

Compte-rendu de l'atelier 3 : Indépendance professionnelle et rémunération , Quelle convention collective ?

par Yves Paubert

Constats :

- L'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité sont d'autant plus grandes que la personne appartient à une catégorie socioprofessionnelle plus favorisée.
- Le paiement à l'acte ne nous permet pas d'exercer notre travail dans de bonnes conditions : certains patients ne viennent pas car ils ne peuvent pas payer, nous ne sommes pas rémunérés quand nous passons du temps à récupérer des comptes-rendus, joindre les hôpitaux et les spécialistes, aller les voir à l'hôpital, faire les multiples démarches et papiers nécessaires, donner des conseils au téléphone... d'ailleurs rien dans le paiement à l'acte ne nous engage à faire tout cela ni à se former.
- Le paiement à l'acte est inflationniste pour le coût de la santé, il incite à travailler vite pour s'enrichir, donc à prescrire plus et expliquer moins, travailler mal pour gagner plus : ce n'est pas logique.
- L'industrie pharmaceutique dépense 25 000 euros par médecins et par an pour la publicité, et son influence incite à augmenter les dépenses de prescription.
- La Sécurité sociale veut dicter ses normes de conduite avec les CAPIS, les mutuelles et les assurances feront la même chose, et proposeront des contrats sur des objectifs qui seront les leurs et inciteront les médecins à contraindre les patients à s'y conformer.
- La Sécurité sociale est de moins en moins une assurance solidaire, la part à charge des patients augmente sans cesse, les poussant à prendre des mutuelles et des assurances, qui récupèrent progressivement le marché de la santé.
- Rien dans ce système ne permet de joindre les patients qui auraient besoin de soins et ne viennent pas consulter.

Postulats :

Nous voulons pouvoir exercer notre métier avec toutes ses facettes : soins, prévention, suivi des patients, information, coordination, formation, enseignement... et avec du temps pour les différentes facettes de ce métier : du temps pour se former, pour rencontrer les autres professionnels et inventer de nouvelles façons de travailler avec les citoyens.

Nous voulons pouvoir continuer de voir les patients les plus défavorisés, ou ceux qui ont de petits revenus et pas de mutuelle, et leur offrir les mêmes soins qu'aux autres.

Nous avons besoin de développer des pans de notre métier qui sont insuffisamment abordés actuellement : facteurs sociaux, environnementaux et professionnels de la santé, échanges avec les patients, analyses des besoins de la population et actions adaptées, participation à la recherche...

Questions :

Quelle convention souhaitons-nous passer avec la Sécurité sociale qui est actuellement notre principal employeur ? Qui doit nous y représenter ?

Comment éviter que les mutuelles et les assurances ne deviennent à terme nos employeurs ?

Quelles sont les conditions de notre indépendance et vis-à-vis de qui ? Les labos, la faculté, l'HAS, la Sécu, les mutuelles, les assurances...

Outils :

Quels outils défendre actuellement pour continuer d'exercer notre métier ? Tiers-payant, réseaux, associations...

Pour garder notre indépendance ? Refuser les CAPIS, défendre une formation indépendante, une presse indépendante, dénoncer les conflits d'intérêt...

Pour développer de nouvelles activités ? Réseaux, associations de professionnels et d'usagers, audits et travaux de recherche, observatoires...

Pour sortir du paiement à l'acte ? Regroupements avec forfait centre de santé, rémunération d'activités par les réseaux, par la fac...

Quelques éléments de réponse apportés par l'atelier :

Un aphorisme et une évidence:

« La survie de notre métier passe par le cadre d'une bonne convention »

« Le SMG n'est pas représentatif et n'est donc pas habilité à négocier la dite convention. »

Une convention, c'est un compromis, certains diraient une compromission avec ses avantages et ses inconvénients pour chaque partie : respect des honoraires opposables, obligations de permanence des soins, respect des protocoles et recommandations diverses etc.

Nous nous positionnons clairement sur plusieurs points :

- Une assurance maladie solidaire : chacun paie selon ses possibilités, chacun reçoit selon ses besoins, et non « assurantielle », chacun s'assure selon ses possibilités et reçoit en fonction de la couverture qu'il a « choisi ».

- Le tiers-payant autorisé pour tous les patients qui le veulent dans tous les lieux de soins.

- Il existe une multiplicité de modes de rémunération possibles. Il est peu probable qu'un changement brutal apparaisse ; chacun devra pouvoir choisir différents modes de rémunération complémentaires ou alternatifs au paiement à l'acte.

- Le paiement à l'acte permet de « travailler plus pour gagner plus », mais aussi de « travailler moins pour gagner moins » ! Sous réserve que la démographie médicale ambiante ne soit pas trop dégradée, chacun peut décider de son temps de travail et de son niveau de revenu et s'autoriser des activités professionnelles, sociales et/ou familiales valorisantes. Mais il ne prend pas en compte les autres activités que l'acte de soins (coordination, prévention, formation...) et favorise la médecine « à la chaîne ».

- La capitation : paiement forfaitaire par patient inscrit chez le médecin ; en Angleterre, les médecins semblent satisfaits, mais les usagers ? Le principe permet de faire le nombre d'actes et démarches nécessaires, en accord avec le patient, pour ses problèmes de santé. Il n'est pas extensible à l'infini, le patient restant inscrit chez son médecin s'il est content de sa prise en charge ; on peut voir très souvent certains et d'autres une fois par an. Le risque étant que certains médecins ne se rendent pas disponibles ou choisissent les patients les moins « graves »... ?

- Les forfaits divers et variés : feu le forfait médecin référent (entre le médecin et le patient), le CAPI (entre le médecin et la CPAM), les forfaits par pathologie (T2A de ville), les forfaits d'éducation thérapeutique, les forfaits de participation à un réseau etc. Le contrat médecin référent avait le mérite d'être facultatif pour le médecin et pour l'utilisateur, de permettre un travail pédagogique sur le « bon usage » du système de soins. Et si, demain, ce sont les mutuelles et/ou les assurances qui nous proposent ces forfaits sur leurs propres critères ?

- Le salariat : peut être le meilleur système (temps pour le soin, la recherche, la prévention, la coordination d'équipe, l'enseignement, la formation ...), demandé par les jeunes médecins, peut-être aussi le pire : les centres de santé « en déficit » multiplient aussi le nombre d'actes. Pourrait être une des réponses à la problématique des « déserts médicaux » Attention, certains financeurs y réfléchissent déjà, nous risquons d'avoir encore un temps de retard lorsque leurs propositions seront dévoilées.

De toutes façons, tout peut être mésutilisé et détourné, sauf si ça vient de nous !

Le problème majeur est celui de l'indépendance professionnelle du médecin vis-à-vis du donneur d'ordre. Nous souhaitons que ce soit l'utilisateur qui soit en fait le donneur d'ordre, seul moyen de préserver ses intérêts. Se pose la question de la représentation de ces usagers : les syndicats, les associations de patients ont aussi leurs intérêts propres et ne peuvent donc pas représenter à eux seuls ces usagers.

En fait, le meilleur interlocuteur pour éviter la dérive du système serait le citoyen réinvesti dans le collectif. Vaste programme !