

Adieu sécu

(Éd. Le Cherche Midi)

de Claude Frémont

Note de lecture par Isabelle Célérier

Le système de soins français est basé sur l'assurance maladie. De nombreux choix politiques et professionnels sont effectués, au nom de cette solidarité nationale, que l'on n'ose critiquer en général que sur son coût. Une critique franche, levant un certain nombre de « non-dits », au-delà de son aspect pamphlétaire, est à intégrer dans un questionnement sur la gestion et l'organisation de la santé en France.

« Je ne quitte pas la sécu, la sécu m'a quitté, une amie de 30 ans. » Fils de la République, enfant de boulangers, instituteur à 18 ans, Claude Frémont passe à 30 ans le concours d'entrée au Centre national d'études supérieures de Sécurité sociale, qui lui ouvre les portes de la CPAM de Nantes où il finira directeur général en 1989.

Un poste dont il part aujourd'hui en claquant la porte, non sans un « dernier coup de gueule » pour dénoncer les fraudes, les réformes en trompe-l'œil, le « labyrinthe » du parcours de soins, ou l'« usine à gaz » des tarifs médicaux. Bref, pour pouvoir dire haut et fort qu'à défaut d'une « nuit du 4 août » pour tous, « le pire est à venir ». Morceaux choisis d'une attaque en règle.

Fraudes en tous genres

« On peut arrêter les fraudeurs, on n'arrête pas la fraude. Raison de plus pour la traquer ». Une lutte dont l'ancien directeur de la CPAM s'était fait une spécialité.

De l'apothicaire faussaire au kiné ripou, des folles factures de psychiatres aux fausses hospitalisations en Afrique ou à la drogue sur ordonnances, Frémont commence ainsi par raconter quelques-unes de ses plus belles « traques » généralement suivies d'un « déferlement médiatique » puis de « représsailles, violentes », qui lui valurent différents surnoms, de Zorro à Lucky Luke en passant par le Chevalier blanc.

Des traques qui lui laissent souvent un goût amer, en particulier à l'égard de la maison mère. Car si la réalité de la fraude a bien été reconnue au fil du temps et avec elle la nécessité de la sanctionner, la bataille engagée par Claude Frémont s'est à chaque fois heurtée au même bémol ou presque : « contrôler mais pas trop, sanctionner mais qu'un peu ».

Comme pour ce « petit pharmacien menant grand train, avec maison en Corse » qui profitait du tiers payant – « la caisse paie tout, rubis sur l'ongle » – pour modifier les prescriptions et rajouter de fausses vignettes pour se faire rembourser. Des milliers d'ordonnances et de factures épluchées, plus de 5 000 fausses vignettes pour un montant total d'environ 500 000 francs sur 3 ans. Une fraude d'une autre époque puisque grâce à l'informatique, les échanges entre caisses et pharmaciens sont désormais entièrement dématérialisés. Pourtant, les caisses stockent encore des milliers d'ordonnances sur papier, les vignettes restent sur les boîtes, et comme le dit Frémont, s'il y a encore des fausses factures, « on ne risque plus de les trouver. Un souci de moins... »

En août 1997, c'est un courrier accompagné de 2 factures d'une polyclinique de Yaoundé au Cameroun pour un montant total de 114 205 francs, qui suscite sa curiosité. L'enquête révélera qu'un médecin camerounais proposait, moyennant un million de francs CFA en liquide, des factures permettant de se faire rembourser 10 fois plus par la sécu en rentrant. « Cela fait maintenant dix ans que la CPAM de Nantes contrôle rigoureusement avant paiement toutes les factures de soins à l'étranger. » La Caisse nationale attendra, elle, 2002 pour publier une circulaire sur la spécificité du remboursement des soins à l'étranger, 2006 pour annoncer la création d'un Centre national pour traiter les six cent mille dossiers dont le montant annuel est évalué à 40 millions d'euros...

Des psychiatres facturant des consultations 365 jours par ans, voire 366 les années bissextiles, aux médecins consommant eux-mêmes les ampoules de Dolosal prescrites à leurs patients, tout passe au crible de la CPAM de Nantes, jusqu'à la thalasso thérapie, « une organisation basée sur de la publication mensongère autour du remboursement par la Sécu ». « La Sécu est comme ça, explique-t-il, dès qu'elle reçoit une facture, son grand plaisir, c'est de payer. Même n'importe quoi et n'importe comment. » Dès 1993, Frémont décide donc de créer un service d'enquêtes avec une dizaine d'inspecteurs. La CPAM de Nantes cessa de payer. Il fallut un an à la Cnam pour reconnaître qu'il avait raison et encore un an pour donner la même consigne (non remboursement) par circulaire.

Le Subutex ? « Un dérivé de l'opium prescrit aux accros à l'héro pour les aider à décrocher. Plus sûr, moins cher et... remboursé. » Mis sur le marché en 1996, sa consommation « explose » avec 85 000 personnes traitées, un chiffre d'affaires de 100 millions d'euros en 2005 pour le laboratoire, et un des douze médicaments les plus coûteux pour l'Assurance maladie : 24,25 € la boîte de 7 comprimés, pris en charge à 100 % la plupart du temps. Frémont s'« y colle », et sur 500 consommateurs au long cours, relève « au moins une centaine de cas ahurissant ». Là encore des dizaines de milliers de dossiers épluchés, des centaines de courriers adressés, des dizaines d'assurés entendus, d'autorités alertées, et des refus de prise en charge dans les cas les plus graves : Frémont impose aux consommateurs nomades le choix d'un seul médecin et d'un seul pharmacien, et fait approuver par le conseil d'administration 10 mesures « conformes à des recommandations officielles posées dès l'origine, mais jamais appliquées. »

Avril 2004, la Cnamts lance un plan national qui « reprend naturellement l'essentiel des mesures que j'avais osé préconiser », l'action étant cependant placée sous la responsabilité exclusive des médecins-conseil. En novembre 2005, un audit de la caisse nationale reproche donc sévèrement au directeur de la CPAM de Nantes de s'être occupé de ce qui ne le regardait pas. « J'ai cessé de m'occuper du Subutex », lâche-t-il.

Dernier exemple, un match de football opposant le FC Nantes à l'Olympique de Marseille, au cours duquel un joueur nantais taclé par un adversaire marseillais sort avec une double fracture du tibia-péroné. Quand Frémont assigne l'Olympique de Marseille et son joueur à rembourser les frais engagés, c'est le tollé. « Il fallut 6 ans et 4 jugements » pour finalement arriver à ce que l'OM soit condamnée à payer quelque 30 000 euros à la CPAM de Nantes.

Réformes en trompe-l'œil

Mais au-delà des fraudes et des sanctions inappliquées, c'est l'organisation même d'une Sécurité sociale devenue trop technocratique que Claude Frémont se fait fort de dénoncer.

À commencer par son trou, qui ne date pas d'hier. En 1947 le déficit était de 8 milliards de francs, «à peine 2 ans et déjà au bord du gouffre», en 2005 de 8 milliards d'euros.

« Depuis 60 ans, explique Frémont, les mêmes constats sont faits, les mêmes antiennes ressassées » : la faute au gouvernement, la faute aux appareils, la faute aux médecins, la faute à la gestion des caisses... Il faudrait 3 volumes pour raconter l'histoire des plans et des réformes qui se sont succédé ces 30 dernières années, au rythme infernal d'un tous les 18 mois. 29 plans et presque toujours les mêmes remèdes : agir sur les recettes, agir sur les dépenses, ou les deux à la fois. « Un puits sans fond qu'on feint de résoudre à grands coups de grands mots : maîtrise médicalisée, bon usage des soins, dépenser mieux pour dépenser moins, etc. » Mais comme le souligne l'ancien directeur de la CPAM : « on n'échappera pas à ce dilemme : le besoin de santé de l'individu est sans limite, la possibilité de prise en charge par la collectivité est limitée. »

Vient ensuite le « tour de magie le plus extraordinaire de tous les temps » : 600 milliards vont disparaître. Son inventeur s'appelle Alain Juppé. Pas besoins d'effets spéciaux, une ordonnance suffit : création de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), et institution d'une contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Plus de dette, ni passif, ni charges d'intérêt, le tout est repris par la Cades qui se finance en empruntant sur les marchés financiers grâce à l'émission de d'obligations, billets de trésorerie... et se rembourse en empochant la CRDS. « Le tour est joué, le trou de la Sécu rapporte de l'argent », commente le Chevalier blanc. En 2004, la réforme Douste-Blazy transfère 50 milliards d'euros de plus à la Cades, qui « continuera à faire fructifier la dette sur les marchés financiers [...] Une affaire juteuse notée « triple A » par toutes les agences. »

Dix ans après Juppé, Douste-Blazy se met donc à l'ouvrage avec une « triple gageure : ne pas désespérer les assurés, ne pas se mettre à dos les partenaires sociaux, mais avant tout, ne pas déplaire aux médecins ». L'affaire est pliée en quelques semaines, avec 2 mesures « présentées comme la clé de voûte » du dispositif : le parcours de soins coordonné autour du médecin traitant et le dossier médical. Bilan deux ans plus tard : « Un double échec ».

Entré en vigueur en janvier 2005, le forfait à 1€ rapporte finalement moitié moins que prévu et marche d'ailleurs « tellement bien que la loi de financement de la Sécu pour 2006 concocte une nouvelle franchise: 18 pour tous les actes d'un coût supérieur à 91€. Plus une petite pièce (1€), mais « la grosse artillerie », et comme le dit Thomas Piketty: « attendre d'une telle franchise qu'elle contribue à réduire la demande de soins est une supercherie pour faire diminuer la mortalité ».

Pour le carnet de santé, le « désastre » remonte cette fois à 1993. Un carnet dont l'objectif est d'améliorer la qualité des soins et la maîtrise des dépenses, mais aussi de responsabiliser le malade, passible « d'une sanction redoutable » s'il n'est pas présenté: les soins ne sont pas remboursés. « Et bien sûr, ça échoue. » 5 millions de carnets au pilon, « des millions de francs jetés par la fenêtre, sans que nul s'en émeuve. » En 1996, Hervé Gaymard reprend les mêmes arguments pour créer un carnet de santé cette fois destiné aux 45 millions de Français âgés de plus de 16 ans. Mais les mêmes causes produisent les mêmes effets: personne ne s'en sert, notamment parce qu'« il est obligatoire sans être obligatoire, une obligation sans sanction ». Fervent défenseur de la sanction pour faire appliquer les lois, l'auteur risque alors un parallèle avec le port des ceintures de sécurité qui « ne s'imposa que du jour où l'oubli encourut des sanctions ».

Toujours en 1993, décision est prise d'organiser la continuité des soins autour d'un dossier médical tenu par un généraliste au libre choix du patient, avec une consultation annuelle approfondie rémunérée 2 fois le prix d'une consultation normale. Un dispositif qui sombre aussitôt dans l'indifférence générale, pour ressortir en 1997: le patient volontaire passe cette fois un contrat avec le généraliste de son choix qu'il s'engage à consulter en priorité. Le médecin s'engage, lui, à respecter les tarifs conventionnels, pratiquer l'avance des frais, tenir le dossier médical, assurer la permanence des soins, privilégier médicaments génériques... Le tout, moyennant forfait annuel de 150 francs par patient. Signé par MG-France, l'avenant soulève l'indignation des autres syndicats.

Mai 2004, Douste-Blazy supprime le « médecin référent » pour créer le « médecin traitant » qui peut être tout aussi bien généraliste que spécialiste, de secteur 1 ou de secteur 2 avec honoraires libres, sans pratiquer le tiers payant. Là encore, d'innombrables exceptions sont prévues avec accès direct pour les gynécologues, les ophtalmo, etc. Mais pas pour les stomatologistes pour lesquels il faut passer par le

médecin traitant pour pouvoir consulter sans pénalités financières, alors que c'est généralement un chirurgien-dentiste qui vous adresse à eux...

Un nouveau dispositif qui « passe à côté de l'essentiel : revaloriser la place et la fonction du médecin généraliste » mais qui reste surtout « la plus extravagante usine à gaz jamais inventée », avec des circuits administratifs « d'une complexité hallucinante », des plates-formes de services téléphoniques « assaillies de réclamations », et « au moins 30 tarifs différents » pour les consultations, selon la spécialité du médecin, le titre auquel il intervient, l'âge du patient, ou encore qu'il soit ou non hors parcours de soins.

« Même un ministre peut dire n'importe quoi » : en 2004, Douste-Blazy annonce le lancement du dossier médical personnel (DMP) informatisé dont tous les Français seront dotés avant juillet 2007. Un dossier qui contiendrait toutes les données médicales (consultations, prescriptions, examens, interventions...) permettant d'économiser 3,5 milliards d'euros par an. Dès novembre 2005, la Commission des finances du Sénat dénonce pêle-mêle « l'absence de volonté politique », « le calendrier irréaliste », « l'absence de pilotage », « le coût certain », et « les économies incertaines ».

Sur le délai, les expérimentations menées dans plusieurs pays scandinaves sont encore très loin de la généralisation ; sur le financement, le budget alloué au DMP français est de l'ordre de 100 millions d'euros alors que la Grande-Bretagne y consacre 900 millions ; sur le pilotage, 3 directeurs se succèdent en 18 mois...

Qui gère la Sécu ? L'État ? Les partenaires sociaux ? Lorsque ça va mal, « chacun accuse l'autre ». Mais si l'État n'avait au départ qu'un strapon-tin dans les conseils d'administration des caisses (au nom du droit des travailleurs à gérer la Sécurité sociale), de fil en aiguille et de déficits en déficits, « le coup de la démocratie sociale s'est transformé en coup d'État. » Aux dires de Claude Frémont, l'État se serait ainsi emparé de la Sécu « en deux temps trois mouvements » grâce à :

- La généralisation de la couverture qui couvre désormais 85 % de la population ;
- La fiscalisation progressive et « parfois insidieuse » du financement, une « fiscalisation déconnectée de la cotisation » qui représentait encore 90 % des prélèvements obligatoires destinés à la Sécu en 1980 et ne dépasse guère 65 % aujourd'hui, les impôts, taxes et autres contributions constituant la différence croissante ;

- Et enfin à l'étatisation progressive de la gouvernance du système : c'est l'État qui fixe les taux de cotisation, qui définit le champ de la couverture et de remboursement, ou qui décide de « toutes sortes d'exonérations ».

« Comment prétendre, dans ces conditions, que ce n'est pas l'État qui gouverne la Sécu ? », interroge ironique l'ancien directeur de CPAM.

Les médecins libéraux ne sont également pas en reste dans la salve du Chevalier blanc. « Médecine libérale contre assurances sociales, les mots eux-mêmes marquent l'antinomie », affirme-t-il ainsi en préambule de sa démonstration, la signature de la première convention médicale en 1971 illustrant la véritable « imposture » de « ce lobby » qui a réussi « à faire passer pour l'intérêt général ses intérêts particuliers et à en faire force de loi ». Régulièrement annulées pour vice de forme par le Conseil d'État, les 9 conventions et leurs dizaines d'avenants se soldent toujours par des « engagements jamais respectés, des sanctions jamais appliquées », et autres « avantages réels, sans réelles contreparties » au bénéfice des professionnels de la santé.

Parmi les avantages, la création en 1980 du secteur 2 dit à « honoraires libres », qui « permet tous les dépassements tarifaires ». Aujourd'hui, 25 % des généralistes et 40 des spécialistes se trouvent ainsi en secteur 2, et « il est des spécialistes et des lieux où l'on trouve à grand peine des médecins du secteur 1 ». « Une rupture fondamentale avec la notion d'égalité d'accès aux soins dont on se gargarise ». Sans parler de leur « liberté absolue d'installation » qui fait qu'aujourd'hui, « les médecins sont conventionnés quelle que soit la qualité des soins, quel que soit le besoin ».

Les médecins, encore eux, qui n'hésitent pas à faire le coup de force et à pratiquer des tarifs « sauvages » pour obtenir une augmentation du tarif de la consultation et quand Frémont les menace, le protocole d'accord signé quelques mois plus tard prie les caisses « d'oublier les sanctions ». Et Frémont d'en conclure que si « la santé a un coût, la paix avec les médecins n'a pas de prix. »

Le meilleur système de santé de toute la planète ? Oui, à en croire un rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publié en 2000. « Mais peut-on vraiment classer au premier rang un pays qui détient le record mondial de consommation de médicaments psychotropes ? » interroge encore le Chevalier blanc pour qui « l'égalité devant la santé devrait être l'un des critères essentiels pour se targuer d'une telle

appréciation. » Or, selon une étude de l'Inserm publiée peu après, « le bilan est alarmant » : un des pires pays d'Europe pour l'égalité face aux maladies ou à la mort, l'espérance de vie d'un ouvrier de 35 ans étant, par exemple, amputée de 6 ans par rapport à celle d'un cadre du même âge. Si le meilleur moyen de réduire les inégalités devant la santé est de réduire les inégalités dans la société, encore faut-il que « tous ceux qui prétendent tout faire pour nous épargner une médecine « à deux vitesses » prennent conscience qu'elle existe déjà ». Et pour Claude Frémont, « on n'en prend pas le chemin ».

L'ancien directeur de la CPAM de Nantes pour qui il ne reste donc qu'une issue pour sauver un système moribond : « une révolution, un grand chambardement », autrement dit une « nuit du 4 août » où tous accepteraient de remettre en cause leurs privilèges.

Pour les médecins libéraux, tout d'abord : « qu'ils renoncent à se prendre pour l'alpha et l'oméga de la médecine en France, cessent de confondre l'intérêt des malades et leurs intérêts propres, la déontologie et l'idéologie »...

Pour les partenaires sociaux, ensuite : « que syndicats et patronat reconnaissent que l'assurance maladie d'aujourd'hui n'a plus grand-chose à voir avec celle d'hier, soient garants et gérants des systèmes qui organisent la solidarité entre travailleurs et doivent rester financés par leurs cotisations, reconnaissent la nécessité d'une assurance maladie universelle déconnectée de tout rapport avec le travail »...

Pour les assurés, enfin : « qu'ils ne renoncent pas à exiger le droit à la santé, à revendiquer une meilleure égalité d'accès à des soins de qualité, mais renoncent à exiger tout et n'importe quoi, à considérer que tout leur serait dû, qu'ils sachent qu'il y a des soins de nécessité et des soins de confort et que l'assurance maladie ne pourra pas prendre en charge les deux à la fois », et adoptent « une attitude citoyenne exigeant civisme et modération dans l'expression des besoins individuels lorsqu'ils sont pris en charge par un financement collectif ».

Frémont qui préfère s'« accrocher à l'espoir qu'il y a encore une chance », et un livre qui n'a, selon son auteur « pas d'autre ambition que d'être un témoignage ». Un témoignage clair, facile à lire, enrichi de nombreuses références, mais résolument tendancieux et sans doute trop à charge pour être totalement vrai. Rancœur, quand tu nous tiens...