

Le rapport à l'argent. De la notion du coût des soins.

Début 1970, lors de mon premier exercice libéral, le règlement des soins se faisait directement au praticien, lequel remplissait une « feuille de soins » permettant au patient de se faire rembourser par sa caisse d'assurance. Le rapport était donc, à mon avis, simple, clair et sans ambiguïté. Le patient savait, pour l'avoir déboursé, le montant de la consultation, d'un soin infirmier ou d'une série de séances de rééducation. Avec l'informatisation globale du système et la « carte vitale », un nombre conséquent de praticiens ne se fait régler que la part incombant à la mutuelle et la part de la caisse d'assurance maladie lui est réglée directement. Les pharmaciens sont les plus concernés puisqu'aujourd'hui encore, avec la carte vitale et la carte de mutuelle, vous ne réglez seulement que les médicaments non remboursés.

S'en est suivie une levée de bouclier de la part de certains, considérant que les patients n'ayant plus la notion du coût de leurs soins risquaient d'en abuser. Il fût donc mis en place une information du patient sous la forme d'un relevé des montants payés aux différents praticiens. Etonnerai-je en disant pour l'avoir vécu que la grande majorité s'en moque et fait prendre à ce relevé, rapidement le chemin de la corbeille à papiers ?

Si aujourd'hui les malades payent plus qu'avant, c'est à cause du déremboursement de certains médicaments. Ceci a été fait pour des raisons d'économie (on est d'accord ou pas !), mais pas pour leur faire prendre conscience du coût de leur santé.

Il est normal que les maladies longues et coûteuses soient prises en charge totalement, mais aussi que les symptômes étrangers à cette même maladie, le petit bobo qui peut survenir sans rapport avec la maladie en question, ne soit pas lui pris à 100%. Qui sait aujourd'hui en 2010 comme en 1970 le prix d'une journée d'hôpital? Combien de français savent le coût de fonctionnement d'une journée d'un service très spécialisé tel que la réanimation ou la chirurgie cardiaque? Les équipements nécessaires en justifient les montants et font avec la qualité du corps médical, la compétence reconnue de la médecine française.

Ne serait-il pas utile de publier, ailleurs que dans les revues spécialisées, ces montants inévitables, trop souvent décrits comme le tonneau de Danaïdes de la Sécurité Sociale? Et aussi les millions d'euros de retard de cotisation de certaines entreprises... Médicaments non remboursés, soins post opératoires non pris en charge à 100%. Pourquoi pas? Si l'assuré social ne passe pas pour le seul fautif du fameux « gouffre ». Que l'on ne se leurre pas, il y aura toujours des abus, des simulateurs, même en augmentant les contrôles. Et quels contrôles? Tous les professionnels de santé ont été témoins de situations aberrantes, d'abus flagrants. Simplement (le terme n'est peut-être pas adéquat), admettre qu'il n'y a pas un seul responsable : le malade, pas plus que le médecin d'ailleurs, ou l'hôpital. Des transports sanitaires abusifs aux patients trop nombreux dans des cabinets de rééducation en passant par les arrêts de travail de complaisance.

Tous sont concernés. Qu'on ne me fasse pas croire à l'ignorance des médecins contrôleurs du fonctionnement du système ! Pas une Caisse qui réagit. Pas un journaliste d'investigation qui ait osé publier ces outrances. Pas un rapporteur de la Cour des Comptes qui ait dénoncé ces flagrances dans le détail. Et lorsque ce respectable aréopage émet son avis, nous savons qu'il s'agit là de « recommandations », le droit constitutionnel français n'autorisant à la Cour des Comptes qu'un avis consultatif. Lequel est très rarement suivi d'effets.

La CMU a fait flamber les dépenses de santé ? On nous affirme que les chiffres n'ont pas augmenté. Les intérêts sont aussi énormes que le « trou » de la Sécu. N'est il pas temps de mettre les choses à plat ? Ou alors, nous allons assister impuissants à la fin de notre système de santé.

La « Sécu », notre maître à tous !?

C'est l'occasion de citer une réflexion si souvent entendue : « de toute façon, je suis remboursé ! » Ou encore : « avec ce que j'ai cotisé, ils peuvent bien me payer ! » Etonnant ? Non, quotidien. Et ce n'est qu'un pâle aperçu des attitudes aberrantes des uns, les patients, comme des autres, les Caisses d'Assurance Maladie. J'emploie ce terme à dessein, car celui couramment employé de « la Sécu », regroupe un nombre conséquent de caisses différentes, gérant l'assurance maladie de telles ou telles catégories professionnelles. Caisses avec lesquelles nous avons des rapports techniques éventuellement et surtout financier puisqu'elles nous règlent directement le montant des soins des patients pris en charge à 100%, ce fameux « tiers payant ».

De même, ces caisses remboursent les soins aux autres assurés. Pas de carte vitale, nous sommes en 1980. Lorsque les séances de soins sont terminées, nous envoyons nos « feuilles de soins » à la caisse qui nous règle.

Simple. Coûteux en envois. Règlement assuré. Délai ? De trois semaines à un an ! Quand tout va bien.

Et dans ce domaine certaines caisses sont championnes. La palme revient alors à celle des Anciens Combattants qui nous demande de grouper nos envois en fin de trimestre et règle un an après. Entre elles toutes, les procédures, modèles de feuille de soins et délais, la plus grande variété voire pagaille est possible et réelle. A la fin de mes années d'activité, carte vitale, informatique, ont bien changé tout cela. Les choses se sont arrangées et forcément, notre trésorerie aussi.

Il y a aussi le « contrôle médical ». N'étant que des auxiliaires médicaux (nous n'avons pas le statut de « para médicaux des sages-femmes ») et donc soumis à la prescription des médecins pour les séances de kinésithérapie à exécuter, nous adressons à ce service, pour chaque ordonnance une Demande d'Entente Préalable, à laquelle le Médecin Conseil de la caisse donne son accord. La plupart du temps, un simple tampon d'une employée du dit service. Parfois, il y a convocation du patient afin de juger du bien fondé des soins. Convocation rare. Si rare qu'un confrère m'a raconté les trois ans de rééducation d'un de ses malades pour prothèse de hanche avec transport en ambulance chaque fois, et ce sans le moindre contrôle !

Qui contrôle t'on en fait ? Le médecin rédacteur de l'ordonnance ? Belle confiance entre confrères ! Existerait-il des ordonnances injustifiées ? Le kinésithérapeute déterminant le coefficient des soins donc le prix ? Il y a des critères d'évaluation. Cela voudrait donc dire des abus ! Le patient, au cas où il aurait simulé pour se faire gentiment masser au frais de la princesse ? Certes, s'il est difficile de simuler une fracture, il n'en va pas de même pour un mal de dos. Pour quelques uns la tentation est forte et certains encore y succombent.

Si les contrôles sont rares, j'ai le souvenir d'avoir « bataillé » avec un Médecin Conseil refusant une vingtaine de séances de rééducation à une adolescente sous le fallacieux prétexte de la faible gravité de la scoliose. Or, s'il est bien une période de la vie où les risques d'aggravation de cette déformation de la colonne sont maxima, c'est l'adolescence. Outre le risque pour cette jeune patiente, il a fallu avancer l'argument du coût beaucoup plus important pour la caisse si la déformation s'aggravait vraiment ! Pour couronner le tout, seules les radios de l'adolescente ont été vues et les séances ont été refusées.

Les abus en tous genres : une légende ?

On a de tout temps beaucoup parlé d'abus de l'usage des fonds publics ici destinés à la santé. Beaucoup parlé, mais peu écrit ! Le sujet dérange. Pas plus courageux que les autres, je ne les ai dénoncés pendant mes années d'exercice. Et pourtant ! Pendant toutes ces années, j'ai pu constater qu'il ne s'agissait en rien d'une quelconque légende. Il serait inutile et injuste de ne faire porter le chapeau qu'à un nombre, même conséquent d'arrêts de travail de complaisance. Serpent de mer d'une soi-disant volonté de remise à plat et de limitation du fameux « trou de la sécu », ces faux arrêts de travail bien réels, mais loin d'être les seuls à piocher dans le gouffre. Et des méthodes d'abus, nous en avons tous connu, mais personne n'a parlé.

La Cour des comptes n'est là que pour vérifier l'exactitude de ce qu'on lui présente, interroger, sans trop de réponse sur des chiffres paraissant surprenants, mais sans plus, sauf donner des recommandations.

Ce serait à une Commission de chaque Caisse d'assurance maladie ou commune à toutes les caisses de se pencher avec rigueur et volonté de changement de relever les sources d'abus et de les signaler. Tous les secteurs professionnels, et non pas tous les professionnels, sont ou ont été touchés par la tentation de l'usage abusif de la prise en charge par la société. Cependant, de tels contrôles et la divulgation des résultats entraîneraient une levée de bouclier corporatiste, arguant de fausses informations, de licenciements, etc...

Notre système de protection sociale, encore une fois, un des meilleurs, et la façon dont on en use ou abuse est un de ces « avantages acquis » si chers à nos concitoyens et nous ramène à la réflexion citée plus haut : « avec ce que j'ai cotisé, ils peuvent bien faire ça » !

L'utilisation d'une même carte vitale par plusieurs personnes en est la preuve. Pour une fois, l'info est sortie du silence et donnée sur les ondes et les nouvelles cartes seront munies d'une photographie du détenteur réel. Un début.