

Sécurité sociale : La médecine en butte aux restrictions des soins

par Yves SAINT-JOURS, Professeur émérite à l'Université de Perpignan

La maîtrise des dépenses de santé, très largement centrée sur la restriction des soins, prête le flanc à bien des dérives, officiellement orchestrées, des pratiques médicales. Les tableaux statistiques de l'activité des praticiens (TSAP) dits *profils médicaux* et ensuite les références professionnelles opposables (RPO) ont engendré, en raison de leur caractère répressif, la fronde d'une médecine défensive. Pour retourner cette situation, les accords dits de *bon usage des soins*, ont été mis en oeuvre, de manière à solliciter les médecins d'accepter, pour quelques subsides supplémentaires, de restreindre leurs prescriptions délivrées aux assurés sociaux, au risque d'instaurer une médecine sélective.

Cette stratégie vise insidieusement à déstabiliser le service public de la Sécurité sociale et à livrer corrélativement le marché de la santé aux assurances privées en s'inspirant notamment de pratiques glanées aux USA. D'autres pratiques y contribuent également qui visent à réduire l'offre des soins : *numerus clausus* à l'entrée des facultés de médecine (1), possibilité de prendre une retraite anticipée pour les médecins (2)... dont la nocivité est connue : pénurie de médecins et autres professionnels de santé, spécialités médicales en voie de désertion : anesthésie, gynécologie, chirurgie...

La médecine est ainsi prise dans le tourbillon de la maîtrise des dépenses de santé entre une réaction défensive et une incitation sélective dont l'issue ne peut laisser personne indifférent.

I. La réaction défensive

Depuis 1971, les conventions médicales sont conclues au plan national et le champ de leur objet a été étendu de la détermination des honoraires médicaux au contrôle médico-administratif des prescriptions médicales. Dans un premier temps les CPAM furent invitées à procéder, pour tous les praticiens de leur circonscription, à l'établissement, à partir des TSAP précités, de leurs profils respectifs en matière de prescription médicale. Dès lors que le profil d'un praticien paraissait inhabituel par rapport à celui de ses confrères appartenant à la même discipline médicale, une procédure était prévue afin d'obtenir de l'intéressé une autodiscipline et, à défaut, sa mise hors convention.

La diversité de clientèle d'un praticien à un autre, selon les âges, l'implantation géographique, l'environnement économique et social... à défaut, d'être suffisamment prise en compte, devait susciter une vive réaction du corps médical. Les médecins ont dès lors, commencé à se réfugier dans une médecine défensive, consistant à diriger vers l'hôpital tout patient dont le traitement prévisible est susceptible d'altérer le

profil médical du praticien et de lui occasionner moult tracas administratifs.

En raison du coût très lourd de leur établissement et de leur propension à être neutralisés, les TSAP ont sombré dans un fiasco tout aussi retentissant que celui qu'ils connurent en Allemagne d'où venait leur inspiration.

Dans un second temps, le plan Juppé s'est engouffré dans la brèche des références médicales opposables (RMO) (3) : utilisées aux USA par les MCO (4) ces organismes, généralement placés sous la coupe des compagnies d'assurance, assurent une couverture médicale pour une cotisation forfaitaire et pratiquent, en raison de leur finalité commerciale, une autolimitation des soins. Les RMO sont devenues des références professionnelles opposables (RPO) (5) déterminées par des conventions ou, à défaut, un règlement intérieur minimum, applicables aux professions de santé : médecins, chirurgiens, dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux et masseur kinésithérapeutes.

(1) Effectif depuis 1978, le *numerus clausus* a eu pour effet de réduire de 8150 étudiants de première année de médecine à 3500 en 1995 (Précis Dalloz de droit de la sécurité sociale 13^e édition 1998 p.413, note 1).

(2) Art. 5 de l'Ord. du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

(3) Voir Y. Saint-Jours "Les références médicales opposables:

sauvetage ou naufrage de l'assurance maladie", JCP 1996 ed. G. n° 16 Actualités.

(4) *Managed Care Organisation*, ce terme générique désigne un organisme d'assurance maladie américain qui peut revêtir plusieurs formes, dont les *Health Maintenance Organisation* (HMO) sont les plus connues.

(5) Art L.162-5 à L.162-15 Code Séc. soc.

Les praticiens conventionnés qui ne respectent pas les RPO dans leurs prescriptions médicales s'exposent à la suppression ou à la réduction de la participation (environ 750 euros par mois en moyenne) de la Caisse de Sécurité sociale concernée, à leurs cotisations sociales.

Le caractère répressif des RPO a pour conséquence, à l'instar des TSAP, d'accentuer le refuge des praticiens dans la médecine défensive en se défaussant de leurs obligations contractuelles indirectement sur des confrères et plus généralement sur les services hospitaliers. Comme elle se

pratique en cascade, la médecine défensive génère pour la Sécurité sociale, et parfois pour les patients, des surcoûts financiers : surcharges des services hospitaliers et notamment ceux des urgences, répercussions budgétaires négatives sur la gestion des personnels, du matériel et de l'entretien et, par ricochet, croissance anormale des maladies nosocomiales, voire iatrogènes.

Côté dégâts collatéraux, c'est pas mal réussi, mais il y a pire encore.

II. L'incitation sélective

Les mesures répressives : mise hors convention, réduction ou suppression d'avantages sociaux... ayant fait montre, avec la réplique de la médecine défensive, de leurs propres limites, le législateur, toujours dans la logique du plan Juppé, a institué progressivement, depuis le début de l'année 2000, un système de gratification en faveur des médecins, et autres professions de santé, qui s'engagent à réduire leurs prescriptions ou prestations en adhérant à cet effet à des accords dits *de bon usage des soins* (6).

Dans le cadre de ces accords, les professionnels conventionnés ont droit, en contrepartie de leur engagement contractuel, à percevoir un complément forfaitaire de rémunération correspondant à une partie des dépenses évitées à la Sécurité sociale, par la mise en oeuvre de l'accord concerné. C'est une invitation directe et officielle à l'aliénation de l'indépendance professionnelle des médecins et autres professions de la santé (7). L'illustration en est donnée par l'accord de bon usage des soins en matière de polymédication des personnes âgées qui limite, contre une poignée d'euros, les ordonnances à cinq médicaments pour les plus de 75 ans, et ce au mépris de toute éthique médicale (8).

Cette incitation subsidiée à accepter de donner des soins sélectifs aux assurés sociaux en fonction de l'âge, ou de tout autre critère de circonstance, dérive de « *l'incentive system* » américain. Elle en présente tous les inconvénients. Les médecins américains liés aux HMO s'engagent par contrat à ne révéler ni l'existence, ni *a fortiori* le contenu des "incitations" à restreindre les soins. En contrepartie, ils s'exposent en permanence de la part de patients, aussi méfiants que mécontents des soins reçus, à des actions en dommages punitifs recouvrant, en substance, les dommages intérêts pour le préjudice subi et des pénalités financières pour la tromperie dont ils ont été l'objet. C'est cette institution d'une médecine sélective qu'il convient d'avoir à l'esprit lorsque l'on se réfère au

phénomène des actions en justice contre les médecins aux USA (9).

Dès lors que les causes semblables tendent à produire des effets identiques, nous ne tarderons guère à voir surgir, dans le sillage des accords de bon usage des soins instituant une médecine sélective, des actions en dommages intérêts renforcés à l'encontre des médecins (et éventuellement des autres professionnels de la santé ainsi que des Caisses de Sécurité sociale) de la part de patients qui estimeront, à tort ou à raison, n'avoir point reçu des soins conformes aux données acquises de la science (10) et dès lors qu'une telle pratique dolosive, eu égard à l'éthique médicale, aura de surcroît gravement altéré leur état de santé (11).

En conclusion, on peut facilement imaginer quels seraient les ravages d'une médecine sélective privilégiant, par malheur, l'appât du gain sur la santé et la vie d'autrui, dans le cadre d'une recomposition libérale de notre système de Sécurité sociale et tirer les conclusions qui s'imposent pour tenir en échec une telle stratégie du désastre social. Des moyens considérables existent pour maîtriser les dépenses de santé. En voici deux exemples :

– d'une part, l'industrie pharmaceutique réalise grâce à la Sécurité sociale un taux de profit moyen de 18,6% contre 15,8% pour les banques commerciales qui, bien que se livrant à la spéculation financière, n'arrivent qu'en seconde position (12),

– d'autre part, une politique plus conséquente de prévention à tous les niveaux : école, travail, loisirs..., permettrait d'éliminer bien des risques dont les coûts financiers et humains sont considérables (13).

Ce ne sont pas les moyens qui font défaut, mais une volonté politique qui ne leur tourne pas le dos.

Yves Saint-Jours

(6) Art. L. 162-12-17 à L. 162-12-20 Code Séc. soc. résultant des lois n° 99-1140 du 29 décembre 1999 et n° 2002-323 du 6 mars 2002.

(7) L'art. 5 du Code de déontologie médicale dispose que « *le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* ».

(8) L'art. L. 162-2 Code Séc. soc. rappelle les principes déontologiques fondamentaux de la médecine qui, quoique malmenés, ne sont pas devenus désuets.

(9) Pour une vue d'ensemble sur ce sujet, voir Pierre Loiseau, *La maîtrise de dépense de santé confrontée à la responsabilité médicale en France et aux Etats-Unis*, Thèse de droit, Université de Perpignan, 2004.

(10) L'obligation contractuelle qui lie le médecin a été défini par le célèbre arrêt Mercier « *Attendu qu'il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant pour le praticien l'engagement, sinon bien évidemment de guérir le malade, du moins de lui donner des soins non pas quelconques, mais*

conscientieux, attentifs et réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ». Cass. Civ. 20 mai 1936. DP 1936-1.88, concl. Matter, rap. Jossierand, note E.P., S 1937-1-321, note Breton. Sur la constance de cette jurisprudence toujours actuelle, voir not. Michele Harichaux « *L'obligation du médecin de respecter les données de la science : A propos du cinquantenaire de l'arrêt Mercier* » JCP 1987 ed.G-I-3306.

(11) Le biais des accords de bon usage des soins est susceptible de servir de support à l'introduction dans notre droit des dommages punitifs à l'instar des USA.

(12) Voir Philippe Pignare, *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*, Ed. La Découverte 2003 p. 13, et l'auteur de souligner que l'industrie pharmaceutique est, pour les pays occidentaux et les Etats-Unis, « *le joyau de la couronne capitaliste* ».

(13) Voir Y. Saint-Jours "La Sécurité sociale et la prévention des risques sociaux", Dr. Soc. 1994 p. 594.