

**Lettre aux soignants
et usagers**
N°1 - 9 janvier 2005 -

Syndicat de la Médecine Générale
52 rue Gallieni, 92240 Malakoff
Tél. : 01 46 57 85 85 – Fax : 01 46 57 08 60
email : syndmedgen@free.fr - <http://smg-pratiques.info>

Madame, Monsieur,

*Par cette lettre, nous voulons vous faire part de **notre analyse du protocole d'accord conventionnel** et vous appeler à la mobilisation contre cet accord inacceptable qui, dans le cadre de la loi de « réforme » de l'Assurance maladie, bafoue la médecine générale et institue un **parcours de soins pour les riches et un parcours de soins pour les pauvres**.*

Dans les prochains jours, le SMG participera à une conférence de presse à l'initiative du SNJMG (Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes) commune à tous ceux qui refusent ce protocole d'accord conventionnel.

Le samedi 22 janvier, L'ISNAR IMG (Intersyndicale Autonome Représentative des Internes en médecine générale) organise une manifestation à laquelle nous nous joignons

**Le SMG appelle tous les médecins, tous les soignants et la population,
qui veulent défendre l'Assurance maladie solidaire à se mobiliser et à
participer à la manifestation nationale
Samedi 22 janvier à Paris à 12 h30
Place du 18 juin – métro Montparnasse (lieu à confirmer)**

Sur les mots d'ordre suivants :

- **Protocole d'Accord conventionnel = tromperie**
- **Non aux dépassements d'honoraires**
- **Non à la suppression du médecin référent**
- **Non à un parcours de soins pour les riches et un parcours pour les pauvres**
- **Non à la privatisation de l'Assurance maladie**
- **Oui à une autre politique de revenus des médecins**
- **Oui à un autre mode de rémunération que le paiement à l'acte**
- **Oui à une formation et un exercice indépendants de l'industrie pharmaceutique**
- **Oui à une véritable Assurance santé solidaire**

**Nous vous invitons à continuer à signer des contrats médecin référent
À ne pas renvoyer les contrats médecin traitant**

Mobilisez vos réseaux !

**Nous vous invitons à signer et faire signer le plus largement possible le
manifeste : « La contre-réforme : un tissu de mensonge »
Accessible au : www.manifeste-sante-mg.org**

En espérant vous rencontrer à la manifestation, bien cordialement
Pour la Commission Exécutive du SMG

**La Présidente
Marie Kayser**

Projet de protocole d'accord conventionnel entre médecins et caisses d'Assurance maladie :

Un parcours de riches, un parcours de pauvres

Face à l'opacité et la complexité des différentes mesures, le SMG propose dans ce texte :

- CHAPITRE 1 : (page 2) d'explicitier les mesures concrètes,
- CHAPITRE 2 : (page 8) de dévoiler politiquement la tromperie de ces mesures,
- CHAPITRE 3 : (page 10) de mettre en perspective politique l'histoire des choix des différents acteurs (gouvernements, syndicats, mutualistes ; assurances privées etc.) pour participer à la mobilisation et à la résistance.

Ce protocole doit être ratifié courant janvier 2005, les mesures étant appliquées courant 2005

Chapitre 1 : Les mesures

Ce projet de protocole s'inscrit dans la suite de la loi de « réforme » de l'Assurance maladie votée cet été par le parlement, il précise les modalités de rémunération des médecins et donc le coût du soin pour les patients

Le parcours de l'assuré :

▪ Choix d'un médecin traitant

Chaque assuré de plus de 16 ans doit choisir un « médecin traitant », généraliste dans la plupart des cas (mais ce peut-être un spécialiste) : il va recevoir de la caisse un imprimé « déclaration de choix du médecin traitant » qu'il doit renvoyer, complété avec le praticien qu'il a choisi, avant fin juin 2005. L'assuré peut changer à tout moment de médecin traitant (en prévenant la caisse et ce dernier). Si l'assuré est déjà adhérent à l'option « médecin référent » et qu'il choisi un médecin traitant autre que son médecin référent, il perd le bénéfice de l'option référent, en particulier la dispense d'avance de frais.

▪ Si l'assuré consulte un généraliste :

Si celui-ci est son médecin traitant ou le remplaçant de celui-ci ou son associé en cas d'exercice de groupe, ou exceptionnellement en cas de déplacement et d'urgence un généraliste autre :

- prix de la consultation : 20 €
- forfait de consultation de 1 € à charge à partir du 1^{er} janvier 2005 non remboursable par les assurances ou mutuelles « contractuelles » dans le cadre de l'AMCB (Assurance Maladie Complémentaire de Base : 2^oniveau de prise en charge)
- remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO : 1^{er} niveau) :
70 % de 20 € : 14 € - 1 € = 13 €
- reste à charge : 7 € (auparavant 6 euros).

Si ce n'est pas son médecin traitant : (n'en a pas encore choisi ou va en voir un autre)

- prix de la consultation : 20 € pour les généralistes exerçant en secteur 1 à tarifs opposables, c'est-à-dire appliquant les tarifs définis par convention avec l'assurance maladie,
- remboursement AMO : sanction par un taux moindre non fixé encore (65 % à 60 %),
- reste à charge : 7 à 9 € selon le taux décidé (actuellement 6 €).

▪ **Si son généraliste traitant décide de l'envoyer voir un spécialiste :**

Il est alors dans le parcours de soins dits coordonnés :

S'il s'agit d'un avis ponctuel de consultant : c'est à dire pas de consultation du même spécialiste dans les 6 mois précédents, ni dans les 6 mois suivants :

- prix de la consultation : C2 (2 fois le prix de la consultation généraliste) : 40 € (C2.5 pour les psy). Si jamais le patient a besoin d'un autre avis du même spécialiste dans les 6 mois, c'est le médecin traitant qui doit en faire la demande au service médical
- remboursement par l'AMO : (70 % de 40 €) - 1 €
- reste à charge : 13 €

Remarque : jusqu'à présent le droit de coter C2 était réservé à certains spécialistes et lié à leur titre, avec l'extension de ce droit à tous les titulaires d'un diplôme de spécialité, cela va multiplier le nombre de consultations à prix double et coûter plus à la Sécurité sociale.

S'il ne s'agit pas d'un avis ponctuel : car le patient reçoit des soins itératifs de la part d'un spécialiste, ce sera le cas dans le cadre des Affection de Longue Durée (ALD).

Si le spécialiste est en secteur 1 à honoraires opposables (tarifs conventionnels)

- prix de la consultation : 27 € : 23 € + 2 € (MPC : majoration forfaitaire spécialiste) +2 € de majoration de coordination
- remboursement 70 % de 27 € : 18,9 € - 1 € = 17,90 €
- reste à charge : 9,10 € (actuellement 6,90 €).

Si le spécialiste est en secteur 2 à dépassement d'honoraires (dit à honoraires libres)

a) le spécialiste a choisi l'option de coordination : on est là encore dans le parcours de soins dits coordonnés :

- prix de la consultation : 27 € et remboursement comme cas précédent 17,90 €
- prix des actes techniques : le spécialiste a droit à un dépassement de 15 % sur les actes techniques : dit dépassement maîtrisé (DM) (sauf pour une consultation en urgence ou pour un enfant de moins de 16 ans).
Ex : Electromyogramme : prix de l'acte : 120,96 € + droit au dépassement de 18,10 € non pris en charge par la Sécu ; remboursement par l'Assurance maladie : 84,67 €, reste à charge : 36,29 € de TM + 1 € (forfait cons.) + 18,10 € (dépassement) = 55,39 € pour l'acte technique.

Remarque : Cette autorisation de dépassement dans le cadre du parcours dit coordonné est particulièrement scandaleuse

b) le spécialiste n'a pas choisi l'option de coordination :

- Prix libre de la consultation.
- Remboursement sur la base de 70 % de 23 € (CS sans MPC) - 1 €.
- Prix libre de l'examen complémentaire.

▪ **Le patient consulte un spécialiste directement :**

Le spécialiste est en secteur 1 à honoraires opposables

Le patient est venu directement et le spécialiste a dorénavant le droit de demander un dépassement d'honoraires, dit dépassement autorisé (DA) (sauf dans le cas d'un patient en ALD dont le protocole de soins a défini ce spécialiste comme correspondant).

Prix de la consultation : 32 € (5 € de dépassement = +17,5% du tarif coordonné arrondi à l'euro supérieur) + 17,5 % maximum pour chaque acte clinique et technique effectué.

Dans l'exemple pris précédemment de l'EMG : c'est 22 € de droit à dépassement que pourra prendre le spécialiste sur l'acte d'examen soit en tout 27 € de dépassements.

Remboursement : taux abaissé à 60 ou 65 % de 23€ - 1 € (forfait de consultation).

Le spécialiste est en secteur 2 à dépassement d'honoraires (dit à honoraires libres)

Prix de la consultation libre.

Remboursement sur la base de 60 ou 65 % de 23 € (CS seul pris en compte).

▪ **Le patient peut consulter directement des médecins de certaines spécialités**

- Les **pédiatres** quelle qu'en soit la raison avec C pédiatrique : majoration de 2 € non cumulable avec la MPC, mais cumulable avec FPE (ex. obligatoires) de 0 à 2 ans.
- Les ophtalmologues **pour les troubles de la réfraction oculaire (lunettes) et le suivi du glaucome.**
- Les gynécologues, **mais pour les actes de dépistage, la contraception, le suivi de grossesse et l'IVG.**
- **Pour les psychiatres et neuropsychiatres, un avenant est à l'étude (...)**

Pour toutes ces consultations dites en « accès spécifique » le tarif est le tarif antérieur majoré de 2 euros (ou de 2,7euros pour les psy) : majoration de coordination.

Cas Particuliers :

Patient bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle CMU) Complémentaire :

Les spécialistes peuvent facturer des dépassements en cas d'exigence particulière du patient ou d'application du droit à dépassement autorisé pour les soins non coordonnés : c'est-à-dire dans le cas où le patient va voir directement un spécialiste ; le texte d'accord n'indique pas clairement s'il peut y avoir le dépassement de 15 % sur les actes techniques faits dans le parcours de soins coordonnés et réalisés par un spécialiste de secteur 2 ayant opté pour la coordination....

Jusqu'à présent, tous les médecins du secteur 1 ou 2 devaient respecter les tarifs opposables et le patient n'avait aucune avance d'argent à faire et était pris en charge à 100%.

Patient de moins de 16 ans : il bénéficie des tarifs opposables dans le cadre du parcours de soins coordonné : c'est-à-dire avec un spécialiste de secteur 1 ou de secteur 2, mais ayant choisi l'option (tarifs opposables pour l'acte technique et pour la consultation).

Patient adhérent à l'option médecin référent :

L'option médecin référent va être supprimée à l'horizon 2006, le patient adhérent n'a plus le droit de renouveler son adhésion que pour un an, au-delà de cette date, **il perd le bénéfice du tiers payant** (dispense d'avancer la part prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire et selon les accords celle prise en charge par l'assurance complémentaire) ; aucun patient ne peut plus s'inscrire dans le dispositif médecin référent à partir de la signature de ce protocole d'accord.

La situation du médecin :

▪ Le généraliste

Il est censé accomplir un travail de coordination en temps que « **médecin traitant** », mais aucune reconnaissance de ce travail n'est prévue, bien au contraire puisque l'option « médecin référent » qui reconnaissait ce travail de coordination, va être supprimée en 2006.

S'il est médecin référent, il va donc perdre le bénéfice de cette option et la rémunération forfaitaire de 45 euros par an et par patient qui était la reconnaissance du travail de coordination ; dans l'immédiat il ne peut plus prendre de nouveaux patients en option référent. S'il refuse d'endosser le rôle du médecin traitant prévu par la loi : ses patients prendront un autre médecin ou accepteront d'être moins bien remboursés sur tout leur parcours et de subir les dépassements d'honoraires des spécialistes.

S'il accepte d'être médecin traitant : il sera obligé entre autres de remplir le Dossier Médical informatisé de ses patients.

Sa rémunération à l'acte ne change pas : 20 € par consultation, seule augmentation 25 € s'il s'agit de nourrissons de moins de 2 ans.

Il touche 40 € par an par patient en ALD, mais il ne touchera plus les 50 € qui lui étaient versés pour faire la demande d'ALD (remplir le protocole PIREs).

Particularité importante : les prolongations d'arrêt de travail doivent être prescrites soit par le médecin prescripteur initial ou par le médecin traitant sauf impossibilité dûment justifiée par l'assuré.

▪ Le spécialiste

Il bénéficie **dans tous les cas de la majoration de coordination** de 2 €, dans le cadre du parcours coordonné comme dans le cadre de l'accès non coordonné, qui se rajoute à la majoration forfaitaire transitoire accordée sans bruit cette année de 2 €.

S'il est consulté comme correspondant pour un avis ponctuel, il peut bénéficier du C2 (40 €) il ne donne pas de soins continus à ce patient et doit laisser au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions (=> nouvelle consultation).

Soit **17 € d'augmentation** pour un spécialiste de secteur 1.

Dans **l'accès non coordonné** s'il est en **secteur 1**, il a acquis le droit de pratiquer des honoraires avec **dépassement de 17,5 % défini par la Sécurité sociale**, mais il doit limiter son **droit au dépassement à 30 %** de son activité globale.

S'il est en secteur 2 et a opté pour l'option de coordination : pour la fraction d'actes réalisés aux tarifs opposables, il bénéficiera des avantages en terme des allègements de charges sociales réservés aux médecins conventionnés en secteur 1, et peut appliquer **15 % de dépassement** sur les actes techniques.

Mais au moins **30 %** du total de ses honoraires doivent être **sans dépassement**.

Exemple d'un patient qui a une pathologie nécessitant le recours au spécialiste et la réalisation dans un deuxième temps d'un acte technique dont le tarif serait de 100 euros :

AVANT LE PROTOCOLE D'ACCORD : TARIFS ET REMBOURSEMENTS

PRIX DU	Détails	TARIF	Remb.	A charge	Commentaires
C généraliste		20	14	6	
C spécialiste secteur 1					Depuis le mois de sept 2004, les spécialistes peuvent coter CS+MPC soit 23 + 2 = 25 €.
	Consultation	25	17,5	7,50	
	Acte Technique	100	70	30	
C spécialiste secteur 2					*Dépassement assez courant
	Consultation	55*	17,5	37,50	
	Acte Technique	120*	70	50	+ 20 % en acte technique par ex.
Démarche coordonnées du patient :					
Secteur 1 :	C + CS+ Acte Tech + C=	165	115,5	49,50	La coordination coûte très cher en secteur 2.
Secteur 2 :	C + CS+ Acte Tech + C=	215	115,5	99,50	

DEPUIS LE PROTOCOLE D'ACCORD :

PRIX DU	Détails	Coût	Remb.	A charge	Commentaires
C généraliste		20	13	7	Baisse du remboursement dû au forfait de consultation (1 € par C, CS ou acte technique).
	C pédiatrie (de 0 à 2ans)	Remboursement à 100 % ?	25		
C spécialiste secteur 1					
Parcours coordonné					Possibilité de C2 = 40 € : avis ponctuel 2 fois par an Majoration de coordination (+2 €) dans les autres cas.
	Avis unique	C2	40	27	13
	Cons. itérative	CS+MPC+2€	27	17,90	9,10
	Acte Tech.	T. Opposable	100	69	31
P. non coordonné					Dépassement autorisé de 17,5% sur base du CS coordonné et Acte technique ; remb. moindre (ici 65 %) sur la base de CS sans MPC
	Consultation	27€+dépass.	32	16,1	15,90
	Acte Tech.	T. Opposable +17,5 %	117,5	64	53,50
C spécialiste secteur 2					
Parcours coordonné					Le tarif de la consultation spécialiste dans ce cas augmente ; mais encore loin des dépassements d'honoraires pratiqués le plus souvent.
	Avis unique	C2	40	27	13
	CS itérative	CS+MPC+2€ coordination	27	17,90	9,10
	Acte Tech.	T. Opposable +15 %	115	69	46
P. non coordonné					Possibilité de dépassement en parcours coordonné !
	Consultation	Dépassement libre	55*	15,10	39,90
	Acte Tech.		140*	64	76
Démarche coordonnées du patient :					
Secteur 1	C+C2+Acte Tech+C	180	122	58	Augmentation du coût et de l'avance des frais pour le patient en secteur 1

	C+CS coord.+Acte Tech+C	167	112,90	54.10	
Secteur 2	C+C2+Acte Tech+C	195	122	73	Le spécialiste secteur 2 y perd par rapport à avant et donc n'aura aucun intérêt à s'inscrire à l'option.
	C+CS coord.+Acte Tech+C	182	112,90	69.1	
Accès libre du patient à la consultation spécialisée:					
Secteur 1 :	CS coord.+ dépass.+ Acte Technique	149,50	80,10	69.40	Peu d'intérêt pour le patient à suivre un parcours coordonné.
Secteur 2 :	CS libre+ Acte Technique	195*	80,10	114.90	Plus cher pour le patient que la coordination (+2C) avant réforme.

Où sont les objectifs annoncés de coordination et d'accès aux soins ?

AVANT: REMBOURSEMENTS EN REGIME LOCAL EN ALSACE ET MOSELLE

PRIX DU	Détails	TARIF	Remb.	A charge	Commentaires
C généraliste		20	18	2	
					Régime local à 90 % bénéfice hérité du régime bismarckien : la Sécurité sociale existait bien avant en Alsace et Moselle par rapport à la « France de l'intérieur ».
C spécialiste secteur 1					
	Consultation	25	22,5	2,5	
	Acte Technique	100	90	10	
C spécialiste secteur 2					
	Consultation	55*	22,5	32,50	
	Acte Technique	120*	90	30	90 % pour les médicaments. 100 % pour les hospitalisations. Forfait hospitalier pris en charge.
Démarche coordonnées du patient :					
Secteur 1 :	C + CS+ Acte Tech + C=	165	148,5	16,5	
Secteur 2 :	C + CS+ Acte Tech + C=	215	148,5	66,5	

DEPUIS LE PROTOCOLE D'ACCORD :

PRIX DU	Détails	Coût	Remb.	A charge	Commentaires	
C généraliste		20	17	3	Régime Local (RL) mis en place bien avant le Régime Général de la « France de l'intérieur ».	
	C pédiatrie (de 0 à 2ans)	Remboursement à 100 % ?	25			
C spécialiste secteur 1					Remboursement très avantageux sur l'obligation d'une cotisation obligatoire complémentaire de 1,75 % sur les salaires à charge des salariés.	
Parcours coordonné	Avis unique	C2	40	35	5	
	Cons. itérative	CS+MPC+2€	27	23,3	3.7	
	Acte Tech.	T. Opposable	100	89	11	
P. non coordonné	Consultation	27 €+dépass.	32	18,55	13,45	Dépassement autorisé de 17,5 % sur base du CS coordonné et Acte technique ; remb. moindre (ici 85 %) sur la base de CS sans MPC
	Acte Tech.	T. Opposable +17,5 %	117,5	84	33,5	
C spécialiste secteur 2						

Parcours coordonné	Avis unique	C2	40	35	5	
	CS itérative	CS+MPC+2€ coordination	27	23.3	3,7	
	Acte Tech.	T. Opposable +15 %	115	89	26	Possibilité de dépassement en parcours coordonné !
P. non coordonné	Consultation	Dépassement libre	55*	18.55	36,45	
	Acte Tech.		140*	84	56	
						Le surcoût sera relativement faible mais le RL longtemps bénéficiaire connaît des difficultés depuis les remboursements multiples... Ce beau régime risque de ne pas y survivre.
Démarche coordonnées du patient :						
Secteur 1	C+C2+Acte Tech+C		180	158	22	
	C+CS coord.+Acte Tech+C		167	146,3	20,7	
Secteur 2	C+C2+Acte Tech+C		195	158	37	
	C+CS coord.+Acte Tech+C		182	146.3	35,7	
Accès libre du patient à la consultation spécialisée:						
Secteur 1 :	CS coord.+ dépass.+ Acte Technique		149,50	102,55	46,95	Plus d'intérêt pour le patient à suivre un parcours coordonné.
Secteur 2 :	CS libre+ Acte Technique		195*	102,55	92,45	Plus cher pour le patient que la coordination (+2C) avant réforme.

* exemple de dépassement courant

Tous migrer en Alsace et Moselle ?

Chapitre 2 : Une réforme en trompe-l'œil

Ce protocole est complexe, suffisamment opaque pour empêcher une réaction critique : le gouvernement prétend faire une réforme de forme de la Sécurité sociale et, dans les faits, c'est une réforme de fond qui ouvre le marché libéral et fragilise les populations les plus pauvres en les excluant des soins.

C'est un véritable abus de confiance

Il y a tromperie.

▪ Tromperie au niveau de l'accès aux soins

- Pour les bénéficiaires de la C. M. U., ce sera la **suppression du libre accès** aux spécialistes : souci de préserver le spécialiste de ces consultations non rentables et que jusque-là la loi lui interdisait de refuser. Quand on sait les difficultés qu'ont ces populations à s'engager dans une démarche de soins, compliquer le parcours par une démarche coordonnée va certainement en décourager plus d'un.
- Pour les patients aux bas revenus, c'est-à-dire tous ceux compris au-dessus du seuil de la C. M. U. fixé à 571 €, minimum vieillesse, allocation adulte handicapée, bas salaires, étudiants, etc., n'ayant aucun moyen d'accéder à une couverture complémentaire, cela entraînera encore plus de **renoncement aux soins** et nous crèverons les plafonds des statistiques de 1995 qui avaient mis en évidence que 25 % des Français avaient renoncé aux soins pour des raisons économiques. Ce n'est pas l'aide à l'achat d'une complémentaire annoncée pour des revenus situés dans une fourchette d'environ 200 € au-dessus de ce seuil CMU qui va compenser la hausse des tarifs des complémentaires et en permettre l'accès à ces populations.
- Les bénéficiaires des Affections Longue Durée (ALD) et accidents du travail vont devoir payer outre le forfait de consultation de 1 euro, peut-être plafonné à 50 € par an, mais non pris en charge par l'AMCB (Assurance Maladie Complémentaire de Base, premier niveau de complémentaire), les dépassements en parcours coordonné des spécialistes de secteur 2. Ce forfait de 1 € par consultation **pénalise les patients malades** et ayant peu de moyens : rappelons que si 1 € ce n'est pas grand chose pour un salaire de 4000 €, il n'en est pas de même pour une personne bénéficiaire du minimum vieillesse ou même d'un SMIC.
- Pour les personnes qui accéderont à ces couvertures complémentaires minimales de base, le parcours obligé sera coordonné, mais avec le **frein toujours de l'avance des frais** du fait de l'augmentation globale des tarifs et de la disparition de l'avance des frais liée à l'option médecin référent.
- Seules les personnes qui pourront se payer une couverture complémentaire à la carte (niveau 3 de prise en charge et de coût), et qui auront les moyens pour payer ce surcoût, pourront accéder aux soins.
- Si on était dans le cadre d'une réflexion sur l'amélioration des soins des augmentations de prise en charge seraient justifiées : par exemple, prise en charge diététique pour les diabétiques, lunettes, appareils auditifs... Mais vu le discours actuel, c'est une parfaite utopie.

▪ **Tromperie au niveau de la coordination des soins.**

- Alors que le but affiché de mieux coordonner le parcours de soins d'une personne, une des premières mesures est la **suppression de l'option « médecin référent »** avec le forfait qui lui était lié reconnaissant ainsi le travail de coordination et l'implication du professionnel.
- De fait, les patients qui en auront les moyens peuvent se sentir encouragés à choisir le parcours non coordonné, comptant sur de meilleurs délais de prise en charge et un meilleur accueil des spécialistes tant en secteur 1 qu'en secteur 2, en raison du surcoût qu'ils auront à financer.
- D'après le protocole d'accord, les praticiens s'engagent à situation médicale comparable à assurer des délais de prise en charge identique que ce soit en accès libre ou en accès coordonné, mais aucune sanction n'est prévue en cas de non-respect de ces délais, il est seulement prévu que le conciliateur de la caisse puisse être saisi par le patient si les délais d'obtention de rendez-vous ne correspondent pas à ces critères ; les exemples des **rendez-vous hospitaliers très souvent obtenus plus vite en privé qu'en public** et des refus de patients en CMU par un certain nombre de spécialistes de secteur 2 ne sont pas de nature à nous rassurer sur l'égalité de traitement affichée.
- L'option coordonnée pour les médecins spécialistes de secteur 2 sera tellement peu attrayante par rapport aux dépassements qu'ils prennent déjà, que la prise en charge des patients se conformant à ce parcours pourra être ralentie en termes de délais de consultation et expéditive en termes de temps de consultation d'autant que le spécialiste « doit laisser la charge de surveiller l'application de ses prescriptions ».

▪ **Tromperie au niveau de la revalorisation des honoraires des spécialistes.**

- Le tarif des spécialistes est toujours de 23 € (CS), affiché dans le site de la Caisse d'Assurance-Maladie, par contre ils bénéficient d'une majoration forfaitaire (MPC) de 2 € (2,70 € pour les psychiatres) appliquée au courant de l'année 2004, et ce protocole leur affecte une majoration de coordination de 2 € (2,70 € pour les psychiatres). Le choix du même montant de ces majorations a-t-il été fait pour brouiller les pistes ?
- Si les patients sont bien conscients que des tarifs des spécialistes n'ont pas été augmentés depuis de nombreuses années, ils seront peut-être mécontents de constater que l'augmentation de leurs honoraires va se faire principalement à travers **le droit de pratiquer des dépassements** :
 - pour les spécialistes du secteur 1 dans le cadre du **parcours non coordonné**,
 - pour les spécialistes du secteur 2 dans le cadre du **parcours coordonné**.
- Cette réforme permet en fait à tous les spécialistes de bénéficier des dépassements, ce qui permettra un **glissement** vers l'idée commune que ce dépassement est bien « la norme », avec le risque que les généralistes se mettent à réclamer eux aussi le droit au dépassement.
- Ce protocole aggrave les disparités de revenus entre médecins généralistes et spécialistes, le revenu du spécialiste à l'heure actuelle pouvant être 4 fois supérieur à celui du généraliste, et n'offre aucune autre solution que la **course à l'acte** : il n'est jamais question de parler d'une réelle politique de revenus. Le fossé se creuse aux dépens des usagers.
- C'est la **fin de l'Assurance-Maladie solidaire**, c'est la négation des tarifs opposables, c'est la privatisation du risque santé au travers des mutuelles et des assurances privées, par les dépassements en parcours coordonné et non coordonné, et c'est la création d'un « super » ticket modérateur à travers le forfait de consultation non pris en charge par les assurances ni les mutuelles en dehors de contrats très coûteux, qui pourrait

augmenter rapidement comme on l'a vu pour le forfait hospitalier, et qui pourrait s'élargir à d'autres prestations ?

▪ **Tromperie au niveau des économies envisagées :**

Les augmentations d'honoraires des médecins ont été accordées en contrepartie de leurs engagements de baisse de prescription qu'il s'agisse de médicaments ou d'arrêts de travail... ce mécanisme de « vases communicants » est particulièrement vicieux.

- Le gouvernement veut atteindre en 2005 un milliard d'économies, dont **la moitié est dès maintenant destinée aux spécialistes** pour couvrir leurs augmentations tarifaires et leurs indemnités d'astreinte.
- **Aucune mesure ne vient tempérer la course au bénéfice de la très florissante industrie pharmaceutique.** Au contraire, on s'est empressé de supprimer le FOPIM (Fond pour la Promotion de l'Information Médicale) qui devait former de façon indépendante les professionnels de santé sur des fonds prélevés à cette industrie. On laisse le champ libre à l'influence de l'industrie pharmaceutique sur les prescripteurs et on ne donne pas aux agences chargées d'autoriser la mise sur le marché des médicaments les véritables moyens de leur indépendance (cf. les affaires récentes sur les coxibs : VIOXX® et CELEBREX®)
- Aucune réflexion vis-à-vis des arrêts de travail, si ce n'est d'en limiter sévèrement la durée et de permettre leur contrôle par les employeurs avec sanctions à la clé, par le **remboursement des indemnités journalières « indûment perçues » par les patients.** A ceci s'ajoute le contrôle systématique des médecins prescripteurs avec à la clé des **sanctions telles que l'interdiction de prescription.** Les médecins du travail ont vu leur activité limitée aux examens médicaux obligatoires dont le nombre annuel a été augmenté à 3200 par médecin, ce qui **réduit leurs capacités d'intervention au sein de l'entreprise...**

Surtout ne pas intervenir au niveau des conditions de travail !

▪ **Tromperie au niveau de la continuité des soins :**

- **Aucune mesure** sérieuse n'est prévue en ce qui concerne le problème de la **démographie médicale** dans les zones où déjà se pose la question du manque de médecins. Aucune mesure pour l'accès aux soins à tarifs opposables dans les zones qui peuvent être richement médicalisées mais déficitaires en spécialistes de secteur 1.

- Au niveau de la **permanence des soins**, l'accord renvoie au niveau local la question de l'organisation de la permanence des soins et ne résout en rien le problème de l'absence dans certains secteurs de permanence de garde en médecine générale, tout en reconnaissant financièrement l'astreinte de certains spécialistes.

▪ **Tromperie au niveau de la Formation Médicale continue :**

Alors que la Formation Médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles sont une obligation pour les soignants, ce protocole d'accord **n'apporte pas les garanties du maintien et du développement d'une formation professionnelle conventionnelle indépendante** de l'industrie pharmaceutique.

Chapitre 3 : Une fin de l'Assurance solidaire annoncée

Cet accord s'inscrit dans le cadre de la « réforme » de l'Assurance maladie avec par ailleurs la mise en place du « Plan Hôpital 2007 ».

Sous couvert de sauvetage de la Sécu, ces mesures organisent la baisse de prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire et la privatisation progressive de l'Assurance maladie.

- La loi de réforme d'août 2004 s'inscrit dans la droite ligne du **rapport Chadelat**, commandé par le ministre Mattei : il proposait **un système à 3 étages** de prise en charge que l'on voit parfaitement se mettre en place ici :
 - **un étage de base minimal** : l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO),
 - **un étage de complémentaire de base** (AMCB) qui prendra en charge le ticket modérateur et les « dépassements autorisés » dans le parcours coordonné,
 - **un troisième niveau de complémentaire** sans aucune régulation qui prendra en charge le forfait consultation (1 euro actuel) institué sur chaque acte et les dépassements hors parcours « coordonné ».

Toute baisse de prise en charge par le régime obligatoire s'accompagne d'une augmentation des inégalités d'accès aux soins, puisqu'on passe d'un système où les cotisations sont proportionnelles aux revenus et ne dépendent pas de l'état de santé des gens, à un système où les cotisations sont les mêmes quelque soit le revenu, augmentent avec l'âge, et pour le « 3^e étage » vont dépendre de l'état de santé.

- Le **médecin traitant** et le parcours de soins coordonnés sont une des mesures de la loi de réforme du 13 août 2004 : elle a mis en place le « médecin traitant », mais ne lui a accordé ni statut ni les moyens financiers de réaliser sa mission de coordination, la loi n'a pas garanti la pérennité du « système médecin référent ». Les dépassements tarifaires et la baisse des remboursements pour les spécialistes sont inscrits dans la loi et la différence de prise en charge entre les deux secteurs conventionnés tend à disparaître.
- La loi prévoit un **encadrement très strict des protocoles de soins pour les patients en Affection de Longue Durée (ALD)**, une baisse des arrêts de travail avec contrôle accru des assurés et des médecins, une baisse de prescription des médicaments. Elle prévoit la mise en place du Dossier Médical Personnel informatisé, véritable instrument de contrôle attentatoire aux libertés, puisque ce dossier devra obligatoirement être consulté et rempli pour que le patient n'ait pas de baisse du taux de remboursement.
- La loi d'août prévoit une autre mesure qui est redoutable : si les dépenses d'Assurance maladie dépassent le taux directeur voté par le parlement (3,2 % pour 2005 alors que pour 2004, on est déjà à 1 à 2 % de dépassement des chiffres de l'ONDAM), le comité d'Alerte interviendra et l'Union des caisses aura pour charge de **faire baisser les taux de remboursement des assurés de 5 %.** (JO du 31 décembre 2004).
 - Au niveau de la réforme hospitalière, il s'agit de mettre en concurrence déloyale un service public hospitalier ayant un rôle d'accueil de pathologie sociale, avec un secteur hospitalier privé qui sélectionne les patients sur des critères de solvabilité et de rentabilité (application de la réforme T2A).

On peut dire que la philosophie de ce modèle établit un partage : l'assistance concerne l'état, l'assurance concerne les assureurs privés. Le secteur public aura donc pour vocation de dispenser les soins minimaux de survie que la société ne peut décemment pas refuser aux indigents. Par contre, les patients solvables verront fleurir une multitude de contrats plus alléchants les uns que les autres.

Le modèle est particulièrement développé aux Etats-Unis où il a montré son inefficacité en terme de santé publique, mais sa bonne rentabilité pour les actionnaires du secteur privé ainsi que son coût prohibitif pour les assurés

Il s'agit d'un choix de société particulièrement cohérent sur le modèle libéral et insupportable en terme d'inégalité d'accès aux soins.

Comment en est-on arrivé là ?

Le gouvernement a très bien manœuvré, en alarmant depuis deux ans les citoyens sur le déficit de l'Assurance maladie, en leur faisant croire qu'il met en place un plan de sauvetage, en culpabilisant assurés et soignants sur le montant des dépenses. Il a donc mis en place avec la loi d'août 2004 son plan de **réduction non pas des dépenses mais des remboursements**.

La loi votée cet été met en place une Union des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) regroupant les caisses des travailleurs salariés, agricoles et des indépendants, avec à sa tête un directeur tout puissant **nommé par le gouvernement** : l'actuel directeur est Frédéric Van Rookeghem (ancien directeur de cabinet de Douste-Blazy).

Il n'est pas surprenant que ce plan ait rencontré le plus grand soutien de la part du Medef et de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance qui ont toujours prôné la mise en concurrence de l'Assurance Maladie Obligatoire avec les assurances privées.

Il est plus surprenant que trois acteurs importants et soucieux d'accès aux soins et d'organisation du système de soins aient apporté leur caution (même accompagnée de réserves) à la loi d'août 2004 :

- La Mutualité française qui, pour ne plus être un « payeur aveugle » dans un système totalement dérégulé, a accompagné la loi de « réforme » de l'Assurance maladie entérinant ainsi une baisse de la prise en charge du soin par l'Assurance maladie obligatoire.
- Les syndicats de salariés et, en particulier, la CFDT qui a pris la présidence du conseil de l'UNCAM ; ce conseil, organe de représentation des assurés et du patronat, ancienne instance dirigeante de l'Assurance maladie, **ne pourra désormais désavouer le directeur tout puissant de l'UNCAM qu'à la majorité des 2/3**, la moitié des sièges appartenant au Medef...
- Le syndicat de généralistes MG-France qui, avec la fin de la convention propre aux généralistes et l'application de la loi majoritaire pour la signature des accords, se retrouve minoritaire et voit supprimer l'option de coordination « médecin référent », option dont il avait été le promoteur conjointement avec la CFDT et la mutualité.

Face à la réforme de la loi sur l'Assurance maladie et au projet d'accord conventionnel, que peut-on faire, que peut-on proposer ?

Il faut tout d'abord remarquer que le projet d'accord conventionnel a soulevé l'opposition au sein des généralistes : ni le syndicat MG-France, ni la FMF ne l'ont signé ; il n'a été signé que par des syndicats majoritairement constitués de spécialistes.

Tous les syndicats de généralistes se sont élevés contre ce protocole d'accord, le Syndicat de la Médecine Générale (SMG), mais aussi les jeunes médecins généralistes (SNJMG) et les internes en médecine générale (ISNAR MG).

Une réaction spontanée et importante est venue de généralistes d'origine diverses avec la rédaction d'**un manifeste** : « **la contre-réforme : un tissu de mensonges** » et qui a déjà été signée à ce jour par plus de 2000 signataires, soignants et usagers. Signature à déposer à

www.manifeste-sante-mg.org

Les responsables de formation continue conventionnelle indépendante (SFTG, MG Form) ont publiquement protesté contre les menaces que ce protocole d'accord fait peser sur l'indépendance de la formation continue ainsi que le Collège National des Généralistes Enseignants.

Le Syndicat de la Médecine Générale appelle tous ceux qui ont à cœur un véritable système de santé solidaire avec égal accès aux soins pour tous à manifester leur désaccord et entrer en résistance :

Syndicat de la Médecine Générale, 52 rue Gallieni, 92240 Malakoff
Tél. : 01 46 57 85 85 – Fax : 01 46 57 08 60 – site : <http://smg-pratiques.info>

- les soignants qui souhaitent exercer une médecine globale dans un réel travail de coordination et défendre l'accès aux soins à toute personne,
- les syndicalistes et les mutualistes qui ne peuvent continuer à cautionner cette politique par leur présence passive dans les conseils des caisses d'Assurance maladie,
- les usagers qui ne peuvent accepter de subir une médecine à plusieurs vitesses.

C'est notre responsabilité citoyenne de mobiliser les associations, les syndicats, les partis politiques pour reconstruire une politique de santé solidaire, prenant en compte la distribution de soins mais aussi les facteurs environnementaux, sociaux, psychiques contribuant à la santé de tous.

BIBLIOGRAPHIE :

- Protocole d'accord du 15/12/04 : site de l'Assurance maladie : <http://www.ameli.fr/262/DOC/1645/article.html#>

- Revue *Pratiques, les Cahiers de la Médecine utopique* : numéro 23, septembre 2003 : « Ils vont tuer la sécu » ; numéro : 27 octobre 2004 « Faire autrement pour soigner » : site Pratiques, <http://www.smg-pratiques.info>

- Pour une véritable Assurance santé solidaire, supplément gratuit au N° 26 de *Pratiques*, juillet 2004, cf. site du SMG

- Rapport Chadelat : <http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/chadelat.pdf>

- La réforme de l'assurance maladie : http://www.smg.ras.eu.org/smg/quedisons/loi_change_beaucoup.PDF

- Site du SMG : <http://www.smg.ras.eu.org/smg/sommaire-syndicat-medecine-generale-smg.htm>

- *Le Monde Initiatives*, Janvier 2005 : « Une réforme aux petits soins pour les spécialistes – Bilan social de Raffarin : revue de détail »