



Syndicat National Des Jeunes Médecins Généralistes

Le Bureau National

Paris, le 10 février 2005

Présidente :

Sandrine BUSCAIL
president@snjmg.org
06 08 24 69 42

Secrétaire Général :

Sophie RACHOU
sg@snjmg.org
06 81 38 16 99

Trésorier :

Véronique BATARDY
tresorier@snjmg.org

Vice-présidents :

Anne SAINT MARTIN
Cécile BERNARD
Yassine BOUAKAZ
David FARIA
François-Xavier ROCHE

**Monsieur Philippe Douste Blazy
Ministre des Solidarités,
de la Santé et de la Famille
8, avenue Ségur
75 350 Paris 07**

Monsieur le ministre,

Nous, Jeunes médecins généralistes, ne pouvons pas accepter la nouvelle convention médicale, et tenons à vous en préciser les raisons.

La convention médicale avalise un certain nombre de principes énoncés dans la Loi relative à l'assurance maladie d'août 2004.

Le premier principe repris par la Convention est le système du Médecin Traitant. Or, dépourvu de toute argumentation de santé publique, ce système est conçu dans un objectif purement économique. Au nom d'une maîtrise "médicalisée" des dépenses de santé, il vise au transfert toujours plus important de ces dépenses du système collectif et solidaire (sécurité sociale) vers le système privé et concurrentiel (complémentaires santé).

Pour la première fois, la nouvelle convention vient annuler les précédentes. Brutalement, nous voyons disparaître sous nos yeux ce qui constituait pour un certain nombre de médecins un avantage acquis, mais également l'adhésion volontaire à un projet de soins : l'option médecin référent. Ce système était optionnel : chacun pouvait choisir d'y adhérer ou non, pour des raisons personnelles ou pratiques.

Mais avec le système du "médecin traitant" obligatoire pour tous, c'est une nouvelle relation contractuelle entre médecin et patient qui se trouve ainsi définie, et qui n'est plus de l'ordre de la relation de confiance mutuelle. Elle engage désormais les deux parties et définit des obligations opposables. Peut-on encore parler en l'état de dispositif incitatif comme posé dans le préambule de la convention ?

Nous percevons dans cette convention un certain nombre de messages discordants. Elle fixe des objectifs fermes, en partie chiffrés, et place le médecin dans l'obligation d'assurer des missions pour lesquelles aucun dispositif d'accompagnement, organisationnel ou financier, n'est prévu.

La convention énonce le principe d'une maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Mais sur quels arguments scientifiquement validés reposent les économies chiffrées à 998 millions d'euros imposées par la convention ? S'il est possible de sevrer un patient dépendant de sa consommation d'anxiolytiques ou d'hypnotiques, notamment par une prise en charge psychothérapeutique, où sont les mesures d'accompagnement ? Comment admettre médicalement qu'un patient ne puisse pas être adressé « plus de 2 fois dans les 6 mois pour un avis ponctuel à un médecin de même spécialité et pour la même pathologie » ? N'y a-t-il pas là immixtion dans la liberté de prescription ? Comment peut-on rationaliser les dépenses de santé alors que l'on manque d'indicateurs validés pour évaluer le rapport coût/service médical rendu des prescriptions ? Comment peut-on « s'engager à réduire les écarts de consommation des soins et prestations non expliqués par l'état sanitaire des populations observées » de manière ferme et opposable ? Quelle est la part de « l'excès de soins » dans le bon état de santé de la population générale ?

Si nous comprenons tous la nécessité d'optimiser les dépenses, d'évaluer les pratiques, comment adhérer à un projet qui érige un principe fondateur sans faire la démonstration de son propre bien-fondé ? Et comment accepter que l'essentiel des économies attendues par la Convention porte sur les seuls médecins généralistes alors que :

- les pouvoirs publics sont en France les principaux responsables de la folle envolée de la facture médicamenteuse (cf : le supplément de la Revue Prescrire de Décembre 2004)
- ces mêmes pouvoirs publics s'approprient à valider un système de Formation Médicale Continue (FMC) largement aux mains de l'industrie pharmaceutique ?

Les objectifs sont également organisationnels : délais de consultations identiques entre patients,

7 Bis, Rue Decrès, 75014 PARIS – Tel : 01 45 41 38 10 – Fax : 01 45 41 72 93

Email : info@snjmg.org – Site : www.snjmg.org

délais d'accès au médecin correspondant, « surveillance de l'application des prescriptions [du médecin correspondant] », soins de prévention, promotion de la santé, travail de synthèse des éléments médicaux et mise à jour du Dossier Médical Personnel (DMP).

Concernant ce DMP, et en dehors des problèmes spécifiques que soulèvent sa mise en place (enjeux industriels et éthiques autour de l'hébergement et de l'accès des données), les articles L. 161-36-1 à 3 puis 162-1-14 de la Loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie prévoient déjà des sanctions à l'égard du médecin traitant si ce dernier n'effectue pas les mises à jour.

Le cadre des missions qui nous sont attribuées comporte en lui-même des discordances :

- reconnaître officiellement la médecine générale comme spécialité mais attribuer à d'autres des missions qui lui sont spécifiques (missions telles que définies par la WONCA Europe 2002 - World Organization of Family Doctors) et entériner le différentiel de la valeur de l'acte entre la consultation de médecine générale et les autres spécialités médicales.
- attribuer au médecin traitant des missions opposables (mission de prévention, de permanence des soins, de mise à jour du DMP) sans autre mesure d'accompagnement organisationnel ni financière (en dehors d'une revalorisation de l'acte des enfants de moins de 2 ans et un forfait fractionné pour ALD).

Ce faisant, aucune activité de soin autre que curative ne peut être envisagée. Que deviennent les activités d'enseignement, de recherche clinique, de médecine préventive et d'éducation à la santé, d'encadrement de réseau ?

Et d'une manière plus générale, nous sommes interpellés, nous, jeunes médecins généralistes, par trois problématiques précises.

Comment pouvons-nous apposer notre signature au bas d'une convention qui renvoie la question centrale de la permanence des soins à un avenant ultérieur ? La réorganisation de cette permanence est pourtant la pierre angulaire de l'organisation générale du travail pour l'ensemble des médecins, notamment en zone sous médicalisée. Cette lacune est un puissant facteur de démotivation pour toute nouvelle installation, ou pour tout maintien d'un cabinet médical sur site. Nous nous inquiétons que la convention renvoie le financement de la permanence des soins aux missions régionales de santé. N'est-ce pas courir le risque de disparités régionales importantes entre régions « riches » et « pauvres » ?

Le processus du médecin traitant, opérationnel en juillet 2005, constitue en lui-même une première restriction à la liberté d'installation. Quel patient consultant en dehors du parcours de soins coordonnés, acceptera de voir le jeune installé en étant moins bien remboursé, le temps que la procédure de changement de médecin traitant soit effective ? S'agit-il là d'une première mesure du *numerus clausus* à l'installation que votre gouvernance envisage de mettre en place malgré les promesses énoncées en faveur de l'incitation ?

Les mesures relatives à la politique de démographie médicale sont particulièrement éloquentes. A peine nées, elles sont déjà enterrées : « les parties signataires s'accordent sur le fait que les aides financières à elles seules ne permettront pas de résoudre le problème de l'installation des médecins en zone déficitaire ». Pourquoi faut-il que ce soit un amendement proposé dans le cadre de la Loi sur le développement des territoires ruraux, qui impulse des solutions pérennes (amendement Ménard) ? Les partenaires conventionnels sont-ils légitimes pour « mettre en œuvre une politique de régulation démographique » ?

Comme vous pouvez le constater Monsieur le Ministre, c'est bien la question de l'aménagement du territoire qui est soulevée au travers de ces interrogations : comment peut-on espérer qu'un jeune médecin s'installe là où l'emploi du conjoint n'est pas garanti, là où même le service public se désengage ?

Non, monsieur le ministre, le projet qui nous est proposé ne nous agrée pas.

Par delà le grand règlement de compte intersyndical auquel nous assistons ces dernières semaines, c'est la question de la spécificité de notre discipline que nous souhaitons voir poser. Quel rôle voulez-vous vraiment attribuer aux généralistes que nous sommes ? Comment espérez-vous faire revenir vers cette médecine de prise en charge globale et de premier recours, devenue contraignante et jugée peu attractive, des étudiants qui se détournent de son apprentissage, comme le pointe de manière criante la répartition des postes lors des premières épreuves classantes nationales anonymes (ECNA) en 2004 ?

Enfin, nous tenons à rassurer ceux qui pensent que nous ne savons pas lire un texte conventionnel : nous escomptons qu'une certaine indépendance d'esprit ainsi que notre long cursus médical nous ont rendu aptes à un certain niveau de lecture critique.

Dans l'attente de vous rencontrer, veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de notre considération respectueuse.

Pour le Bureau national du SNJMG,

Dr Sandrine Buscail, présidente

Dr Mathias Huitorel, président d'honneur