

Mercredi 29 AVRIL 2015

Edit o



«Pourquoi tant de haine envers les médecins libéraux ?»

Mesdames et Messieurs les présidents de CME,

La colère n'a pas cessé, elle est même renforcée au lendemain de l'adoption du projet de loi de santé par l'assemblée nationale. Malgré la présence de plus de 40.000 manifestants le 15 mars à Paris, c'est l'idéologie qui l'emporte. Peut-il en être autrement puisque nos gouvernants sont sombrement éclairés par des économistes plus archaïques que pragmatiques (au premier rang desquels Brigitte Dormont qui affirme sans ambages la volonté de mettre à bas la médecine libérale).

Rappelons-nous que la santé a été la grande absente des débats de l'élection présidentielle. En est-il autrement aujourd'hui. Non bien entendu ! Une moyenne de 20 députés pour discuter des articles de loi et des amendements, démontre que rien n'a changé. Est-ce là le nouveau modèle de démocratie, ou la théorie prend le pas sur la réalité de terrain, ou les modèles économiques efficaces sont cloués au pilori ?

In fine la seule chose proposée aux médecins libéraux exerçant dans les établissements privés c'est le choix de leur futur employeur : l'assurance maladie, les mutuelles, ou les cliniques.

Sûrement 10 à 12 ans d'études ne leur donnent pas les capacités d'être des entrepreneurs !!! Ou bien veut-on définitivement briser « l'esprit libéral » et par là même l'esprit novateur que tout esprit d'entreprise porte en elle. Ces débats nous les avons portés avec le livre blanc de la CNPCMEHP, nous n'avons pas été ni entendus voir même écoutés. Nous porterons à nouveau ces valeurs à l'échéance de 2017 et feront alors l'inventaire sans concessions des mesures annoncées dans la loi.

La « petite loi » de modernisation du système de santé, a été votée en première lecture à l'assemblée nationale le 14 avril dernier, dans une procédure d'examen accéléré (encore une preuve supplémentaire s'il en était besoin, de la volonté d'absence de débat). [Texte Adopté n° 505](#)

Concernant les praticiens des établissements, pourquoi avoir voulu à tout prix les écarter des missions de service public, alors qu'un équilibre s'était instauré depuis 2009 en réponse à une nécessité qu'enfin les pouvoirs publics avaient reconnue, principalement dans les missions d'accueil des urgences, et de participation à la formation des internes.

La participation de la CNPCMEHP aux négociations tardives du début 2015, notamment dans la réécriture de l'article 26, a été de nature en concertation avec les syndicats médicaux, à faire évoluer de façon moins négative et plus pragmatique, le

texte initial.

- Si le Service Public Hospitalier est bien inscrit dans la loi, avec son bloc d'obligation dont l'engagement à renoncer à tout complément d'honoraires sur l'ensemble de l'activité, les établissements (seuls signataires des CPOM avec l'ARS), ne pourront s'y engager qu'avec l'accord formel de la CME, et non pas un avis consultatif dont on connaît la portée relative, lorsque l'on n'est pas signataire des contrats passés avec l'ARS.
- Les missions (urgence, enseignement, innovation, recherche, formations des personnels) qu'assumaient les établissements privés et les médecins qui y exercent, continueront à être assumées, sans obligation d'adhérer à un bloc d'obligations, et sans modifications des habitudes tarifaires. L'association pour la prise en charge des urgences, au service public hospitalier est seulement là pour rappeler une règle existante, à savoir une prise en charge au tarif opposable dans ces situations d'urgence.
- L'appartenance au SPH n'est pas la voie royale et quasi exclusive de l'accès aux autorisations. Si d'aventure une ARS retenait comme critère d'attribution d'autorisations d'activités, l'appartenance au SPH, elle enfreindrait la loi, et se le ferait rappeler dans les COSOS, par les représentants des établissements privés et des CME. Il est grand temps que les décisions se prennent sur des critères objectifs de qualité qui ne peuvent avoir de frontières.
- Enfin nous avons résisté à l'écriture de « dérogations » chères à la FHP pour essayer par tous les moyens de rentrer dans ce SPH. Notre existence ne perdurera tout autant que nous serons partenaires de l'hôpital public avec nos propres valeurs, et non pas intégrés et à terme digérés par l'hôpital public.

Pour autant ces barrières que nous avons âprement négociées, ne doivent pas faire oublier les autres articles de la loi qui ne sont pas plus tendres avec les médecins libéraux que nous sommes en majorité.

- L'article 12 définit les communautés professionnelles territoriales de santé. Il appartiendra aux CME c'est-à-dire aux médecins spécialistes qui la compose d'y prendre leur place, et notamment dans les structures d'appui aux situations complexes déclinées à l'article 14, qui devront intégrer les praticiens des établissements comme possible recours. Nous avons trop souvent vu ce terme de recours fléchi vers les structures publiques. D'ailleurs ce sont les agences régionales de santé qui seront chargées de les organiser.
- Je ne reviendrais pas sur l'article 18 et le tiers-payant, dont la généralisation tient de la stratégie de maîtrise des médecins et non pas de la maîtrise budgétaire.
- L'article 24 instaure l'obligation de la lettre de liaison à la sortie de l'établissement.
- L'article 26 bis qui institue les *Maisons d'accueil hospitalières* dont il faudra bien suivre le cahier des charges. Il ne faut pas que ce soit une voie de garage déguisée pour la chirurgie ambulatoire, ce qui serait totalement contraire avec les principes de ce type de prise en charge. Il faudra être extrêmement vigilant sur le financement de ce type de structures qui pourraient venir piocher dans l'enveloppe de ville.
- L'article 27 concernant les Groupements hospitaliers de territoire, qui se structureront autour d'un projet médical partagé. Les établissements privés qui voudraient être partenaires devront adapter leur propre projet médical à celui du GHT. On rejoint là la problématique du recours et de l'appui aux situations complexes, ou les praticiens des établissements pourraient se voir exclus par ce biais. L'article 27 prévoit également un système d'information commun, il faudra être attentif à ce que la relation ville-hôpital exclue tout autre canal de transmission des données.
- L'article 27 quinquies instaure le contrôle budgétaire des établissements privés et instaure la notion de bénéfice raisonnable.
- L'article 28, consacré au DPC prévoit une période triennale pour l'évaluation des démarches. L'accréditation des médecins est reconnue comme démarche

validante. L'Agence nationale du développement professionnel continu assure le pilotage du dispositif de développement professionnel continu pour l'ensemble des professionnels de santé, quels que soient leurs statuts ou conditions d'exercice.

- L'article 30 instaure l'exercice en pratiques avancées, en médecine de 1^{er} recours, mais aussi en établissement de santé au travers des actes techniques délégués. Il faudra être extrêmement vigilant sur l'écriture des décrets d'application tant dans la nature de cet exercice que dans les conséquences en terme de responsabilité.
- L'article 49 consacre définitivement la séparation entre établissements privés à but lucratif et à but non lucratif concernant les textes se rapportant aux CME. La confusion des genres a été jusqu'à aujourd'hui un frein à la construction de décrets qui se devaient d'être communs mais avec des statuts médicaux bien différents. Nous demanderons la révision des décrets notamment sur les avis délivrés par la CME dont les champs doivent être élargis.

Comme vous le voyez, notre travail n'est pas terminé, nous allons œuvrer en 2 temps:

- **En amont en demandant à rencontrer la commission des affaires sociales du sénat** afin de continuer à montrer notre volonté de modifier ce texte en profondeur, malgré la procédure d'examen accélérée retenue par le gouvernement.
- **En aval, suivre et participer à la rédaction des décrets** qui suivront la loi si elle est adoptée.

En matière de gestion des risques, les actions d'atténuation ont autant de valeur que les actions de prévention. Nous appliquerons donc ce principe fondamental.

Et bien sûr nous continuerons à relayer les actions syndicales qui ont une incidence sur les praticiens exerçant en établissement.

La CNPCMEHP sera toujours là pour combattre l'idéologie aveugle, passéiste, et qui ne rend pas service à nos patients quoiqu'on essaye de leur faire croire.

Dr Jean Luc BARON

Président de la CNPCMEHP

Documents et liens :

[Texte adopté en première lecture n°505](#)

[Projet de Loi de santé texte présenté en conseil des ministres le 15 octobre 2015](#)

[Projet de Loi de santé exposé des motifs](#)