

## Médecine générale et Sécurité sociale

Exerçant dans une maison de santé ouverte en 2003, Claude Leicher, président du syndicat MG France depuis 2009, dénonce la confrontation de plus en plus fréquente entre l'Assurance maladie (AM) et les médecins généralistes – harcelés et épuisés, ils ont le sentiment d'une rupture progressive avec elle – alors qu'une alliance est indispensable. Il dénonce surtout l'absence de prise en compte des soins primaires en équipe, « une erreur stratégique majeure ».

« **L'**Assurance maladie [AM], c'est la mutualisation du risque maladie, un bien commun à garder en bonne santé ! », mais la médecine générale, ce sont les soins primaires sans lesquels il n'existe pas de système de santé équitable et accessible.

**Un conflit originel sur les honoraires.** Entre les médecins libéraux et l'AM, il est, dès l'origine, question d'argent, d'indépendance professionnelle et de libre décision. Des relations pacifiées seulement en 1971, quand les médecins ont accepté les tarifs conventionnés nationaux de l'Assurance maladie. Une trêve de courte durée, puisque le secteur 2, apparu en 1980, est interdit depuis 1993 à la médecine générale. Avec les tarifs du secteur 1 bloqués depuis 2011, et « des honoraires plus faibles en échange d'une protection sociale très incomplète », l'AM est en train de réussir à créer une rupture en défaveur des généralistes et donc des soins primaires !

**La rémunération des généralistes.** Exclusivement à l'acte en 1971, cette rémunération est aujourd'hui liée à 88 % aux actes et à 12 % aux forfaits (par patient en affection de longue durée et pour certaines fonctions). Élément signifiant, les nouveaux modes de rémunération d'équipe, créés en 2008, l'ont été en collaboration avec la direction de la Sécurité sociale, mais pas avec celle de l'Assurance maladie !

**Scotomes.** L'AM n'a pas vu venir l'exercice pluriprofessionnel en soins primaires. Et tandis que la HAS a accepté de créer un centre de ressources en soins primaires, « l'Assurance maladie en est encore aux soins de proximité ou de premier recours. Alors que l'enjeu principal, c'est l'organisation territoriale des soins primaires ». En effet, « en l'absence de travail organisé avec les autres soignants, il est impossible d'effectuer correctement des soins à domicile, avec le risque de devoir hospitaliser des patients qu'on peut garder chez eux ». Sur le terrain, l'organisation des soins change, grâce, par exemple, à un travail collaboratif avec les infirmières en ville (protocole Asalée pour les patients diabétiques) : « c'est l'avenir pour les généralistes, qui pourront prendre en charge plus de patients »... à condition que l'AM investisse dans les soins primaires en équipe.

**Gestion du risque.** L'AM obligatoire a permis un rattrapage quantitatif de l'accès aux soins, puis elle est passée à la notion de bonne utilisation des moyens, donc à la gestion du risque santé, « mais il faut qu'elle s'intéresse aussi aux bénéfices potentiels d'une meilleure organisation des soins, condition essentielle à la pertinence des actes ». Développer les soins primaires... ou créer un système fragmenté type programmes Prado, conçus « sans le médecin traitant dans la boucle » ? Ayant manifestement peu confiance dans le dispositif médecin traitant, l'AM veut le doubler par un autre censé raccourcir la durée de séjour à l'hôpital, mais « refuse du coup de développer les soins primaires autour du médecin généraliste traitant ».

**Rendre sa cohérence au parcours de soins.** La réforme du médecin traitant, en 2005, et du parcours de soins, la plus importante depuis la création de l'AM, n'est pas aboutie, en l'absence de « moyens adéquats pour le médecin généraliste traitant » et de « cohérence de prise en charge du parcours de soins pour le patient [puisque le reste à charge n'est pas nul sur l'ensemble du parcours] ».

**Pour la suppression du ticket modérateur.** On doit s'interroger sur la pertinence du ticket modérateur (il ne modère rien et entraîne 6,5 milliards d'euros de frais de gestion), mais « installer une obligation de tiers payant est irréaliste et infaisable pour les professionnels dans l'organisation actuelle, avec 23 régimes obligatoires et leurs 86 opérateurs, et près de 600 régimes complémentaires ». Il faudrait aussi que la cotisation au régime complémentaire soit mutualisée selon les revenus, comme l'est la cotisation au régime obligatoire : « c'est un vrai sujet, car l'accès à la mutuelle est devenu un critère de discrimination. Pour lutter contre cela, on a inventé la CMU, puis l'aide complémentaire à la santé. On court, depuis 1945, après les effets pervers du ticket modérateur. La bonne solution est ailleurs, plus simple, rapide et efficace : supprimons le ticket modérateur, au moins en soins primaires ». Il faut simplifier le régime obligatoire, en créant un seul régime maladie universel, quel que soit le lieu d'habitation ou le type de travail. •

Christine Maillard, d'après la conférence du Dr Claude Leicher, président du syndicat MG France, 21 mai 2015.