

**EUROPEAN COMMITTEE OF SOCIAL RIGHTS
COMITE EUROPEEN DES DROITS SOCIAUX**



30 juillet 2004

Pièce n° 1

RECLAMATION COLLECTIVE n° 28/2004

**Syndicat National des Dermatologues et
Vénérologues
c. France**

enregistrée au Secrétariat le 12 juillet 2004

SYNDICAT NATIONAL DES
DERMATO-VÉNÉRÉOLOGUES

79, rue de Tocqueville
75017 PARIS

Tél. : 01 44 29 01 29

Fax : 01 40 54 00 66

syndicat.dermatologues@wanadoo.fr

www.syndicatdermatos.org



GR/MA/2004/DV



PARIS, le 24 juin 2004

Monsieur le Secrétaire exécutif
du Comité européen des droits sociaux
agissant au nom du secrétaire général du Conseil de l'Europe
Conseil de l'Europe
67075 STRASBOURG CEDEX

Objet : Réclamation collective du Syndicat National des Dermatologues et Vénéréologues (SNDV)

Monsieur le Secrétaire exécutif du Comité,

En application des dispositions du Protocole additionnel à la Charte sociale européenne du 9 novembre 1995, j'ai l'honneur, en tant que Président du Syndicat National des Dermatologues et Vénéréologues (ci-après SNDV) d'introduire auprès du Comité européen des droits sociaux la présente réclamation collective.

Cette réclamation vise à faire constater par le Comité que la France n'assure pas d'une manière satisfaisante l'application des articles 1, paragraphe 2, et E de la Charte sociale européenne (révisée) du 3 mai 1996. Le SNDV considère que la réglementation française applicable à la tarification des honoraires des médecins libéraux constitue une discrimination contraire à ces stipulations.

1 - Sur la qualité d'organisation nationale représentative du SNDV

Le SNDV, fondé en 1929 et regroupant actuellement plus de 2100 dermato-vénéréologues, est une organisation nationale représentative au sens de l'article 1, c), du Protocole additionnel du 9 novembre 1995. Il s'agit d'un syndicat relevant de la juridiction française, légalement constitué et enregistré (Annexe n° 1).

En tout état de cause, le SNDV apparaît comme une organisation particulièrement qualifiée dans les matières régies par la Charte au sens de l'article 2, paragraphe 1, dudit Protocole.

Au titre des statuts du syndicat modifiés le 9 mars 1977 (Annexe n° 2), le SNDV a notamment pour but :

« 1°- de représenter la discipline spécialisée dans tous les rapports qu'il sera amené à entretenir avec les autorités et les organisations publiques ou privées,
2°- d'assurer la défense des intérêts professionnels, moraux et matériels de ses membres, (...) et généralement, par tous moyens légaux, l'amélioration des intérêts économiques et professionnels des médecins adhérents (article IV des Statuts du SNDV) ».

.../...

Parmi les moyens d'action statutaires mis à la disposition de ses représentants figure la capacité de :

«3°- mettre en oeuvre tous les centres d'actions pour la défense des intérêts professionnels, devant les Pouvoirs Publics, les Administrations publiques ou privées, les Tribunaux, promouvoir tous les textes sauvegardant les intérêts de la profession ou des malades et faire exécuter ceux en vigueur (article V des Statuts du SNDV) ».

2 - Sur la qualité pour agir du Président du SNDV

Conformément à l'article 23 du règlement du Comité européen des droits sociaux (mai 2004), la présente réclamation collective est signée par le Président du Syndicat, «personne habilitée à représenter l'organisation réclamante ».

L'article XVI des statuts du SNDV précise que : *« Le Président représente le syndicat dans tous les actes vis-à-vis des tiers et des administrations, et en justice. (...) Il a le droit d'introduire toute instance, sous réserve d'y être autorisé par le Conseil d'Administration du Syndicat ».*

Par délibération du 10 juin 2004, le Conseil d'administration du SNDV a dûment mandaté le Docteur Gérard ROUSSELET, Président en exercice, afin de saisir le Comité européen des droits sociaux de la présente réclamation (Annexe n° 3) .

3 - Sur l'application par les autorités françaises des articles 1, paragraphe 2, et E de la Charte sociale européenne (révisée) au cas d'espèce

3-1 La législation et la réglementation françaises applicables

L'article L. 162-5 du Code de la Sécurité Sociale dispose que :

« les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions médicales (...) ».

Ces conventions déterminent, notamment :

« 1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des médecins d'exercice libéral ; (...)

6° Les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales concourant au respect des dispositions prévues à l'article L. 162-5-2, et notamment des mesures appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés, la sélection des thèmes de références médicales, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application, et la mise en oeuvre de contrats locaux de maîtrise de dépenses dans chaque circonscription de caisse ; (...)

8° Le cas échéant, les conditions dans lesquelles les tarifs et les rémunérations visés à l'article L. 162-5-2 peuvent être majorés pour certains médecins conventionnés ou certaines activités en vue de valoriser une pratique médicale correspondant à des critères de qualité qu'elles déterminent ; (...) » (article L.162-5 du Code de la sécurité sociale).

.../...

En l'absence de convention nationale, « un règlement conventionnel minimal (ci-après RCM) est établi par arrêté interministériel pris après consultation de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, des organisations syndicales représentatives des généralistes et des spécialistes et, en tant qu'il comporte des dispositions relatives à la déontologie médicale, du Conseil national de l'Ordre des médecins » (article L.162-5-9 du Code de la sécurité sociale française). (Annexe n° 4, articles L.162-5, L.162-5-2, L.162-5-9 du Code de la sécurité sociale française).

Telle est l'hypothèse rencontrée s'agissant de l'exercice de la médecine spécialisée. En l'absence de convention, un RCM a été adopté par arrêté interministériel du 13 novembre 1998 (Annexe n° 5), modifié par l'arrêté interministériel du 22 septembre 2003 (Annexe n° 6).

L'article 12 du RCM dispose que :

« Sous réserve de fixer leurs honoraires avec tact et mesure, les médecins peuvent appliquer des tarifs différents dans les cas suivants :

a) Dépassement pour circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade (DE). Dans ce cas, le praticien informe le patient du montant du dépassement non remboursé par les caisses et lui explique le motif du dépassement. L'indication DE est portée sur la feuille de soins. Le dépassement ne peut porter que sur l'acte principal effectué par le praticien et non sur les frais accessoires ;

b) Application d'un droit permanent à dépassement (DP) pour les médecins qui en étaient bénéficiaires à la date d'entrée en vigueur du présent règlement ;

c) Application d'honoraires différents pour les médecins autorisés à les pratiquer à la date d'entrée en vigueur du présent règlement.

Peuvent opter pour le secteur à honoraires différents les médecins qui, à compter de la date d'entrée en vigueur du présent règlement conventionnel, s'installent pour la première fois en exercice libéral, ou qui se sont installés pour la première fois entre le 7 juin 1980 et le 1er décembre 1989, et sont titulaires des titres énumérés ci-après acquis dans les établissements publics ou de titres acquis dans les établissements participant au service public hospitalier, ou au sein de la Communauté européenne : ancien chef de clinique des universités - assistant des hôpitaux, ancien assistant des hôpitaux généraux ou régionaux n'appartenant pas à un CHU, ancien assistant des hôpitaux spécialisés, praticien-chef de clinique ou assistant des hôpitaux militaires, praticien temps plein hospitalier dont le statut relève du décret no 84-131 du 24 février 1984.

Les titres acquis dans les établissements participant au service public hospitalier ou au sein de la Communauté européenne sont reconnus équivalents par la caisse primaire d'assurance maladie, après avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

L'option est formulée par le médecin lors de l'adhésion prévue à l'article 15 ».

La réglementation en vigueur organise donc les rapports entre les médecins et les organismes d'assurance maladie selon trois modes possibles d'activité, auxquels correspondent différents types de tarification :

.../...

- 1 - Médecin conventionné en secteur à honoraires opposables (secteur 1) (patients remboursés sur la base des honoraires opposables par les Caisses nationales d'Assurance maladie obligatoire).
Il s'agit du droit commun. Aucun dépassement d'honoraires et aucune application de tarifs différents ne sont autorisés, hormis l'hypothèse du dépassement pour circonstances exceptionnelles (DE).
- 2 - Médecin conventionné en secteur à honoraires différents (secteur 2) (patients remboursés sur la base des honoraires opposables par les Caisses nationales d'Assurance Maladie obligatoire).
- Il s'agit d'une exception. Seuls peuvent y prétendre :
- les médecins qui en étaient bénéficiaires à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté du 13 novembre 1998 ;
 - les médecins qui, à la date d'entrée en vigueur du RCM, ont opté pour ce secteur à l'occasion de leur première installation en exercice libéral ;
 - les médecins optant pour ce secteur qui se sont installés pour la première fois entre le 7 juin 1980 et le 1er décembre 1989 et qui sont titulaires de titres hospitalo-universitaires.
C'est cette catégorie de tarification qui pose problème.
 - les médecins disposant d'un droit permanent à dépassement à la date d'entrée en vigueur du RCM.
- 3 - Médecin non conventionné en secteur à honoraires libres (secteur 3) (patients non remboursés sur la base des honoraires opposables par les Caisses nationales d'Assurance Maladie obligatoire).

3-2 Les faits

C'est la Convention nationale des médecins du 29 mai 1980 qui a permis la création des secteurs 1 et 2 de tarification. Pour opter pour le secteur 2, il suffisait à l'époque d'être médecin qualifié en médecine générale ou médecin qualifié en médecine spécialisée.

La restriction de l'accès au secteur 2 résulte de l'adoption de la Convention nationale des médecins du 9 mars 1990. Depuis lors, les médecins spécialistes au secteur 1 ne peuvent plus opter pour le secteur 2, sauf à remplir les conditions restrictives posées à l'article 12, c), du RCM.

En pratique, une proportion considérable de médecins spécialistes qui ont opté pour le secteur 1 n'ont plus aucune possibilité de choisir d'inscrire leurs honoraires en secteur 2. Il faut ajouter à cela un quasi blocage des honoraires pour les médecins spécialistes du secteur 1 depuis la Convention nationale des médecins du 21 octobre 1993 qui se traduit par une disparité considérable de presque 30 % des revenus nets entre spécialistes du secteur 1 et spécialistes du secteur 2.

Depuis la Convention nationale des médecins du 21 octobre 1993 à ce jour, soit pour une période de plus de dix ans, le blocage des honoraires est complet en ce qui concerne les actes de chirurgie (lettre-clé KC), de spécialités (lettre-clé K) et de la consultation (lettre-clé CS) au cabinet du médecin spécialiste. Et depuis la Convention nationale des médecins du 21 octobre 1993, il n'y a eu qu'une augmentation de 2 euros, intervenue très récemment par l'arrêté du 22 septembre 2003, par la création d'une majoration forfaitaire transitoire (MPC) au tarif opposable de la consultation (lettre-clé CS).

.../...

3-3 Sur le manquement allégué aux dispositions des articles 1, paragraphe 2, et E de la Charte sociale européenne (révisée)

La réglementation en cause constitue une discrimination patente opérée en matière de rémunération.

L'article 1, paragraphe 2, de la partie 2 dispose qu'en vue d'assurer l'exercice effectif du droit au travail, les Parties s'engagent « à protéger de façon efficace le droit pour le travailleur de gagner sa vie par un travail librement entrepris ».

Or, cette disposition impose aux Etats l'ayant ratifié, ce qui est le cas de la France (Annexe n° 7), l'obligation positive d'éliminer toute forme de discrimination dans l'emploi.

Pour le Comité européen des droits sociaux, dans l'affaire Syndicat national des professions du tourisme/France (réclamation n°6/1999), « une différence de traitement entre des personnes se trouvant dans des situations comparables constitue une discrimination contraire à la Charte si elle ne poursuit pas un but légitime et ne repose pas sur des motifs objectifs et raisonnables ».

Or tel est précisément le cas en l'espèce.

Tout d'abord, la détention de titres hospitalo-universitaires comme condition de l'option pour le secteur 2 ne représente pas un critère objectif de différenciation de situations qui, par ailleurs, doivent être considérées comme similaires.

Il ne correspond aucunement à l'objet de l'article 12, c), du RCM relatif précisément à la fixation des conditions tarifaires applicables aux médecins libéraux. Toute la question est en effet de savoir si la possession de ces titres est en rapport direct avec l'exercice de l'art médical en qualité de médecin libéral.

Or, il apparaît qu'ils permettent d'identifier des fonctions et des responsabilités particulières dans le domaine de la médecine publique hospitalière et ne sont d'aucune pertinence dans le domaine de la médecine libérale.

Il convient d'ajouter qu'en vertu de la législation française, l'exercice de la médecine spécialisée ne dépend juridiquement pas de la possession de tels titres (Annexe n° 8).

Il en résulte que la tarification des honoraires qui constitue le corollaire immédiat de l'exercice de l'activité ne saurait dépendre de la possession de titres qui ne sont d'aucune pertinence pour distinguer au sein de la catégorie des médecins spécialisés exerçant à titre libéral.

Il en va de même quant à la date d'installation du médecin spécialiste en médecine libérale.

Les dispositions de l'article 12 du RCM prescrivent une différenciation de traitement de situations similaires qui ne repose pas sur un motif objectif et raisonnable ; elle n'apparaît pas « proportionnée et adéquate » (Réclamation n°6/1999, précitée).

Le SNDV ne conteste pas que les objectifs poursuivis par le RCM d'amélioration de la qualité du service rendu aux assurés sociaux et de maîtrise des dépenses de santé constituent des buts légitimes.

.../...

Pour autant, l'optique retenue par l'arrêté interministériel paraît doublement contestable.

En tout état de cause, un contrôle minimum de proportionnalité exige un rapport direct entre les moyens utilisés et le but poursuivi.

Or, en l'espèce, ce rapport n'existe pas puisqu'il n'est pas possible d'établir de lien entre l'option ouverte aux médecins titulaires de titres hospitalo-universitaires et la double finalité affichée d'amélioration de la qualité du service et de maîtrise des dépenses.

Ensuite, le principe de proportionnalité ne permet pas de faire supporter à une partie des médecins libéraux une charge que devrait supporter l'ensemble de la communauté.

L'analyse contenue dans les deux alinéas peut être reprise pour la date d'installation d'un médecin spécialiste en médecine libérale : il n'est pas possible d'établir de lien entre l'option ouverte aux médecins spécialistes installés à une certaine date et la double finalité affichée d'amélioration de la qualité du service et de maîtrise des dépenses.

4 - Conclusion

Plaise au Comité européen des droits sociaux de conclure que la réglementation française applicable à la tarification des honoraires des médecins libéraux constitue une discrimination contraire aux articles 1, paragraphe 2, et E de la Charte révisée.

Veillez agréer, Monsieur le Secrétaire exécutif du Comité, l'expression de mes salutations distinguées.

LE PRESIDENT
Docteur Gérard ROUSSELET

