



Portée de l'avenant n° 8 pour les rhumatologues

E. Senbel*

À peine signé, l'avenant n° 8 âprement négocié entre la Caisse d'assurance maladie, l'Union nationale des organismes complémentaires de l'assurance maladie (Unocam) et certains syndicats de médecins divise. La ministre, madame Marisol Touraine, qualifie l'accord d'"historique", les associations de patients dénoncent une portée limitée, les médecins eux-mêmes se déchirent avec des mouvements protestataires spontanés ou des syndicats non signataires (le Bloc, la fédération de l'hospitalisation privée, la FMF) qui s'opposent à cet accord. Toutes les signatures conventionnelles donnent lieu à débat. Cet avenant semble cependant cristalliser les mécontentements de tous, secteurs 1 et secteurs 2, médecins et chirurgiens...

Cela vient probablement du contexte dans lequel cet accord a été signé, voire de la confusion à partir de laquelle il est né. Au départ, il s'agissait d'honorer une promesse de campagne du candidat devenu président, François Hollande : limiter l'impact et l'importance des dépassements d'honoraires pour permettre un accès aux soins à tous. En se fondant sur des chiffres de dépassement maximaux pratiqués par un faible nombre de praticiens, la presse a "mis la pression" en prétendant que l'accès aux soins était menacé. Or, en dehors de quelques exceptions, "le tact et la mesure", notion floue mais pour laquelle le conseil de l'Ordre avait proposé de fixer le seuil à "3 ou 4 fois le tarif conventionnel", est largement respecté. Bien entendu, les médecins n'ont pas manqué de faire remarquer que les tarifs conventionnels n'avaient que très faiblement été revalorisés ces 20 dernières années et qu'ils étaient bien en dessous de l'inflation, tandis que les mutuelles faisaient en coulisse leur possible pour limiter les dépassements, puisque ces dernières en prennent une partie en charge. Il faut reconnaître que les dépassements ont augmenté de façon sensible ces dernières années (de 25 % à 54 % par acte entre 1990 et 2010), mais les charges et le coût des appareillages et des techniques médicales ou chirurgicales ont elles aussi progressé.

Dans ce contexte, les syndicats signataires ont pris l'option de négocier une limitation aussi modérée que possible du secteur 2 tout en essayant d'obtenir,

au travers du contrat d'accès aux soins et de revalorisations que nous verrons ci-dessous, une compensation financière. Tout se déroule dans un contexte de crise économique, à enveloppe constante pour la Sécurité sociale, sachant qu'il faut prendre à l'un pour donner à l'autre ou bien "mettre la main à la poche" en contrepartie d'économies attendues (ce qui peut intéresser les complémentaires). Enfin, et surtout, toute cette négociation a été menée sous la menace d'une décision d'autorité du ministère (suppression pure et simple du secteur 2) en l'absence d'accord, un "pistolet sur la tempe", comme l'a dit Michel Chassang, de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF).

L'accord a finalement été signé et approuvé en assemblée générale par la CSMF, le Syndicat des médecins libéraux (SML) et le syndicat des médecins généralistes, MG France. Certains médecins auraient préféré une voie législative (commission ou assemblée) afin de mettre devant leurs responsabilités les gouvernants, avec un rapport de force pas obligatoirement défavorable aux médecins en ces temps de désertification médicale. L'avenant a cependant été publié le 7 décembre 2012 (1).

En pratique, la lecture de cet avenant fait apparaître des points positifs ou négatifs selon que l'on soit en secteur 1 ou 2, ayant droit ou pas au contrat d'accès aux soins, clinicien ou paraclinicien.

Nous allons tenter de mieux étudier le texte sous l'angle du rhumatologue, afin d'essayer de comprendre qui est réellement gagnant et perdant dans cet accord.

Secteur 2 : globalement épargné

Contrairement à ce qui faisait toute la substance de cette négociation, le secteur 2 sort relativement épargné de cet accord.

"Les commissions paritaires régionales auront à leur disposition un ensemble de critères de sélection au sein desquels le taux de dépassement à 150 % du tarif opposable pourra servir de **repère**" : pas de limite

* Rhumatologue, secrétaire général du Syndicat national des médecins rhumatologues, Marseille.

claire fixée, le seuil de 150 % (c'est-à-dire 3 fois le tarif conventionnel) étant une limite relative, ne faisant pas l'objet d'un article précis mais étant simplement donné comme un objectif en préambule et soumis à l'appréciation d'une commission paritaire régionale qui se fondera sur les critères suivants :

- "le rapport entre la somme des honoraires facturés aux assurés sociaux au-delà du tarif opposable et la somme des tarifs opposables des soins délivrés par le médecin (taux de dépassement),
- le taux de croissance annuel du rapport ci-dessus,
- la fréquence des actes avec dépassements et la variabilité des honoraires pratiqués,
- le dépassement moyen annuel par patient.

L'appréciation tient compte de la fréquence des actes par patient, du volume global de l'activité du professionnel de santé ainsi que du lieu d'implantation du cabinet et de la spécialité. Elle tient également compte des niveaux d'expertise et de compétence."

Autant dire que les sanctions ne vont pas pleuvoir chez les rhumatologues, qui pratiquent en règle générale une certaine modération tarifaire, mais attention : les premières réunions entre la Caisse nationale d'assurance maladie et les syndicats polycatégoriels concernant l'interprétation du seuil des 150 % ont mis en évidence un désaccord majeur risquant de faire capoter toute gestion paritaire de l'avenant. Rien non plus sur une limitation de l'installation des jeunes médecins, en termes de convention (le secteur 2 restant limité aux anciens chefs de cliniques et assistants) ou de liberté d'installation (pas de "carte sanitaire médecin"). En revanche, il faudra, en plus de la couverture maladie universelle (CMU) et de l'aide médicale d'État (AME), pratiquer des tarifs conventionnels chez les patients titulaires de l'aide à la complémentaire santé. Enfin, rien de neuf pour le remboursement des patients, puisque la base de remboursement, notamment pour la consultation spécialisée (Cs), reste à 23 €. Certains s'interrogent néanmoins sur le risque de déconventionnement rampant du secteur 2. Le préambule déjà cité indique que le dépassement "aura vocation à se modérer en cours de convention".

On n'exclut pas un désengagement partiel ou total des mutuelles au détriment du contrat d'accès aux soins (CAS) qui risque de désolvabiliser une partie des patients vis-à-vis des dépassements.

Nouveauté : le CAS

Exit l'option de coordination, bienvenue au CAS. Celui-ci représente la grande nouveauté de cet avenant : le but est d'attirer dans ce secteur intermédiaire des

médecins pratiquant en honoraire libre ou ayant les titres pour y prétendre lors de leur installation en leur proposant une réduction de leurs charges sociales contre une modération tarifaire. Les contraintes sont cependant nombreuses : faire des tarifs conventionnels aux AME, situations d'urgence médicale, patients en couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ou disposant de l'attestation de droit à l'aide à la complémentaire santé (ACS) avec un niveau supérieur ou égal à celui constaté pour l'année 2012. Pratiquer au moins autant d'actes en tarif opposable que l'année précédente, limiter ses dépassements à 100 % au maximum des dépassements de l'année N-1 (à la moyenne des dépassements de la région pour les jeunes installés) avec une tendance à la réduction des dépassements inhérente à la non-revalorisation des actes. Cela fait un peu "usine à gaz", car il faudra en permanence avoir un œil sur son niveau de dépassement et d'activité au tarif conventionnel..., ce qui risque de décourager nombre de médecins exerçant en secteur 2 qui le choisissent souvent pour avoir moins de contraintes plus que pour pratiquer à des tarifs excessifs. En contrepartie, on obtient une prise en charge des charges sociales par les caisses comme en secteur 1 sur la part des actes réalisés dans le secteur conventionné, les remboursements et les revalorisations se faisant comme en secteur 1.

De plus, les dépassements pratiqués dans le cadre de l'accès aux soins seraient solvabilisés par les mutuelles :

"L'Unocam s'engage à inciter les organismes complémentaires d'assurance maladie, lorsque les garanties ou les contrats le prévoient, à prendre en charge de façon privilégiée les dépassements d'honoraires des médecins adhérant au contrat d'accès aux soins pendant la durée de celui-ci."

Condition majeure : il faut que 30 % des médecins éligibles au secteur 2 aient signé un CAS avant le 1^{er} juillet 2013 pour que celui-ci soit appliqué... et ce n'est pas gagné, car, si pour nombre de rhumatologues (chacun devra faire son calcul), le CAS peut être attirant, ce ne sera probablement pas le cas pour la plupart des chirurgiens et anesthésistes qui pratiquent des dépassements nettement plus conséquents. Or, ces 30 % doivent concerner toutes les spécialités (y compris la médecine générale)... Si cette condition n'est pas remplie, on peut imaginer la remise en cause de tout l'avenant 8 avec, à nouveau, la menace de légiférer de la part du gouvernement.

Pour les médecins installés depuis moins de 1 an en secteur 2 ou option de coordination, ayant droit de par leur titre au CAS, ou pour les médecins non encore installés au 1^{er} janvier 2013 et ayant droit au

CAS, le calcul du dépassement se fera sur la moyenne des dépassements des médecins en secteur 2 sans pouvoir dépasser 100 % du tarif opposable, avec un minimum d'actes en secteur 1 (équivalent à la région pour les médecins installés depuis moins de 1 an, au moins 30 % pour les médecins installés après le 1^{er} janvier).

Il s'agit d'une option réversible, à condition de prévenir au moins 1 mois avant la date anniversaire, puisque le contrat est conclu pour 3 ans et résiliable tous les ans.

Secteur 1

Dans le préambule déjà cité, il est dit : "(Ils) souhaitent donc favoriser un rééquilibrage progressif des tarifs ou des autres modes de rémunération au profit des médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et des médecins adhérant au contrat d'accès aux soins."

Cet état d'esprit semble plutôt profitable aux médecins exerçant en secteur 1. Il faut néanmoins lire dans cette phrase la promotion des forfaits en lieu et place de la rémunération à l'acte sur laquelle il faudra rester vigilant. Cela débouche sur des revalorisations concernant avant tout le médecin traitant, donc le généraliste. En premier, la rémunération forfaitaire (majoration personne âgée [MPA]), versée trimestriellement, calculée sur la base de 5 euros par consultation réalisée pour leurs patients âgés de plus de 85 ans au 1^{er} juillet 2013, puis pour leurs patients âgés de plus de 80 ans au 1^{er} juillet 2014. Cette dernière concernera aussi le rhumatologue, mais uniquement sur les actes cliniques (Cs, avis de consultant coté C2). On remarquera la possibilité de faire un C2 tous les 4 mois au lieu de tous les 6 mois et l'atteinte progressive des tarifs cibles des actes de la Classification commune des actes médicaux (CCAM). En rhumatologie, peu d'actes restent à revaloriser : tous les actes d'infiltrations notamment ont déjà atteint leur tarif cible en 2006 du fait des pertes de revenu des rhumatologues sur cette période et grâce à l'action du Syndicat national des médecins rhumatologues (SNMR). Ceux-ci (MZLB001 : 26,13 € ; NZLB001 : 30,82 € ; AFLB007 : 44,90 € ; LHLB001 : 34,17 € ; AHLB00 : 29,48 €) ne seront ni augmentés ni réduits. On retiendra cependant les tractions cervicales et lombaires, certains actes d'électromyogramme, l'évacuation thérapeutique d'une articulation du membre inférieur... En revanche, l'addition sera salée du côté des rhumatologues imageurs, puisque les diminutions d'actes radiologiques prévues en contrepartie seront aussi supportées par

les rhumatologues. Cela portera par exemple le tarif de l'échographie PBQM002 à 36,86 € puis à 35,91 € et 34,97 €. À noter que certains actes (PBQM001, PBQM003, par exemple) ne seront pas modifiés.

Toutes ces revalorisations (dévalorisations) seraient mises en œuvre en 3 étapes : 1^{er} juillet 2013, 1^{er} mars 2014 et 1^{er} janvier 2015. Comment arriver à continuer à rentabiliser des équipements coûteux dans ces conditions ? Il va falloir "optimiser la CCAM" et surtout essayer de compenser les pertes par des discussions sur des actes spécifiques de rhumatologie, comme par exemple l'échographie dans les rhumatismes inflammatoires. Cela est un autre débat.

Alors, qui perd ? qui gagne ?

Les grands gagnants (une poignée de rhumatologues...) seront les anciens chefs de clinique assistants restés bloqués en secteur 1 à la suite de la convention de 1990 ; ils pourront, au travers du CAS, faire une partie de leurs actes en secteur 2 s'ils le souhaitent. De même, les praticiens en secteur 2 pratiquant de faibles dépassements. Encore faudrait-il que chacun calcule son intérêt (rapport acte clinique/acte technique, potentiel de solvabilité de la clientèle selon les secteurs, etc.). Autres gagnants (modestes) : les rhumatologues en secteur 1 cliniciens purs, ayant une clientèle âgée, ou pratiquant des actes de la CCAM n'ayant pas atteint leur tarif cible, peuvent aussi s'y retrouver.

Les médecins en secteur 2 s'en sortent assez bien (sauf ceux pratiquant 3, voire 4 fois, le tarif de responsabilité, qui sont peu nombreux) en ayant échappé à une coercition drastique par la loi.

Chez les rhumatologues, les perdants sont surtout ceux pratiquant la radiographie et l'échographie avec une 3^e décote en 3 ans, dégâts collatéraux des réductions de tarifs chez les radiologues. On espère des revalorisations spécifiques (par exemple, cotation particulière lors de consultations cliniques complexes), mais on peut aussi craindre, en ces temps de quasi-récession, que toutes les billes aient déjà été distribuées (plutôt en faveur des médecins traitants) et qu'il faille se contenter de la portion congrue... à condition que l'avenant soit réellement appliqué en fin de compte !

PS : Concernant les décotes et les tarifs cibles, vous pouvez consulter par le site Legifrance (http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20121207&numTexte=21&pageDebut=19171&pageFin=19221).

Référence bibliographique

1. Arrêté du 29 novembre 2012 portant approbation de l'avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011. NOR : AFSS1240928A. Journal officiel, 7 décembre 2012.