



VERS UNE CONVENTION À TROIS ?

DÉPENDANCE : LES CHOIX DES SYNDICATS
À lire ses propositions concernant la prise en charge de la dépendance, le mouvement syndical montre une nouvelle fois sa diversité et son pluralisme.

LIRE PAGE 9

Les négociations conventionnelles ouvertes le 14 avril avec les syndicats médicaux doivent se poursuivre jusqu'au 30 juin. Pour la première fois depuis 1971, les complémentaires sont

invités à la table des discussions. On attend surtout de l'Unocam qu'elle aide à trouver une issue au secteur optionnel. En vérité le débat est beaucoup plus vaste.

LIRE PAGE 2

LE SECTEUR OPTIONNEL DEJA KO ?

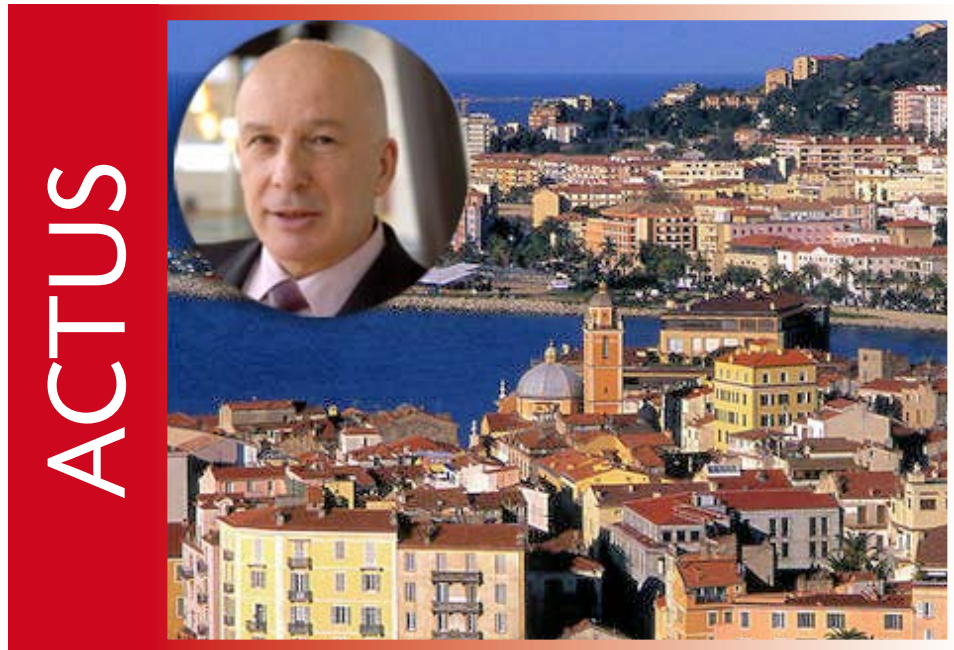
Le secteur optionnel dans sa version de 2009 a peu de chances de traverser l'épreuve des négociations conventionnelles.

LIRE PAGES 4 ET 5

HISTOIRE D'UNE CONVENTION

Retour sur les dates marquantes de la convention médicale depuis 1971.

LIRE PAGE 3



Jean-Paul Panzani a présenté à Ajaccio le congrès des Mutuelles de France. P.7

éditorial

Jeunes et mandarins

Patrice Fort



Deux syndicats de médecins, la CSMF et le SML, pour ne pas les nommer, l'autre jour, se sont levés de la table des négociations conventionnelles au prétexte que des représentants d'étudiants en médecine avaient réussi à se faire admettre, au titre d'observateurs, dans des délégations syndicales. Au plan strict du droit, le courroux des deux syndicats était fondé. Ils ont eu raison d'en appeler au respect

des règles de la représentativité telles que le législateur les a redéfinies. Cependant tout le monde sait très bien que la réalité a toujours comme fâcheuse habitude de se glisser dans les failles qui séparent la légalité de la légitimité. Que des syndicats d'étudiants en médecine se sentent concernés par le cadre qui va régir, quand ils sortiront de la faculté, l'exercice de leur profession libérale n'est pas une aberration mentale. Il y a dans cette

attitude autre chose qu'une provocation de carabin. La réaction de ces jeunes syndicalistes en dit long sur la fracture générationnelle qui est en train de se creuser parmi les professionnels de santé. Les futurs médecins, ceux du moins qui n'ont pas renoncé à l'exercice libéral, ne sont pas totalement convaincus de la capacité des syndicats traditionnels, ceux qui ont été élevés au lait de la charte libérale de 1927 et aux négociations tarifaires, à

comprendre les besoins et les aspirations de ceux qui seront les médecins de demain. Les nouvelles générations sont prises en tenailles entre des syndicats qui pensent tout régler en obtenant des tarifs plus élevés pour chaque acte et une société qui voit que les libertés accordées aux médecins se traduisent par des déserts médicaux ou par des dépassements d'honoraires. Donc on comprend qu'ils aient mis un pied dans la porte.

LES DISCUSSIONS OUVERTES LE 14 AVRIL SE POURSUIVENT JUSQU'AU 30 JUIN

LES COMPLÉMENTAIRES À LA TABLE DES NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES

Pour la première fois depuis 1971, les organismes complémentaires, réunis au sein de l'Unocam vont être associés aux négociations conventionnelles. Que faut-il en attendre ?

À la suite du règlement arbitral, entré en vigueur le 6 mai 2010, des négociations devaient impérativement s'engager dans un délai de deux ans. Calendrier respecté puisque les syndicats médicaux ont ouvert, le 14 avril dernier, avec les représentants de l'assurance maladie, des discussions qui devraient se clore le 30 juin prochain. Pour la première fois deux "nouveaux" font leur apparition à la table des discussions. Il s'agit d'abord du syndicat Le Bloc, seule organisation à dépasser la barre des 50 % dans le collège des anesthésistes, chirurgiens, gynécologues obstétriciens. Ensuite des représentants de l'Unocam. Le conseil d'administration de l'Union nationale des complémentaires au sein duquel se retrouvent, mutu-

elles, assurances et institutions de prévoyance, a accepté l'invitation à participer aux négociations que lui avait adressée l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Il n'est pas certain que les complémentaires participent à la dizaine de séances prévues d'ici au 30 juin. L'Unocam sera, en revanche, bien là quand il s'agira de négocier à la fois la création du secteur optionnel et la diversification des modes de rémunérations des médecins.

CONVENTIONS INDIVIDUELLES ?

On peut dire qu'un troisième larron s'est invité au débat de manière inattendue. Il s'agit des parlementaires qui examinent une proposition de loi visant à compléter et à modifier l'actuelle loi HPST. Si ce texte était adopté, la loi du 21 juillet 2009 aurait un nouvel article 22 lequel autoriserait les mutuelles à moduler le niveau de leurs remboursements selon que les

adhérents s'adressent ou non à des médecins ou des établissements avec lesquels la mutuelle a signé une convention. Des syndicats médicaux, notamment Le Bloc, ont saisi la balle au bond pour obtenir la possibilité pour les spécialités de plateau technique lourd de pouvoir négocier avec les complémentaires, dans le cadre d'une convention nationale, des conventions individuelles.

L'OPPOSITION DU CNPS

Une idée que rejette le Centre national des professions libérales de santé. Le CNPS défend au contraire « une contractualisation nationale opérée entre les Ocam et les organisations syndicales représentatives de chaque profession concernée de façon à garantir un contrat national unique auquel les professionnels de santé pourraient adhérer individuellement ».

Mariano Ortiz



LES QUATRES PRIORITÉS DE L'UNOCAM



Le président de l'Unocam, Michel Régereau, [qui ne conduit plus les négociations conventionnelles] a rappelé les quatre orientations principales adoptées par le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. En premier, favoriser les installations dans les zones à faible densité médicale et les coopérations entre professionnels. En deuxième, homogénéiser les pratiques professionnelles et les conditions d'exercice sur l'ensemble du territoire. En troisième introduire une partie de rémunérations au forfait et à la performance dans l'objectif de favoriser encore la santé publique ou l'efficacité des prescriptions. En quatrième, lutter contre les dépassements d'honoraires abusifs via une prise en charge coordonnée avec les mutuelles et assurances complémentaires, réservée aux spécialités utilisant les plateaux techniques lourds, sans vider le secteur à tarif opposable.



SÉCURITÉ SOCIALE

RETOUR SUR 40 ANS DE CONVENTIONS MÉDICALES

QUARANTE ANS APRÈS LA PREMIÈRE CONVENTION NATIONALE. LES NÉGOCIATIONS OUVERTES AVEC LES SYNDICATS MÉDICAUX MARQUENT UN TOURNANT DANS L'HISTOIRE DES RELATIONS ENTRE LES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE ET LES REPRÉSENTANTS DES MÉDECINS LIBÉRAUX. POUR S'EN CONVAINCRE, PETIT RETOUR SUR LES PRÉCÉDENTES CONVENTIONS MÉDICALES. DEPUIS QU'ELLES SONT DEVENUES NATIONALES EN 1971.

Les premières conventions médicales avaient principalement pour but de définir les tarifs de remboursement des soins médicaux et les obligations réciproques des professionnels de santé et des caisses d'Assurance maladie. Depuis les années 90 principalement, les pouvoirs publics tentent d'y inscrire des mécanismes de maîtrise des dépenses de santé et d'organisation de l'accès aux soins sur le territoire, avec plus ou moins de succès. La convention de 1971 a posé des principes nouveaux en étant nationale et définie après négociation entre le Ministère de la Santé, les syndicats médicaux (la signature d'un seul syndicat suffit) et la Caisse nationale d'Assurance maladie. Auparavant, les médecins libéraux pouvaient être conventionnés au niveau départemental avec les caisses d'assurance maladie, mais ces conventions étaient facultatives et ne portaient que sur les tarifs de remboursement. En échange de leur adhésion, des avantages ont été accordés aux médecins : régime d'assurance maladie propre, retraite surcomplémentaire (ASV, voir notre article page 6) et des avantages fiscaux. Ainsi en 1962, 80 % des médecins libéraux sont conventionnés. La convention nationale de 1971 a elle rattaché automatiquement tous les médecins (sauf demande expresse de refus), et a rendu les tarifs opposables. Les honoraires des professionnels doivent désormais être fixés selon des lettres clés, incluses dans la nomenclature des actes professionnels remboursés par l'Assurance maladie (devenue en 2004 la Classification commune des actes médicaux, CCAM). Les partenaires s'engageaient à renégocier les tarifs de la nomenclature tous les 4 ans. C'est également dans la convention de 1971 que furent inscrits les trois grands fondements de la médecine libérale, qui ont difficilement été remis en cause depuis, à savoir le libre choix du médecin par le patient, le paiement à l'acte et le paiement direct.

CRÉATION DU SECTEUR 2 DANS LA CONVENTION DE 1980

En 1971, les dépassements d'honoraires n'étaient permis que pour une minorité de professionnels cooptés (certains médecins

renommés de grandes villes). Ce principe ne fut reconduit que dans la convention de 1976. La convention de 1980 créa en effet le secteur 2. Tout en étant conventionnés, les médecins peuvent désormais fixer librement leurs tarifs « avec tact et mesure », mais perdent les avantages sociaux financés par l'Assurance maladie. Cette contrepartie n'a visiblement pas été suffisante pour empêcher la ruée vers le secteur 2, qui fut gelé par la convention de 1990 pour les nouveaux arrivants. Seuls les spécialistes ayant un titre hospitalier peuvent dès lors s'y installer.

L'INTRODUCTION DE LA MAÎTRISE DES DÉPENSES DE SANTÉ DANS LES CONVENTIONS DES ANNÉES 90

La convention de 1990 fut la première à chiffrer la régulation des dépenses de santé. L'introduction de mesures de sanctions fut inscrite dans la convention de 1993, qui reprenait les mesures de la loi Teulade de janvier 1993. La loi prévoyait des sanctions si les objectifs nationaux de maîtrise des dépenses n'étaient pas respectés. Des « références médicales nationales opposables » (RMO), pour inciter à réduire les actes et les prescriptions sur la base de critères scientifiques, devaient être imposées à chaque médecin, avec des retenues financières s'ils s'en éloignaient de trop. Des contrats locaux d'objectifs devaient également être mis en oeuvre par chaque circonscription de caisse. Cette convention de 1993 créa également les Unions régionales de médecins libéraux (URML, devenues URPS en 2008). En 1996, les ordonnances Juppé reprirent les objectifs de maîtrise des dépenses de santé et les mesures de sanction (qui n'avaient pas réussi à être définies en 1993). Ces ordonnances furent mises en oeuvre par les conventions médicales de 1997, qui pour la première fois distinguèrent généralistes et spécialistes. Mais le Conseil d'Etat les annula en 1998, car le syndicat qui les avait signées n'était pas jugé représentatif. Des règlements conventionnels à minima seront signés par la suite, supprimant les mécanismes de maîtrise des dépenses et les dispositifs de sanction.

LES FEUILLES DE SOINS ÉLECTRONIQUES ET LE TIERS-PAYANT EN 1998

Une convention des généralistes fut résignée en 1998, qui créa le statut de « médecin référent », avec la possibilité pour tous les patients de bénéficier du tiers payant sur la partie du régime obligatoire. Le médecin recevait lui un forfait annuel de 300 Francs par patient. Il s'engage également à offrir aux patients la télétransmission par Feuilles de soins électroniques (système Sésam-Vitale). Un dispositif d'incitation financière à l'équipement fut mis en place. Pour les spécialistes, aucun accord ne fut signé cette année là. La possibilité du tiers payant fut restreinte dans la réforme de 2004 aux seuls patients couverts par la CMU avec la création du médecin traitant. Le tiers payant total sur la partie complémentaire est lui ouvert aux bénéficiaires de la CMU-C et de l'AME. La dispense d'avance de frais a été étendue sur le papier aux bénéficiaires de l'ACS dans la convention de 2005, mais a été peu appliquée par les caisses primaires. Elle fut reprise dans le règlement arbitral de 2010.

HONORAIRES MÉDICAUX

LE SECTEUR OPTIONNEL EN NÉGOCIATION

FICHE N° 2

SI LES COMPLÉMENTAIRES ONT ÉTÉ INVITÉS À LA TABLE DES NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES C'EST NOTAMMENT PARCE QUE LE SECTEUR OPTIONNEL DESTINÉ AUX CHIRURGIENS, OBSTÉTRICIENS ET ANESTHÉSISTES POURRAIT FAIRE SON ENTRÉE DANS LA CONVENTION MÉDICALE.

RESTE À SAVOIR SI LES NÉGOCIATEURS RESTERONT DANS LES LIMITES DU PROTOCOLE SIGNÉ EN 2009 OU BIEN SI CE CADRE EST DÉJÀ JUGÉ TROP ÉTROIT.

On se souvient, peut-être, que conformément aux dispositions de l'article 53 de la loi HPST, la Sécurité sociale, les syndicats médicaux et les complémentaires avaient attendu la dernière minute, par rapport au délai légal, pour signer le 15 octobre 2009 un protocole d'accord tripartite concernant les modalités de création d'un secteur optionnel ayant vocation à s'intégrer dans le prochain dispositif conventionnel. Alors que disait ce texte ?

Tout d'abord il définissait un champ d'application.

Le secteur optionnel serait proposé aux médecins libéraux conventionnés relevant des spécialités de chirurgie, anesthésie-réanimation et gynécologie obstétrique ayant opté pour le secteur 2 ou bien ayant adhéré à l'option de coordination mais qui exercent principalement en plateau technique lourd. Les quelques médecins qui disposent encore d'un droit permanent à dépassement seraient également concernés. Le secteur optionnel serait aussi ouvert aux médecins de ces trois spécialités titulaires de certains diplômes comme par exemple les anciens assistants des hôpitaux ou les anciens chefs de clinique des universités.

OBLIGATIONS ET AVANTAGES

Les médecins en secteur optionnel s'engageraient à réaliser 30 % de leurs actes en tarif opposable, avec une obligation de le faire quand les patients arrivent en situation d'urgence ou quand ils sont en situation de précarité. Pour les autres actes (70 % de l'activité générale) les dépassements d'honoraires ne pourront pas être supérieurs à 50 % de la base de remboursement de l'acte.

Avant toute intervention, les médecins du secteur optionnel devront remettre au patient une sorte de devis avec le coût des actes, le montant des dépassements d'honoraires ainsi que les tarifs remboursés par la Sécurité sociale.

De son côté, l'Assurance maladie s'engagerait à prendre en charge les cotisations sociales des médecins du secteur



optionnel comme elle le fait pour les médecins du secteur 1. Et les patients seraient remboursés sur la base du tarif opposable sans pénalité contrairement à ceux qui consultent des praticiens installés en secteur 2.

QUE VONT FAIRE LES COMPLÉMENTAIRES ?

Quant à l'Unocam, dans ce protocole, elle s'engageait à inciter les complémentaires à prendre en charge ce nouveau secteur. Les organismes complémentaires mettraient à disposition de leurs adhérents la liste des praticiens ayant fait le choix du secteur optionnel ainsi que les engagements tarifaires et de qualité qu'ils auraient pris.

Le choix du secteur optionnel serait réversible à tout moment et les praticiens nouvellement installés seraient libres de rejoindre le secteur auquel leurs titres leur donnent accès. Les parties signataires du protocole avaient également reconnu que l'actualisation de la classification des actes techniques devait accompagner la mise en œuvre du secteur optionnel.

Enfin le protocole indiquait qu'il serait demandé à l'Etat de réserver les missions de service public aux établissements dans lesquels la majorité des praticiens des trois spécialités des plateaux techniques lourds exerceraient en secteur optionnel ou en secteur à honoraires opposables.

L'objectif affirmé de ce protocole est de permettre l'adhésion au secteur optionnel d'une grande majorité de praticiens du secteur 2 pour arriver au bout de trois ans avec 80 % des anesthésistes et 55 % des chirurgiens en mesure d'offrir des tarifs opposables et maîtrisés.

A l'évidence les signataires se sont fixés un objectif d'autant plus ambitieux que le syndicat concerné, Le Bloc, n'était pas de la négociation. Cette fois-ci, il le sera. Ce qui changera certainement la donne.



HONORAIRES MÉDICAUX

LE PARLEMENT PEUT CHANGER LA DONNE DU CONVENTIONNEMENT

LES NÉGOCIATEURS DE LA CONVENTION MÉDICALE NE SE DOUTAIENT PAS QUE LE DÉBAT PARLEMENTAIRE ACTUEL, SUR UNE PROPOSITION DE LOI VISANT À MODIFIER LA LOI HPST, VIENDRAIT QUELQUE PEU CHANGER LA DONNE. EN EFFET SI CE TEXTE EST DÉFINITIVEMENT VOTÉ, LES MUTUALISTES QUI S'ADRESSENT AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ, AUX ÉTABLISSEMENTS OU AUX RÉSEAUX DE SANTÉ CONVENTIONNÉS PAR LEUR MUTUELLE SERONT MIEUX REMBOURSÉS QUE CEUX QUI NE LE FERAIENT PAS. CE SERAIT LA MISE EN PLACE D'UN DOUBLE CONVENTIONNEMENT. EST-CE SOUHAITABLE ? LE BLOC, SYNDICAT DES SPÉCIALITÉS DE PLATEAU TECHNIQUE LOURD, Y EST TOTALEMENT FAVORABLE.

La proposition de loi, déposée en décembre 2010, par Jean-Pierre Door et Yves Bur et adoptée par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale le 30 mars dernier, modifie l'article L112-1 du code de la mutualité en y ajoutant la mention : « les mutuelles peuvent toutefois instaurer des différences dans le niveau des prestations lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé membre d'un réseau de soins ou avec lequel les mutuelles ont conclu un contrat comportant des obligations en matière d'offre de soins. » Ce qui autoriserait des pratiques pour lesquelles la Cour de Cassation, en mars 2010, avait condamné la MGEN.

LA COUR DES COMPTES ET LES ACHETEURS DE SOINS

La proposition de loi de Jean-Pierre Door et Yves Bur suit les préconisations de la Cour des comptes, qui dans un chapitre consacré aux soins dentaires de son rapport Sécurité sociale 2010, recommandait de modifier le Code de la mutualité pour permettre aux mutuelles de jouer un rôle « d'acheteur de soin intelligent ». La Cour était en effet favorable au développement des réseaux de soins par les complémentaires, et à la différenciation des tarifs pour mieux inciter ses adhérents à les fréquenter. Selon les magistrats de la rue Cambon, la négociation de tarifs et de normes de qualité lors des conventions passées avec les professionnels de santé, encouragerait la régulation des secteurs où les complémentaires sont déjà les principaux financeurs. Si le dentaire et l'optique sont les premiers secteurs concernés, à l'avenir les conventionnements des complémentaires pourraient jouer un rôle plus important avec d'autres



professions médicales et paramédicales. La création du secteur optionnel porte en soi ce débat. Ce que le syndicat, Le Bloc, majoritaire dans le collège des chirurgiens, anesthésistes et gynécologues obstétriciens, a bien compris.

UNE CONVENTION DANS LA CONVENTION

En effet, le syndicat rejette le secteur optionnel, tel qu'il résulte du protocole de 2009, pour lui préférer une convention nationale tripartite qui déterminerait les conditions dans lesquelles les praticiens peuvent conclure des conventions individuelles avec les différents organismes du complémentaires désirant créer des réseaux de santé. Dans la convention nationale, le dépassement d'honoraires serait encadré par un taux plancher (150 % du tarif opposable) et un taux plafond (250 %). Et c'est dans ces limites que les complémentaires et les médecins négocieraient le montant des honoraires susceptibles d'être pris en charge. Face à cette éventualité, le Centre national des professions libérales de santé (CNPS) a fait savoir, par la voix de son président Michel Chassang, qu'il était quant à lui opposé à l'amendement Bur-Door, et au « principe de toute contractualisation individuelle en général, particulièrement, avec les organismes complémentaires d'assurance maladie ». Le CNPS préfère défendre « une contractualisation nationale opérée entre les Ocam et les organisations syndicales représentatives de chaque profession concernée, de façon à garantir un contrat national unique auquel les professionnels de santé pourraient adhérer individuellement ». Le Syndicat des médecins libéraux (SML) s'est également opposé aux propositions du Bloc et a présenté un autre projet pour le secteur optionnel, le "secteur 4" qui serait ouvert à plus de praticiens. Tous les professionnels des Plateaux techniques lourds pourraient y accéder (et non plus seulement les seuls anciens chefs de cliniques et praticiens ayant un titre hospitalier), ainsi que la frange des spécialistes libéraux qui réalisent plus de 80 actes chirurgicaux par an (ORL, ophtalmologistes, stomatologues, etc.). Enfin le SML veut relever de 50 à 75 % de la base de remboursement de l'Assurance maladie le niveau des dépassements d'honoraires que prendraient en charge les complémentaires.



CONVENTION MÉDICALE

LES RETRAITES DES MÉDECINS SUR LA SELLETTE

LES MÉDECINS LIBÉRAUX DISPOSENT D'UNE TROISIÈME CAISSE DE RETRAITE (ASV) FINANÇÉE PAR DES COTISATIONS PAYÉES AUX DEUX TIERS PAR LA COLLECTIVITÉ. L'AVANTAGE SOCIAL VIEILLESSE A PENDANT LONGTEMPS VERSÉ DE TRÈS GÉNÉREUSES PENSIONS ET CONSTITUE ENCORE 39 % DE LA RETRAITE MOYENNE D'UN MÉDECIN. MAIS IL EST LOURDEMENT DÉFICITAIRE. L'UNCAM PROPOSE AUX PARTENAIRES CONVENTIONNELS DE FAIRE ÉVOLUER SES PARAMÈTRES À L'OCCASION DE LA NÉGOCIATION CONVENTIONNELLE.

L'Avantage social vieillesse, ASV, est le troisième étage méconnu de la caisse de retraite des médecins (CARMF). Son fonctionnement est pourtant différent des deux étages de base et complémentaire. L'ASV a été créé en 1960 pour inciter les médecins libéraux à se conventionner avec les caisses d'Assurance maladie, à l'époque au niveau départemental. En échange du respect des tarifs opposables par les médecins, l'Assurance maladie leur payait les deux tiers de leurs cotisations retraite surcomplémentaire. Au départ facultatif, l'ASV a été rendu obligatoire pour tous les médecins libéraux en 1972 lors de la création de la première convention médicale nationale. Les médecins qui refusaient de se conventionner devaient alors payer la totalité de leur cotisation. Puis lors de la création du secteur 2 en 1980, l'ASV a constitué une incitation à rester en secteur 1 puisque les libéraux de secteur 2 devaient également payer la totalité de leur cotisation.

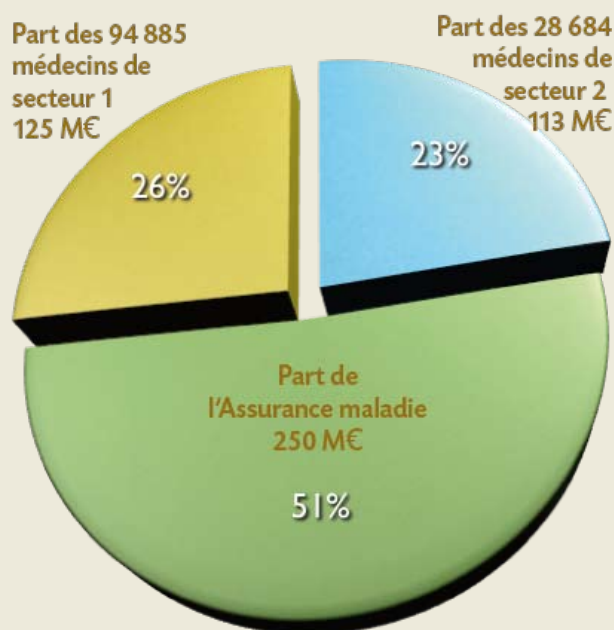
DES TAUX DE RENDEMENT EXCEPTIONNELS

Les cotisations à l'ASV sont forfaitaires par an, contrairement aux cotisations au régime de base et au régime complémentaire, qui sont entièrement proportionnelles et payées par le médecin. La cotisation à l'ASV est de 4 140 euros par an pour un médecin libéral (à partir de sa 3^e année d'exercice) dont 2 760 euros sont payés par les caisses d'assurance maladie pour les médecins de secteur 1. Les libéraux de secteur 2 et les médecins non conventionnés paient la totalité. Chaque année cotisée rapporte 27 points à l'ASV, chaque point ayant une valeur de 15,55 euros. Son taux de rendement est actuellement de 10 %, mais il a longtemps été beaucoup plus exceptionnel, atteignant 55% jusqu'en 1980. Il devrait tomber à 3,3 % selon les projections en 2040. Pour mieux se rendre compte des pensions qui étaient alors en cours, un rendement de 50 % signifie que pour 1 euro

versé, le médecin touchera à la retraite 0,50 euro par an. Si l'on calcule la pension qu'il touchera sur 20 ans, l'espérance de vie moyenne à la retraite de leur profession, il touchera donc 10 euros pour 0,33 euro réellement versés (l'Assurance maladie prenant en charge les deux tiers) soit un rapport cotisation sur prestation qui a été de 1 sur 30 pour le médecin durant les années fastes de la caisse.

Les premiers médecins retraités ont donc pu obtenir des pensions très généreuses de l'ASV. Elles représentent encore 39% de la retraite moyenne d'un médecin en 2010. Mais les générations suivantes ne pourront sans doute pas en bénéficier, car les caisses sont littéralement vides. L'ASV annonce une cessation de paiement en 2014. Cette situation peut s'expliquer d'abord par l'évolution démographique et la crise des vocations en médecine libérale qui ont fait passer le rapport actif/retraité de 1 à 12 en 1975 à 1 sur 3 en 2010. Il devrait tomber à 1,8 en 2015. Cette chute du nombre de cotisants était pourtant depuis longtemps prévisible et annoncée, or les gestionnaires du régime n'ont pas pris les mesures pour l'amortir. Au contraire, ils ont de 1972 à 1992 baissé les cotisations ou offert des points gratuits, tout en revalorisant le montant des pensions. Le rapport de la Cour des comptes de 2005 sur la sécurité sociale pointait ainsi les avantages qui avaient été accordés et les taux de rendement qu'elle qualifiait de « très déraisonnables ». Le régime de retraite est donc lourdement déficitaire, suite aux décisions de ses gestionnaires. Désormais, les orientations de l'Uncam pour les négociations conventionnelles appellent à une « évolution des paramètres » de l'ASV.

FINANCEMENT DE L'ASV EN 2010 Total 488 M€



CONGRÈS DES MUTUELLES DE FRANCE

“CONSTRUIRE MAINTENANT LES SOLIDARITÉS DE DEMAIN”



C'EST À AJACCIO, DANS LA VILLE MÊME OÙ SE TIENDRA LE CONGRÈS DE LA FÉDÉRATION DES MUTUELLES DE FRANCE, QUE SON PRÉSIDENT, JEAN-PAUL PANZANI, A RENDU PUBLIC* LES QUESTIONS QUI SERONT AU CENTRE DES TRAVAUX DE CETTE RÉUNION TRIENNALE PRÉVUE DU 30 MAI AU 1ER JUIN.

Construire maintenant les solidarités de demain. Pourquoi avoir choisi ce thème et débattre aujourd'hui de la solidarité, a demandé Jean-Paul Panzani devant la presse réunie à Ajaccio ? Parce que, a-t-il dit : « chacun d'entre nous a le sentiment qu'il y a moins de solidarité, moins d'égalité et moins de justice sociale dans notre société. La solidarité est un concept malheureusement galvaudé et affaibli. Il faut le restaurer et il faut le

réhabiliter par du débat démocratique et par des propositions concrètes. Cette confiance, il revient à des acteurs comme nous, la mutualité de la restaurer, d'en reposer les principes parce que nous n'avons pas d'autre fonction dans la société que d'être des organisateurs de solidarité. Notre congrès est celui des Mutuelles de France. Mais ce sera un congrès ouvert aux autres acteurs mutualistes, aux autres acteurs sociaux mais également

aux collectivités territoriales qui jouent un rôle si important dans ce domaine. La solidarité en effet se conjugue à plusieurs niveaux : la solidarité nationale, la solidarité de proximité, la solidarité mutualiste.

SOLIDARITÉ NATIONALE

Une des questions centrales de la solidarité nationale c'est la réforme du financement de la protection sociale. Pour au moins deux raisons : car notre protection sociale est structurellement déficitaire et qu'il faut financer de nouveaux besoins comme la perte d'autonomie. Notre réforme du financement repose sur deux piliers

essentiels. D'abord l'assiette des cotisations qu'il faut élargir à la valeur ajoutée des entreprises. Pour résumer, la cotisation doit reposer un peu plus sur le capital et un peu moins sur les salaires. Ensuite la fiscalité sur les patrimoines importants doit être revue. Il n'y a pas de raison pour que la fiscalité des patrimoines soit plus légère que celle qui s'applique aux autres revenus. En revanche, je le dis tout de suite, nous sommes contre le recours sur succession pour financer par exemple la perte d'autonomie comme nous sommes opposés à l'idée de TVA sociale qui est anti-sociale comme le sont toutes les taxes sur la consommation. La solidarité nationale c'est une réforme du financement, c'est aussi la prise en charge de nouveaux risques comme par exemple la dépendance.

DÉPENDANCE ET OFFRE GLOBALE

Tout d'abord, la dépendance n'est et ne sera pas un tsunami démographique. L'espérance de vie sans incapacité progresse plus vite que l'espérance de vie. On vit à la fois plus longtemps et en meilleure condition. En revanche nous sommes bien devant une révolution des âges à laquelle notre système de protection sociale n'est pas préparé. Pour relever ce défi il faut agir dans trois directions. D'abord mettre en place une prestation dépendance financée par la solidarité nationale et gérée par un organisme de protection sociale

où puissent se retrouver tout ceux qui aujourd'hui s'occupent de la dépendance et de la perte d'autonomie. Ensuite, parce que la dépendance n'est pas seulement un problème de prestation financière ou de solvabilisation des dépenses, il faut organiser l'accompagnement et l'entourage de la personne en perte d'autonomie. Tout ceci pour dire que le maintien à domicile et l'accueil en établissement exigeront un effort très important pour recruter, former et rémunérer du personnel compétent. C'est dans ce cadre global que les mutuelles sont prêtes et décidées à être des acteurs à la fois sur le terrain des prestations complémentaires et sur l'accompagnement aux personnes et à l'entourage. Nous avons la compétence pour le faire.

LES SOLIDARITÉS MUTUALISTES

Notre congrès se doit d'interroger notre époque et notre société mais nous voulons aussi nous interroger sur nous mêmes, sur notre capacité à être des acteurs de la solidarité. La pression sur nous est énorme. Des décisions

politiques déplacent les problèmes de la sécurité sociale sur les complémentaires. Une chose est certaine, la mutualité ne trouvera pas son bonheur dans les malheurs de la Sécurité sociale. Dans cette affaire, la solidarité ça marche à deux : Sécurité sociale et mutualité. Marquer notre différence c'est bien évidemment nous rapprocher de nos adhérents et donner une nouvelle dimension à la notion de protection sociale. Cette protection, au sens plein du terme, doit être concrète pour chaque individu. Je vais prendre un seul exemple, celui du médicament. La Mutualité tout comme la Sécurité sociale a déposé une plainte contre le laboratoire incriminé. Mais nous avons également décidé, aux Mutuelles de France de permettre à toutes nos mutuelles d'organiser la défense individuelle de leurs adhérents. Dans cette affaire, il y a deux éléments aussi importants l'un que l'autre. Les victimes doivent être rapidement et justement indemnisées et il faut les réformes capables de redonner à la population confiance dans notre politique du médicament. Il faut établir un véritable

cordons sanitaires entre les impératifs de santé publique et les intérêts économiques de l'industrie pharmaceutique. Nous sommes bien évidemment favorables à la mise en place d'un fonds d'indemnisation, mais il ne saurait être question que le contribuable paie à la place des laboratoires pharmaceutiques. Nous serons donc très attentifs à la manière dont se mettra en place le fonds d'indemnisation promis par le gouvernement.

LES SOLIDARITÉS DE PROXIMITÉ

Nous voulons nous rapprocher de nos adhérents de là où ils vivent, de là où ils travaillent. Cette ambition peut paraître paradoxale dans la mesure où les mutuelles en se regroupant tendent à s'éloigner de leurs adhérents.

Je pense que nous pouvons faire les deux. Il y a aujourd'hui des possibilités de consolider nos moyens, de nous rapprocher les uns des autres pour répondre aux nouvelles contraintes de sécurité financière qui vont s'imposer à nous dès le 1er janvier 2013 tout en restant



proches de nos adhérents. Cette proximité est indissociable de celle de santé durable. Cette notion revient à rappeler tout simplement que le système de soins est un des déterminants de la santé mais pas le seul. Santé liée aux comportements, à l'environnement, au milieu professionnel font partie de cette conception de la santé publique, telle qu'elle figure dans la déclaration de Rio sur l'environnement et le développement. C'est une démarche un peu inédite pour la mutualité même si nous avons derrière nous quelques actions particulièrement significatives aux côtés des victimes de l'amiante et si notre investissement dans les réalisations sanitaires et sociales montre que nous avons toujours revendiqué d'être un mouvement social de santé. Notre congrès dans cette conception des solidarités de proximité et des territoires veut aborder avec tous les acteurs de santé, institutionnels et décideurs politiques toutes les questions relatives à l'accès aux soins, pour toutes les populations, la qualité de cet accès aux soins et la continuité des soins là où parfois il y a tant d'inégalités, de fractures et d'injustices. »

* Pour cette conférence de presse du 18 avril 2011, Jean-Paul Panzani avait à ses côtés Sylvain Delucia, Jean-Pierre Fabiani, Joseph Peraldi, Bernard Ottaviani et Joseph Agostini.



A lire les propositions défendues par les centrales syndicales concernant la prise en charge de la dépendance, le moins que l'on puisse dire est qu'en cette matière le syndicalisme prouve la pluralité et la diversité de son positionnement. Ici contrairement à la réforme des retraites la définition d'un point de vue commun ne semble pas être une priorité.

Quelles sont les propositions des syndicats pour la prise en charge de la dépendance et comment abordent-ils ce débat ? La CGT est pour un nouveau droit à l'autonomie intégré dans la branche maladie de la Cnamts. Cette nouvelle prestation ne ferait pas l'objet d'un financement particulier. L'autonomie, pour la CGT, doit être financée sur la base des propositions générales que la centrale syndicale défend en matière de financement de la protection sociale.

UN SOLE UNIVERSEL D'AIDE À L'AUTONOMIE

La CFDT prône la création d'un droit universel d'aide à l'autonomie, dont le financement serait « majoritairement public ». Pour la CFDT, l'intervention des assurances complémentaires ne pourrait s'envisager « qu'après la consolidation du socle public et dans le cadre d'un partenariat public-privé, en vue de réguler ce nouveau champ de la protection sociale ».

La CFTC est également pour un « socle commun universel » sur le principe de la sécurité sociale qui verserait une prestation compensant la perte d'autonomie, qui lierait handicap et dépendance. Le syndicat chrétien se dit contre le principe d'une assurance obligatoire, mais laisse ouvert la possibilité d'une « mutu-



DÉPENDANCE LES SOLUTIONS DÉFENDUES PAR LES SYNDICATS

elle collective d'entreprise ». De l'autre côté du spectre syndical, la CGT et l'Union Solidaires défendent une prise en charge intégrale par la Sécurité sociale, et n'évoquent pas, voire excluent, l'intervention des assurances.

La CFE-CGC est certainement le seul syndicat qui souhaite accorder la place la plus importante aux assurances privées. Le syndicat des cadres propose de mettre en place, à côté de l'Apa, une assurance privée obligatoire, qui définirait un « socle de

premier niveau ». Ces assurances verseraient des prestations sans condition de ressources et plus élevées que l'Apa actuelle, qui serait conservée mais modifiée (le syndicat ne précise pas vers quelle forme). Une péréquation nationale entre organismes assureurs permettrait de n'exclure aucune partie de la population. Ce système, qui serait rattaché à l'Assurance maladie, serait géré par la CNSA. La Caisse aurait également pour rôle de labelliser les contrats privés obligatoires.

INFOS

U DÉPENDANCE : LE MEDEF POUR DES ASSURANCES PRIVÉES

Dans 20 propositions pour la réforme de la prise en charge de la dépendance, le Medef se prononce contre la création d'une 5e branche de la Sécu. L'organisation patronale préconise le maintien de l'Apa à condition qu'elle soit recentrée sur les plus modestes. En complément serait mise en place une couverture assurantielle privée " universelle ". Devra-t-elle être rendue obligatoire ? Difficile de se faire une opinion très précise car visiblement le Medef a voulu ménager la chèvre et le chou. En l'occurrence la FFSA et Axa qui se divisent sur cette question de l'obligatoire. La FFSA étant contre. En revanche tout le monde semble favorable à un partenariat public-privé qui consisterait à labelliser ces contrats d'assurance qui seraient ainsi éligibles à une aide publique pour faciliter la souscription des revenus modestes. Le Medef est pour renforcer le rôle de la CNSA à condition que son conseil s'ouvre à des représentants des assurances. Enfin le Medef préconise " d'accélérer le processus de restructuration du secteur hospitalier public " afin de redéployer des moyens financiers vers le secteur médico-social.



POUR LE CONSEIL D'ETAT, LE CAPI EST CONFORME AU DROIT ET À LA DÉONTOLOGIE

LE CAPI POURRA FÊTER SEREINEMENT SON DEUXIÈME ANNIVERSAIRE EN MAI 2011. LE CONSEIL D'ETAT VIENT DE CONFIRMER QU'IL ÉTAIT CONFORME AU DROIT EUROPÉEN ET AU CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE. LE CAPI A ÉGALEMENT REMPORTE L'ADHÉSION VOLONTAIRE D'UN TIERS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES. L'ASSURANCE MALADIE DRESSE UN BILAN POSITIF DE SA PREMIÈRE ANNÉE D'EXERCICE.

Le Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (Capi), vient de recevoir l'aval du Conseil d'Etat, qui dans son arrêt du 7 avril 2011, l'estime conforme à la déontologie médicale et au droit européen. La haute juridiction administrative a débouté le recours formé par la CSMF, l'Ordre des médecins et le Leem (industriels du médicament). Il n'est selon elle pas recevable que ses objectifs de prescription de génériques « méconnaîtraient le droit de toute personne de recevoir les soins les plus appropriés » ni qu'ils empêcheraient un médecin de prescrire « les spécialités pharmaceutiques les plus adaptées à l'état de ses patients ». L'adhésion au Capi étant volontaire, elle n'est donc pas contraire à la déontologie médicale et à l'indépendance des médecins. Enfin, au regard des règles européennes, les incitations financières à prescrire des génériques ne peuvent pas être considérées comme de la promotion commerciale des médicaments, puisqu'elles sont mises en place par l'autorité de santé avec l'objectif de réduire les dépenses publiques.

UNE RÉMUNÉRATION SUPPLÉMENTAIRE POUVANT ATTEINDRE 5 168 €

Le Capi a donc gagné sur le terrain juridique. Malgré les oppositions de syndicats médicaux, il a quand même gagné l'adhésion d'un tiers des médecins généralistes au bout d'un an, soit 14 800 praticiens en juillet 2010. Enfin pour l'Assurance maladie, il aurait également gagné sur le terrain des économies de dépenses et d'amélioration des pratiques. En septembre dernier, la Cnam a publié un bilan de la première année d'application du Capi, en analysant les résultats de 5 355 médecins signataires entre juillet 2009 et juillet 2010. Ceux-ci ont reçu une rémunération moyenne forfaitaire de 3 100 euros, suite à leurs indicateurs de pratiques, qui montrent selon l'Assurance maladie des progrès « importants » sur le suivi des maladies chroniques.

L'étude de la Cnam note toutefois que sur la même période, les médecins non signataires de Capi ont également enregistré des améliorations de leur suivi et prescriptions sur les mêmes indicateurs, mais ceux engagés dans le Capi ont eu des résultats supérieurs. Par exemple, les médecins signataires de Capi ont en moyenne sur un an augmenté la prescription de statines aux diabétiques hypertendus de 3,9 points, contre 2,2 points pour les médecins non signataires. Cela dit sur d'autres facteurs, parmi la quinzaine d'indicateurs mesurés, les médecins non signataires ont pu faire légèrement mieux que les signataires de Capi, par exemple sur la baisse de prescription d'antibiotiques ou d'antidépresseurs. Mais les médecins signataires peuvent eux bénéficier d'une rémunération supplémentaire. Les deux tiers des médecins ont atteint des objectifs suffisants pour obtenir une rémunération, en moyenne de 3 105 euros. Les 25 % des médecins signataires qui ont le mieux atteint les objectifs (à plus de 54 % des indicateurs) pourront bénéficier d'une rémunération de 5 168 euros.

L'Assurance maladie note ainsi que « ce mode de rémunération, novateur en France mais présent dans d'autres pays européens, répond par ailleurs aux attentes de nombreux médecins généralistes qui souhaitent une rémunération plus diversifiée. »

Le développement du Capi fait partie des orientations de l'Uncam pour la négociation conventionnelle.

Evolution des prescriptions entre juillet 2009 et juillet 2010

	Médecins signataires du Capi	Médecins non signataires
Vaccination grippe	+ 0,7	+ 0,3
Vasodilatateurs	- 1,9	- 1,5
Fond d'oeil	+ 1,8	+ 0,6
Prescription de statines aux diabétiques sous HTA	+ 3,9	+ 2,2
Antibiotiques	- 1,0	- 2,0
Antidépresseurs	- 2,4	- 3,1
Antihypertenseurs	+ 11,9	+ 11,4

Source : Assurance maladie, sept 2010



LE BILAN 2010 DU FONDS CMU

La Lettre du Fonds CMU d'avril publie, pour 2010, les évolutions du chiffre d'affaires en santé des trois familles de complémentaire. Les mutuelles enregistrent une progression de + 4,3 %. Une situation intermédiaire par rapport aux IP qui subissent un véritable « décrochage » avec + 0,61 % et la « bonne tenue » des sociétés d'assurance avec + 6,4 %, avec une hausse particulièrement importante de leur chiffre d'affaires du 4e trimestre 2010 par rapport au quatrième trimestre 2009 (+ 12,6 %). Mais des différences importantes sont à noter au sein même des IP et des assurances. Ainsi trois IP (sur 34) de plus grande taille font particulièrement baisser la moyenne. En neutralisant leurs chiffres, le taux d'évolution annuel passerait de 0,6 %

à 3,3 %. Ce constat résulte davantage de situations individuelles particulières (changement de base de calculs d'une année sur l'autre, efforts tarifaires sur une catégorie d'assurés pour un d'entre eux) que d'un effet crise économique, selon le Fonds CMU. De mêmes distorsions existent parmi les sociétés d'assurance, dont deux sociétés (sur un total de 92) ont au contraire poussé la moyenne à la hausse, compte tenu de leur poids relatif. Ces deux entreprises représentent en effet 21 % de l'assiette déclarée par les sociétés d'assurance. En neutralisant leurs chiffres, le taux d'évolution baisserait de + 6,4 % à + 4,7 %.
Lettre disponible sur www.cmu.fr

LA LETTRE EN LIGNE

CONDITIONS DE TRAVAIL ET SYSTÈME FRANÇAIS DE PRÉVEN- TION

L'édition 2010 du bilan sur les conditions de travail présente le système français de prévention, les principaux volets de la politique conduite en 2010 en matière de santé



et sécurité au travail ainsi que le cadre et les actions de l'Union européenne. Il développe les principaux résultats des plus récentes enquêtes statistiques permettant d'appréhender l'état des conditions de travail et de la sécurité sur les lieux de travail. Il présente également les actions prioritaires, nationales et territoriales, menées en lien avec le Plan santé au travail 2010-2014 en privilégiant une entrée thématique déclinée par l'ensemble des acteurs de la santé au travail. L'activité des instances de gouvernance et des organismes qui concourent à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail (COCT, ANACT, Branche AT/MP, OPPBTP, ANSES, InVS, IRSN) est également retracée dans cet ouvrage.

Rapport disponible sur ladocumentationfrancaise.fr
LE RAPPORT EN LIGNE

LA NORIA DES RETRAITÉS

Près de 15 millions de personnes, vivant en France ou à l'étranger, sont retraitées de droit direct d'au moins un régime français en fin d'année 2009. Depuis 2006, ces retraités sont plus nombreux d'environ 350 000 à 400 000 personnes chaque année. Cette croissance ralentit néanmoins en 2009, du fait principalement de la restriction des conditions d'accès au dispositif de retraite anticipée pour carrière longue. La pension moyenne tous régimes confondus s'établit à 1 194 euros mensuels. Elle augmente en moyenne de 3 % par an depuis 2004, soit une croissance supérieure à l'inflation annuelle moyenne d'environ 1,3 point. Cette évolution est portée essentiellement par l'effet de noria, c'est-à-dire le remplacement des retraités les plus âgés, décédés en cours d'année, par de nouveaux retraités disposant généralement de carrières salariales plus favorables.
Etude disponible sur www.sante.gouv.fr
L'ETUDE EN LIGNE



Mutuel l'Opinion Mutualiste.
3-5, rue de Vincennes.
93108 Montreuil Cedex.
Édité par la FMF
Rédacteur en chef :
Mariano Ortiz.
Rédaction :
Camille Placier
Conception : Mariano Ortiz.
Commission paritaire : n° 52544.

abonnez-vous
par e-mail
← click ici →