



## La contribution de la CSMF au projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires »

Le 25 septembre 2008

### Note de presse

Si la CSMF est favorable à une évolution de notre système de santé rendu indispensable en raison des carences de la réforme de 2004 qui avait laissé de côté la réforme de l'hôpital et le financement de l'assurance maladie, en revanche elle redoute la mise en place d'un nouveau système étatisé qui signerait la disparition de la médecine libérale et la perte de la liberté de choix pour les patients.

La CSMF se félicite des orientations données à la réforme de l'hôpital qui permettront de l'impliquer enfin dans les efforts de maîtrise des dépenses au même titre que les médecins libéraux et d'obtenir un plus juste équilibre avec les soins de ville.

LA CSMF qui est un syndicat responsable et constructif a rencontré le cabinet de la ministre de la santé mardi 23 septembre pour formuler ses propositions afin d'améliorer la rédaction du projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » et d'en faire la grande réforme attendue.

Les différentes propositions de la CSMF, au total 9 amendements, visent, en accord avec les orientations du projet confédéral, à l'amélioration du dispositif, dans un esprit libéral et social, pour garantir un système de santé souple, capable de s'adapter pour répondre aux besoins de nos concitoyens. La CSMF souhaite que ses propositions soient retenues par le gouvernement.

## **Une organisation des soins cohérente et efficace**

Concernant les soins de 1er recours et de 2ème recours et missions du médecin généraliste, la CSMF considère que la notion d'offre de soins de « premier recours et de « second recours » n'est pas pertinente et propose de raisonner en termes de « réseaux de soins » coordonnés autour du patient tel que prévu dans le dispositif actuel du médecin traitant et du parcours de soins. Autrement dit, le médecin spécialiste de second recours peut parfaitement intervenir en premier recours dans le cadre du suivi conjoint avec le médecin traitant d'un patient atteint d'une maladie chronique. De plus, il faut tenir compte des spécialités certaines spécialités médicales (gynécologues, psychiatres, ophtalmologues) accessibles en accès direct dans le parcours de soins et des pédiatres pour les enfants de moins de 16 ans.

Par ailleurs, les missions du médecin généraliste définies dans ce texte sont très réductrices. Le rôle du médecin généraliste ne peut se limiter aux soins et au suivi des affections courantes. Fort justement ce dernier revendique de pouvoir assurer aussi le suivi conjoint avec les spécialistes concernés des maladies graves.

En matière de permanence des soins la CSMF demande le maintien du principe du volontariat des praticiens. La permanence des soins étant désormais une mission de service public, les médecins qui y participent doivent pouvoir bénéficier de la protection juridique de l'Etat quel que soit leur statut. Ainsi, cette couverture en matière de responsabilité civile ou administrative doit bénéficier aux médecins effecteurs, ainsi qu'aux médecins régulateurs, et s'agissant de ces derniers, elle concerne aussi bien les médecins régulateurs exerçant au sein des centres 15 que les médecins régulateurs exerçant au sein de centres de régulation libérale, réglementairement interconnectés au Centre 15.

La CSMF demande la suppression de la mesure de doublement du montant de l'amende infligée aux médecins qui ne défèrent pas aux réquisitions. Elle ne s'impose en rien et serait ressentie par les praticiens intéressés comme une provocation. En effet, bien qu'une amende existe déjà, le nombre de médecins qui ne répondent pas aux réquisitions reste extrêmement faible.

## **Donner plus de poids aux médecins dans les établissements**

La CSMF propose le renforcement du rôle des CME dans les établissements privés. La CSMF souhaite l'implication des médecins de l'hospitalisation privée dans les différentes étapes de développement de l'établissement, et notamment en cas de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens qui pourraient être signés avec les futures ARS.

## **Refus de soins : rétablir le bon sens et la déontologie**

La présomption de preuve du refus de soins en faveur des assurés sociaux doit être supprimée. Le patient qui allègue un refus de soins doit pouvoir avancer la preuve de sa réalité. De plus, cette disposition est en totale contradiction avec le principe déontologique qui permet au médecin de refuser un patient pour des raisons personnelles ou professionnelles et qui est d'ailleurs rappelé par l'alinéa suivant de l'article L.1110-13 du présent projet de Loi.

En outre, il n'appartient pas au directeur de la Caisse de sanctionner les médecins qui pratiquent une discrimination dans l'accès aux soins ou qui exposent les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure. En effet, ces faits sont des manquements aux règles déontologiques et doivent relever du champ du Conseil de l'Ordre.

## **ARS : Eviter l'étatisation, garantir la convention nationale, préserver la médecine libérale**

La CSMF cherche à maintenir un système souple à l'occasion de la déconcentration organisé autour du patient. Tout le contraire de l'étatisation.

La mise en place d'un schéma d'organisation des soins ambulatoires, même non opposable dans un premier temps, débouchera à terme sur la suppression de la liberté d'installation pour les professionnels et du libre choix pour les patients. Une prise en charge opérationnelle exige un système libéral souple et non pas rigide. C'est pourquoi, la CSMF demande la suppression des SROSS ambulatoires du projet de loi.

Le contrat individuel, proposé par l'ARS aux professionnels de santé libéraux, doit impérativement être conforme à un contrat type national négocié entre les partenaires conventionnels. En l'absence de contrat type national, aucun contrat individuel ne saurait être signé, sous peine de contourner le système conventionnel national.

L'ARS n'a pas à déterminer les rémunérations des professionnels de santé participant à la permanence des soins qui sont fixées conventionnellement et nationalement par l'avenant n°4 de la Convention et qui ne peuvent être différents d'une région à l'autre.

Afin éviter toute balkanisation d'une profession déjà trop divisée, les médecins doivent avoir un collège unique regroupant l'ensemble des spécialités, y compris la médecine générale, et modes d'exercice.

D'autre part, les missions des unions professionnelles doivent rester du domaine technique et être exclusivement celles fixées par les Conventions nationales. La contractualisation avec les ARS doit rester du domaine syndical.

Enfin, il est nécessaire de laisser la mission de recueil des informations issues du codage des actes aux Unions Régionales Professionnelles de Médecins.

### **Développer les stages en milieu libéral et laisser la FMC à la profession**

Au chapitre de la formation médicale initiale, la CSMF demande le développement des stages en établissements privés et en cabinets médicaux de ville qui constituent des lieux privilégiés d'apprentissage et de confrontation d'expériences professionnelles qui permettent de mieux faire connaître l'exercice libéral aux étudiants en médecine.

Pour la FMC, le rôle d'agrément des organismes doit être ajouté aux missions du CNFMC. Le maintien des organismes agréés est garant de la qualité des actions et des programmes dispensés. La représentation au sein de l'organisme gestionnaire de la formation continue doit être le reflet de la représentation syndicale



# Les amendements proposés par la CSMF au projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires »

24 septembre 2008

## **Amendement n°1 : Renforcement du rôle des CME dans les établissements privés**

### ***Article n°2 : Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens***

- Lorsque l'avis de la CME est prévu par les textes, l'établissement de santé doit automatiquement joindre à ses demandes ou d'annexer aux conventions conclues, l'avis de la CME.
- Aucun développement d'un établissement de santé privé ne peut se faire sans que soient impliqués et associés les praticiens y exerçant régulièrement et liés contractuellement.
- Le renforcement du rôle de la CME implique de la doter de la **personnalité morale** et de prévoir l'élaboration d'un règlement intérieur précisant ses modalités essentielles de représentation et de fonctionnement dans des conditions qui devront être précisées par voie réglementaire.

## **Amendement n°2 : Soins de 1<sup>er</sup> recours et de 2<sup>ème</sup> recours et Missions du médecin généraliste**

### ***Article n° 14 Définition de l'organisation de l'offre de soins en niveaux de recours, en fonction des besoins de santé de la population.***

Pour l'exercice médical, la notion d'offre de soins de « premier recours et de « second recours » n'est pas pertinente dans le schéma de l'organisation des soins. En effet, il convient mieux de raisonner en terme de « réseaux de soins » coordonnés autour du patient tel que prévu dans le dispositif actuel du médecin traitant et du parcours de soins.

Autrement dit, le médecin spécialiste de second recours peut parfaitement intervenir en premier recours dans le cadre du suivi conjoint avec le médecin traitant d'un patient atteint d'une maladie chronique.

D'autre part, des exceptions sont prévues dans le dispositif actuel pour certaines spécialités médicales (gynécologues, psychiatres, ophtalmologues) et pour les enfants de moins de 16 ans.

**Le rôle du médecin généraliste ne peut se limiter aux soins et au suivi des affections courantes.** Les médecins généralistes revendiquent le suivi conjoint avec les spécialistes et l'hôpital des maladies graves.

### **Amendement n°3 : Stages en milieu libéral**

***Article n°15 Formation médicale initiale : régulation territoriale de la démographie médicale par le numérus clausus de première année, la répartition des postes d'internes par spécialité, la mise en place d'un post internat et mise à jour des contenus des formations médicales***

Afin de mieux faire connaître l'exercice libéral aux étudiants en médecine, il est nécessaire de développer les **stages en établissements privés et en cabinets médicaux de ville** qui constituent des lieux privilégiés d'apprentissage et de confrontation d'expériences professionnelles, incitatives à un exercice ambulatoire, notamment dans les régions sous médicalisées.

### **Amendement n°4 : PDS**

***Article n°16 : Organisation et gestion de la permanence des soins ambulatoire***

- Si la permanence des soins est une mission de service public, elle doit rester basée sur le **volontariat** des praticiens. Poser ce principe dans la partie législative du Code de la santé publique, et non uniquement dans la partie réglementaire, renforce le caractère du volontariat de la permanence des soins.
- La permanence des soins étant désormais une mission de service public, les médecins qui y participent doivent pouvoir bénéficier de la **protection juridique de l'Etat** quel que soit leur statut. Ainsi, cette couverture en matière de responsabilité civile ou administrative doit bénéficier aux médecins effecteurs, ainsi qu'aux médecins régulateurs, et s'agissant de ces derniers, elle concerne aussi bien les médecins régulateurs exerçant au sein des centres 15 que les médecins régulateurs exerçant au sein de centres de régulation libérale, réglementairement interconnectés au Centre 15.
- Le **doublage du montant de l'amende infligée aux médecins qui ne défèrent pas aux réquisitions doit être supprimé.** Cette amende

existe déjà et le nombre de médecins qui ne défèrent pas aux réquisitions reste extrêmement faible. Le montant de l'amende fixé par le 2° de l'article L.4163-7 du Code de la santé publique est donc suffisant et le doubler serait vécu par les praticiens intéressés comme une provocation.

**Amendement n°5 : Présomption de preuve en cas de refus de soins  
Sanctions et Ordre  
Publication des sanctions dans la presse**

***Article 18 : Limitation des refus de soins par les médecins et dentistes***

**La présomption de preuve du refus de soins en faveur des assurés sociaux doit être supprimée.** Le patient qui allègue un refus de soins doit pouvoir avancer la preuve de sa réalité. De plus, cette disposition est en totale contradiction avec le principe déontologique qui permet au médecin de refuser un patient pour des raisons personnelles ou professionnelles et qui est d'ailleurs rappelé par l'alinéa suivant de l'article L.1110-13 du présent projet de Loi.

En outre, il n'appartient pas au directeur de la Caisse de sanctionner les médecins qui pratiquent une discrimination dans l'accès aux soins ou qui exposent les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure. En effet, ces faits sont des manquements aux règles déontologiques et doivent **relever du champ du Conseil de l'Ordre.**

Enfin, les sanctions prononcées par le directeur de la Caisse à l'article L.162-1-14-1 **ne doivent pas être rendues publiques dans la presse**, par risque d'un préjudice disproportionné. Cette sanction supplémentaire qui s'apparente à une double peine ne doit être réservée qu'aux juridictions de droit commun et après épuisement de toutes les voies de recours.

**Amendement n°6 : FMC**

***Article n°19 : Formation continue des professions médicales, pharmaciens, auxiliaires de santé et préparateurs en pharmacie***

**Le rôle d'agrément des organismes** doit être ajouté aux missions du CNFMC. Le maintien des organismes agréés est garant de la qualité des actions et des programmes dispensés. Leur bilan d'activité est essentiel à l'élaboration du rapport annuel.

La participation des représentants de la HAS, de l'UNCAM et des usagers peut se révéler utile, mais exclusivement **avec voix consultative.**

Enfin, la représentation au sein de l'organisme gestionnaire de la formation continue doit être le reflet de la représentation syndicale

**Amendement n°7 : SROSS ambulatoire**

***Article 25 : Agences régionales de santé - Sous-section 2 : Schéma régional d'organisation des soins***

Pour l'exercice médical, la notion d'offre de soins de « premier recours et de « second recours » n'est pas pertinente dans le schéma de l'organisation des soins, pour l'exercice médical. En effet, il est préférable de raisonner en terme de « réseaux de soins » coordonnés autour du patient tel que prévu dans le dispositif actuel du médecin traitant et du parcours de soins.

Autrement dit, le médecin spécialiste de second recours peut parfaitement intervenir en premier recours dans le cadre du suivi conjoint avec le médecin traitant d'un patient atteint d'une maladie chronique.

La mise en place d'un schéma d'organisation des soins ambulatoires, même non opposable dans un premier temps, débouchera à terme sur la **suppression de la liberté d'installation**. Une prise en charge opérationnelle exige un **système libéral souple et non pas rigide**.

### **Amendement n°8 : ARS**

#### ***Article 25 : Agences régionales de santé – section 2 - Contractualisation avec les offreurs de service en santé***

Le contrat individuel, proposé par l'ARS aux professionnels de santé libéraux, doit impérativement être conforme à un **contrat type national négocié** entre les partenaires conventionnels. En l'absence de contrat type national, aucun contrat individuel ne saurait être signé, sous peine de contourner le système conventionnel national.

L'ARS n'a pas à déterminer les rémunérations des professionnels de santé participant à la permanence des soins qui sont fixées conventionnellement et nationalement par l'avenant n°4 de la Convention et qui ne peuvent être différents d'une région à l'autre.

### **Amendement n°9 : représentation régionale des professions de santé**

#### ***Article n°26 : Représentativité des professions de santé libérales***

Afin éviter toute balkanisation d'une profession déjà trop divisée, les médecins doivent avoir un **collège unique** regroupant l'ensemble des spécialités et modes d'exercice.

Les élections doivent avoir lieu avant l'enquête de représentativité pour que celle-ci puissent en tenir compte.

D'autre part, les missions des unions professionnelles doivent rester du **domaine technique** et être exclusivement celles fixées par les Conventions nationales. La contractualisation avec les ARS doit rester du domaine syndical.

Enfin, il est nécessaire de laisser la mission de **recueil des informations issues du codage des actes** aux Unions Régionales Professionnelles de Médecins.