



Rebonds

L'objectif de la réforme Douste-Blazy: réduire la prise en charge des soins et fichier les patients.

Le malade mis sur le marché

Par Christian LEHMANN
mercredi 04 août 2004

Christian Lehmann médecin généraliste
et romancier.

Dernier ouvrage paru: Patients si vous saviez... Confessions d'un médecin généraliste (Robert Laffont).

Il semble assurément difficile de réformer le système de santé français. D'autant que, sous couvert de le sauvegarder, le gouvernement met en place les éléments de sa marchandisation programmée. Présentées comme de simples mesures de bon sens, les méthodes utilisées dénaturent en fait la relation médecin-patient en masquant sous les oripeaux de la solidarité les recettes libérales les plus éculées.

Ainsi de cette nouvelle carte Vitale avec photographie, dont les concepteurs nous annoncent que le surcoût considérable viendra lourdement grever les éventuelles économies. Le but n'est pas tant de lutter contre une marginale fraude, mais de créer un climat, un état d'esprit. De persuader l'opinion publique que le «*trou de la Sécu*», qu'on lui annonce phénoménal, est lié à des comportements déviant, à des «*profiteurs*» qui utiliseraient la carte Vitale pour faire soigner toute leur «*tribu*», suivez mon regard... Il n'est pas utile ici de générer des économies, il suffit de briser les solidarités, de désigner l'autre, le pauvre, l'immigré, le «*CMUiste...*» comme un parasite du système. Le gouvernement a d'abord choisi, l'an dernier, de s'attaquer aux plus marginalisés en restreignant l'accès aux soins des sans-papiers au titre de l'aide médicale d'Etat. Aujourd'hui, il élargit le champ de la suspicion.

Ainsi de cette contribution de 1 euro, laissée à la charge du patient sur chaque acte médical. Cet euro, lit-on dans la communication du ministère de la Santé et de la Protection sociale, «*marquera la solidarité partagée et responsabilisera chacun d'entre nous en participant aux frais de soins*». Preuve qu'Orwell est toujours vivant, et sa novlangue particulièrement appréciée de ceux qui nous gouvernent. Ainsi, faire payer le malade renforcerait la solidarité ? Faire payer l'accidenté du travail viserait à le responsabiliser ? Bien évidemment, non. Mais cela permet, un temps au moins, de masquer la réalité, à savoir que ce gouvernement diminue de 5 % la prise en charge des actes de soins. Et de se plier aux exigences des libéraux pour lesquels chaque chose a un prix, la santé comme le reste, un prix qu'il serait insupportable de ne pas répercuter d'une manière ou d'une autre sur le «*client*», dont on semble oublier, au passage, qu'il manifeste sa solidarité partagée en participant aux frais de soins, depuis des dizaines d'années, en versant sur ses gains une cotisation d'assurance maladie.

Ainsi de ce dossier médical personnel, hébergé sur des serveurs centralisés, dont on nous annonce qu'il «*garantira au patient un meilleur traitement et assurera un suivi plus efficace*», sans jamais expliquer que derrière ces arguments de façade se cache un gigantesque marché. Marché des données de prescription que se disputeront demain d'énormes compagnies qui ont déjà racheté, l'un après l'autre, la plupart des logiciels médicaux existants, ce qui leur permet de «*tenir*» les bases de données médicamenteuses que le médecin utilise au moment de rédiger une ordonnance électronique. Marché des données personnelles médicales auxquelles, prétextant des contraintes de gestion, les assureurs santé demanderont à accéder. Comment garantir la sécurité de celles-ci ? Comment garantir que l'assureur santé, qui assure aussi les achats de véhicules, de logements, ne cherchera pas à profiter de ces données cruciales pour sa rentabilité ?

Ainsi, enfin, du médecin traitant version Douste-Blazy. C'est peut-être là que l'illusion d'une mesure de réorganisation cohérente a été le mieux entretenue. Car nombre de pays nordiques ont rationalisé leur système de santé en l'organisant en fonction des trois niveaux d'accès aux soins : médecin généraliste de premier recours, spécialiste «*consultant*» de deuxième ligne et, enfin, l'hôpital, qui concentre des équipes expérimentées et un plateau technique sophistiqué.

La première tentative de valoriser le libre choix par le patient d'un médecin généraliste traitant a été tentée par la Caisse nationale d'assurance maladie, sous le regard intéressé de l'Etat, en 1997, une voie dans laquelle la notion de «*responsabilisation*» du patient n'était pas un simple euphémisme pour faire avaler le déremboursement d'une partie des soins ou la hausse des cotisations. Patient et médecin généraliste signent conjointement un contrat de principe, par lequel le patient s'engage à privilégier le recours au médecin généraliste en première ligne, sans obligation, toutefois. De son côté, le médecin s'engage à tenir le dossier global du patient et à suivre une formation médicale continue réellement indépendante de l'industrie pharmaceutique, à prescrire à bon escient en privilégiant les médicaments les moins onéreux et les mieux évalués, ainsi qu'à faire bénéficier ses patients du tiers payant, ce qui dispense ces derniers d'avancer les frais lors des soins. L'assurance maladie verse alors annuellement au médecin généraliste, en complément du paiement à l'acte, une prime par patient qui correspond à une forme de reconnaissance du travail administratif, du travail de formation, du travail accompli hors consultation. Cette voie, bien qu'optionnelle pour le corps médical, comme son nom l'indique clairement (option médecin référent, alias OMR), rencontra dès sa mise en oeuvre l'opposition musclée de la majorité des spécialistes et de nombreux généralistes qui refusaient de «*collaborer*» avec les organismes financeurs, clamant le principe de leur totale indépendance...

Les accusations fusèrent contre les référents : «*collabos, médecins de caisse, médecins déférents...*». Certains porte-parole de syndicats de spécialistes n'hésitèrent pas à les menacer de procès, agitant le spectre des retards de diagnostics liés à la rétention de patients par des généralistes forcément ignares et incompetents. Car le grand tabou que levait l'option médecin référent était un tabou si profondément ancré dans les mentalités que très peu de médecins et de patients l'avaient même jusqu'alors envisagé : la remise en cause du paiement à l'acte exclusif. D'où probablement, hormis la méconnaissance habituelle des médecins hospitaliers pour l'exercice de la médecine générale, l'aveu librement exprimé par le ministre de la Santé lors de son passage à *100 Minutes pour convaincre*, au printemps. Le médecin référent, «*une invention socialiste*», avait-il expliqué, n'était pas sa tasse de thé. Qu'importe que le système du médecin référent ait été mis en place par Jacques Barrot ! On comprend l'aversion du ministre... Rien de plus inquiétant, pour des ultralibéraux recouverts d'un mince vernis social, qu'un système de santé réellement solidaire et renforcé dans sa cohérence. Rien de plus gênant que ces 7 000 généralistes, ce 1,4 million de patients, impliqués dans une démarche de soins personnalisée cohérente, favorisée par le tiers payant. Rien de plus angoissant qu'une relation médecin-patient dans laquelle l'usage de l'argent est virtualisé, dans laquelle le patient ne paie pas son obole à chaque consultation, dans laquelle le médecin accepte qu'une partie de son activité de soins, de tenue du dossier, de prévention, de formation soit rémunérée de manière forfaitaire par l'organisme d'assurance maladie.

Bien au contraire, la réforme Douste-Blazy fragilise le système en rendant la gestion du tiers payant plus difficile pour les généralistes, en faisant du dossier médical personnel un instrument de flicage et de punition, et cherche à étendre la notion de médecin traitant au-delà du généraliste, selon l'exemple souvent cité du diabétique qui choisirait un endocrinologue comme médecin traitant, comme si les hommes, les femmes malades se résumaient à une pathologie (le diabète du 227, l'ulcère perforé du 228, etc.). Mais surtout, là où l'option référent permet au patient de se soigner sans déboursier d'argent, la réforme en cours instaure de facto un double système d'accès aux soins spécialisés et la possibilité, pour les médecins spécialistes, de pratiquer des honoraires libres si le patient n'est pas adressé par son médecin traitant. Là où le système du médecin généraliste référent cherche à valoriser l'utilisation cohérente du système de soins par le patient (ce qu'aurait pu mettre en place le ministre en choisissant d'exonérer de la contribution les patients en option référent), le système du médecin traitant instaure la pénalisation des assurés comme mode quotidien d'exercice, manière inélégante et peu solidaire de contourner l'absence de convention renouvelée entre l'assurance maladie et les spécialistes.

En 1999, la Coalition des industries de services américaine (USCSI) affichait ses espoirs quant aux négociations du Gatt : «*Nous pensons pouvoir progresser largement dans les négociations afin de dégager les opportunités pour les compagnies américaines de s'implanter sur les marchés des systèmes de soins étrangers... Historiquement, les services de santé dans de nombreux pays ont largement été sous la responsabilité du secteur public. Cette appartenance au secteur public a*

rendu difficile l'implantation marchande des industries de services du secteur privé américaines dans ces pays...» En replaçant l'argent au coeur de la démarche de soins, en fragilisant les solidarités, en livrant au privé la gestion des données médicales personnelles, en instaurant l'insécurité sociale comme mode de gestion, la réforme Douste-Blazy leur ouvre la voie.

<http://www.liberation.fr/page.php?Article=228268>

© Libération