

Médecin traitant : ce qu'il faut savoir sur la réforme

Le Monde 13 janvier 2005

La signature, mercredi 12 janvier, par trois syndicats médicaux et par l'Uncam, d'une NOUVELLE CONVENTION pour l'assurance-maladie, constitue l'acte de naissance de la réforme de la Sécurité sociale menée par Philippe Douste-Blazy. Son principal dispositif : la mise en place du MÉDECIN TRAITANT. 40 millions d'assurés devront avoir choisi, avant le 1er juillet 2005, le praticien qu'ils devront consulter avant d'avoir recours à un spécialiste. Plusieurs syndicats de médecins se sont élevés contre cette réforme qui selon eux favorisent les médecins spécialistes qui voient leurs HONORAIRES augmenter et "dévalorise" la médecine générale. Politiquement, cette réforme se veut aussi l'occasion pour la droite de RENOUER DES LIENS avec le milieu médical, dix ans après le plan Juppé qui avait dégradé les relations entre la majorité et les médecins.

La réforme de l'assurance-maladie est sur les rails avec la signature officielle, mercredi 12 janvier, par trois syndicats médicaux (CSMF, SML, Alliance) et par l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam), d'une nouvelle convention. Ce texte, âprement négocié en décembre, donnera un contenu concret à de nombreux dispositifs inscrits dans la loi du 13 août 2004 : médecin traitant, parcours de soins coordonné, etc.

Portée par le ministre des solidarités, Philippe Douste-Blazy, et par le secrétaire d'Etat à l'assurance-maladie, Xavier Bertrand, la réforme se veut simple dans son principe. Elle confie un rôle-clé au médecin traitant en le chargeant des soins de première intention, du pilotage des patients dans le système de santé et de la tenue du dossier médical. Mais est compliquée à mettre en œuvre et à expliquer. D'autant plus que certains dispositifs sont entrés en vigueur au début de l'année 2005, alors que d'autres, comme le dossier médical personnel, ne prendront effet qu'en 2007. Afin de s'y retrouver dans cette réforme, *Le Monde* tente de répondre aux questions que se posent les assurés.

Qu'est-ce qui s'applique déjà dans la réforme de l'assurance-maladie ?

Depuis le 1er janvier, une "participation forfaitaire" de 1 euro pour chaque consultation ou acte médical effectué en ville ou dans un établissement de santé - sauf dans le cas d'une hospitalisation - est demandée aux assurés de 16 ans et plus. Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU), les femmes enceintes (du 4e mois de grossesse au 12e jour après la naissance), les enfants de moins de 16 ans en sont exemptés. Cette participation, limitée à 1 euro par professionnel et à 50 euros par an, est déduite des remboursements de la Sécurité sociale. Le forfait hospitalier journalier est passé de 13 à 14 euros. La contribution sociale généralisée (CSG) des retraités imposables a augmenté de 0,4 point, à 6,6 %. Celle des salariés actifs est calculée sur 97 % du salaire au lieu de 95 %.

Quand les assurés recevront-ils le formulaire de déclaration du médecin traitant ?

Il parviendra au domicile des assurés en trois vagues : du 3 au 25 janvier, pour les personnes nées de janvier à avril ; du 1er au 25 février, pour les personnes nées de mai à août ; du 1er au 25 mars, pour les personnes nées de septembre à décembre. Une fois

signé par le patient et le praticien, ce document devra être retourné à la caisse d'assurance-maladie avant le 1er juillet. Un assuré qui n'a pas besoin de soins avant cette date peut attendre la première consultation qui suit le 1er juillet pour faire sa déclaration.

Le choix d'un médecin traitant est-il obligatoire ?

Tout assuré de plus de 16 ans est invité à choisir un médecin traitant et à le déclarer à sa caisse d'assurance-maladie avant le 1er juillet. Ce choix s'effectue "*librement*".

Les actes médicaux réalisés ou recommandés par ce praticien seront alors remboursés à 70 % ou 100 %, selon les cas. En revanche, l'absence de médecin traitant exposera le patient à un moindre remboursement (probablement de 5 % à 10 %), à partir du 1er juillet.

Toutefois, un médecin reste libre de refuser d'être choisi comme médecin traitant par un patient. Ce dernier est invité à se tourner vers les conciliateurs des caisses d'assurance-maladie...

Quel praticien faut-il choisir ?

Officiellement, le médecin traitant peut être un généraliste ou un spécialiste, exercer en ville, à l'hôpital ou dans un centre de santé. S'il travaille dans un cabinet de groupe, lorsqu'il n'est pas disponible, son patient peut consulter un autre praticien du même cabinet sans pénalité. En pratique, c'est le généraliste qui jouera le plus souvent ce rôle. Les patients ayant un médecin référent, 2 % des assurés, selon le ministère, doivent, eux aussi, déclarer un médecin traitant.

Dans quel cas a-t-on directement accès aux spécialistes ?

Les soins dentaires, certains problèmes de vue ou un suivi gynécologique ne nécessiteront pas le truchement du médecin traitant. De même que les consultations psychiatriques, neuropsychiatriques ou neurologiques - en l'attente d'un accord conventionnel, au plus tard le 1er mars. Les consultations pédiatriques sont également libres d'accès puisque les patients de moins de 16 ans ne sont pas concernés par ces aspects de la réforme.

En cas d'absence du médecin traitant (pour cause de vacances, par exemple), de soins d'urgence ou de déplacement de l'assuré, celui-ci se verra soigné et remboursé aux tarifs habituels. D'autres situations devront encore être examinées. Les patients suivis par un spécialiste pour une maladie chronique peuvent le consulter directement, et choisir un médecin traitant pour leurs autres affections.

Sur quelle base sera-t-on désormais remboursé ?

Un assuré que son médecin traitant adresse à un médecin correspondant est remboursé sur la base des tarifs de la Sécurité sociale. Il n'a pas de garanties sur les délais d'attente qui lui seront imposés.

En cas de litige, il devra se tourner vers le conciliateur de l'assurance-maladie.

Les honoraires des médecins de secteur 1 vont-ils changer ?

La consultation d'un médecin traitant reste à 20 euros pour un généraliste. Elle passe de 23 à 25 euros pour tous les spécialistes de secteur 1 (tarifs opposables).

Les tarifs des médecins correspondants augmenteront à partir du 1er juillet. La consultation d'un généraliste - par exemple, un homéopathe ou un acupuncteur - passera de 20 à 22 euros, celle d'un spécialiste de 23 ou 25 à 27 euros, celle d'un psychiatre à 39,70 euros et certaines consultations de cardiologie à 48 euros.

Sept spécialités cliniques - dermatologues, rhumatologues, endocrinologues, psychiatres, neuropsychiatres, gynécologues, ophtalmologues - seront augmentées dès le 1er mars. Et le tout sera remboursé à 70 %.

Qu'en est-il des spécialistes de secteur 2 ?

Les spécialistes de secteur 2 (à honoraires libres) ayant choisi l'option de coordination devront respecter le tarif conventionnel de 27 euros. Leurs dépassements seront plafonnés sur les actes techniques. En dehors du parcours de soins, leurs honoraires resteront "libres", sous réserve de tact et de mesure. Mais leurs patients seront remboursés moins de 70 %, sur la base de 23 euros.

Quelle sera la prise en charge des mutuelles et des assureurs ?

Leur objectif est de concevoir des contrats adaptés à cette réforme au 1er janvier 2006. D'ici là, leur priorité est de chercher à s'y retrouver dans " *ce maquis tarifaire*", selon l'expression d'un responsable mutualiste. Un comité exécutif de la Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF), premier acteur de la complémentaire santé avec 60 % du marché, est prévu vendredi.

Claire Guélaud

Le tiers payant étendu à 2 millions d'assurés

Pour désamorcer la fronde des généralistes opposés à la suppression progressive du dispositif du médecin référent, qui garantissait le tiers payant, Philippe Douste-Blazy a repris l'initiative sur ce terrain. *"Non seulement, nous ne remettons pas en cause le principe de cette dispense d'avance de frais pour les personnes les plus démunies, a-t-il assuré, mardi soir, au Monde, mais je vais demander à l'Union des caisses d'assurance-maladie (Uncam) d'étendre le tiers payant et de l'accorder aux assurés sociaux dont les revenus ne sont pas supérieurs de plus de 15 % au plafond de la couverture maladie universelle (CMU)",* a ajouté le ministre des solidarités.

Actuellement, quelque 5,5 millions de personnes, dont les bénéficiaires de la CMU, bénéficient de cette dispense d'avance de frais, sur laquelle certains parlementaires de la majorité s'étaient interrogés, lors de la préparation de la réforme et des débats au Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie. Ils estimaient que la gratuité - apparente - des soins poussait les dépenses à la hausse. Mais la validité de cet argument n'a jamais été démontrée.