



Note de Synthèse

Problématiques et Propositions pour la Santé

DECLIN DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE

PROBLEMES :

Effondrement du Système Public

- 30% de postes vacants de praticiens hospitaliers.
- Espérance de vie professionnelle de 8 ans pour les infirmières (15 ans il y a 20 ans).
- Nombre croissant de praticiens à diplômes étrangers.
- Déstructuration des équipes .
- Taux croissant d'absentéisme (20 à 30% pour certaines structures).
- Sur-administration.

Effondrement de la performance de notre système de santé

- La France est passée, selon par l'Institut Américain des Mesures et Evaluations de la Santé (IHME) du 1er au 24ème rang mondial.
- Il y a une quinzaine d'années, elle avait le premier système de soins, de par sa bipolarité public/privé et l'apport que pouvait amener la concurrence entre le libéral et le public.

Difficultés du secteur d'hospitalisation privée

- 30% des établissements privés, souffrent de grandes difficultés économiques.
- Ils sont soumis à des fonds de pensions et groupes financiers (50% du secteur) dont les objectifs sont souvent en contradiction avec ceux des soignants et qui ne garantissent aucune solidité au système.

Crise de la démographie médicale et déserts médicaux

- Extension des zones en voie de désertification à tout le territoire (Paris a perdu 22% de ses médecins généralistes entre 2007 et 2014).
- Vieillesse de la population médicale: 66% des médecins généralistes de Toulouse sont à moins de 10 ans de la retraite, alors que moins de 9% ont moins de 40 ans selon les données démographiques du conseil de l'Ordre) débouchant sur une véritable "pyramide inversée".
- Latence croissante à l'installation (il faut 10 ans en moyenne pour une installation, moins de 9% des jeunes médecins s'installent en secteur libéral au sortir de la faculté).
- Deux cabinets d'infirmières ferment tous les deux jours, une pharmacie ferme tous les deux jours.
- Accroissement des délais pour avoir un RDV avec les spécialistes (supérieurs à 2 mois). Dans certaines régions, il faut un an pour obtenir un rendez-vous avec un ophtalmologue.

- Taux de suicide des médecins: 2,5 fois celui de la population générale. Quasiment 50% de burn-out chez les médecins généralistes.
- Tarifs déconnectés de la réalité des pratiques, du rôle et des responsabilités, qui n'ont pas suivi le coût de la vie, sources de difficultés d'exercice face à des charges toujours plus importantes, avec une consultation chez le généraliste à 23 euros (25 euros en juin 2015), du niveau des tarifs en 2002, sachant que la moyenne européenne est à 45 euros.
- Fuites des cerveaux avec un nombre croissant de médecins qui partent exercer à l'étranger (1800 médecins ont par exemple fait la demande pour exercer en Suisse depuis 4 ans, des centaines partent exercer à Londres, au Canada, en Belgique)

PROPOSITIONS :

- Alléger les tâches administratives et logistiques (ménage ,matériels) source de pénibilité par des moyens financiers.
- Alléger la charge administrative, par arrêt de la dérive des protocoles, procédures pour tous les soignants (médecins, kinésithérapeutes, infirmiers..) à l'hôpital et en libéral, en faisant confiance aux soignants dans leurs responsabilités en respectant leur indépendance.
- Augmenter le Numerus Clausus pour adapter l'offre de soin à la demande qui augmente considérablement du fait du vieillissement de la population et de l'explosion des pathologies chroniques (mais effet positif pas avant 10 ans ou plus). En le régionalisant et en donnant les moyens financiers et humains à la formation hospitalière et universitaire pour maintenir la qualité de formation (associer le privé en cabinet /clinique à la formation des externes , internes quelque soit la spécialité).

AVANTAGES :

- Libère du temps médical, du temps de soins pour les patients, du temps clinique pour le médecin.
- Améliore la répartition des médecins et apporte une réponse aux déserts médicaux qui concernent actuellement l'ensemble du territoire y compris les grandes villes (Paris, Toulouse ,Marseille etc..).
- Diminue les délais de rendez vous, principale cause de l'inégalité dans l'accès aux soins.

PROPOSITIONS :

Flexibiliser les exercices :

- Favoriser les passages des soignants du secteur public au secteur privé, des établissements à la ville et à la campagne en allégeant les contraintes administratives et ordinales.
- Favoriser l'exercice multi-site (possibilité d'avoir des cabinets secondaires, tertiaires, quaternaires, à la journée) pour mailler le territoire en diminuant fortement la charge de ces cabinets secondaires.

Rendre de l'attractivité :

- Créer une enveloppe de financement des mises aux normes les cabinets médicaux (au lieu d'investir dans la création de maisons de santé pluridisciplinaires coûteuses et qui restent vides).
- Sortir la rémunération des médecins de l'ONDAM (cette enveloppe tarifaire qui représente 11% des dépenses d'assurance maladie), ce qui va obliger à définir le coût réel de chaque acte (consultation généraliste, spécialiste, etc.) pour permettre de maintenir le revenu au coût de la vie.
- Améliorer de ce fait les rémunérations de tous soignants dans le libéral et à l'hôpital des médecins, techniciens, infirmiers, aides soignantes. Principalement en rejoignant la valeur moyenne européenne de la consultation et supprimant les ROSP / forfaits source de défiance et d'étatisation de la médecine libérale.
- Mettre en place un seul secteur avec une liberté de compléments d'honoraires sous le contrôle d'une Haute Autorité de Surveillance Médico-Economique (HASME).

Aménager le territoire :

- Créer un grand ministère de l'Aménagement du territoire (qui regrouperait les ministères du commerce, de l'industrie, de l'artisanat, des transports, de la santé, de la sécurité, du numérique et de l'éducation nationale) afin de réaménager le territoire à l'échelon régional et communal et de redonner de l'attractivité à tous les territoires pour permettre aux gens de s'y implanter.
- Favoriser la création de centres d'urgence libéraux en maillage de territoire, avec une nomenclature de l'acte d'urgence, gérés par des libéraux, afin de décharger les centres d'urgences.
- Abroger les GHT onéreux et injustement équilibrés entre secteur public et privé.

AVANTAGES :

- Redonne l'envie du libéral par responsabilisation et valorisations des soignants .
- Réamorce l'attractivité des métiers du soin en perte de vitesse.
- Augmente le nombre d'installations en France de façon significative.
- Remédie aux déserts médicaux.
- Relance la filière de soins publique et privée.

RAPPORTS AVEC L'ASSURANCE MALADIE

PROBLEMES :

Tiers-Payant

- Il est déjà pratiqué (25 à 30 % des actes) sans obligation.
- Le Tiers Payant Généralisé Obligatoire revient cher, en moyenne à 2,70 euros / acte.
- Il est chronophage (vérifications de la validité des couvertures prises sur le temps de soins).
- Mais surtout, il fait intervenir un tiers dans la relation entre le patient et son médecin, un tiers financeur, qui dans un contexte de déficit, peut/ va influencer sur la pratique du prescripteur.

Dossier Médical Partagé - Base patient (art 47 de la loi santé) / Secret Médical

- Le dossier Médical Partagé a été créé pour éviter les redondances d'examens, gagner du temps, améliorer la qualité des soins, et la communications entre médecins s'occupant d'une même personne.
- Le problème est que l'Assurance Maladie veut créer et gérer ce dossier médical, ce qui pose un problème de perte d'indépendance des pratiques du médecin et de risque de rupture du secret médical notamment avec des assureurs ou sociétés privées.
- La Base Patients (art 47) pose un risque d'atteinte au secret médical, les données de santé pouvant être livrées à d'autres intérêts que le soin. Elle regroupe les données fiscales, sociales, sanitaires et ne peuvent pas être inviolables contrairement aux assertions de Marisol Touraine. En outre, demain, les assureurs pourront recueillir ces données afin de faire leur gestion du risque, avec pour conséquence une perte d'indépendance de l'assuré.

PROPOSITIONS :

- Contractualiser entre assurance maladie et patients pour faire valoir et connaître des droits et devoirs des patients en faisant signer lors de son affiliation une charte de bonne conduite des deux parties.
- Mettre en place un contrat d'indépendance avec les médecins, dans lequel l'assurance maladie et les complémentaires s'engagent à ne pas influencer sur leur pratique.
- Alléger les missions de l'Assurance Maladie : suppression de la ROSP avec fléchage vers un paiement à l'acte plutôt que la forfaitisation, qui est un lien de subordination entre le médecin et la caisse.

- Créer un moratoire sur l'article 47, le temps nécessaire, afin de s'assurer de l'inviolabilité des données.
- Confier la gestion du Dossier Médical Partagé au Conseil de l'Ordre des Médecins, garant de l'éthique et de la déontologie, qui peut ensuite donner un certain nombre de données à l'Assurance Maladie.

AVANTAGES :

- Redonne de la confiance et de la fluidité dans les rapports des caisses et complémentaires avec les patients et soignants.
- Diminue les normes et contraintes tout en responsabilisant les acteurs pour limiter les fraudes qui doivent être combattues.
- Libère les soignants de tâches administratives chronophages.

MEDECINE PREVENTIVE / PATHOLOGIES NEURO-DÉGÉNÉRATIVES

PROBLEMES :

La médecine préventive doit être développée, mais ce développement ne peut se concevoir avec une faible hausse de l'ONDAM car une politique de prévention met par définition des années à produire des résultats et le coût de la médecine curative s'ajoute à celui de la médecine préventive durant celle-ci. Même un ONDAM à 2,3 ne saurait absorber le coût d'une réelle politique de prévention.

PROPOSITIONS :

- Relancer de la politique de prévention.
- Rémunérer l'acte de prévention.
- Faire de la filière gériatrique une filière d'excellence.
- Développer les petites unités libérales et les centres de prise en charge afin d'assurer la proximité des familles avec les aïeux.

AVANTAGES :

- Responsabilise le patient pour sa santé et celle de ses proches.
- Permet un véritable suivi et travail sur les facteurs de risque.
- Diminue les coûts de santé.
- Réduit la part des hospitalisations.

POLITIQUE DE SANTE, GOUVERNANCE

PROBLEMES :

- La politique sanitaire a été faite autour de l'État et de l'administration, avec un seul gouvernant, l'État, puis les ARS (Agences régionales de santé), et la Caisse d'Assurance Maladie. On a enlevé toute possibilité organisationnelle à la profession et tout mot à dire au patient.
- La démocratie sanitaire est un théâtre d'ombres. Au sein des ARS, les comités d'organisation sanitaire et sociale donnent les autorisations de création, de regroupement, de restructuration et demain, des maisons médicales, avec un avis seulement consultatifs des présents, la décision revenant au seul directeur général de l'ARS.
- Les politiques prennent leurs conseils au sein des sphères d'influence d'une technocratie, qui elle-même s'appuie sur des experts toujours plus éloignés de la réalité du terrain, une gouvernance "de la maison" étatique, administrative, aux ordres...
- L'État a changé la structure et l'esprit de l'Assurance Maladie créée en 1945. La loi Santé en a fait un outil applicatif et vérificateur des décisions de l'État. En outre, l'État définit le périmètre des discussions conventionnelles, et peut, s'il le juge nécessaire et sans passer par les décisions conventionnelles, faire varier les tarifs, ou prendre toute autre décision unilatéralement.

PROPOSITIONS :

- Supprimer l'article 1 de la Loi de Modernisation de la Santé.
- Mettre en place une véritable démocratie sanitaire qui serait composée de trois pôles retrouvés à chaque étage décisionnel: un pôle administratif, un pôle soignant et un pôle patient. Chacun aurait le même pouvoir et chaque décision nécessiterait le vote unanime pour empêcher toute dérive.
- Supprimer un certain nombre d'agences, car ces dernières tout secteurs confondus coûtent 40 milliards/an.
- Remplacer les ARS par des agences d'appuis et de partenariat et l'intégration d'une gouvernance démocratique à chaque étage du soin.
- Organiser des États Généraux de la Santé, pilotés par ceux qui font le soin et ceux qui vivent le soin.
- Intégrer les jeunes dans toutes les sphères décisionnelles.
- Sanctuariser l'indépendance et la liberté de la pratique médicale et ne pas faire passer l'économie avant la qualité des soins. Dans le raisonnement économique, le collectif prime sur l'individuel. En médecine, le raisonnement individuel prime sur le collectif.

AVANTAGES :

- Améliore l'efficacité et la fluidité du système de soins à coûts diminués.
- Génère des économies de santé par rééquilibrage de la sur-administration.
- Réintroduit de la souplesse et du temps dans l'organisation des soins.
- Donne une place au patient qui devient acteur au sein du système de santé.
- Motive les jeunes à s'installer et à être acteurs de leurs carrières. Lutte contre la fuite des cerveaux , l'hémorragie de soignants à l'étranger.

ETUDES MEDICALES

PROBLEMES :

- Le 3ème cycle médical peut être intégré sans examen pénalisant par tout étudiant étranger.
- Les évolutions numériques ne sont pas suffisamment enseignées.

PROPOSITIONS :

- Modifier l'accès en 3e cycle afin de garantir l'excellence de la filière en vérifiant à la fois le niveau des compétences et la capacité à s'exprimer en français.
- Adapter les études médicales à la mutation de la médecine des cinq prochaines années avec l'émergence du numérique, des nanotechnologies, des biotechnologies, des sciences cognitives, de la médecine algorithmique, etc. former les étudiants dans quatre directions: sanitaire, éthique, philosophique, économique.

AVANTAGES :

- Maintien de l'exemplarité de l'enseignement médical universitaire.
- Préparation et adaptation aux bouleversements médicaux à venir.
- Construction d'une médecine concurrentielle, qui donne un rayonnement à la France.

NOUVELLES TECHNOLOGIES

PROBLEMES :

- Télé médecine ou télé consultation sont des modes d'exercice dont la mise en place a été ralentie faute de décisions de financement.
- Le choc culturel, économique, technologique, sanitaire, éthique à venir s'appelle NBIC (nanotechnologie, biotechnologies, informatique, sciences cognitives) ou encore médecine algorithmique.

PROPOSITIONS :

- La France doit être leader, non dans la mise en œuvre de ces technologies (notre retard est déjà considérable par rapport aux pays asiatiques et aux États-Unis) mais dans la capacité à préparer ses futurs médecins dans l'utilisation de ces technologies.
- Faire entrer ces technologies dans les facultés, ouvrir l'enseignement aux chercheurs du milieu, et construire un enseignement qui aborde à la fois les conséquences sanitaires, économiques, politiques et éthiques de cette nouvelle médecine
- Créer un conseil éthique international, ouvert vers une réflexion sur la création d'un droit d'ingérence éthique international (sorte de casque bleu de l'éthique) afin de minorer les risques d'exploitation de ces technologies à des fins non médicales.
- Créer une nomenclature pour les actes de télé médecine et de télé consultation

AVANTAGES :

- Améliore la qualité des soins par l'utilisation des nouvelles technologies via l'interface avec le soignant seul à même de prendre de façon globale (médicale, sociale, psychologique) le patient.
- Améliore la qualité de l'enseignement tout en incluant la notion d'éthique.
- Remet la France à niveau dans le domaine de la santé.

ETHIQUE ET TRANSPARENCE / ORGANISMES COMPLEMENTAIRES

PROBLEMES :

- Absence de transparence des frais de gestion des organismes complémentaires
- Conflit d'intérêt quand les organismes payeurs veulent être organisateurs du soin
- Problème d'accès différencié aux soins par les réseaux de soins, les contrats responsables ...

PROPOSITIONS :

- Supprimer les réseaux de soin afin de garantir l'indépendance des médecins et l'absence de discrimination entre les patients (remboursements différenciés)
- Limiter le rôle des organismes d'assurances maladie au seul rôle d'assureur, qui ne doivent pas avoir un rôle d'organisateur des soins. au risque d'un conflit d'intérêt permanent
- Supprimer le lien: subvention des syndicats de médecins / signature de la convention. (Jusqu'à un million d'euros par an pendant 5 ans payés par l'Assurance Maladie: il n'y a pas plus bel exemple de conflit d'intérêts.)
- Créer une Haute autorité de surveillance médico-économique avec, en son sein, l'Ordre, les syndicats, l'assurance maladie, les complémentaires, l'État et les patients.
Son rôle serait celui d'une agence de régulation du financement en amont et en aval. Afin de surveiller l'assurance maladie et vérifier l'opacité de toutes les complémentaires, vérifier qu'elles ne s'attaquent pas à l'indépendance des médecins grâce à une contractualisation du respect de l'indépendance des médecins. En aval, elle vérifie les pratiques des médecins grâce à la création d'un seul secteur au lieu de trois. Tous les médecins ont droit au dépassement vérifié par cette haute autorité. On s'attacherait à ce que l'indépendance des médecins et la liberté des pratiques soient elles aussi sanctuarisées.
- Mettre en place un audit des comptes des organismes complémentaires par la HASME tous les trois ans.
- Interdire la profession de lobbyiste pour tout ce qui touche au sanitaire
- Réviser les contrats responsables

AVANTAGES :

- Garantir la qualité des soins , la liberté de choix du patient et de prescription du médecin.
- Garantir un accès égalitaire aux soins pour les patients.
- Assainir les relations des soignants entre l'Assurance Maladie et les organismes complémentaires.
- Rétablir de la confiance et de la fluidité dans le système de santé.