

EANA 30 novembre 2018 – Luxembourg

Rapport national français : juin 2018- novembre 2018

La CSMF, l'acteur du renouveau de la vie conventionnelle, signe son retour !

Le premier syndicat des médecins libéraux est le dernier syndicat à rejoindre la convention médicale, malgré une tradition conventionniste.

Cette signature a eu lieu le mercredi 13 juin pour cinq raisons principales :

1. Ministre de la Santé - CSMF : le dialogue retrouvé au service des médecins libéraux

Après cinq ans d'absence de dialogue et de dogmatisme, la CSMF a renoué avec l'écoute et le dialogue depuis la prise de fonction d'Agnès Buzyn, ministre de la Santé médecin, en mai 2017.

2. Fin des décisions unilatérales de la Caisse : l'esprit conventionnel de retour

La CSMF a obtenu l'engagement du gouvernement de supprimer l'article 99 de la LFSS 2017, formalisé par une lettre de la ministre de la Santé Agnès Buzyn. Cette mesure, qui donnait le pouvoir au directeur de la CNAM de décider unilatéralement de baisses tarifaires d'actes médicaux, était incompatible avec une éventuelle signature de la convention.

3. Le TPG non obligatoire : le combat victorieux de la CSMF

L'opposition ferme et déterminée de la CSMF contre un tiers payant généralisé obligatoire depuis 2014 a porté ses fruits : le tiers payant sera généralisable, donc non obligatoire. Cette décision est à mettre au crédit de la CSMF qui a toujours défendu un tiers payant social pour les populations défavorisées (CMU, ACS), et au-delà, laissé à l'appréciation du médecin.

4. La pertinence à la place des baisses tarifaires : construire le dialogue médecins-patients-Etat

La CSMF, résolument contre la politique du rabot tarifaire, défend la démarche de pertinence des soins qui doit se négocier entre les patients, les médecins et la Caisse. Son rôle sera de travailler sur les indicateurs de l'évaluation de la pertinence, qui seront essentiels pour la réussite de cette politique.

5. La téléconsultation pour tous les Français, pour tous les médecins : première étape des innovations en santé

La mise en place de la téléconsultation à partir du 15 septembre 2018 pour tous les Français et pour tous les médecins ouvre la voie à de nouvelles pratiques médicales sur tout le territoire. Les tarifs prévus pour la téléexpertise ne permettront pas son déploiement mais la CSMF fera tout pour les revaloriser. Elle participera activement au développement des objets connectés et, demain, de l'intelligence artificielle, en veillant aux intérêts et aux valeurs de la médecine libérale.

Le retour de la CSMF dans la convention lui permet de rester l'acteur incontournable face à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie pour défendre tous les médecins libéraux et construire le système de santé à venir.

La stratégie nationale de santé : du nouveau ?

La période actuelle est chargée sur le plan politique. La stratégie nationale de santé a été présentée le 18 septembre à l'Élysée par le Président de la République. C'est la 1^{ère} fois qu'un Président donne autant d'importance à la santé. Par ailleurs, il y a quand même un changement à noter, pour ne pas dire à apprécier : il y a un recentrage net sur la ville alors que cela fait des années que les responsables politiques n'en parlaient plus. Le président a également parlé des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

Plan « Ma santé 2022 »

5 chantiers prioritaires : Qualité des soins et pertinence des actes, organisation territoriale, modes de financement et de régulation, ressources humaines et formation, numérique.

Le financement au forfait dès 2019 pour la prise en charge à l'hôpital des pathologies chroniques dont le diabète et l'insuffisance rénale chronique pour leur partie hospitalière.

- Dès 2019, la multiplication par six du montant consacré au financement à la qualité pour les établissements (60 à 300 millions d'€.)
- Le déploiement de 1000 communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) d'ici 2022. Négociation conventionnelle en 2019 sur le financement des CPTS.
- Le soutien financier au développement des assistants médicaux auprès des médecins libéraux exerçant en groupe, s'inscrivant dans un exercice coordonné ou une CPTS et s'engageant sur un bénéfice mesurable pour la population en matière d'accès aux soins (augmentation patientèle, réduction des délais de RDV...), dans le but de libérer du temps médical et de permettre aux médecins de se concentrer sur les soins.
Grâce à une intervention forte et au plus haut niveau de la CSMF, nous avons obtenu dans la dernière ligne droite que ces assistants médicaux ne soient pas exclusivement réservés aux médecins généralistes comme cela était prévu au départ, mais que les médecins spécialistes, et tout particulièrement les spécialités cliniques, puissent y prétendre. L'aide financière de la Caisse sera très significative la première année de fonction, puis décroîtra sur trois ans. Ces aides seront conditionnées à l'appartenance à une structure coordonnée (par exemple CPTS) et à l'augmentation du nombre de patients pris en charge.
- Le doublement dans les 5 ans du nombre de structures d'exercice coordonné conventionnées.
- La labellisation dès 2020 des premiers « Hôpitaux de proximité » : missions hospitalières de proximité, en médecine polyvalente, soins aux personnes âgées, soins de suite et de réadaptation, consultations de spécialités, consultations non programmées, elles devront disposer d'un plateau technique de biologie et d'imagerie, d'équipes mobiles et d'équipements en télémédecine.
- L'association des professionnels de ville à la gouvernance des Hôpitaux de proximité dans le but de favoriser les projets communs et les liens entre la ville et l'hôpital.
- L'incitation des services d'urgences à réorienter les patients ne relevant pas des urgences en versant un forfait de coordination pour chaque patient qui serait réorienté vers la médecine de ville, vers une maison médicale de garde ou vers une consultation hospitalière (mesure PLFSS 2019).
- La suppression du concours du numerus clausus de fin de première année : nécessaire car c'est une aberration pédagogique, mais hors de question de déréguler le nombre de médecins formés : il faut former des bons médecins en fonction des capacités de formation des facultés. Quoi qu'il en soit, une sélection sera toujours nécessaire...
- Création de 400 postes de médecins salariés : mesure à la fois coûteuse, probablement peu efficace pour les zones sous-denses. Renvoie à la sous

financiarisation majeure de la médecine libérale dans son ensemble. On ferait mieux de revaloriser significativement les médecins libéraux qui y exercent !

Comptes de la Sécu : enfin des moyens pour la médecine de ville ?

La Commission des comptes de la Sécurité Sociale a enregistré un déficit très réduit pour 2018, et les comptes devraient même être en excédent en 2019. En 2018, la branche maladie aura un déficit de moins d'un milliard d'euros, contre près de 5 milliards en 2017. Il faut remonter à près de vingt ans pour enregistrer des chiffres similaires. Dans le même temps, la dette sociale, encore préoccupante, se réduit et devrait être amortie en 2024.

Ces bons résultats sont surtout à mettre à l'actif d'un sous-financement de la médecine de ville, depuis de très nombreuses années. Malheureusement, les Français en ressentent les conséquences (difficultés à trouver un médecin traitant, des délais de rendez-vous très élevés pour accéder à un médecin spécialiste...) liées notamment à une désaffection des jeunes générations pour l'exercice en médecine de ville.

La tendance naturelle de l'évolution des dépenses de l'assurance maladie serait de 4,5 %. L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) 2019 fixé à 2,5 %, salué par nombre d'acteurs comme étant une avancée, nécessitera néanmoins un nouveau plan d'économies drastiques : ceci ne peut plus être supporté par les soins de ville.

La stratégie de transformation du système de santé est la seule solution pour permettre de mieux dépenser, et d'avoir une réelle efficacité dans notre système de santé.

Les médecins libéraux sont prêts à s'engager. Encore faut-il qu'ils soient soutenus dans cet engagement et que les financements nécessaires permettent cette réorganisation nécessaire.

Rapport de la Cour des comptes : le disque est rayé !

Dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes analyse les dépenses de l'Assurance Maladie et l'évolution des soins de ville et des soins hospitaliers.

Elle prône un développement de la médecine ambulatoire, ce que la CSMF pourrait partager, mais il s'agit simplement pour elle d'accroître les séjours sans nuitée dans les hôpitaux. Voilà une curieuse vision du virage ambulatoire...

Elle note pourtant que le déploiement de la médecine ambulatoire s'est traduit par une croissance des soins de ville, et un ralentissement de l'activité à l'hôpital. Comment s'étonner dans ces conditions que les dépenses en soins de ville augmentent ?

Elle préfère se cantonner au recyclage de vieilles idées de maîtrise comptable combattues par la CSMF depuis 1996, lors des ordonnances Juppé, de sinistre mémoire.

Faire varier les prix en fonction des volumes, mettre en réserve une partie des augmentations tarifaires... La Cour des Comptes a-t-elle oublié que les accords tarifaires conventionnels sont déjà soumis aux stabilisateurs économiques qui retardent leur application de six mois? La Cour des comptes a-t-elle oublié que les tarifs de l'acte médical en France sont les plus bas d'Europe et que les revenus des médecins dans d'autres pays européens, comme l'Allemagne et la Grande-Bretagne si souvent donnés en exemple, sont 1,5 voire 2 fois supérieurs à ceux des médecins libéraux français ?

La CSMF dénonce encore une fois un rapport partial qui n'a toujours pas posé les vrais problèmes de notre système de santé : celui de son recentrage sur les soins de ville avec les moyens nécessaires, tant organisationnels que financiers.

Soutenir les soins de ville, accompagner les initiatives des médecins libéraux qui doivent être les chefs d'orchestre des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), valoriser l'expertise médicale, voilà les vraies pistes d'amélioration du système de santé et d'efficience que la Cour des Comptes ferait mieux de proposer.

Prescription par le pharmacien, attention danger !

Un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale 2019, adopté par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, propose une expérimentation dont l'impact pose des problèmes majeurs.

En effet, cet amendement prévoit dans deux régions et pour trois ans la dispensation par les pharmaciens d'officine de certains médicaments à prescription médicale obligatoire, dans le cadre d'un protocole médical et de coopération entre le médecin ou une communauté de santé de structures d'exercice coordonné, en visant certaines pathologies. L'exposé des motifs cite la cystite, la conjonctivite ou l'eczéma.

Il s'agit là d'une remise en cause complète des contours de métier : cela revient à donner au pharmacien la responsabilité d'un diagnostic médical et d'une prescription de médicaments habituellement prescrits par le médecin.

Or, la coopération entre deux métiers, pharmaciens et médecins, doit se faire dans le respect des contours des métiers de chacun. Le médecin est celui qui a l'apanage du diagnostic médical et de la prescription du médicament (sauf médicaments en vente libre). Le pharmacien analyse la prescription médicale et dispense le médicament. Remettre en cause les contours de chaque métier sous le prétexte de la coopération est de nature à engendrer des dysfonctionnements et des problèmes graves dans la prise en charge des patients. Sans compter la responsabilité que les pharmaciens seraient amenés à endosser... Les évolutions nécessaires de notre système de santé, qui doivent permettre une meilleure coordination des acteurs, ne doivent pas se traduire par des expérimentations aussi

Dossier médical partagé (DMP) : enfin réussir ?

Presque quinze ans après le début de son lancement, et devant des échecs répétés successifs malgré des centaines de millions engloutis, le gouvernement relance aujourd'hui le dossier médical partagé (DMP).

Pourquoi le DMP est-il un outil indispensable ? La prise en charge d'un patient se fait de plus en plus aujourd'hui dans le cadre de transmissions d'informations entre les différents médecins et autres professionnels de santé afin de coordonner au mieux l'intervention de chacun. Ceci passe par une messagerie de santé sécurisée mais surtout par un dossier médical personnel qui doit rassembler et mettre en partage l'ensemble des éléments pertinents concernant la santé de chaque Français.

Mais le DMP n'apporte rien au patient si celui-ci ne contient pas un volet de synthèse médicale structuré. Si le DMP se résume à une boîte dans lequel chaque Français aurait en vrac toutes les données concernant sa santé, il sera inexploitable, raison de ses échecs répétés.

Le volet de synthèse médicale nécessite des données structurées qui ne peuvent être élaborées que par le médecin traitant. L'élaboration de ce volet de synthèse médicale nécessite un temps de travail médical qui doit être reconnu et être financé lors de sa publication, en particulier pour les patients poly pathologiques, en affection de longue durée ou atteints d'un handicap.

Pour faciliter la création de ce volet de synthèse médicale structuré, les logiciels professionnels des médecins doivent devenir beaucoup plus ergonomiques. Force est de constater que cette évolution indispensable des logiciels médicaux est très variable suivant les différents éditeurs de logiciels.

C'est pourquoi les conditions de la réussite du DMP passent par :

- le financement de l'élaboration d'un volet de synthèse médicale pour le médecin traitant, pour les patients poly pathologiques ou atteints d'un handicap, ainsi que pour les nouveaux patients ;
- l'évolution urgente de tous les logiciels professionnels utilisés par les médecins pour permettre l'élaboration de données structurées facilement utilisables.

La CSMF appelle le gouvernement à accompagner les médecins pour la création de ces volets de synthèse médicale, pour permettre enfin la réussite de ce DMP.