

Les jours de la liberté de dépassements apparaissent comptés

Lorsqu'en 1980 avait été créé le secteur 2, à l'initiative de la FMF (Fédération des Médecins de France) et du cabinet de Raymond Barre à l'époque hôte de Matignon, il s'agissait d'autoriser les médecins à s'affranchir du carcan des tarifs opposables. Sur la seule base du volontariat et sans aucune autre exigence que le respect du « *tact et mesure* » déontologique. Au départ, le succès devait rester modeste puis, au fil des « ouvertures de fenêtres », les pionniers faisaient école.

Le seul procès qui était fait à cette innovation majeure était l'existence de « zones d'ombre » à la suite du passage massif dans certains endroits de spécialistes qui, sans s'être forcément concertés, réduisait singulièrement « l'offre » en tarifs opposables.

Deux ans de clinicat pour s'ouvrir la porte des honoraires libres

Les assurances complémentaires privées avaient puissamment contribué au succès du secteur 2 en « solvabilisant » les petits dépassements et, pour certaines d'entre elles des « culbutes » de 3 à 400 %. Au point d'obliger, sous l'effet de la concurrence, nombre de mutuelles à s'aligner en faisant fi de leurs préventions idéologiques... Arrivèrent les années 90 et la décennie de « glaciation conventionnelle », coagulant les tarifs opposables tandis que les « honoraires libres » pouvaient, très normalement, équilibrer les dépenses au prix d'un accroissement progressif des dépassements.

Avec, à la clef, une crispation des relations médicales, notamment traduite dans la démagogie du mot d'ordre « *secteur 2 pour tous* », dont même ses auteurs savaient qu'il ne trouverait aucun avocat dans la classe politique. La (trop) fameuse réforme de la CCAM ayant échoué à rétablir le pouvoir d'achat des spécialistes de secteur 1 dans la hiérarchie des prestations médicales, le différentiel des revenus s'est accru dans une majorité de spécialités (mais, encore une fois, pas en cardiologie) au bénéfice au secteur 2. À ce jour, les jeunes qui

consentent à envisager une carrière libérale ne le font qu'au terme d'un clinicat ou d'un assistanat, de sorte de pouvoir prétendre aux honoraires libres.

Et c'est ainsi que le secteur 2 continue de s'étendre quand la puissance publique avait cru en juguler l'extension. Ajouté à quelques « histoires de chasse » relayées par des médias volontiers portés à donner des leçons et le débat est devenu passionnel, y compris dans les plus hautes sphères élyséennes où le Président a pu confier l'an dernier à ses invités de la CSMF qu'il était littéralement « assailli » de plaintes... de députés eux-mêmes saisis par des électeurs. Il faut le croire, à en juger par le zèle que ces derniers ont déployé à l'Assemblée pour traiter du problème. Ou plutôt « passer la patate chaude » aux patrons de cliniques, en l'occurrence de régler le problème avec ceux des médecins concernés exerçant dans leur établissement... Quitte à réécrire sur un coin de table les fondements de l'exercice libéral stipulant qu'un contrat est, au moins, librement négocié.

Qui pour « porter le chapeau » ?

Aujourd'hui l'impasse apparaît totale, d'où la « sortie » complaisante du Président dans l'enceinte d'un Congrès mutualiste naturellement porté à siffler le corps médical. Alors même - c'est le paradoxe - que la solution existe, mais inaboutie par la concertation. Caisses d'Assurance Maladie, assureurs complémentaires et syndicats médicaux ont inventé ensemble une réponse fiable au problème sous le vocable de « secteur promotionnel ». Consistant à autoriser à ses titulaires des dépassements limités (selon un taux maximum d'activité), plafonnés (30 % des tarifs conventionnels) mais... remboursés ! En l'occurrence par les complémentaires, mutualistes ou privées, dans le cadre d'un « Yalta » concurrentiel soigneusement balisé par l'État. La formule est, sur le papier, tellement séduisante qu'on se demande pourquoi elle n'est pas encore signée.

À cela une seule raison : les complémentaires ont suspendu leur signature à des dispositions draconiennes « anti-secteur 2 ». Demandant *in fine* aux syndicats médicaux de revenir sur cet « avantage acquis », c'est-à-dire leur demandant l'impossible. Un peu comme si on sollicitait de la CGT de la SNCF de revenir sur la retraite de ses mandants à 55 ans !

Quelle solution sera finalement retenue ? Il est évident que le pouvoir a, avec le secteur optionnel, l'intention de « vider » le secteur 2 ; il lui conviendra donc de limiter l'exercice de sa liberté tarifaire, en l'encadrant d'une façon ou d'une autre.

L'affaire paraît, cette fois, définitivement entendue !

La seule question posée est de savoir qui devra l'assumer devant la population concernée ?

- En fait le dernier « décile » des médecins les plus « dépasseurs », quelques milliers de praticiens dont bon nombre d'hospitaliers publics à secteur privé.

- Le syndicalisme médical, qui devra peser le « prix politique » à payer dans un contexte de relations assez délétères avec le Gouvernement et à quelques « encablures » d'un prochain rendez-vous électoral (2010 sans doute).

- Le pouvoir politique, mais cette fois au risque d'exposer les députés à toutes les mesures de rétorsion électorale dont ils ont gardé un (cuisant) souvenir en 1997.

- Les Caisses. M. Van Roekeghem se trouvant lui-même en fin de mandat, peut contribuer par la technique du harcèlement procédurier qu'il maîtrise assez bien, à « tordre le bras » de négociateurs médicaux exsangues...

Mais tout le monde, sauf lui, en fonction de ce qu'il sait de son avenir professionnel, a quelque chose à perdre dans cette affaire qui aura décidément « pollué » la vie professionnelle depuis 2 ans.