ci a l'impression de faire des économies, même si elle se trouve obligée de se déplacer de plusieurs kilomètres pour aller vers le plus offrant...

Néanmoins l'économie de ces officines pose question : ce n'est qu'en grande partie par l'effet volume que ces officines arrivent à retrouver une marge appréciable. La hausse de fréquentation en raison des prix bas génère une hausse des volumes vendus, ce qui suppose une importante rotation des stocks donc une trésorerie conséquente, mais aussi suffisamment de personnes diplômées pour répondre aux demandes des clients. Et c'est ici que le bât blesse : même si le nombre de pharmaciens est déterminé par l'importance du chiffre d'affaires des officines et que toute délivrance de médicaments est censée être effectuée par une personne diplômée (pharmacien, préparatrice / préparateur ou étudiant ayant validé son stage de seconde année), aucune autre exigence n'est requise. En raison d'une intense activité en back-office vu la rotation considérable des stocks, ces pharmacies ont besoin de nombreux employés non diplômés ; et à partir de là, on ne sait plus qui est devant ou qui est derrière... Du coup même si le client est considéré comme roi dans ces officines, les entorses aux règles imposées par notre code de déontologie sont loin d'être rares, ceci afin de limiter au mieux leur masse salariale. C'est ainsi que le temps d'échange avec les usagers en est d'autant réduit, et que le conseil prodigué risque de devenir plus ou moins inexistant. A défaut « du bon conseil, du bon produit au bon moment », subsiste seul le bon prix. Mais qui est gagnant avec une telle stratégie ? Pour preuve, ce type de remarque qui risque de se généraliser : une titulaire d'officine installée tout près d'une pharmacie low cost se voit parfois sollicitée par quelques clients peu scrupuleux de la façon suivante : « Je viens d'acheter cela à côté, pourriez-vous m'expliquer comment utiliser ces médicaments, car ils ne m'ont rien dit ! »

Si jusqu'à présent le médicament reste un bien particulier se différenciant d'un produit de consommation courant, c'est grâce aux recommandations et conseils d'utilisation donnés par les pharmaciens et leurs équipes. Et même si quelques affairistes dénaturent notre métier, l'ensemble des pharmaciens garde prioritairement le souci du bon usage du médicament, apportant ainsi une valeur ajoutée à celui-ci, et s'impliquant également dans la prévention, l'éducation pour la santé et autres services personnalisés.

Autre dérapage constaté : si dans la plupart des officines il est relativement courant de « dépanner » des patients réguliers donc connus de celles-ci, afin de poursuivre leur traitement en attendant un rendez-vous chez leur médecin, il semble que ces nouvelles officines soient moins regardantes : les demandes des clients pour des médicaments délivrables exclusivement sur prescription sont

plus facilement honorées, alors qu'aucun historique de traitement n'est enregistré ou aucune ordonnance n'est présentée. L'éthique s'évapore, et la déontologie s'envole.

Il semble donc bien que prix et éthique varient inmanquablement dans le même sens : là où l'on casse les prix, l'on casse aussi l'éthique. Et quand la recherche de bénéfice prime chez quelques affairistes, on peut craindre tôt ou tard un effet domino sur la qualité du service pharmaceutique et à long terme sur l'avenir de notre profession.

Les répercussions en matière de santé publique

Outre la réduction du service pharmaceutique proposé par ces pharmacies à ses clients, on risque de constater une destructuration progressive du réseau officinal.

En effet avec ce nouveau climat concurrentiel, comment des officines constituées d'équipes qualifiées voulant assurer un bon niveau de qualité dans leurs prestations arrivent-elles à préserver une marge bénéficiaire suffisante pour continuer à « tourner » : renouvellement du stock, paiement des salaires et des charges sociales, prélèvement du titulaire et, dans de nombreux cas, remboursement des emprunts... Le prix des spécialités remboursées ne faisant par ailleurs que baisser¹ et donc que réduire la marge, il s'en suit, dans un tel contexte, que de très nombreuses officines (généralement les plus petites), se trouvent considérablement pénalisées.

Cette dérégulation dans le circuit du médicament étant enclenchée, notre système de santé risque d'en pâtir. Les petites officines ne fonctionnant qu'avec un titulaire et deux voire trois préparatrices ou apprenties ne peuvent plus tenir le rythme, rythme quant au travail à effectuer pour proposer un service de qualité, mais aussi rythme quant aux échéances financières à respecter. C'est ainsi que les rideaux de nombreuses officines viendront de plus en plus à tomber, les conditions de viabilité étant de moins en moins assurées².

Autre cause préoccupante : le rendement d'un certain nombre d'officines étant insuffisant, celles-ci n'intéressent aucun repreneur. Chez nous aussi, les jeunes pharmaciens recherchent un certain confort de vie dès leurs premières années d'exercice. C'est ainsi que nombreux pharmaciens désirant prendre leur retraite en viennent à fermer définitivement leur officine.

A vouloir établir une plus grande concurrence entre officines, c'est tout le réseau qui se destructure, lui qui était jusqu'à présent relativement homogène. Des déserts pharmaceutiques évidemment préjudiciables pour le suivi thérapeutique des patients risquent d'apparaître. A moins que des regroupements d'officine se multiplient : ces nouvelles structures permettront de continuer à offrir aux patients, conseils et services de qualité en tous genres (portage à domicile, éducation

1. Le prix des médicaments en France est un des moins cher au monde ; ce qui explique en partie les ruptures d'approvisionnement, les fabricants préférant vendre leurs produits à un meilleur prix

2. A noter que depuis trois ans, 2 voire 3 officines ferment chaque semaine.

thérapeutique, analyse pharmaceutique pertinente...), seule manière de se démarquer du monde affairiste. Mais faut-il encore que les usagers en reconnaissent leur valeur ajoutée et soient prêts à les soutenir !!

Quelques scénarios catastrophes pour finir

En chamboulant le modèle officinal à la française, il est facile d'imaginer d'autres conséquences, celles-ci préjudiciables pour la santé de nos finances publiques. D'une part l'introduction du médicament en grandes surfaces boostera évidemment les ventes de celui-ci (ce qui ne peut pas déplaire à l'industrie du médicament) mais en raison du mésusage des médicaments, celle-ci risque de multiplier aussi les intoxications voire les hospitalisations.

D'autre part l'ouverture du capital des officines à des capitaux non pharmaceutiques peut être catastrophique : si elle n'est pas limitée d'office à 25% du capital et interdite aux groupes financiers (à l'exemple de la nouvelle réglementation concernant les laboratoires d'analyses médicales), elle ne ferait que déstabiliser plus rapidement notre maillage officinal ; l'émergence de chaînes de pharmacies peut facilement s'imaginer, et dans un tel contexte, on ne pourra que se rendre à l'évidence : la santé de leur économie passe avant celle des clients.

Pour terminer avec ce type de scénarios, le pire est à envisager : pour faire davantage baisser les prix des médicaments et contenter encore plus nos responsables politiques, les nouveaux propriétaires d'officine seraient tentés d'acheter leurs médicaments à l'étranger, là où la contrefaçon explose...

Voici en quelques mots ce que nous risquons de perdre : la fin de la sécurisation du circuit du médicament, la perte de professionnels indépendants et responsables, la disparition de l'officine comme lieu d'écoute et de service pour chaque patient, à cinq minutes de chez soi, partout en France, y compris dans les campagnes et les quartiers difficiles. Qui dit mieux ?

Tribune libre

Ce mode de publication permet à une personne qui n'appartient pas à l'équipe de rédaction d'exprimer publiquement ses idées. Il s'agit d'un article d'opinion, de commentaire ou de réactions qui permet, dans la mesure du respect des autres et du bon sens, d'aborder des thèmes très divers.



Médecine et culture, les grands enjeux anthropologiques

Pr. Michel de BOUCAUD, Université de Bordeaux de l'Académie Européenne des Sciences et des Lettres

« Comprendre ce que c'est d'être au monde comme un homme, afin de prendre en compte l'enseignement de toutes les sagesse humaines, et de construire un projet de civilisation universelle libre, juste dans la paix et le monde de la joie, si possible, voilà le véritable humanisme. » Paul RICOEUR

Depuis une longue période, on écrit, et on lit, partout que « La FRANCE est malade ». On souligne, à juste raison, l'importance du vide qui envahit les champs de la vie, la ruine des institutions de transmission, etc... Certains s'efforcent de comprendre cette situation où c'est la FRANCE profonde qui souffre au milieu des difficultés des Français. A différents niveaux, la Médecine et les Médecins sont très concernés. Car, avant tout, il s'agit principalement de construire et reconstruire ce qui est dégradé. Mais, en dehors des domaines sociétaux et concrets, certes très importants, c'est la réflexion sur l'évolution des courants de pensée qu'il nous faut d'abord prendre en compte. C'est sur l'histoire et l'évolution des idées contemporaines qu'il faut nous arrêter un moment. Et cette réflexion concerne essentiellement les grandes différences des conceptions de l'Homme, et les négations de l'humanisme. Elle porte sur tous les débats concernant la dignité de l'homme. Cette constatation n'est pas nouvelle, mais on ne saurait occulter les raisons des actuels courants de pensée, et l'avenir de notre culture.

Nous avons vécu, il ne faut pas l'oublier, une longue période, une longue et triste période, de « Défaite de la pensée » (A. FINKELKRAUT). Et toutes ces positions nous concernent toujours actuellement. Les acteurs de ces courants ne voulurent jamais admettre ce qualificatif accablant. Les commentaires traitent cette question de haut. Et l'on mit longtemps à voir émerger les critiques et les contestations nécessaires. Le Monde des Sciences Humaines et de la Culture fut littéralement subjugué par tous ces flots qui développaient les nombreuses phases de la déconstruction ; et beaucoup de religieux en prirent le train, les malheureux ! Fait intéressant, la Médecine et les Médecins furent moins concernés par ces vagues de la déroute, à l'exception de la Psychiatrie, et des psychiatres et des équipes soignantes de ces domaines. C'est qu'il y eut de grands maîtres

de l'Éthique Médicale qui surent éclairer la conscience du corps médical. Au fond, la Médecine, de plus en plus intéressée par les Sciences Humaines ne savait que trop faire de toutes ces idées envahissant les débats culturels concernant pratiquement toute la société française. Mais il n'est pas dit que cela dure, quand on voit les immenses progrès du trans-humanisme, la séduction renouvelée du scientisme, et l'attrait pour le post-humanisme (Cf. Médecine de l'homme ; numéros précédents).

Il nous est aussi nécessaire de nous arrêter un moment sur les caractéristiques de ce fléau contemporain. La déconstruction veut mettre en cause les grandes expériences fondamentales de la personnalité, les phénomènes de la conscience de soi et la subjectivité qui sont l'apanage des grandes philosophies classiques et modernes (très concernées par exemple dans la Phénoménologie). C'est la mise en doute de l'unité de l'être, qui entraîne la dissolution de la notion de sujet. C'est la liquidation de l'intérêt pour le sens des phénomènes, et la suppression de la notion de sens de l'existence. C'est la remise en question de la conscience, et la négation de toute forme de connaissance immédiate. C'est finalement la négation de la présence de l'être qui s'y révèle !

Nous allons alors aborder cette vaste et difficile problématique en deux points :

- Les racines de la déroute
- Les voies essentielles de la reconstruction

LES RACINES DE LA DEROUTE

Beaucoup d'auteurs et d'enseignants réagissent toujours à cette déferlante. Mais c'est M. FINKELKRAUT qui fut l'un des premiers et le plus résolu à publier sur cette grave situation de « la Défaite de la pensée ». Et, avec beaucoup d'autres, nous posons la question « Comment en est-on arrivé là ? » Précisons en les grandes lignes rapidement.

La culture réelle souffre depuis longtemps des particularismes dominants voulant faire disparaître l'universalisme. Nous allons voir se développer le concept, toujours actuel, de « La mort de l'Homme », ne l'oublions pas. Les sciences de l'inconscient prennent alors les Lumières en flagrant délit de cécité intellectuelle. « Dans les travaux de l'Ethnologie, on va parler de « cultures » au pluriel ; l'humanité n'est plus identique à elle-même et les anthropologues s'évertuent à nourrir la mauvaise conscience de l'universalisme, et de l'Europe en particulier » (C. LEVY-STRAUSS).

Et c'est alors « la deuxième mort de l'Homme », où nous allons voir les historiens considérer l'aventure humaine dans sa dispersion au lieu de l'inscrire sur une même ligne évolutive. Certains historiens préfèrent la discontinuité et refusent de soumettre le passé, le présent, et le futur à une direction unique. « C'est la dislocation en morceaux de ce qui est la permanence de l'être comme le devenir de l'esprit ». « C'est la distorsion de la stabilité de la nature humaine ».

Pour la sociologie, la culture doit être plurielle, et nous allons voir privilégier « le déracinement et l'arrachement des êtres à leurs réseaux d'habitudes constituant leur identité

collective ». C'est là où l'auteur retrouve l'œuvre de Pierre BOURDIEU et son insistance sur l'importance des facteurs culturels et « des enjeux de lutte entre les classes ».

Nous sommes alors au point où ce n'est même plus Dieu qui est mis en question, au moment où « l'homme meurt comme sujet autonome et devient le champ d'action de forces ou de structures qui échappent à son appréhension consciente ». Et l'on retrouve ici Michel FOUCAULT, on retrouve « le moment où nous sommes dans l'absolue dispersion de système de pensée », dans le déracinement et l'arrachement des êtres à leurs réseaux d'habitude et d'attitude.

Les développements sont encore nombreux, où nous retenons en résumé le rôle de l'inépuisable diversité des particularismes où « les anti-humanistes contemporains montrent que l'homme n'est pas seulement un bel idéal, mais une fiction utile, un prétexte commodément invoqué par une civilisation singulière pour imposer sa loi ». Beaucoup de ces courants se nourrissent du structuralisme, notons le bien. Et tout cela nous fait aboutir au problème de l'identité. Nous allons, et nous sommes, dans une société pluri-culturelle, pour célébrer un homme éminemment matériel. C'est le règne de l'importance du relativisme, de la pédagogie de la relativité, de la culture en pièces, des blessures de « cette même culture qui prit la place de la religion dans une aspiration à maintenir les grandes valeurs », mais où le relativisme débouche sur l'éloge de la servitude, le règne de la consommation, et la domination de l'individualisme. Nous sommes là aux racines de « l'identité malheureuse », développée tout récemment, cette identité bien douloureuse, très présente dans le contexte actuel.

LES VOIES DE LA RECONSTRUCTION

Face à ces constatations convergentes, et dans l'état de notre XXI^e siècle, il s'agit de saisir ce qui va permettre à l'homme, et surtout à la société, de se reprendre. Il s'agit de redonner à la pensée une réelle dynamique de reconstruction. Il est intéressant de remarquer la convergence de ces analyses dans l'œuvre de Robert PALEM- psychiatre pensant dans le sillage de Henri EY- à propos de la psychiatrie et de ses rapports avec l'humanisme, qui sont parfois fragiles, et même niés dans certaines écoles !

Au milieu des destructions et des déconstructions du XX^e siècle, nous avons à considérer les chemins de la reconstruction, avec les constatations qui s'imposent. Nous avons à notre disposition un certain nombre d'édifices et de domaines qu'il s'agit de mieux connaître et faire connaître. Nous avons des œuvres qui nous apportent des éclairages considérables. Nous avons des œuvres dont les résonances sont immenses et inépuisables. C'est une chance pour le début du XXI^e siècle de pouvoir puiser à des sources vivifiantes, au milieu de toutes les tentatives actuelles d'obscurcissement. Nous avons les œuvres de grands penseurs face à de tout petits intellectuels, nous avons les œuvres de Paul RICOEUR et Henri Ey, Emmanuel LEVINAS et Michel HENRY, Victor FRANKL et Marcel NEUSCH, et bien d'autres aussi, qui sont des espaces de développement et d'épanouissement de l'homme. Il y avait, et il y a des veilleurs actifs au service de la lumière

auprès des jeunes et des adultes, il y a des veilleurs actifs dans les Lycées privés et publics, dans les Instituts et les Facultés, et davantage en Province qu'à Paris, nous en avons fait l'expérience ! Non, Monsieur FINKELKRAUT, vous n'étiez pas tout seul quand vous avez commencé à parler, et vous n'êtes pas tout seul, nous pouvons en remercier le Ciel, ! Mais de la défaite de la pensée à la fécondité des conceptions humanistes, les chemins peuvent être difficiles pour beaucoup !

Nous pouvons considérer trois niveaux capables de donner à l'homme d'aujourd'hui les capacités structurales de se développer et de s'épanouir. Nous ne pourrions que les situer rapidement, en sachant que nous avons là tout un corpus de ressources inégalables, fructueuses et opérationnelles ; c'est une conception de l'homme vivante et féconde, bien résumée dans la citation première de Paul RICOEUR.

L'existence corporelle

est une référence majeure. Le corps humain participe, depuis l'étincelle de vie primordiale, de la dynamique de l'évolution des espèces dans la continuité des générations de l'homme, corps, psychisme et esprit, à une identité irréductible, d'où sa dignité fondamentale. Le corps possède les possibilités du langage et la richesse de la sexualité.

Le corps humain est sexué, constitué de deux modalités homme et femme, inscrites dans le génome. Nous avons récemment répété des évidences millénaires !!! La sexualité spécifique à chaque sexe, dans ses variations multiples, s'inscrit dans la temporalité. Elle constitue l'identité des sujets, et ouvre les personnes aux sources de la connaissance métaphysique de façon très spécifique.

Le corps existentiel bénéficie de toutes les possibilités de connaissance, connaissance subjective (introspection, expérience de l'inconscient), et connaissance objective qu'ont apporté depuis des siècles les sciences biologiques et médicales. Les sciences nous montrent, à notre époque, qu'il existe chez l'homme une logique biologique structurale indissociable d'une logique psychologique, constituant la trame de l'évolution de l'être humain. Cette logique structurale permet à toute personne d'assumer son être, son identité, et les multiples difficultés éventuelles dans tous les domaines. C'est cette logique qui met en œuvre le dynamisme de ses différentes fonctions existentielles : la corporité, la sexualité, l'activité, la pensée, l'affectivité, et la spiritualité. La conception de la nature de l'homme se trouve au cœur de ces réalités larges et ouvertes, pour le bien-être de l'homme et pour son épanouissement.

La conscience intégratrice

Cette conception nous dit que c'est le caractère spécifique et réel de la conscience qui constitue l'homme dans sa dimension profonde est complète. C'est la condition essentielle pour l'intégration de toutes les tendances, les pulsions, et les impulsions, et la richesse de l'inconscient toujours considéré dans sa gigantesque importance. C'est le moyen d'être toujours plus objectif par rapport à soi, condition essentielle d'une vie affective réussie, d'un amour plus fort de nos

proches et de Dieu. C'est l'élément primordial pour le développement des dimensions spirituelles, et pour la réalisation de l'unité nécessaire de la personne. La conscience nous permet de réaliser les meilleures conditions de rencontre entre groupes différents. Elle est la condition essentielle du développement de la tolérance dans le respect des convictions de chacun.

La liberté créatrice

C'est cette liberté qui permet à l'homme d'accéder par les processus délicats de l'éducation, ou de la rééducation, à une conscience plus claire de soi-même et à une claire perception de sa dimension spirituelle. Mais il existe plusieurs niveaux d'exercice du libre arbitre.

Il y a la liberté d'impulsion, faite du jaillissement des pulsions et des tendances de tous que chacun rencontre en soi, au milieu des pulsions plus ou moins inconscientes.

Il y a la liberté d'autonomie, la liberté d'un être qui cherche à se libérer de ses contraintes, et à se donner ses propres lois. C'est la liberté de celui qui ne voit que ses propres lois, au détriment de lui-même et des autres. C'est celle qui est invoquée comme idole au nom du droit de disposer de soi, de son psychisme et de son corps, sans contrainte (nous rejoignons là toutes les conduites d'addiction, de laxisme, d'agression de soi, etc....)

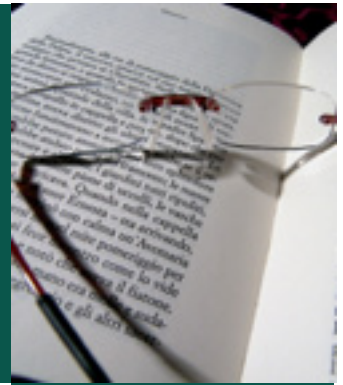
Il y a la liberté d'initiative et de choix, sans laquelle l'autonomie n'est pas la liberté : elle est la condition pour que l'existence ait un sens, et c'est le sens qui fait l'équilibre et l'épanouissement de la personnalité. C'est cette liberté de choix et d'initiative qu'il s'agit d'éveiller chez toutes les personnes en souffrance, désespérant de tout, dans leur demande d'avortement, dans leur désir de mort, dans l'euthanasie. Il s'agit de les aider à se libérer de l'angoissante pulsion venant obscurcir cette profonde liberté orientant les personnes vers la vie et la créativité ; car c'est l'initiative qui fait la créativité dont les hommes, les femmes, ont tant besoin à notre époque.

La nature humaine est un complexe fait d'organisation et de complexité, qui s'interpénètrent constamment. C'est ce que n'ont pas compris les adeptes de la pensée en déroute qui s'est installée chez tant d'intellectualistes au XX^e siècle. L'organisation structurale de l'homme est constituée de la dynamique de l'intégration faite principalement de l'affectivité, de la liberté, et de la conscience pour l'aider à construire son unité et à être plus humain. C'est cela l'anthropologie créatrice. C'est apporter les moyens de découvrir et de faire fructifier dans la singularité de l'individu les désirs profonds du sens de la vie. Et c'est le génie du Christianisme de savoir répondre à toutes les époques aux entreprises des sociétés générant la souffrance et la destruction. C'est donner aux hommes les moyens de répondre à la déconstruction des personnes et des groupes. Car il est toujours possible de développer les forces de la pensée créatrice pour l'épanouissement et le bien-être général de l'homme, dans les prochaines décennies. Car, « à côté de la conscience et de la science, il y a la vie », nous dit Henri BERGSON.

Notes de lecture

La note de lecture est une forme de compte rendu pour résumer les résultats d'une lecture, ainsi que l'œuvre lue. Il s'agit d'un résumé des concepts traités dans l'œuvre, des thèses développées par l'auteur ainsi qu'une analyse succincte. Elle peut être linéaire ou thématique.

Elle permet à celui qui la lit de se passer de la lecture de l'œuvre, et paradoxalement donne envie de lire le texte traité.



Ce Concile qui a tant à nous dire

de Mgr Gérard DEFOIS, CERF, 2015

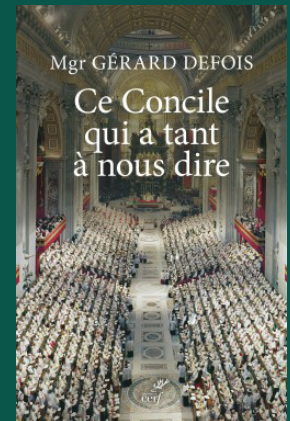
par Christian BRÉGEON, Angers

Le Concile Vatican II (1962-1965) s'ouvre quatre siècles après le Concile de Trente, celui de la Contre-Réforme, et un siècle après Vatican I, brutalement interrompu par la guerre franco-allemande de 1870 et laissant inachevée la réflexion sur l'Église, alors que celle-ci a dû affronter des évolutions sociétales et des oppositions philosophiques et doctrinales majeures.

Dans ce livre, qui représente un énorme travail d'analyse historique et théologique, Mgr Defois étudie en détail la préparation et le déroulement des sessions, dans les documents de la Curie, dans les remarques et contre-propositions des évêques, dans les carnets de leurs conseillers théologiques, parmi lesquels figurent les noms de Congar, de Lubac, Chenu, J. Ratzinger... Il nous fait ainsi découvrir et vivre les débats et les crises mettant au jour les questionnements, les postures, les avancées, quelquefois trop rapides, les blocages par crainte d'une remise en cause des structures ou des droits de l'Église.

L'énoncé des différents chapitres précise les angles d'approche: « L'Église, de l'institution au mystère », « Une hiérarchie de service », « Un peuple de baptisés », « La prière d'un peuple », « L'Église, le monde et l'histoire », « La vérité comme dialogue et histoire commune », mais il n'est pas interdit, pour se mettre dans l'ambiance de cet ouvrage, de commencer par le chapitre 5, p. 173-204 : « Une parole entendue en Église ». L'introduction et le dernier chapitre se rejoignent pour faire ressortir que l'adaptation dans l'Église répond à deux dynamiques complémentaires, institutionnelle et juridique, d'une part, mystique et pastorale, centrée sur le Corps et la Parole du Christ, d'autre part.

Vatican II a bien mis en évidence la nécessité de promouvoir davantage le rôle de Sacre-



ment du Salut pour les hommes de façon à mieux évangéliser la modernité. On y trouve, déjà bien identifiées et discutées, beaucoup de nos problématiques actuelles, souvent avec des orientations pratiques dont la mise en oeuvre s'est révélée difficile et lente, ce qui justifie l'emploi du mot « transhumance ». Réécouter ce dernier concile est ainsi une aide à ne pas négliger.

Les troubles bipolaires

de Marc MASSON, Coll. *Que sais-je ?*, PUF, 2016

par Sami RICHA

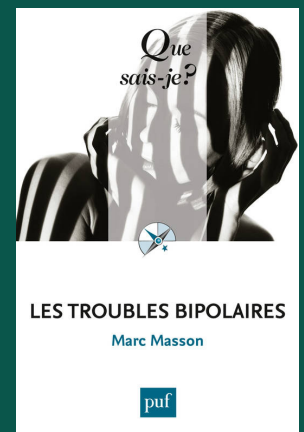
Le nouveau livre du Dr. Marc Masson, *Les troubles bipolaires*, paru dans la collection *Que sais-je ?*, est un panorama succinct sur les dernières connaissances en matière de maladie bipolaire. Après son rassemblement des 24 *textes fondateurs de la psychiatrie* paru aux éditions Armand Colin en 2013 et sa codirection de la monumentale publication française *Les troubles bipolaires*, aux éditions Lavoisier en 2014, Marc Masson nous revient avec son style élégant pour décrire le trouble bipolaire dont il est fin connaisseur et grand spécialiste. L'exercice était difficile, mais pourtant son *Que sais-je ?* grouille d'informations dont peuvent profiter aussi bien les profanes que les professionnels. Ainsi sont décrits tour à tour l'historique du concept, les facteurs étiologiques, les manifestations cliniques et les aspects thérapeutiques.

Mais ce qui fait la force de ce livre ce sont surtout les témoignages poignants auxquels pourtant cette forme d'édition n'est pas habituée.

Ainsi la postface est écrite de façon émouvante par Danielle Steel évoquant avec quel courage le suicide de son fils et insistant sur le fait qu'à l'instar des accidents de voiture ou des tumeurs, certains malades seront tués mais tant d'autres aussi survivront. Message d'espoir d'une mère meurtrie...

Plus encore décrire son accès maniaque et son épisode dépressif par une normalienne est un pur bonheur de lecture. C'est l'exercice de style auquel se livre Véronique Dufief. On voit en effet comment de l'intérieur, avec des mots justes et des mots forts, un patient décrirait son exaltation ou son effondrement. Une telle description d'un accès thymique est beaucoup plus attrayante qu'un abondant traité de sémiologie en la matière.

Enfin, l'artiste Gérard Garouste insiste sur ces périodes de la maladie qui l'empêchaient de peindre. Production inexistante durant les phases délirantes, mais rapprochement certain entre génie et folie. De ce fait, génie, créativité et bipolarité ont des liens étroits et intriqués qu'on lira dans un chapitre où défilent le cas Van Gogh et l'exemple de Gérard de Nerval.



Trois témoignages d'une force singulière pour nous rappeler la souffrance que cette maladie engendre, la mort qui peut guetter ceux qui en souffrent, le poids du handicap à porter inlassablement à vie, et surtout l'odeur de l'humain qui en ressort.

La capacité qu'a eu Marc Masson à reproduire dans un texte simple une maladie d'une si grande complexité montre bien la précision de sa pensée. Dans une édition petit format, nos connaissances sortent agrandis. Mais surtout aussi notre humanité.

Médecin de campagne

de Thomas LILTI, avec François CLUZET et Marianne DENICOURT, 2016

et

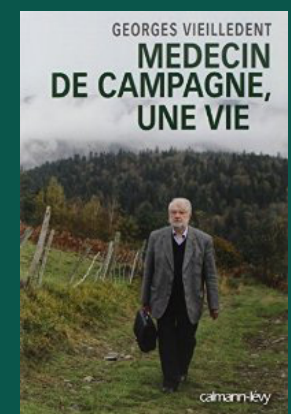
Médecin de campagne, une vie

de Georges VIEILLEDENT, Calmann-Lévy, 2014

par Bertrand GALICHON

Le hasard a voulu que je lise ce livre et vois ce film à la même période. Georges Vieilledent nous dit « Je me suis retrouvé seul. Il fallait que je donne des solutions à des problèmes existant dont je ne connaissais rien. On est obligé de le faire, il n'y a que nous ». François Cluzet qui incarne avec justesse le rôle du docteur Jean-Pierre Werner nous dit la même chose. Tous les deux font le don de leurs vies. Un don qui dépasse le soin stricto sensu pour aller jusqu'à l'accompagnement ultime d'un homme avec une éthique de la transgression des consensus actuels. Ce « don accompagnant » justifie ces deux vies. Tellement données, Jean-Pierre Werner en est contraint de divorcer. Georges Vieilledent aborde pudiquement son statut de célibataire, totalement habité par ses malades. Ils n'exercent pas un métier. Ils ne sont pas médecins de telle heure à telle heure. Ils sont médecins tous les jours, toutes les nuits.

Ils nous décrivent un monde qui est loin de l'hôpital. La science n'est pas la référence absolue qui dicte la conduite à tenir. Comme si l'exigeant ajustement à hauteur de cœur d'homme est le seul juge de paix de ce monde de la médecine rurale. Ces deux témoignages conjuguent humanité et humilité, les font se répondre, se nourrir l'une l'autre. Marianne Denicourt qui joue le rôle de ce jeune médecin arrivant avec son savoir tout frais et assuré par des protocoles scientifiquement validés, se fait renvoyer dans ses vingt-deux. Elle comprendra très vite le monde qui s'ouvre devant elle.





RAPPEL

COTISATION ANNUELLE 2016

*Adhésion et abonnement par chèque à l'ordre du C.C.M.F
ou en ligne sur <http://www.ccmf.fr>*

- Cotisation annuelle : 60 €
- Interne ou Chef de clinique : 30 €
- Etudiant : 20 €
- Soutien : 60 € + (à votre convenance)

Dr, Mr, Mme, Mlle

Spécialités : (Privé / Public)

Adresse :
.

Code Postal :

Ville :

Tél :

E-mail :
(permet de diminuer les frais postaux et d'améliorer la circulation des informations)

Date de naissance :

Souhaite un reçu fiscal : oui / non

*Seule,
votre cotisation
nous permet
de poursuivre
notre action.*

*Soyez-en
remerciés.*



MEDECINE DE L'HOMME

Information & Abonnement
Centre Catholique
des Médecins Français
5, avenue de l'Observatoire
75006 PARIS (FRANCE)

Conception & réalisation
Guillaume ROUDIER
contact@guillaumeroudier.fr