

## **Trou de la sécurité sociale : les patients n'y sont pour rien**

*Bernard Girard, bonjour. Vous allez ce matin nous parler de l'assurance maladie...*

Ce ne sera pas, je crois, la première fois puisque c'est un sujet qui revient régulièrement dans l'actualité. Il y a quinze jours, j'ai traité de cette question en me demandant pourquoi les caisses d'assurance maladie qui sont, comme chacun sait, des bureaucraties ont des coûts de gestion plus faibles que les assurances privées. A l'occasion de cette chronique, j'avais insisté sur le fait que dans les pays qui pratiquent depuis longtemps le tiers-payant, comme aux Etats-Unis, ce sont les professionnels de santé que l'on rembourse, les médecins, les pharmaciens... et non pas les patients, ce qui permettait de mieux les contrôler. Et c'est sur cette question que je voudrais revenir ce matin.

Je ne sais pas si vous l'avez remarqué, mais lorsque l'on parle de réforme de l'assurance maladie, on en revient toujours à la même idée : s'il y a des difficultés, c'est que les patients consomment trop, trop de consultations médicales, trop de médicaments, trop de jours de congé maladie... C'est au fond, un peu toujours de notre faute si les choses vont mal. Et pour résoudre les problèmes, on nous propose toujours un peu la même chose : réduire les remboursements, limiter le nombre de médicaments remboursés, lutter contre ce que l'on appelle le nomadisme médical...

*Ce sont des mesures que l'on retrouve dans le plan Douste-Blazy avec son idée de faire payer un euro aux patients...*

Exactement. Or, ce raisonnement me paraît très contestable... Il me rappelle ceux qui expliquent qu'il y a du chômage parce qu'il y a des gens qui préfèrent rester chez eux à toucher des allocations plutôt qu'à aller travailler, que les pauvres préfèrent la flânerie au travail...

*Vous voulez dire que les patients n'exagèrent jamais ?*

Je dis que l'on devrait analyser de plus près les comportements des patients, on devrait les prendre au sérieux et se demander s'ils n'ont pas de bonnes raisons de se comporter comme ils le font. C'est sans doute ce que l'on ferait si les patients étaient organisés, s'ils étaient représentés dans les organismes qui réfléchissent à ces questions, qui prennent des décisions.

*Mais ils le sont au travers des syndicats qui gèrent les organismes de sécurité sociale...*

Les syndicats représentent les salariés qui paient des cotisations sociales, pas les patients. Ce n'est pas tout à fait la même chose. Mais je voudrais prendre un exemple : le nomadisme médical que l'on présente souvent comme l'une des causes du déficit de la sécurité sociale et contre lequel devraient permettre de lutter les deux mesures phares de Philippe Douste-Blazy : le médecin référent et le dossier médical informatisé. Ce phénomène qui amène le patient à consulter plusieurs médecins est souvent évoqué, mais on en parle en général sans donner de chiffres et sans essayer de le comprendre ce qui le suscite. Or, si on essaie de l'analyser, on découvre qu'il ne mérite certainement pas toutes les critiques qu'on lui fait.

*Vous voulez dire qu'il n'est pas si important que cela ?*

C'est un premier point. Le nomadisme médical existe, bien sûr, mais il est marginal. D'après une étude réalisée il y a quelques mois sur 13 caisses du régime d'assurance maladie des professions indépendantes, il n'y a pas plus de 2/100 vrais nomades, c'est-à-dire de patients qui n'ont pas de bonne raison de voir plusieurs médecins (et de vraies raisons on peut en avoir si l'on déménage, si l'on tombe malade pendant les vacances, si votre médecin cesse son activité...) Le nomadisme médical, au sens strict, ne coûte donc pas très cher à la sécurité

sociale. Le surcoût est de l'ordre de 1/° des remboursements hors hospitalisation. L'étude que je cite conclut d'ailleurs que « toute mesure purement réglementaire qui n'aurait pour but que de diminuer le nomadisme sans justifications semble difficile à concevoir et serait d'un rendement décevant. »<sup>1</sup>

***S'il est aussi peu répandu que vous le dites, comment expliquer qu'on insiste tant dessus ?***

Je crois que cela tient à trois phénomènes :

- au fait, d'abord, que le nomadisme médical est souvent associé à des pratiques déviantes, comme la toxicomanie : aller voir plusieurs médecins vous permet de vous procurer un médicament dont la consommation est contrôlée. Le phénomène existe, bien sûr, mais il est extrêmement marginal,
- au fait, ensuite, que le nomadisme est lié aux comportements hypocondriaques. Un nomade actif sur cinq souffre de ce que l'on appelle des fibromyalgie, c'est-à-dire de douleurs que l'on ne sait ni classer ni soigner qui relèvent probablement d'un traitement de type psychologique ;
- au fait, enfin, que cela permet à tous les acteurs de se dédouaner, de renvoyer la faute sur les autres, sur les patients que personne, comme je le disais à l'instant, ne défend. Et ceci d'autant plus facilement que nous connaissons tous des gens qui vont de médecin en médecin. L'argument paraît donc valide.

***Mais le fait même que nous connaissons tous des gens qui vont de médecin en médecin montre bien qu'il y a problème...***

Mais pas forcément. Il faut distinguer le nomadisme médical des comportements classiques du consommateur qui cherche le meilleur fournisseur. Lorsque vous voulez vous acheter un vêtement, un manteau ou un tailleur, vous faites le tour des magasins, vous essayez de nombreux modèles avant de trouver celui qui vous convient. C'est un peu la même chose pour les médecins. Vous en essayez plusieurs avant de tomber sur celui qui vous convient, celui qui vous écoute comme vous avez envie d'être écouté, celui qui trouve ce qui ne va pas et qui le soigne. Cela ne veut pas dire que vous dépensez plus en soins maladie.

***Une consultation médicale, ce n'est pas comme un manteau...***

Non, c'est infiniment plus important et c'est bien pourquoi il n'est pas surprenant que l'on prenne son temps pour trouver le bon médecin. J'emploie le singulier, mais je devrais plutôt dire les « bons médecins », parce que nous en avons tous plusieurs : un généraliste, un pédiatre si l'on a des enfants, un gynécologue pour les femmes, un ophtalmologue si l'on a des problèmes de vue... Et à chaque fois, on est confronté à cette hésitation, à ce tâtonnement, à cette recherche de celui qui répond le mieux à nos attentes... Cette recherche prend d'autant plus de temps que l'on n'a, en réalité, que très peu d'informations sur les médecins que l'on va voir pour la première fois. On a trouvé le nom dans l'annuaire, un pharmacien ou une connaissance vous l'a recommandé, mais qu'en sait-on vraiment ? Pas grand chose. Souvent, on ne sait même pas s'il est conventionné. Est-il disponible ? va-t-il vous faire attendre trois-quarts d'heures avant de vous recevoir ? se déplace-t-il ? garde-t-il ses patients quelques minutes ou plus longtemps ? les écoute-t-il vraiment ? ses diagnostics sont-ils pertinents ? autant de choses que l'on ignore et que l'on ne découvre qu'après en avoir fait l'expérience. Ce que l'on appelle, dans le public, le nomadisme médical n'est souvent qu'une tentative tout à fait légitime de pallier ce manque d'informations...

---

<sup>1</sup> Caisse Nationale, Etude de la justification médicale du nomadisme médical, novembre 2001

***Ce nomadisme médical ne vous choque donc pas...***

Je le crois inévitable dès lors que l'on ne dispose d'à peu près aucune information sur la qualité des médecins. J'ajouterai que la consultation de plusieurs médecins peut être source d'économie pour la sécurité sociale. Deux avis valent souvent mieux qu'un et permettent d'éviter des erreurs, des traitements inadaptés ou des diagnostics inappropriés qui coûtent en définitive beaucoup plus cher qu'une consultation. Les patients qui vont voir deux médecins pour contrôler un diagnostic qui les inquiète pratiquent de manière naturelle ce que l'on recommande dans de nombreuses professions pour éviter les erreurs. C'est ce que l'on fait, par exemple, pour le dépistage des cancers du sein : lorsque le résultat est négatif, on envoie les clichés à un second radiologue. Ce qui évite des erreurs qui coûtent ensuite très cher. On parle très très peu de la qualité des soins, de ce que coûtent à la sécurité sociale les erreurs de diagnostics, les traitements inappropriés, les opérations manquées, les infections nosocomiales attrapées à l'hôpital. Mais les études dont on dispose montrent qu'il y a là de véritables gisements. On parle de 800 000 personnes atteintes de maladies attrapées à l'hôpital, de 4000 à 10 000 décès. Une étude canadienne a montré que plus du tiers des personnes âgées se voyaient prescrire un médicament contre-indiqué par l'âge, la maladie actuelle, une allergie ou la prise d'un autre médicament, que 30% des ordonnances des personnes âgées qui ont plusieurs médecins, ce qui est le cas de l'immense majorité des personnes âgées, sont inappropriées. Les examens post-mortem réalisés sur des malades d'Alzheimer montrent qu'il y a environ 15% d'erreurs de diagnostic clinique dans les meilleurs centres hospitalo-universitaires<sup>2</sup>. Je donne ces chiffres en vrac mais pour montrer qu'il y a un vrai problème qu'on ne met jamais en avant alors même qu'il pèse infiniment plus lourd sur les comptes de la sécurité sociale que le nomadisme médical ou tout ce que l'on peut reprocher aux patients.

***Et pourquoi n'en parle-t-on pas plus ? parce qu'on ne veut pas critiquer les médecins ?...***

Il y a sans doute de cela. Les médecins n'aiment pas trop être critiqués. Il est toujours difficile de reconnaître que l'on s'est trompé ou que l'on peut se tromper, surtout lorsque l'on craint des poursuites en justice. Mais ils en ont, je crois, tout à fait conscience. Il y a, là dessus, un témoignage tout à fait intéressant. C'est le récit d'un médecin, un neurologue, qui a publié il y a quelques semaines un livre très dérangeant sur la médecine vue de l'intérieur par quelqu'un qui la pratique. A ce point dérangeant, d'ailleurs, que son auteur a pris un pseudonyme : Antoine Sénanque.

Dans Blouse, c'est le titre de ce livre, Sénanque parle longuement des hésitations des médecins, de leur ignorance, de la manière dont ils la gèrent. Il raconte, par exemple, comment, jeune interne il demandait des examens pour « refiler » les patients dont il ne savait que faire aux médecins du tour de garde suivant. Ailleurs, il explique comment l'expérience l'a rendu prudent. « Vous ne garderez, écrit-il, aucune certitude si vous voyez beaucoup de malades » et, un peu plus loin : « ce ne sont pas les mauvais médecins qui prescrivent trop, ce sont ceux qui ont de mauvaises expériences. Moi, plus je vais, plus je prescris d'examen. J'ai commencé ma médecine discrètement, je termine en fanfare. Le trou de la Sécurité Sociale, c'est moi. J'ai demandé des centaines d'IRM pour rien, une rentabilité affreuse, absolument indéfendable dans un ministère. Combien ai-je dépisté d'anévrismes chez toutes les migraineuses qui ont buté sur mon cabinet ? Un ou deux, tout au plus. »<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> d'après Florence Pasquier, Les diagnostics de la maladie d'Alzheimer, CHRU de Lille

<sup>3</sup> Antoine Sénanque, Blouse, Grasset, 2004

***C'est inquiétant...***

C'est un témoignage de la crise profonde que vivent aujourd'hui les professions médicales, crise qui ne se limite pas à des problèmes d'argent. Ce livre est parcouru par toute une réflexion sur le diagnostic et, au delà, sur les progrès des technologies et de leur impact sur la pratique médicale. Sénanque montre comment les technologies ont tué les grands patrons. Le neurologue qui se cache derrière ce pseudonyme a fait ses études dans les années 70 à l'époque le monde médical était encore dominé par des mandarins. Et il raconte comment leur pouvoir, basé sur la qualité de leur diagnostic, son infaillibilité, s'est effrité devant les progrès de la radiologie : « J'en ai vu, écrit-il, au début de ma carrière, les derniers, tout au bout de la leur. Ils vacillaient pendant les staffs devant des petits radiologues teigneux qui leur montraient en public les lésions qu'ils avaient ratées. Comment pouvaient ils survivre ces grands hommes ? »

***On est loin du nomadisme médical...***

Je ne crois pas. Le nomadisme médical renvoie le médecin à ses limites au même titre que les nouvelles technologies. L'un comme l'autre renvoient aux limites d'une organisation basée sur l'exercice libéral de la médecine qui est probablement dépassé. La technologie, d'un côté, les attentes des patients, de l'autre, appellent probablement un autre mode d'organisation. Le monde de la santé gagnerait à prendre exemple sur ces entreprises se sont réorganisées ces vingt dernières années pour en finir avec la non qualité. C'est là, beaucoup plus que dans la lutte contre le nomadisme ou contre les excès des patients, que sont les principaux gisements d'économies..

Pour retrouver mes autres chroniques : <http://www.bernardgirard.com>