

PRÉCARITÉ ET PREMIERS RECOURS A PARIS

Dr Igor KUBALEK & Dr René GRANIER
MSP Marx Dormoy
75018 Paris

CONSTAT DE LA SITUATION :

LES SOURCES D'INÉGALITÉ :

- pauvreté économique ; apartheid/ghetto ; « discrimination positive » et « ghettoïsation » ;
- règlement des problèmes de tiers payants intégral ;
- assistanat et travail dissimulé et économie « au noir » ;
- médicalisation globale et commercialisation totale ;
- ethnicité et multiculturalisme.

CONSTAT DE LA SITUATION :

Il est à souligner plusieurs items très importants pour l'exercice quotidien de la médecine des premiers secours : **une permanence** des soins (permanence à l'accès aux soins temporo-spatiale pour diminuer le risque extrinsèque (7j/7 et 24h/24 et pas trop géographiquement éloignée ni forcément hospitalo-centrée lors d'une urgence médicale relative ou absolue, promue surtout par l'assureur et pouvoirs publics) **différente de la continuité** de soins (promue par le fournisseur de soins pour diminuer la variation (et donc de risque intrinsèque) inter-individuelle et intra-individuelle de la prise en charge).

Nous acceptons la définition de notre organisme professionnel selon l'Ordre des Médecins : il s'agit surtout d'une continuité de soins médicaux individuels, c'est-à-dire avec une cohérence médicale entre le seul et unique patient et son propre et unique médecin, à savoir donc le suivi du dossier médical par un seul professionnel.

Vocabulaire :

- *fournisseur des soins : professionnel médical qui procure les soins médicaux et/ou paramédicaux ;*
- *assureur : celui qui finance, sur la base d'une mutualisation, l'accès aux soins (assureur, mutuelle, CPAM, prévoyances) ;*
- *accès aux soins : modalité de la prise en charge ;*
- *utilisateur : patient ou client de la médecine préventive ;*
- *financement (mutualisé ou non, direct ou budgétisé).*

Il faut arrêter la dichotomie maléfique de rendre tout médical donc solidaire et donc gratuit, ou/et au contraire tout commercial, donc de luxe et donc onéreux, non remboursable et non remboursé.

La santé n'a pas de prix mais elle a un coût individuel ou collectif : les valeurs individuelles se confondent, ou pas, avec les valeurs collectives (mauvaise observance des conseils médicaux ; ce n'est pas un acte anodin et il peut être rendu à la facturation pour celui qui le néglige, comme nous le faisons pour le tabac et alcool depuis des années dans leur taux d'imposition ; les recommandations des assureurs peuvent donc être rendues opposables non seulement aux professionnels amis mais aussi aux consommateurs ; ex : durée du diabète et ses complications). La dignité humaine ne dépend pas du statut économique. La pauvreté n'est pas une honte mais n'est pas un mérite non plus. Il faut accomplir le virage vers les soins ambulatoires basé sur la valorisation du travail médical.

PROPOSITIONS D'ACTION

1. Lutte contre la « discrimination positive » et la « ghettoïsation » et apartheid :

Rendement effectif et efficace du tiers payants obligatoire complet pour les démunis avec une régulation offre/demande (l'offre est suffisamment contrôlée par l'assureur).

Il faut :

- mettre fin au nomadisme médical désastreux ; les bénéficiaires de l'AME/CMU temporaire (gestion de flux migratoire médical) ne sont pas concernés par l'institution du « médecin traitant » et du « parcours de soins ». Nous n'avons aucun moyen de vérifier leur situation administrative sur le site AMELI de la CPAM. Le parcours de soins n'est pas respecté car les bénéficiaires ne sont pas concernés : c'est l'un des arguments de la CPAM que de transférer la responsabilité comptable de l'assureur et du bénéficiaire sur le dos des praticiens, car elle ne paie pas l'acte entier. C'est une pure dégradation de notre statut de professionnel de santé ;
- définir le respect du parcours des soins (quoique controversé et redondant) : pour que celui-ci soit respecté, il faut que les bénéficiaires du tiers payants soient équipés lors de leur inscription d'une carte vitale. Et que leurs choix soient clairement marqués sur leurs attestations (carte vitale et papiers compris) ;
- supprimer divers dispositifs se chevauchant : AME et CMU-temporaire. Instauration d'une couverture solidaire très limitée (tiers payants intégral TPI de 6 à 12 mois **non** renouvelable) pendant la durée de l'instruction de leurs dossiers et du contrôle administratif des migrants et renouvelable si pathologie grave découverte ou en cours ; [attribution/inscription obligatoire du médecin traitant sur son attestation de la sécurité sociale CMU-t ou AME pour la durée de la validité d'attestation (affectation au centre CPAM et MT : perte de validité chez un autre médecin et autre centre] ;
- instaurer un service **TIERS-PAYANTS INTÉGRAL TPI (MUTUELLE D'ETAT ou un « chèque médical » ou « chèque pharmacie »)** : capitalisation du compte pour les soins avec possibilité de déplafonnement (régulation mixte de la demande et de l'offre) ;
- lister les médicaments limités (selon la commission de transparence ; ex : cs Verlain/CHU St Louis ou Rimbaud/CHU St Antoine) et la quantité disponible pour ces bénéficiaires ;
- introduire la TPI/MUTUELLE d'ETAT ou un « chèque médical » un « chèque pharmacie » disponible auprès des bénéficiaires pour des actes médicaux ou/et médicaments/pharmacie non sur la liste de premier recours (en vente libre : AMM et liste II des médicaments) ;
- créer un TPI municipal ou régional ou national, et une plate-forme unique en Île de France ou en France (la CPAM est un gestionnaire défaillant) ;
- l'attribution/inscription obligatoire du médecin traitant accompagnateur sur son attestation de la sécurité sociale TPI pour la durée de la validité d'attestation (affectation arbitraire au centre CPAM et MT) ;
- instaurer l'injonction administrative immédiate par les professionnels de santé et garantir la non rupture lors de l'attribution de l'attestation d'ouverture des droits MT/Centre/patient ;
- garantir l'accès aux soins dans les structures publiques/municipales/sponsorisées dédiées forfaitaires mais aussi aux médecins libéraux selon la liberté de choix du professionnel/patient : rendre le parcours de soins égal entre la médecine de ville (libéral) - hôpital (public) et non-hospitalo-centré ;
- lutter contre l'idée concentrationnaire : l'éloignement concentrationnaire a son prix et son coût ;
- économiser et rationaliser l'accès aux soins actuels : il faut un AUDIT profond, objectif et comparatif des centres existants avec le coût de la prise en charge des pathologies courantes : produit brut des examens complémentaires, chiffrage des soins induits (examens complémentaires, pluridisciplinarité, pluri-professionalisme, efficacité des soins, nomadisme médical, lettrisme spécialisé) ;
- arrêter et sortir des rémunérations par forfaits et subventions de la médecine de ville : les

statistiques « médicales » sont biaisées d'une façon similaire, ce qui les rend injustes et inexploitable. Elle sont scientifiques et non empiriques, anti-Hippocrate ;

- garantir des paiement pour des factures impayées : la CPAM ne nous rembourse qu'environ 85 % de nos consultations pour les tiers-payants (pour les CMU, AME) ;
- supprimer la paperasse inutile : les feuilles de soins dégradées (sans carte vitale) doivent être dispensées de duplicata de facturation sur papier : la CPAM nous demande **un double travail** électronique ET papier ;
- éviter au maximum les effets pervers : l'option démographique ne couvre pas les frais de secrétariat et de fonctionnement administratif du cabinet. Même si nous applaudissons cette aide inopinée, nous ne pouvons cacher les effets pervers de cette mesure. Elle entre dans la logique de la « discrimination positive » et dans la « ghettoïsation » de notre secteur. Elle exige des contreparties de plus en plus humiliantes et impossibles à tenir sur le long terme (« permanence de soins » et « continuité des soins »).

2. Assistanat et travail dissimulé et économie au noir :

- diminuer la pression sur les prescripteurs (relâcher un peu le contrôle sur l'offre) (*cf supra TPI pour la liste de première nécessité et liste secondaire en achat de produit en vente libre Doliprane liste I ou II ou en vente libre*) ;
- instaurer un chèque médical pour des actes non prescrits par le médecin (examens complémentaires inutiles et cumulatifs : groupe sanguin, diagnostic et traitement de pathologies peu dangereuses pour la communauté et pour l'individu (HCV), actes non remboursés, certificats de sport, médecine ethnique, MEP, TCC...) ;
- facturer d'une façon transparente les usagers : compte-chèque médical dédié à la consommation y compris « les urgences » qu'il est possible de dé plafonner si pathologie véridique grave avérée ou dangereuse ;
- rendre indépendants les usagers par des comptes-chèques médicaux alimentés par les propres ressources des patients ;
- inciter à la bonne santé : bonus en plus si le compte du TPI n'a pas été débité ou pro rata ;
- lutter contre le travail au noir : exclusion définitive des droits sociaux si travail au noir.

3. Respect de l'ethnicité du patient :

- faciliter le retour vers le pays d'origine des migrants ou vers leur destination finale qu'ils ont choisie avec un dossier médical disponible à distance : serveur dédié au dossier médical partagé ;
- intégrer une base d'accès aux soins des migrants souhaitant rester en France : le rapport avec son propre corps étant un facteur majeur d'intégration, la limite de l'accès aux soins cause donc une exclusion ;
- promouvoir la médecine ethnique comme une approche holistique.
- Rétablir autorité naturelle de l'opinion du professionnel de santé (rendre possible et non-remboursé : la vente de tous les médicaments en vente libre ainsi que toutes les explorations complémentaires et les interventions des paramédicaux)

4. Dans le souci d'élargir l'accès aux soins aux plus démunis, de préserver le modèle français de solidarité et d'assurance maladie et dans le souci de pérenniser et de moderniser ce système, il faut :

- retirer la loi HSPT et avant tout la disposition du Tiers payant en sa forme actuelle. Accomplir le virage vers les soins ambulatoires basé sur valorisation du travail médical. NON à la priorité au travail administratif, scientifique et/ou gestionnaire. NON à la priorité de la recherche, de l'académie, de la hiérarchie, de l'enseignement, de l'administration, de la gestion, de la comptabilité...
- ouvrir le secteur optionnel (M ou DP ou Secteur 2) pour tous les médecins généralistes selon

leur titres ET/OU selon la durée de leur exercice. Garder la base solidaire commune nationale (assurance obligatoire de la CPAM) et élargir la partie commerciale des mutuelles reflétant aussi la valeur ajoutée. Diminution de la partie solidaire à la charge des concitoyens ;

- payer à l'heure l'acte médical et non sur la base d'une nomenclature irréaliste, purement comptable. Adopter des grades de tarifs et la liberté tarifaire progressive selon la carrière du médecin. Créer des modificateurs qui reflètent la technicité, le volume et la complexité de la synthèse en consultation, ou sa valeur intrinsèque. Aucun métier n'est défini uniquement par sa technique, mais surtout par son centre d'intérêt (objet, malade). Aligner le coût de la consultation en médecine générale (CS=23€) en ville avec celui de la consultation en médecine générale dans les centres médicaux « sponsorisé » « municipaux » (CS=80€) et des hôpitaux (CS=230 €). La valeur actuelle économiquement viable en libéral de CS MG d'un premier contact d'environ 15-20 minutes est aux alentours de 46 €, donc au double de la valeur actuelle ;
- rétablir la possibilité de la fonction de pharmacien pour tous les médecins : dans un souci d'efficacité pour permettre aux médecins de distribuer/vendre directement des médicaments sur ordonnance de princeps (nous déléguons bien volontiers les tâches de conseil et les médicaments de conseil et les génériques aux paramédicaux) et possibilité de prescrire selon nos connaissances pour éviter une perte de chance à nos patients (prescription HIV urgent notamment et post-exposition...) ;
- accompagner les paramédicaux par une législation médicale spéciale : à ce jour, ceux-ci donnent des conseils médicaux hors du cadre législatif, ce qui consiste en fait à de l'exercice illégal de la médecine ;
- regagner l'indépendance et l'individualité de notre métier par rapport aux pouvoirs politiques, économiques et dogmatiques ; les recommandations n'ont qu'une valeur de recommandation et ne sont ni obligations ni garanties. Sortir des ROSP (rémunération sur les objectifs de santé publique) et P4P (paiement pour performance) de l'assureur et valoriser le travail médical ;
- valoriser la prise en charge des patients dans la médecine Hippocratique. Les actes médicaux sont tous basés sur le comportement stochastique, probabiliste de tous les facteurs : initiation de la législation prenant en charge ces natures profondes. La médecine est un art empirique et non une science exacte. Aucun métier et cadre juridique le définissant ne peuvent le définir seulement selon les moyens techniques utilisés ;
- décharger les médecins du travail non-médical : la « technicité » qui nous est imposée y compris par l'informatisation à charge exclusive de celui qui en profite d'avantage, à savoir l'assureur ou l'Etat avec son service FISC, ARS, et non à charge du médecin (par exemple les logiciels de gestion et d'aide à la prescription, les frais de secrétariat). Également pour le suréquipement « technique » du cabinet (ex : déchets infectieux ou accès pour les handicapés).
- abandonner la FMC obligatoire qui conduit à une médecine à la pensée unique et à une médecine en perte de vitesse.