

# Le Médecin de France

LE JOURNAL DE LA

CSMF

Confédération des Syndicats Médicaux Français



15 décembre 2015

n°1256

DANS CE NUMÉRO :

➤ DOSSIER

## LOI DE SANTÉ

➤ Quatorze mois...  
pour quel résultat ?

➤ ÉVÉNEMENT

## CONGRÈS DE L'UNAPL

➤ Des libéraux acteurs du lien social

➤ RÉGION

## PDS-A

➤ Le bel exemple  
des Pays-de-Loire

➤ INTERVIEW

## PIERRE-PAUL SCHLEGEL

➤ Médecin généraliste à Kingersheim  
Président de l'URPS Alsace sortante

## CHRISTIAN MICHEL ARNAUD

➤ Anesthésiste à Bayonne,  
Vice-président de l'UMESPE

➤ INFOS JURIDIQUES

## PROFESSIONS DE SANTÉ

➤ Quel sens donner au silence  
de l'Ordre ?

➤ DOCUMENT

## LA CONFÉRENCE DES CME PRIVÉES

➤ Face à la nouvelle donne de la loi

➤ ACTU

## RISQUES PROFESSIONNELS

➤ Les chiffres  
de la MACSF-Le Sou Médical

➤ DOSSIER

# Loi de santé : 14 mois de surdité gouvernementale

# Sommaire

## ➤ Dossier

LOI DE SANTÉ  
Quatorze mois...  
pour quel résultat ? .....Page 4

## ➤ Événement

CONGRÈS DE L'UNAPL  
Des libéraux acteurs du lien social ...Page 7

## ➤ Région

MÉDECINE DE VILLE  
Le bel exemple des Pays-de-Loire ...Page 8

## ➤ Interview

Pierre-Paul Schlegel,  
Médecin généraliste à Kingersheim  
Président de l'URPS  
Alsace sortante .....Page 9

## ➤ Infos juridiques

PROFESSIONS DE SANTÉ  
Quel sens donner au silence  
de l'Ordre ? .....Page 10

## ➤ Interview

Christian Michel Arnaud,  
Anesthésiste à Bayonne,  
Vice-président de l'UMESPE .....Page 11

## ➤ Document

LA CONFÉRENCE DES CME PRIVÉES  
Face à la nouvelle donne de la loi ..Page 12

## ➤ Actu

RISQUES PROFESSIONNELS  
Les chiffres  
de la MACSF-Le Sou Médical .....Page 14



# ➤ ÉDITO

## Loi de santé adoptée, place à la désobéissance civile !

**E**n ces temps difficiles pour la médecine libérale, il serait tentant de se résigner. Ce n'est pas dans l'ADN de la CSMF. Des combats, elle en mène depuis près de 90 ans et ce n'est pas la loi de santé de Marisol Touraine qui la fera plier.

La CSMF refuse obstinément les mesures délétères de ce projet de loi de santé qui place la médecine libérale sous la mainmise de l'Etat. La CSMF refuse que les mutuelles deviennent, via le tiers payant généralisé, les payeurs directs des médecins. La CSMF refuse que les médecins perdent leur liberté de prescription.

C'est pourquoi nous continuerons, coûte que coûte, à lutter contre l'instauration du tiers payant généralisé et appelons les médecins libéraux à ne pas l'appliquer au fur et à mesure de sa mise en place.

Il en va du respect et de la reconnaissance de notre métier !

Dr Jean-Paul Ortiz,  
Président de la CSMF



### Abonnez-vous

31 euros par an :  
20 numéros

Dr.....

désire s'abonner à la revue  
Médecin de France pour un an.

désire une facture

Adresse.....

Chèque de 31 € à l'ordre de  
Médecin de France et à adresser à :  
Médecin de France  
Service abonnement  
79, rue de Tocqueville  
75017 Paris

Bimensuel  
79, rue de Tocqueville  
75017 Paris  
Tél. : 01 43 18 88 33  
Fax : 01 43 18 88 34  
E-mail :  
med\_france@csmf.org  
Internet : www.csmf.org

Edité par la SEPMF,  
Sarl au capital de 32 000 euros  
Durée : 50 ans du 1<sup>er</sup> juin 1978  
Associés : CSMF et ACFM  
Gérant : Jean-Paul Ortiz  
Directeur de la publication :  
Jean-Paul Ortiz  
Rédacteur en chef : Yves Decalf  
Crédits photos : Philippe Chagnon-  
cocktailsanté ; Lisa BLue, Jan Otto,  
Trish233 - Istock©  
Impression : Neuville Impressions,  
ZI Les Mûriers, 71160 DIGOIN  
Dépôt légal : 4<sup>e</sup> trimestre 2015  
ISSN : 0399-385X

Abonnement : 31,00 euros par an  
Prix du numéro : 1,60 euro  
Commission paritaire : 0916 G 82702.

Les articles originaux  
du Médecin de France peu-  
vent être reproduits par  
tout organisme affilié à la  
CSMF sans autorisation  
spéciale, à condition de  
faire figurer les mentions  
habituelles.

# Quatorze mois... pour quel résultat ?

**Votée en seconde lecture par les députés, la loi de santé devrait être promulguée fin décembre, si le calendrier parlementaire le permet, ou début 2016. Le gouvernement impose son texte en force, sans écouter l'appel au dialogue des médecins. Retour sur les principaux points de ce texte démesuré, avec 227 articles votés.**

Elle a tenu bon. En dépit des dramatiques événements de mi-novembre, qui ont immédiatement provoqué la suspension du mouvement de grève, Marisol Touraine est restée sourde aux demandes des syndicats médicaux, qui appelaient au report de l'examen final de la loi de santé. Les députés ont donc entamé, le 27 novembre, la deuxième lecture du projet de loi, avant de se prononcer sur un vote définitif le 1<sup>er</sup> décembre. Une attitude qui a bien sûr indigné le corps médical, mais également une partie des parlementaires présents lors des débats. « *Que vont penser les médecins, alors que nous sommes 15 à 20 à discuter de l'article sur le tiers payant ?* » s'interrogeait le député Les Républicains Dominique Tian, évoquant même « *un hold-up démocratique.* » Réagissant par communiqué, la CSMF a elle-même manifesté son mécontentement.

*« Pendant que l'heure est à l'hommage aux victimes, au respect et au soutien des centaines de familles si durement atteintes, la Ministre de la Santé fait passer sa loi de Santé tant décriée, profitant de l'état d'urgence », estime l'organisation. « La CSMF s'indigne de cette méthode non démocratique qui va créer une rancœur durable auprès des médecins. Les Français ont été dignes durant les attentats de Paris, les médecins ont été responsables. Faire voter une telle loi en catimini, ce n'est pas respectueux de la démocratie et de l'appel à l'unité nationale ».*

## Tiers payant : la lutte continuera

Les députés ont donc voté l'article 18 tel qu'ils l'avaient rédigé en première lecture. Rappelons que la généralisation du tiers payant doit en théorie se dérouler en plusieurs étapes : à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2016 pour les bénéficiaires de l'ALD, puis au 1<sup>er</sup> janvier 2017 pour tous les assurés, avec une obligation de le proposer à compter du 30 novembre 2017. Après les aménagements concédés lors de la 1<sup>ère</sup> lecture, c'est l'assurance-maladie qui doit récolter auprès des assureurs-complémentaires les sommes dues et doit régler sous sept jours chaque praticien, sous peine de payer des pénalités de retard. Des discussions sont en cours entre régime de base et régime complémentaire, la solution technique s'annonce complexe. Autant dire que ce dispositif se profile comme une « usine à gaz », lourde et coûteuse. Combien de temps devront consacrer les praticiens à la vérification des paiements ? Et qui financera les 3,5 à 4 euros de coût pour chaque acte, coût aujourd'hui assumé par les centres de santé ? La CSMF poursuivra le mouvement de « désobéissance civile », afin d'obtenir la suppression de l'obligation. Favorable à un tiers payant social, pour les populations qui ne peuvent faire l'avance de frais, elle continuera à s'opposer à un dispositif qui menace l'indépendance professionnelle des praticiens, accroît leur charge administrative et financière et peut générer une inflation de la demande de soins en déresponsabilisant une partie des patients.



« *Que vont penser les médecins, alors que nous sommes 15 à 20 à discuter de l'article sur le tiers payant ?* » s'interrogeait le député Les Républicains Dominique Tian.



La lutte contre le tabagisme prend un nouveau tour, avec l'interdiction pour des adultes de fumer dans un véhicule en présence d'un enfant de moins de douze ans.

## ►► LOI DE SANTÉ : QUATORZE MOIS... POUR QUEL RÉSULTAT ?

### Débats homériques sur la loi Evin

Outre le tiers payant, la loi de santé s'apparente à un vaste assemblage de mesures, sans réelle cohérence d'ensemble et de nature à accroître l'emprise de l'Etat sur le pilotage du système de santé. Le volet prévention, par exemple, insiste sur un certain nombre de mesures répressives, comme le délit d'incitation au binge drinking, mais reste peu disert sur la promotion de l'éducation en santé. On notera néanmoins la création de logos nutritionnels sur les aliments censés mieux informer le public. De même, la lutte contre le tabagisme prend un nouveau tour, avec l'obligation du paquet neutre et l'interdiction pour des adultes de fumer dans un véhicule en présence d'un enfant de moins de douze ans. Par ailleurs, la loi innove en créant un « parcours éducatif de santé » à l'école, même si beaucoup restent dubitatifs sur les moyens déplorables dans les établissements scolaires pour le rendre effectif. Aucune mesure n'est prévue pour dynamiser l'éducation thérapeutique du patient, alors que la loi HPST avait engendré un dispositif peu lisible et peu efficace. Enfin, le débat parlementaire a été l'occasion de rallumer la querelle homérique entre partisans d'une politique prohibitionniste contre l'alcoolisme et défenseurs des terroirs viticoles. Contre l'avis du gouvernement, ce dernier camp a gagné en obtenant un assouplissement de la loi Evin, soit une distinction entre activités de promotion et de publicité et information sur l'environnement culturel et touristique des territoires de production. Le combat sur les « salles de shoot » n'a en revanche pas eu lieu : elles seront autorisées dans les grandes villes.

### Une définition pour le spécialiste

Le titre 2, intitulé « faciliter au quotidien les parcours de santé », a pour ambition de favoriser la coordination interprofessionnelle, une coopération plus efficace entre ville et hôpital et l'émergence de solutions de santé au plan local portées par les professionnels. Certains articles

précisent ainsi la définition des équipes de soins primaires, sans leur conférer le statut de personne morale. Et c'est à l'initiative des syndicats médicaux, dont en premier lieu la CSMF, qu'il reviendra aux professionnels de terrain d'édifier des « communautés professionnelles territoriales de santé ». Cette communauté aura pour mission d'élaborer un projet de santé et de conclure un contrat territorial de santé avec l'ARS. On notera également que sous l'influence de la CSMF, la loi s'attarde finalement sur le métier de spécialiste. L'article 12 ter A stipule en effet que le médecin spécialiste de premier ou de deuxième recours a pour missions « de compléter la prise en charge du patient par la réalisation d'une analyse diagnostique et thérapeutique d'expertise, la mise en œuvre du traitement approprié ainsi que le suivi des patients, de contribuer à la prévention et l'éducation pour la santé, de participer à la mission de service public de permanence des soins, de contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles, d'intervenir comme médecin correspondant en lien avec le médecin généraliste, de contribuer à la prévention des hospitalisations inutiles ou évitables. »

### L'hôpital peu impacté

L'article 14 crée une « fonction d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes. » Elle reposera sur des plateformes territoriales, qui auront vocation à orienter les choix des professionnels et des patients, afin d'optimiser les parcours, notamment avec le secteur médico-social. Côté ville-hôpital, la loi inscrit dans le marbre la lettre de liaison à la sortie de l'établissement. Mais ce sera au médecin traitant de la demander : encore une charge administrative supplémentaire ! A l'instar de l'action politique de Marisol Touraine, le texte s'avère peu contraignant pour l'hôpital. L'article 26 restaure le principe du service public hospitalier, mais supprime les missions de service public, créées par la loi HPST. Des mesures sont prises pour rééquilibrer les rôles dans les établissements, en donnant un peu plus de pouvoir aux CME.





## ►► LOI DE SANTÉ : QUATORZE MOIS... POUR QUEL RÉSULTAT ?

### Une idéologie anti-privé

Surtout, la loi confirme le parti pris idéologique de la ministre, hostile au secteur privé : les établissements du privé ne seront pas admis à participer au service public hospitalier si les praticiens pratiquent des dépassements d'honoraires. Comme l'ont fait remarquer des députés de l'opposition, la mesure est d'autant plus inique que les praticiens du public conservent la possibilité de tenir des consultations privées, sans limite en termes de dépassements d'honoraires ! Seule contrainte notable pour les établissements, ils devront obligatoirement adhérer à un groupement hospitalier de territoire. Ces dispositifs auront pour objet de « permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. » Au centre de ces groupements, ce sont les CHU qui orchestreront la manœuvre. Autant dire que la tentation de l'hospitalocentrisme restera fortement présente dans les initiatives de ces GHT.

### Le DPC encore en chantier

Avec le titre 3, « Innover pour garantir la pérennité de notre système de santé », on retrouve un catalogue de mesures disparates, dont la logique relève du « DMOS ». C'est ainsi que l'article 27 modifie une nouvelle fois le fonctionnement du DPC, en créant une Agence nationale du DPC en lieu et place de l'OGDPC. Mais rien n'est dit, bien sûr, sur les dysfonctionnements actuels d'un dispositif mal géré, insuffisamment financé et qui impose une obligation aux professionnels de santé sans leur accorder les moyens de s'y consacrer. La loi relance par ailleurs un autre « serpent de mer », le Dossier médical personnel, qui devient « partagé » et doit être déployé par l'assurance-maladie. Là encore, il semble qu'aucune leçon n'ait été tirée des erreurs de fonds qui aboutissent à la faillite de l'idée depuis plus de dix ans. L'article 30, lui, se penche sur le principe des « pratiques avancées » chez les auxiliaires médicaux. Là encore, le gouvernement avance en force, sans concertation avec les médecins, en cherchant à promouvoir des transferts d'actes à moindres frais, par

### ➤ Le PTS, version 2

Présenté le 26 novembre par Marisol Touraine, le Pacte Territoire Santé nouvelle version figure désormais dans la loi. Dans la foulée du premier plan, il confirme la montée en puissance de diverses mesures, comme le développement des stages en médecine de ville, une incitation plus forte à l'installation en zone défavorisée ou encore l'augmentation du *numerus clausus* dans les régions les plus touchées. Dix d'entre elles bénéficieront ainsi d'un nombre accru d'étudiants, soit + 6,4% en moyenne. Les maîtres de stage verront leur indemnité revalorisée et le nombre de généralistes-enseignants augmentera. L'objectif est notamment de doubler le nombre de généralistes chefs de clinique d'ici à 2017. Un portail internet d'accompagnement des professionnels sera ouvert et 40 millions d'euros devront être investis dans la télémédecine. Grâce au renforcement des aides, le ministère souhaite susciter l'installation d'environ 1000 praticiens dotés du statut de Praticien territorial de médecine général, mais également la signature de 1700 bourses dans le cadre du Contrat d'engagement de service public. Enfin, la ministre annonce plus de 1000 maisons de santé en fonctionnement en 2017. ■



Les établissements du privé ne seront pas admis à participer au service public hospitalier si les praticiens pratiquent des dépassements d'honoraires.

exemple sur la vaccination ou le renouvellement d'ordonnances. Il a dû renoncer, en avril dernier, à la possibilité d'administration de vaccins par le pharmacien. Mais la menace reste présente.

### L'étatisation confirmée

Comme le dénonce la CSMF depuis les premiers débats, la loi Touraine consacre également une reprise en main autoritaire par l'Etat du pilotage du système de santé. Une intention d'abord traduite par le « cadrage », par le ministère de la santé, du débat conventionnel avant l'ouverture des négociations. Marisol Touraine compte d'ailleurs le faire dès la mi-décembre pour la prochaine négociation prévue début 2016. Deuxième preuve d'étatisation, les pouvoirs de décision unilatéraux des ARS sont renforcés, au détriment de la démocratie sanitaire locale mais également des marges de manœuvre des CPAM, en partie dépossédées de leurs prérogatives en matière de gestion du risque. La crainte d'ARS toute-puissantes, gérant des ORDAM opposables, refait surface avec cette loi. Malgré les dénégations de la ministre de la santé, il faudra combattre avec vigueur pour que les accords conventionnels prédominent sur les contrats locaux signés par les ARS avec les professionnels, à titre individuel ou collectif.

### Démocratie sanitaire en trompe-l'œil

Enfin, la loi Touraine contient toute une série de mesures destinées à accroître les droits des patients. C'est le cas en premier lieu avec la création des actions de groupe en santé. Elles visent à permettre à des patients de se regrouper en justice en cas de dommage sanitaire provoqué par un tiers, de type amiante ou Mediator. Inspiré du modèle américain, il en sera assez éloigné dans les faits, avec une portée limitée pour les citoyens. Autre nouveauté, le « droit à l'oubli » permettra aux malades du cancer considérés comme guéris de prétendre à des assurances de crédit sans majoration ni exclusion. Mais le caractère restrictif des modalités en affaiblit fortement l'impact, au grand dam des associations. Et les représentants des malades chroniques critiquent « l'oubli du droit à l'oubli » pour les 15 millions de personnes aujourd'hui touchées. Par ailleurs, l'article 47 vise à organiser un accès élargi mais contrôlé à l'accès aux données de santé, via un Institut national des données de santé. De nombreuses voix déplorent le manque d'ambition du gouvernement à l'heure où certains pays pratiquent déjà l'open data intégral sur les données de santé et que l'accès libre est admis comme un formidable accélérateur de progrès. Enfin, la loi accroît (un peu) la place des associations d'usagers, en leur accordant des sièges dans les établissements de santé, dans certaines institutions (Comité économique des produits de santé, HAS). Mais ces timides avancées sont loin des ambitions affichées par la Stratégie nationale de santé en termes de démocratie sanitaire. ■

# CONGRÈS DE L'UNAPL

## Des libéraux acteurs du lien social

Réunis le 27 novembre, les membres de l'UNAPL ont pu faire la preuve de leur détermination, alors que le ministre de l'Economie prépare un nouveau projet de loi sur les nouvelles opportunités économiques liées à la révolution digitale.

Avec la présence de quatre ministres, dont celui de l'Economie Emmanuel Macron, plusieurs centaines de participants, le 23<sup>e</sup> Congrès de l'UNAPL marque une nouvelle dans la détermination des professions libérales à s'engager dans la modernisation de leurs métiers. Mobilisée l'an dernier avec succès contre les mesures de dérégulation d'un certain nombre de professions, l'UNAPL a mis en exergue la vitalité d'un secteur qui représente une soixantaine de professions et plus de 2 millions de salariés. Acteur majeur de l'économie nationale, le secteur des professions libérales concentre des emplois à haute valeur ajoutée, pour la plupart non délocalisables et qui participent pleinement au « mieux vivre ensemble ». Il pèse 190 milliards de chiffre d'affaires, 27,8 % des entreprises nationales et 11 % de la valeur ajoutée. Et à ce titre, il entend être reconnu à sa juste mesure dans le paysage social français. C'est le sens du message porté par son président, Michel Chassang, à l'occasion de ses discours durant ce congrès. « Des réponses doivent être apportées par les pouvoirs publics qui ne doivent pas se borner à la seule approche économique « pure et dure » en oubliant la dimension humaine qui est consubstantielle de l'exercice libéral, estimait-il, à l'adresse d'Emmanuel Macron. Nous vous demandons, Monsieur le ministre, de mettre en place les garanties et réglementations nécessaires pour protéger les consommateurs et pour éviter la « paupérisation » des salariés et des indépendants. Nous ne voulons pas de l'émergence de sous-statuts ni d'un précarité de professionnels ubérisés dans notre secteur ! Il faut notamment veiller à maintenir une parfaite égalité de traitement fiscal et social entre les entreprises de services classiques et virtuelles. »



Emmanuel Macron, Ministre de l'Économie, de l'Industrie et du Numérique et Michel Chassang, Président de l'UNAPL.

### Réduire la fracture numérique

Un an après le violent conflit qui l'a opposé aux professionnels libéraux, le ministre de l'Economie revenait en terrain plus apaisé devant les congressistes de l'UNAPL. « Nous avons eu des désaccords sur la loi de croissance, rappelait-il. Notre objectif n'était pas de déréglementer mais de changer un certain nombre de règles. Nous ne pouvons y parvenir qu'avec vous. Le climat s'est apaisé et

je m'en réjouis. Nous y avons tous intérêt, pour que notre pays et notre économie soient plus forts. » Il a détaillé les objectifs de la prochaine loi sur les opportunités économiques, estimant que les professions libérales devaient être modernisées pour prendre le tournant numérique. Il a admis que la fracture numérique reste un obstacle majeur et indiqué que tout serait fait pour la réduire. Michel Chassang, Président de l'UNAPL, a par ailleurs appelé à faciliter l'accès des entrepreneurs numériques, à alléger de nombreuses pesanteurs qui rigidifient le pilotage des entreprises libérales (dont le Code du Travail), tout en reprenant la voie de la réglementation « pour protéger les consommateurs et les libéraux des excès de « l'uberisation » de l'économie. »

### Non aux OGA agents du fisc

Dans la foulée de son congrès, l'UNAPL réagit fermement à un amendement au Projet de loi de finances rectificative, et qui envisage de transformer les Organismes de gestion agréés (OGA) en organismes de contrôle de l'activité des entreprises libérales. « Cet amendement, auquel l'UNAPL s'oppose avec la plus grande fermeté, comporte deux marqueurs de la volonté du Gouvernement de mettre en œuvre des modalités d'exception destinées à pénaliser les professionnels libéraux, note l'organisation. D'une part, les organisations professionnelles ne seraient plus consultées sur les agréments donnés à des OGA afin de laisser Bercy en décider seul. Ensuite, le régime de la vérification de la comptabilité opérée jusqu'alors par les OGA devient celui de l'« Examen Périodique de Sincérité (EPS). » Toutes les garanties de ces deux procédures, notamment le respect du principe contradictoire, la limitation de la durée du contrôle, l'assistance d'un conseil, sont écartées. « Le gouvernement entend ainsi faire des OGA des outils de contrôle fiscal, mais sans être astreints aux garanties que la loi procure au contribuable en cas de contrôle fiscal. A travers un tel dispositif, qui plus est financé par les adhérents des OGA, le Gouvernement crée un système totalement arbitraire de contrôle. »

### Des professions plébiscitées

L'UNAPL va donc se mobiliser pour combattre l'injustice de ce dispositif. Au-delà l'organisation professionnelle œuvre pour promouvoir auprès de la population les atouts de l'activité libérale, les services précieux qu'elle rend au quotidien et la forte contribution du secteur à la valeur ajoutée du pays. Comme l'illustre un sondage présenté au congrès, réalisé par Harris Interactive, 59 % des Français (70 % des moins de 35 ans) montrent une réelle appétence pour le travail indépendant, avec 43 % qui estiment qu'il permet « une vie plus agréable que le travail salarié. » 90 % affirment avoir « une bonne image » des professions libérales. 74 % d'entre eux le « conseilleraient à leurs proches ou à leurs enfants. » Mais ils ne sont pas non plus dupes sur le confort du statut : 63 % identifient de nombreuses difficultés, dont le manque de financement en début d'activité. ■

# Le bel exemple des Pays-de-Loire

Le dispositif de permanence des soins ambulatoires des Pays-de-Loire est désormais pérennisé dans la loi, grâce à l'article 44 du PLFSS 2016. Et le gouvernement souhaite que d'autres régions s'inspirent de ce modèle.



Luc Duquesnel,  
Président de l'UNOF-CSMF

C'est un projet porté conjointement par les médecins généralistes libéraux et l'ARS, et qui peut devenir un exemple à suivre pour les autres régions. En Pays-de-Loire, une fois n'est pas coutume, l'ARS aura su bâtir un dispositif de Permanence des soins ambulatoire viable, et en acceptant de faire confiance à la capacité des médecins libéraux de s'organiser eux-mêmes. « C'est une initiative que nous avons lancée en 2009, déjà discutée avec l'URCAM et que l'ARS a accepté de reprendre à son compte en poursuivant la discussion avec nous, explique Luc

Duquesnel, président de l'UNOF-CSMF et médecin généraliste en Mayenne. *Le principe est simple : il s'agit d'une enveloppe globale annuelle, répartie entre les quatre départements participants, et permettant de rémunérer à un niveau attractif les activités de régulation téléphonique et les astreintes des médecins effecteurs, mais également les actes médicaux réalisés lors des gardes.* » Aujourd'hui, le dispositif est non seulement pérennisé pour 2016, mais il est inscrit dans le PLFSS 2016, dans l'article 44. Les parlementaires ont voté cet article sans le discuter. Et désormais, il propose aux régions qui le souhaitent d'adopter le même modèle.

## 10% de participants en plus

Dans l'exposé des motifs, le gouvernement met en avant les avantages de l'expérience menée en Pays-de-Loire. « Elle répond au double objectif d'inciter les médecins à participer davantage à la PDSA et, par le biais d'une meilleure régulation, de limiter les actes inutiles. » De fait, comme il le note, « le taux de participation des praticiens à la PDSA a été augmenté de 10% en quatre ans. » Grâce à une enveloppe annuelle de 16,3 millions d'euros, maintenue durant l'expérimentation, les objectifs atteints sont probants. Le nombre de secteurs de garde est passé de 96 en 2008 à 50 en 2014. 34 Maisons médicales de garde ont été ouvertes, une par secteur en Loire-Atlantique, Mayenne, Maine-et-Loire. Le volume d'heures de régulation s'est accru de 10%, le nombre de régulateurs supplémentaires de 9%. Et la formation a été renforcée, de même que la qualité des pratiques s'est stabilisée. Enfin, on comptait 1603 effecteurs en 2011, contre 1729 en 2014, soit une hausse de 8%.

## Les ADOPS à la manœuvre

« Le secret de cette réussite, c'est que l'ARS a accepté de laisser les médecins s'organiser eux-mêmes, en créant des dispositifs adaptés aux spécificités des départements et aux choix des praticiens, analyse Luc Duquesnel. Dans chaque département, ce sont les ADOPS qui établissent les règles de fonctionnement en accord avec les ARS et en prenant en compte les besoins de la population de ces départements. Aujourd'hui, il n'y a plus de carences de la PDS-A, et il n'y a plus de recours aux réquisitions. » Certains départements ont opté pour le concept de « médecins mobiles » (Loire-Atlantique et Vendée), tandis que d'autres ont misé sur le déplacement des patients vers les maisons médicales de garde. Selon les calculs de l'ARS, le coût moyen par habitant de la PDS-A est de 4,43 euros par habitant en 2014, soit nettement inférieure à la moyenne nationale (6,05 euros en 2011).

## 4 C de l'heure pour la régulation

Pour les médecins engagés, le dispositif est attractif. « En Mayenne, la régulation est rémunérée 4 C de l'heure, et l'astreinte est payée de 400 à 450 euros par tranche de douze heures, témoigne Luc Duquesnel. Il a été possible de dégager les budgets nécessaires grâce à la réduction du nombre de secteurs de garde et une régulation performante. » Pour les actes effectués lors de ces gardes, les montants sont de l'ordre de 50 à 70 euros. Et le dispositif innove également avec la transmission par fax d'ordonnances à la pharmacie de garde, après entretien téléphonique. « En Mayenne, 10% des appels se sont conclus par la transmission d'une ordonnance aux pharmaciens de garde », précise Luc Duquesnel.

## Pérenniser un budget

Dans quelle mesure l'expérience sera-t-elle reproductible dans d'autres régions ? « Le pré-requis pour un tel déploiement, c'est d'abord de pouvoir négocier avec l'ARS une enveloppe budgétaire suffisante et pérenne dans le temps, explique Luc Duquesnel. Or, comme on le sait, les attitudes des ARS sont variables d'une région à l'autre par rapport à ce sujet souvent polémique. » La PDSA est financée sur le Fonds d'intervention régional (FIR), dont le montant est certes revalorisé chaque année, mais qui doit servir à de nombreuses missions. Pour faire fonctionner le dispositif, le niveau de budget doit être en mesure de bien financer à la fois la régulation, les astreintes et les actes. Dès lors, il faudra que la PDS-A soit au cœur des stratégies de l'offre de soins, dans les nouvelles grandes régions élues mi-décembre. ■



# “ PIERRE-PAUL SCHLEGEL, MÉDECIN GÉNÉRALISTE À KINGERSHEIM, PRÉSIDENT DE L'URPS ALSACE SORTANTE

*Il s'agira de jouer « gagnant gagnant »*

La fusion avec la Lorraine et la Champagne-Ardenne n'enthousiasme pas vraiment Pierre-Paul Schlegel. Pour le président de l'URPS Alsace sortante, il faudra veiller à préserver l'équilibre entre les trois régions.

**La loi santé est en passe d'être définitivement adoptée. Comment désormais s'opposer à sa mise en œuvre ?**

**Pierre-Paul Schlegel :** *Nous avons presque tout essayé. Nous avons fait le maximum, mais les événements du 13 novembre nous ont bloqués. Nos moyens de pression sont aujourd'hui très réduits. La ministre de la Santé a profité de la situation pour faire passer très rapidement un texte que nous combattons fermement. Toutes les modifications apportées par le Sénat ont été retoquées et nous en sommes revenus au texte initial. La ministre de la Santé a voulu faire preuve de volonté politique et a voulu montrer qu'elle ne plierait pas.*

*Maintenant, il y aura les décrets d'application et nous essaierons de peser sur la mise en œuvre de cette loi, catastrophique pour la médecine libérale.*

**Comment se présente aujourd'hui la fusion entre les trois régions, Alsace, Lorraine, Champagne-Ardenne, au plan de l'organisation des soins ?**

**Pierre-Paul Schlegel :** *Nous avons en Alsace-Moselle un dispositif d'assurance maladie complémentaire obligatoire pour tous les salariés auquel la population tient beaucoup. Nous ne voulons pas perdre cette particularité.*

*Le dispositif sanitaire des deux autres régions ne nous impactera pas beaucoup. L'Alsace dispose d'une démographie médicale parmi les meilleures de France et d'un système hospitalier qui n'a rien à envier aux autres. Nous avons de gros établissements de soins, tant publics que privés. Je ne vous surprendrai donc pas en vous disant que nous ne sommes pas très enthousiastes à l'idée de*



**“ L'équilibre entre les trois régions ne sera pas facile à trouver, car il ne faudra défavoriser aucune des trois régions et respecter leurs particularités. ”**

*cette fusion. Mais nous devons nous plier à cette situation. Il s'agira de jouer « gagnant gagnant ».*

**Ne craignez-vous pas que les ressources affectées à l'Alsace soient désormais « pompées » par les deux autres régions ?**

**Pierre-Paul Schlegel :** *L'équilibre entre les trois régions ne sera pas facile à trouver, car il ne faudra défavoriser aucune des trois régions et respecter leurs particularités tant au plan de la démographie qu'au plan de l'économie. Je le redis, il faudra jouer « gagnant gagnant ». A charge pour nous de défendre nos dossiers face à l'ARS et de défendre les intérêts des médecins libéraux.*

**La CARMF a désormais un nouveau président. Qu'attendez-vous de la nouvelle équipe en place ?**

**Pierre-Paul Schlegel :** *Le problème est de savoir si, oui ou non, on base le dispositif de retraite sur le principe de la solidarité intergénérationnelle et la répartition ou si on reste sur l'idéologie prônée par le Dr Maudrux. Au départ, « SOS retraite » consistait à remplacer la retraite par répartition par un dispositif de capitalisation, en commençant par supprimer l'ASV, régime auquel les autorités n'ont jamais permis de constituer des réserves. Je veux bien que l'on supprime l'ASV, mais alors que l'on nous redonne notre liberté tarifaire ! Je me demande quel gouvernement serait prêt à l'accepter ! Pour ma part,*

*je reste favorable à la solidarité intergénérationnelle. J'espère que la nouvelle équipe de la CARMF maintiendra cette orientation, ce qui n'empêche pas chacun de se constituer un quatrième pilier de retraite personnelle que nous recommandons. ■*



## Quel sens donner au silence de l'Ordre ?

C'est une véritable révolution administrative, qui est au cœur du **choc de simplification** voulu par le Président de la République et annoncé en 2013. Parmi les 200 mesures qui concernent les entreprises, les particuliers et l'administration, il y a l'emblématique **principe du « silence vaut acceptation »**, entré en application le 12 novembre 2014 et qui dispose que le silence gardé pendant deux mois sur une demande vaut acceptation. Il concerne plus de 1 200 procédures de la vie quotidienne, soit près des 2/3 des régimes d'autorisation et se substitue à la règle du "silence vaut rejet", vieille de 150 ans. Désormais, c'est l'absence de réponse de l'administration qui est créatrice de droits. C'est une avancée importante dans les relations entre les Français et leur administration, et depuis le 12 novembre 2015, elle s'applique également aux collectivités territoriales et aux organismes de sécurité sociale.

Mais cette révolution est nuancée par un **grand nombre d'exceptions**. On en dénombre 700 au total. De manière générale ces dérogations s'appuient sur des motifs tenant à l'objet de la décision ou sur des motifs de bonne administration et plus précisément dans certains cas sur *"le respect des engagements internationaux et européens de la France, la protection de la sécurité nationale, la protection des libertés et des principes à valeur constitutionnelle et la sauvegarde de l'ordre public"*.

Ainsi sont parus au journal officiel du 11 novembre 2015, deux décrets du 10 novembre 2015 (n°2015-1457 et 2015-1458) qui précisent pour **plusieurs ordres professionnels dans le domaine de la santé**, et notamment l'ordre des médecins, **les situations dans lesquelles il existe une dérogation à ce principe**, soit que le silence soit considéré comme valant décision implicite de rejet, soit que la durée au terme duquel l'autorisation est accordée soit allongée.

### Quand le silence vaut acceptation Le premier décret liste les demandes pour lesquelles le silence de l'ordre vaut acceptation après un délai de trois mois.

- Autorisation d'une SEL de chirurgiens-dentistes à exercer son activité sur un ou plusieurs sites distincts de la résidence professionnelle commune de ses membres ;
- Autorisation d'une SEL de sages-femmes à créer ou maintenir un cabinet secondaire ;
- Autorisation des membres d'une SCP de médecins et de chirurgiens-dentistes à exercer dans un ou plusieurs cabinets secondaires l'une ou plusieurs des disciplines pratiquées par ses membres ;
- Dérogation pour permettre au médecin remplacé d'exercer une activité médicale libérale ;

- Autorisation d'un chirurgien-dentiste à exercer sur un ou plusieurs sites distincts ;
- Autorisation d'un chirurgien-dentiste à assurer le fonctionnement d'un cabinet après le décès d'un confrère ;
- Autorisation d'ouverture d'un ou de plusieurs lieux d'exercice distincts de la résidence professionnelle du masseur-kinésithérapeute.



Il précise également que le silence de deux mois vaut rejet pour les procédures suivantes :

- Autorisation d'un étudiant à remplacer un médecin ;
- Autorisation d'un étudiant à remplacer un chirurgien-dentiste ;
- Autorisation d'un étudiant à remplacer une sage-femme ;
- Délivrance d'un certificat attestant qu'un étudiant en pharmacie respecte les conditions pour effectuer un remplacement ;
- Délivrance d'un certificat attestant qu'un étudiant en pharmacie peut effectuer un remplacement en pharmacie à usage intérieur.

### Quand le silence vaut rejet Le second décret porte uniquement sur des situations où le silence vaut rejet

Délais à l'expiration duquel la décision de rejet est acquise :

- 2 mois, pour la délivrance d'une attestation justifiant que les conditions requises pour être habilité en tant que médecin relais sont remplies (ce sont les médecins habilités à procéder au suivi des mesures d'injonction thérapeutique) ;
- 4 mois, pour une demande de relèvement d'une décision de radiation du tableau de l'ordre des pharmaciens ;
- 1 an, pour une obtention de la qualification de médecin spécialiste ;
- 4 mois pour l'obtention de la qualification en biologie médicale d'un pharmacien ;
- Un an, pour l'autorisation d'un médecin à étendre son droit d'exercice dans une spécialité non qualifiante ;
- 6 mois, pour une obtention de la qualification de chirurgien-dentiste spécialiste.

Ces décrets s'appliquent aux demandes présentées par les professionnels à compter du 12 novembre 2015 (sauf pour la délivrance d'un certificat attestant qu'un étudiant en pharmacie respecte les conditions pour effectuer un remplacement en pharmacie à usage intérieur pour lequel le texte s'appliquera au 1<sup>er</sup> septembre 2016). ■

# CHRISTIAN MICHEL ARNAUD, ANESTHÉSISTE À BAYONNE, VICE-PRÉSIDENT DE L'UMESPE

« Construire un projet alternatif »

Anesthésiste à Bayonne, Christian Michel Arnaud est aussi vice-président de l'UMESPE. La CSMF, dit-il, a tous les atouts pour bâtir un projet d'avenir.

**Quels projets mener pour présenter une alternative aux groupements hospitaliers de territoire ?**

**Christian Michel Arnaud :** Je suis persuadé qu'il faut offrir une alternative libérale qui permette de prendre en charge la totalité du parcours de soins du patient. Les libéraux sont les seuls à pouvoir offrir les différents maillons de ce parcours. Nous devons être capables de mettre en place une organisation permettant au patient d'être suivi, du médecin généraliste à l'établissement de soins en passant par les spécialistes en ambulatoire. Puisque, politiquement, le discours est à une prise en charge en ville du patient, les libéraux doivent être mobilisés. Nous devons mettre en place une organisation qui ne soit pas placée sous l'égide de l'hôpital. Nous travaillons à l'UMESPE à un projet qui intéressera la nouvelle convention, mais préparera les années à venir.

**Quelle place pour la médecine spécialisée de proximité ?**

**Christian Michel Arnaud :** Le terme de « proximité » me gêne un peu. Le patient qui parcourt 30 kilomètres pour faire ses courses à l'hypermarché peut se déplacer pour consulter un spécialiste. Je pense que la médecine spécialisée aura besoin de se regrouper pour proposer un plateau technique, mais aussi un suivi des patients et une permanence des soins. Mieux vaut un cabinet de spécialistes capables d'offrir un service 24 heures sur 24 plutôt qu'une multitude de cabinets isolés. L'intérêt de ce regroupement est cette continuité de prise en charge. C'est une réponse à construire pour faire face aux groupements hospitaliers de territoire. L'hôpital accueille les patients 24 heures sur 24, les libéraux disposent d'un maillage territorial, mais ils doivent offrir une réponse plus ample dans les horaires. Il y aura donc un travail à faire sur la valorisation de ces permanences de soins.



« Mieux vaut un cabinet de spécialistes capables d'offrir un service 24 heures sur 24 plutôt qu'une multitude de cabinets isolés. »

**Comment se présente aujourd'hui la fusion des trois régions, Aquitaine, Limousin, Poitou-Charentes, en ce qui concerne l'organisation des soins. N'y a-t-il pas un risque que Bordeaux accapare les ressources ?**

**Christian Michel Arnaud :** Dans cette grande région qu'est l'Aquitaine, les choses se sont toujours bien passées. J'exerce au Pays Basque et je dois dire que je n'ai jamais eu l'impression d'être abandonné par Bordeaux. La prééminence de Bordeaux n'a jamais lésé les autres préfectures de la région. Je ne vois pas pourquoi il y aurait un problème avec cette nouvelle région. Poitiers n'est pas plus loin de Bordeaux que ne le sont Bayonne ou Pau. Ce qui s'est fait en Aquitaine peut être transposé à la grande région, d'autant qu'il y aura des pôles en Limousin et en Poitou-Charentes. Cela dit, on ne pourra pas se passer d'une représentation à Poitiers et à Limoges. Il faudra des relais. Mais je n'ai pas trop d'inquiétudes. Certes Bordeaux sera la capitale de la région, mais je ne vois pas quelle autre ville pourrait prendre sa place.

**Quelles doivent être désormais les priorités de la CSMF ?**

**Christian Michel Arnaud :** La CSMF devra, en un premier temps, se centrer sur la convention. Mais elle devra également préparer un projet libéral alternatif à l'hôpital public. Il y va de la survie de la médecine libérale, en particulier de la médecine libérale spécialisée. La loi santé manifeste une volonté de détruire cette médecine libérale spécialisée. Le rôle de l'UMESPE est de montrer son importance, tant en médecine ambulatoire qu'en établissement. La médecine libérale est la seule capable de traiter une majorité de patients à des tarifs extrêmement compétitifs. Comme le politique se prononce pour une prise en charge en ambulatoire, nous avons un créneau à développer et nous avons d'ailleurs une longueur d'avance. La CSMF dispose de toutes les composantes de la filière de soins. ■



# Face à la nouvelle donne de la loi

Réunie quelque temps avant l'adoption définitive de la loi Santé, la XX<sup>ème</sup> Conférence nationale des présidents de commission médicale d'établissement de l'hospitalisation privée a été consacrée à la place des établissements privés dans la territorialité.

Tels qu'ils se profilent, les groupements hospitaliers de territoire (GHT) instaurés par la loi ne peuvent qu'inquiéter les médecins libéraux et les établissements de soins privés. Comme l'explique Jean-Luc Baron, le président de la conférence des CME privées, ils craignent qu'il y ait une relation quasi-exclusive entre les GHT et le service public hospitalier, puisque l'article 26 de la loi

exclut de ce service public les établissements où les praticiens exercent en secteur 2. Du coup, les missions de service public risquent d'être toutes dévolues au secteur public, alors même que les établissements de soins privés, comme ils en ont fait déjà la preuve, sont aptes et désireux de les assumer.



## PERTINENCE DES ACTES

# Et une nouvelle instance, encore une !

Paru au JO du 21 novembre 2015, le décret N°2015-1510 du 19 novembre 2015 relatif à la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé, instaure une nouvelle instance régionale, chargée de « l'amélioration de la pertinence des soins ». Les membres de cette instance seront « démocratiquement » désignés par le directeur de l'agence régionale de santé (DARS). Elle sera consultée sur le projet de plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins. Ce plan, arrêté, après avis de la commission régionale de gestion du risque, revêt une grande importance pour les établissements de soins, puisque, outre un diagnostic de la situation régionale et les actions à mener dans le domaine de la pertinence des soins, il élabore les critères qui permettront de « cibler » les établissements qui s'éloigneraient des moyennes régionales en ce qui concerne le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions, ou qui auraient une proportion élevée d'actes, prestations ou prescriptions non conformes aux référentiels de la Haute autorité de santé.

Le DARS soumet à chaque établissement de santé ainsi « ciblé » un contrat tripartite d'amélioration de la pertinence des soins, comportant des objectifs destinés à améliorer la qualité des actes, des prestations, etc, et

des objectifs de réduction du nombre des actes, prestations, prescriptions. Le représentant de l'établissement de santé dispose d'un mois pour faire part de ses remarques ou conclure le contrat. Si l'établissement n'a pas conclu de contrat, le DARS peut prononcer une pénalité à l'encontre de l'établissement. Le contrat fait l'objet d'une évaluation, qui, si elle n'est pas concluante, peut valoir à l'établissement de faire l'objet d'une procédure de mise sous accord préalable.

Le décret appelle plusieurs commentaires. D'une part, la nouvelle commission « d'amélioration de la pertinence des soins » comportera au mieux un représentant de médecins exerçant en établissement privé et un représentant d'URPS (mais le décret ne précise pas s'il s'agit de l'URPS de médecins libéraux). D'autre part, le décret précise que le plan d'actions pluriannuel d'amélioration de la pertinence des soins est préparé, suivi, et évalué par la commission régionale de gestion du risque. La nouvelle commission n'aura qu'un rôle « consultatif » des plus modestes. En réalité, comme le relève Jean-Luc Baron, le diagnostic est réalisé par le payeur et le régulateur. Et la procédure contradictoire est réduite à sa plus simple expression. ■

## Questions autour des groupements hospitaliers de territoire

La Conférence des CME n'a pu que regretter « le dogmatisme » du gouvernement qui, de surcroît, a fait passer en hâte l'examen de son projet de loi. Certes, elle n'est nullement contre une « réorganisation de l'hospitalisation publique et une amélioration de son efficacité », comme l'a rappelé Jean-Luc Baron, mais elle s'interroge sur ses modalités et ses conséquences. En effet, la réorganisation de l'hôpital public risque d'entraîner un « redéploiement de personnels vers le territoire », pour en faire les « coordinateurs » des parcours de soins. Ne connaissant que l'hôpital, ces coordinateurs pourraient devenir des rabatteurs au profit de ce dernier et aux dépens des cliniques.

La deuxième inquiétude porte sur le projet médical commun au sein du groupement hospitalier de territoire, projet qui risque d'être autocentré et non ouvert sur le territoire. Jean-Luc Baron redoute que la collaboration se fasse entre les différents hôpitaux, autour du CHU et non avec la médecine de ville. « Cela va être compliqué de collaborer avec les CHU », poursuit le président de la Conférence des CME privées. Il en veut pour preuve le

repli des hôpitaux sur leur propre système d'informations, refusant d'améliorer son interopérabilité avec le privé. C'est la troisième inquiétude : cette volonté d'hégémonie.

## De nouvelles organisations à construire

Quelle sera la place de l'hospitalisation privée dans ce nouveau paysage ? Très vraisemblablement celle qu'elle prendra en construisant de nouvelles organisations. Jean-Luc Baron en cite trois exemples (voir aussi son interview ci-contre) qui montrent la vitalité, la fluidité et la capacité d'adaptation du secteur privé et de la médecine ambulatoire. C'est ce à quoi travaille la CSMF et chacune de leur composantes, l'UMESPE avec son projet d'entreprise médicale (voir aussi à ce sujet l'interview de Christian-Michel Arnaud) et l'UNOF. C'est ainsi par exemple qu'en Bretagne et dans le Languedoc Roussillon, les professionnels libéraux ont travaillé sur le parcours de soins en chirurgie ambulatoire. Il en a résulté un modèle de « circuit ascendant » dans l'utilisation des systèmes d'information, alimentées par les médecins libéraux et accessibles à tous les acteurs de soins autour du patient, y compris bien sûr à l'hôpital... Car, c'est aussi une caractéristique des libéraux, leur absence de sectarisme. ■



## JEAN-LUC BARON, CHIRURGIEN PLASTICIEN À MONTPELLIER



### « Concurrencer les groupements hospitaliers de territoire »

#### En quoi consiste l'expérimentation « Montpellier Institut du sein » ?

Ce n'est plus une expérimentation. Sa mise en place remonte à 2011. Dans le prolongement des travaux de la CSMF initiés en 2008 sur la notion « d'entreprise médicale », Plusieurs séminaires ont été consacrés à ce sujet. En Languedoc-Roussillon et en Rhône-Alpes, nous avons travaillé sur une étude de faisabilité de l'entreprise médicale avec le Graphos (Université LYON III), sur les valeurs à mettre en avant et sur les contraintes à surmonter. Ce n'est donc pas un

hasard si le MIS s'est développé en Languedoc-Roussillon et si une cinquantaine de spécialistes libéraux de Montpellier et des environs se sont entendus pour organiser le parcours de soins sur un territoire donné autour d'une pathologie donnée, en l'occurrence le cancer du sein. Ils se sont constitués en association de loi 1901 à laquelle les praticiens intéressés versent une adhésion de 1200 euros par an, ce qui suppose de leur part un engagement non négligeable. Ils ont cherché des compléments budgétaires auprès de l'Europe. L'URPS du Languedoc-Roussillon les a également accompagnés. Ils ont passé un accord avec le groupe Oc santé qui a mis à leur disposition des locaux.

Depuis, l'expérimentation, également soutenue par l'INCA, a fait son chemin. L'ARS l'a fait entrer dans son programme de parcours de soins. La file de patientes a augmenté chaque année pour atteindre aujourd'hui 700 patientes par an. Le MIS a formé des infirmières référentes réparties sur le territoire afin de répondre aux questions des infirmières qui suivent des patientes. L'association a négocié avec la CPAM pour que les femmes atteintes d'un cancer du sein puissent faire du sport. Elle s'est lancée dans le dépistage du cancer du sein, « dépiste tes copines ». Elle a organisé un congrès autour du thème « Hérité et cancer » et un autre est en préparation sur « Travail et cancer ».

A côté, l'association a fondé une petite entreprise pour aider les groupes intéressés à monter leur propre structure.

Ce n'est donc plus une expérimentation, mais c'est une vraie entreprise médicale.

#### Est-ce généralisable ?

Cela peut certainement être reproduit. On peut très bien imaginer la même organisation pour la prise en charge d'autres cancers. Elle peut même s'appliquer à l'orthopédie pour offrir un panel de soins très spécialisés et des services transversaux. En réalité, pareille entreprise est une société de services qui s'appuie sur un ou plusieurs plateaux techniques.

Certains établissements ont craint un moment que les médecins veuillent récupérer les autorisations d'activité. Pas du tout. En revanche, cela permet aux établissements de soins de travailler avec des praticiens organisés sur le territoire.

D'autres entreprises ont fait leur preuve. Le Dr Perchicot dans le Sud Lubéron a fédéré l'ensemble des cardiologues pour travailler à la fois avec les établissements privés et publics.

Un autre modèle d'organisation est plus axé sur le système d'informations. Ainsi, dans les zones rurales, la chirurgie ambulatoire se développe assez peu du fait du peu de communication entre les médecins spécialistes, les médecins généralistes, les pharmaciens et les paramédicaux. Nous avons développé une plateforme d'échanges d'informations, permettant au médecin généraliste de mettre à la disposition à l'ensemble des acteurs de soins toutes les informations nécessaires à la prise en charge d'un patient, et de les échanger. Ainsi, le cas échéant, l'anesthésiste peut récupérer les informations en temps réel concernant un patient (volet médical de synthèse). L'originalité de cette plateforme est qu'elle part du médecin généraliste, ou d'une MSP. C'est une alternative aux systèmes informatiques actuels descendants hospitalo-centrés.

#### Y a-t-il urgence à développer pareilles entreprises libérales ?

Oui. Si les médecins libéraux en restent à un niveau d'organisation trop individuel, ils sont morts, car ils perdront la maîtrise de leur organisation. Nous devons nous trouver en capacité de concurrencer et négocier avec les futurs groupements hospitaliers de territoire. De plus, cela répond à une attente des jeunes qui veulent travailler dans une structure où ils seront encadrés et pourront faire carrière sans être cantonnés à une seule mission. ■



# Les chiffres de la MACSF-Le Sou Médical

**Assureur des professionnels de santé en responsabilité civile professionnelle, la MACSF-Le Sou Médical, vient de rendre son rapport annuel. Une sinistralité légèrement à la baisse chez les médecins, des litiges mettant en cause plusieurs professionnels de santé, une convergence entre les juridictions et les avis des commissions de conciliation et d'indemnisation... l'année 2014 confirme les tendances déjà constatées.**

Selon les séries chiffrées de la MACSF-Le Sou médical, le taux de sinistralité chez les médecins est relativement stable sur les cinq dernières années. On enregistre même une légère baisse avec un taux de sinistralité de 1,47 % contre 1,50 % en 2013. Sur dix ans, ce taux qui était de 1,82 % en 2005, a tendance à baisser régulièrement (avec une exception en 2012 où il remontait à 1,67 %). « *La sinistralité est loin d'être explosive* », commente la MACSF. Rappelons que la sinistralité est le nombre de praticiens mis en cause ou ayant fait eux-mêmes une déclaration de dommage sur 100 sociétaires. Il ne correspond pas au taux de jugements rendus et encore moins au taux de condamnations. Il est néanmoins un bon indice pour mesurer la fréquence des risques.

### Stabilité de la sinistralité

Cette sinistralité évolue selon les spécialités. Certaines spécialités sont plus exposées que d'autres. Si le nombre de sinistres déclarés est plus important chez les médecins généralistes, c'est évidemment parce que leurs effectifs sont les plus élevés, mais aussi parce que, comme l'explique la MACSF, « *cette spécialité est en première ligne quotidiennement pour la prise en charge initiale de pathologies diverses de patients de tous âges* ». Ainsi, 338 déclarations de dommage concernent un médecin généraliste, devant les chirurgiens (308), les anesthésistes réanimateurs (235) les ophtalmologistes (203), les gynécologues (92) ou encore les ORL (91). Toutefois, les médecins généralistes sont loin d'avoir le taux de sinistralité le plus élevé. Celui-ci est même en diminution, tout comme chez les cardiologues, les ophtalmologistes, les psychiatres. En revanche, la sinistralité est en augmentation chez les anesthésistes (alors qu'elle a longtemps été en décline), les chirurgiens orthopédiques, les gynécologues, les ORL et les urgentistes.

La mise en cause d'acteurs multiples dans un même sinistre est un phénomène plutôt récent qui date d'une dizaine d'années. Encore une fois, la MACSF relève des défaillances dans la communication entre professionnels intervenant dans la chaîne des soins et « *le rôle souvent primordial du médecin traitant* ». Au chapitre des risques sériels, l'assureur souligne la survenue de dossiers, « *peu nombreux, mais révélateurs de problématiques qui se confirment en 2015, notamment, les nouveaux anticoagulants et les pilules de troisième génération* ».

Toujours chez les médecins en 2014, sur les 2019 déclarations de dommages corporels, 59 ont fait l'objet d'une plainte pénale, 80 d'une plainte ordinaire, 475 d'une assignation en référé au civil ou au tribunal administratif, 607 d'une saisine d'une commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) et 798 d'une réclamation orale ou écrite.

### ➤ La MACSF à l'écoute des professionnels de santé



En 2014, la MACSF-Sou médical a couvert en responsabilité civile professionnelle 457 835 professionnels de santé (contre 435 429 en 2013), dont 137 512 médecins. Elle assure par ailleurs 222 cliniques.

Le groupe a mis en place deux hotlines ouvertes 24 H sur 24 et 7 jours sur 7. La première apporte, en amont d'une déclaration de sinistre ou d'une mise en cause, un conseil. La seconde propose une assistance psychologique pour soutenir les sociétaires mis en cause pendant la gestion d'un sinistre. ■



En ce qui concerne les indemnités les plus élevées, sans surprise, l'obstétrique vient en tête avec un total de 4 472 000 euros.

## ►► RISQUES PROFESSIONNELS : LES CHIFFRES DE LA MACSF-LE SOU MÉDICAL

### Maturité des commissions de conciliation et d'indemnisation

Concernant les CCI qui avaient fait coulé beaucoup d'encre et suscité des craintes lors de leur création par la loi Kouchner du 4 mars 2002, celles-ci font la preuve de leur maturité. « *Après dix ans de fonctionnement, reconnaît la MASCF, plusieurs exemples confirment qu'il existe aujourd'hui une véritable reconnaissance de l'analyse des CCI par les juridictions, notamment en ce qui concerne la définition de l'aléa...* » On constate « *une convergence accrue des solutions de droit entre les CCI et les juridictions qui est de nature à redonner confiance aux patients, mais aussi aux professionnels de santé, et à éviter de multiplier les procédures pour une même affaire* ». Pour la première fois en 2014, le nombre d'affaires examinées par les CCI est supérieur au nombre d'affaires tranchées par les juridictions.

Les 397 décisions de justice rendues au fond au civil et au pénal (dont 369 concernent des médecins) ont mis en cause 650 professionnels de santé. Le taux de décisions se soldant par une condamnation est en augmentation, passant de 57 % en 2013 à 65 % en 2014. Mais il faut voir dans le détail. C'est au civil que cette augmentation se

remarque : 59 % des praticiens mis en cause ont été condamnés contre 54 % en 2013. Ce taux est plus élevé dans certaines spécialités : 60 % des généralistes, 64 % des radiologues, 75 % des stomatologues, et 100 % des dermatologues mis en cause ont été condamnés.

En revanche, les plaintes au pénal ont diminué et le pourcentage de décisions de condamnation aussi : 39 % des décisions ont prononcé une condamnation en 2014 contre 42 % en 2013. Ce sont les généralistes, les urgentistes et les obstétriciens les plus visés.

Quant aux 419 avis rendus par les CCI, beaucoup se soldent par un rejet ou un avis d'incompétence, 76 imputent une faute exclusive au professionnel, 82 retiennent un aléa, 4 retiennent un partage entre aléa et faute, 15 reconnaissent une infection nosocomiale grave.

### Le poids des indemnités

Cela dit, le nombre des condamnations est une chose, le montant des indemnités octroyées aux victimes en est une autre. Le Sou médical publie une sorte de top 10 des indemnités les plus élevées par spécialité ou activité. Sans surprise, l'obstétrique vient en tête avec un total de 4 472 000 euros, devant la chirurgie (3 723 000), les cliniques (3 632 000 euros), la réanimation (3 572 000), la médecine générale (2 860 000 euros). Sur sept sinistres dépassant le million, trois concernent l'obstétrique, deux une clinique, et deux l'anesthésie-réanimation.

L'ordre est modifié si l'on ne considère que le coût indemnitaire moyen par condamné. L'obstétrique reste en tête (407 000 euros) et le fait que les sages-femmes viennent en second (222 000 euros) confirme que c'est la spécialité la plus exposée. Mais viennent ensuite la gastro-entérologie (175 000 euros), la radiothérapie (157 000 euros), l'anesthésie réanimation (155 000 euros), la chirurgie (103 000 euros).

Les sanctions pénales sont plus réduites. Elles n'en sont pas moins sévères. En 2014, 18 praticiens ont été condamnés, douze l'ont été à des peines d'emprisonnement avec sursis allant de 2 mois à 2 ans, six se sont vus infliger une amende allant de 2 000 à 40 000 euros et trois ont été interdits d'exercer pour 1 à 4 ans (les peines pouvant se cumuler). ■

### ➤ Vigilance pour 2016

*L'année 2016 risque de présenter un profil différent. En effet, comme le relève Nicolas Gombault, directeur général du Sou Médical, la loi de santé qui va entrer en vigueur introduit « l'action de groupe » qui permettra à des associations d'usagers d'agir en justice. Connue aux Etats-Unis sous le terme de « class action », cette disposition pourra concerner un producteur, un fournisseur d'un produit de santé, mais aussi un prestataire utilisateur de ce produit. Le Sou précise que ce texte pourra être applicable à des faits antérieurs à la promulgation de la loi. L'autre sujet qui lequle la MASCF-Sou médical se déclare vigilante est la redéfinition des compétences de certains professionnels de santé. ■*