

Les médecins généralistes et la mise en œuvre de la politique de santé publique

Un ensemble de tâches de santé publique pourraient être réalisées par les professionnels de santé libéraux dans le cadre d'un « contrat sanitaire ».

Richard Bouton
Médecin généraliste,
ancien président de MG-France,
consultant dans le domaine de la
santé et de l'assurance maladie

Les médecins généralistes, dans leur mission de soins primaires auprès des individus qui s'adressent à eux, assument de fait collectivement un rôle essentiel dans l'organisation des soins et la sécurité sanitaire de la population.

L'importance de cette présence sanitaire se remarque d'ailleurs quand elle fait défaut, soit de façon permanente, comme cela est observé dans certaines zones rurales, soit de façon épisodique, en l'absence de permanence des soins.

Mais, outre le fait que cette présence sanitaire participe en soi à la santé publique, les médecins généralistes contribuent concrètement à un ensemble d'actions dans le domaine de la prévention.

Cette contribution est cependant très hétérogène, à l'image de l'ensemble de la pratique des médecins généralistes insuffisamment formatée par un enseignement initial peu spécifique, en dépit de la création d'un 3^e cycle de médecine générale.

Il est d'ailleurs assez surprenant de constater qu'en France ce 3^e cycle ne comporte justement pas de module consacré à la santé publique, à l'inverse de ce qui est observé dans la plupart des pays développés.

La contribution des médecins généralistes à la santé publique

Les actions de santé publique individuelles qui entrent dans le cadre du paiement à l'acte

Celles-ci sont réalisées par l'ensemble des médecins généralistes car elles contribuent de manière significative à l'équilibre économique

des cabinets médicaux en dehors des épisodes épidémiques :

- les vaccinations,
- le dépistage de certains cancers (utérus, colorectal, sein, prostate),
- parfois, la réalisation de frottis de dépistage,
- le dépistage du VHC, VIH,
- le suivi à long terme de pathologies chroniques et donc la prévention tertiaire du diabète, de l'asthme, de la bronchiolite, de l'hypertension artérielle, etc.,
- les examens systématiques de la petite enfance et les renseignements du carnet de santé,
- les certificats prénuptiaux,
- parfois la surveillance de la femme enceinte,
- les certificats d'aptitude à la pratique du sport.

Les actions de santé publique en périphérie du colloque singulier médecin/malade

Celles-ci ne sont réalisées que par une partie des médecins généralistes, car elles ne sont pas directement rémunérées. Elles interviennent à l'occasion d'une consultation, de surcroît, en quelque sorte à un acte forfaitairement rémunéré :

- dépistage et prise en charge de l'obésité, notamment chez l'enfant,
- dépistage et prise en charge des troubles du langage chez l'enfant,
- écoute des adolescents (dépistage des conduites addictives, sexualité et contraception),
- santé mentale, dépistage et prise en charge de la dépression,

- accompagnement du sevrage tabagique,
- dépistage et prise en charge de la consommation excessive d'alcool,
- conseils alimentaires,
- lutte contre la sédentarité, recommandations d'activité physique,
- écoute des personnes âgées.

La participation à ces différentes actions nécessite un investissement particulier en termes de temps et de formation, peu compatible avec les conditions d'exercice actuelles des médecins généralistes. Pour les raisons que l'on devine, elles sont désertées par les médecins généralistes à forte activité et qui, de surcroît, exercent seuls.

Elles reposent donc, pour l'essentiel, sur la motivation personnelle des médecins généralistes, dépendent d'une « appétence » particulière pour certains thèmes et d'une certaine conception éthique de leur fonction.

Les actions de santé publique hors du colloque singulier médecin/malade

Ces activités, qui s'adressent à des populations spécifiques, nécessitent un travail en réseaux ou à tout le moins en équipes formalisées. Elles concernent aujourd'hui une minorité de médecins généralistes, car elles sont faiblement rémunérées ou bénévoles :

- les soins palliatifs et la prise en charge à domicile des patients en fin de vie,
- la prise en charge de patients toxico-manes,
- l'observation de la santé de la population et la veille sanitaire (réseau Grog),
- l'éducation pour la santé, l'information, la promotion de la santé,
- l'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer,
- l'amélioration de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes.

Les actions de santé publique totalement incompatibles avec les conditions d'exercice actuelles de la médecine générale

Les médecins généralistes représentent l'essentiel de notre infrastructure sanitaire de base et, à ce titre, contribuent de façon non négligeable à la politique de santé publique.

Comme détaillée précédemment, leur implication est d'autant plus importante qu'elle s'inscrit directement dans leur cadre

d'exercice rémunéré que constitue le paiement à l'acte.

Mais, dans tous les cas, leur action ne concerne que les patients qui s'adressent à eux ou, à tout le moins, les populations de malades identifiés et pris en charge par le système de soins.

En effet, leur statut professionnel actuel leur interdit de prendre des initiatives de santé publique à l'égard de leurs propres patients hors de leur demande et *a fortiori* à l'égard de personnes qu'ils ne connaissent pas.

Ils sont donc dans l'incapacité :

- de faire des relances pour les rappels de vaccination (contrairement aux vétérinaires), ce qui constitue un sérieux obstacle à la conduite d'une politique vaccinale cohérente, voire à la gestion de certaines situations de crise (épidémies locales de méningite) ;
- de rappeler aussi à leurs patients ou patientes certains examens de dépistage périodique, ce qui constitue aussi un sérieux obstacle pour les campagnes de prévention de masse ;
- d'intervenir en amont par des conseils d'hygiène ou de prévention dans certaines circonstances de crise sanitaire. On a pu mesurer les effets de cette incapacité lors de la crise de la canicule. Plusieurs centaines de décès auraient sans doute pu être évités si les généralistes étaient intervenus auprès de leurs patients les plus âgés ou fragiles pour leur apporter les conseils nécessaires afin de prévenir ou lutter contre l'hyperthermie et adapter, le cas échéant, leurs traitements ;
- plus largement de participer à la chaîne des secours en cas de crise sanitaire majeure, comme on a pu s'en rendre compte lors de la catastrophe de l'usine AZF.

Ainsi, paradoxalement, on a confié de fait l'essentiel de notre maillage sanitaire de base aux médecins généralistes, alors que ceux-ci sont dans l'incapacité statutaire d'apporter leur concours en cas de péril sanitaire national.

Un contrat sanitaire pour les médecins généralistes libéraux

Face à ce constat et compte tenu des dispositions de la loi du 9 août 2004, une étude a été diligentée par la direction générale de la Santé intitulée : *Participation des médecins généralistes à la mise en œuvre de la politique de santé publique*.

Dans le cadre de cette étude ont été explorées les autres professions libérales pour lesquelles l'État avait explicitement délégué des tâches d'intérêt général.

Il apparaît en effet qu'il sera difficile d'impliquer davantage les médecins généralistes dans la mise en œuvre d'une politique de santé publique ambitieuse tant que les éléments de leur statut professionnel (mode de rémunération, organisation de leur activité) n'auront pas été adaptés en conséquence et tant que ces tâches ne leur auront pas été explicitement déléguées.

En cela, l'étude des professions de notaires et surtout de vétérinaires libéraux est riche d'enseignements et peut être d'une certaine façon modélisante.

Les vétérinaires libéraux assurent en effet depuis 1960 la quasi-totalité de la politique de santé publique vétérinaire à travers un « mandat sanitaire » conclu avec les directions départementales des services vétérinaires (DSV).

Les activités réalisées au titre de ce mandat sanitaire sont rémunérées avec la participation du ministère de l'Agriculture sur la base de tarifs négociés et encadrés.

L'adhésion à ce mandat sanitaire est volontaire mais compte tenu des retombées financières directes ou indirectes qu'il induit, il a été conclu par 8 000 vétérinaires libéraux sur les 10 000 en exercice.

Les DSV modulent évidemment le contenu du mandat sanitaire compte tenu des priorités locales de santé vétérinaire et celui-ci est logiquement plus important pour les vétérinaires d'exercice rural. Ainsi, les activités liées au mandat sanitaire induisent encore près de 30 % des revenus des vétérinaires ruraux.

Au cours des différentes rencontres organisées lors de l'étude réalisée pour la DGS (organismes d'assurance maladie, agences sanitaires, représentants professionnels, etc.), il est apparu que le concept consistant à déléguer aux médecins généralistes libéraux un ensemble de tâches de santé publique en s'inspirant du mandat sanitaire des vétérinaires rallie une rare unanimité.

L'intérêt de confier, sous forme de « mandat » ou « contrat », la réalisation d'un ensemble cohérent de tâches de santé publique aux professionnels de santé libéraux a en outre été expressément souligné par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

En prenant en compte les remarques et suggestions des différentes institutions rencontrées, les souhaits des médecins généralistes ou de leurs représentants, tout en s'inspirant du mandat sanitaire des vétérinaires et de son actuelle évolution, on peut esquisser les objectifs et le contour de ce que pourrait être le « contrat sanitaire » des médecins.



Les objectifs du contrat sanitaire

La mise en place d'une infrastructure de santé publique

La loi du 9 août 2004 définit le champ d'application de la santé publique et les conditions de son élaboration. Elle précise également quels sont ses instruments d'intervention pour les actions de prévention et pour la veille sanitaire, ainsi que pour la réponse aux situations d'urgences sanitaires. Dans ses différents articles, s'il est fait mention de la participation des professionnels de santé; la loi n'en précise pas les modalités.

Pourtant, sauf à imaginer la mise en place d'une lourde infrastructure d'effecteurs de santé publique, salariés de l'État, la réussite de la politique de santé publique est directement assujettie à la participation des professionnels de santé libéraux.

Le principe du contrat sanitaire, en apportant une réponse à cette question, rendrait opératoires les dispositions de la loi du 9 août 2004.

La réponse à une crise professionnelle profonde

Décrite depuis plusieurs années déjà, cette crise atteint aujourd'hui son paroxysme en termes de démotivation de certaines catégories de professionnels de santé, en particulier les médecins généralistes. Elle s'est d'abord manifestée par le mouvement de grève des gardes de nuit et jours fériés lors de l'hiver 2001-2002. Les fortes revalorisations tarifaires accordées à cette occasion n'aurait pas permis de résoudre au fond le malaise de la profession, comme en témoignent les difficultés persistantes dans l'organisation de la permanence des soins.

D'après toutes les structures de généralistes rencontrées au cours de cette étude, les deux causes profondes de cette crise professionnelle sont justement la perte de sens de leur profession ainsi que l'inadaptation de leur statut professionnel et de leurs conditions d'exercice.

L'instauration d'un contrat sanitaire pour les généralistes permettrait de résoudre en partie ces problèmes.

L'aménagement sanitaire du territoire et la permanence des soins

Plus préoccupant encore : quand finalement les jeunes franchissent le pas de l'installation, ils ne remplacent pas les anciens à leur poste. C'est ainsi que, bien que la démographie des généralistes soit stable depuis ces cinq

dernières années, on observe la constitution de zones de désertification médicale en milieu rural, atteignant parfois des régions entières, ainsi que dans certaines banlieues de grandes agglomérations.

Plusieurs dispositifs d'aide à l'installation ou au maintien dans certaines zones ont déjà été expérimentés avec peu de succès, n'étant pas considérés comme suffisamment attractifs et surtout fiables et pérennes par les médecins.

L'intérêt d'intégrer ces aides dans le contrat sanitaire des généralistes concernés est évident. L'importance au plan de la santé publique de la présence de médecins généralistes sur l'ensemble du territoire serait ainsi reconnue et l'outil utilisé pour y parvenir beaucoup plus fiable car statutaire.

L'organisation de la permanence des soins qui dépend directement de la démographie médicale locale s'en trouverait ainsi grandement facilitée.

Les conditions d'adhésion au contrat sanitaire

Adhésion volontaire

S'agissant d'une délégation par l'État de tâches de santé publique, dont la responsabilité incombe à celui-ci, conformément à la loi du 9 août 2004, les médecins libéraux devront les réaliser dans un cadre et des conditions strictement définis. L'essence même de leur statut libéral justifie en conséquence qu'ils adhèrent volontairement à ce cadre et à ces conditions établis par les organismes habilités par l'État. Ce même principe du volontariat est retenu concernant le mandat sanitaire des vétérinaires libéraux.

Des garanties de formation

L'actuel cursus de formation initiale des médecins ne comporte pas de module spécifiquement consacré à la santé publique. L'adhésion au contrat sanitaire pourrait donc être conditionnée à la participation régulière à des formations spécifiques conçues et réalisées par des organismes agréés par le Conseil national de la formation médicale continue. Il est d'ailleurs à noter que cette condition de formation continue est actuellement envisagée dans le cadre de la réforme du mandat sanitaire des vétérinaires.

La mise en œuvre et le pilotage du contrat sanitaire

Dans la logique de la loi du 9 août 2004, il appartiendrait à l'État, par l'intermédiaire du ministère de la Santé, de négocier, avec les représentants des généralistes, la structure

du contrat sanitaire, les avantages associés et les différentes situations de modulation de son contenu ou de sa rémunération. Il est d'ailleurs à souligner que cette éventualité correspond au souhait d'une majorité de

1 Un État garant de la politique de santé publique.

Garant de l'intérêt général, l'État l'est, par conséquent, de la protection de la santé et de la cohérence des initiatives des acteurs de santé (y compris les siennes) entre elles et avec les attentes des citoyens. Cette cohérence est d'abord garantie par les institutions que la loi met en place pour la bonne réalisation de chacune des étapes décrites, tant au niveau national, de sa responsabilité, qu'au niveau régional, défini comme le niveau territorial optimal de la coordination des acteurs de santé.

Dans ce cadre, sur proposition du gouvernement et après concertation avec les représentants des médecins libéraux, la loi définit le champ général du contrat sanitaire.

2 Le ministère de la Santé précise les différentes rubriques du contrat sanitaire et en négocie les modalités de réalisation.

Avec l'expertise de l'HCSF et après consultation de la CNS, le ministre de la Santé définit, au sein du champ général du contrat sanitaire, les rubriques qui concerneraient tous les médecins généralistes adhérents et les rubriques d'adhésion volontaire. Il en négocie les conditions de réalisation avec leurs représentants.

3 Le conseil régional définit les objectifs particuliers de la région en matière de santé publique.

Avec l'expertise de la conférence régionale de santé, le conseil régional arrête les objectifs prioritaires pour la région et adapte en conséquence le contrat sanitaire des médecins généralistes.

4 Le groupement régional de santé publique met en œuvre le contrat sanitaire ainsi adapté et en assure le suivi.

médecins généralistes ayant répondu à l'enquête réalisée.

Mais ces éléments n'étant pas sans rapport avec les autres activités des médecins entrant dans le cadre conventionnel, l'État pourrait

déléguer cette négociation à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Dans les deux cas de figure cependant, il serait nécessaire de créer une nouvelle enveloppe financière au sein du budget de l'assu-

rance maladie affectée au contrat sanitaire. Les différents organismes de santé publique pourraient assurer la gestion et le pilotage du contrat sanitaire suivant les schémas ci-dessous. 🌿

