



Le samedi 24 novembre 1990, l'association
Demain La Santé
organisait à l'Assemblée Nationale un colloque :
L'avenir des Jeunes Médecins
vraies / fausses vérités de la démographie médicale

N°2
mars 1991

La Gazette de

Après les ateliers du matin consacrés à l'hôpital, la nouvelle convention, la formation et les débouchés, la séance plénière de l'après-midi a permis d'approfondir le sujet brûlant de la démographie

compte rendu du colloque, séance plénière de l'après-midi

L'après-midi a commencé par une analyse de l'exercice actuel de la médecine, décrite tour à tour par des observateurs extérieurs, des acteurs directs et quelques-uns de ceux qui sont censés l'administrer.

I. l'état des lieux

Michel Arliaud, sociologue au CNRS, s'intéresse depuis longtemps à la pratique médicale. Il met en relief la fracture généralistes-spécialistes, qui s'organise autour de la technicité. Elle induit une différence de condition matérielle et symbolique offrant une grille de lecture plus pertinente que le seul discours sur l'argent; celui-ci est une esquive par rapport à l'**expérience d'illégitimité des généralistes et des spécialistes non-techniciens**. Les syndicats médicaux n'arrivent pas à exprimer le malaise qui en résulte. Pour lui, il est indispensable de "déplacer la zone de pertinence de la médecine dans la santé", et de préférer une motivation positive, fondée sur la reconnaissance de l'utilité et de l'efficacité des actions de prévention, à une simple motivation utilitariste, comme un complément de revenu.

Jean-François Girard, Directeur Général de la Santé, estime que le faible revenu de certains d'entre eux est le principal argument pour dire qu'il y a trop de généralistes. Il rapporte ensuite qu'il reçoit des demandes de reconversion de la part d'hospitalo-universitaires à la brillante carrière, ce qui souligne que ce besoin n'est pas uniquement le fait de problèmes économiques, mais peut refléter une insatis-

faction professionnelle ou un besoin de changement à mi-vie.

Philippe Lazar, directeur de l'INSERM, rappelle que l'application d'un numerus clausus est illusoire, dans la mesure où les règlements de la CEE en permettent le contournement.

Quand à Jean-Marie Benech, médecin conseil régional de la Sécurité Sociale, il estime qu'il est indispensable d'orienter l'installation des praticiens libéraux; la méthode autoritaire n'apparaît pas souhaitable, et il faut étudier des incitations tarifaires et/ou fiscales.

II. la "pléthore" vue par les médecins

Il est apparu pendant toute l'après-midi une large convergence sur le prétendu problème de la pléthore médicale : comme l'a souligné Michel Arliaud, cette plainte est éternelle; pour le corps médical, il y a toujours trop de médecins. Une seule période fait exception, entre 1960 et 1975. Bertrand Weil, ex-doyen de Créteil et ancien conseiller du ministre de l'Education Nationale, rappelle que le nombre de diplômés de médecins non utilisés reste constant entre 1975 et 1990 (environ 14%). D'après Philippe Lazar, si excès il y a, il est temporaire, et former actuellement 4000 étudiants par an est insuffisant pour assurer le renouvellement des 130 000 médecins en activité. Enfin, Jean-François Girard fait remarquer qu'il y a plutôt **un surplus de spécialistes** qu'une pléthore générale; pourtant, ce n'est pas eux qu'on songe à reconverter.

On rappelle dans la salle qu'il faudrait peut-être prendre l'avis des principaux concernés : qui veut se reconverter, combien et pourquoi. D'ailleurs, des enquêtes pour savoir comment prescrivent les jeunes médecins, par exemple les remplaçants, donneraient une idée sur l'évolution à venir et les conséquences d'éventuelles reconversions.

III. des besoins mal satisfaits

Cependant une réorientation d'une partie de l'activité médicale est apparue nécessaire.

Le bilan critique de notre médecine réparatrice et technicienne pourrait mieux mettre en évidence des dysfonctionnements que l'on pressent. Cette médecine laisse manifestement échapper des plaintes. Des champs d'activité sont délaissés. Pour Philippe Lazar, la médecine scolaire est un point central. Elle devrait permettre une "éducation civique" de la santé, préparant les individus à une prise en charge mieux raisonnée de leur propre santé, et une correction des inégalités sociales dans l'accès à l'information sur la santé et le dépistage. Il évalue les besoins à l'équivalent de 20 000 temps-pleins, mais préfère une généralisation du "temps partagé" à un système de reconversion.

Pourtant, on peut trouver des exemples d'efficacité de politiques de prévention bien conduites; un intervenant rappelle que le Conseil Général de Seine St Denis, avec un budget de

29 F par an par enfant de 0 à 6 ans, a obtenu une diminution de 40% de l'incidence des caries.

L'ensemble des intervenants convient que **les études médicales actuelles préparent mal les médecins à une approche plus globale et sociale de la santé.** Une réforme est donc indispensable. Le problème est de la définir, puis de la faire accepter par un corps enseignant sûr de son savoir et crispé sur ses prérogatives. Pour Jean-François Girard, la Formation Médicale Continue est un bon moyen de faire évoluer... les enseignants.

IV. quelle pratique médicale ?

Le débat sur la démographie médicale ne peut éviter de préciser le champ de l'exercice médical : des médecins, mais pour quoi faire, quel peut être leur mode de rémunération et quel doit être le domaine de la protection sociale.

Pour Michel Arliaud, la définition de l'OMS ouvre la voie à des extensions indéfinies de la notion de santé. On a pu croire quelque temps qu'on allait couvrir ces besoins. Mais le remboursement généralisé a ouvert un marché infini, par définition incontrôlable. En fait, ces besoins sont plus socialement produits que "naturels". La question des limites est un débat de société qui ne doit pas rester dans le corps médical, et il n'est pas forcément gérable.

Jean-Marie Benech affirme que la question fondamentale est "combien de médecins, pour quoi faire ?"; il ne voit pas pourquoi la médecine non prescriptive serait prise en charge par la Sécurité Sociale. Par ailleurs, le mi-temps médico-social ne résoudra pas forcément le problème de la surprescription : celui qui voyait 20 patients dans la journée en verra 20 en une demi-journée, et pas forcément en prenant plus de temps pour chacun... Bertrand Weil ajoute qu'avant de dire que faire de la santé publique aux médecins diminuera les prescriptions, il faudrait en faire la preuve.

Dans la salle, on préfère parler de dépenses induites plutôt que de coût des prescriptions au décours d'une consultation. Cette nuance permettrait de mettre en évidence le rôle de certains spécialistes, qui ordonnent des traitements et des protocoles que les généralistes ne font que mettre en œuvre. On évoque aussi l'absence d'évolution de carrière pour les médecins libéraux, qui ne peuvent, en secteur 1, qu'augmenter leur activité. De même, si on cherche à se former et à se perfectionner, on ne

peut qu'y perdre en terme de recette. Enfin, il ne faut pas oublier que l'acte et la prescription dépendent aussi du patient.

V. comment faire évoluer la politique de santé

Si tous reconnaissent le besoin d'une réforme profonde du système de santé, l'inertie qui le caractérise tout particulièrement décourage certains intervenants.

Philippe Lazar reconnaît que, effectivement, il va falloir savoir qui paie, et que la Sécurité Sociale, telle qu'elle existe actuellement, n'est assurément pas encline à gérer une médecine au sens large du terme. Une réforme des ordonnances de 45 est peut-être à envisager. Pour Michel Arliaud, **la rémunération des médecins ne peut plus se résumer à une simple collection d'honoraires**; il faut lui substituer une véritable politique des revenus. Définir la légitimité des besoins nécessite un vrai travail politique, et ce n'est qu'ensuite que la question des moyens à y affecter devrait être posée.

En définitive, pour Michel Arliaud, tout ordre scientifique est aussi un ordre social. La crise de la profession nous donne l'occasion de redéfinir le rôle des médecins, de voir ce qui ne colle pas dans l'organisation et l'efficacité de la médecine. Le problème de la reconversion est un discours idéologique de couverture des crises. En tout cas, la volonté de mouvement est significative d'un mal-être.

T T T T T

Demain La Santé un autre regard sur la politique de santé

l'opinion

Qui parle de pléthore ?

Quelles que soient les conditions objectives, les médecins en place ont toujours conservé le souci d'éliminer la concurrence, enviant secrètement la situation des pharmaciens dont l'installation est réglementée. On comprend donc les motivations des divers syndicats médicaux. Pourtant, le CREDOC a montré que, depuis quelques années, les revenus des médecins augmentaient plus que pour la moyenne des salariés, même si des variations par date d'installation et par spécialité doivent nuancer ces résultats globaux.

D'autres intervenants (Sécurité Sociale, économistes) sont concernés par l'inflation galopante des dépenses de Santé. Leur ambition est surtout en limitant l'offre de soins, de modérer la part du revenu médical dans cette augmentation et en limitant le nombre de prescripteurs, de limiter le coût des prescriptions.

Mais rien ne prouve qu'en éliminant quelques médecins parmi les moins actifs, on modifiera sensiblement le volume des prescriptions, ni l'évolution des coûts de la Santé.

On le voit, la **notion de pléthore repose uniquement sur des considérations financières.** A aucun moment, les besoins de santé ne sont évoqués. Personne n'a osé dire : les Français sont trop bien soignés, il n'y a plus besoin de médecins. Il s'agit pourtant, à notre avis, du principal critère d'analyse dans la conduite d'une politique de santé : faudra-t-il plus ou moins de médecins pour soigner la population? En particulier, il est à redouter que le vieillissement de la population n'entraîne de nouveaux besoins, et si la gérontologie ne demande pas forcément des moyens technologiques importants, elle réclame beaucoup de temps et d'intelligence médicale.

une structure médicale figée

La sensation de pléthore dépend du fonctionnement du système de santé. En effet, c'est surtout le médecin libéral dont la consultation coûte près de 500 F (honoraires 90 F, pharmacie et prescription variées environ 400 F)

Depuis quelques années, divers intervenants reprennent régulièrement un thème lancinant : il y aurait actuellement 20 000 médecins en trop, bientôt deux fois plus. Un dossier récent de la CNAM en faisait état, et le rapport Lazar précise "Bien qu'aucune démonstration formelle n'en conforte l'affirmation, l'un des points qui réunissent d'emblée un consensus presque parfait est que le nombre de médecins est d'ores et déjà trop élevé". Au moment où les arguments les plus indigents continuent à monopoliser le débat, il nous est apparu indispensable de rappeler quelques évidences.

T T T T T

qui est visé par les économistes, et c'est le concurrent qui va piquer quelques consultations à 90 F qui est redouté par les honorables confrères.

Le problème de la démographie médicale est donc **intimement lié à l'exercice médical libéral et strictement curatif, à la rémunération à l'acte, à la possibilité de prescrire n'importe quoi n'importe comment**. Si l'on considère le coût induit par l'activité du corps médical, on s'aperçoit qu'il y a des marges de manoeuvres permettant de dégager des ressources importantes en limitant les prescriptions les moins justifiées, et sans attenter au niveau sanitaire de la population : la majeure partie des honoraires médicaux ne fait que transiter par les mains des médecins pour financer l'industrie biomédicale, dont il est bon de rappeler qu'elle est très majoritairement étrangère, et même extra-européenne.

Il y a tout lieu de penser qu'une bonne partie de cette activité médico-technique ne profite en rien à l'état de santé des patients. Elle est pratiquée, selon les cas :

- par habitude
- à la suite d'un enseignement inadapté
- pour amortir un matériel sous employé
- pour la réputation de technicité qui l'accompagne

Il semble tout à fait possible de restructurer les dépenses de santé en modifiant les modalités d'acquisition et d'utilisation du matériel, ainsi que l'accès à la technologie en fonction de

la réalité du service rendu; une condition préliminaire reste la réorganisation de la recherche et de l'enseignement.

Ceci ne peut toutefois se faire qu'aux dépens d'autres bénéficiaires du système, comme l'hôpital, ou l'industrie pharmaceutique et biomédicale. Ce choix est donc un choix politique, qui fera des mécontents et heurtera des intérêts puis-sants. Il devra être appuyé sur des considérations de Santé Publique, oubliant quelques instants le bilan comptable à court terme. Il permettrait de dégager des ressources nouvelles pour la croissance technologique et la prise en compte des besoins insatisfaits.

une dangereuse diminution du numerus clausus

De l'aveu même de ses promoteurs, la baisse du numerus clausus, même à 2000, ne pourra pas résorber le pic démographique des années à venir. Mais maintenir ce chiffre empêcherait le renouvellement du corps médical, et il faudrait à nouveau, et rapidement, le réaugmenter. De tels coups d'accordéons sont insupportables pour le système d'enseignement, et notamment pour les services formateurs des hôpitaux. En particulier, les départs d'internes seront (du moins, il faut l'espérer...) compensés par des recrutements de praticiens hospitaliers. Ce sont autant de postes formateurs qui disparaîtront, et on se retrouverait peu après dans la situation des années 70, quand les étudiants se bousculaient pour examiner les rares patients qui

leur tombaient sous la main.

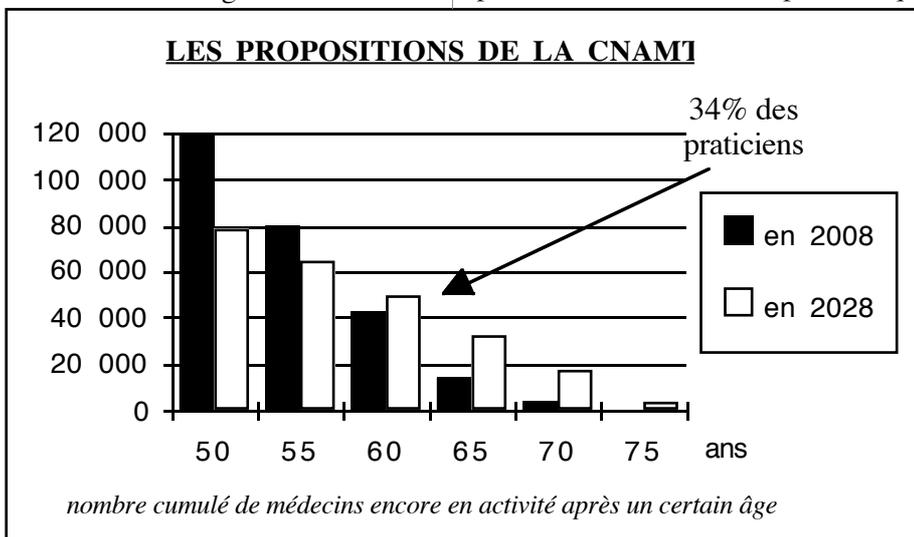
Les propositions de la CNAMTS : l'aveuglement technocratique

Aujourd'hui, la CNAMTS veut reconverter les médecins de 25-35 ans, et proposerait 500 000 F aux médecins pour qu'ils fassent autre chose que de la médecine. Après les centaines de milliers de francs que viennent de coûter leurs études, voilà une intelligente utilisation des deniers publics!!!

Personne ne croit à l'angélisme, et le revenu des 4740 médecins à faible activité recensés par le CREDES n'intéresse que les intéressés. Le principal objectif des reconvertisseurs est économique. Et il s'agit moins des honoraires que des prescriptions. A la limite, certains préféreraient payer richement les médecins à ne rien faire que de les laisser prescrire. Pour reprendre les termes de Gilles Johannet dans une brochure de la CNAMTS, on est frappé du niveau intellectuel extrêmement faible de ce raisonnement.

Il y a fort à parier que ceux qui se laisseront tenter par une reconversion seront des généralistes à faible activité, peu prescripteurs. Il serait par contre sûrement coûteux et difficile d'essayer de retirer du marché le jeune cardiologue qui vient de s'installer à grands frais, accumulant écho-doppler, ECG d'effort, Holters, prescrivant les médicaments les plus récents et les plus chers tout en envoyant tous les patients qui toussent se faire faire une endoscopie bronchique chez son pneumologue d'associé.

Par ailleurs, les médecins récemment formés sont les plus aptes à affronter la nécessaire évolution vers une médecine plus globale, aux décisions mieux évaluées. Ils ont pour la plupart un embryon de culture en statistique et en épidémiologie, et une réflexion mesurée sur la thérapeutique. Ils lisent "Prescrire" et jettent "Abstract Cardio" sans l'ouvrir. Ils n'ont pas encore la redoutable inertie que confèrent 20 ans de pratique sans autre recyclage qu'une presse médicale gratuite financée par les labos; ils n'ont pas subi le martelage insidieux de la publicité rédactionnelle, des pseudo-FMC et de l'incessante visite médicale.



(d'après la brochure de la CNAMTS sur la démographie médicale)

Des enquêtes ont montré à plusieurs reprises, depuis la fin des années 70, qu'ils sont les plus prêts à envisager une prise en charge sociale d'une partie de leur activité, ce que redoutent tant certains syndicats "libéraux". Ce sont ces mêmes syndicats qui font preuve de "sinistrose démographique".

L'observation attentive des pyramides des âges découlant des mesures proposées par la CNAMTS est instruc-

tive : à partir de l'an 2000, le corps médical sera en bonne partie composé de vieillards cacochymes et dépassés. Dès 2008, 43 000 médecins auront plus de 60 ans; en 2028, 34% des 150 000 médecins en activité auront entre 60 et 80 ans. Est-ce vraiment ce que cherche la CNAM, y a-t-il là derrière d'autres projets? Faut-il y voir l'adaptation de la population des soignants à celle des soignés, les retraités devant représenter plus de 30% des

Français à cette époque...

les proposi-

Pour nous, la démographie est le type même du faux problème qui cristallise les débats. A ceux qui, comme M. Barrot, veulent reconverter les médecins comme on a reconverti les mineurs, nous préférons ceux qui parlent d'une réorientation de l'activité médicale dans son ensemble.

Il est temps de dire qu'il faut sortir d'une gestion strictement comptable de la Santé Publique.

Plus que jamais, il est indispensable de mettre en œuvre quelque chose qui ressemble enfin à une politique de Santé, en commençant par définir les besoins à prendre en compte et leurs limites, ce qu'il est nécessaire de prendre en charge, et les moyens (médicaux et autres) à mettre en œuvre pour y arriver. Ensuite, on pourra redéfinir de véritables objectifs pour la recherche et l'enseignement, puis envisager les moyens de la remise à niveau de l'existant.

En attendant, la mise en œuvre d'une telle politique nécessitera encore quelques années de "déficit", ou plutôt d'investissement.

Bien sûr, cette politique risque de nécessiter un certain nombre de reconversions, dont certaines seront douloureuses. Bien sûr, il faudra bousculer des institutions vénérables, vénérées et puissantes; la Sécurité Sociale, l'INSERM et bien d'autres fossiles devront réexaminer leur mode de fonctionnement. Bien sûr, il faudra se heurter violemment aux intérêts de quelques castes qui

Demain La Santé un autre regard sur la politique de santé

Contact : Thierry GERVAIS , 102 rue Lemer cier, 75017
PARIS.

abonnez-vous à la " Gazette de DLS "