



Collectif pour une Médecine Libre et Indépendante CoMeLI

Pas de médecine sans médecins
Dans le respect de la déontologie

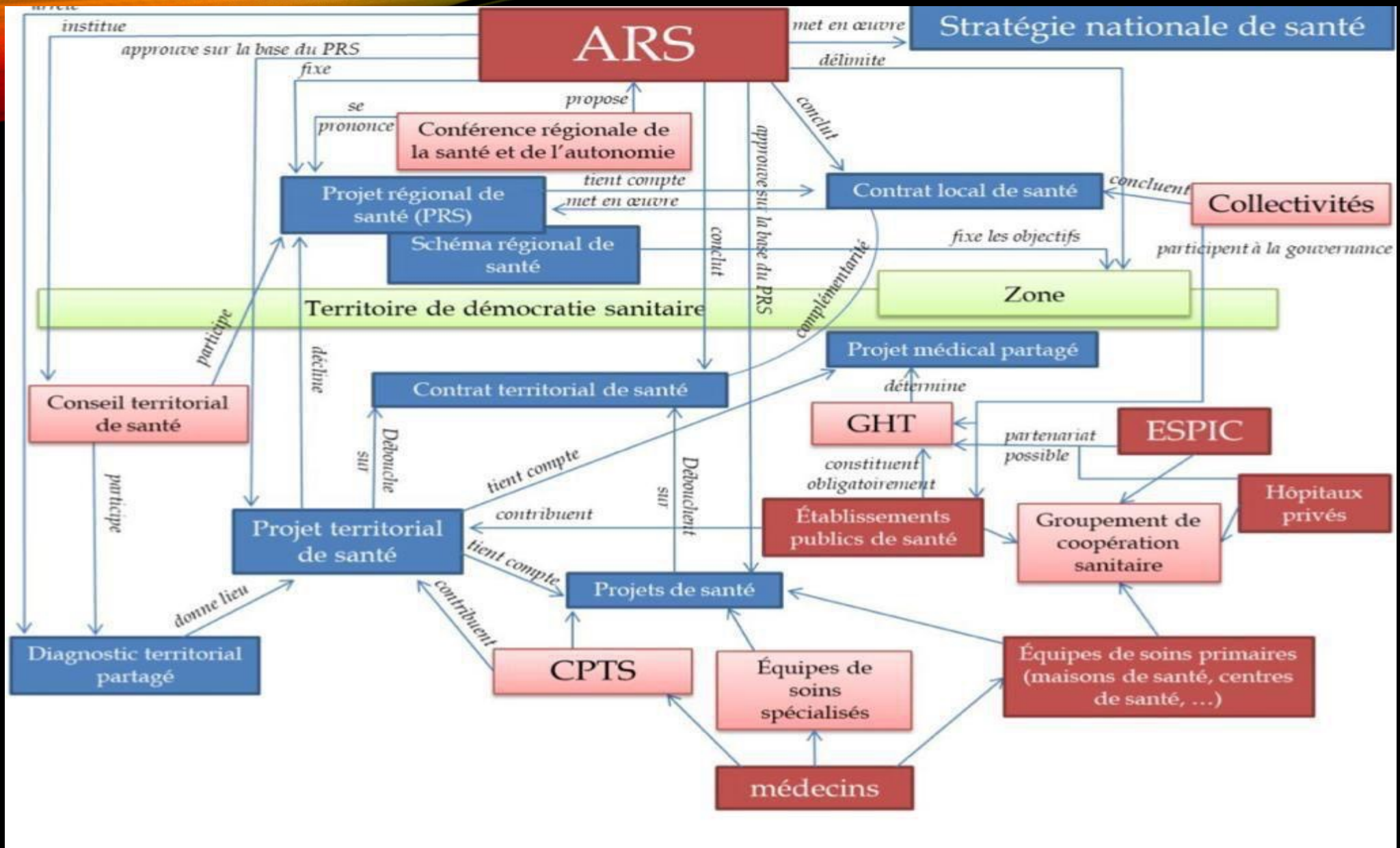
Septembre 2023

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 de:
 - Caractéristiques démographiques médicales : gérés par l'Etat
 - Caractéristiques de la santé populationnelle : gérées par les soignants
 - 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: juste et équilibrée
 - 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 de l'AM, introduction des forfaits, de l'administration, contraintes...
- La 1^o loi santé a été introduit en 1995: changement de paradigme
 - Objectifs: limiter les dépenses de la santé avec la mise en place de l'ONDAM et LFSS
 - Ensemble de contraintes purement comptables doublée d'une administration plus ou moins centralisée,
 - Aucune vision à long terme mais juste 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
 - Rejetée 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, STSP (?)
- 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 par la signature conventionnelle
 - La CNAM (de droit privé) mise sous double tutelle de Bercy et ministère santé
 - Transfert de responsabilités de l'Etat 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 polyopathologies,
 - 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 sans régulation 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, au profit paperasses et réunionites (CPTS, MSP, ...)
 - L'administratif remplace Le soignant dans l'objectif unique de maîtrise des dépenses
- Dévalorisation de la profession
 - Stigmatisation: corporatisme ou « pas assez engagée », d'où les CET
 - Favorisation des soins quantitatifs (SNP) pour répondre à la demande croissante et dérégulée : perte de sens pour les soignants, avec épuisement, burn out et suicide
 - Transfert de compétences (pharmacien, IPA) au lieu d'un exercice coordonné par le médecin
 - Une 4^e année d'internat en MG pour boucher des trous que l'Etat a généré, sans reconnaissance de la spécialité du MT
 - Blocage tarifaire des actes, remplacé par 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, ESS et CTS)
 - 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 (!!!)

- 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: ROSP et autre forfait à la performance économique, Contrat d'Engagement Territorial, Convention médical poussant à 6 actes par heure si assistant

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, dérégulation d'accès aux soins (SNP, SA), une convention et des lois qui imposent la quantité à la qualité, La loi qui s'impose à la convention si celle-ci ne satisfait pas les syndicats

- 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, centres de soins non programmés portés 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 du statut 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

- 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: nous serions des nantis ou des corporatistes

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

- 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

Conséquences : La déontologie mise à mal

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

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

Et pourtant: création de plateformes de téléconsultations commerciaux

- 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) la ROSEP, le CET, les SNP

Alors, pourquoi se bouger maintenant ?

- Raisons démographiques :
 - Parce que la pénurie de médecins nous rend incontournables si nous sommes unis et que nous défendons en collectif autour des mêmes valeurs (comeli.fr)
 - Parce que nous sommes encore le dernier rempart à la qualité de soins
- Raisons législatives
 - Détournement de la convention par des projets de lois hors sol
 - Virage structurel de la santé: transfert des responsabilités de l'Etat
- Raisons économiques
 - Augmentation des charges administratives, dépendance financière aux forfaits (1/3 revenus)
 - Inflation et mise en danger économique de nos cabinets
 - Perte d'attractivité pour les jeunes
- Raisons politiques
 - Ceux qui nous ont mis dans la pénurie, nous demandent 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
 - Transformation des soignants vers des « officiers en santé »

Et surtout que voulons nous réellement?

- Défendre notre déontologie car :
 - On a prêté serment
 - Elle est mise à mal par la convention et des lois hors sol
 - Elle est la **Base des CODTS** (bras politique) **et des COMELI** (bras armé)
- 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
- Ou laissons nous faire ?
 - **Véritable choix de société**
 - **Mais en connaissance de cause**

Et surtout que voulons nous réellement?

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
 - L'obligation de la PDSA, des CPTS et l'installation ne sont pas de réels freins
 - L'Etat sait ce qu'il fait
-
- 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
 - En pratique, on rentre chez nous, un bon verre, et vaille que vaille...

Et surtout que voulons nous réellement?

Hypothèse 2: On défend une médecine qualitative autour de valeurs communes

Parce que:

- La convention, les lois Rist et Valletoux mettent en cause notre déontologie, notre INDEPENDANCE
 - Exercice coordonnée OUI, mais transfert de compétence NON
 - La PDSA obligatoire n'apporte rien (20 ans d'expérience)
 - La CPTS obligatoire est un transfert inadmissible des responsabilités de l'Etat
 - La loi ne doit pas s'imposer à la convention, mais l'accompagner
 - Mise en danger de l'équilibre financier des cabinets
-
- Donc: Créations de **collectifs de défense (bras armé)** avec
 - **Action de désobéissance** : tarifaires (DE), administrative (Cerfa), organisationnelle (manifestations, grève, désengagement des CPTS, de la PDSAA, du SAS etc)
 - **Charte de solidarité**, véritable ciment entre les PS, organisée territoire par territoire
 - **REACTION dissuasive forte** en cas d'une attaque des tutelles: proportionnelle et progressive allant jusqu'au **menace** de déconventionnement
 - DONC, Création et/ou réactivation des **CODTS (bras politique)** pour proposer des alternatives

Et en pratique ?

CODTS, COMELI, CPTS, MPD...Kesaco

- **CODTS** (Collectif pour Organisation et Défense des Territoires de Santé)
 - Créé en 2010 en alternative à la loi Bachelot
 - Mettant en avant l'**exercice coordonné** sous toutes ses formes par l'**interconnaissance et la convivialité**
 - **Structure juridique** associative 1901, se voulant le **précurseur des CPTS**
- **COMELI**: COLlectif pour une Médecine Libre et Indépendante
 - Créé en 2015 contre la loi Marissol Tourraine
 - Contre le TPG, les GHT
 - **Structure NON JURIDIQUE**, équivalent des coordinations de 2002
 - Lance des actions qu'une structure juridique ne peut pas lancer
- **CPTS**: Communauté Professionnelle du Territoire de Santé
 - Usine à gaz partant du principe des CODTS et totalement dénaturée et déformée par la technocratie parisienne
 - Financé par la CNAM sur des objectifs hors sol

Et en pratique ?

CODTS, COMELI, CPTS, MPD...Kesaco

- MPD (Médecins Pour Demain)
 - Organisation spontanée créée en 2022 autour de la **revalorisation tarifaire**
 - Devenue une **association depuis plusieurs mois (structure juridique)**
 - Formidable **réseau d'échange et de partage**
- CODTS, COMELI et MPD sont ainsi:
 - **Complémentaires** avec des spécificités (cf comeli.fr) partageant les **mêmes valeurs** avec des **stratégies différentes** d'actions
 - Respectueux des instances représentatives existantes (syndicats, Ordre, URPS, Associations...)

Focus sur les COMELI ?

- **Structure non juridique** née en 2015, et refonte en 2023
- Lance des actions que d'autres structures juridiques ne peuvent faire
- Rôles:
 - **INFIRMER et EXPLIQUER ++++** (évolution de la santé, qui fait quoi, qui décide de quoi, comment en est on arrivé là...)
 - Défendre une certaine idée de la QUALITE des soins
 - **Défendre l'indépendance** des nos instances, et surtout du médecin
 - **Organiser la défense** de la profession à l'**échelle territoriale**, avec des actions communes, charte de solidarité et menace dissuasive
 - Proposer et défendre des **idées de réformes de la santé venant de la base** qui seront partagées avec les institutions représentatives (Syndicat, Ordre, URPS)
 - Devenir réellement **représentatif LOCALEMENT**
 - Interconnecter les différents COMELI autour de propositions et de défenses
 - **BRAS ARME des CODTS** qui restent le BRAS POLITIQUE (force de propositions)



Merci de votre attention
plus d'infos: comeli.fr

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 potentiellement 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'intérim médical en début de carrière.
- Article 8 : Contrôle financier et administratif des cliniques privés.
- Article 9 : Faciliter l'exercice des médecins étrangers.