

# OU POUVRE AUX YEUX ? ...

## ■ ... la qualité des soins ne sera pas au rendez-vous

On peut s'interroger sur les raisons qui ont conduit le gouvernement à créer la notion de «médecin traitant» au lieu de développer le système du «médecin référent» mis en place en 1998 (système qui rassemble aujourd'hui 8000 généralistes et 1,5 million de patients). Ce système associait rémunération forfaitaire pour les généralistes - en contrepartie notamment de la tenue du dossier du patient et d'une formation médicale indépendante des laboratoires - et tiers payant pour les patients, mais les deux plus importants syndicats de médecins, la Confédération des Syndicats Médicaux Français et le Syndicat des Médecins Libéraux s'y opposaient et ils viennent donc d'obtenir sa disparition.

Dans le cadre de la réforme, les généralistes ne disposeront pas des moyens pour faire fonctionner ce système de «coordination des soins» pourtant nécessaire.

En supprimant le système de rémunération forfaitaire attaché au médecin référent, qui prenait en compte d'autres notions comme la prévention, l'amélioration des pratiques, la tenue du dossier,... les médecins seront poussés à multiplier des consultations de plus en plus courtes pour maintenir le niveau de leurs revenus.

Toutefois, pour ses patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin percevra une rémunération spécifique de 40 € par an.

En définitive, le paiement à l'acte restera le quasi seul mode de rémunération des médecins libéraux fortement hostiles à toute évolution. Il est d'ailleurs écrit dans le protocole : «le paiement à l'acte reste le mode de rémunération le plus adapté pour rémunérer des fonctions soignantes directes».

## ■ Au final, c'est bien une réforme libérale

Où sont passés les objectifs pourtant affichés haut et fort de maîtrise des dépenses de santé et d'amélioration des pratiques médicales?

La réforme qui était censée ramener à l'équilibre les comptes de l'assurance maladie d'ici 2007 (déficit 13 milliards d'euros pour 2004 !), débute avec une revalorisation des honoraires de bon nombre de médecins ; son coût est évalué à 500 millions d'euros sur 2 ans. En contrepartie les médecins se sont engagés à économiser 998 millions d'euros en 2005 !

Comment ? en réduisant le périmètre de prise en charge à 100% pour les personnes en affection de longue durée, en prescrivant moins d'antibiotiques, d'anxiolytiques, d'arrêts de travail, en prescrivant plus de médicaments génériques et en respectant les accords de bon usage de soins. Si une partie de ces objectifs peuvent s'inscrire dans une démarche d'évaluation et d'optimisation des bonnes pratiques, il n'en va pas de même pour d'autres, notamment ceux concernant les affections de longue durée et les arrêts de travail. La progression des dépenses liées aux affections de longue durée et aux arrêts de travail mérite réflexion, mais avant de vouloir en diminuer le coût de façon arbitraire, il faudrait au préalable se donner les moyens d'en analyser les causes. Agir de la sorte c'est s'inscrire dans une logique purement comptable, c'est aller à l'encontre d'une véritable politique de santé publique

En outre, aucune sanction des médecins n'est prévue en cas de non respect de leurs engagements et il y a fort à

craindre que les comptes de l'assurance maladie continuent à se détériorer en l'absence de toute refondation.

La maîtrise des dépenses va reposer essentiellement sur les généralistes, les spécialistes ayant obtenu les revalorisations tarifaires qu'ils attendaient. Quant à l'assuré, il risque bien de payer deux fois, tant au niveau des prélèvements supplémentaires que des dépassements d'honoraires (il lui sera par ailleurs très difficile de s'y retrouver dans le maquis des nouveaux tarifs). Le risque est grand d'assister à un renforcement des inégalités dans l'accès aux soins et à une dégradation de la santé d'une partie de la population.

**La réforme décidée par le gouvernement n'a pas mis en place les instruments qui auraient permis de réorganiser le système de santé tant pour le réguler que pour le rendre plus efficace : coordination des acteurs sanitaires et sociaux par la mise en place de réseaux, de maisons de santé, ... modification des modes de paiement des professions médicales, politique du médicament indépendante des firmes pharmaceutiques, ... approche plus globale des questions de santé, ...**

**Ce n'est qu'en transformant un système centré sur la consommation pour aller vers un système organisé autour de la prévention que nous parviendrons à réduire les inégalités et à améliorer l'état sanitaire de la population.**