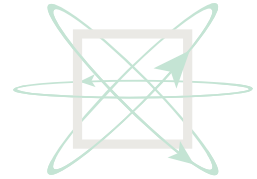


La nouvelle convention médicale se joue en ce moment



E. Senbel*

Le système conventionnel entre les médecins et les caisses d'assurance-maladie a vu le jour en 1971. Depuis, tous les 5 ans, une renégociation globale est organisée, avec, entre-temps, des avenants entre médecins et organismes payeurs obligatoires.

La création puis la fermeture du secteur à honoraires libres (secteur 2), la création de la classification commune des actes médicaux (CCAM), l'avantage social vieillesse (ASV) et le contrat d'accès aux soins sont des émanations de ce système conventionnel. La convention doit être renégociée dans les mois à venir, entre mars et septembre 2016, avec une signature éventuelle entre les syndicats représentatifs (BLOC [Union des chirurgiens de France + Syndicat des anesthésistes libéraux + Syndicat national des gynécologues obstétriciens de France], CSMF [Confédération des syndicats médicaux français], FMF [Fédération des médecins de France], MG France (Syndicat des médecins généralistes), SML [Syndicat des médecins libéraux]) et les caisses d'assurance-maladie au 26 août 2016.

Toutes les centrales polycatégorielles citées ci-dessus travaillent sur des propositions, celles-ci étant suggérées pour les spécialistes par les syndicats de verticalité (syndicats qui représentent la spécialité), et donc par le Syndicat national des médecins rhumatologues (SNMR) pour notre spécialité.

Si, au terme de négociations (la convention sera validée à condition qu'au moins 30 % des syndicats représentatifs la signent), aucun accord n'est signé, un "arbitre" sera désigné par l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie et un règlement arbitral mis en place (règlement conventionnel minimal).

Propositions concernant les revalorisations tarifaires en rhumatologie

► Consultations complexes: le SNMR travaille depuis des années sur ce sujet, car nous avons tous conscience que certaines consultations demandent un investissement en compétences, en connaissances

et en temps non pris en compte. Certains actes doivent donc être valorisés de façon satisfaisante. Le [tableau I, p. 36](#) résume les principales propositions, sachant que ces actes sont censés représenter environ 10 % de la pratique d'un rhumatologue moyen, avec une valorisation qui devrait atteindre le niveau 3C.

► Il faut insister sur les économies potentielles en matière de prestations en nature pour le patient (notamment en termes d'indemnités journalières lors d'arrêts maladie), et de réduction du recours aux services d'urgence, voire du nombre des hospitalisations, par une meilleure éducation du patient. Ces propositions doivent être intégrées dans le cadre d'une possibilité de succession d'actes, en passant du schéma de base C2 (avis de consultant)-consultation de synthèse à des schémas plus complexes (associations C2-consultations complexes, cf. consultations complexes "tout en un" de type réunion de concertation mono- ou pluridisciplinaire permettant de mettre en place une biothérapie, une ou plusieurs séances d'éducation thérapeutique, une évaluation des comorbidités, etc.).

► Valorisation des actes de télémédecine: en rhumatologie, peuvent faire l'objet d'une réflexion les téléconsultations dans les rhumatismes inflammatoires pour les territoires désertés, un deuxième avis sur un cas complexe, des réunions de concertation en téléconférence, voire la conception d'outils d'autogestion de la maladie ou de soutien à l'observance. Pour l'instant, les actes de télémédecine rémunérés (dépistage du cancer de la peau, relecture des clichés d'angiographie oculaire dans la rétinopathie diabétique) sont rétribués de façon indécente et les projets ne "décollent" pas.

► Demande de revalorisation des consultations d'entrée et de sortie en clinique: très chronophages, elles ne sont rémunérées qu'à hauteur d'un Cs.

► Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP): il s'agit d'une combinaison du forfait structure (somme à laquelle a droit le rhumatologue s'il est informatisé, s'il "télétransmet", s'il possède un logiciel agréé d'aide à la prescription, s'il affiche ses horaires, etc.) et des objectifs d'amélioration de la pratique ayant un impact sur la santé publique que seuls les médecins généralistes, les gastro-entérologues

* Rhumatologue, président du Syndicat national des médecins rhumatologues, Marseille.

VIE PROFESSIONNELLE

Tableau I. Plateforme de requêtes du SNMR pour la convention 2016 : consultations complexes.

Population de référence	Situation clinique	Objectif
<p>Rhumatismes inflammatoires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Polyarthrite rhumatoïde évolutive (ALD 23) • Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique (ALD 22) • Spondyloarthrite grave (ALD 28) <p><i>Traçage : patient en ALD ou en cours de demande d'ALD, y compris procédure temporaire possible pour le spécialiste à l'issue de la consultation. Rapport de consultation</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1^{re} fois • Consultation d'annonce • Réévaluation clinique et thérapeutique annuelle • Introduction d'une biothérapie • Consultation d'éducation thérapeutique avec plan de soins spécialisés 	<p>Principal : mise en place d'un plan de soins spécialisés coordonné (MG-ville-hôpital) avec suivi protocolisé (cf. contenu)</p> <p>Éventuellement, réalisation en externe du bilan pré-biothérapie, discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire des décisions d'introduction d'une biothérapie dans les cas difficiles</p> <p>Limiter le recours à l'hospitalisation et examens complémentaires redondants</p> <p>Le cas échéant, éduquer le patient pour une meilleure réactivité en cas de problème intercurrent permettant d'éviter l'aggravation et le passage par les urgences</p>
<p>Lombalgie en arrêt de travail > 6 semaines</p> <p><i>Traçage : certificat d'arrêt de travail, rapport de consultation</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacité à reprendre le travail dans les 15 jours suivants 	<p>Après traitement médical renforcé avec réévaluation diagnostique et étude des facteurs de risque de chronicisation, mise en route d'une démarche de réadaptation active</p>
<p>Consultation diagnostique lourde : patient ayant eu, dans le cadre d'une pathologie ostéoarticulaire, au moins</p> <ul style="list-style-type: none"> • soit 2 imageries, hors imagerie standard (radiographie, échographie) en moins de 4 mois • soit 2 avis cliniques antérieurs en moins de 4 mois • soit une errance diagnostique depuis plus de 3 mois <p><i>Traçage : rapport de consultation, base de données de l'assurance-maladie (remboursement des coûts d'imagerie et avis clinique)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1^{re} fois • Consultation d'annonce 	<p>Principal : élaboration d'une démarche diagnostique complexe et difficile de par sa durée, la prise en compte des examens antérieurs et la reconstitution de l'historique. Planification et organisation des examens et consultations complémentaires nécessaires à cette démarche</p> <p>Si nécessaire, plan de soins spécialisés une fois le diagnostic validé. Intervention auprès d'autres intervenants médicaux et médico-sociaux dans le cadre de la pluridisciplinarité</p>

et les cardiologues peuvent toucher. Or, nous faisons tous de la santé publique. Le SNMR a donc élaboré un ensemble de propositions d'activités (**tableau II**) que les rhumatologues font quotidiennement et qui n'imposent pas de travail supplémentaire, puisque les caisses calculent automatiquement les ratios permettant d'avoir accès à la rémunération. Il est probable que, après discussion, seule une partie des items sera retenue. Les syndicats polycatégoriels ne sont pas tous pour le maintien de cette rémunération. La ROSP a considérablement contribué à l'amélioration des revenus des médecins généralistes (entre 5 et 10 000 € par an grâce à ce forfait). Une ventilation de ce budget entre toutes les spécialités serait un gage de justice avec, à la clé, un bénéfice pour la collectivité.

➤ Espace de liberté tarifaire : bon nombre de rhumatologues restent bloqués dans un secteur 1 qui n'est plus considéré comme viable. Si les propositions ci-dessus vont dans le sens d'une amélioration de la valorisation de la pratique clinique, cela ne suffira pas pour toutes les situations demandant un investissement particulier au rhumatologue. Un système à 2 secteurs reste souhaitable. Il permet à chacun d'exercer avec les avantages et les inconvénients de chaque secteur. Le contrat d'accès aux soins est trop

complexe et, en l'absence d'accompagnement dans le suivi de leur taux de dépassement, les médecins signataires se voient parfois exclus du système alors qu'ils ont fait de leur mieux pour remplir les objectifs demandés. Il faut donc rediscuter ce contrat : ouverture pour tous, y compris les secteurs 1 "non titrés", suivi régulier par les caisses pour adapter si besoin les pratiques tarifaires, solvabilisation réelle par les organismes complémentaires qui s'y étaient engagés. Le SNMR réclame par ailleurs, si le secteur 1 est maintenu en l'état, une possibilité de dépassement non plafonné hors parcours de soins (un praticien est aujourd'hui moins rémunéré s'il reçoit un patient hors parcours de soins avec Cs + Da à 33 € plutôt qu'un patient adressé par son médecin traitant dans le parcours de soins à 46 € en C2).

➤ Majoration spécifique pour des créneaux dédiés aux urgences en rhumatologie : nous proposons, pour les rhumatologues volontaires, de bloquer des créneaux d'urgence, qui seraient alors valorisés de façon satisfaisante, afin de recevoir sous 48 heures, à la demande du médecin traitant, un patient dans le cadre du parcours de soins. Cet engagement permettrait alors une cotation d'urgence, à laquelle nous n'avons, en règle générale, pas accès.

Tableau II. Plateforme de requêtes du SNMR pour la convention 2016 : rémunération sur objectifs de santé publique.

Thèmes	Objectifs	Indicateurs	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal requis/an
Prévention	Améliorer le taux de vaccination dans les rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC)	Nombre de patients traités par un traitement de fond ou un biomédicament vaccinés contre le pneumocoque	66 %	80 %	5 patients
	Réduire le risque cardiovasculaire dans les RIC	Nombre de patients ayant un RIC chez qui est effectué le calcul du risque cardiovasculaire selon une méthode validée (Framingham, SCORE)	66 %	75 %	5 patients
	Réduire le risque fracturaire dans l'ostéoporose	Nombre de patientes ménopausées chez qui le FRAX® est calculé	70 %	80 %	50 patientes
	Réduire le risque de sur- ou sous-traitement de l'ostéoporose	Nombre de patientes chez qui sont appliquées les règles de mise en place d'un traitement de l'ostéoporose selon les recommandations du GRIO	70 %	80 %	20 patientes
Efficiencie	Réduire les coûts liés aux biothérapies	Nombre de patients en rémission prolongée chez qui on obtient une décroissance de la dose de biothérapie	50 %	100 %	2 patients
Suivi des pathologies chroniques	Améliorer la prise en charge des polyarthrites rhumatoïdes (PR) récentes	Nombre de patients ayant une PR < 1 an commençant un traitement par méthotrexate en première intention en dehors de contre-indications/ nombre de patients ayant une PR < 1 an	66 %	80 %	4 patients
	Réduire les effets indésirables des traitements dans la PR	Nombre de patients ayant une PR sous corticoïdes chez qui on obtient la réduction de la dose moyenne quotidienne sur 1 an à moins de 7,5 mg d'équivalent prednisonne/ nombre de patients ayant une PR sous corticoïdes	50 %	66 %	5 patients
	Optimiser le traitement des spondyloarthrites	Nombre de patients ayant une SA chez qui est réalisé le recueil du BASDAI et de la PCR une fois par an/nombre de patients ayant une SA	66 %	80 %	5 patients

➤ Alignement du modificateur Y sur le Z (radiologie) : il est urgent de corriger une inégalité dans les tarifs des codes modificateurs radiologie. Les rhumatologues utilisent le même matériel et sont soumis aux mêmes contraintes que les radiologues avec un coefficient modificateur inférieur, ce qui n'est pas acceptable.

Propositions concernant la modification des règles de fonctionnement conventionnel

➤ Cotation d'une consultation + échographie dans les rhumatismes inflammatoires chroniques : pouvoir associer consultations et actes techniques à 50 voire 100 % du tarif serait une mesure équitable et pratique pour le patient dans le cadre d'une prise en charge tout en un temps. C'est une demande juste, mais la réalité budgétaire rend difficile une association systématique. À défaut, nous demandons une cotation de l'échographie dans les rhumatismes inflammatoires chroniques à sa juste valeur dans des circonstances spécifiques (une commis-

sion d'experts missionnée par le SNMR suggère au minimum un examen lors de la mise en route d'un biomédicament et l'évaluation d'une éventuelle rémission). Cet acte spécialisé justifie une valorisation au-delà de l'échographie conventionnelle ostéoarticulaire.

➤ Alignement des remboursements des patients vus par les médecins en secteur 2 sur les remboursements de secteur 1 : il faut le reconnaître, cette proposition a peu de chances d'aboutir. Sous la mandature actuelle, l'objectif était la disparition pure et simple du secteur 2. La négociation sur le contrat d'accès aux soins, malgré ses imperfections, a permis de conserver le secteur à honoraires libres. Pour décourager les patients de consulter les médecins en secteur 2, des discriminations ont vu le jour (remboursement plus faible des actes cliniques et techniques, désengagement des mutuelles dans les contrats responsables, loi ANI du remboursement des dépassements, et, récemment, annonce discriminatoire sur les congés maternité). Le SNMR demande un alignement des remboursements, à moins qu'un secteur unique voie le jour, associant à la fois liberté tarifaire raisonnée et solvabilisation.

Conclusion

Toutes ces mesures sont utiles, justes, nécessaires pour un exercice médical efficace et bien organisé. Nous sommes cependant tenus au principe de réalité avec une limitation stricte de l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie qui rend les marges de manœuvre limitées. Il faut néanmoins rappeler quelques aspects fondamentaux du financement de notre système de santé :

➤ les honoraires médicaux ne représentent que 15 % des dépenses d'assurance-maladie. Peut-être faudrait-il optimiser les dépenses dans d'autres domaines (maîtriser les prescriptions pharmaceutiques et les coûts en augmentation de transport et de kinésithérapie, modérer l'augmentation des indemnités journalières, travailler sur la réduction du nombre de cotisants du fait des problèmes

de chômage). Il faut voir la négociation de façon globale, avec des contreparties que nous pourrions proposer.

➤ Les mutuelles ne reversent actuellement qu'environ 7 % des cotisations perçues pour les honoraires médicaux. Il serait temps que les complémentaires santé, au lieu de multiplier les publicités et les remboursements d'actes d'ostéopathie, jouent leur rôle pour mieux développer le système de soins français, qui prend progressivement du retard.

Nous entrons dans une période de discussions acharnées et, si tous vos syndicats sont dans une dynamique de négociation avec une posture assez unie, nos interlocuteurs ont parfois d'autres priorités que la santé des Français, comme on a pu le voir lors du passage en force de la loi de santé. La politique risque alors de prendre le dessus sur la négociation. ■

L'auteur déclare avoir des liens d'intérêts avec Amgen, AbbVie, Bristol-Myers Squibb, Nordic, Roche Chugai, Expanscience.