

Contestation du projet de loi de Santé

Conférence de presse du Dr. Jean-Paul ORTIZ, Président de la CSMF

Le 15 avril 2015

Aujourd'hui une loi a été votée et nous allons vers une conférence de santé qui se déroulera en octobre et donc postérieure au débat et au vote parlementaire, et, possiblement au débat sénatorial.

Nous tous généralistes et spécialistes de la CSMF déplorons la méthode qui a consisté à faire passer à marche forcée une loi importante. Nous avons dû en passer par une mobilisation unitaire de tous les médecins libéraux fin décembre pour que des groupes de travail puissent être montés à la hâte entre janvier et février entre le ministère et les syndicats représentatifs des médecins libéraux. Le corps médical libéral n'avait pas été consulté, il faut le rappeler, lors de la préparation de cette loi, ce au mépris de son action dans le système de santé français.

Nous avons assisté au déploiement d'une communication savamment organisée et distillée: sur les revenus des médecins mêlant revenus d'activité et revenus nets totalement erronés, autour du tiers payant avec enquête à l'appui, et opportunément des enquêtes en avalanche associés aux thématiques de la loi. Cela ne nous semblerait pas si choquant si cette communication ne laissait à penser en filigrane que les médecins ne seraient qu'intéressés par le lucre.

Néanmoins, à force de combat et d'un travail auprès des acteurs de la loi sans précédent, des avancées, des modifications ont pu être actées dans de nombreux amendements portés par la CSMF.

La CSMF rappelle son combat, les avancées obtenues et les points sur lesquels elle reste en alerte car ils sont inacceptables pour les médecins :

Le système de santé en France est singulier et riche. Les médecins libéraux et tous les acteurs de la santé exerçant en libéral forment un tissu économique, de soins, d'innovation et de création d'emplois important et incontournable. Le placer telle une armée sous le contrôle de l'Etat n'a pas de sens. L'exercice de notre art suppose indépendance dans nos prescriptions et nos décisions. Nous revendiquons de former avec les acteurs du service public des communautés et non un service de santé public. C'est dans cette complémentarité et cette diversité que nous soignons les français et que nous sommes utiles.

Nous avons obtenu l'abrogation d'un Service territorial de santé au public qui est remplacé par des communautés professionnelles territoriales de santé.

Contrairement à ce qui était prévu nous avons obtenu que désormais les communautés professionnelles territoriales participent à un diagnostic partagé de l'Etat de l'offre de soins notamment et donc concerté avec l'Agence Régionale de Santé. C'était pour nous un non sens que de ne pas être associés en amont à ce diagnostic.

Désormais, il est inscrit dans la loi que « le médecin traitant est le pivot de la coordination des professionnels de santé » et la notion d'équipe de soins primaires (équipe placée en première intention) dédiée au patient tout au long du parcours de soins est placée aux côtés du médecin traitant.

La définition des équipes de soins primaires, si elle a été formulée, n'a pas précisé la place des médecins spécialistes qui participent également à une ligne d'accès aux soins primaires et forment la ligne de deuxième intention dans la prise en charge des patients, y compris en situation d'urgence. Nous porterons cette volonté farouche d'associer les médecins spécialistes de proximité aux médecins de soins primaires. Car comment structurer la prise en charge des patients, les parcours de soins sur les territoires en excluant les médecins spécialistes de son organisation ?

Le médecin traitant devient le coordonnateur dans le cas des parcours complexes : les parcours complexes sont de plus en plus nombreux et nécessitent de nombreux soignants et aidants sociaux et administratifs. Désormais le médecin traitant devient l'opérateur des plateformes d'appui territorial. Ces plateformes renseignent en temps réel les équipes disponibles de soins, heures disponibilité, modalités d'inscription etc.

Nous avons apporté des propositions sur l'organisation des soins et le recours aux services des urgences à bon escient : jusqu'ici les patients s'orientent de façon majoritaire vers les urgences, tout particulièrement le vendredi soir, la nuit et les week-ends. Ils composent le 15 qui les oriente vers les urgences de l'hôpital. Nous avons plaidé pour qu'un numéro national de permanence des soins en ambulatoire différent du 15 soit possible, à côté des numéros d'associations de médecins libéraux qui existent déjà. Le décret qui sortira sera fondamental à observer à cet égard car il est encore possible que les ARS selon les régions, ne valident, selon leur bon vouloir, que le 15, que ce soit pour les urgences ou la PDSA.

Sur les pratiques médicales avancées : la responsabilité civile professionnelle des médecins est une réalité qui peut conduire le médecin au tribunal. Nous revendiquons de garder la coordination de pratiques déléguées. Dans le projet de loi, les pratiques avancées devaient être définies par l'Etat. Certaines ont été abandonnées d'autres placées sous la responsabilité du médecin. Il sera nécessaire de clarifier la Responsabilité Civile Professionnelle des acteurs. La CSMF sera vigilante car il s'agit d'un véritable démantèlement du métier du médecin.

Sur les autorisations d'activités des établissements privés : 14 points formaient le socle des missions de service public accessibles à tous les établissements sans lien théorique avec les autorisations d'activité ni avec les conditions de financement par l'Etat jusqu'ici. Ce socle est ramené à 4 obligations dans le nouveau projet de loi permettant de définir le service public hospitalier. La CSMF déplore que ne figure à aucun moment le critère qualité et sécurité des soins parmi les critères d'attribution des autorisations.

Pour les établissements privés volontaires pour l'étiquette de service public hospitalier, il était prévu que certains financements leur soient attribués si et seulement si la totalité de l'activité ne supportait aucun dépassement d'honoraires. Or, l'activité des établissements peut être en partie associée à une mission de service public pour ses urgences mais conserver des activités autres. Nous avons fait modifier ce point par la création des établissements de soins associés au service public hospitalier.

Sur le tiers payant, nous avons obtenus « le flux unique » de paiement : ce qui signifie que les médecins n'auront pas à relancer les complémentaires pour obtenir leurs paiements Il n'en reste pas moins que le différentiel entre ce qui est pris en charge et ce qui ne l'est pas, sera compliqué à gérer et que de nombreux problèmes techniques restent à régler. Notamment la question de la vérification des droits du patient, et ceux des mutuelles. Nous sommes formellement opposés au principe qui nous place dans une position de contrôle des droits de façon obligatoire et généralisée.

Nous avons un système de santé basé sur la santé solidaire grâce aux ordonnances de la loi de 1945 dans lesquels nous cotisons tous, sans distinction de nos maladies, en fonction de nos revenus salariaux. Les médecins exerçant en libéral avaient contracté avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, impartiale et indépendante, une convention garantissant au patient un tarif et aux médecins le paiement de leurs honoraires. Cet accord se trouve bouleversé aujourd'hui. Faisant entrer les complémentaires santé, dont les objectifs sont financiers, aux cotés de la médecine dont les objectifs sont guérir et soigner est une faute majeure. C'est rendre invisible la montée des tarifs des complémentaires santé et in fine le désengagement inexorable de l'Etat pour le petit risque, devant une dette trop lourde. Nous allons vers un système à deux vitesses.

Les complémentaires santé ont dans la loi des contrats différents des nôtres. Grâce aux données de santé ces complémentaires vont pouvoir analyser les pratiques médicales mais aussi les profils des français. Elles pourront « sous couvert » de faciliter le parcours de soin inciter à recourir à tel ou tel praticien, via « des plateformes de service », dévoyant la liberté de prescrire, de choisir. Elles pourront sur la base des informations que nous lui fournissons

pratiquer une sélection du risque pouvant exclure telle ou telle pathologie (ce qu'elles font dans le cadre des prêts immobiliers moyennant une surtaxe).

Le SNIIRAM (Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie) regroupe l'ensemble des données médicales depuis de nombreuses années. A ce jour peuvent avoir accès aux données agrégées : l'assurance maladie ; les professionnels de santé ; les structures membres de l'Institut des données de santé (IDS) ou les constituant, nommément désignées par le Président de l'Institut. Peuvent effectuer des recherches mettant en œuvre simultanément plus d'une des quatre variables sensibles (commune, date des soins, mois et année de naissance et date de décès) avec d'autres données : les médecins conseils et les personnes qu'ils désignaient ; les médecins de l'Institut de veille sanitaire (InVS) et le personnel habilité placé sous sa responsabilité ; des agents de la Haute Autorité de la Santé (HAS) ; des agents de l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et produits de santé (ANSM), respectivement désignés par son Président et le directeur de ces instances ; les Agences régionales de santé (ARS) ; les agents de l'Agence de Biomédecine (ABM), mais seulement pour des données agrégées ou un échantillon individualisé. La CSMF a obtenu que la caisse d'assurance maladie reste le point de sortie des données de santé, mais elle n'a pas obtenu de garanties sur le dossier médical du patient qui sera mis en commun entre les praticiens.

La CSMF veut également attirer l'attention du législateur quant à la conjonction d'un engouement entre le big-data et celle de l'open data dont il ne nie aucunement la place qu'il peut jouer dans la transparence et l'accès pour tous: Mais la confédération s'interroge sur la déontologie associée à la revente des données de santé obtenues par les complémentaires et qu'elles pourront utiliser et monnayer.

La CSMF représente les médecins libéraux et porte les valeurs d'une médecine libre et engagée dans la société parce qu'elle en est un acteur : éthique, consciente du rôle d'alerte, consciente de son impact dans l'environnement, de son impact social, de sa dimension citoyenne, durable. La CSMF ne peut considérer cette loi de santé que comme une volonté dogmatique et étatique de changement de notre système de santé ; c'est pourquoi elle appelle tous les médecins libéraux :

- à refuser le tiers payant généralisé obligatoire ; l'utilisation du tiers payant doit se faire dans un cadre social pour l'intérêt du patient et sans accroître le travail administratif du médecin
- à interpeller leurs élus en particulier Sénateurs dans les semaines qui viennent
- à poursuivre les actions locales contre les relations avec les Caisses tout particulièrement pour l'animation de la convention : plus de commissions locales ou régionales tant que des négociations tarifaires urgentes ne sont pas entamées
- à informer leurs patients, la population, sur cette loi mauvaise pour leur santé

La CSMF envisage de durcir la mobilisation dans les semaines qui viennent dans le cadre d'un mouvement unitaire des médecins contre cette loi.