



ASSEMBLÉE NATIONALE

12ème législature

conventions avec les praticiens

Question écrite n° 37145

Texte de la question

De plus en plus de spécialistes augmentent illégalement leurs tarifs. En effet, estimant ne plus être rémunérés à leur juste valeur, un tiers environ des praticiens de secteur 1 ont choisi de ne plus respecter les barèmes de la sécurité sociale en fixant librement le prix de leurs consultations. Les procès se multiplient. Les patients craignent pour l'accès aux soins. Inquiet de pratiques qui pénalisent les usagers, le collectif interassociatif sur la santé (CISS) - qui regroupe des associations de patients - a écrit le 16 février à la direction générale de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes (DGCCRF) pour qu'une enquête soit menée. Les médecins déclareraient que les patients sont prévenus et qu'ils les soutiennent, mais les malades n'auraient en fait pas le choix. Seuls les patients qui ont une bonne couverture complémentaire (assurance ou mutuelle) dont le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires pourront donc être correctement remboursés. Or, s'il est vrai que le revenu net annuel moyen des spécialistes varie en fonction des spécialités et enregistre des écarts parfois importants entre secteurs 1 et 2, ce mouvement de fronde ne paraît en aucun cas justifié. Ainsi, pour exemple, un gynécologue médical gagne 41 545 euros par an (contre 59 216 en secteur 2), un psychiatre 54 951 euros, un gynécologue-obstétricien 56 728 euros (contre 89 736 euros en secteur 2), un chirurgien général 69 752 euros (contre 127 442 euros en secteur 2), un ophtalmologue 81 554 euros (contre 119 849 euros en secteur 2), un radiologue 124 558 euros. Dans tous les cas de figure, force est de constater que les revenus des praticiens sont déjà particulièrement élevés, et qu'ils impactent lourdement sur les comptes de l'assurance maladie. De plus, il est bon de dire que si les médecins justifient l'augmentation du prix de leur consultation principalement sur la base des dix années d'études passées en moyenne pour acquérir leur diplôme de médecine, la plupart des autres diplômés français arrivant au plus haut niveau d'études universitaires (BAC + 5 et au-delà) ne pourront jamais prétendre avoir de tels revenus pour des formations pourtant tout aussi spécialisées et pointues dans leurs domaines. Enfin, le mouvement de protestation des médecins paraît réellement déplacé lorsque l'on songe aux millions de Français qui doivent vivre chaque mois avec un simple SMIC, voire survivre dans la précarité la plus totale avec les seuls minimums sociaux. Compte tenu de cette situation inquiétante, Mme Chantal Robin-Rodrigo demande à M. le ministre de la santé et de la protection sociale de lui indiquer les mesures urgentes qu'il entend prendre au sujet de ce dossier.

Texte de la réponse

L'attention du ministre des solidarités, de la santé et de la famille est appelée sur la pratique de tarifs illégaux et de dépassements d'honoraires de la part de certains médecins spécialistes. Des médecins libéraux, en particulier spécialistes, installés en secteur 1, s'étaient engagés depuis plusieurs mois dans un mouvement de contestation, en particulier au regard de leurs revenus. Ce mouvement a pris la forme de dépassements d'honoraires non conformes aux règles fixées en la matière dans le règlement conventionnel minimal. Il s'est traduit également, pour certains, par un passage d'autorité et de façon illégale en secteur 2. Le ministre a été évidemment très attentif à la situation ainsi créée. Elle traduit un malaise de certaines spécialités qu'il était indispensable de prendre en considération. Cependant, le respect des tarifs conventionnels, tout en constituant le fondement de l'architecture conventionnelle, est une condition essentielle de l'égalité d'accès aux soins et à la

prévention. Les assurés sociaux ne doivent pas subir les conséquences d'actions qui transgresseraient les règles qui fondent les principes de l'assurance maladie, notamment le respect des tarifs opposables. Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille souligne que le Gouvernement, préoccupé par les conséquences fâcheuses de cette situation pour le fonctionnement du système de santé, a pris sans attendre les mesures qui s'imposaient au vu de l'état de paralysie complète des relations conventionnelles entre les médecins spécialistes et les caisses d'assurance maladie. Il rappelle ainsi que, en l'absence de convention, plusieurs mesures, rapidement opérationnelles et ciblées sur les médecins tenus de respecter les tarifs conventionnels, ont été prises par l'arrêté du 22 septembre 2003 portant modification du RCM. Il s'agit notamment : de la mise en place d'une majoration forfaitaire transitoire pour certaines spécialités : cette dernière s'est élevée à 2 euros par consultation et concerne neuf spécialités. S'agissant en outre des neurologues, neuropsychiatres et psychiatres, cette majoration de la consultation s'élève à 2,70 euros ; de l'amélioration de la prise en charge par les caisses des charges sociales pour les spécialistes du secteur 1. En outre, un arrêté du 19 décembre 2003 a prévu des compléments de rémunération pour certaines spécialités techniques (chirurgie, obstétrique, anesthésie) dans le cadre de contrats de pratique professionnelle (CPP), afin de couvrir la majoration de leurs primes d'assurance. Ces contrats, qui concernent les médecins du secteur 1, ont un double objet : la prise en charge à titre strictement exceptionnel du surcoût des primes d'assurance en responsabilité civile médicale, selon des modalités spécifiques à chaque discipline et au titre de 2003, l'apport d'un complément de rémunération pour les médecins exerçant dans ces trois spécialités. Ces contrats, annexés dans le RCM, ont été reconduits pour un an par un arrêté du 30 novembre 2004 et étendus aux médecins du secteur 2 qui réalisent une certaine proportion de leurs actes en tarifs opposables. Par ailleurs, pour préserver l'attractivité des filières chirurgicales, un arrêté du 1er octobre 2004 a revalorisé les honoraires des spécialités chirurgicales de 12,5 %. Au-delà de ces différentes mesures d'attente, la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a jeté les bases de solutions plus pérennes grâce à l'utilisation d'un véritable parcours coordonné de soins. Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille ainsi que le secrétaire d'État à l'assurance maladie ont pris connaissance du protocole d'accord conclu le 23 décembre 2004 entre l'assurance maladie et trois organisations de médecins, représentatives de la majorité des praticiens généralistes et spécialistes. Ils saluent l'esprit de responsabilité qui a animé les partenaires conventionnels tout au long de cette négociation. À travers cet accord, une étape décisive vient d'être franchie par l'assurance maladie et les professionnels de santé dans la mise en oeuvre de la réforme récemment votée par le Parlement. Ce texte définit le rôle du médecin traitant et les modalités du parcours coordonné de soins et permet leur mise en oeuvre à compter du début de l'année 2005. Il constitue un élément majeur de la réussite de la réforme de l'assurance maladie, grâce aux évolutions de comportement de tous les acteurs, les professionnels comme les patients. Il comporte par ailleurs des engagements concrets de la part des médecins en matière de maîtrise médicalisée des dépenses de santé et de volumes de prescription. Au total, un milliard d'euros d'économies sont attendus, résultant d'un meilleur respect des protocoles de soins en matières d'affections de longue durée, d'un contrôle renforcé des indemnités journalières, d'une prescription plus adaptée des médicaments (notamment pour ce qui est des antibiotiques et des anxiolytiques) et du développement du générique. Cet engagement des professionnels de santé, fixé de manière précise région par région, amplifiera les objectifs de maîtrise médicalisée que le Gouvernement s'est fixé dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005. Les conditions de rémunération des praticiens ont été adaptées afin de valoriser un exercice coordonné des soins. Une option de coordination est prévue pour les praticiens, dans laquelle les honoraires seront opposables. Par ailleurs, lorsque le patient consultera un spécialiste sans respecter le parcours de soins, l'accord prévoit une possibilité de dépassement modéré et encadré des honoraires des praticiens. Il n'y aura en tout état de cause pas de réouverture du secteur 2 à honoraires libres. Enfin, ce texte fixe les modalités de passage à la nouvelle nomenclature qui permettra une rémunération plus juste des actes médicaux.

Données clés

Auteur : [Mme Chantal Robin-Rodrigo](#)

Circonscription : Hautes-Pyrénées (2^e circonscription) - Socialiste

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 37145

Rubrique : Assurance maladie maternité : généralités

Ministère interrogé : santé

Ministère attributaire : solidarités, santé et famille

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 6 avril 2004, page 2837

Réponse publiée le : 25 janvier 2005, page 850