

LA SANTE SACRIFIEE SUR L'AUTEL DU LIBERALISME

(Vers une dérive des honoraires médicaux)

LE DROIT A LA SANTE : UN PRINCIPE CONSTITUTIONNEL EN DECADENCE.

« *Bonne année, bonne santé* ». Nous approchons des vœux pour la nouvelle année, lors desquels il est vraisemblable que les Français réaffirment leur souhait prioritaire : la Santé.

La santé que notre société a érigée en droit fondamental. La Constitution dans le 11^{ème} alinéa de son préambule l'inscrit dans les devoirs de la Nation vis-à-vis du citoyen.

Au-delà de ces grands principes, qu'en est-il des réalités ?

Après la seconde guerre mondiale, le système d'assurance maladie a couvert progressivement la grande majorité des personnes vivant dans notre pays.

UN DISPOSITIF DE PROTECTION SOCIALE A DEUX NIVEAUX : PUBLIC/PRIVE.

Cette couverture *obligatoire* (la prise en charge des dépenses de santé par la « Sécu ») n'est que partielle, sauf pour les malades atteints de maladies graves qui sont exonérés de ce qu'il est convenu d'appeler « le ticket modérateur » (qui n'a « modéré » que l'accès aux soins des plus démunis !).

La part non remboursée, qui peut atteindre 85% du prix de certains médicaments par exemple, reste donc à la charge des patients.

Mais la protection sociale de nos concitoyens fait appel à un second dispositif d'assurance *facultatif* géré par des mutuelles ou des compagnie privées

après desquelles on souscrit des contrats plus ou moins onéreux en fonction de la couverture choisie. Ces assurances complémentaires devraient rembourser ce que l'assurance maladie ne prend pas en charge.

Encore faut-il examiner ce dont est composé ce qui n'est pas remboursé par la Sécu. A l'exception des malades pris en charge à 100%, l'assurance maladie retient le fameux « ticket modérateur » en déduisant un pourcentage variable en fonction des prestations, *appliqué sur les tarifs légaux.*

LA DEGRADATION DU LIEN ENTRE LES HONORAIRES ET LES TARIFS DE REMBOURSEMENT.

Or, notamment en ce qui concerne les actes médicaux, plus particulièrement ceux dispensés par les médecins, la facturation desdits actes respecte de moins en moins les tarifs (légaux) constituant la base de remboursement.

Ces dépassements de tarifs ne sont remboursés par les mutuelles et les compagnies d'assurance que lorsqu'on a pu souscrire un contrat de plus en plus onéreux selon son amplitude.

- Pour environ 5 à 6% des Français (les plus fragiles) qui ne disposent pas d'assurance complémentaire, le droit à la santé inscrit dans la Constitution est donc très problématique. En plus du ticket modérateur, ils doivent supporter les éventuels dépassements de tarifs. (1)

- Pour tous ceux (la proportion est mal connue) qui ne disposent que d'une « complémentaire » minimale, celle-ci ne

rembourse que le ticket modérateur (la différence entre le tarif légal et le montant du remboursement), mais pas les dépassements.

- Pour les autres, qui ont eu les moyens d'acheter une assurance plus chère (de plus en plus chère d'ailleurs, avec des augmentations conséquentes ces trois dernières années) (2), le ticket modérateur et les dépassements seront plus ou moins couverts, mais, sous l'effet de l'inflation des honoraires médicaux et des charges de plus en plus importantes que l'on transfère sur les régimes complémentaires, le remboursement des dépassements est désormais souvent plafonné.

En tout état de cause, on voit à quel point la maîtrise et donc, l'encadrement des honoraires médicaux (ce que l'on paye au praticien) est crucial pour permettre au malade un remboursement optimal.

Qu'en est-il actuellement de l'encadrement des honoraires médicaux ?

L'INDISPENSABLE ENCADREMENT DES HONORAIRES POUR ASSURER L'ACCES AUX SOINS.

Petit point d'histoire : Dès l'origine, l'assurance maladie a vu la nécessité d'encadrer les honoraires. A cet effet, elle a proposé aux professionnels de santé des conventions dont le but principal était de fixer des tarifs opposables. Sans grand succès jusqu'en 1960, où un certain nombre de dispositions législatives ont rendus ces conventions effectives (notamment l'obligation faite aux médecins d'indiquer leurs honoraires sur les feuilles de maladie et de respecter les tarifs).

Dès lors, en garantissant un remboursement substantiel des frais médicaux, l'accès aux soins a été favorisé et l'on a assisté à une amélioration sanitaire spectaculaire. Le corollaire de

cette amélioration de la couverture des dépenses de santé a été leur augmentation. Dès le début de la décennie 70, cette augmentation a été au cœur de la réflexion politique.

En 1971, les conventions affirmèrent un second objectif très louable et très...candide : la maîtrise des dépenses serait « concertée » entre les Caisses et les professionnels de santé. Pour être édifié sur le résultat de cette profession de foi, il suffit de consulter les rapports annuels de la Cour des Comptes, en particulier celui de l'année 2005 !

Pourtant, en contrepartie de leur participation théorique à la maîtrise des dépenses, la convention n'est pas chiche d'avantages matériels très substantiels pour les professionnels de santé. En premier lieu, il convient de rappeler aux chantres du libéralisme qui s'expriment majoritairement dans ces professions que leur revenu est assuré grâce au remboursement de leurs honoraires que la collectivité assume. S'il n'y avait pas d'assurance maladie, on peut parier qu'il aurait nettement moins de patients dans les salles d'attente.

Pour prendre quelques exemples, l'option conventionnelle en secteur 1 permet aux médecins de ne payer que 33% de leurs cotisations sociales (3). Les 2/3 sont donc financés par les cotisations des assurés. Récemment, les primes d'assurance en responsabilité civile ont été prises en charge aux 2/3 par le budget de l'assurance maladie pour les chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens (4). Etc...Au regard de la situation des artisans, commerçants, gérants et autres, on voit que le statut libéral des professionnels de santé est très relatif.

Echec de la politique de maîtrise « concertée » des dépenses de santé, mais on peut également parler d'un échec relatif

(de moins en moins relatif) de l'encadrement des tarifs.

UNE PREMIERE RUPTURE DU LIEN ENTRE LES HONORAIRES ET LES TARIFS EN 1980

La convention de 1980 (sous les auspices du gouvernement Giscard/Barre) a sonné le glas de la volonté d'encadrer les tarifs. Elle a permis aux médecins d'adhérer à la convention sans pour autant respecter les tarifs conventionnels. On a créé le secteur 2 ou secteur « honoraires libres » où, en réalité, la « liberté » du médecin est contrainte à respecter « le tact et la mesure » (5). Ce secteur 2 était sensé se substituer progressivement à un « droit permanent à dépassements » qui était accordé à certains médecins sur des critères de « notoriété » très contestables.

L'option du secteur 2 étant possible tous les ans, ce qui était prévisible s'est évidemment produit et, en 1989, les pouvoirs publics se sont aperçus qu'au rythme d'évolution du secteur de liberté tarifaire, il n'y aurait bientôt plus qu'une minorité de médecins en secteur 1.

Fin 1989, la possibilité d'opter pour le secteur 2 a été supprimée, sauf pour les médecins (essentiellement des spécialistes) qui, possédant certains titres et s'installant pour la première fois en libéral, conservaient la faculté d'exercer dans le secteur 2. On a donc « gelé » le secteur 2, mais tous ceux qui avaient obtenu cette particularité antérieurement l'ont conservée.

LA REFORME D'AOUT 2004 (LOI DOUSTE-BLAZY). UN SYSTEME POUR DISSOUDRE LE CADRE TARIFAIRE.

Modèle de perversité, le dispositif mis en œuvre est destinée à résoudre une sorte de quadrature du cercle : comment limiter les

dépenses de l'assurance maladie tout en satisfaisant la revendication permanente des médecins pour une revalorisation de leurs revenus et sans que cela ne provoque un séisme politique.

La solution réside dans un savant mélange de bonne conscience sanitaire et économique (imposer le filtre du généraliste pour l'accès au spécialiste, à défaut, pénaliser financièrement le malade indiscipliné), et de dispositions techniques complexes et opaques (créer un dispositif tarifaire ubuesque, incompréhensible, inexplicable et incontrôlable - qualifié de « labyrinthe » par le Conseil de l'Ordre des médecins ! -) et, surtout, permettre aux spécialistes du secteur 1 consultés directement par les patients, de dépasser les tarifs conventionnels.

Une belle mystification !

Qu'elle est actuellement la situation au regard de l'opposabilité des tarifs ?

L'ACCES AUX MEDECINS RESPECTANT LES TARIFS CONVENTIONNELS EST PROBLEMATIQUE DANS CERTAINES REGIONS.

La moyenne nationale des effectifs de médecins exerçant dans les secteurs de liberté tarifaire (14% de généralistes et près de 40% des spécialistes) dissimule de fortes disparités régionales et professionnelles (généralistes en secteur 2 : 4% en Picardie, mais 30% en Ile de France - Spécialistes : 12% en Bretagne, mais presque 60% en Ile de France). Certaines spécialités parmi les plus onéreuses sont carrément sinistrées (plus de 80% des néphrologues, des chirurgiens et des ORL sont en secteur 2). Le bilan des régions cache des situations encore plus contrastées au plan local. Dans de multiples communes, pas spécialement

riches, on ne trouve quasiment plus de spécialistes en secteur 1.

Notons que le gel du secteur 2, fin 1989, n'a pas eu l'effet escompté. Les dérogations permettant aux spécialistes possédant certains titres et s'installant pour la première fois d'accéder au secteur conventionnel « libre » (Cf. supra) l'ont largement fait progresser : 30% des spécialistes exerçaient en secteur 2 en 1985 ; ils sont aujourd'hui près de 40%. En 2004, plus de la moitié des spécialistes qui se sont installés ont optés pour le secteur « honoraires libres ».

UNE AUGMENTATION IMPORTANTE ET CONTINUE DES DEPASSEMENTS TARIFAIRES

L'état préoccupant des effectifs de médecins ne respectant plus les tarifs de remboursement, s'aggrave d'une évolution très vive du taux de leurs dépassements (spécialistes : 23% en 1985, 47% en 2004. Omnipraticiens : 35% en 1985, 43% en 2004). Là encore, il s'agit de moyennes qui cachent d'extraordinaires différences, certains praticiens ignorant superbement la notion de tact et de mesure qui s'impose pourtant à eux comme une règle déontologique et conventionnelle. Ainsi, n'est-il pas rare de voir des honoraires dépasser les 100 Euros pour une simple consultation.

Que dire des dépassements tarifaires pratiqués en chirurgie !? Un exemple : 3000 Euros de suppléments réclamés pour une prothèse du genou !! Et que penser de cette déviance, assez commune en matière de prothèse dentaire, qui voit se développer des négociations avec le patient pour d'improbables réductions du supplément d'honoraires, en contrepartie d'un « dessous de table » parfois substantiel (6).

Qu'elle est la réelle capacité du malade à s'opposer à ces comportements, lorsqu'il est confronté à celui qui tient sa santé entre

ses mains ; celui dont le prestige et la science hermétique, lui confèrent une autorité peu contestable ?

Que penser de l'inertie des Caisses d'Assurance Maladie (Cf. rapport de la Cour des Comptes 2005) devant des irrégularités tarifaires qu'elles ont pourtant mission de réprimer ? (la convention signée entre les professionnels et les Caisses énonce les procédures et les pénalités).

Au total, en additionnant les dépassements tarifaires des médecins et ceux des chirurgiens dentistes, pour l'année 2004, ce sont plus de 5,5 Milliards d'euros qui auront été mis à la charge des ménages et de leurs assurances complémentaires, lorsqu'ils en disposent. La somme est considérable et son évolution est plus qu'inquiétante : depuis 1995, le total des honoraires de médecins perçus au titre des dépassements augmente de près de 7% par an !

Même s'il est encore minime en taux (2%), pendant la période 2004/1995, le dépassement individuel moyen augmente de 10% par an en secteur 1, alors que le respect des tarifs y est impératif (!) et il progresse d'un peu moins de 8% dans les secteurs de liberté tarifaire où les dépassements représentent désormais près de la moitié des honoraires perçus.

LA CREATION D'UN NOUVEAU SECTEUR DE LIBERTE TARIFAIRE (LE SECTEUR OPTIONNEL) : LE COUP DE GRACE POUR L'ACCES AUX SOINS.

C'est donc cette situation extrêmement préoccupante que le gouvernement s'apprête à aggraver.

En effet, sous la pression de la majorité des organisations professionnelles de médecins, poussé (peut-être devrait-on dire : épaulé) par une des plus remuantes d'entre elles (l'Union Des Chirurgiens de

France) (7) (8), le ministre de la santé vient de lancer la création d'un nouveau secteur tarifaire (Le secteur optionnel) où les dépassements seront autorisés. Il est question de les réguler, sans doute en montant, et de limiter cette option aux seuls chirurgiens.

Devant cette atteinte à la protection sociale, on aurait pu s'attendre à une vigoureuse réaction des forces sociales. Or, à notre connaissance, aucun parti politique, aucun syndicat ne s'est engagé dans une action de protestation significative. (9)

Pire encore ! les organisations syndicales réunies au sein de l'UNCAM (le super Conseil d'administration de l'Assurance Maladie) et l'UNOCAM (là où siègent les organismes d'assurance complémentaire - mutualité, compagnies d'assurances) ont accepté l'ouverture des négociations pour la création de ce nouveau secteur en émettant le souhait qu'il s'accompagne d'une modification des modalités d'exercice en secteur 2.

L'INFLUENCE DES FORCES LIBERALES DANS UN SILENCE ASSOURDISSANT DES REPRESENTANTS DU PEUPLE.

Aussitôt, les syndicats médicaux, notamment le SML et la CSMF, signataires de la dernière convention médicale, ont proférés les menaces habituelles si l'on touchait au secteur 2. Ils protestent énergiquement contre la limitation du secteur optionnel aux seuls chirurgiens. Un syndicat de cardiologue (le SNSMCV) engage déjà à ce sujet un préalable de grève.

Bref ! s'il se produit une levée de boucliers (10), elle ne vient pas de ceux qui sont sensés défendre les intérêts des assurés sociaux, elle émane d'une corporation qui, depuis 2002, a tiré de multiples privilèges... de la dégradation de la couverture sociale de nos concitoyens.

Que restera-t-il dans le nouveau dispositif des souhaits de régulation formulés par les instances précitées (UNCAM et UNOCAM), quand on entend le ministre Xavier Bertrand lors de l'université d'été de la CSMF, s'opposer martialement aux tentatives de réguler le secteur 2 « *je pense que l'on a besoin de mettre en place le secteur optionnel car sinon demain il n'y aura plus de secteur 1. Mais toucher au secteur 2, ce sera sans mon accord* »... !? (11)

Quand bien même quelques règles seraient édictées, au constat des dérives qui se sont produites sous l'empire des conventions précédentes, qu'en resterait-il après quelques années ?

Quelles seront les conséquences de ce nouveau forfait contre la protection sociale ?

Il y a fort à parier que dans quelques années, nous serons revenus à l'âge de pierre (la situation antérieure aux décrets de 1960) avec des tarifs de remboursement figés et très éloignés des honoraires que chaque praticien fixera et augmentera à sa guise.

A l'exception des populations disposant d'assurances complémentaires généreuses et donc, chères, pour les autres, souvent désavantagés sur le plan de la santé, l'accès aux soins ambulatoires sera de plus en plus difficile. Dans l'état où se trouvent les hôpitaux qui deviennent inaccessibles, ils ne pourront pas constituer une alternative.

Mises à part les annonces de basse politique promouvant les formidables résultats en matière de déficit de l'Assurance Maladie, dus en réalité à la réduction des prestations et à l'augmentation des prélèvements, sur le plan sanitaire et sur le plan économique, que faut-il attendre de cette avalanche de

privilèges pour les uns (les professions de santé libérales) et de réductions de la couverture sociale pour les autres (les patients), lorsqu'on a en mémoire les observations de la Cour des Comptes en 2005 :

« Au total, les actions visant à modifier les comportements en utilisant le vecteur des rémunérations ont largement échoués ». « Force est de constater que ni l'objectif financier, ni celui de santé publique n'est atteint ». « Au contraire, tant les mesures tarifaires et de nomenclature que les nouvelles mesures conventionnelles ont entraînés des surcoûts ».

Alors que les multiples avantages accordés aux professions de santé étaient sensés les inciter à la qualité et à la rigueur et, en conséquence, entraîner des économies, la Cour des Comptes évalue les surcoûts de ces mesures à plus de 2 Mds d'Euros !

Et la santé dans tout ça... ? Bah ! « la main invisible » d'on ne sait quelle Divinité libérale triera sans doute de bon grain de l'ivraie... dans une société où il ne faudra surtout pas être, pauvre, vieux et malade.

Raymond MARI - Le 15 octobre 2006

(1) Selon une étude du CREDESS, 15% des Français renonceraient aux soins pour des raisons financières. 30% des chômeurs subiraient ce handicap.

(2) Le Centre Technique des Institution de Prévoyance estime des augmentations de l'ordre de 2,5 à 4% des cotisations en 2007 du fait des mesures arrêtées par le gouvernement.

(3) On n'arrête pas le progrès. La dernière convention innove : sous réserve de limiter leurs dépassements, les médecins du secteur 2 bénéficieront d'une prise en charge partielle de leurs cotisations sociales.

(4) Les assurances professionnelles ont connu de considérables augmentations ces dernières années. Avant

de mettre ces assurances à la charge de la collectivité, il aurait fallu vérifier le bien fondé de ces augmentations.

(5) La notion de tact et mesure sous entend que les honoraires doivent être adaptés aux ressources du malade et que les suppléments doivent rester dans les limites du raisonnable (2 fois le tarif conventionnel ?).

(6) C'est l'assurance maladie qui adresse aux services fiscaux le montant des honoraires comptabilisés à partir des sommes relevées sur les feuilles de soins.

(7) C'est ce mouvement qui a organisé en 2004 la farce de l'émigration des chirurgiens en Angleterre et qui, au début du mois de septembre, a demandé à ses confrères de réclamer des compléments d'honoraires aux malades.

(8) A propos de la corporation des chirurgiens que le président de l'UDCF prétend sinistrée, il convient de savoir que dans cette spécialité la moyenne individuelle des **honoraires** annuels (tous secteurs confondus) s'élève en 2004 à 248 109 Euros, un peu plus pour les chirurgiens orthopédistes : 298 704 E. Entre 1995 et 2004 ces honoraires ont augmenté tous les ans de 3% pour les premiers et de 3,2% pour les seconds. Pendant cette période, leurs dépassements ont progressés de 11,5% et 10,5% tous les ans ! (point stat CNAMTS n° 43). Le taux de croissance de leur **pouvoir d'achat** a été de 3,1% par an entre 2000 et 2004 (Etudes et Résultats DREES n° 457). En ce qui concerne « les misères » dont cette corporation serait victime, il convient de noter que les tarifs des actes chirurgicaux ont été revalorisés depuis octobre 2004 par vagues successives en moyenne de 25,2% en secteur 1 et de 13,7% en secteur 2 (rapport IGAS septembre 2006). En comparaison, le pouvoir d'achat des ménages a progressé entre 2003 et 2005 de 0,9%, 2,2% et 1,1%. C'est donc cette situation dramatique des chirurgiens qui justifierait une dégradation supplémentaire de la protection sociale des Français !

(9) Les réactions formelles n'ont pas manqué. Mais elles concernaient strictement les mots d'ordre de l'UDCF. Formelles et contradictoires : Comment condamner les revendications aux dépassements tarifaires (ministre, syndicats, mutualité) et promouvoir (au sein de l'UNCAM et de l'UNOCAM) ensuite la création d'un nouveau secteur à tarifs libres !? Alors, démagogie, incompétence... ?

(10) Relayée par l'UMP (outre le ministre, N. Sarkozy a milité pour le secteur optionnel au 108 congrès Français de chirurgie) et par le quotidien « Le Monde » (une tribune pleine page offerte à Philippe Cuq, leader des protestataires, le 19 septembre !)

(11) Comme si, ouvrir un nouveau secteur de liberté tarifaire sans remettre en cause ceux qui existent, n'allait pas mécaniquement provoquer une diminution du secteur 1 !