

Projet de loi santé de Marisol Touraine

Les raisons du rejet par les médecins libéraux

Notre système de santé est un atout pour notre pays. Très attachés à leur système de santé, nos concitoyens sont très reconnaissants de la disponibilité, la compétence et l'expertise de leurs professionnels de santé libéraux.

Dès la présentation du projet de loi en Conseil des ministres, en octobre dernier, ces acteurs de proximité, n'ont eu de cesse de souligner que ces mesures ne permettraient pas relever les défis auxquels notre système de santé est confronté ; celui du vieillissement et celui des maladies chroniques, qui touchent aujourd'hui près d'un Français sur quatre et engendrent des besoins nouveaux de coordination des professionnels, notamment de premier recours.

Notre système de santé doit changer : conçu pour la prise en charge des patients atteints de pathologies aiguës, il fait actuellement face à une demande différente, celle des patients chroniques et du vieillissement de la population.

Face à ce défi, la prise en charge des patients appelle des bouleversements profonds : prise en charge coordonnée, basée sur un travail en réseau autour du médecin traitant, intégrant la prévention, l'éducation thérapeutique pour accompagner le patient à tous les stades de sa maladie.

Promouvoir une prise en charge coordonnée des patients, l'organiser dans la durée et la continuité, est le défi à relever. Puisqu'il s'agit de prévoir les étapes de la prise en charge du patient, de coordonner l'action et le partage d'information entre tous les professionnels de santé impliqués dans sa prise en charge. L'ensemble des experts plaçait le médecin traitant et les professionnels libéraux au cœur de cette transformation. Il n'en est rien. Tout au contraire.

Ce projet désorganise notre système de santé et obère l'attractivité de l'exercice libéral de la médecine en excluant 95% des professionnels de santé libéraux.

- **Equipes de soins primaires fermées**

En effet, ce projet de loi promeut un modèle unique qui ne concerne que 5% des professionnels de santé libéraux : travail en équipes pluri-professionnelles fermées réunies dans une maison de santé et honorées dans le cadre des expérimentations sous forme de forfaits.

Ne pourront participer aux parcours de santé et aux nouveaux modes de prise en charge que les équipes de soins primaires et les professionnels libéraux qui se seront organisés en communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Elles auront seules, accès aux financements, sous forme de forfaits, permettant la coordination et l'organisation des soins.

Le médecin seul dans son cabinet qui coordonne le parcours de santé de ses patients toute la journée sera exclu de ce financement.

- **La pensée unique - l'histoire**

Dans le cadre du Pacte Territoire Santé, le gouvernement a soutenu les initiatives des acteurs de terrain qui souhaitent développer le travail en équipe, en particulier dans les territoires marqués par la désertification médicale. En 2012, il y avait moins de 200 maisons et pôles de santé. Il y en a plus de 600 aujourd'hui.

Dans le cadre du PLFSS 2014, des nouveaux modes de rémunération (forfaits) des équipes de soins ont été expérimentés pour permettre aux professionnels de santé de consacrer plus de temps à la conduite d'actions de prévention et de dépistage, à la coordination entre professionnels, notamment autour des cas complexes, grâce à des revues de cas systématiques pour des pathologies lourdes. 280 expérimentations ont été menées. L'expérimentation a été généralisée à 300 autres.

Dans le cadre du cahier des charges, publié en février 2015, suite à la validation par la ministre, le règlement arbitral proposé par Bertrand Fragonard ouvre cette expérimentation de nouvelles rémunérations à de nouvelles structures en échange d'une série d'engagements : respect du travail en équipe (concertation, protocoles, formation), de l'accès aux soins (horaires élargis, ouverture le samedi matin), partage du système d'information.....

D'ici 2017, 1 000 équipes de soins de proximité, soit 10 000 professionnels, bénéficieront de cette nouvelle forme de rémunération supplémentaire.

Les médecins libéraux contestent un modèle de structuration d'équipe de soins fermées ignorant 95% des libéraux exerçant individuellement tous en étant interconnectés aux autres professionnels de santé dans le cadre d'une coopération de fait « hors murs ».

- **L'étatisation**

Dans le cadre de cette politique publique, les agences régionales de santé (ARS) interviendront pour structurer ces parcours, réservés aux équipes de soins primaires et aux communautés professionnelles territoriales de santé.

Seules les équipes de soins formalisées pourront participer à ces politiques publiques de santé. Une équipe de soins primaires, composée d'un ensemble de professionnels de santé, constituée autour de médecins généralistes de premier recours, pourra contribuer à la structuration des parcours de santé, non pas de leur patientèle mais des usagers.

Pour répondre à des besoins de santé diagnostiqués, les acteurs d'une ou de plusieurs équipes de soins ainsi que d'acteurs assurant des soins de premier ou second recours ou médico-sociaux ou sociaux, pourront se constituer sous forme de communautés professionnelles territoriales de santé.

En cas de carence d'initiative, l'agence régionale de santé (ARS) pourra prendre l'initiative de constitution d'une communauté autour d'un médecin...qui peut être non libéral. Pour répondre aux besoins identifiés dans le cadre des diagnostics, l'agence pourra conclure un contrat territorial de santé. Ouvrant à des subventions publiques et des financements transversaux de type FIR, ils permettront d'imposer un panier de soins et des moyens associés.

Pour la gestion des cas complexes, les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé, pourront bénéficier du concours de plates formes territoriales d'appui. Elles ont pour objectif de faire le lien entre le sanitaire et social. Elles font entrer dans le schéma des parcours de santé, les acteurs du médico-social.

Si le texte de loi précise que ces plates formes dont les fonctions seront développées et organisées par les agences régionales de santé (ARS), pourront être déclenchées par le médecin traitant ou un autre médecin en lien avec lui, elles sont avant tout, destinées à être intégrées à terme dans les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé.

- **Disparition de la convention nationale**

L'orientation très administrée et étatiste du projet de loi, marginalise l'Assurance-maladie uniquement dans son rôle de payeur sous la direction de l'état en shuntant son domaine de compétence que sont les relations avec les professions de santé libérales.

Les conventions médicales qui fixent les tarifs, les objectifs de maîtrise des dépenses, l'organisation des professions, la régulation démographique et les règles du parcours de soins disparaissent et risquent d'être déclinées au niveau régional sous la coupe des ARS.

Le rejet unanime d'une médecine réglementée et administrée, ouvrant la possibilité de filières de soins privant le patient de son libre choix.

Sans étude d'impact digne de ce nom, sans débat public sur le sujet, le projet de loi opère des choix stratégiques qui ne sont pas clairement explicités.

Le Syndicat des Médecins Libéraux (SML) souhaite que la discussion publique précise le rôle de chacun des acteurs visés par l'article introductif : Etat, les 13 futures agences régionales de santé, l'assurance maladie, et le rôle dévolu aux assureurs complémentaires.

- **L'unanimité contre la généralisation du tiers-payant, sans garantie de paiement et sans garantie de fonctionnalité pour le médecin libéral**

L'annonce de la généralisation du tiers-payant est d'autant plus paradoxale, que les professionnels de santé, qui pratiquent le tiers-payant social, ont partagé lors des réunions du groupe de concertation, les nombreuses difficultés auxquels ils étaient, d'ores-et-déjà confrontés. Outre, la résolution des cas de discontinuité des droits du fait de l'obligation de mise à jour annuelle de la carte Vitale, de non-portabilité des informations ou du protocole ALD en cas de changement inter- régimes,...), de nombreuses révisions réglementaires, devront être validées, avant que la pratique du tiers-payant soit appliquée aux soins dispensés à un patient éligible à l'aide pour une complémentaire santé (ACS), dès juillet 2015.

Au niveau des patients, demande de prélèvement des franchises médicales directement sur le compte bancaire.

- **Constitution de bases de données**

Création d'un système national de données médico-administratives ayant pour finalité l'information du public sur la santé, Les soins et la prise en charge médico-sociale. Ces données à caractère personnel issues du système national pourront être consultées par les services de l'État, les établissements publics ou des organismes chargés d'une mission de service publique. On peut imaginer qu'elles puissent être vendues...

Il y a donc grand risque que le secret professionnel et la sécurité des données personnelles des patients soient détournées.