

Accord médico-mutualiste 2009-2010 : lecture de la Fédération des maisons médicales

Olivier Mariage, médecin généraliste, permanent politique, Collège directeur de la Fédération des maisons médicales

L'accord 2009 ne revalorise pas la médecine générale de manière structurelle. Si le système de « convention » doit être maintenu pour la sécurité qu'il apporte aux patients, il devient de plus en plus manifeste qu'il doit être fondamentalement refondu et que, en particulier, le financement de la première ligne de soins doit acquérir son autonomie face à la boulimie hospitalière.

Mots clefs : politique de santé, médecine générale.

Un accord médico-mutualiste conclu sans trop de difficultés, c'est toujours une bonne chose à priori : surtout pour les patients (y compris ceux des maisons médicales quand ils doivent se rendre chez le spécialiste), parce qu'il garantit une certaine sécurité tarifaire chez les médecins quand ils ne sont pas déconventionnés ; et pour les médecins, c'est la garantie du statut social.

Revalorisation de la médecine générale ?

Mais l'analyse du contenu de cet accord nous laisse largement sur notre faim : la vraie revalorisation de la médecine générale n'est pas au rendez-vous, et les spécialistes (un peu plus

de 50 % des médecins) absorbent 82 % des moyens nouveaux, contre 18 % pour la médecine générale. Sur un plan financier, on peut dire que c'est le statu quo du fossé. Voyons cela un peu plus dans le détail.

1. Commençons par le positif : revalorisation du statut social, de la visite à l'hôpital, réduction des tickets modérateurs pour les enfants de moins de dix ans, petite revalorisation du Dossier médical global, honoraire pour la visite à l'hôpital psychiatrique, etc.

2. Indexation des actes : 4,32 %, qui seront reportés sur le forfait médecin des maisons médicales. C'est bien, mais ne perdons pas de vue que c'est un peu moins que l'inflation de 2008 (4,47 %), et cela ne prend pas en compte l'évolution générale des revenus : il faut savoir que pour les salariés, le pouvoir d'achat a augmenté en moyenne de 2 % chaque année (donc en plus de l'index) cette dernière décennie. Le généraliste continue donc à s'appauvrir par rapport au citoyen lambda, comme pratiquement chaque année depuis 40 ans. Cette perte n'a été que très partiellement compensée par les divers forfaits, et la revalorisation 20/30 obtenue sous l'ère Vandembroucke.

3. Impulseo : il est prévu un volet Impulseo 3 pour le financement d'une aide administrative d'un tiers temps par médecin généraliste, en solo comme en groupe. L'ABSyM a atteint son objectif, à savoir de dénaturer l'objectif initial d'Impulseo, la stimulation de la médecine de groupe. Y aurait-il encore un réel avenir pour la médecine solo, où y a-t-il une volonté cachée d'anéantir la médecine générale ?

4. Consultation de prévention : une volonté de la ministre. Sur le principe on ne peut être que d'accord avec le principe de renforcer la prévention, mais est-ce la bonne manière de faire ? Tout dépendra de la forme que cela prendra, mais on peut douter du fait que la consultation de prévention touchera le public qui en aurait le plus besoin.

Tout cela sur fond de dénigrement chronique de la médecine générale dont les trajets de soins diabète sont le plus bel exemple : pour suivre un diabétique sous insuline aujourd'hui, le médecin généraliste est jugé insuffisamment compétent, le passage par le diabétologue est devenu indispensable. Et sur fond de répression : l'arrêté BPCO/asthme, qui oblige à respecter les recommandations *Evidence Based Medicine* à 80 % sous peine de sanction, alors qu'aucun outil efficace et facilement utilisable n'est mis en place aujourd'hui pour informer le médecin sur les règles de bonne pratique dans l'ensemble des domaines de la pratique médicale. Où est la revalorisation de la médecine générale ?

Pour une révision fondamentale du système de convention

Tout cela n'est pas neuf. Le principal centre décisionnel du système de soins de santé, c'est la médico-mut, là où médecins et mutuelles décident du partage du gâteau. Les ministres de la Santé successifs n'ont pas beaucoup d'influence sur ce qui s'y décide. Sur le banc mutualiste, les deux principaux acteurs sont fortement liés aux

gestionnaires hospitaliers. Or, les hôpitaux ont besoin du maintien, voire de l'accroissement permanent du budget des actes techniques, puisque le mécanisme des rétrocessions d'honoraires leur permet d'assurer leur financement qui, sinon, serait insuffisant. Et sur le banc médical, l'ABSyM, constituée à 90 % de spécialistes, est majoritaire. La double majorité, nécessaire pour décider en médico-mut, penche donc toujours en faveur des spécialités techniques et des hôpitaux. L'autre syndicat, le Cartel, bien plus favorable à la première ligne, ou en tout cas à un rapport équilibré entre

les deux, n'est pas dans un rapport de force suffisant pour négocier des accords équilibrés.

La Fédération estime qu'il y a lieu de maintenir en place un système conventionnel qui est la meilleure garantie d'une « pax medica », mais revendique la refonte du système et une séparation des budgets entre première et seconde ligne, et une réforme de la nomenclature permettant de ré-équilibrer actes intellectuels et actes techniques. C'est ici que les politiques ont toute leur responsabilité : s'il ne leur appartient pas d'intervenir

de manière autoritaire dans les processus de concertation sociale, par contre il leur appartient, et à eux seuls, de mettre en place les mécanismes qui fassent en sorte que les deniers publics soient utilisés de manière optimale. Et ici comme partout ailleurs, c'est même l'Organisation mondiale de la santé qui le dit, garantir des soins de qualité accessibles à tous nécessite que l'on accorde les moyens suffisants à la première ligne.

A quand cette réforme ?



JIM PÉ ©