

Paris, le 6 octobre 2022

La Cour des comptes ne pose pas le problème de l'accès aux soins mais érige en principe la maîtrise comptable des dépenses de santé.

À un moment où l'ensemble de nos concitoyens et des représentants de la nation se posent légitimement la question de l'accès aux soins, la Cour des comptes veut restreindre les moyens attribués au système de santé.

Dans son rapport annuel qui semble déconnecté de la réalité, la Cour des comptes reproche aux médecins libéraux une dérive des dépenses de santé entre 2015 et 2019, mélangeant habilement les chiffres en parlant d'une augmentation des soins de ville de 15Md€, mais en disant, sans préciser la répartition, que l'augmentation des dépenses pour les honoraires des médecins et des chirurgiens-dentistes est de 5 Md€ (3Md€ pour les paramédicaux) sur quatre ans.

La Cour des comptes oublie de préciser que sur ces quatre années il y a eu une nouvelle convention, signée en 2016, avec des revalorisations tarifaires qui étaient indispensables. Le G (ou C) passait à 25€ (Il était à 21€ en 2006). Ceci représentait une évolution de 19% sur 10 ans, mais en sachant que la valeur n'a pas changé depuis avec une inflation cumulée depuis 2016 d'au moins 16% à la date de la prochaine revalorisation fin 2023.

Si la cour des comptes s'était penchée sur les revenus des médecins libéraux en les demandant à la CARMF, qui a les BNC de tous les médecins libéraux, elle saurait qu'en euros constants les revenus sont stables et que leur maintien ne se fait qu'au prix d'une augmentation du nombre d'actes.

Ce dernier élément fait dire que le paiement à l'acte est inflationniste, ce qui est paradoxal à un moment où il existe une demande de soins non satisfaite et où on demande aux médecins libéraux de travailler plus pour voir plus de patients. Il est bien évident que moins il y a de médecins, plus ceux qui sont en exercice doivent augmenter le nombre d'actes.

Les expériences de salariat dans les centres de santé, et par certains départements, montrent clairement que l'activité et la réponse en termes de « *patient médecin traitant* » est deux fois moindre dans ces structures, ce qui ne fait qu'aggraver la pénurie. Le déploiement des forfaits demandé par la Cour des comptes entraîne les mêmes conséquences.

Pour voir plus de patients différents et répondre à l'accès aux soins il faut favoriser le paiement à l'acte avec des actes nettement revalorisés s'ils sont complexes et peu fréquents, les actes peu valorisés incitant à les répéter pour le même patient.

Enfin il faut rappeler à la Cour des comptes qu'il faut en premier lieu se soucier de la santé des français avec un coût des dépenses de santé qui évolue de 4% par an selon un rapport du Sénat de 2019.



Dans le rapport il faudrait donc intégrer l'investissement à faire dans le système de santé pour qu'il puisse rester pertinent alors que depuis des décennies la volonté de nos politiques a été de faire des dépenses de santé une variable d'ajustement des déficit publics, appauvrissant considérablement ce système de santé avec d'abord le numéris clausus puis l'ONDAM, deux outils de maîtrise des dépenses allant totalement à l'encontre de l'accès aux soins.

Compter les dépenses ou soigner les français il va falloir choisir.

Docteur Bruno Perrouty
Président Les Spécialistes CSMF
Contact presse 06 42 26 63 73