

Auteur : Patrick Dubreil, médecin généraliste

Article issu de l'analyse d'un groupe de travail du Syndicat de la Médecine Générale

Article extrait de Pratiques n° 77 « Tout le contraire ! »

De la servitude des syndicats prospères

La convention médicale est un ensemble de textes qui régit les liens entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie. Elle est négociée entre l'UNCAM (l'union nationale des caisses d'assurance maladie) et les syndicats des médecins libéraux. Examen à la loupe de celle signée en 2016¹.

*« Dans la mêlée industrielle de cette époque, on avait tâté de la participation ouvrière. C'est-à-dire que des capitalistes avaient essayé d'apaiser les travailleurs en les intéressant financièrement à leur tâche... Ainsi naquit l'idée pratique de participation à la gratte. "Payez-nous plus cher et rattrapez-vous sur le public" devint le cri de guerre des syndicats prospères. Et cette politique égoïste réussit de-ci de-là. » Jack London, *Le Talon de fer*, Édition Libretto*

La convention médicale a été signée entre l'Assurance maladie (AM) et les syndicats représentatifs des médecins libéraux en 2016 pour cinq ans. Sous prétexte de modernisation et de « révolution numérique », elle pérennise une logique comptable mortifère en intéressant financièrement les médecins à la tâche informatique, les éloigne de ce qui fonde leur engagement dans le métier (le *prendre soin*), marque l'aveuglement ou le mépris des partenaires conventionnels vis-à-vis de la réalité et est un aveu de leur impuissance à la transformer vers plus d'égalité et de justice sociale.

Bas les masques !

La convention énonce les principes d'une politique de soins « *solidaire* » basée autour du médecin généraliste, nécessitant un « *virage ambulatoire, des objectifs partagés et des mesures structurantes, le développement de la prévention, l'engagement dans la maîtrise médicalisée des dépenses de santé par la réduction des hospitalisations, la simplification des processus, la modernisation des échanges, la qualité et l'efficacité des pratiques* ».

Maîtrise médicalisée ? Le coût du système de soins explose avec la tarification à l'acte et les médicaments vendus très cher sous l'influence des lobbies pharmaceutiques.

Virage ambulatoire ? Les soins primaires sont inorganisés, l'administration de la santé est bureaucratique et opaque, le service public hospitalier est démantelé par l'insuffisance de moyens en personnels et en lits et la concentration de mastodontes que sont les Groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Simplification des processus ? Les télé-services sont généralisés pour ne pas embaucher dans les services publics. Tout désormais doit se faire par Internet sous peine de sanctions, ce qui accroît les inégalités sociales.

Qualité ? La *démarche qualité*, employée dans l'industrie, est un outil qui permet aux techniciens de prescrire aux travailleurs ce qu'ils doivent accomplir sans tenir compte de la réalité des règles de leur métier. C'est l'héritage du taylorisme, le laboratoire qui « tient le crayon » des médecins sous influence...

Efficacité ? Les pouvoirs publics n'ont que ce mot à la bouche pour masquer leur incurie et leur

inefficacité. Les signataires conventionnels semblent ignorer les mots « indépendance, besoins de santé, lutte, égalité ». Trop révolutionnaires ?

La convention dit vouloir « moderniser les échanges » (titre 5), c'est plutôt une nouvelle « race » de médecins qui est en train de naître : des « stakhanovistes » aliénés à l'outil informatique et asservis au financeur des soins.

La dématérialisation des actes et des certificats médicaux est-elle synonyme de modernité ? N'assiste-t-on pas depuis plusieurs années à la suppression d'emplois dans les caisses primaires d'Assurance maladie ? Les médecins vont-ils subir la pression culpabilisante des « *délégués de l'AM et des Conseillers informatique service (art.64)* » ? La convention affirme que « *le développement du recours aux outils tels que le Dossier médical partagé (DMP) et la messagerie sécurisée doit être encouragé afin d'améliorer la coordination des soins (art.19-1)* ». La messagerie sécurisée le sera-t-elle vraiment ? Si elle offre un gain de temps dans la transmission de l'information, elle ne doit pas être constitutive du DMP. Celui-ci est inapplicable pour des raisons financières (cher), juridiques et éthiques : le risque à terme de transmission des données des patients à des tiers privés (banques, assurances) ou étatiques fait voler en éclat le *secret médical* garant du pacte social et démocratique. Le DMP, liberticide, devrait être définitivement supprimé.

Les dispositifs d'aide forfaitaire à l'installation sont les outils éculés de l'État et des Agences régionales de santé (ARS) (titre I).

Réputés être « *plus incitatifs à l'installation des médecins dans les zones déficitaires* », ces dispositifs attirent peu de médecins², ils sont des « *cache-misère* » qui ne tiennent pas compte des besoins réels de la population et des politiques publiques globales en matière d'aménagement du territoire. « *Des zones sous-dotées en médecins sont déterminées par les directeurs des ARS (loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé), selon des critères définis par décret* ».

Il existe quatre types de contrats d'aide forfaitaire³ à l'installation aux conditions et contraintes multiples. Le *Contrat de solidarité territoriale médecin* (art.7) est une véritable farce. Les institutions s'imaginent que des médecins installés n'ont pas autre chose à faire que de voyager en zones sous-dotées et qu'ils vont travailler « *10 jours par an* », comme stipulé, auprès de patients et dans des bassins de vie qu'ils ne connaissent pas. Déjà des voix d'associations de patients s'élèvent pour contredire les décrets des ARS comme à Laval (Mayenne) où beaucoup de patients ne trouvent plus de médecins généralistes. « La montagne » de l'aide forfaitaire à l'installation « *accouche d'une souris* », pensée par le haut, elle ne réduira qu'à la marge les inégalités territoriales de santé.

Une population oubliée, stigmatisée, perdue dans l'usine à gaz tarifaire de l'accès aux soins et, in fine, saignée au porte-monnaie.

La convention énonce : « *Un conciliateur (art. L 162-15-4 du code de la Sécurité sociale) est amené à intervenir en partenariat avec le Conseil de l'Ordre départemental des médecins, pour aider les patients à trouver un médecin traitant* ». Le conciliateur sera caduc quand les mesures suivantes seront prises : fin de la liberté totale d'installation, promotion des soins de santé primaire et de la filière de médecine générale, création de maisons de santé de proximité et de réseaux pluriprofessionnels, sortie du paiement à l'acte.

Actuellement, la **dispense d'avance des frais** ne concerne que la part obligatoire de l'AM. Les seuls à bénéficier de droit à un tiers payant intégral sont ceux ayant droit à la CMU

complémentaire ou à l'Assurance complémentaire santé avec, pour ces derniers, obligatoirement un contrat complémentaire santé sélectionné par le ministère (art.11). Ce saucissonnage segmente un peu plus des catégories sociales dans des politiques de droits partiels accordés au compte-gouttes. Nulle part n'est proposé un tiers payant intégral pour tous uniquement géré par l'AM. Ce non-choix politique est symbolique et révélateur des dérives néolibérales et des renoncements à la justice sociale des gouvernements successifs depuis quarante ans.

Les médecins spécialistes se voient octroyer de **nouvelles majorations d'honoraires** pour « *avis ponctuel de consultant, majoration de coordination, dépassements* » (art 16-17-40 et suivants).

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 quatrième mois de grossesse), psychiatres et neuropsychiatres (pour les patients de moins de 26 ans)* ». Les accès spécifiques à ces médecins devraient être permis à tous sans distinction d'âge et chez les femmes enceintes quel que soit le terme de la grossesse, à tarifs opposables avec tiers payant intégral géré uniquement par l'AM.

Le fonctionnement du parcours de soins coordonnés (art.18) implique de **nouvelles majorations**, « *en cas d'urgences ou d'éloignement ou lors de l'adressage par le médecin traitant vers le médecin correspondant pour une prise en charge du patient dans les 48 heures (art. 18.3) : MTU (Majoration traitant urgence) pour le médecin traitant dont le montant est fixé à 5 euros et MCU (Majoration correspondant urgence) dont le montant est fixé à 15 euros, à compter du 1er janvier 2018* ».

Les dépassements d'honoraires – DH – (titre IV) sont une institution normalisée pour une caste de spécialistes privilégiés et intouchables, appliquant des tarifs de manière arbitraire, discriminatoire et paternaliste, quand ce n'est pas frauduleux. Par effet « boule de neige », les complémentaires santé, qui couvrent ces dépassements, contribuent à leur inflation, ce qui aggrave l'accès aux soins des plus pauvres⁴. Considérés comme l'élite de la médecine française, les spécialistes d'organes, adoués par leur Ordre national (créé en 1940 par Pétain), ont toujours revendiqué la liberté tarifaire que justifierait, selon eux, leur niveau de compétences. De plus, tout est bon pour taxer le porte-monnaie des patients, à ce titre la convention médicale est très inventive : « *non-respect du parcours de soins, exigence particulière du patient, visite non justifiée* », etc. Pour garder bonne conscience, l'AM utilise l'euphémisme de « complément d'honoraires » et les médecins sont censés user de « tact et mesure » pour déterminer quel est le « bon » niveau de DH. Pour tenter de les limiter, la précédente convention de 2011 avait introduit le dispositif du Contrat d'accès aux soins : poursuite des DH mais application d'une partie des tarifs en secteur 1 (à tarifs opposables) contre l'octroi d'une prise en charge d'une partie des cotisations sociales des médecins. En 2016, toujours sur la base du volontariat, avec l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et obstétriciens, on change de mots, mais la réalité ne change pas, les DH se généralisent et les caisses poursuivent leur participation « *aux cotisations des médecins ayant une part de leurs revenus conventionnés, même s'ils font des DH* » (dispositions sociales-titre 5). Ainsi, derrière une volonté affichée de stabilisation des DH, l'AM poursuit leur sacralisation, leur bénédiction (se rapprochant ainsi d'un droit divin !), elle institue, en outre, un statut de médecins titulaires d'un droit à DH « *permanent* » avec quasi-absence de sanctions pour les médecins faisant des DH considérés comme « *excessifs* ». « *Les manquements et le non-respect par le médecin des*

dispositions conventionnelles » (art.85) portent surtout sur ces tarifs « excessifs ». Parce qu'elle institutionnalise les DH, l'AM favorise les fraudes, tout en sanctionnant très peu les fraudeurs. 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 l'impunité des fraudeurs.

Permanence des soins : à quand un véritable service public maillant le territoire ?

La convention dit : « *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* ». Les ARS travaillent dans l'opacité et laissent les institutions privées de médecine d'urgence, à but lucratif, s'étendre sur le territoire là où il n'y a pas d'organisation de gardes. Un large débat démocratique devrait être entamé. Ces institutions, coûteuses pour la solidarité, devraient être intégrées dans un service public de la permanence des soins, partout sur le territoire, à tarif opposable, sans DH, et régulées par le centre 15 (SAMU).

Une médecine individualisée, culpabilisante et une santé publique absente : les angles morts. Une nouvelle fois, mais nous en avons l'habitude avec l'AM, les *déterminants collectifs de santé* (logement, travail, couverture maladie, alimentation) sont oubliés. L'accent est mis, avec une forte tonalité culpabilisante, sur les *déterminants individuels de santé* (tabac, alcool) dont on sait que leur correction ne réduit qu'à la marge les inégalités sociales de santé. De même, la vaccination et le dépistage de certains cancers sont à l'honneur, mais sans débat sur leur pertinence, leur efficacité, leur innocuité ou leur nocivité : 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-vaginal⁵, absence d'analyse du rapport bénéfices/risques des mammographies, etc. L'objectif de prévention manque en grande partie sa cible. Le paragraphe des **missions de santé publique** du médecin traitant fait l'objet de seulement deux lignes dans cette convention (art. 15.4.2) : « *Le rôle spécifique du médecin traitant dans le domaine de la santé publique fait l'objet d'une valorisation plus globale dans le cadre de la Rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) définie à l'article 27* ». De surcroît, ces missions sont reléguées dans un article qui a trait à la ROSP. Où est l'agenda du médecin généraliste avec écrit noir sur blanc son implication dans des missions de santé publique ? Où sont les enquêtes pluridisciplinaires de terrain, de recherches-actions en faveur de la réduction de la morbi-mortalité, de la lutte contre les inégalités, de la promotion de la santé communautaire ? Les ARS, bureaucratiques et autoritaires, doivent rendre des comptes et être refondées. Les citoyens doivent être associés à l'élaboration et aux prises de décision des politiques menées en matière de santé.

La convention médicale n'est qu'une énième démonstration de la déclinaison technique d'un système de domination politique qui se reproduit tous les cinq ans depuis 1971⁶ et qui reproduit les inégalités de classes. La convention fixe *sans les citoyens* le niveau et le mode de revenus des médecins libéraux, et, dans le système du paiement à l'acte, les conditions de l'accès aux soins de *toute* la population. Contrairement à ce qui est énoncé, les objectifs ne sont pas « *partagés* » entre les médecins, l'AM 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'AM elle-même, le profit des

industriels du médicament et des organismes de 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 : augmentation croissante du *reste à charge* et renoncements aux soins du fait de la pérennisation de l'*usine à gaz* tarifaire (défauts de remboursement des soins, majorations, dépassements d'honoraires). L'AM devient son propre fossoyeur. Son principe fondateur de solidarité : « *chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins* » est battu en brèche. Il serait grand temps de renouer avec les valeurs fondatrices du Conseil national de la résistance de 1945, qui ont visé à l'existence d'un système social de soins et de santé, public, égalitaire, solidaire, basé sur les besoins de la population. Tant qu'on ne mettra pas en place les fondements d'une santé solidaire et 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.

Notes

- (1) Texte conventionnel sur le site de l'AM.
- (2) Pour preuve : les *options démographie et santé solidarité* issues de la convention médicale de 2011 n'ont attiré que vingt généralistes (*Le Généraliste*, N° 2766, 9 septembre 2016).
- (3) La rémunération des médecins par forfaits (qui ne concerne pas ces aides forfaitaires à l'installation), chapitre de la convention médicale, fait l'objet d'un second article de ce numéro « Le marché de la performance s'étend ».
- (4) Interview de Frédéric Pierru, sociologue, Comment garantir l'accès à la santé pour tous ? *L'Humanité* des 20-21-22 janvier 2017.
- (5) La Caisse nationale d'AM se félicite de la progression du pourcentage des frottis cervico-vaginaux, alors que l'incidence et la prévalence du cancer du col de l'utérus est faible en France et dans le monde. D'autres cancers (poumons, prostate) sont d'une bien plus grande incidence du fait de la pollution. Des associations œuvrent pour rendre visibles ces cancers qui sont sous-déclarés et non reconnus comme étant d'origine professionnelle (sous-traitants, immigrés, dockers, ouvriers du nucléaire, de la pétrochimie, etc.) : groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle (<https://giscop93.univ-paris13.fr>) ; association pour la protection de la santé au travail dans les métiers portuaires 44 (appstmp.org) ; association pour la prise en charge des maladies éliminables (www.apcme.net). Ainsi, nos institutions et autorités sanitaires, l'AM en tête (à travers l'élargissement de sa politique de la ROSP), sont en retard de plusieurs décennies et contribuent à orienter les pratiques des professionnels de santé vers de fausses pistes. Lire aussi : <https://www.cairn.info/publications-de-Daubas-Letourneux-Veronique--49411.htm>
- (6) Loi n° 71-525 du 3 février 1971 « *introduisant dans le Code de la sécurité sociale les principes de la convention nationale liant les syndicats médicaux représentatifs et les caisses d'Assurance maladie* ».