Sommaire du BIPP n° 19 - Décembre 1998

Chronique de Gérard Bles : des chiffres et des hommes

Nul n'est censé... - Gérard Bles

Le règlement conventionnel minimal nouveau est arrivé... - Jean-Jacques Laboutière

Chronique : des chiffres et des hommes

Gérard Bles

DU 21 AU 31 DÉCEMBRE

LES PSYCHIATRES LIBÉRAUX

FERMENT LEUR CABINET

ILS ENTENDENT AINSI DÉNONCER PAR L'EXEMPLE

UNE POLITIQUE " DE SANTÉ " PUREMENT COMPTABLE, ÉLABORÉE DANS LA MÉCONNAISSANCE DES BESOINS DE NOS PATIENTS,

FORMALISÉE DANS UNE LOI QUI INSTAURE UNE CLAUSE DE SAUVEGARDE ÉCONOMIQUE AGGRAVANT LE SYSTÈME DES REVERSEMENTS, SOUS LE COUVERT D'UNE RESPONSABILITÉ DITE COLLECTIVE DES PRATICIENS,

ASSORTIE D'UN RÈGLEMENT CONVENTIONNEL MINIMAL, VÉRITABLE NÉGATION DU PRINCIPE CONTRACTUEL DE L'ENGAGEMENT CONVENTIONNEL.

Chronique

C'est confirmé !

La Loi de financement de la Sécurité sociale pour 1999 a été adoptée le 3 décembre 1998 avec sa clause de sauvegarde économique qui justifie définitivement des reversements infligés aveuglément au nom d'une soi-disant responsabilité collective.

Le Règlement conventionnel minimal est promulgué (arrêté du 13 novembre 1998), court-circuitant toute négociation, toute représentativité syndicale, et transformant le contrat conventionnel en contrainte

unilatéralement imposée, assortie elle aussi de pénalisations financières.

Tout cet appareil répressif n'a qu'une seule finalité : assurer inexorablement la maîtrise comptable des dépenses de santé sans aucune prise en compte des besoins réels de soins de la population et de l'évolution de ceux-ci en fonction des progrès scientifiques et techniques, des modifications démographiques, des déterminants culturels et sociaux.

Le perfectionnement Aubry du plan Juppé laisse pantois en ce qu'il tend à démontrer qu'au delà de supposés clivages et antagonismes dans la classe politique, les médecins et leurs patients se retrouvent toujours affrontés avec la même démarche technocratique, ses à priori consuméristes et ses obsessions comptables. A ceci près cependant qu'au regard du grand public, la manière a changé. Hier, les pouvoirs tonitruaient, nul ne pouvait en ignorer et l'inquiétude collective sourdait de toutes parts. Aujourd'hui, au milieu des parades humanitaires et des grands chantiers sociaux, la mélodie santé, tout au moins entendue sous l'angle des dépenses et de leur régulation, est d'une discrétion exemplaire, en particulier du point de vue médiatique. Les grandes orgues en ce domaine réservent leurs tutti aux opérations spectaculaires comme les États généraux de la santé, avant tout démarche de relations publiques qui ne peut prétendre se maintenir à l'écart de toute démagogie.

Les résultats sont d'ailleurs là : si Martine Aubry et Bernard Kouchner subissent la totale défaveur des médecins (respectivement 13 et 11% d'opinions favorables, Baromètre Sofres novembre 98), ils triomphent dans l'appréciation du grand public (52% d'opinions favorables pour M. Aubry, 59% pour B. Kouchner, " premier " des ministres – Tableau de bord B.V.A/Paris-Match nov. 98). Comme quoi le faire-savoir est aussi important que le savoir-faire…

Et cela nous ramène à notre propre devoir d'information, auprès de nos patients, auprès de la population, sur la réalité de la politique qui est conduite en matière de soins. Notre opération fermeture des cabinets (" fermeture pour cause de bilan… " - et non pas une grève, traditonnellement revendicative de quelque avantage…) peut être une remarquable occasion de sensibiliser l'opinion à l'opération dramatique qui vient d'aboutir mais qu'on voudrait bien draper de la discrétion qui convient aux naissances illégitimes : la mise en place d'un système enfin réellement coercitif de rationnement des dépenses de santé, dont, de surcroît, les médecins seront pleinement les opérateurs désignés et obligés.

La médecine libérale, c'est fini, nous annonçaient quelques augures depuis des mois et des mois. En fait, c'est avant tout l'indépendance professionnelle que l'on a voulu juguler, alors que la responsabilité du médecin vis-à-vis du malade se trouve transférée au bénéfice du caissier...

Comme le clamait l'un d'entre nous, " un honneur perdu ne se retrouve jamais " ! C'est aujourd'hui qu'il faut nous mobiliser complètement, plutôt que de repasser nos mouchoirs pour pleurer demain. Cette mobilisation a commencé le 25 novembre, elle doit être totale le 21 décembre – mais, sous d'autres formes, elle ne doit pas s'arrêter le 31 décembre, tant s'en faut. Nous en sommes capables, contrairement à ce qu'on l'air de croire les princes qui nous gouvernent. Nous ne devons pas rester isolés dans nos cabinets : nous appartenons à une communauté, non seulement disciplinaire, non seulement professionnelle, mais avant tout citoyenne. C'est sur le terrain, avec nos patients, avec la population, que nous pouvons gagner, que nous gagnerons.

C'est cela que je nous souhaite pour 1999 !

Gérard BLES

Nul n'est censé...

Gérard Bles

Ce préambule ne renvoie pas à une quelconque proclamation de l'impérialisme psychiatrique, mais s'inscrit dans le catéchisme de tout bon citoyen : " nul n'est censé ignorer la loi ". C'est d'ailleurs bien plus qu'un adage moral, car il s'agit d'une règle qui nous est opposable pour le cas où nous exciperions de notre ignorance pour réclamer l'impunité. Pourtant, même le bon citoyen a du mal à s'y reconnaître – c'est le moins qu'on puisse dire !

La particularité des budgets sociaux en France était jusqu'à il y a peu qu'ils échappaient au contrôle parlementaire, alors que leur montant excède le budget de l'État lui-même. Cela ne signifiait pas que leur mise en place échappait à toute règle légale, ni au pouvoir gouvernemental : simplement, les représentants du peuple n'avaient rien à dire sur leur montant annuel et son évolution. Aujourd'hui, ils ont à en connaître, ce qui ne signifie pas qu'ils les maîtrisent : simplement, ils sont amenés à approuver les objectifs de l'État en la matière et à donner une portée légale à un certain nombre des dispositifs mis en œuvre pour la réalisation de ces objectifs – mais ils n'ont pas encore pour l'instant la faculté d'en surveiller la réalisation.

Pour le profane, l'architecture du financement de la protection sociale et de sa régulation demeure le plus souvent plutôt obscure. Ainsi, pour ce qui concerne les dépenses de L'Assurance-maladie, les médecins ont pu longtemps être fondés à croire que la maîtrise d'œuvre appartenait aux " partenaires sociaux ", c'est à dire aux Caisses d'Assurance maladie et aux dispositifs contractuels régissant les rapports de celles-ci avec les professionnels de santé : les conventions. Pendant longtemps, officiellement, le Gouvernement n'intervenait pas directement dans la négociation de celles-ci, se limitant à en approuver – ou pas – les résultats. Il s'agissait en fait et pour une bonne part d'une fiction, ces négociations évoluant toujours dans des limites préfixées par l'État, le rôle des négociateurs se réduisant à opérer un certain nombre d'arbitrages dans le cadre de ces limites et à organiser la mise en œuvre sur le terrain des dispositifs qui en résultaient. Mais chacun des partenaires ne manquait pas de faire régulièrement pèlerinage dans les ministères pour obtenir que le gouvernement influe sur l'évolution des tractations, ce qu'il ne manquait pas de faire même s'il se réfugiait derrière une quelconque dénégation dont personne n'était dupe !

En ce sens, la situation nouvelle a au moins le mérite de la clarté : le gouvernement a officiellement la pleine maîtrise du système, ce qui ne va pas évidemment sans contrarier les Caisses nationales. Mais le syndicalisme médical réclamait depuis longtemps cette clarification-là, le non-dit ayant les effets délétères que l'on sait... Est-ce que le contrôle parlementaire désormais institué ajoute une dimension nouvelle à l'édifice ? Sans doute pas au plan pragmatique, certainement en conférant sa pleine signification politique à la conduite des affaires – cela même si l'on considère que dans notre Constitution actuelle, la majorité parlementaire s'aligne avec discipline sur les objectifs de l'exécutif.

Donc, le parlement vient de fixer l'ONDAM , l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie (à 629,8 milliards pour 1999, soit une majoration de 2,6% par rapport à 1998), mais c'est l'État qui en fixe la répartition, en particulier entre l'hôpital et la médecine de ville et, à l'intérieur de celle-ci, entre généralistes et spécialistes – gardant ainsi la pleine maîtrise de ses applications. Encore faut-il préciser que le taux d'augmentation porte sur l'objectif théorique fixé l'année précédente : les dépenses réelles ayant excédé celui-ci, l'augmentation effective de celles-ci pour 1999 sera très inférieure à ce taux affiché.

Pour assurer la réalisation de cet objectif, la loi met en place une clause de sauvegarde économique qui autorise le pouvoir à récupérer les dépassements dudit objectif auprès des ordonnateurs de dépenses ; ce sont les fameux reversements, " affinés "(?) dans leurs mécanismes. En fait, cette clause est mise en œuvre dès lors que le taux d'augmentation prévu est dépassé, après un " tunnel de neutralisation ", soit une marge de variation de 10% par rapport à ce taux d'augmentation (dont la ventilation entre généralistes et spécialistes est fixée, rappelons-le, par le gouvernement et non par la loi). Si par exemple, le taux de croissance " autorisé " est de 2%, la clause de sauvegarde sera mise en œuvre dès que le taux réel aura atteint 2,2% (c'est dire que pour les résultats de 1998, et pour les spécialistes, sa mise en œuvre est à peu près inévitable). Cette clause permettra alors la récupération de 100% des honoraires excédentaires et de 5% du montant des prescriptions également excédentaires . Ce qui revient à dire que les praticiens auront non seulement à restituer les

honoraires " trop perçus " mais également à payer de leurs deniers une part des dépenses en prescriptions qui, par définition, ne sont pas rentrées dans leur trésorerie : si cela n'est pas dissuasif ? !

Par ailleurs, au nom d'une supposée responsabilité collective, ces reversements seront à effectuer par tous les praticiens concernés, même si individuellement ils n'ont pas dépassé ou sont restés en deçà de l'objectif : simplement, le niveau de ces reversements sera modulé en fonction des revenus (BNC) de chacun. Cela s'appellera la contribution conventionnelle, qui sera, maigre consolation, déductible. Les praticiens installés depuis moins de 7 ans en seront dispensés. Le taux de cette contribution sera fixé au plus tard le 31 juillet de l'année suivant le constat du dépassement. Si le praticien refuse de payer, il pourra, dans un délai de deux mois, être déconventionné (pour 6 ou 12 mois…).

Mais comme si ce mécanisme ne suffisait pas, il est également prévu un bilan quadrimestriel de l'évolution des dépenses au terme duquel le gouvernement pourra décider d'une modulation de la valeur des actes (lettres-clé), modulation qui pourrait, elle, être différenciée selon les spécialités – toujours à l'estimation du gouvernement.

A suivre

Gérard Bles

(A suivre, parce que nous sommes loin d'avoir épuisé l'énumération des dispositions nouvelles, et surtout parce qu'il reste à en développer une large discussion critique propre à alimenter l'argumentaire et l'action syndicale et politique. On pensera en particulier au concept de responsabilité collective, qui dès à présent, d'ailleurs, doit faire l'objet d'un recours devant le Conseil constitutionnel).

Le règlement conventionnel minimal nouveau est arrivé...

Jean-Jacques Laboutière

Martine Aubry l'avait promis en juillet dernier : afin de stimuler les négociations entre les caisses d'assurance maladie et les centrales syndicales représentatives des médecins, le règlement conventionnel minimal devait être durci si une convention n'était pas signée dans un délai de quatre mois. Les spécialistes n'ont pas encore signé de convention et il n'y a guère de probabilité qu'ils en signent une dans un avenir proche : la Ministre des Affaires sociales a donc tenu parole et le règlement conventionnel minimal nouveau est paru au Journal Officiel du 14 novembre dernier. Chacun l'a reçu depuis par courrier, les Caisses primaires l'ayant diffusé aux spécialistes de leur ressort. Si nous avions été priés en mai 1997 de manifester individuellement notre adhésion à la convention de 1997, nous en serons ici dispensés : en l'absence de convention, ce règlement s'applique automatiquement à tout médecin préalablement conventionné, sauf dénonciation par lettre recommandée dans un délai d'un mois à compter de sa date de réception. Il est également applicable aux nouveaux installés ou aux médecins préalablement non conventionnés qui déclarent y adhérer par lettre recommandée dans le même délai.

Le seul élément positif que nous puissions en retenir, très mince consolation, est que les Caisses se voient imposer l'obligation d'informer très régulièrement la profession de l'évolution des dépenses de santé. Le 15 de chaque mois, la CNAM devra transmettre aux organisations syndicales nationales représentatives les données relatives aux dépenses médicales de l'avant-dernier mois, en détaillant ces données par région et par spécialité. Tant pour les généralistes que pour les spécialistes, elles distingueront en outre les honoraires et les prescriptions. Au niveau régional, ces données seront transmises aux Unions régionales de médecins libéraux, aux organisations syndicales représentatives des médecins ainsi qu'à tout médecin qui en ferait la

demande. Enfin, de manière systématique, un relevé d'activité trimestriel sera adressé à tous les médecins, "de préférence de manière électronique". Faut-il entendre dans cette dernière précision une nouvelle pression quant à l'informatisation ?

Par ailleurs, cette nouvelle version du règlement conventionnel minimal n'oublie pas la question des réseaux de soins, qui reçoivent une définition officielle : "Les réseaux constituent un mode de prise en charge coordonnée de certaines catégories de patients ou de pathologies, organisé au niveau local ou régional". Il ne saurait toutefois être question d'être très inventif en cette matière puisque, pour être agréé , un réseau doit répondre à un cahier des charges fixé par arrêté des ministres de la Santé et de la Sécurité sociale, arrêté lui-même pris sur proposition de la CNAMTS. Étant donnés les principes défendus par le directeur de cette dernière, Monsieur Gilles Johannet, il ne fait donc aucun doute que les réseaux seront avant tout un lieu de transparence des pratiques, dans le cadre duquel le moindre soin devra être dûment justifié. Le règlement conventionnel minimum précise d'ailleurs sur ce point que le réseau suppose l'évaluation des pratiques, un dossier commun dans le respect du secret médical et l'analyse régulière de ses dépenses. Il fixe également les modalités de la coordination des soins, notamment les conditions dans lesquelles s'exercera le recours à un deuxième avis médical : entendez par là les conditions dans lesquelles le patient sera autorisé à consulter le spécialiste …

Ne nous attardons pas sur les RMO : elles sont minutieusement reprises par ce règlement minimal et restent donc en vigueur. Il en va de même des obligations de strict respect des AMM afin que les prescriptions soient remboursables.

Ainsi que chacun le sait déjà, les dispositions les plus spectaculaires sont malheureusement de l'ordre des sanctions. En effet, pendant la durée d'application de ce règlement, la participation des caisses d'assurance maladie au financement des cotisations sociales des médecins de secteur I va être diminuée. A compter du 1er décembre 98 la participation à l'ASV sera réduite de 66% à 56,7%, la participation à la cotisation d'assurance maladie de 9,7 à 8,2 % et la participation à la cotisation d'allocations familiales de 5% à 4,3% (sous plafond) de 2,9% à 2,5% (au-dessus du plafond). En termes plus brutaux, il a été calculé que cela correspond en moyenne à une augmentation de 15 000 F des charges sociales pour l'an prochain (sans préjuger bien sûr des éventuels reversements…).

Pour les médecins de secteur II, qui ne bénéficient pas de cette prise en charge partielle de leurs cotisations sociales en contrepartie de la liberté d'honoraires, un autre dispositif a été introduit. Il faut que le rapport entre chiffre d'affaire global et montant des dépassements diminue de 10 % d'une année sur l'autre. Cela veut donc dire que les dépassements doivent être diminués systématiquement de 10%, ou bien que le praticien doit augmenter significativement son activité en honoraires strictement conventionnels tout en conservant les mêmes dépassements. Les Caisses doivent évaluer cette évolution tous les trois mois pour chaque praticien. L'on est frappé du fait qu'elles reconnaissent ainsi avoir les moyens techniques de suivre l'activité de chaque praticien alors qu'elles se sont parfois retranchées derrière cette supposée difficulté pour refuser le principe de sanctions individuelles. En cas de non respect de cette limitation des dépassements d'honoraires, les praticiens de secteur II peuvent être sanctionnés par un déconventionnement temporaire.

Ce durcissement des conditions d'exercice a une allure de sanction à peine dissimulée. Le gouvernement l'a voulu ainsi afin de forcer la main aux centrales syndicales pour signer rapidement une convention. Fait-il ici un pari responsable en exerçant ce qui n'est finalement qu'un chantage sur la profession ? Ne risque-t-il pas plutôt de radicaliser l'opposition d'un corps médical qui était resté en grande partie relativement indifférent à la politique sanitaire de Madame Aubry tout au long de l'année ? Seul l'avenir nous le dira mais les nombreuses réactions de nos adhérents nous laissent plutôt penser que nous nous dirigeons vers la seconde option.

Jean-Jacques LABOUTIÈRE