



Collectif pour une médecine libre et indépendante CoMeLI 29

Pas de médecine sans médecin

1 Mai 2023

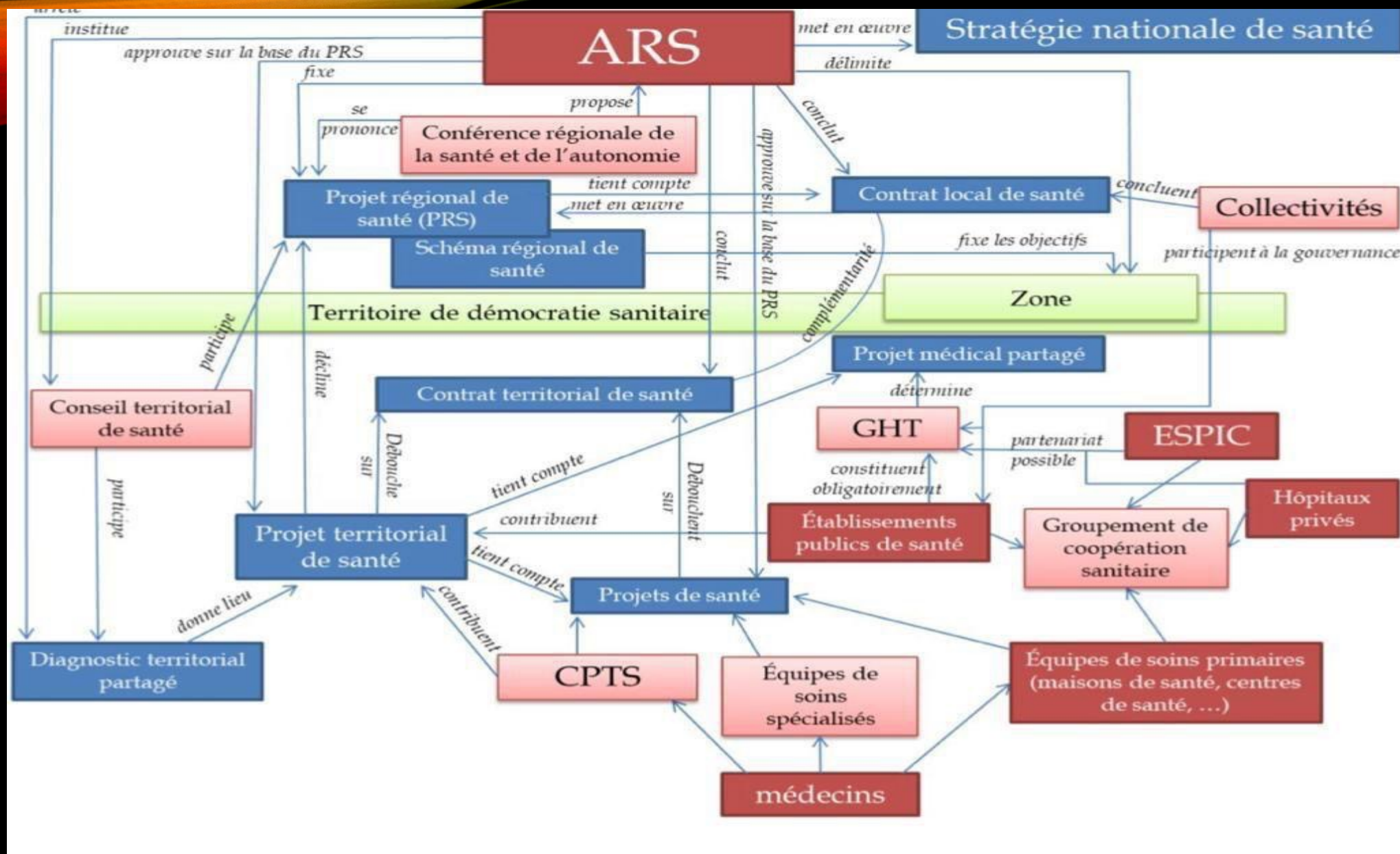
Dr X.....

Rappels historiques

- Bien que considérée comme profession libérale, notre exercice est cadré:
 - Par le code de déontologie (présent dans CSP)
 - Par la convention médicale
 - Par les lois santé
- Notre exercice est dépendant
 - Des caractéristiques démographiques médicales : gérés par l'Etat
 - Des caractéristiques de la santé populationnelle : gérés par les soignants
 - Des interactions professionnelles: ETS (public & privés), l'ambulatoire, et le médico-sociale
- Notre exercice est défendu
 - Le CNOM : sur le volet déontologique
 - Les syndicats : sur le volet financier
 - Les URPS: sur le volet organisationnel

Rappels historiques

- La 1^o convention médicale a été signée en 70-71
 - Objectifs : égal accès aux soins par la négociation des tarifs d'actes
 - Équilibre entre la contrainte tarifaire négociée et des avantages conventionnelles (prise en charge d'une partie de nos charges sociales)
 - Devant le déficit chronique, introduction des forfaits, de l'administration, ...
- La 1^o loi santé a été introduit en 1995
 - Objectifs: limiter les dépenses de la santé avec la mise en place de l'ONDAM
 - Ensemble de contraintes purement comptables doublée d'une administration plus ou moins centralisée,
 - Aucune vision à long terme mais un constat d'échec des partenaires sociaux à résorber les dépenses
- L'ensemble a conduit en 20 ans, à une usine à gaz politico-administrative
 - On ne sait plus qui décide de quoi?
 - Et dans quels objectifs?



Rappels historiques : convention médicale

- Convention 2023:
 - Prolongation de celle de 2016
 - limitation tarifaire (+1,5€), création forfaitaire (SAS, Assistants...), introduction CET
 - Rejeté par tous les syndicats
- Règlement Arbitral
 - Avenant à la convention 2016 avec augmentation tarifaire de 1,5€ au 1/11/23
 - Majoration ALD, maintien de CET
 - Pour une durée max de 5 ans
- Les négociations conventionnelles ont été parasitées
 - Normalement entre syndicats et la CNAM (indépendante)
 - Influence des politiques par différentes lois

Rappels historiques :Lois Santé

- Loi HPST (Bachelot, 2010):
 - Création des ARS, Financement des MSP, introduction du T2A
 - tous les décrets d'applications ne sont toujours pas parus
- Loi MS (Marissol Tourraine, 2015):
 - Tiers payant généralisé en ambulatoire
 - Création GHT, Transfert DMP à la CNAM
- Loi Ma santé 22 (Buzyn, 2017):
 - Création CPTS, ESP, accélération numérique (Ségur numérique)
 - Introduction SAS (en pleine crise covid) et des SNP
- Loi RIST (Avril 23)
 - Transfert compétences (IPA, pharmacien)
 - Introduction du CET, PDSA collective
- Projet de Loi VALLETOUX (Juin 23)
 - Possibilité d'Obligation PDSA et CPTS, avec transfert des responsabilités de l'Etat
 - Installation gérée par les ARS (après avis CDO???)

Rappels historiques : Et le futur?

- Une perte d'indépendance de nos instances :
 - Syndicats financés en grande partie par la signature conventionnelle
 - La CNAM (syndicats de salariés) devient dépendante du législateur, et un gvt inflexible
 - Transfert de responsabilités aux organisations territoriales (CPTS, MSP)
- Une logique législative aberrante : générer et gérer la pénurie
 - Axiome: Offre de soins génère la demande et donc la dépense. Ainsi pour faire des économies, il suffit de diminuer la demande en limitant l'offre
 - Or augmentation espérance de vie (qualité des soins), explosion des polypathologies,
 - Et des dépenses publiques dictées par la commission européenne et les agences de notation
- Conséquences
 - Les services d'urgences surchargés, sans lits d'aval : solutions = intérimaires
 - En amont des urgences, l'ambulatoire perd son attractivité : solution = obligations en tout genre
 - Favorisation des SNP pour gérer la pénurie de l'offre,
 - et suradministration pour éviter les dérives financières,
 - Bref : Perte de confiance totale et aucune vision à long terme

Conséquences pratiques :

- Suradministration de notre exercice :
 - Perte du temps médical qualitative pour patients lourds, au profit paperasses et réunionites (CPTS, MSP, ...)
 - Favorisation des soins quantitatifs (SNP) pour répondre à la demande croissante
- Dévalorisation de la profession
 - Stigmatisation: corporatiste ou pas assez engagée
 - Transfert de compétences au lieu d'un exercice coordonnée
 - Une 4^e année d'internat en MG pour boucher des trous que l'Etat a généré, sans reconnaissance de la spécialité
 - Blocage tarifaire des actes et augmentation des forfaits surréalistes (cf assistants)
- Désorganisation du système de santé
 - Perte du parcours et régulation des soins (cf SNP)
 - Soins devenus un bien de consommation
 - Transfert du « risque maladie » aux sociétés privées pour diminuer les dépenses
 - Transfert des « responsabilités » de l'Etat à des structures territoriales (CPTS, MSP, ESP)
 - On est bien loin de l'esprit de la « sécu » du CNR de 1945

Conséquences : La déontologie mise à mal

- Article 4 du CDM et R.4127-4 du CSP:

Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Et pourtant ...

- Ségur numérique de la santé
- DMP gérée par une assurance, la CNAM
- INS vérifiée par les PS

Conséquences : La déontologie mise à mal

- Article 5 du CDM et R.4127-5 du CSP:

Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

Et pourtant ...

- ROSEP et autre forfait à la performance économique
- Contrat d'Engagement Territorial
- Convention médical poussant à 6 actes par heure

Conséquences : La déontologie mise à mal

- Article 6 du CDM et R.4127-6 du CSP:

Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit.

Et pourtant ...

- CPTS (bientôt obligatoire) avec ses propres règles
- Avec dérégulation d'accès aux soins (SNP, SAU)
- Une convention et des lois qui imposent la quantité à la qualité

Conséquences : La déontologie mise à mal

- Article 19 et 25 du CDM et R.4127-6 et R.4127-25 du CSP:

La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce et n'incite pas à un recours inutile à des actes de prévention ou de soins. Elle ne porte pas atteinte à la dignité de la profession et n'induit pas le public en erreur.

Il est interdit aux médecins de dispenser des consultations, prescriptions ou avis médicaux dans des locaux commerciaux ou dans tout autre lieu où sont mis en vente des médicaments, produits ou appareils qu'ils prescrivent ou qu'ils utilisent.

Et pourtant ...

- Cabine de téléconsultation dans les centres commerciaux, pharmacies ...
- Plateforme de téléconsultation privées
- Centre de soins non programmés porté par des sociétés commerciales

Conséquences : La déontologie mise à mal

- Article 23 du CDM et R.4127-23 du CSP:

Tout compérage entre médecins, entre médecins et pharmaciens, auxiliaires médicaux ou toutes autres personnes physiques ou morales est interdit.

Et pourtant ...

- Création future de pharmacien correspondant et infirmière référente (loi valletoux) et in fine « équipe soignante »
- Alors qu'il existait la notion de coordination des soins et des coopérations interpro organisée localement
- Transfert de compétences

Conséquences : La déontologie mise à mal

- Article 31 du CDM et R.4127-31 du CSP:

Tout médecin doit s'abstenir, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout acte de nature à déconsidérer celle-ci.

Et pourtant ...

- Des confrères faisant de la politique (Dr Veran, Dr Rist, Dr Braun...) n'hésitent pas à dévaloriser la profession: comme étant des nantis ou des corporatisme

Conséquences : La déontologie mise à mal

- Article 32 du CDM et R.4127-32 du CSP:

Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.

Et pourtant ...

- Une convention médical qui pousse au quantitatif au lieu du qualitatif
- Une CET obligatoire chez une profession déjà largement engagée dans les soins
- Une PDSA obligatoire alors que l'on sait depuis 20 ans qu'il n'y en a pas besoin partout

Conséquences : La déontologie mise à mal

- Article 55 du CDM et R.4127-55 du CSP:

Le forfait pour l'efficacité d'un traitement et la demande d'une provision sont interdits en toute circonstance.

Et pourtant ...

- ROSP et autre forfait à la performance

- Article 57 du CDM et R.4127-57 du CSP:

Le détournement ou la tentative de détournement de clientèle est interdit.

Et pourtant ...

- Il existe de plus en plus de plateforme téléconsultations commerciaux

Conséquences : La déontologie mise à mal

- Article 97 du CDM et R.4127-97 du CSP:

Un médecin salarié ne peut, en aucun cas, accepter une rémunération fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité des soins.

Et pourtant ...

- Même si le médecin libéral n'est pas salarié (et encore que l'on peut se poser la question via un salariat déguisé via la convention)
- ROSP
- CET
- SNP

Alors, pourquoi se bouger maintenant?

- Raisons démographiques :
 - Parce que la pénurie de médecins nous rend incontournable si nous sommes unis et nous nous défendons en collectif
 - Parce que nous sommes encore le dernier rempart à la qualité de soins
- Raisons législatives
 - Creux conventionnel rempli par des projets de lois hors sol
 - Virage structurelle de la santé: transfert des responsabilités de l'Etat
- Raisons économiques
 - Augmentation des charges, dépendance financière aux forfaits
 - Inflation
 - Perte d'attractivité pour les jeunes
- Raisons politiques
 - Ceux qui nous ont mis dans la pénurie, nous demande plus d'engagement pour y remédier
 - Aucune vision à long terme: le temps politique n'est pas le temps de la santé
 - Désengagement de l'Etat vers le système privé à bas bruits

Et surtout que voulons nous réellement?

- Défendre notre déontologie :
 - On a prêté serment
 - Mis à mal par la convention et des lois hors sol
 - Base des CODTS en particulier
- Valoriser notre exercice
 - Financièrement? Avec une CNAM qui ne veut pas en entendre parler
 - Par sa réorganisation? Avec des CPTS dont les missions sont surréalistes et déconnectées des besoins réels des territoires
- Les 2?

Et quoi faire en pratique?

Hypothèse 1: statu quo, on ne fait rien

Parce que:

- Nous ne sommes pas les plus malheureux
- Le code de déontologie doit évoluer avec la société
- Peu importe la qualité quand il y a tant de demandes
- La PDSA, la CPTS et l'installation obligatoire ne sont pas des freins

• Donc:

- On appliquera le RA le temps que des syndicats signent une nouvelle convention
- On passe à 26,5€ (31,5€ pour les spé) au mois de novembre (tant pis pour l'inflation et autres)
- On s'organise pour la PDSA, le SAS, la CPTS et les nouvelles installations

Et quoi faire en pratique?

Hypothèse 2: la non application des lois en cours

Parce que:

- Les lois Rist et valletoux mettent en cause notre déontologie
- Exercice coordonnée OUI, mais transfert de compétence NON
- La PDSA obligatoire n'apporte rien (20 ans d'expérience)
- La CPTS obligatoire est un transfert de responsabilité de l'Etat
- La loi ne doit pas s'imposer à la convention, mais l'accompagner

• Donc:

- Charte de solidarité et menace forte, organisé territoire par territoire
- Désengagement des CPTS existants, et non adhésion aux futures CPTS
- Désengagement de la PDSA sauf pour les structures spécifiques
- Application des tarifs conventionnels

Et quoi faire en pratique?

Hypothèse 3: Hypo 2 + valorisation de la médecine ambulatoire

Parce que:

- Cf hypo 2
- Application du RA dès maintenant avec soit un GS à 26,5, soit un GS à 30, soit 26,5 maintenant et 30 au 1/11/23
- Donc:
 - Charte de solidarité et menace forte, organisé territoire par territoire
 - Désengagement des CPTS existants, et non adhésion aux futures CPTS
 - Désengagement de la PDSA sauf pour les structures spécifiques
 - Application du GS dès maintenant, sauf pour CMU, AME, CSS



Et quoi faire en pratique?

Merci de votre attention

PPL Valletoux : N°1175

Passage à l'Assemblée Nationale semaine du 12 juin

- Article 1 et 2 : Renforce la place des CTS (différent de la CPTS) : gouvernance des Territoires de Santé, définition du Projet Territorial de Santé (PTS), sous l'égide de l'ARS
- Article 3 : Rattachement obligatoire aux CPTS (obj : territoire tout couvert fin d'année)
- Article 4 : Participation obligatoire à la PDSA, PDSES (PDS établissements de santé privés et publics pour les soins hospitaliers).
- Article 5 : Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) pour les étudiants dès la 2ème année => exercice 2 ans minimum sur un territoire donné en fin de formation.
- Article 6 : Droit d'option morale des GHT
- Article 7 : Interdire l'interim médical en début de carrière.
- Article 8 : Contrôle financier et administratif des cliniques privés.
- Article 9 : Faciliter l'exercice des médecins étrangers.