

## **Mort planifiée de la médecine libérale : A qui profite le crime ?**

14 Avril 2015. Au bout d'un long parcours semé d'embûches et de contestations, la Loi Santé de Marisol Touraine est adoptée en première lecture par l'Assemblée Nationale. La ministre pavoise, la presse salue cette « victoire », les opposants continuent à marteler leur refus de plusieurs dispositions de cette Loi dont l'emblématique Tiers-Payant Généralisé, qui a concentré une bonne partie (mais pas la totalité) des critiques.

### **Le tiers-payant : mesure de justice sociale... ou mise en coupe réglée des médecins par les assureurs ?**

Du côté du service de communication de la Ministre, les choses sont simples : le tiers-payant généralisé est une avancée sociale, qui permettra aux Français d'accéder plus facilement aux soins. Seuls s'y opposaient des médecins passésistes, attachés à un paiement à l'acte suranné.

En face, les opposants pointent inlassablement les mensonges du ministère :

1- Sur le plan social, le tiers-payant, déjà largement appliqué par les médecins, ne modifiera en rien les possibilités d'accès aux soins en dentisterie et en optique, deux domaines abandonnés par l'Assurance-Maladie qui concentrent l'immense majorité des renoncements aux soins.

2- Sur le plan technique, du fait des difficultés de recouvrement des honoraires auprès des 600 complémentaires françaises, le tiers-payant a un coût, calculé dans de nombreuses études à plus de 4 euros par acte. Ce coût plombe lourdement les comptes des centres de santé qui pratiquent le tiers-payant intégral (sur la part Sécurité Sociale comme sur la part complémentaire) et les hôpitaux. Sont pointés du doigt les systèmes informatiques obsolètes, voire la mauvaise volonté de nombreuses complémentaires plus promptes à augmenter chaque année leurs cotisations qu'à rembourser les soins. La catastrophique Mutuelle des Etudiants, vivier et vache-à-lait du Parti Socialiste depuis les temps pas si anciens où elle s'appelait la MNEF, en est un pitoyable exemple.

3- Sur le plan éthique, enfin, les opposants répètent que le tiers-payant donnera aux complémentaires un levier de pression sur les professionnels de santé, selon l'adage qui veut que celui qui paie commande.

Au-delà des satisfecit, des pleines pages déroulant des portraits d'une ministre forcément courageuse, forcément féministe, tenant avec ferveur la barre sociale contre tous les obscurantismes, peu d'écho est donné aux dénonciations des perdants du moment.

C'est le cas des associations de patients non stipendiées par le ministère, qui pointent que Marisol Touraine et François Hollande, farouchement opposés aux franchises sur les soins du temps où ils étaient dans l'opposition, les ont maintenues et ont conditionné l'application du tiers-payant à l'autorisation donnée par le patient de prélever directement ces mêmes franchises sur son compte bancaire. Cette disposition va interdire de tiers-payant social les patients démunis avec qui le médecin pratiquait jusque-là une dispense d'avance de frais, et, pour qui connaît vraiment « la France d'en bas », générera probablement une flopée d'interdictions bancaires...

C'est aussi le cas des professionnels de santé qui pointent qu'au final, les Agences Régionales de Santé définiront le panier de soins. Le paiement par l'assureur sera conditionné étroitement au respect par le soignant du cahier des charges prédéfini, dont le but sera naturellement l'économie, ou l'efficacité, selon le terme préféré des énarques, ce qui conduira mécaniquement à privilégier les soins les moins coûteux. A moins que le patient ne choisisse une sur-complémentaire, dont les assureurs dessinent déjà les contours... et les tarifs.

Dans ce contexte tendu, France-Culture invite le 19 Avril dans l'émission « L'économie en questions » quatre économistes pour discuter de ce projet de loi santé, parmi lesquels Brigitte Dormont, économiste, professeur à l'Université Paris Dauphine, spécialiste de questions de santé, dont les prises de positions font référence au Parti Socialiste. Et là, dans l'ambiance feutrée des studios de la radio qui vient de mettre un terme à une longue grève, elle se lâche, comme aucun membre de l'entourage de la Ministre n'a osé le faire jusqu'ici.

Au sujet du tiers-payant, Brigitte Dormont dit :

*"C'est la mort annoncée de la médecine libérale et c'est une bonne chose parce que la médecine libérale est incompatible avec un système d'assurance maladie comme le nôtre »(39'14")*

*"L'intérêt principal est que les circuits financiers ont changé » (40'17") "Le tiers payant généralisé rend les médecins dépendants du financeur » (40'38") "Si l'Assurance maladie veut faire pression sur les médecins , elle a les moyens financiers de faire pression sur les médecins » (40'53") "Les médecins recevront leurs rémunérations de la Sécurité sociale ou de l'organisme qui sera en charge du paiement » (41'05") "Les médecins vont dépendre pour leur niveau de vie, pour leur rémunération, du financeur » (41'15")*

En l'espace de trois minutes, une économiste de la santé proche du Parti Socialiste, conseillère du Premier Ministre, membre d'un impressionnant réseau de comités et de think-tanks, annonce sans ambages que le tiers-payant, loin d'être une simple mesure administrative de justice sociale, obéit à une volonté planifiée d'attenter à l'indépendance des médecins, de donner aux assureurs le moyen de faire pression sur eux, et d'organiser « *la mort annoncée de la médecine libérale* ».

Cette mise à mort est d'ailleurs « *une bonne chose* » nous annonce l'économiste, au motif que « *la médecine libérale est incompatible avec un système d'assurance maladie comme le nôtre* ».

La jubilation avec laquelle Brigitte Dormont fête ainsi la mort de la médecine libérale pose question, et nous a amené à nous intéresser à ses publications comme à son réseau d'influence.

## **Le médecin généraliste, cette machine à faire du fric... pourtant en voie de disparition**

Dans de nombreuses publications, Brigitte Dormont ne masque pas le mépris dans lequel elle tient les médecins. Le portrait qu'elle dessine en creux du corps médical a le mérite de la simplicité : on devient médecin par intérêt. Par pur intérêt financier. Et une fois médecin, on s'arrange pour maximiser les profits, engranger le plus d'argent possible, en induisant une demande chez des patients captifs (c'est le syndrome du docteur Knock) et en écourtant les consultations pour faire du chiffre. Toute motivation altruiste est écartée, le médecin est ramené à une simple machine économique vouée à faire du fric.

A noter que ce concept de la demande induite, battu en brèche par de nombreux articles, est à l'origine de la pénurie médicale actuelle. De puissants économistes de la santé, dont Brigitte Dormont, ont considéré depuis des décennies les médecins comme des agents pathogènes, dont la libération au sein de la collectivité entraînait inmanquablement un flot de dépenses induites : restreindre le nombre de médecins en exercice afin de restreindre les soins et donc les maladies, a été le fil d'or de la politique de santé suivie ces trente dernières années, avec le succès que l'ont voit actuellement : une population de médecins vieillissante, une désertification accélérée qui touche jusqu'au coeur des grandes villes.

Emblématique de cette conception d'une médecine de ville uniquement vouée à « faire du chiffre », le titre d'un des travaux de Brigitte Dormont : « **Est-il profitable d'être médecin généraliste ?** » L'économiste y professe de comparer les revenus et le niveau de vie des cadres supérieurs et des médecins, au moyen d'une équation économétrique dont elle a le secret.

$$V^p = \sum_{t=1}^T \frac{1}{(1+r)^t} (Inc_t^p - \gamma_t)$$

Mais dans le calcul de la valeur théorique de la carrière d'un médecin, elle se retrouve dans l'incapacité de quantifier un terme de son équation : GammaT, le « différentiel d'utilité » qui pourrait représenter les avantages et les inconvénients du métier de généraliste libéral (aussi bien le prestige local de la fonction, l'absence relative de hiérarchie, que les horaires à rallonge, les gardes de nuit, le stress de la responsabilité, l'absence de congés payés, l'absence de couverture sociale en cas de maladie... une multitude de facteurs qui intéresseraient un sociologue ou un simple humaniste cherchant à comprendre pourquoi le taux de suicide chez les médecins est trois fois supérieur à celui du reste de la population, et pourquoi la France devient un désert médical, nombre de jeunes diplômés optant pour des carrières administratives...) Qu'à cela ne tienne. Rien ne résiste au zèle simplificateur de Brigitte Dormont. Toute sa théorie est basée sur UNE équation dont l'une des données lui est inaccessible....

$$V^e = \sum_{t=1}^T \frac{1}{(1+r)^t} Inc_t^e$$

Pas de problème! Elle élimine cette donnée. Ayant éliminé ce qui gêne, elle peut continuer tranquillement à prouver, tel un Lyssenko du 21ème siècle, son postulat de départ.

Éliminer ce qui gêne, discréditer ce qui ne va pas dans son sens... une attitude très curieuse pour un scientifique, mais à Paris Dauphine, apparemment, cela ne choque pas. Comme ne choque pas non plus la conclusion de l'article, où, forcée malgré tout de faire référence quelques secondes au réel, Brigitte Dormont doit aborder la question des horaires de travail des médecins. Problème gênant : le différentiel de revenu entre cadre et médecin, de l'ordre de 20%, semble peu ou prou correspondre au différentiel de temps de travail hebdomadaire des deux métiers : 41h43 pour les cadres (en 2004) et 52h46 pour les généralistes. Mais il en faut beaucoup plus pour freiner l'ardeur réformatrice de Brigitte Dormont : « *On sait par exemple que les médecins libéraux intègrent dans leur durée du travail le temps passé à la lecture d'articles médicaux pour actualiser leurs connaissances (2h30), les consultations gratuites, etc. Les cadres interrogés dans l'enquête emploi ont-ils la même conception des activités qui doivent être incluses dans le périmètre de leur temps de travail ?* » Le silence qui suit une assertion fallacieuse de Brigitte Dormont, c'est encore du Brigitte Dormont. Décortiquons cet enchaînement de sophismes : l'actualisation des connaissances des médecins (probablement un des éléments de ce différentiel d'utilité que Brigitte Dormont a choisi d'éliminer) ne devrait pas être comptabilisée dans le temps de travail, pas plus, on croit rêver, que les consultations gratuites... dans la mesure où seul ce qui est lucratif compte... L'idée qu'un médecin puisse choisir de réaliser des actes gratuits pour certains patients la heurte au point qu'il lui faut même nier l'existence de ce travail non rémunérateur dans son étude. On atteint au sublime lorsqu'elle se demande fielleusement si les cadres comptabilisent dans leur temps de travail... leurs consultations gratuites. Outre l'image du médecin qu'elle dresse, parasite social capable de mentir jusque sur l'amplitude de son temps de travail, ou de comptabiliser dans celui-ci des actes... purement altruistes, son absolue méconnaissance du vécu de la médecine générale au contact d'une population réelle laisse pantois.

Tout aussi gênant que ce parti-pris est l'absence de référence à des données factuelles qui ne correspondent pas avec le postulat que Brigitte Dormont s'échine à conforter, à savoir que la carrière de médecin généraliste serait plus « profitable » que celle d'un cadre supérieur, théorème qui

pose un problème de taille, à savoir pourquoi les jeunes dès la sortie du lycée ne se ruent pas en masse dans la filière médicale pour accéder à la profitable prébende généraliste... Dans la vraie vie, loin des équations de Brigitte Dormont, seuls 9% des jeunes diplômés en médecine s'installent en libéral...

En 2007, la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) avait publié un article de référence sur le sujet, au titre beaucoup plus neutre : « **Comparaison des revenus des médecins libéraux à ceux des autres professions libérales et des cadres** » Brigitte Dormont n'en tient aucun compte, n'y fait aucune référence, probablement parce que les conclusions de cette étude sont radicalement opposées aux siennes :

« *Si les revenus d'activité libérale des médecins sont régulièrement évalués, ce n'est pas le cas de leurs revenus salariés... Cette étude apporte pour la première fois des éléments de comparaison des revenus complets d'activité et du niveau de vie des médecins à ceux d'autres professions. Entre 35 et 64 ans, les revenus et le niveau de vie des médecins libéraux sont proches de ceux des autres professions libérales. Et s'ils gagnent en moyenne près de deux fois plus que les cadres, ils en sont relativement proches en niveau de vie.* »

Cette dernière notion peut sembler surprenante, mais les auteurs l'explicitent à partir de données sociologiques, sans s'en tenir à la seule comptabilité : entre autres éléments jouent les charges de famille (installés plus tardivement, 70% des médecins ont des enfants à charge contre 59% des cadres), et surtout l'amplitude horaire de travail des médecins amène plus souvent le conjoint ou la conjointe à ne pas travailler, diminuant les revenus d'activité du couple et le niveau de vie.

Cette étude, basée sur les enquêtes Revenus Fiscaux de l'INSEE, pourrait prêter à discussion. Brigitte Dormont pourrait la contester, voire même la tailler en pièces. Non, elle préfère l'ignorer, comme elle ignore le GammaT « inobservé » qui disparaît donc de son équation. Cette manière de faire permet sans difficulté de ne jamais être pris en défaut : il suffit d'ignorer toute donnée scientifique contraire à ses propres présupposés.

Cette étude fallacieuse permet à Brigitte Dormont d'être invitée à de nombreux colloques, dans lesquels, comme lors des Journées de l'Economie en 2012, elle peut asséner que : « *les revenus des médecins progressent plus rapidement que ceux du reste de la population* ». En réalité, si l'on compare les données de la CARMF (Caisse Autonome de Retraite des Médecins Français) et ceux de l'INSEE, on constate que **le revenu (Bénéfice Non Commercial moyen) des médecins évolue deux fois moins vite que le salaire moyen (public-privé) sur la période 2003-2011...** Mais, comme l'assène Brigitte Dormont, le revenu moyen des médecins est très supérieur à celui de la moyenne de la population... et « *La responsabilité sociale des médecins est forte... mais c'est aussi le cas du cheminot qui va contrôler les signaux d'aiguillage des trains* » (La Croix, 2013)

## **Les femmes-médecins, ces branleuses peu motivées qui travaillent trop peu**

Un rapide survol des publications de Brigitte Dormont et de ses collègues révèle donc une tournure d'esprit très particulière, un regard méprisant porté sur les médecins de ville, uniquement considérés comme des parasites du corps social gavés d'argent public. Dans un autre article des Cahiers de la Chaire Santé, « **Low-income self-employed GPs, a preference for leisure ?** » (« **Médecins généralistes à faibles revenus : une préférence pour le loisir ?** »), Anne-Laure Samson, la co-signataire de l'article sur les revenus des médecins, s'intéresse aux médecins à faible activité, des médecins dont le revenu ne dépasse pas... 1.5 SMIC. Ce nouveau chef-d'œuvre de l'économétrie pour les nuls vaut d'être copieusement cité, tant sa méthodologie est symptomatique des biais de l'équipe de la Chaire Santé Paris-Dauphine, mais aussi de leur propension à établir des conclusions fallacieuses quand bien même ils avouent eux-mêmes manquer d'éléments cru-

ciaux pour légitimer les dites conclusions. Point de départ de l'étude, l'existence d'une « importante minorité » (5 à 7%) de médecins généralistes aux faibles revenus, mettant à priori à mal la théorie de base selon laquelle ce métier « profitable » est essentiellement un moyen de faire tourner la planche à billets. Etudiant les revenus des médecins sur une dizaine d'années, l'économétricienne découvre que ces médecins, essentiellement des femmes, semblent se contenter d'un faible revenu car, même en période d'augmentation de la demande de consultations (épidémie de grippe ou de gastro-entérite), le nombre de consultations et le revenu de ces médecins ne varie pas. En période de moindre consommation de soins, ce revenu, par contre, diminue. La conclusion qu'en tire Anne-Laure Samson après de savants calculs : si ces femmes se satisfont d'un faible revenu, c'est très probablement en raison de... leur préférence pour le loisir. Et dans ce cadre, dans un contexte de désertification médicale en cours et de « *problèmes de planification à long terme de l'offre de soins... on voit ici les potentiels effets pervers des revalorisations tarifaires* ». Autrement dit : maintenir les tarifs de consultation au plus bas de l'échelle européenne permet bon gré mal gré de contraindre les médecins à augmenter leur charge de travail pour obtenir un revenu décent. Les augmenter pourrait les amener à lever le pied...

**Discutant ses conclusions, l'auteure pointera quand même n'avoir aucun élément sur la situation de famille de ces femmes-médecins à faible revenu, ni « aucune indication sur le temps de travail des médecins »... ce qui ne l'empêche pas de diagnostiquer une forte propension au loisir !**

L'idée de descendre de sa tour d'ivoire, de se confronter au réel en interviewant des femmes-médecins, ne semble pas l'avoir effleurée. Et alors que la sociologie ne cesse de pointer la double-peine qui touche les femmes dans notre société, leur implication dans les tâches ménagères confinant à une « deuxième journée » de travail, **il est possible de trouver des économistes concluant que si une femme se « satisfait » d'un faible revenu, c'est le signe d'une propension immodérée au loisir, pourquoi ne pas l'avouer, à la fainéantise.** On notera aussi ce morceau de bravoure : Le pourcentage de médecins à faible revenu « *passé de 5 à 7,7% quand le médecin a obtenu sa thèse après l'âge de trente ans, ie probablement après plusieurs redoublements lors de sa scolarité. La difficulté à accomplir ses études dans le terme moyen pourrait révéler un manque de motivation du futur médecin, que se traduirait, dans l'exercice de la médecine, par une plus grande difficulté à attirer sa clientèle, et, par conséquent, des revenus plus faibles* ». Nous rappellerons brièvement ici la difficulté pour une jeune interne de mener sa carrière hospitalière en même temps qu'une grossesse, la difficulté pour les femmes médecins libérales de poser un congé-maternité, et le fait que la profession de médecin généraliste fait partie des grossesses considérées à risque, du fait du faible niveau de protection sociale des femmesmédecins.

Au-delà du caractère particulièrement pitoyable des conclusions de l'économétricienne, comme le note Guillaume de Calignon dans un récent article des Echos :

La question est plus vaste : c'est celle de la place de l'économie au sein des sciences sociales. « *L'économie a peu à peu quitté le grand continent des sciences humaines* », dit André Orléan. Dans les années 1960, la modélisation mathématique a fait une percée à la suite des travaux d'Arrow et de Debreu, qui ont développé la théorie de l'équilibre général, donnant ainsi à l'économie une crédibilité proche des sciences dites « dures ». « *Certains économistes théoriques peuvent parfois être assez déconnectés de la réalité* », avoue Augustin Landier, chercheur à l'Ecole d'économie de Toulouse. »

On ne saurait mieux dire...

A ce stade, la question se pose : cette médecine libérale honnie, dont la fervente économiste de la Chaire Santé de Paris-Dauphine souhaite la mort, par quoi pourra-t-elle être remplacée demain ? Brigitte Dormont a LA solution : des médecins travaillant en centre de santé sous la direction des organismes d'assurance-maladie, obligatoire ou complémentaire. D'où son plaidoyer en faveur du tiers-payant généralisé : en tenant les cordons de la bourse, en pouvant décider de la rémunération et du revenu des médecins, les assureurs pourront influencer sur le choix des soins dispensés aux malades. Plus de risque de demande induite, justement, puisque les assureurs auront tout

intérêt à engranger les cotisations.... tout en restreignant au maximum les dépenses. Ce « meilleur des mondes » de la déprescription, les Américains en ont longtemps fait les frais, comme le révèle « Sicko », le film de Michael Moore, qui voit témoigner de nombreux médecins d'assurances dont le seul travail, très bien rémunéré... est d'éplucher les dossiers des assurés pour... leur refuser des prises en charge de soins, toute dépense de santé autorisée par ces assureurs correspondant à une ligne comptable « Medical Losses », autrement dit « Pertes Médicales »!

Dans une récente publication (Avril 2014) qui a fait quelque bruit, Brigitte Dormont et deux collègues du Conseil d'Analyse Economique ont proposé plusieurs pistes pour l'évolution du système de santé actuel. Rappelons que le CAE est placé auprès du Premier Ministre (rien que ça) pour orienter les politiques économiques de la France... On retrouve dans ce texte « **Refonder l'Assurance-Maladie** », une analyse du système d'assurance mixte français : Sécurité Sociale et assureurs complémentaires. Les auteurs pointent la complexité et les défauts de coordination du système (à noter qu'il s'agit des mêmes arguments réfutés par ces mêmes économistes lorsqu'ils sont brandis par les opposants au tiers-payant généralisé...). Ils proposent plusieurs solutions : prise en charge à 100% des frais hospitaliers et franchises sur les soins de ville, contractualisation des médecins avec les assureurs, fin du système d'assurance mixte.

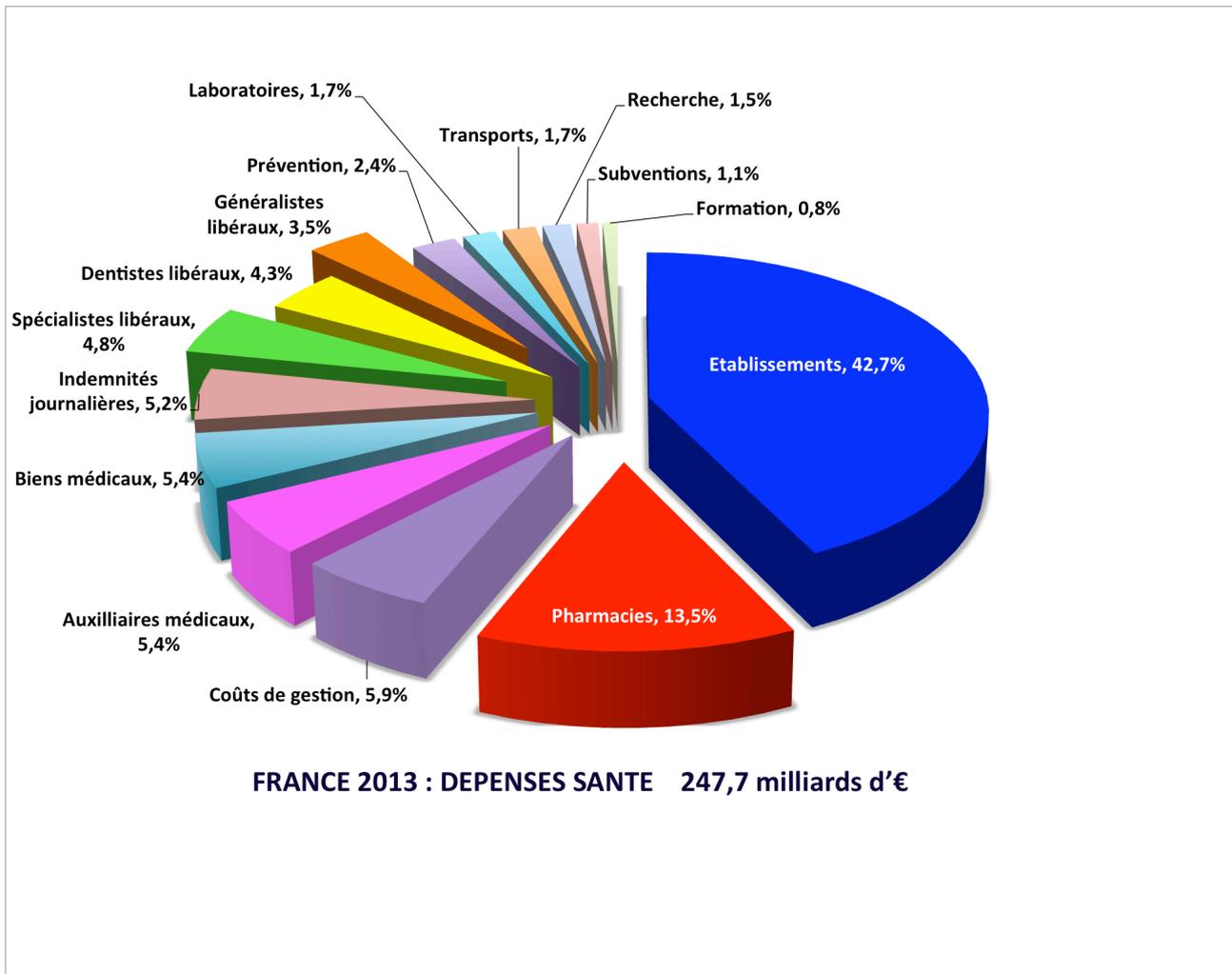
Etrangement, cette publication passée relativement inaperçue reprend les analyses des opposants à la Loi Santé, dont <http://blogs.mediapart.fr/blog/lehmann-christian/030415/la-loi-sante-de-marisol-touraine-une-etape-dans-la-longue-marche-des-complementaires>, qui détaille comment le gouvernement, sans le dire, et sous couvert de justice sociale, organise le lent désengagement de la Sécurité Sociale solidaire dans le champ des soins de ville au profit des assureurs complémentaires, sous le slogan triomphal « Une mutuelle pour tous ». Dans ce cadre les propositions de Dormont et de ses collègues ne constituent qu'une modalité tactique d'atteinte de l'objectif stratégique originel : réserver les cotisations Sécu pour l'hôpital seul en refilant aux complémentaires privées la gestion des soins de ville.

Une incise ici pour affirmer que depuis au moins 2004 l'orientation constante et déterminée de l'Etat dans sa politique de santé (je dis de l'Etat pour mieux souligner qu'à quelques variantes près la même politique a été et est appliquée par les gouvernements de droite comme de gauche), a été suivie par tous les partis « de gouvernement », obéissant à un impératif auquel ils ne peuvent plus se dérober : contribuer à la diminution de la dette publique de la France (à laquelle concourt notablement la Sécurité Sociale) et dont Bruxelles a maintenant le pouvoir de sanctionner lourdement la non-résorption. En un mot, les dépenses de santé des Français, et leur prise en charge par une protection sociale encore solidaire... diminuent la compétitivité du pays et freinent sa croissance...

### **Taper sur la médecine de ville, maillon faible... une spécificité française**

Mais la résorption de ces dépenses se heurte aussi une difficulté particulière à la France : le poids spécifiquement élevé de l'hospitalisation dans notre système de santé ; si les comptes officiels de l'Assurance Maladie (ONDAM) situent autour de 50 % du budget chacune des parts respectives de l'Hôpital et de la médecine de ville, cela n'est permis que par leur double distorsion, beaucoup des prescriptions hospitalières (médicaments, transports, arrêts de travail) étant « externalisées » - et comptabilisées – en ville, et l'assiette des calculs étant faussée par l'attribution exclusive à l'Hôpital des très considérables fonds « MIGAC » financés par l'Assurance-Maladie mais comptabilisés hors ONDAM, et par l'absence de publications fiables depuis 2010, date où un nouvel identifiant individuel, le RPPS, était censé permettre d'attribuer de manière plus précise à chaque professionnel de santé les dépenses de santé qu'il aurait prescrites. Il faut ajouter que la croissance de la part hospitalière a toujours été supérieure à celle de la ville et persiste ces dernières années alors que les dépenses de ville diminuent.

Il ne s'agit absolument pas ici de fustiger l'hôpital ou ceux qui y travaillent dans des conditions difficiles sous le poids et le contrôle d'une administration pléthorique et d'un management coupé de la réalité du métier, mais de pointer le poids financier considérable que représente.... l'absence totale d'investissement sur les soins de premier recours, comme en témoigne ce diagramme détaillant les postes de dépenses de santé en 2013 (à partir des Comptes Nationaux de la Santé : [http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/comptes\\_sante\\_2013\\_edition\\_2014.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/comptes_sante_2013_edition_2014.pdf)).



L'hospitalisation recouvre près de 50% des dépenses... quand les honoraires des acteurs de premier recours... ne dépassent pas 10% : (généralistes, infirmiers...) Un tel déséquilibre, un tel désinvestissement à long terme, a entre autre pour conséquence la désertification médicale, le recours inapproprié aux urgences des hôpitaux, en l'absence de première ligne correctement identifiée et dotée des moyens de fonctionner.

Brigitte Dormont ne cesse de fustiger les médecins de ville, leurs horaires à rallonge et leur carrière profitable... Lors d'un autre colloque à La Baule en 2013, parlant au nom du Conseil d'Analyse Economique du Premier ministre, elle assène que « *les urgences hospitalières, actuellement on le sait, c'est un problème, sont engorgées à cause du défaut de la médecine de ville sur la performance des soins* ». Dans la réalité, si l'on fait fi de cette syntaxe approximative, l'engorgement des urgences hospitalières est avant tout lié à l'absence de régulation des demandes de soins urgentes, à une tarification à l'activité inflationniste octroyant aux hôpitaux une somme de 170 euros pour tout patient enregistré aux urgences (en supplément de la tarification du coût des soins), et à l'absence de financement pérenne des dispositifs de permanence (et non performance) des soins en ville, de nombreuses maisons de garde s'étant vues retirer leurs maigres financements. Brigitte Dormont concentre donc sans grand courage sa hargne et son dé-

nigrement sur le maillon faible du système, avec un zèle que ne peut expliquer le seul mépris, et dont nous étudierons le contexte dans la dernière partie de cet article.

Autrement dit, le problème financier et organisationnel ne se trouve pas en ville mais à l'hôpital... Et c'est un très gros problème. Car l'hôpital est le coeur d'un formidable consortium d'acteurs influents. Citons en vrac :

L'industrie bio-médicale : à l'hôpital les équipements lourds et très lourds, salles d'opération, appareils d'imagerie, de réanimation, d'endoscopie, de laboratoire, de rééducation, l'informatique médicale lourde, le mobilier médical, l'habillement et le linge professionnels, etc ...

L'industrie pharmaceutique dont le gros des bénéfices provient désormais de médicaments parfois extrêmement onéreux lancés et utilisés à l'Hôpital quasiment gratuitement, puis vendus à prix d'or aux pharmacies

L'industrie des services : nettoyage, restauration, buanderie, etc...

Les ambulanciers.

Les grosses entreprises du bâtiment.

Les syndicats de salariés dont la fonction publique hospitalière est un des bastions, et qui s'ils ont perdu l'essentiel de leurs anciens pouvoirs dans les Caisses d'Assurance-Maladie y sont toujours présents et y disposent de quelques prébendes et influences en rapport.

Les élus locaux avec les relais politiques proportionnels à la taille des établissements.

Les médecins hospitaliers, et notamment leur frange hospitalo-universitaire disposant d'une aura médiatique spécifique.

Bref, dans un environnement économique « social-libéral », et bien plus « libéral » au sens économique, que social, plus possible de laisser filer le déficit pour cause de bâton bruxellois, mais pas possible non plus pour les gouvernements de « s'attaquer » réellement à la cause de la moitié des dépenses, sans réorganiser le système. Or toute innovation vantée par le politique, comme par exemple la chirurgie ambulatoire, ou la réduction des durées de séjour, est vue uniquement sous l'angle d'une réduction budgétaire, et non d'une redistribution : les patients sont éjectés de plus en plus vite, en fonction d'une tarification à l'activité qui dissuade les services de garder trop longtemps des patients âgés, fragiles, grands consommateurs du temps des soignants, ou les femmes après l'accouchement.

Les Politiques français ont décidément un bien dur métier qui justifie sans doute les très coûteux privilèges qu'ils s'octroient. En tout cas ils sont en l'occurrence restés à la hauteur de leur réputation : trop dangereux politiquement de s'attaquer aux dépenses d'hospitalisation qui sont le cœur du problème ? Eh bien il suffit de s'attaquer aux soins de ville, aux 3,5% des médecins généralistes, aux infirmiers, aux dentistes et spécialistes : les médecins de ville sont dispersés et individualistes, la plupart le nez dans le guidon à longueur d'année, peu organisés et peu au fait de la gestion socio-politique... C'est le maillon faible !

S'attaquer à la première ligne de soins de ville, c'est mieux que rien et on doit pouvoir rogner de quoi calmer Bruxelles une dizaine d'années, ça laissera toujours le temps de voir la suite plus tard.

L'acteur sur lequel il était possible d'agir était trouvé, mais comment effacer les dépenses affectées à ce secteur, la médecine de ville, du montant de la dette ?

**Dépendance aux financeurs ? Les profitables partenariats public-privé d'universitaires peu regardants**

Les dépenses de la Sécurité Sociale comptent pour le déficit parce que c'est de l'Argent Public. La solution radicale pour les sortir de ce compte, c'est de transformer cet Argent Public en dépenses privées, c'est-à-dire transférer leur couverture de l'Assureur Public qu'est la Sécurité Sociale aux assureurs privés que sont les « complémentaires », compagnies d'assurances, mutuelles et autres instituts de prévoyance.

Si ces assureurs privés ont très tôt été partie prenante d'un processus dont l'enjeu colossal ne pouvait guère les laisser indifférents, ils ont en vrais businessmen longuement et durement négocié avec les gouvernements successifs pour que leurs conditions y soient incorporées :

- Disparition progressive mais rapide du « secteur II » des médecins ayant encore une liberté de fixation de leurs honoraires (en ville) .
- Possibilité de constituer leurs propres réseaux de médecins agréés.
- Disposer (comme la Sécu) de moyens de pression administratifs et financiers sur l'ensemble des médecins.
- Accéder aux données de santé des patientèles, véritable mine d'or pour un assureur, permettant d'individualiser les contrats proposés selon le profil du patient.

C'est ce qu'a entrepris l'Etat en un peu plus de dix ans, au fil des tractations, des louvoiements, des faux blocages et des vraies glissades, petit à petit, réforme par réforme, décret après décret et loi après loi (et pour les médecins convention par convention et avenant par avenant aussi), la récente loi de Santé devant apparemment en figurer une sorte de point d'orgue.

Il ne devrait plus rester au fil du temps et des opportunités qu'à faire glisser les uns après les autres les remboursements des actes et prestations pratiqués en ville de la Sécurité Sociale aux complémentaires obligatoires.

Qui seront les grands perdants de ce petit glissement progressif du plaisir ? Certains médecins encore attachés à leur indépendance de prescription et d'action au sein d'un colloque singulier... (mais l'exemple américain montre qu'il est tout-à-fait possible pour un médecin de maximiser sa rentabilité en obéissant au nouveau donneur d'ordre qu'est l'assureur, fût-ce au détriment du patient...). Certains médecins, donc, mais surtout l'immense majorité des patients, soumis à la double peine : leurs cotisations Sécu ne baisseront pas et serviront à financer l'hôpital (tandis que l'Etat continuera à empiler les exonérations de charge en faveur des grandes entreprises et des financiers), et leurs cotisations de « mutuelle obligatoire » augmenteront d'année en année pour couvrir des dépenses de ville encadrées au plus juste en fonction de leur contrat d'assurance. Seuls les plus riches, contractant une « surcomplémentaire », pourront espérer une couverture maladie comparable à la situation actuelle, à l'exception du prix, bien entendu.

Cet avenir radieux qui se dessine, c'est celui que dénoncent et combattent en ordre dispersé les médecins depuis de nombreuses années, certains dès 2004 et la nomination à la tête de l'Assurance-Maladie d'un ancien directeur d'AXA aujourd'hui reparti dans le privé, d'autres depuis 2007 au moment des franchises sur les soins de Nicolas Sarkozy, quand son frère Guillaume, prenant la direction de Malakoff-Mederic, se félicitait de pouvoir relever « *les défis des réformes à venir qui transformeront profondément l'intervention des acteurs complémentaires, notamment dans le domaine de la santé, pour jouer un rôle de premier plan dans l'amélioration des services de protection sociale.* » D'autres enfin, plus nombreux, depuis l'arrivée au pouvoir de l'ennemi de la Finance, dont la Ministre de la Santé n'a cessé de dénigrer et de fustiger les médecins de ville pointés du doigt comme feignants, passésistes, insensibles à la détresse sociale et à la nécessaire évolution du système de santé sous la férule autoritaire des agences sanitaires, ces lieux de reca-

sage à l'échelle industrielle de tout ce que le système politique français compte de sbires à remercier.

Cette modification profonde du système de santé français, on le voit, s'est faite par étapes, subrepticement, les véritables enjeux étant souvent masqués sous des prétextes de justice sociale : tiers-payant généralisé, mutuelle pour tous, etc... Elle n'a pu voir le jour que grâce à l'accompagnement discret de zélés thuriféraires des puissances en présence, certains défendant les laboratoires pharmaceutiques qui les arrosaient copieusement, d'autres prenant plus ou moins ouvertement parti pour les assureurs privés.

Curieux hasard, l'immense majorité des travaux de Brigitte Dormont conforte les positions prônées par les assureurs, lesquels se retrouvent parmi les généreux donateurs des nombreux think-tanks, instituts de recherche et fondations qu'elle illumine de sa science, et sans apparemment que l'Université Paris-Dauphine s'inquiète un tant soit peu des conflits d'intérêt que peuvent receler ces montages étonnants. **Ainsi Brigitte Dormont, cette contemptrice des médecins libéraux qu'elle espère bientôt « dépendants de leur financeur », n'hésite pas, avec la bénédiction de Paris-Dauphine, à mettre en place de lucratifs partenariats public-privé entre l'université et les assureurs.**

#### **Medi Fact Checkers:**

**Christian Lehmann**, médecin généraliste, écrivain, initiateur de la pétition contre les franchises

**Marco Gabutti**, reviewer

**Jacques Marlein**, médecin généraliste retraité (FMF)

**Yvon Le Flohic**, médecin généraliste, élu MGF aux élections URPS (UFML)

**Charles Cousina**, médecin généraliste (UFML)

Aucun économiste indépendant n'a été blessé pendant la réalisation de cet article. Les auteurs ne présentent aucun conflit d'intérêt avec des compagnies mutualistes ou assurantielles ou des partis politiques. Ils s'engagent à ne pas comptabiliser le temps de réalisation de cet article et de la vidéo attenante dans le décompte de leur temps de travail.