

CONVENTION MÉDICALE 2016 ([lien](#)) ANALYSE ET PROPOSITIONS DU SMG

Par Lanja Andriantsehoanarinala, Séraphin Collé, Patrick Dubreil, Quentin Vieille

Introduction

Depuis 1971, la convention médicale établit, tous les 5 ans, par des négociations entre syndicats de médecins dits *libéraux* et l'Assurance maladie (AM), les règles qui les lient. Attention, ce n'est en principe pas un contrat, mais une convention collective, cependant nous concluons plus loin sur le fait que le contrat individuel prend une place de plus en plus importante.

La convention définit la rémunération à l'acte (mode principal de rémunération du médecin *libéral*) par la *fixation de tarifs* opposables, avec, en contrepartie pour le patient, l'accès au remboursement des soins par l'AM. La convention est donc censée garantir la solvabilité des patients, mais elle autorise et organise aussi les dépassements d'honoraires (honoraires non remboursés par l'Assurance maladie), qu'elle prétend limiter (cf. titre 4 ci-dessous).

Les médecins sont aussi payés par des forfaits, mode de rémunération accessoire du médecin *libéral*, mais ces forfaits se diversifient, leur montant augmente et ils prennent une part de plus en plus importante dans le revenu global des médecins.

1- Un lié à la patientèle (Forfait Patientèle Médecin Traitant - cf. sous-titre 2 infra) qui remplace les forfaits existants (forfait médecin traitant...), et qui comprend, lui-même, plusieurs forfaits dont les montants sont augmentés.

2- Deux liés aux résultats des médecins (prime à la performance) en fonction d'indicateurs entre autres informatiques (Forfait Structure) ou médico-économiques (Rémunération sur Objectifs dits de *Santé Publique* = ROSP) (ci-dessous).

Dorénavant, la convention *prétend* à l'évaluation et à l'amélioration des pratiques médicales par la généralisation pour les médecins d'une prime variable à la performance qui concerne de plus en plus d'actes. Ainsi, la convention qui se veut collective devient aussi un contrat individuel tacite (1) qui lie chaque médecin au financeur des soins.

(1) Tout en restant conventionné, un médecin devait écrire à la CPAM s'il voulait refuser la ROSP, jusqu'à trois mois après la signature de la convention par les partenaires conventionnels (syndicats et AM suscités).

ANALYSE

Globalement, on note une inflation du texte par rapport à sa version de 2011 avec un corpus qui passe de 94 à 133 pages, mais surtout des annexes passant de 169 à 334 pages (x2 !). Le nombre d'articles augmente, lui, de 80 à 90 articles.

PRÉAMBULE

La convention énonce :

1) Les principes d'une politique de soins basée autour du médecin généraliste qualifié d'« *acteur central* » et nécessitant un « *virage ambulatoire, gage d'une prise en charge plus efficiente, mieux coordonnée et plus adaptée aux besoins des patients* ».

2) Des « *objectifs partagés et des mesures structurantes* », avec « *l'engagement dans la maîtrise médicalisée des dépenses de santé* », notamment la réduction des « *hospitalisations en urgence ou des réhospitalisations* ».

3) Les principes de l'Assurance maladie, « *système universel, solidaire qui joue un rôle clef dans l'accès de tous à des soins de qualité* »... « *sur tout le territoire* »... un système qui « *soutient les pratiques efficientes, le développement de la prévention, la simplification des processus, la modernisation concrète des échanges entre les médecins et l'Assurance maladie et des conditions d'exercice* ».

4) Une énumération de moyens mis en place dont la convention est l'objet.

5) « *Les partenaires conventionnels réaffirment leur volonté de valoriser la qualité des pratiques médicales [...] en visant une nouvelle progression des résultats et conviennent d'améliorer la réactivité globale du dispositif de la Rémunération sur Objectif (ROSP), afin de faciliter l'adaptation des indicateurs aux données de la science et aux priorités de santé publique.* »

Analyse du SMG : Derrière le « *virage ambulatoire* » se cache la diminution de la durée de séjour des patients à l'hôpital en raison de restrictions budgétaires endémiques. La logique comptable apparaît claire et son moyen redoutable : la ROSP. Nulle part n'est décrit ce qu'est la *qualité* des pratiques, notamment il n'est pas question de poser les jalons de l'indépendance professionnelle vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique. Contrairement à ce qui est énoncé, les objectifs ne sont pas « *partagés* » entre les médecins, l'Assurance maladie et les patients, puisque leurs intérêts divergent de plus en plus. Les mesures prises sont « *structurantes* » au sens où elles renforcent un système de plus en plus inégalitaire qui nourrit le déficit de l'Assurance maladie elle-même, le profit des industriels du médicament et des complémentaires santé, au détriment de l'égalité de l'accès aux soins et de la réduction de la morbidité des fractions les plus pauvres de la population : le *reste à charge* continue d'augmenter pour la plupart des patients entraînant de plus en plus de renoncements aux soins, du fait entre autres de la pérennisation de l'*usine à gaz* tarifaire (défauts de remboursement des soins, majorations, dépassements d'honoraires). Le principe fondateur de la solidarité : « *chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins* » est largement battu en brèche.

TITRE PRÉLIMINAIRE : portée de la convention nationale (art. 1 à 3)

Une Convention pour quoi et pour qui ? Une liste d'objectifs quasi consensuelle d'« *améliorer l'accès aux soins, de promotion de la santé...* » ferait oublier la mention à la ROSP, moyen sanctuarisé de « *valoriser la qualité, d'améliorer l'efficience...* » des mots bien connus en *management* dont on connaît les effets déstructurants sur les collectifs de travail.

Quels médecins ? Les médecins dits « *libéraux* » (généralistes ou spécialistes). Mais aussi praticiens hospitaliers à qui l'accès à l'exercice libéral est maintenu ; droit auquel le SMG s'est toujours opposé car c'est un exercice non éthique (détournement de patientèle vers le privé, dépassements d'honoraires, inflation d'examens) et augmentant le *reste à charge* pour les patients.

Quels patients ? Les bénéficiaires de l'Aide médicale d'État (AME) ne sont pas même cités. Le SMG demande la suppression de l'AME ET l'affiliation de tous les patients sans papiers à l'Assurance maladie, sous le régime de la CMU, en attendant une extension à 100 % du remboursement des soins pour tous par l'AM.

TITRE 1 Conforter l'accès aux soins (art. 4 à 14)

Sous-titre 1. Améliorer la répartition de l'offre de soins sur le territoire

Ce **sous-titre 1** est une énumération technique de mesures dites « *structurantes* », mais de fait totalement *conjoncturelles* qui ne résoudront, au mieux, qu'à la marge et dans certains secteurs géographiques les inégalités d'accès aux soins et sociales de santé : *Contrat d'aide à l'installation, contrat de transition, contrat de stabilisation et de coordination, contrat de solidarité territoriale*. Nous renvoyons les lecteurs à leur lecture dans le texte conventionnel (lien supra) : il s'agit uniquement d'aides économiques forfaitaires (5 000 euros par ci, 50 000 par là...), conditionnées.

Analyse du SMG : Nous dénonçons l'absence de démocratie et l'arbitraire de cette politique, qui est renforcé par le fait qu'un agent régional unique décide ces mesures, de surcroît par décret. Il faut construire une offre de santé où la population a sa place et un véritable pouvoir décisionnel. La démarche de *santé communautaire* a pour but l'élaboration d'un projet de santé sur un territoire en y intégrant les citoyens à tous les niveaux d'élaboration et de mise en œuvre. Elle se veut collective et démocratique. Par ce biais doivent être redéfinies les missions des soignants, leur statut et le contenu *transformé* de leur métier, puis la forme d'organisation la mieux adaptée à ces exercices professionnels, avec un maillage qui ne délaisse aucun territoire géographique (*réseaux, maisons de santé*). Les Agences régionales de santé (ARS), bureaucratiques et autoritaires, ne doivent pas échapper à cette refondation : elles doivent rendre des comptes et les citoyens doivent être associés à l'élaboration et prises de décision des politiques menées. Le SMG propose la suppression des ARS et la création de **Chambres régionales de santé démocratiques**. Ces chambres prendraient appui sur les travaux de **Conférences locales de santé communautaire** qui représenteraient l'outil démocratique dans les bassins de vie de chaque département.

Les contrats de la précédente convention de 2011 (*options démographie et santé solidarité*) n'ont attiré que 20 généralistes (*Le Généraliste*, N° 2766, 09/09/2016). Ces dispositifs d'incitation financière à l'installation ne sont en rien des mesures « *structurantes* » car ils ne remettent pas en cause les modalités autoritaires de la décision politique, ne tiennent pas compte des besoins réels des populations ainsi que des politiques publiques globales en matière d'aménagement du territoire.

Sous-titre 2. Faciliter l'accès au médecin traitant

« *Un conciliateur [...] est amené à intervenir [...] pour aider les patients à trouver un médecin traitant* »

Analyse du SMG : Les conciliateurs ne résoudre pas à eux seuls les problèmes d'accès des patients à un médecin traitant. La réponse aux difficultés d'accès aux médecins traitants est plus globale et se trouve dans la fin de la liberté totale d'installation, la promotion d'un maillage de maisons de santé de proximité partout sur le territoire et la refonte de notre mode de rémunération (majoration des forfaits, sortie du paiement à l'acte et suppression de la ROSP).

Sous-titre 3. Garantir la permanence des soins

« Depuis la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009, la compétence de l'organisation de la permanence des soins a été transférée aux ARS. Les caisses continuent d'assurer le paiement des forfaits de régulation et d'astreintes dont le montant est déterminé dans les cahiers des charges régionaux... »

Analyse du SMG : la loi HPST doit être abrogée, la logique comptable doit être inversée au profit d'une logique de santé publique et d'un besoin de financement des soins de santé et de la permanence des soins. Un large débat démocratique doit être entamé, sur ce thème, dans les Chambres régionales de santé ; les associations privées de médecins urgentistes, comme SOS médecins, coûteuses pour les comptes sociaux solidaires, doivent être intégrées dans un **service public de la permanence des soins**, à tarif opposable, sans dépassements d'honoraires, et régulé par le centre 15 partout sur le territoire.

Sous-titre 4. Mettre en œuvre la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux

Analyse du SMG : ce **sous-titre 4** est un véritable saucissonnage arbitraire de la dispense d'avance des frais (tiers payant), qui ne concerne en outre que la part obligatoire de l'AM (excepté les patients ayants droit à la CMUc et l'ACS : ces derniers doivent passer, pour pouvoir bénéficier d'un tiers payant intégral, sous les fourches caudines d'un contrat complémentaire sélectionné par le ministère de la Santé !), il segmente ainsi un peu plus des catégories sociales stigmatisées (ACS) et autres situations (femme enceinte > 4 mois, actes coûteux...) dans des politiques de droits partiels accordés au compte-gouttes. Le SMG propose la suppression du **sous-titre 4** dans la mesure où notre syndicat revendique dans le cadre du paiement à l'acte, un **tiers payant intégral et généralisé uniquement géré par le système solidaire de l'Assurance maladie** (cf. supra, notre analyse : **sous-titre 2**)

TITRE 2 Développer la coordination des soins (art. 15 à 20)

Sous-titre 1. Le parcours de soins

La convention veut « renforcer l'action du médecin traitant dans les actions de prévention : vaccinations, prévention des pratiques addictives, de l'obésité, dépistages des cancers (sein, col de l'utérus, colorectal), promotion d'une alimentation saine ».

Analyse du SMG : nous dénonçons les flatteries sur le rôle supposé « de coordination et de synthèse » du médecin traitant, avec comme revers, le transfert des soins vers l'ambulatorio couvrant la poursuite d'économies budgétaires sur le secteur public hospitalier, imposant des hospitalisations restreintes, et leur verbiage fallacieux : « virage ambulatorio ».

Les *déterminants collectifs de santé* (logement, travail, alimentation) sont oubliés dans ce chapitre. Pourtant, il y aurait fort à faire dans un travail de réseau avec les acteurs sociaux intervenants autour des patients. Une nouvelle fois, mais nous en avons l'habitude avec l'Assurance maladie, l'accent est mis, avec une forte tonalité culpabilisante, sur les *déterminants individuels de santé*, dont on sait que leur correction ne réduit qu'à la marge les inégalités sociales de santé. De même, l'accent est mis sur la vaccination et le dépistage des cancers, mais il n'existe pas de débat sur leur pertinence, leur efficacité, leur innocuité ou leurs effets secondaires : absence de prise en compte des cancers les plus fréquents, déni de reconnaissance des cancers professionnels, promotion du vaccin contre le papilloma virus et absence de politique publique organisée autour du frottis cervico-vaginal, surdiagnostics). L'objectif de prévention manque en grande partie sa cible.

Le médecin traitant doit « délivrer des soins de qualité à la collectivité, à des coûts maîtrisés » (**art. 15**). Les coûts sont loin d'être maîtrisés mais la faute n'en incombe pas forcément aux seuls généralistes. Il n'est nullement question ici d'indépendance professionnelle et de soins de *mauvaise qualité* lorsqu'un médecin prescrit des médicaments à la balance bénéfiques/risques défavorable ou injustement chers sans efficacité supplémentaire (cf. copies *Me Too*).

Les « missions du médecin traitant » : on doit critiquer ici le discours économiste de l'« offre de soins » et de la demande, alors que le médecin généraliste est *hors marché* dans la mesure où il est payé encore en grande partie par l'Assurance maladie (via la cotisation salariale), le médecin généraliste doit intégrer un **service public de médecine de premier recours** avec un besoin de financement hors marché ; les « *délais souhaitables de prise en charge* » en second recours (spécialités) s'allongent de plus en plus du fait des dépassements d'honoraires et de l'appauvrissement du

service public hospitalier en moyens humains ; quant au dossier médical personnalisé, informatique, (DMP), le SMG revendique sa suppression (cf. notre site).

« Pour les patients < 16 ans : veille au bon développement de l'enfant... examens obligatoires pris en charge à 100 % entre 0 et 6 ans... ». Nous militons pour une **prise en charge à 100 % par l'AM pour tous les âges de la vie**.

L'**art. 15-2** évoque les modalités de choix du médecin traitant. Nous avons combattu la réforme du médecin traitant de 2004 (Douste-Blazy), car elle conditionne le niveau de remboursement des soins (le remboursement par l'AM passe de 70 à 30 % en cas de non-respect du parcours de soins). L'article **15-3** évoque des situations particulières où les patients seraient entièrement remboursés malgré un non-respect du parcours de soins (c'est-à-dire où il ne s'appliquerait pas le dégrèvement de remboursement). Ces situations sont par exemple des cas de première installation de médecin généraliste ou des actes dans des zones sous-dotées en médecin généralistes... Cet article essaie manifestement de limiter les injustices liées à ce système de remboursement conditionné au respect du parcours de soins. Cela complexifie la législation et le *parcours de soins*, véritable *usine à gaz tarifaire*.

La valorisation du rôle du médecin traitant (**art. 15-4**) est matérialisée par la création du **forfait patientèle médecin traitant (FPMT)** pour le suivi au long cours des patients (**art. 15-4-1**). « Ce nouveau forfait se substitue aux différents forfaits existants... pour le suivi de la patientèle et à la rémunération du volet de synthèse médicale. Il est indexé sur la patientèle et ses caractéristiques : **âge, pathologie, précarité** »

Age, pathologie : Enfant de 0 à 6 ans : 6 euros – Patients âgés de 80 ans et plus : 42 euros — Patient < 80 ans atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée : 42 euros — Patients âgés de 80 ans ou plus et atteint d'une ou plusieurs ALD : 70 euros — autres patients : 5 euros

Précarité : Une majoration est appliquée au montant ainsi calculé en fonction de la part de patients **CMUc** dans la patientèle du médecin. Il est réservé aux médecins exerçant à honoraires opposables et à ceux ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis à l'**article 40 et suivants**. Ce forfait est mis en place au titre de l'**année 2018** et fera l'objet d'un 1^{er} versement au cours du 1^{er} semestre 2018 ».

Notre syndicat a toujours revendiqué la sortie du paiement à l'acte par, entre autres, l'augmentation des forfaits qui permet de valoriser les consultations ou visites longues. L'augmentation de ce forfait annuel pour les médecins dont la patientèle comporte un nombre important de patients ayants droit à la CMUc tient compte aussi du temps plus long passé avec ces patients qui sont plus pauvres et plus malades que le reste de la population. Mais ce forfait concerne uniquement les patients ayants droit à la CMUc. Ce nouveau forfait devrait inclure les patients ayants droit à l'aide à la complémentaire santé (ACS), et les patients ayants droit à l'aide médicale d'État (AME).

« Pour valoriser le rôle du médecin traitant... ce forfait est **cofinancé par l'AM obligatoire et les organismes complémentaires** » (augmentation de 150 à 300 millions d'euros de participation des organismes complémentaires). »

Lors de son Conseil du 16/09/2016, l'UNOCAM a refusé cette proposition de l'UNCAM et a décidé de ne pas signer la convention nationale des médecins libéraux. Par effet de vase communicant, si les organismes complémentaires d'assurance maladie acceptaient de financer ce FPMT, ils le répercuteraient sur les patients, via l'augmentation des prix de leurs complémentaires santé.

Le SMG revendique le financement de ce FPMT uniquement par la solidarité à savoir l'Assurance maladie.

Art. 15.4.2 : Les missions de santé publique du médecin traitant ne seront décrites que par l'intermédiaire des objectifs de la ROSP. Cet article doit être supprimé et remplacé par de **véritables missions de santé publique** du médecin traitant qui doit pouvoir prendre part à des enquêtes pluridisciplinaires de terrain, de recherches-actions en faveur de la réduction de la morbi-mortalité, de la lutte contre les inégalités et de la promotion de la santé.

Le médecin correspondant (art. 16), « intervenant en coordination en lien avec le médecin traitant, permet l'accès aux soins de **second recours**. Ce rôle est valorisé » par un nouvel acte de nomenclature, la majoration de coordination. Cet **article 16** doit être supprimé.

L'accès spécifique (**art. 17**) concerne les « consultations de spécialistes sans consultation préalable du médecin traitant ». Ses conditions sont les suivantes : « Gynécologues, ophtalmologues, stomatologues (dispositif de prévention bucco-dentaire pour les patients âgés de 6 à 18 ans et les femmes enceintes à partir du 4^e mois de grossesse, cf. **annexe 23**), psychiatres et neuropsychiatres (pour les patients de moins de 26 ans) ».

Le fonctionnement du parcours de soins coordonné (**art. 18**) est illisible (donc ne peut remplir son office) et surtout une véritable *usine à gaz* tarifaire pour les patients. Ces nouvelles majorations et restrictions vont accroître les inégalités d'accès aux soins. Cet **article 18 (.1 + .2 + .3)** doit être supprimé

Sous-titre 2. Un parcours de soins mieux coordonné

Les outils en faveur de la coordination (**art. 19.1**) : « *Le développement du recours aux outils tels que le Dossier médical partagé (DMP) et la messagerie sécurisée doit être encouragé...* ».

La messagerie sécurisée, si elle offre un gain de temps dans la transmission de l'information médicale, ne doit en aucun cas être constitutive du DMP, que nous refusons pour des raisons éthiques, juridiques et financières. Depuis sa création, rien n'a prouvé que le DMP facilite le travail d'équipe. Toute transmission des données de patients à des tiers privés (banques, assurances) ou étatiques est un risque pour le respect du secret médical du patient. Ce DMP, dispendieux pour les comptes publics et liberticide, doit être définitivement supprimé. L'informatique doit être considérée comme un outil d'amélioration des pratiques professionnelles et non comme une fin en soi, comme un moyen de plus de contrôle des patients et des soignants.

Article 20. La mise en place d'un forfait structure (articles 20.1 et 20.2 et annexe 12)

Premier volet du forfait structure (prérequis-art. 20.1) : « *visé à accompagner les médecins qui souhaitent investir dans l'équipement du cabinet. Les indicateurs sont des prérequis qui doivent tous être atteints pour déclencher la rémunération forfaitaire de ce volet et conditionnent la rémunération du deuxième volet. Les indicateurs sont les suivants (nous les numérotons) :*

1- logiciel métier avec logiciel d'aide à la prescription (LAP) certifié par la HAS, compatible DMP

2- utilisation d'une messagerie sécurisée de santé

3- version du cahier des charges SESAM Vitale

4- taux de télétransmission supérieur ou égal à 2/3

5- affichage des horaires d'ouverture du cabinet (art. 1.5 de l'annexe 12)

Ce premier volet du forfait est affecté de 175 points (1^{re} année, soit 1 225 euros), 230 (2^e année, soit 1 610 euros), 280 (3^e année, soit 1 960 euros). »

Analyse du SMG : Le SMG est pour une rémunération comprenant des forfaits fixes, mais conditionner ce forfait à l'utilisation forcée de l'informatique est une aberration qui éloigne les médecins de leur engagement dans le soin.

Indicateur 1 : le SMG revendique l'indépendance de tout lobby industriel des logiciels métiers et des LAP, notamment vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique ; en l'occurrence, la Haute autorité de santé n'est pas exempte de conflits d'intérêts.

Le SMG revendique la **création d'un logiciel d'aide à la prescription indépendant** et accessible à tous les médecins. Le logiciel métier avec LAP ne doit pas s'intégrer dans le dossier médical personnel informatisé (DMP). Contrairement à ce que les partenaires conventionnels pensent, ce qui « *facilite le suivi des patients et leur prise en charge coordonnée* », c'est la volonté des professionnels qui travaillent autour du patient d'échanger ensemble de manière transversale et non hiérarchisée.

Indicateur 4 : le SMG est opposé à cet indicateur qui nie la réalité de terrain et fait dépendre le niveau de revenus d'un item comptable. La réalité sociale montre que souvent, la télétransmission est impossible : oubli par le patient, vol ou perte de carte Vitale (CV), patients désaffiliés, en rupture de droits ou en attente de renouvellement de la CV du fait de la lenteur et de la mauvaise volonté des caisses d'assurance maladie elles-mêmes.

Deuxième volet du forfait structure (art. 20.2) : valorisation des différentes démarches et modes d'organisation mis en place pour apporter des services supplémentaires aux patients.

« *Ce deuxième volet est conditionné par l'atteinte des prérequis du premier volet. Chaque indicateur est indépendant des autres.* ».

Ce deuxième volet est un *copier-coller* de la ROSP (contrairement à ce qui a été dit dans la presse).

Il *valorise* (1^{er} indicateur) la systématisation de la transmission informatique de certificats (déclaration d'AT/MP, de médecin traitant, d'arrêt de travail, protocoles de soins) avec un risque pour le patient et pour le médecin (cf. titre 5 sous-titre 2). Le 2^e indicateur valorise le codage des antécédents et pathologies du patient à des fins de registre et constitution de bases de données populationnelles. Le risque est une transmission et utilisation de ces informations par des tiers privés (assurances, laboratoires pharmaceutiques...), sans compter le fardeau en tant que cela constitue pour le médecin généraliste en cours de consultation, sans intérêt immédiat pour le patient.

Le 3^e indicateur valorise la participation à une équipe de soins coordonnée (projet territorial de santé), et son aspect pluridisciplinaire (4 réunions annuelles). Le 4^e valorise le service au patient : l'accompagnement médico-social (recherche de structure d'accueil, aides aux documents d'accès aux droits), prise en charge complexe, prise de rendez-vous... Le 5^e indicateur valorise la maîtrise de stage (accueil d'étudiants en médecine).

La pseudo « modernisation » des relations entre caisses et médecins correspond à une régression en ce sens où elle

entérine un mouvement déjà amorcé dans la précédente convention d'informatisation du poste de travail à outrance, augmentant les tâches à accomplir pouvant favoriser les maladies professionnelles des médecins (troubles musculosquelettiques, psychopathologies).

Les modalités de calcul des différents indicateurs risquent d'être difficiles à définir, d'être théoriques et éloignées de la pratique et de la réalité. Sur quelles bases d'informations ces modalités seront-elles définies ? Sur une déclaration sur l'honneur ? Ou sur un contrôle diligenté par l'AM, via les délégués ou les nouveaux « conseillers informatique service » qui viendront vérifier si chaque médecin est « dans les clous » des indicateurs ? Le médecin est incité à compter ses points et risque d'être moins soucieux de l'amélioration de la santé de ses patients, de la santé publique et de la réduction des inégalités, principes pourtant énoncés en préambule de cette convention. Il y aura donc des fraudeurs.

Au total, ce forfait structure est un piège qui s'habille de vertu : il comporte un contenu intéressant en termes de pratiques de premier recours (cf. 3, 4 et 5^e indicateurs), mais est absolument pervers dans son assujettissement à l'informatique, et en particulier à des objectifs de performance (pourcentage de télédéclaration...). Il a pour objectifs :

- 1- de contrôler la population via l'outil informatique,
- 2- d'appâter les médecins par l'argent et d'accroître leur dépendance au financeur des soins, l'Assurance maladie (et demain, de plus en plus les organismes de complémentaires santé),
- 3- de licencier du personnel des CPAM (ou de ne plus embaucher).

Nous revendiquons la suppression :

- des forfaits liés « à un pourcentage de... » ou un « taux de... » du forfait structure. Car il s'agit de primes à la performance avec les mêmes travers que la ROSP (cf. ci-dessous).
- de l'obligation de valider tous les indicateurs du premier volet pour obtenir le montant.
- de la conditionnalité des forfaits du 2^e volet par rapport au 1^{er}.

OUI aux forfaits fixes liés à un moyen (logiciel métier *indépendant*, possibilité de passer la carte Vitale...) ou une activité particulière (accueillir des étudiants, travail en réseaux ou en maison de santé...).

TITRE 3 : Valoriser la qualité des pratiques médicales et favoriser l'efficience du système de soins (art. 21 à 29)

La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), paiement à la *performance*, est modifiée. Des critères sont changés. Mais une discussion sur la validité scientifique des indicateurs ne mène à rien. La ROSP sera toujours un mauvais outil de rémunération des praticiens et de l'amélioration des pratiques. La ROSP continue à être éthiquement inacceptable et poursuit son lent travail d'*infusion* parmi les médecins conduisant à une modification durable de la subjectivité des médecins au travail.

Un danger supplémentaire s'est greffé. Après un coup d'essai cet été sur une pénalisation des médecins suivant leur prescription de jours d'arrêt de travail, le projet revient par la petite porte. En effet, la convention médicale a inscrit une procédure de révision des indicateurs, qui pourront être supprimés ou remplacés (**art. 27**). Il suffira que le directeur de l'UNCAM se saisisse (sic), consulte éventuellement les partenaires conventionnels et décide, après un vote par la Commission paritaire nationale (CPN) aux 2/3 (cf. titre 6 sous-titre 3), de changer les indicateurs de la ROSP. Le texte est explicite : « *Par ailleurs, des indicateurs concernant l'efficience des prescriptions notamment en matière de transports, biologie, imagerie ou reprise d'activité (nous soulignons) pourront être élaborés par les partenaires conventionnels pour une valorisation complémentaire maximale de 60 points.* » Alors, ce n'est plus qu'une question de temps : à quand un indicateur sur le nombre de jours d'arrêt maladie ?

Il s'agit donc d'une procédure d'exception permettant de modifier la convention **SANS AVENANT**. La ROSP devient enfin l'outil malléable à souhait aux mains des administratifs qui peuvent le faire évoluer en dehors des négociations et selon leurs intérêts. Quand on sait que la privatisation est à nos portes, on a tout lieu de penser que ces intérêts ne seront pas ceux des patients, mais ceux du profit. Il n'y a plus aucun garde-fou face au renforcement de la position du directeur de l'UNCAM. La machinerie administrative de l'Assurance maladie continue son chemin anti démocratique.

Ce titre 3 porte un certain nombre d'articles sur la prévention et la promotion de la santé, qui ne sont que des incitations monétaires offertes aux généralistes pour participer à des programmes hors sol dans les mains de l'assureur public, et bientôt sans doute privé (participation Sophia, suivi enfant obésité, frottis cervico-vaginal, etc.). Mais des rémunérations, fussent-elles variées, pour participer à des programmes dans un système de soins inchangé ne font pas passer du soin à la santé. Quand est-ce que sera posée enfin l'évaluation de ces programmes ? Quand est-ce que les besoins en santé des territoires seront recueillis et que soignants, décideurs et citoyens s'organiseront réellement pour faire face aux défis de santé du pays ?

TITRE 4 L'exercice conventionnel (art. 30 à 58)

Le secteur 1 conventionnel engage le signataire à des tarifs fixés par la convention (exemple : prix de la consultation simple en médecine générale à 25 euros au 1^{er} avril 2017) sauf deux exceptions que sont le dépassement d'honoraires dans le cas de non-respect par le patient du parcours de soins, ou dans le cas d'exigence particulière du patient (par

exemple le cas d'une visite considérée non justifiée par un médecin) (**art. 37 et 39**).

Le secteur 2 donne droit à la facturation de dépassements d'honoraires libres ; il est accessible aux seuls médecins titulaires d'un titre d'ancien chef de clinique (et quelques autres exceptions) ; il concerne très majoritairement des médecins spécialistes d'organes (**art. 38**).

Analyse du SMG : Les dépassements d'honoraires sont discriminatoires, arbitraires, inflationnistes. Le SMG a toujours lutté contre tous les dépassements d'honoraires ainsi que pour l'abrogation du secteur 2. Devant leur croissance ininterrompue, la précédente convention avait introduit le dispositif du Contrat d'accès aux soins (CAS). Le SMG s'était déjà opposé à ce dispositif d'avalisation et de légitimation des dépassements d'honoraires en faits accomplis (communiqué du SMG du 16/10/2012). Le bilan est désastreux, le montant global des dépassements d'honoraires poursuit son ascension toujours plus inégalitaire. Pour autant, les partenaires conventionnels réitèrent en 2016 avec l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, **sous-titre 3**, et OPTAM-CO pour les chirurgiens et obstétriciens, **sous-titre 4**) qui remplacent le CAS.

Sur le fond comme sur la forme, la nouvelle option conserve toutes les critiques de l'ancienne : il s'agit d'un engagement sur la base du volontariat à ne pas faire pire qu'avant, contre rémunération (équivalente à une prise en charge partielle de cotisations sociales !). L'option augmente ainsi la rémunération totale des médecins en secteur 2, et en valide le niveau antérieur et son moyen unique : le dépassement d'honoraires « avec tact et mesure ». « La seule fleur est déjà fanée » : une augmentation de la base de remboursement des dépassements d'honoraires ; c'est-à-dire une prise en charge par l'Assurance maladie (nos cotisations) d'une partie des dépassements. L'expérience montre pourtant que cette « fleur » déjà présente depuis 2011 dans le Contrat d'accès aux soins n'empêche pas une augmentation des restes à charge pour les patients.

Aperté : Dans les contrats de complémentaire santé *responsable* proposés aux salariés par leurs employeurs (cf. ANI 2015 [ici](#)), il y a une limitation des remboursements des dépassements d'honoraires pour consultations/actes auprès de NON-signataires du CAS (et très probablement de l'OPTAM dorénavant) à 125 %, puis 100 % de la base Sécu à partir de 2017. Un moyen selon eux d'inciter les non-signataires à la baisse, mais au prix d'un reste à charge important pour les uns, et d'un défaut de soins pour d'autres. Par contre, il n'existe pas de limitation des remboursements des actes avec dépassements d'honoraires cotés par des médecins signataires de ces options.

Bref, la fumée de cette usine à gaz remplira son objectif : rembourser la majorité des dépassements d'honoraires.

TITRE 5 : Modernisation des échanges entre médecins et Assurance maladie (art. 59 à 73)

Sous-Titre 1 Modalités des échanges électroniques relatifs à la facturation à l'assurance maladie

L'Assurance maladie s'engage pour le paiement des factures « *sur la base des informations fournies par la carte Sésam Vitale (CSV) (art. 59) même si elle n'est pas à jour. Disparition des rejets liés aux droits des patients et au parcours de soins. Si pas de CSV, accès au service Acquisition de droits intégrés (ADRI), pour obtenir un droit à jour. Engagement du règlement des factures sous un délai de 5 jours ouvrés en feuille de soins électronique et indemnité si règlement > 7 jours ouvrés. Engagement d'un meilleur suivi de facturation par la norme NOEMIE 580 (Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs). Ceci concerne l'ensemble des régimes pour une harmonisation des procédures* ».

Sous-Titre 2 La simplification des échanges entre les médecins et l'assurance maladie

Analyse du SMG : la dématérialisation des actes administratifs et certificats médicaux (AT/MP, arrêts maladies, protocoles de soins, déclaration de grossesse...) est-elle synonyme de modernité ? Certainement pas, il faut surtout lire dans cette évolution : contrôles plus précoces, des arrêts de travail notamment, moins d'emplois dans les caisses primaires d'Assurance maladie (CPAM), carcans des menus d'aides intégrés avec des propositions de nombre de jours en fonction de la pathologie selon des référentiels de la Haute autorité de santé (HAS) plus que douteux. Risque de détournement de patientèle pour la déclaration « médecin traitant » en ligne.

Les échanges personnalisés avec des correspondants identifiés visent à une « *simplification administrative, un n° d'appel identifié et non surtaxé, une messagerie sécurisée* » (**art. 63**).

Analyse du SMG : L'outil informatique devient de plus en plus important et aliène le médecin. Combien de mails faudra-t-il lire chaque jour ?

« *Les délégués de l'Assurance maladie et les Conseillers informatique Service accompagnent les médecins (art. 64)* ».

Ils deviennent des ambassadeurs proactifs de l'utilisation optimale des services et ne manqueront pas de culpabiliser les médecins qui n'adoptent pas le bouquet de téléservices proposé : « *Comment, Docteur, vous ne faites pas les arrêts maladie en ligne ?* »

Sous-Titre 5 Dispositions sociales

Nouvelle mesure dans la convention : « *élargissement des prestations sociales des médecins libéraux travaillant en clinique, hôpitaux, avec contrat d'exercice libéral, à condition que leurs revenus hors structure soient supérieurs à 15 % des revenus libéraux totaux conventionnés (art. 69)* ».

Analyse du SMG : Lire : cadeau de l'Assurance maladie pour l'exercice libéral.

L'**art. 70** concerne l'Assurance maladie, la maternité, le décès et l'**art. 71** les allocations familiales

A noter la « *péréniation des Allocations supplémentaires vieillesse* » (ASV = régime de surcomplémentaire de retraite, très coûteux pour l'AM et gros cadeau aux médecins) (**art. 72**) avec maintien du niveau de prise en charge de l'AM dans le régime ASV aux 2/3 de la cotisation du médecin conventionné (y compris celle des médecins pratiquant des dépassements d'honoraires !!) sur la base de la part de leur revenu obtenu à titre opposable.

TITRE 6 : Vie conventionnelle

Une résiliation de la convention est théoriquement possible soit par l'UNCAM, soit par 2 syndicats représentatifs. (**art. 76**)

Sous-titre 3 Les instances conventionnelles

La Commission Paritaire Nationale (CPN) (**art. 80**) « *est composée pour la section professionnelle de 12 représentants des syndicats représentatifs signataires (6 généralistes + 6 spécialistes), le président de la section professionnelle ayant double voix pour assurer la parité en formation plénière et pour la section sociale de 12 représentants de l'Assurance maladie (8 du régime général, 2 de la mutualité sociale agricole, 2 du régime social des indépendants) et d'un représentant de l'UNOCAM pour faire 25 membres en formation plénière* ».

Analyse du SMG : Il existe un réel danger lié aux modalités de révision des indicateurs de la ROSP : un vote par la CPN aux 2/3 peut-être organisé sur saisie initiale par le directeur de l'UNCAM ; il consulte les partenaires conventionnels via la CPN, mais la décision lui incombe, il reçoit plein mandat des autres directeurs (**annexe 23**) et peut changer un indicateur de la ROSP comme bon lui semble sans nécessité d'écrire un avenant (voir **art. 27**)

Les modalités techniques sont les suivantes : observatoire des mesures conventionnelles (**art. 81**), comité technique paritaire permanent national chargé des simplifications administratives (**art. 82**), commission paritaire régionale (**art. 83**), commission paritaire locale (**art. 84**)

Sous-titre 4. Le non-respect des engagements conventionnels

« *Les manquements et le non-respect par le médecin des dispositions conventionnelles* » (**art. 85**) portent surtout sur les « *pratiques tarifaires excessives* » mais aussi sur « *l'obligation de transmission électronique à l'Assurance maladie, posée à l'article L. 161-35 du Code de la sécurité sociale, des documents de facturation des actes et prestations* ». « *Procédure applicable* » (**annexe 24**). Les sanctions sont précisées (**art. 86**)

Analyse du SMG : Il existe une contradiction forte au sein de l'Assurance maladie : parce qu'elle institutionnalise les dépassements d'honoraires, elle favorise les fraudes pécuniaires, tout en sanctionnant très peu les fraudeurs. Plus on en donne aux médecins, plus certains en veulent, et la convention n'appelle pas à plus de vertu en la matière puisque « *les recours des médecins auprès des commissions paritaires ou de droit commun (art. 88) suspendent la décision des caisses* ». Ce qui favorise la poursuite des fraudes et l'impunité des fraudeurs.

Le SMG revendique que les recours ne soit pas suspensifs dans les cas de dépassements d'honoraires excessifs ou de facturation de consultations aux patients ayant droit à la CMUc, afin d'inciter les médecins à respecter le serment d'Hippocrate.

Les conséquences du déconventionnement sur l'activité de remplacement sont précisées (**art. 87**) et celles des sanctions ordinaires et décisions juridictionnelles (**art. 89**), enfin, la continuité des procédures initiées avant l'entrée en vigueur de la convention est précisée (**art. 90**).

CONCLUSION

Cette convention n'est qu'une énième démonstration de la déclinaison technique d'un système de domination politique qui se reproduit tous les 5 ans depuis 1971 et qui renforce les inégalités économiques (reste à charge) et d'accès au soin. Ce système fixe *sans les citoyens* le niveau et le mode de revenus des médecins libéraux et donc, dans le système du paiement à l'acte, les conditions de l'accès aux soins de toute la population.

Le SMG revendique **un système social de soins et de santé, public, égalitaire, basé sur les besoins de la population avec le renforcement du financement solidaire de l'Assurance maladie**. Tant qu'on ne mettra pas en place les fondements d'une santé communautaire, toute politique conduira à l'échec, celui que nous connaissons d'un système conventionnel à bout de souffle, antidémocratique, inefficace, englué dans le dogmatisme néolibéral et sans vision émancipatrice pour l'avenir.