

« P4P » et autres items dans le système français des soins

Les différents responsables politiques nous demandent de garantir l'accès aux soins, c'est-à-dire d'accepter les personnes ayant une Aide Médicale d'État (AME) ou une Couverture Maladie Universelle (CMU). Or, pour les personnes bénéficiaires du tiers payants, la CPAM ne respecte pas ses engagements.

Nous nous permettons d'attirer votre attention sur nos problèmes d'exercice de la médecine en ville, de la médecine de proximité et de première ligne dans les quartiers défavorisés et à Paris intra-muros : 60% de nos patients sont des migrants, 60% ont des tiers payants (CMU et AME), les soins non-programmés représentent 90% de nos consultations, 50% ne parlent pas le français. Nous rencontrons de graves problèmes avec la CPAM qui ne respecte pas ses engagements : nous avons presque 15% de rejet. La CPAM ne souhaite pas honorer l'aide pérenne et l'incitation à la télétransmission car toute aide prévue est dédiée uniquement pour les médecins qui soignent les patients avec une carte vitale : or, tous les gens avec une immatriculation temporaire n'en disposent pas (AME et CMU) ; ce sont les plus vulnérables et les plus précaires qui souffrent également des pathologies les plus graves pour eux-mêmes et leur entourage (tuberculose, par exemple). L'impossibilité de pouvoir les soigner en médecine de ville aura des conséquences économiques, épidémiologiques, politiques et professionnelles. Il nous semble impératif de revoir les textes portants sur le parcours de soins et le rôle pivot du médecin traitant pour diminuer le nomadisme médical qui n'arrange rien en prise en charge médicale des patients, résultant dans la négation de travail des compères, multiplication des actes, cumul de risque des aléas iatrogéniques.

Afin d'améliorer le service médical rendu par la CPAM, nous avons formulé plusieurs demandes transmises aux organismes compétents.

Nos remarques plus générales :

La nouvelle convention comporte des éléments très discutables, contre-productifs et en contradiction avec le serment d'Hippocrate pour plusieurs raisons dont les plus importantes à notre avis sont :

- La fragmentation de la connaissance : la spécialisation est faite au détriment du patient qui est forcé d'errer d'un spécialiste à l'autre sans aucune synthèse médicalement valable. Ce nomadisme est coûteux et inefficace, voire contre productif : l'homme n'est pas un assemblage de pièces détachées. La vie reste entière et cohérente dans son unité naturelle, médicale, sociale ou culturelle. La synthèse et non l'analyse est primordiale dans l'approche médicale.
- La préférence incompréhensible et désobligeante à la science pour la médecine de proximité au détriment des soins : les nouveaux étudiants et internes que nous nous engageons à accueillir reflètent la misère de cette éducation des facultés.
- Le principe « P4P », paiement pour performance, dont la construction est douteuse privilégie les aspects non médicaux (organisation, comptabilité et caprice de la science) au détriment des soins : la médecine devient déshumanisée, tandis que la médecine reste un art, car non reproductible, individuelle et surtout non hiérarchisée intra-patient et inter-patient, même si elle peut être hiérarchisée dans le parcours et l'accès des soins. Les Suisses ont rejeté ce principe lors d'un référendum
- Le diplôme de médecine garanti par l'État est remis en question par des formations continues promues par différents organismes et assureurs dont le niveau est bas et la fluctuation importante.

Il est étonnant que la France souhaite adopter le modèle anglo-saxon alors que le Royaume Uni n'évolue ni dans l'espace Schengen, ni dans l'euro ; ce système est moins efficace, moins effectif, moins efficient. Il est basé sur la hiérarchie médicale et la comptabilité, il devient déshumanisé et inefficace ; la réapparition des maladies historiques (tuberculose multiresistante) témoigne de cet échec. Il n'est pas loin du système soviétique où le groupe a anéanti l'individu. La renommée de la France, la notion de la démocratie et leur rayonnements sont liés à ces trois piliers sociaux : santé, éducation, solidarité. Il nous semble impératif d'exporter le système français (70 % assurance maladie obligatoire solidaire et garantie et 30 % assurance maladie complémentaire incitative et individuelle) plutôt que d'importer un système inadapté. Le rôle central médical et pivot du médecin traitant reste une garantie contre la désertification et contre la perte d'intérêt des jeunes pour notre métier. Les soins sont primordiaux, même si les nouvelles fonctions dépistage-éducation-prévention les complètent. La fonction de généraliste existe bien sûr partout, mais varie de la fonction purement budgétaire («gate-keeper») au Royaume-Uni à la coquille vide d'accompagnateur/administrateur («thérapeute») en Europe de l'Est. Historiquement, et fort heureusement, le rideau de fer est tombé et le thatcherisme/blairisme a vécu. La valorisation du rôle médical est incontournable dans l'avenir pour attirer les jeunes et pour la motivation du corps médical. La « discipline de la médecine générale » (introduite comme une spécialité à l'Ordre des Médecins et enseignée à la Faculté) est basée une fois de plus sur la fragmentation et l'analyse. Il est au contraire souhaitable qu'elle redevienne basée sur la synthèse et sur l'approche « holistique ». A l'époque de l'hégémonie mondiale chinoise, le modèle Français de la cohésion sociale et le modèle Européen du multipartisme basé sur des coalitions sont les meilleures garanties de la prospérité européenne, de son attractivité et de sa pérennité.