

## Projet de loi HPST

### Document de travail du Syndicat de la Médecine Générale au 19/01/2009

#### Argumentation générale

Pour le SMG, cette loi n'est qu'une étape supplémentaire vers la privatisation du système de soins dans la logique définie en 2003 par le Rapport de M. Chadelat.

Le transfert vers le secteur marchand de ce qui peut intéresser les acheteurs de soins a besoin de conditions qui sont :

- La maîtrise du fonctionnement de l'hôpital public, afin que celui-ci garde les soins de hautes technologies très coûteux et les soins sociaux, mais qui sont par nature peu rentable au regard des lois du marché. D'où la nécessité de transformer l'hôpital en entreprise.
- La promotion de l'hôpital privé dans le cadre des « groupements de coopérations sanitaires ».
- Une maîtrise de l'organisation de l'offre de soins. La disparition programmée des structures existantes dont les CPAM est inquiétante. La mise en place des ARS constitue une étatisation décentralisée de la gestion du système de l'offre de soins qui n'est pas un système de santé.

Cette loi est aussi marquée par une forte prévalence de la structure technico-administrative, peu encline aux partenariats avec les acteurs de terrain. Ce qui n'est pas acceptable c'est :

- L'absence quasi systématique d'espaces de négociation pour la mise en œuvre des processus et dispositifs prévus par la loi.
- Ce ne sont pas les places de strapontins prévues ici et là aux professionnels et aux usagers qui peuvent masquer l'absence de démocratie.
- La quasi disparition du rôle des élus, au moment où les questions de santé deviennent des axes forts du développement des politiques locales comme l'ont montré les ateliers santé ville dans le cadre de la politique de la ville.

Le fait que cette loi prévoit ici et là des articles de loi qui satisfont des organisations corporatistes, notamment de professionnels, ce qui leur permet de la soutenir ne peut masquer que globalement cette loi est une loi de régression sociale qui va conduire à construire deux systèmes de protection sociale. Un système solidaire autour de ce qui restera de la CNAM pour la gestion d'un panier de soins réduit au traitement et suivi des affections de longues durées. Et un système privé pour le reste des citoyens dont l'accès sera conditionné par le niveau de revenu des personnes.

Le SMG est membre fondateur du Collectif contre les Franchises et pour l'Accès aux Soins pour Tous, il participe au Collectif de Défense des Hôpitaux de Proximité. A ce titre, il est solidaire des prises de positions et analyses de ces collectifs.

Le SMG ne propose pas d'amendements à cette loi en ce qui concerne l'hôpital n'étant pas légitime pour le faire, mais il est solidaire des forces syndicales et professionnelles hospitalières qui s'opposent à cette loi.

Le SMG présente des amendements issus de collectifs partenaires comme le Collectif Europe et Médicament.

Le SMG soutient et développe les nouvelles formes d'organisations collectives des professionnels des champs médicaux et sociaux que sont les Maisons de Santé de Proximité dans la poursuite de son action qui a commencé en 1983 avec l'expérience des Unités Sanitaires de Base.

## Propositions d'amendements et argumentaires

(Les amendements sont mis en gras)

### Article 14

Titre II Article 14 :

Art. L. 1411-11 après le 4° se trouve un paragraphe sibyllin :

« Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L162-5-3 du code de la sécurité sociale, concourent à l'offre de soins de premier recours, en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre des coopérations organisées avec les établissements et services de santé sociaux et médico-sociaux »

**Question : que veut dire ce paragraphe ? Traite-t-il de travail coopératif ou de modalités d'installation dans le cadre d'un schéma général de l'offre de soins ?**

« Médecins généralistes de premier recours »

Article L 4130-1

1° « contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. **Des modes de rémunérations et des formes d'organisations collectives seront prévues pour développer ces missions** qui pourront s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux »

« 4° veiller à (l'application ( supprimé)) **l'adaptation** individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient »

#### Argumentaire :

La définition des missions des médecins de premiers recours s'élargit au-delà du soin proprement dit et c'est une bonne chose. Toutefois, ces nouvelles missions ne sont pas compatibles avec le seul paiement à l'acte, puisque la prévention, l'éducation ont pour objet de diminuer le recours aux soins non nécessaire. Demander à des médecins de diminuer le soin, c'est amputer leurs revenus. Il faut donc reconnaître que ces missions sont de la compétence du médecin généraliste et y associer d'une part un mode de rémunération supplémentaire qui ne pénalise pas le médecin qui effectue ces missions et, d'autre part, développer des formes d'organisation collective pluriprofessionnelles pour les conduire, comme les maisons de santé de proximité.

Il est important pour un médecin de connaître les protocoles et les recommandations. Toutefois, l'art de la médecine et ce qui fait la qualité d'un soins, c'est la capacité à adapter ces protocoles à la réalité de la personne malade. L'application sans adaptation est une erreur et si ils deviennent, par la loi, opposables au médecin, cela va normaliser la pratique professionnelle, pour mieux la contrôler.

### Article 15

Nous ne pensons pas que les mesures de l'article L 632-2, concernant le nombre de postes d'internes proposés par région, suffiront pour favoriser l'installation de jeunes médecins dans les zones sous médicalisés : elles sont déjà en elle-même trop timides. Il faut agir au niveau de la formation des généralistes, de leurs conditions d'exercice. Il faut traiter ensemble les problèmes d'installation des médecins et des autres soignants et plus largement poser la question des politiques d'aménagement du territoire.

#### Amendements

- **Le nombre de places proposées chaque année au concours de fin de première année et au concours d'internat sera nettement plus important dans les facultés correspondant aux territoires où se posent des problèmes de démographie médicale.**
- **L'enseignement de la médecine sera réorganisée pour que tout étudiant ait fait un stage suffisamment long en médecine générale avant la fin de la 6° année pour qu'il puisse faire son choix d'internat en connaissance de cause.**
- **Les moyens humains et financiers seront réellement donnés aux départements de médecine générale pour qu'ils puissent organiser l'enseignement...**

## **Argumentaire**

- La question de l'accès aux soins, quel que soit le lieu du territoire, est un véritable problème qui nécessite réflexion et réponses politique.

- Les déserts sanitaires présents et à venir sont aussi bien en territoire rural qu'en territoire urbain défavorisé.

- La résolution de la question des déserts sanitaires concerne l'ensemble des soignants et des structures de soins et ne pourra se faire indépendamment des questions générales d'aménagement du territoire alors qu'actuellement tout le contraire est fait.

### **- Au niveau médecins plus particulièrement**

\* La question qui se pose est aussi comment éviter que des médecins déjà installés dans ces zones ne les quittent (ce qui est le cas actuel avec un effet boule de neige sur ceux qui restent et qui sont surchargés).

\* Il y a une désaffection par les étudiants de la médecine générale et, numerus clausus aidant, on arrive à la fin des études au non remplissage des postes d'interne en médecine générale, les étudiants préférant repasser le concours plutôt que de se retrouver médecins généralistes. La moitié des jeunes médecins qui finissent avec leur spécialisation de médecine générale actuellement n'exercent pas la médecine générale, ils vont vers des postes salariés divers, l'autre moitié retarde au maximum le moment de l'installation et fait des remplacements. Ils en trouvent sans aucun problème, puisque les généralistes sont dans l'ensemble surchargés (début de baisse des effectifs, désir de travailler moins...). Très pragmatiquement, ils disent tous que si on remet en cause la liberté d'installation, ils ne s'installeront pas et ils en ont la possibilité du fait du contexte démographique actuel.

\* Les incitations financières à l'installation en France dans ces zones ont été mises en place selon des modalités très restrictives et complexes, mais par ailleurs, les exemples étrangers montrent que ce type d'incitation (en positif, incitatif ou en négatif : coercitif) n'a pas ou peu d'efficacité à moyen terme.

### **- La question est à prendre principalement à notre avis à 2 niveaux :**

\* Celui de la formation : les étudiants en médecine ne connaissent pas la médecine générale (et encore moins celle des zones désertiques), et sont dans un contexte hospitalier qui la dénigre, les stages qu'ils sont censés faire d'après la loi depuis presque 10 ans en 5<sup>e</sup> année de médecine (avant le choix d'orientation) viennent seulement d'être mis en place et encore de façon très partielle, sous-financés et par ailleurs leur réalisation se heurte à la difficulté de trouver des médecins libéraux qui les accueillent (chez nous, à Nantes, ce stage existe depuis plusieurs années, mais se fait sur le mode du volontariat pour les étudiants alors qu'il devrait concerner tout le monde). Dans le même ordre, une fois qu'ils sont internes en médecine générale, il font 6 mois chez le généraliste et une petite partie d'entre eux seulement peut faire le stage de mise en autonomie (toujours problème du manque de généraliste encadrant, n'oublions que la médecine ambulatoire est libérale et que cet encadrement se fait sur le mode du volontariat (rémunéré)). Par ailleurs, dans les facultés, les départements de médecine générale qui organisent la formation des étudiants se battent depuis des années car complètement sous dotés en poste et non reconnus... Il semble que les étudiants s'installent plus facilement dans les zones moins dotées soit s'ils sont issus de ces zones, d'où l'hypothèse de mettre plus de postes aux concours de médecine dans ces zones (ce que propose timidement la loi HSPT), soit s'ils y ont travaillé en stages.

\* Celui des modalités d'exercice : c'est certain que les étudiants ne veulent plus travailler isolé à 58 heures par semaine et pour une grande part voudraient être salariés. On retombe-là sur le développement d'autres modalités d'exercice, c'est la question des MSP, du travail en coopération. Et là vraiment rien n'est fait actuellement dans ce sens, les maisons de santé pluridisciplinaires dont parle la ministre sont des rassemblements de libéraux et les rares lieux existant cf. la Case de santé de Toulouse dans un quartier défavorisé sont menacés de fermeture faute de financement <http://www.casedesante.org/>

Voir aussi : article de Pierre Volovitch paru dans le N° 40 de *Pratiques* : « Quelle politique d'installation pour réduire les inégalités », qui reprend bien la question et donne en note 9 une analyse de l'IRDES intéressante. Voir *Pratiques* N° 41 de fin 2007: « Comment payer ceux qui nous soignent » qui est en lien avec cette question <http://www.pratiques.fr/Comment-payer-ceux-qui-nous.html>. Voir aussi sur le site du SMG le dossier thématique maisons de santé : <http://www.smg-pratiques.info/spip.php?rubrique40>

## **Article 18**

### **Accès aux soins**

Article L162-1-14-1 « peuvent faire l'objet d'une sanction, prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, les professionnels de santé qui :

1° pratiquent une discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, définie à l'article L 1110-3 du code de la santé publique ;

2° **exposent les assurés à des dépassements d'honoraires ;**

3° **les modalités de définition du niveau des revenus des professionnels seront fixées par la convention médicale dans le cadre de tarifs opposables ;**

4° **La pratique du tiers payant par les généralistes et par les spécialistes sera encouragée par les caisses d'assurance maladie.**

**Argumentaire** : le tact et mesure étant mal définis et surtout pas respectés, les dépassements atteignant des sommes le plus souvent excessives, notamment pour les actes de chirurgie, il n'est plus possible d'accepter cette pratique de dépassements d'honoraires qui devient le premier facteur d'exclusion des soins. Par contre, il est légitime de déterminer le niveau de revenu des professionnels du soin dans le cadre de la convention médicale en respectant le principe que tout professionnel adhérent à cette convention respecte les tarifs opposables. On ne peut pas demander à la protection maladie de rendre solvable les malades par le remboursement des actes et en même temps trouver un complément de revenu significatif par le dépassement des honoraires.

L'Assurance maladie à sa part de responsabilité dans cette escalade, car elle n'a jamais fait respecter la convention médicale vis-à-vis de ces dépassements, comme d'ailleurs pour les refus de soins notamment vis-à-vis des refus concernant les bénéficiaires de la Couverture Médicale Universelle. De même, il faut clarifier les engagements des assurances complémentaires qui remboursent ces dépassements pour les assurés qui adhèrent aux contrats les plus forts, introduisant de la sorte une discrimination vis à vis des assurés qui ne peuvent accéder à ces tarifs élevés.

## **Article 19**

### **La formation médicale continue**

#### **Amendements**

1° **La formation des soignants doit être au service de la santé des patients et indépendante de toute pression extérieure en particulier celle de l'industrie pharmaceutique. Les moyens de cette indépendance doivent être donnés aux organisations de formation continue. Ceux-ci seront retenus sur leur aptitude à mettre en place une formation adaptée à l'exercice de la médecine générale et réellement indépendante de l'industrie pharmaceutique.**

2° **La visite médicale organisée par les laboratoires pharmaceutiques sera sévèrement taxée (ou supprimée).**

3° **« Les conventions conclues entre les membres des professions médicales et les entreprises ou établissements mentionnés au premier alinéa doivent être rendues publiques. Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »**

#### **Argumentaire**

1) et 2) Voir le rapport de l'IGAS d'octobre 2007 sur l'information des généralistes sur le médicament et l'article d'actualité du N° 40 de la revue *Pratiques*.

3) Le sénat, lors de l'examen du PLFSS 2009 le 19 novembre, avait voté un amendement (repris au 3° ci-dessus) à la loi sur la transparence de l'information médicale (Article L4113-13 du code de la santé publique) qui prévoyait que les conventions passées entre les médecins et l'industrie pharmaceutique seraient rendues publiques par l'Ordre des médecins. Mesure proposée par l'Inspection Générale des Affaires Sociales dans son rapport de 2007 sur l'information des généralistes.

Le Formindep, association citoyenne de patients et de professionnels de santé, avait lancé une mobilisation pour interpeller les élus afin qu'ils maintiennent cet amendement dans le texte de loi définitif et ne « laissent pas passer cette chance de mettre réellement en place les moyens de la transparence de l'information médicale ». Le Formindep rappelait : « cette possibilité accordée aux citoyens de prendre connaissance des liens d'intérêts des médecins avec l'industrie est une avancée considérable pour la transparence de l'information médicale, pour la qualité et le coût des soins qui en découlent, pour la vie démocratique en général car l'impact des conflits d'intérêts dépasse largement le monde de la santé ».

Du fait de l'opposition de la ministre de la Santé et de l'influence du lobby pharmaceutique, cet amendement a été rejeté par la commission mixte paritaire des deux assemblées qui s'est réunie le jeudi 27 novembre 2007 pour finaliser la loi.

## Article 22

### L'éducation thérapeutique

#### Article L 1161-1

**Pour cet article on reprend ci-dessous la proposition du Collectif Europe et Médicament**

#### « Proposition d'article :

L'article L.1161-1 du code de la santé publique est ainsi complété :

« L'éducation thérapeutique du patient fait partie intégrante de la prise en charge du patient et de son parcours de soins.

Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont déterminées par décret.

**Il est interdit pour une entreprise pharmaceutique de conduire tout contact et toute démarche directe ou indirecte d'information, de formation ou d'éducation à destination du public relative à un médicament prescrit [nouveau]».**

L'article L. 1161-4 du code de la santé publique est ainsi complété :

« Les actions d'accompagnement des patients ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades dans la prise en charge de leur maladie. Elles sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Il est interdit pour une entreprise pharmaceutique de conduire tout contact et toute démarche directe ou indirecte d'accompagnement des patients [nouveau]».**

#### Exposé des motifs :

L'éducation thérapeutique est aujourd'hui un élément essentiel de l'amélioration de la qualité de la prise en charge, notamment dans le cadre de maladies chroniques : il est important d'encourager et de développer cette approche qui conjugue plusieurs aspects, tels que l'éducation du patient à sa maladie et les actions d'éducation liées aux traitements préventif et curatif.

Aujourd'hui, les laboratoires pharmaceutiques souhaitent participer à la démarche d'éducation thérapeutique en conduisant ou sous-traitant notamment des programmes d'accompagnement sur les médicaments qu'ils commercialisent.

Dans le circuit du soin, le rôle de l'industrie pharmaceutique est essentiel : il consiste à innover et à mettre au point des médicaments qui sauvent des vies ou rendent la maladie moins lourde à porter. Mais l'industrie pharmaceutique est confrontée à la concurrence et à la contrainte des marchés financiers. Aussi pour survivre dans ce contexte difficile, elle doit développer des politiques promotionnelles efficaces dont les programmes d'accompagnement font partie.

En effet, comme le détaille la revue *Pharmaceutiques*, numéro de septembre 2008, dans l'article intitulé « *Promotion du médicament : quelles perspectives à l'horizon 2012 ?* » qui relate les résultats de l'étude de juin 2008 d'Eurostaf sur les nouvelles politiques promotionnelles des laboratoires pharmaceutiques, les programmes d'accompagnement des patients répondent à une véritable stratégie marketing, à travers le « *mix-promotionnel* », combinaison de la promotion des produits avec des services associés.

Il en découle que ces programmes mis en place par les laboratoires pharmaceutiques revêtiront plus un objectif commercial qui consiste à fidéliser les patients à la marque du médicament qu'un objectif d'amélioration de la qualité des soins et du bon usage du médicament.

Or pour garantir une éducation thérapeutique de qualité et cohérente, il est primordial que le patient soit préservé de tout contact de nature promotionnelle, tel que le souligne le rapport IGAS de décembre 2007 consacré à « L'encadrement des programmes d'accompagnement des patients associés à un traitement médicamenteux, financés par les entreprises pharmaceutiques ». La Cour des comptes considère pour sa part (en annexe au rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments) « *qu'il appartient en priorité aux pouvoirs publics de répondre au besoin, bien réel, d'accompagnement des patients et que celui-ci ne doit pas*

*être abandonné aux firmes pharmaceutiques ».*

Aussi, pour protéger le patient, l'IGAS préconise de consacrer le principe de l'interdiction de tout contact direct ou indirect entre les entreprises pharmaceutiques et le public, ce qui permet de répondre aussi à l'application du principe d'impartialité qui est un des principes essentiels de la sécurité sanitaire : distinguer les considérations économiques des considérations sanitaires de bon usage.

La ministre de la Santé Madame Bachelot partage ce point de vue : en effet, lors de sa conférence de presse du 2 septembre 2008 sur l'éducation thérapeutique, la ministre a affirmé qu'elle ne souhaitait « *aucune porosité, aucun contact direct entre firmes et patients, dans le cadre de l'observance* ».

Par conséquent, il est proposé d'inscrire dans la loi une nouvelle disposition consacrant ce principe ».

**Article L 1161-2 :** Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration **tiennent compte de la diversité des situations** et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. **L'application de ces programmes au niveau local est mise en oeuvre après concertation avec les acteurs de l'éducation thérapeutique du patient.**

**L'éducation thérapeutique du patient n'est pas opposable au malade ni ne conditionne le niveau de remboursement des actes afférents à sa maladie.**

**Argumentation :** rien ne serait plus dangereux de concevoir une éducation thérapeutique selon un cahier des charges rigide, et seulement conçu de manière technocratique. La diversité des situations ne permet pas de concevoir une ETP dogmatique, normalisée. Certes, on comprend que si c'est le cas il est plus facile de la contrôler, mais c'est la manière la plus efficace pour la tarifier (Cf. l'expérience des Réseaux de santé).

Voir aussi les analyses du projet de loi HPST sur le site du SMG

<http://www.smg-pratiques.info/-Projet-de-loi-Hopital-Patients-.html>