

Critique du projet conventionnel

Non à une convention insuffisante pour valoriser l'exercice clinique

09/07/2016 - SYFMER_aout2016_projet_convention.doc

S'il paraît satisfaire MG-France et le BLOC, le texte de convention, proposé par l'Assurance maladie à la fin du mois de juillet 2016, nous déçoit beaucoup et ne nous paraît pas acceptable en l'état. En effet, les propositions tarifaires qu'il contient sont notoirement insuffisantes pour valoriser l'activité d'une spécialité clinique. En outre, il passe sous silence la question des séquences spécialisées de prise en charge, qui n'a même pas été abordée jusqu'à présent.

Ce que demandait le SYFMER

Pendant plus de trois ans, nous avons travaillé avec d'autres spécialités cliniques et échangé avec le DACT sur la meilleure manière de valoriser l'activité clinique, éternelle laissée pour compte de la rémunération médicale.

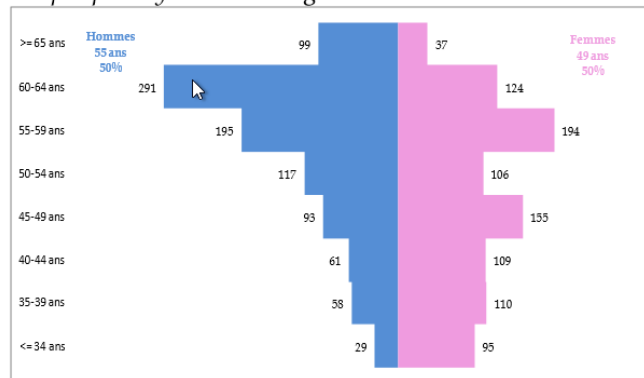
Nous avons fait la proposition d'un **dispositif à trois niveaux de complexité et d'une répartition** tenant compte de l'existant (données SNIIRAM) et de l'étude menée par l'Assurance maladie en 2012 :

Niveau	Proportion	Tarif	Remarque
Consultation très complexe	10%	75 euros	Proportion estimée par l'enquête CNAM
Consultation complexe	40%	50 euros	Pour rejoindre le taux de C2 des spé. Chirurgicales
Consultation parcours de soins	50%	30 euros	

Nous référant au nombre d'actes enregistrés dans les bases SNIIRAM en 2014, nous avons calculé que l'application de cette répartition génèrerait un surcoût d'environ **8 millions d'euros au maximum pour tous les spécialistes MPR**, soit 1% de l'enveloppe accordée dans le projet conventionnel.

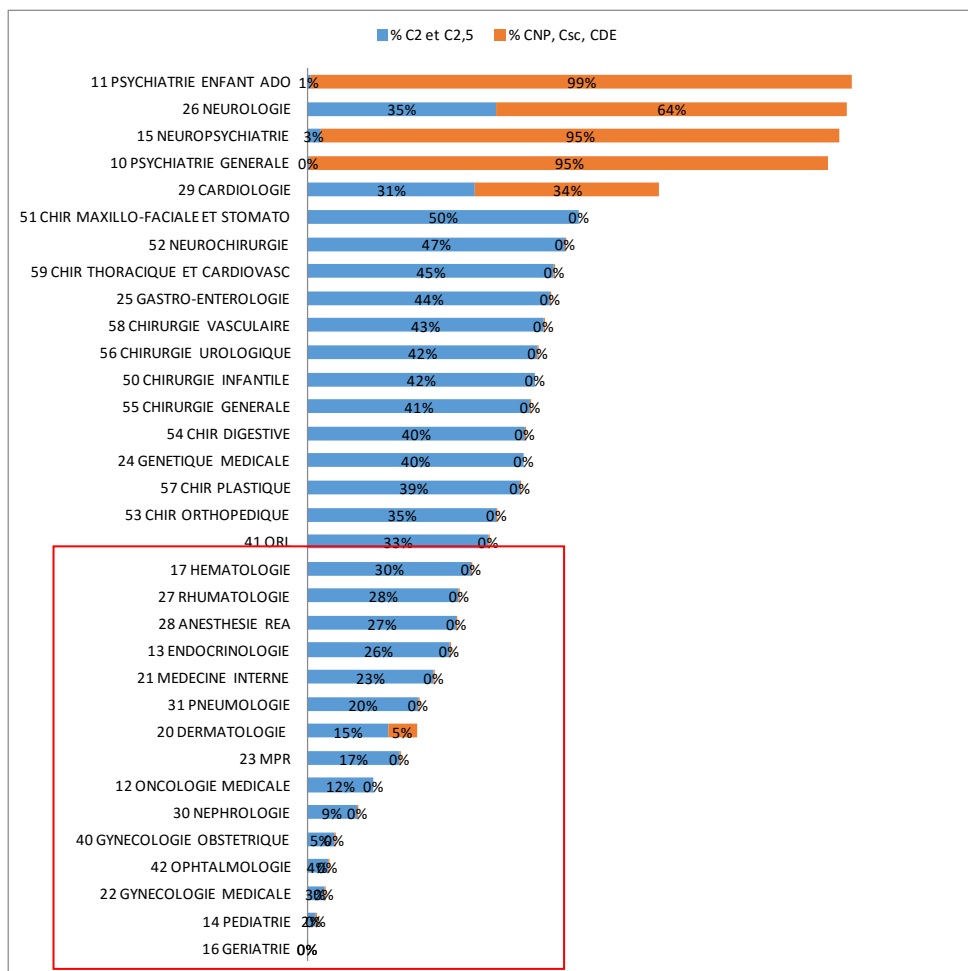
Or, chacun sait que notre spécialité est en grand péril démographique et qu'un tel budget a peu de chances d'être atteint avec les nombreux départs en retraite non remplacés qui ont lieu ou se préparent. Il s'agit surtout d'encourager une relève par les jeunes MPR !

Graphique: Pyramide des âges



En analysant les données SNIRAM, nous avons constaté que **les consultations à valeur ajoutée significative (hors CScardio et CNPsy) profitaient principalement aux spécialités chirurgicales et techniques**, comme le montre très bien le graphe ci-dessous. La première spécialité médicale n'est placée qu'en 17^{ème} position avec 30% de consultations à valeur ajoutée. La MPR est en 23^{ème} position avec 17% de C2 seulement. **Comme si une consultation n'avait de valeur que si elle débouchait sur un geste technique !**

Répartition des codes de consultation



Des propositions précises

Nous avons établi des propositions précises pour permettre aux spécialités cliniques de **rehausser significativement leur taux d'utilisation du C2 ou de consultations de niveau 3** selon la nouvelle terminologie :

- Codage pour toutes les consultations spécialisées de 1ère fois sur adressage par le médecin traitant, **sans condition a posteriori**, pour les consultations de revue à 4 mois **et pour certaines consultations de revue à 1 mois, pour une liste déterminée de situations.**
- Après un C2 ou une consultation de niveau 3, il doit être possible de coter une **CS de synthèse**, après complément d'examen complémentaire ou **test thérapeutique** ; des CS de suivi spécialisé en niveau 2 (30 €) en fonction de protocoles de prise en charge spécialisée ; des actes techniques à visée diagnostique **ou thérapeutique.**

Nous avons aussi fait des propositions précises pour définir les **consultations longues et complexes**, rebaptisées « consultations très complexes » dans le projet conventionnel, en proposant deux cas de figure (consultation en première ou seconde intention) et une série de programmes éligibles pour le codage d'une consultation de niveau 4 en MPR, de manière à intégrer les différentes orientations développées par la spécialité en secteur libéral : locomotrice, neurologique et pelvisphinctérienne.

Au cours de la négociation, nous avons admis de concentrer notre demande sur le développement de la MPR neurologique, avec la prise en charge des patients souffrant de lésions cérébrales ou médullaires. Puis, nous avons encore accepté d'établir une distinction entre « monodéficients » relevant du niveau 3 et « polydéficients » relevant du niveau 4.

Les réponses minimalistes et les silences du projet conventionnel

La lecture des paragraphes introductifs nous a donné une lueur d'espoir, vite douchée par l'annonce des propositions concrètes.

Certes, **le C2** est revalorisé à hauteur de 50 euros, ce qui satisfera les spécialités chirurgicales et médico-techniques. Mais rien n'est dit de ses conditions d'application, hormis qu'il s'agit d'un acte destiné à donner un « avis ponctuel ». La « CS de synthèse » et les autres actes à suivre ont disparu du texte conventionnel.

Curieusement, les nouvelles **consultations « complexes »** de niveau 3 restent tarifées à 46 euros. De plus, nous avons la mauvaise surprise d'y trouver des consultations que nous avons proposées pour être des consultations « très complexes », de niveau 4 !

- ✓ Consultation spécifique de prise en charge coordonnée des **patients cérébro-lésés ou traumatisés médullaires**, réalisée par le neurologue ou le médecin de médecine physique et réadaptation (MPR)... avec un maximum de 4 consultations par an
- ✓ Consultation spécifique de prise en charge coordonnée des patients présentant des **séquelles lourdes** d'AVC, réalisée par le neurologue ou le médecin MPR... avec un maximum de 4 consultations par an
- ✓ **Première** consultation spécifique de prise en charge de scoliose grave évolutive de l'enfant ou de l'adolescent, par le rhumatologue ou le médecin MPR...

Quel intérêt y a-t-il à distinguer cérébro-lésés et séquelles « lourdes » d'AVC ?

Quel intérêt y a-t-il à créer une consultation spécifique pour les scolioses, si l'on se limite à la première ? Comment décider qu'une scoliose est évolutive si l'on enlève la possibilité de suivre la scoliose dans le temps ?

Pourquoi attendre que la scoliose soit « grave » ? Pour les spécialistes, une scoliose grave est une scoliose qui a échappé au dépistage et à un traitement orthopédique efficace. Comme si on ne valorisait la prise en charge de l'ulcère gastrique qu'une fois perforé ou cancérisé !

La majoration d'appareillage MTA est reprise au travers d'une consultation « complexe » :

- ✓ Consultation pour la prescription de certains types d'appareillage de première mise réalisée par le médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation, qui serait valorisée à 46 euros. La majoration MTA serait alors portée à 23 euros.

Mais auparavant, il était possible de coter CS+MPC+MCS+MTA ou CS+MPJ+MTA = 48 euros. Il s'agit donc bien d'une **baisse de rémunération** pour cet acte auquel il nous avait été promis de ne pas toucher !

Dans les consultations « très complexes », on ne trouve qu'un libellé intéressant les MPR :

- ✓ Consultation initiale d'information du patient et de mise en place d'une stratégie thérapeutique pour les patients atteints de cancer ou de pathologie neurologique grave ou neurodégénérative, réalisée par le médecin.

Ce libellé correspond assez bien à celui que nous avons proposé pour la consultation longue et complexe des patients cérébrolésés ou lésés médullaires. Mais pourquoi le texte entretient-il la confusion avec les libellés similaires figurant en niveau 3 ?

Pourquoi, si l'on reconnaît qu'il s'agit d'une consultation véritablement « très complexe », d'environ une heure, **limiter la valorisation à 60 euros**, ce qui ne suffira certainement pas à assurer une activité économiquement viable ?

L'article 18.3 prévoit une majoration de 15 euros lorsque le médecin correspondant voit un patient **en urgence, dans les 48 heures** suivant la demande du médecin traitant. Mais cette majoration est assortie de **l'obligation d'appliquer des tarifs opposables**. Quelle drôle de façon d'encourager les médecins spécialistes à souscrire à l'OPTAM ?

Pas d'avancée sur l'espace de liberté tarifaire

Le nom du Contrat d'Accès au Soins a changé de nom, mais ses objectifs et ses principes n'ont pas évolué. Le but est de réduire le « niveau des dépassements », peu importe qu'ils soient de dix ou de mille euros. De fait, l'adoption de références régionales consolide la situation acquise dans les régions où les honoraires sont les plus élevés et bloque l'évolution de celles, comme la Bretagne, où l'esprit social du corps médical a maintenu les compléments d'honoraires à des niveaux modérés sinon symboliques.

On oublie qu'avec l'obligation d'avoir une assurance complémentaire, tout Français est à présent solvable vis-à-vis de compléments d'honoraires raisonnables. **L'instauration d'un espace de liberté tarifaire raisonnable est le seul moyen réaliste de sortir par le haut de l'impasse d'une enveloppe budgétaire fermée** en faisant participer les assurances complémentaires à la valorisation de soins de qualité.

Comment comprendre l'autisme gouvernemental et le silence assourdissant des assurances complémentaires sur ce sujet **alors que les mutuelles n'hésitent pas à financer des prestations de luxe** (2ème paire de lunettes, « chambres grand confort »...) **et de pseudo-soins sans intérêt médical** : semelles orthopédiques pour les enfants (140 euros), cryothérapie (50 euros par séances, 10

séances préconisées), ostéopathie (50 euros par séance), etc. Il s'agit là du véritable **détournement financier** d'un budget dont la vocation devrait être d'améliorer l'accès à des soins de qualité et non d'enrichir des professionnels et des entreprises qui ne sont soumis à aucun contrôle de pertinence ou de qualité.

Il y a là un vrai problème de fond, qui n'est jamais abordé. On ne peut pas demander aux médecins de se serrer la ceinture toujours plus et laisser faire n'importe quoi juste à côté.

On ne peut pas signer un tel texte !

L'Assurance maladie nous a dit et répété qu'il n'y aurait pas de « grand soir » de la Nomenclature et qu'elle ne voulait avancer à petit pas. On peut comprendre que l'importance des enjeux financiers puissent inciter à une certaine prudence, mais il arrive un moment où la festination et l'akinésie deviennent des symptômes pathologiques ! Nous en avons assez de voir chacune de nos propositions démembrée et dénaturée jusqu'à ne produire qu'une caricature squelettique dont **l'impact ne sera qu'infinitésimal**.

Globalement, **ce projet de convention ne permet pas d'espérer l'exercice convenable d'une spécialité clinique**, en particulier de la MPR, dans le cadre du Secteur 1, et même du CAS Secteur 2 pour un jeune s'installant dans une région à faible taux de dépassement comme la Bretagne.

A la limite, si nous avions eu les preuves d'une volonté d'aller réellement de l'avant, nous aurions cautionné un accord en jugeant qu'il resterait à négocier mieux dans 5 ans. Mais l'attitude de la Caisse et du Ministère nous font penser que ce ne sera jamais mieux et que dans cinq ans, il y aura d'autres priorités encore... C'est ce que notre spécialité vit depuis trente ans et qui a conduit à sa **désertification**.

Seule voie viable pour les jeunes MPR : le secteur 2

Clairement, le SYFMER n'a donc d'autre solution que **d'encourager les jeunes à suivre un parcours professionnel qui leur ouvrira l'accès au Secteur 2 et à inscrire leur projet libéral en Secteur 2**.

En corollaire, les demandes formulées par les syndicats médicaux ne doivent plus être déterminées en fonction des capacités budgétaires de la CNAMTS, mais bien en fonction de la **valeur que nous voulons donner à nos actes pour pouvoir exercer de manière sereine, avec des moyens (locaux, secrétariat, équipement) dignes de notre profession, exigeante et difficile**.

Dr Georges de Korvin
Président du SYFMER
gdekorvin@free.fr