

## **Les nouveaux mots cultes de l'Assurance-Maladie BERNER et SALIR**

Dès 2011, l'Assurance-maladie (AM) déclinait à toutes les sauces deux mots censés devenir cultes : SOLIDAIRE et RESPONSABLE. Par ces deux mots, elle espérait certainement atteindre ses objectifs, à savoir celui de mettre au pas les médecins, pour l'intérêt de tous, non plus pour ce qu'on appelait « les patients » mais désormais ce qu'ils allaient devenir : une population dont les individus, selon leur niveau de richesse et la liberté qu'elle leur donne, ne seraient pas tous logés à la même enseigne.

Pour arriver aux résultats recherchés, l'AM adopta une nouvelle méthode, simple, volontairement tyrannique car sans vergogne, à savoir celle de crier haro sur les médecins à honoraires opposables en les bernant, éternels dindons de la farce à qui on promet tant mais à qui on donne finalement si peu, tout en salissant les médecins échappant à la règle du tarif opposable, responsables de tous les maux actuels : difficultés d'accès aux soins, pénurie, désertification, etc.

Ces deux nouveaux mots cultes, BERNER et SALIR, caractérisent bien un mode de pensées et d'actions qui résume désormais celle des responsables de l'AM depuis ces dix dernières années.

Pour preuves, les propositions et la forme employés par l'AM lors de la tentative de nouvelle convention en 2023.

En pratique, cette politique étonnamment sectaire, du doigt pointé accusateur, s'observe à chaque paragraphe écrit dans la convention de 2016 après quelques prémices tentées dans celle de 2011. Un peu comme au poker... Pour voir. Les médecins ont vu ce qu'il en était en 2023 ! L'AM l'a appelé « Contrat d'engagement territorial ou CET » : travailler plus pour recevoir encore moins, avec toujours plus de sanctions décidés par des tribunaux désormais d'exception et peu importe les dégâts collatéraux : burn-out, suicide, dévissage de plaque, émigration, changement d'orientation, etc.

### **2016 UNE CONVENTION DE DUPES**

La convention de 2016, même avec ses avenants, ressemble plus à un beau marché de dupes puisque contrairement à ses objectifs celle-ci n'a que très peu amélioré les finances et l'exercice du médecin à honoraires opposables par comparaison aux avantages considérables qu'en a retiré l'AM et le gouvernement.

<https://www.fmfpro.org/les-promesses-non-tenues-de-la-convention-2016/>

<https://www.fmfpro.org/quel-bilan-apres-4-ans-de-convention-2016/>

Par cette convention de 2016 et son règlement arbitral en 2023, l'AM sous la houlette gouvernementale a poursuivi sa maltraitance envers les médecins à tarif opposable en augmentant de seulement 1,5 € une consultation qui ne permet plus

aux cabinets de fonctionner. L'AM a surtout cherché à poursuivre sa politique de dénigrement envers les médecins à honoraires libres pour en faire des médecins à honoraires encore plus « différents », puisque ce serait les seuls, à ses yeux, qui seraient responsables de la difficulté d'accès aux soins des assurés. Or, il y a en France, pays frappé d'une pénurie de soignants dont l'ampleur n'a jamais été égalée, plusieurs milliers de médecins spécialistes et généralistes qui n'ont pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisés en raison des conditions écrites dans ce contrat.

<https://www.egora.fr/actus-pro/remuneration-specialistes/74155-toujours-plus-de-medecins-specialistes-en-secteur-2#:~:text=Elle%20est%20passée%20de%2037,anesthésistes%20et%20es%20gynécologues%20obstétriciens.>

Ils ont d'ailleurs bien raison compte tenu de la manière dont l'AM respecte ses propres obligations contractuelles, ce qui est en règle la manière de faire pour que le dit contrat remplisse ses fonctions de marché de dupes. Ce qui explique certainement le désengagement observé chez les spécialistes depuis la création de l'OPTAM en 2016.

Il est vrai qu'il est possible de se priver de ses milliers de soignants dès lors que les déserts et la pénurie de soignants n'existent plus ou pas pour l'AM grâce à ses aides à l'installation et autres forfaits sans oublier les nombreux avantages donnés aux assurés comme la CMU et la CSS. Une politique culte Solidaire et Responsable (pas eux, mais ceux qui se soignent) qu'elle a commencé à imposer dans la convention de 2011 en instituant le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) pour contraindre les médecins appliquant des honoraires libres. Honoraires libres qui ont permis à l'AM de limiter son déficit abyssal en ne payant plus les avantages conventionnels des médecins qui avaient choisi ce secteur d'exercice ! Il faut aussi rappeler l'invention de la CMU, autre modèle, qui remonte à plus de 20 ans depuis la loi votée en 1999. Malheureusement pour les santé-gauchistes, elle n'a pas suffi à imposer les honoraires opposables à tous les médecins malgré les obligations qui leur sont imposés pour les patients CMU et maintenant CSS. Cette loi CMU n'a en réalité cherché qu'à initier l'asservissement des médecins à une population qui pourraient se définir par comparaison aux autres, en particulier les retraités, de « privilégiée » mais surtout à servir les seuls intérêts de la gauche bien-pensante, seule à son esprit capable de venir en aide aux plus démunis, privant du même coup les médecins du sens profond de leurs engagements.

Il est donc d'autant plus étrange voire surprenant que tous ces bienfaits, qui remontent à plus de 20 ans et plus récemment à plus de 10 ans pour son action et son combat presque réussi contre les dépassements d'honoraires, n'aient pu en tout état de cause résoudre tous les problèmes rencontrés par les assurés et les médecins aux tarifs opposables.

Il n'en est rien, effectivement !

Et cela le restera tant que le culte sectaire et aveugle de l'AM durera et ne reposera que sur un seul raisonnement pervers et perversi.

Berner autant que possible les médecins et les assurés sociaux pour ne s'occuper au travers d'un ONDAM inqualifiable que de l'accès au soins de ceux qui ne cotisent pas ou trop peu au nom de la bien-pensance si chère à la gauche et aux santé-gauchistes de l'AM.

### **Sur quelles actions reposent un tel jeu de dupes ?**

La première est désormais celle qui s'impose à toute revalorisation tarifaire, à savoir l'obligation d'être un bon médecin, l'éternel dindon de la farce, un médecin aux seuls tarifs opposables. Il est en effet écrit que les cotations, anciennes ou nouvelles, avec leur augmentation tarifaire visées par la convention de 2016 et les avenants venus et à venir seraient selon un leitmotiv désormais inaliénable « **réservées aux médecins de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants** ».

Cette obligation se décline désormais pour chaque cotation inventée et présentée comme une avancée incontournable pour les médecins libéraux alors qu'elle n'a en réalité comme seuls objectifs que de relancer les finances d'un hôpital public, en éternel déficit, dont les consultations, complexes par nature, ne pouvaient plus équilibrer ses comptes au prix de 23 €, prix remboursé avant 2016 par l'AM aux services comptables des hôpitaux.

À la phrase soulignée de rouge et déclinée paragraphe après paragraphe, s'ajoute comme autre action, autre pièce à conviction et celle-ci est de taille, le fait que l'augmentation des tarifs opposables de 2016 qui s'est faite au maigre profit des seuls médecins aux tarifs opposables ou ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ait pu se budgéter en grande partie sur le dos des assurés sociaux. Qui l'eût cru !

En effet depuis l'entrée en vigueur de la convention de 2016, tous ceux qui ont consulté un médecin à honoraires « différents » n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ont vu leurs remboursements minorés de 2€ à 37€ par acte et selon la nature de celui-ci.

Une action d'autant plus sectaire et impensable voire honteuse qu'elle va à l'encontre du principe UNIVERSEL de la sécurité sociale dont l'AM se revendique à grands renforts de slogans et d'# démagogiques sans oublier un de ceux premiers mots cultes à savoir « SOLIDAIRE ». Elle écrit donc, sans état d'âme, dans le texte conventionnel de 2016 : « **Notre système d'assurance maladie universel et solidaire joue un rôle clef dans l'accès de tous à des soins de qualité** ».

Un principe que l'on retrouve dans toutes les conventions depuis les ordonnances de 1945 mais alors, sans ce double-jeu pervers et perversi tel qu'il est mis en oeuvre depuis 2016, après ses premiers pas en 2011...

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-conventions-medicales.pdf>

Une telle hypocrisie aurait du faire bondir les Françaises et les Français qui cotisent à la sécurité sociale.

Ainsi, depuis 2011, l'AM n'a eu de cesse de différencier les médecins entre eux, puis constatant son échec a depuis 2016 mis en place cette différence dans les remboursements promis entre assurés. Une politique qui ne pouvait qu'avoir des conséquences désastreuses sur l'accès à tous à des soins de qualité.

Prenons un exemple. Supposons que la consultation normale de suivi d'un médecin spécialiste secteur 2 appelé désormais à honoraires « différents » s'élève à au moins 70 €. Par ses connaissances, il est apte à confirmer le diagnostic de cancer et à le traiter. D'autre part, l'AM a mis en place depuis 2016 une Consultation Complexe d'annonce de cancer au tarif opposable à 60 € maximum sans dépassement possible selon son leitmotiv.

Si le médecin spécialiste cote sur la feuille de soins 60 €, il perd au moins 10 €. Le médecin ne pouvant pas prescrire la cotation d'une consultation complexe qui dévalue son travail qui est dans ce cas vraiment complexe, il va coter au moins une consultation normale soit CS voire prendre un dépassement plus élevé. Au final, le patient perdra 60-23 € soit 37 € auxquels il faut rajouter au moins les 10 € de dépassement, voire plus du médecin spécialiste.

Quelle entreprise peut accepter de perdre de l'argent sur ses prestations ? Quelle entreprise accepterait que le prix de son travail ne varie pas en fonction de sa prestation ou de la qualité de son produit ? Il faut croire que pour l'AM, les entreprises médicales n'ont qu'une seule perspective : déposer le bilan !

Or dans la convention de 2016, l'AM remarque et écrit de façon très perverse, que « **L'insuffisance de l'offre de soins à tarifs opposables dans certaines spécialités et dans certaines zones du territoire réduit l'accès aux soins...** ». Pourtant avec sa règle de réserver les meilleurs tarifs aux seuls médecins à tarif opposable ou ayant adhéré aux dispositifs de maîtrise des dépassements, c'est bien elle qui réduit cet accès aux soins aux assurés sociaux, dans ces spécialités et territoires concernés puisque la **différence de remboursement se fait bien au détriment des seuls assurés sociaux bien obligés de consulter ces médecins** ».

Pour finir cette démonstration, sachez que le règlement arbitral va généreusement augmenter la consultation au tarif opposable de 1,5 €. Les médecins concernés applaudissent des deux mains ! Qu'en est-il des assurés sociaux qui consultent les médecins à honoraires différents salis par l'AM ? Ceux là restent pour leur remboursement à 23 € ce qui fait passer la différence de 3,5 € à 38,5 €.

Une autre méthode vient d'être proposée tout récemment par l'AM pour améliorer l'accès aux soins des millions de Français. Elle consiste à diminuer le remboursement de leurs frais dentaires. Les assurés sociaux applaudiront encore une fois.

**Il facile d'en conclure que la difficulté d'accès aux soins des assurés sociaux est plus de la responsabilité de l'AM que des seuls médecins à honoraires « différents » n'ayant pas adhéré au contrat de dupe de maîtrise des honoraires.**

### **Conclusion**

Cette politique qui consiste à BERNER et SALIR les médecins devrait alarmer les syndicats dont la FMF, mon syndicat, qui trouve au demeurant cette politique indigne de la France, le mouvement des jeunes médecins pour demain (MPD), les COMELI, les médecins non syndiqués qui aspirent à une meilleure reconnaissance et à la sérénité mais surtout les assurés sociaux eux-mêmes, les principales victimes. Ne nous faisons aucune illusion, l'augmentation à venir de l'acte médical des médecins se fera désormais en allant puiser dans la poche des assurés qui consultent par obligation ou « désertification » les médecins salis par l'AM.

Une chose est certaine. Stigmatiser et discriminer les assurés sociaux selon le médecin consulté selon qu'il exerce à honoraires opposables ou « différents » ne fait pas une bonne politique de santé et encore moins une politique conventionnelle gagnant-gagnante.

### **MÉDECINS, ASSURÉS SOCIAUX LEVEZ-VOUS !**

Toutefois, ne vous trompez pas de cible. Ce ne sont pas les médecins à honoraires libres ou « différents » qui sont responsables de cette gabegie mais bien l'AM et l'ONDAM voté par le parlement, inqualifiable car très insuffisant. Une insuffisance de moyens qui trouvent ses causes, entre autres, dans une immigration incontrôlée et incontrôlable qui puise dans nos ressources et épuise les soignants puisque rien n'est fait pour les accueillir. Vivre pendant 3 ans sous tente au bord du périphérique est l'assurance d'être atteint de maladies graves et d'être reconnu inapte définitivement au travail !

<https://www.cairn.info/revue-migrations-societe-2019-4-page-3.htm?contenu=article#no14>

Quelle belle perspective pour un jeune migrant... Quel gâchis ! Un gâchis qui se paie en CMU sur le dos des assurés sociaux.

Retenez aussi et soyez en certain que les étudiants médecins d'aujourd'hui qui seront les spécialistes de demain mettront l'hôpital à feu et à sang si vous leur enlevez toute perspective d'être honorés à la hauteur de leur travail une fois leur formation d'excellence terminée puisque l'AM et l'hôpital donc le gouvernement s'y opposent. De plus, ce sont aussi ces étudiants qui le font fonctionner pour toujours un salaire de misère. Une formation que le monde nous envie et qui explique la fuite de nos spécialistes hors de France. Sans hôpital, sans médecin, votre santé est bien en péril.

Choisissez donc bien votre cible.

Dr Haicault de La Regontais