

"POUR L'HISTOIRE"

CETTE RUBRIQUE COMPORTE ET COMPORTERA DES DOCUMENTS
D'ARCHIVE OU DES ENQUÊTES POUR SERVIR À L'HISTOIRE
DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE.



En Octobre 1990 Monsieur Philippe Lazar, directeur de l'INSERM, a remis à nos ministres de tutelle un rapport intitulé " 12 THESESES POUR LE RENOUVEAU DE LA MEDECINE LIBERALE " .

Monsieur Philippe Lazar nous a autorisés à joindre cet important document à l'envoi de ce numéro des Documents de Recherche en Médecine Générale.

On trouvera ci-joint notre premier commentaire.

PHILIPPE LAZAR

12 thèses
pour le renouveau
de la médecine
libérale

Rapport d'étape
à Monsieur le Ministre
des Affaires Sociales
et de la Solidarité et
à Monsieur le Ministre Délégué
chargé de la Santé

Octobre 1990

REPUBLIQUE FRANCAISE

INSERM

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

79

Paris le 14 NOV. 1990

Le Directeur Général

N/Réf. : PL/JPM/N°121

Monsieur Oscar ROSOWSKY**2, Rue de la Pléiade
94240 L'HAY LES ROSES**

Cher Monsieur,

Vous trouverez, ci-joint, le rapport d'étape de ma mission sur l'avenir de la médecine libérale que j'ai remis il y a quelques jours à Monsieur le Ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité et à Monsieur le Ministre Délégué à la Santé et dont je souhaitais que vous puissiez immédiatement disposer.

Je tiens à vous remercier à nouveau très vivement de l'accueil que vous avez bien voulu me réserver dans le cadre de cette mission et de l'aide précieuse que votre réflexion et vos commentaires m'ont apportée dans l'élaboration de ce rapport.

Je vous prie d'agréer, Cher Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Philippe LAZAR

société française médecine générale

Reflexions à propos des " 12 thèses pour le renouveau de la médecine libérale ", Octobre 1990, remises par Monsieur Philippe LAZAR, Directeur Général de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

La mission confiée par Monsieur Claude EVIN à Monsieur Philippe LAZAR, Directeur Général de L'INSERM soulève cinq catégories de questions que le Ministre qualifie de " défis auxquels la médecine est confrontée ".

Ainsi, le pouvoir politique nous invite à partager la responsabilité des changements à venir dans notre Système de Santé et de l'Assurance Maladie.

Ces cinq points sont - l'évolution des techniques médicales et biologiques - le nombre croissant des médecins - l'articulation des différents secteurs de la production des soins - les garanties d'un accès égal à la médecine de toutes les couches de la population sans distinction de ressources, en tenant compte de la rémunération des médecins - la maîtrise des coûts collectifs à un niveau acceptable par la nation.

On reconnaît là toutes les questions soulevées depuis plus de trente ans et la méthode du renvoi sur le seul corps médical des conséquences sociales et politiques de mesures qui seront prises par le pouvoir exécutif et le législateur.

Une innovation apparaît cependant dans le discours officiel, elle tient en une phrase :

"ainsi, alors qu'un consensus s'est créé après les Etats Généraux de 1987 pour faire de la médecine générale le pivot de notre système de soins, il reste à traduire cette orientation dans les faits. "

Cet aveu, à lui seul, est un évènement de taille. Le Ministre admet compromis un système dont il dit lui-même que le pivot n'est pas à la place qui convient pour que l'ensemble fonctionne de façon coordonnée. La prise de conscience manifeste de ce défaut fondamental par la classe politique remonte d'ailleurs au 23 Décembre 1982, c'est-à-dire à la réforme des études médicales votée par le Parlement.

Prenant acte des insuffisances de la réforme Debré en ce qui concerne notre discipline, le législateur annonçait alors une " filière universitaire de médecine générale " et mettait en place quelques prémices de sa réalisation.

On oubliait, hélas, de créer en même temps les moyens législatifs et institutionnels, c'est-à-dire de recherche et de carrière professionnelle nécessaires et suffisants pour réaliser cet ambitieux projet.

Plusieurs évènements soulignent l'échec cuisant qui en résulte.

Citons pour mémoire :

- le non respect de l'article 8 de la loi de réforme des études médicales de 1982 qui stipule que : " dans les cinq ans suivant la promulgation de la loi, le gouvernement présentera au parlement un bilan de l'application de celle - ci et entre autres leur éventuelle adaptation dans le cadre de la poursuite de la revalorisation de la médecine générale ".
- les dispositions étranges prises le 31 Juillet 1987 pour annuler les timides ouvertures de la loi de 1982 et pour rejeter, aux cris de " Canada Dry ", notre discipline toute entière aux marges de l'Université, ce qui revient à reléguer les praticiens au rang des " officiers de santé " d'antan.
- l'enterrement discret du rapport Beylot sur le 3ème cycle de Médecine Générale en France 1984 et 1986, ainsi que le silence gêné sur le rapport de la Commission Lachaux qui font partie de ces mêmes symptômes.

Il est vrai que la lecture de ces deux documents laisse percevoir à la fois une dramatique absence, celle de toute recherche scientifiquement structurée sur les pratiques et le corpus qu'il s'agit d'enseigner et la manière tout aussi tragique dont se perdent dans le vide conceptuel tous les efforts universitaires pour créer et justifier l'enseignement dispensé aux futurs généralistes. Il est clair pour tous que, dans ces conditions, la nomination annoncée d'enseignants temporaires, professeurs associés de médecine générale, reste un geste politique plus formel que porteur de solution devant un problème gigantesque.

Bien entendu, à côté de ces responsabilités de nos hommes politiques, il convient aussi de pointer celles qui reviennent aux administrateurs et gestionnaires des Caisses de Sécurité Sociale pour la priorité constante qu'ils ont donné à la rémunération des gestes technologiques au détriment des prestations intellectuelles dans l'activité médicale. La forme très monomorphe de rémunération offerte aux généralistes est la marque de méconnaissance la plus manifeste de cette erreur.

Une autre forme aussi grave de cécité se traduit par les étranges statistiques émises par la Sécurité Sociale pour apprécier les coûts des différentes consultations médicales. De toute évidence on ne peut comparer valablement que les coûts moyens journaliers des soins ordonnancés par les diverses disciplines médicales et ce, par type distinct de pathologie.

Par contre, ce qu'on livre à nos hommes d'état et à nos journalistes ce sont des coûts par unité d'ordonnance, ce qui fait comparer, par exemple, une ordonnance de généraliste, prescrite

pour un à trois mois dans plusieurs domaines de la pathologie à la fois, où s'additionnent des besoins relevant de spécialités distinctes, à des ordonnances de courte durée relevant d'une seule de ces spécialités.

La réalité des coûts comparés, à prestations égales dans le temps et de service rendu, s'en trouve complètement falsifiée. Autant comparer le prix d'une lampe de poche, aussi belle qu'elle puisse être, au coût d'une facture trimestrielle émise par l'E.D.F.

La production de soins médicaux se développe aujourd'hui non seulement hors du contrôle externe, l'ajustement rationnel par les lois du marché, mais aussi hors du contrôle interne, le filtrage médical efficace que seule une médecine générale de haute qualification pourrait assumer.

Conscients de ces faits nous avons demandé, devant la Commission Lachaux, que l'aide de nos Institutions de Recherche soit sollicitée pour étudier les mesures de fond qui nous paraissent urgentes. C'est dire que nous nous félicitons vivement que le pouvoir politique ait fait appel aux qualités de clairvoyance et d'organisation du Directeur de l'INSERM.

Nous relevons que les 12 thèses de son rapport se situent dans la visée du " renouveau de la médecine libérale ". C'est pointer, très justement, la nécessaire répartition harmonieuse des tâches pour faire pièce au poids régulièrement croissant du secteur hospitalier public et de sa part dans le coût des soins. En effet, les lourdes charges indirectes dérivant des fonctions de recherche et d'enseignement que l'hôpital public assume, à l'occasion des soins qu'on y dispense, sont destinés à s'accroître sans cesse et sont peu contrôlables. Aussi, la prise en charge de soins qui peuvent être assurés en ville, par la médecine libérale, est rationnelle pour une saine gestion de l'Assurance Maladie.

Nous sommes reconnaissants aussi à Monsieur Philippe LAZAR pour la corrélation ferme qu'il établit entre la recherche d'une décélération de la croissance des dépenses de santé et la revalorisation des actes intellectuels cliniques par rapport à l'inflation des actes techniques. C'est là, selon nous, l'axe de réflexion le plus intéressant à exploiter dans le sens de la régulation des coûts médicaux par la médecine générale.

Nous l'avons amplement démontré dans un rapport récemment remis à la C.N.A.M.T.S. sur les pratiques d'orientation en médecine générale.

Il va de soi que la revendication d'un rôle ambitieux, régulateur du système de santé, implique, chez nous et au dehors, une haute idée de notre discipline et la revendication d'une pratique hautement qualifiée. D'où l'aspect positif que nous voyons dans l'idée de formation universitaire complémentaire en économie, sociologie, psychologie, droit, statistique, etc, et celle de revaloriser radicalement nos actes intellectuels.

Cette revalorisation passe par une diversification dans la rémunération de nos divers actes de consultation, sur le modèle de nombreux pays libéraux où la fonction régulatrice des coûts par la médecine générale est partie intégrante du système de santé.

Il reste que le fondement premier d'une telle médecine générale de haute qualification requiert une recherche scientifique propre et un corps d'enseignants universitaires c'est-à-dire des professionnels à temps partiel mais statutaires, aux fins d'une formation initiale et continue du niveau requis.

Quant à voir enfin créer un secteur de santé publique et d'activité régulière à temps partagé, avec de réelles ambitions dans l'ordre de l'éducation sanitaire, de la prévention primaire et de la recherche, c'est évidemment le moyen de combler enfin une lacune criante de nos institutions médico-sociales, ce qui ne va pas sans projet sérieux et rémunérations adéquates.

En conclusion, nous disons qu'il faut féliciter Monsieur Philippe LAZAR pour n'avoir pas accepté la tâche impossible du mentor providentiel concoctant des mesures toutes faites. Nous savons aujourd'hui à quel degré de perfection arrivent, dans l'ordre du blocage des situations et de la catastrophe à distance, certaines vues d'apparence parfaitement logique comme les " pas de trop " qui ont été commis dans la Réforme Debré.

Nous approuvons pleinement la décision de proposer comme prochaine étape une réflexion sérieuse en vue de consensus sur les thèses proposées où tous les partenaires devront prendre leur part de responsabilités. Cela concerne tous les médecins mais aussi l'Etat, l'Université, les gestionnaires et les Institutions de Recherche !

Il restera à voir ensuite si nous avons encore de grands commis parmi nos fonctionnaires et des hommes politiques qui soient des hommes d'Etat.

Il serait pathétique de voir que l'actuelle législation qui se voulait sociale s'achève devant l'histoire en présidant au démantèlement de cette grande médecine sociale que la France a hérité de la Libération.

En 1989, la France comptait 10 millions de personnes âgées de plus de 60 ans. 3% seulement d'entre elles étaient prises en charge par les " structures de soins pour personnes âgées ", soit 278.570 personnes hébergées en établissements médicalisés et 38.320 soignées à domicile.

Une croissance rapide du nombre de demandeurs pour le type de soins en milieu hospitalier est à prévoir. En effet, l'image qui est offerte au public par le biais de quelques établissements " vitrines " dits de " soins palliatifs " idéalise l'hospitalisation des situations terminales de la vie sous leur forme hôtelière.

Dans le même temps, les mesures de remboursement " type Seguin " pour les prescriptions " en ville " destinées aux personnes âgées découragent les velléités de prise en charge par l'entourage direct. Or, opérant à très court terme, la classe politique est tentée d'étendre ces restrictions. A cela s'ajoutent la délégitimisation en cours de la médecine générale et les intérêts des puissants secteurs industriels du bâtiment, de l'outillage médical et de l'hôtellerie. Dès lors, le travail de notre confrère H. Schneider prend un relief saisissant car il démontre à quel point sont proches les performances médicales des soins à domicile pour personnes âgées et celles délivrées par les services de long séjour.

Les calculs de coûts ne prennent en compte que les frais de fonctionnement. Remarquons d'emblée que, sur le plan économique, il existe une différence de taille : l'hospitalisation de ces millions de personnes dépendantes implique de gigantesques investissements que les soins à domicile ignorent !

Quant à l'aspect humain, nous avons laissé le mot de la fin à un témoin oculaire.