

Accueil	Rechercher	L'actualité du livre	Liens	Agenda	Votre panier
	Nos publications	S'abonner	Qui sommes-nous ?	Association	Contacts

FRANCE

Social

Une réforme contre la Sécu

La nouvelle convention médicale devrait surtout permettre aux spécialistes d'accroître leurs revenus, sans améliorer l'efficacité du système.

Les apparences sont sauvées : chaque patient va devoir choisir dans les prochains mois un « médecin traitant », généraliste de premier recours, qui gèrera son dossier médical. Il reviendra à ce dernier de décider, quand les patients qui l'ont choisi lui rendront visite, s'il prend seul en charge leur problème ou s'il décide de recueillir l'avis d'un spécialiste, puis de les lui confier. Cette logique, dite de « parcours de soins », est censée éviter les consultations inutiles et, surtout, assurer une prise en charge globale et coordonnée de chaque patient. Les promoteurs de la réforme de l'assurance maladie affirment qu'elle est au cœur des mesures mises en place depuis le 1^{er} janvier.

La sanction pour les patients

A lire les conditions de l'accord intervenu le 15 décembre dernier entre trois syndicats de médecins libéraux et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, ce schéma idéal a cependant bien peu de chances de fonctionner. Car les médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, ne vont pas avoir réellement d'intérêt à faire respecter par leurs patients le fameux parcours de soins. La seule incitation consiste en une sanction imposée au patient, dans le cas où il déciderait d'aller voir directement le spécialiste de son choix (1).

Pour mettre en œuvre un vrai parcours de soins, il aurait fallu commencer par prendre des mesures permettant de faire des généralistes les vrais piliers du système de soins. Or, ces derniers vont continuer à être payés à l'acte. Pire, la notion de « médecin référent », qui permettait aux patients qui avaient choisi cette formule de ne pas avoir à payer l'avance des frais et dans laquelle le médecin s'engageait concrètement vis-à-vis de l'assurance maladie sur sa pratique, va disparaître. Le nouveau système ne prévoit d'accorder aux généralistes une indemnisation forfaitaire, en contrepartie de la tenue du dossier médical, que pour les patients atteints d'une affection de longue durée, qui les auront choisis comme médecin traitant. Dans ces conditions, leur intérêt ne sera pas de faire un vrai travail d'orientation, mais de « garder » leurs malades, afin de multiplier les actes, plutôt que de les envoyer vers les spécialistes.

De quoi inciter les patients à les contourner, soit par méfiance, soit tout simplement parce que face à un généraliste débordé qui vous propose un rendez-vous dans huit jours, toute personne réellement malade ira soit aux urgences pour les moins aisés, soit chez un spécialiste, sachant qu'en payant le prix fort, comme on va le voir, elle pourra sans doute être reçue rapidement. Ce risque est d'autant plus grand qu'aucune mesure volontariste n'a été prise, dans le cadre de la réforme, pour rééquilibrer le nombre de généralistes (2) ou pour assurer une offre équilibrée de soins sur l'ensemble du territoire, alors que la densité médicale est déjà extrêmement inégale.

Enfin, le maintien du paiement à l'acte chez le généraliste va conduire de nombreux patients à faire le calcul qu'il leur coûtera moins cher d'aller directement chez le spécialiste s'ils estiment cette visite nécessaire, plutôt que de devoir perdre du temps et de l'argent à cumuler deux visites...

Du côté des spécialistes, les incitations économiques induites par la convention vont également à l'encontre des objectifs prétendument affichés. Les spécialistes pourront exiger 32,90 euros du patient venu les consulter directement. Celui-ci verra sa consultation très mal remboursée par la Sécu, qui en laissera plus de la moitié à sa charge. L'objectif est ici de responsabiliser les patients. Mais, en pratique, la conséquence sera surtout de rendre extrêmement coûteux l'accès direct aux spécialistes pour les patients n'ayant pas de mutuelle complémentaire ou qui n'ont accès qu'à une mutuelle offrant de faibles garanties.

Les spécialistes, grands gagnants

Face à un patient envoyé par un généraliste, les spécialistes seront fondés à demander 40 euros lors de la première consultation, mais le tarif des suivantes, en cas de traitement suivi, sera de 28 euros, soit près de 20 % de moins qu'en accès direct, avant tout dépassement ! Autant dire que les spécialistes n'auront guère intérêt à se monter vertueux et à dissuader les patients de venir les voir en direct. Bien au contraire, ils auront naturellement tendance, étant payés à l'acte, à mieux traiter « leurs » propres clients. Ce qui peut se faire de multiples façons : délais d'attente différenciés (les médecins hospitaliers qui offrent des consultations privées en concurrence avec leurs consultations publiques sont déjà maîtres en la matière) ; qualité « élastique » de la consultation, la tentation étant forte de passer avec son patient un temps proportionnel au tarif pratiqué.

Une réforme manquée

Le gouvernement s'est donc refusé à imposer la moindre contrainte au corps médical, et notamment aux spécialistes. Ceux-ci obtiennent désormais un droit au dépassement, qu'ils appartiennent au secteur 1 ou au secteur 2 (voir encadré ci-dessous). Loin d'optimiser les soins de ville, le système risque donc de renforcer la concurrence entre généralistes et spécialistes pour le partage du gâteau. Il permettra sans doute aux spécialistes d'accroître leurs revenus, tout en rendant l'accès aux soins plus inégalitaire. Une conséquence qui laisse indifférent la plupart des syndicats de médecins, à l'exception de MG France qui défendait une solution faisant des médecins généralistes les véritables pivots du système. Il est vrai qu'une véritable optimisation des parcours de soins aurait supposé d'oser transformer le mode de rémunération des médecins. Les médecins généralistes devraient être payés en totalité, ou au moins en grande partie, sur une base forfaitaire par la Sécurité sociale, en fonction du nombre de patients inscrits chez eux, les consultations étant gratuites ou quasi gratuites. Du coup, les patients iraient d'abord chez eux sans hésiter. Ils prendraient en charge rapidement les petits bobos et assureraient le suivi des malades en traitement de longue durée. Ils n'hésiteraient plus à décrocher leur téléphone ou à répondre aux questions transmises par courrier électronique par leurs patients. Et leur intérêt serait, afin de minimiser leur charge de travail, de renvoyer les patients chez les spécialistes autant que nécessaire. Quant à ces derniers, ils devraient, dans tous les cas, être mieux rémunérés quand ils reçoivent un patient envoyé par un généraliste. Et s'il faut logiquement pénaliser les patients venus directement leur rendre visite, la pénalité, au lieu de se traduire par un revenu supplémentaire pour le spécialiste, devrait tomber dans la poche de l'assurance maladie, permettant ainsi de financer les soins des patients vertueux. Nous en sommes loin.

par Philippe Frémeaux

- (1) Les gynécologues, les ophtalmologistes et les pédiatres demeureront accessibles directement pour une partie de leur activité. Le problème des cas d'accessibilité directe des psychiatres n'est pas encore réglé.
- (2) La France est un des seuls pays d'Europe où le nombre de spécialistes est supérieur à celui des généralistes parmi les médecins exerçant en ville.

Des économies à la charge des patients

La négociation conventionnelle a été engagée sur une base glissante. Le gouvernement proposait aux médecins de leur reverser, sous forme de revenus supplémentaires, la moitié des dépenses qu'ils éviteraient à l'assurance maladie (1). La question était alors de savoir qui allait supporter ces économies.

L'économie prévue est de 998 millions d'euros. Le premier poste d'économie porte sur la réduction du périmètre de prise en charge à 100 % pour les personnes en affection de longue durée (ALD). De nombreux médecins, souvent pour des raisons sociales, mais aussi parfois pour conserver leur clientèle, inscrivent aujourd'hui dans le cadre de l'ALD, et donc de la prise en charge à 100 %, des soins qui n'en relèvent pas réellement. Economie espérée de cette réduction du champ des ALD : 455 millions d'euros. Le second poste d'économie porte sur un moindre remboursement des statines (2) : 161 millions d'euros d'économies espérées. Le troisième poste porte sur 150 millions d'euros d'économie à réaliser sur les prescriptions d'arrêt de travail. Au total, 766 millions. Plus des trois quarts des économies, et donc de la future hausse des revenus des médecins libéraux, sont donc à la charge des patients, et tout spécialement de ceux qui sont en longue maladie. Le quart restant repose principalement (225 millions) sur l'industrie pharmaceutique, grâce à des diminutions de prescription et par le développement des génériques. Le reste (30 millions), qui repose sur les labos et sur les gastro-entérologues, est anecdotique.

La progression des dépenses liées aux ALD et aux arrêts de travail pose certes problème, mais il faudrait se donner les moyens d'en comprendre les causes. Agir comme si ces progressions n'étaient que le résultat de la triche de patients fraudeurs non encadrés par des praticiens laxistes, c'est le degré zéro de la réflexion.

par Pierre Volovitch

- (1) « Les parties signataires s'entendent pour revaloriser le métier médical dans le cadre du futur accord conventionnel par différentes mesures d'un montant total correspondant à la moitié des économies prévues », note d'étape de la négociation conventionnelle du 3 décembre 2004.
- (2) Médicaments utilisés pour le traitement des affections cardiovasculaires.

Le droit au dépassement ouvert à tous les spécialistes

Les médecins de ville sont répartis en deux secteurs. Le secteur 1 rassemble ceux qui respectent les tarifs « opposables » négociés par le biais d'accords conventionnels avec l'assurance maladie, cette dernière prenant en charge une partie de leurs cotisations sociales. Le secteur 2 rassemble les médecins qui pratiquent des honoraires « libres », c'est-à-dire qui imposent des dépassements à leurs patients. L'accès au secteur 2 est fermé depuis de nombreuses années et sa « réouverture » était une des revendications centrales de diverses coordinations de médecins.

L'immense majorité des généralistes appartiennent au secteur 1, tandis que les spécialistes se répartissent entre les deux. Cette répartition est de plus très inégale sur le territoire, ce qui fait que, dans certaines villes ou départements, il est pratiquement impossible d'accéder à un spécialiste du secteur 1. Avec la réforme Douste-Blazy, les spécialistes du secteur 1 pourront pratiquer des dépassements, à condition que ceux-ci demeurent limités à 30 % de leurs patients.

Ceux du secteur 2 pourront voir une partie de leurs cotisations sociales prises en charge, proportionnellement à la part de l'activité qu'ils feront dans le cadre de dépassements « encadrés ». Autrement dit, ils auront le droit de dépasser le 130 sur autoroute, mais à condition de ne pas rouler à plus de 160 ! Autant dire que la distinction entre les deux secteurs ne va plus guère avoir de sens.

N°232, janvier 2005, 4,25 euros, port inclus  Je commande

[Je m'abonne](#)

Accueil	Rechercher	L'actualité du livre	Liens	Agenda	Votre panier
	Nos publications	S'abonner	Qui sommes-nous ?	Association	Contacts