



Association des Étudiants en Médecine de  
Marseille

Faculté de Médecine

27 Bd Jean Moulin

13005 Marseille

Tel:06 .09 .35 .65.14

[contact@aem2.org](mailto:contact@aem2.org)

[aem2.org](http://aem2.org)

# Procès verbal de l'Assemblée Générale Extraordinaire du 21/01/15

Association  
des  
Étudiants  
en  
Médecine  
de  
Marseille

### Personnes présentes du bureau :

- Marion Grandpierre, Présidente
- Astrid Soghomonian, Secrétaire Générale
- Alexandre Plessy, Trésorier
- Fabien Pena, VP Tutorat
- Anne Gondolf, VP Publication-Communication
- Pierre-Louis Sunhary de Verville , VP ANEMF
- Nicolas Prieur-Blanc, VP Représentation
- Emma Borg, VP SGS
- Jordan Guimera, VP SGS
- Mélanie Taxil, VP Partenariats
- Mathias Colantonio, VP Animation
- Guillaume Toledano, VP Geek
- Camille Clerc, VP Tutorat
- Lise Mauvigney, VP IFMSA

### Ordre du jour :

- Ouverture de l'AG
- Élection du modérateur
- Adoption de l'ODJ
- Adoption du PV de la précédente AG

## **Ouverture de l'AG :**

### Élection du modérateur :

Qui s'oppose à ce que Nicolas Prieur-Blanc (VP Représentation) soit élu modérateur ? Adopté.

Adoption de l'ODJ : adopté

Adoption du PV de l'AG du 05-12-14 : adopté

***Pierre-Louis (VP ANEMF) :*** Bonjour à tous.

Merci d'être venu nombreux à cette AG sur le projet de loi Santé.

Ce soir, nous recevons :

- Sébastien Foucher, président de l'ANEMF (Association Nationale des Etudiants en Médecine de France) en charge du dossier
- le Dr Gabriel Kulling, responsable du département de l'offre de soins de premier recours à l'ARS (Agence Régionale de Santé) PACA
- le Dr Dominique Thiers-Bautrant, responsable éditoriale de l'UFML (Union Française pour une Médecine Libre)

Ils s'exprimeront à tour de rôle, puis aura lieu un temps de questions.

## 1. Sébastien Foucher, président de l'ANEMF :

Présentation des grands axes et des mesures phares de la loi Santé, ainsi que de l'action de l'ANEMF concernant la loi.

La stratégie nationale de santé, adoptée il y a plus d'un an, a fixé la politique en matière de santé sur les prochaines années. Dans l'ensemble c'était plutôt consensuel.

Aux mois de juin/ juillet 2014 des concertations ont eu lieu concernant l'élaboration de la loi Santé. Le projet définitif a été déposé mi-octobre. Le vote de la loi était prévu pour début 2015, mais suite aux grèves celui-ci a été repoussé à avril 2015.

Mme Marisol Touraine a ouvert de nouvelles concertations. Des groupes de travail, auxquels l'ANEMF va participer, vont avoir lieu.

Cette loi est une loi « fourre-tout ». Elle contient beaucoup de mesures sans aucun lien entre elles.

Si l'on compare avec la loi HPST (2009), celle-ci allait dans le sens d'une modification plus profonde du système de santé.

### Titre I : Prévention

Toutes les lois de santé publique comportent une partie prévention.

Dans cette partie, le point sur lequel nous, étudiants en médecine, pouvant être amenés à intervenir, est celui du parcours éducatif en santé, c'est-à-dire apprendre aux élèves le fonctionnement du système de santé. Les autres sujets sont plutôt socio-culturels.

### Titre II :

#### 1. Service Territorial de Santé au Public (STSP) : donne le pouvoir aux ARS.

L'idée est de définir des objectifs à partir de petites zones (c'est-à-dire axer telle prise en charge sur telle zone) et d'être conventionné avec les médecins pour que la prise en charge soit mieux rémunérée.

La principale crainte des médecins était que l'on touche à la liberté d'installation. (pour pouvoir être contractualisé avec l'ARS, être obligé de s'installer à tel endroit)

Cet article va être réécrit de telle manière que ce sera plutôt le professionnel de santé qui fera la démarche auprès de l'ARS. « J'ai un projet, pouvez-vous me financer ? »

## 2. Tiers payant généralisé : Mesure la plus politique de la loi

La première question sur le tiers-payant est technique.

Actuellement, nous n'avons aucune garantie sur la mise en place technique du tiers-payant. Le médecin va-t-il devoir contacter, pour chaque patient, les - plus de 500 - organismes complémentaires pour pouvoir être remboursé ?

L'alternative à cela ce serait que l'Assurance Maladie s'en occupe, ce serait donc elle, et non pas le médecin, qui irait chercher auprès des mutuelles les remboursements.

A l'heure actuelle certaines structures, tels que les centres de santé, appliquent le tiers-payant. Ce qui génère des frais c'est cette démarche-là. (contacter les organismes complémentaires pour pouvoir être remboursé).

## 3. Service Public Hospitalier (SPH) :

Avant la loi HPST, le SPH était un bloc. Pour qu'une structure puisse être considérée comme faisant partie du Service Public Hospitalier, elle devait respecter un bloc d'obligations.

La loi HPST a cassé ce bloc d'obligations. Aujourd'hui un organisme remplissant au moins une des missions de ce bloc, peut être labellisé, ce qui sous-entend un aspect financier.

La loi Santé propose de revenir au système appliqué avant la loi HPST, c'est-à-dire le respect de toutes les obligations.

Parmi ces obligations il y en a une concernant le dépassement d'honoraires. Donc demain, les hôpitaux ainsi que les cliniques privées devront prendre des engagements sur les dépassements d'honoraires, pour pouvoir appartenir au SPH.

Cette mesure a donné lieu aux mouvements des cliniques.

Face à ces mouvements, le gouvernement a décidé de continuer à labelliser les cliniques qui le sont déjà.

## Titre III :

### 1. Création d'un nouveau métier : celui d'auxiliaire médical

Ces auxiliaires médicaux seraient des infirmiers qui pourraient s'engager plus dans la prise en charge.

### 2. Transfert de tâches : répondre à des impératifs de santé publique en donnant plus de capacités à des professionnels de santé

exemples : pratique de l'IVG par les sages femmes ; vaccination réalisée par les pharmaciens

Face à cette mesure, une question se pose : le médecin perd-il une partie de son art et de son activité ?

## Titre IV :

### Régionalisation de la convention nationale :

A l'heure actuelle il existe une convention entre les professionnels de santé et l'Assurance Maladie.

La loi propose que les ARS puissent faire leur propre convention à l'échelle régionale.

Cette régionalisation de la convention nationale préoccupe, dans le sens où il risque d'y avoir une inégalité régionale quant à la rémunération des soins.

L'ANEMF négocie avec les ministères depuis cet été.

Dans le premier projet de loi qui nous avait été présenté, nous avons permis le retrait de certaines propositions telles que le renforcement de la place de l'ARS dans notre formation ainsi que le transfert de la formation au CHU.

Dans cette loi, il faut bien distinguer ce que contient la loi, c'est-à-dire toutes les dispositions précédemment présentées, savoir si nous les approuvons ou non, de ce qu'elle ne contient pas (exemples: accompagnement à l'installation, exercice professionnel et place de l'administratif chez les médecins libéraux)

L'ANEMF attend les retours de chaque ville pour guider son travail sur la loi Santé.

## **2. Dr Gabriel Kulling (ARS) :**

En France, chaque fois qu'une loi santé est rédigée, c'est pour faire face aux carences constatées dans le système de santé.

2004 : loi sur la santé publique et loi sur la sécurité sociale

2009 : loi HPST

La loi Santé s'inscrit dans la suite de ces deux lois.

Le ministère a fait un constat: notre système de santé est performant mais pas suffisamment équitable.

La médecine à deux vitesses est une réalité . Actuellement, une fraction de la population a des difficultés économiques pour accéder aux soins ; certaines personnes ne peuvent pas souscrire à une complémentaire santé pour des raisons financières.

En 2013 : mise en place de la stratégie nationale de santé.

A cette occasion, l'ARS a animé des débats dans tous les départements.

Je le concède dans la rédaction du texte de loi sorti en juillet, nous ne retrouvons pas toujours l'élan ressenti lors des précédents débats, ce qui a sans doute été à l'origine de la contestation qui s'est développée en fin d'année 2014.

Trois grands axes dans cette loi :

- prévenir
- innover
- faciliter l'accès aux soins

Il existe aussi un quatrième axe sur le renforcement de la démocratie sanitaire.

Depuis 2010, nous l'expérimentons à l'ARS avec la mise en place CRSA (Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie). C'est un apprentissage difficile pour tous les partis.

Nous assistons à plus de lobbying que de défense de l'intérêt général.

### 1. Prévention :

La loi met l'accent sur l'alcool et le tabac.

L'accent doit être mis, prioritairement, sur l'alcool et le tabac car ce sont les principaux responsables des phénomènes de mortalité et de morbidité.

Il y a aussi une véritable volonté de développer la prévention médicalisée, en impliquant davantage les professionnels de santé dans le conseil et dans la prévention, à la frontière entre prévention primaire et prévention secondaire.

Cette partie est assez consensuelle.

### 2. Facilitation de l'accès aux soins :

- *Désignation d'un médecin traitant pour les enfants avant 16 ans.*
- *Généralisation du tiers payant :*

Cette mesure ne changera rien à la connaissance de l'activité des médecins que peuvent avoir les organismes d'assurance maladie.

Les personnes qui n'ont pas de complémentaires n'auront pas forcément rien à payer.

Un groupe au ministère travaille depuis des mois sur la mise en place technique de ce tiers-payant.

Plusieurs solutions apparaissent.

L'Assurance Maladie en propose une. Celle-ci paierait le médecin et se ferait ensuite rembourser par les complémentaires.

Cette solution n'a pas la faveur des médecins. Leur plus grande crainte étant de se sentir pieds et poings liés à l'Assurance Maladie.

Les organismes complémentaires réfléchissent, de leur côté, à la manière dont ils pourraient former un organisme concentrateur.

Une troisième solution serait que les médecins, eux-mêmes, mettent en place des sortes d'organismes concentrateurs.

Le contre-argument des médecins libéraux est que le patient n'a qu'à présenter une carte bleue et avoir un débit différent en fin de mois. Ce n'est pas très réaliste. Tout le monde n'a pas forcément de carte bleue. De plus, la situation financière de certains ne le permettrait pas.

Le tiers-payant généralisé est donc une mesure allant dans le sens d'une amélioration de l'accès aux soins. Ce qui, malgré les difficultés techniques, est indéniable.

– *Mise en place d'un Service Public d'Information en Santé :*

Cela a commencé à être mis en place en 2014 avec la création d'un Service Public d'Information sur les Médicaments, dont le but est de concurrencer les bases de données.

– *Permanence des soins ambulatoires :*

Bien qu'il existe un centre unique d'appel (le 15), certaines associations telle SOS Médecins ont leur propre numéro et certaines régions ne fonctionnent pas comme la nôtre, et tout ne passe pas forcément par le 15.

Pour remédier à cela, l'idée serait de mettre en place un numéro unique d'appel pour les patients.

### 3. Innovation

#### – *Service Territorial de Santé au Public (STSP)*

Coopération des professionnels de santé de ville et hospitaliers pour une meilleure prise en charge de patients dont la prise en charge nécessite de dérouler un parcours de santé. (patients âgés, patients atteints de maladie chronique)

On peut se demander si c'est l'ARS qui va devoir l'organiser ou si les médecins vont s'en charger eux-mêmes.

Il n'y a, en aucun cas, de volonté d'étatisation. Les médecins seront toujours libres de s'installer et les patients libres de choisir leur médecin.

La réalisation de cette proposition est assez maladroite. C'est pour cela qu'il y a eu une mauvaise compréhension.

En région PACA, l'ARS a commencé à mettre en place des dispositifs appelés « coordinateurs territoriaux d'appui » pour tenter de préfigurer ce service territorial de santé au public.

Ces dispositifs permettent aux différents acteurs, impliqués dans le parcours de santé, de se rencontrer et de travailler en commun pour améliorer ces parcours.

En conclusion :

Quatre groupes de travail ont été mis en place :

-un groupe sur le tiers-payant

-un autre sur l'organisation des soins de proximité sur le territoire (le but étant de réécrire l'article sur le STSP pour une meilleure compréhension)

-un sur l'évolution de certaines compétences médicales.

Aujourd'hui, il y a un véritable problème de démographie médicale. Il y a de moins en moins de médecins généralistes. Cette mesure permettrait aux médecins de se focaliser sur une activité à plus haute valeur ajoutée.

-un dernier groupe se penchera sur le Service Public Hospitalier.

Ils remettront leur conclusion à la mi-février.

En plus de ces quatre groupes de travail, une réflexion sera menée dans le but de redonner aux médecins généraux leur bonne place dans le système de santé, c'est-à-dire revisiter le dispositif dit du médecin traitant



### 3. Dr Dominique Thiers-Bautrant (UFML):

Une loi c'est un esprit et une lettre.

L'esprit de la loi est ce qui préside à la rédaction du texte et la lettre est la rédaction du texte.

Concernant l'esprit de la loi Santé, il s'agit de solidarité et de justice sociale, de simplifier le parcours de soins des patients ainsi que d'efficience de la gestion des ressources.

L'efficience sous-entend un service efficace, coûteux à sa juste valeur et dans lequel les ressources mises à disposition sont utilisées.

Les 57 articles de cette loi constituent la lettre de cette loi.

La précédente loi précisait que la nation devait définir la politique de santé, veiller à sa mise en œuvre et à son évaluation.

Article 1 du projet de loi Santé : « *La Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun. La politique de santé relève de la responsabilité de l'État.* »

Ceci est une étatisation ; la santé devient donc une fonction régaliennne de l'état.

La création du droit de santé va devoir utiliser deux moyens de mise en œuvre et de vérification.

Il va s'appuyer sur :

- les organismes d'assurance maladie (sécurité sociale et complémentaires) qui vont participer à la réalisation des objectifs et à la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé
- les ARS

Par conséquent, nous sommes face à une étatisation.

La loi HPST a donné beaucoup de pouvoirs aux ARS.

Celles-ci :

- définissent les structures de soins présentes sur le territoire.
- vérifient les implantations (de cabinet, d'établissements de soins, d'équipements)
- donnent les autorisations d'activités ainsi que les interdictions.

Cependant leur pouvoir organisationnel était, jusqu'alors, restreint aux établissements de soins.

Avec le projet de loi Santé celui-ci migre vers la médecine de ville, dite médecine de proximité.

Nous nous interrogeons quant à la liberté d'installation et à la liberté de choix.

La participation des organismes de sécurité sociale ou des complémentaires laisse sous-entendre qu'il y aura des moyens de pression financiers (que ce soit pour les patients qui ne respecteraient pas le parcours de soins ou que ce soit pour les praticiens).

#### Le contrat territorial de santé :

Il concerne les futurs médecins demandant une installation et se fait sous l'autorité de l'ARS.

Il faudra présenter un projet à l'ARS et que celui-ci soit agréé.

Cette autorisation d'activité est vitale, aussi bien pour les établissements de santé que pour les praticiens.

Paradoxalement cette mesure nous a été présentée comme reposant sur le volontariat ainsi que sur l'indépendance.

Y aura-t-il donc une possibilité de développer une activité si l'on ne contractualise pas avec l'ARS ?

#### Le tiers-payant généralisé :

Dans le système actuel libéral le patient paye le médecin pour l'acte qui lui a été délivré. Il se fait ensuite rembourser auprès de sa mutuelle et de sa sécurité sociale.

Le patient a donc obligatoirement une sécurité sociale et dans la majorité des cas il souscrit aussi à une mutuelle.

Dans le système proposé par la loi, le système du tiers-payant généralisé, le médecin délivre l'acte et doit aller ensuite récupérer les sommes qui lui sont dues auprès de la sécurité sociale et des organismes complémentaires.

De mon point de vue, je ne pense pas qu'en 2015 il y ait une difficulté technique quelconque à créer un guichet unique.

Quelles sont donc les raisons de cette difficulté à le mettre en place ?

Est-ce, par exemple, le problème de récupération des franchises?

De plus, nous sommes préoccupés par une possible dépendance des pratiques vis-à-vis des organismes payeurs.

Notamment dans la mouture d'octobre 2014, alinéa de l'Article 18: *« Le cas échéant, les modalités permettant de dispenser l'assuré social de payer directement au professionnel la part des honoraires prise en charge par les organismes d'assurance maladie lorsqu'un mécanisme de tiers-payant est mis en place par ces organismes. »*

En résumé : si le médecin a contractualisé ou a une convention avec l'organisme complémentaire, il pourra bénéficier d'un remboursement automatique effectué par la complémentaire, sinon ce sera le professionnel de santé lui-même qui devra faire toutes les démarches.

Outre ce problème de rémunération, justifiant l'emploi d'un temps plein chez les pharmaciens ou chez les radiologues, il est important de noter le rôle accru des complémentaires dans l'organisation de soins et donc l'existence d'un moyen de pression financier.

Est-ce donc une incitation aux réseaux ? Les médecins vont-ils donc devoir contractualiser avec des organismes complémentaires ?

L'article 5 du code de déontologie rappelle que « *le médecin ne peut annuler son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* ».

### Dossier Médical Partagé (DMP) et données de santé :

Ces propositions sont au cœur de la déontologie.

Le DMP semble très utile et très pratique. En effet, il y aura un seul dossier consultable par tous les acteurs du parcours de soins.

Cependant, l'autorisation donnée par le patient ne sera pas forcément demandée à chaque étape de son parcours. Les informations vont donc circuler beaucoup trop facilement.

La création de l'Institut Des Données de Santé est source de problèmes.

Les assureurs ont hâte d'avoir accès aux génomes des patients pour définir une gestion du risque et ainsi des contrats adaptés.

Il y a un véritable risque de fuite des données.

Le Conseil de l'Ordre a mis l'accent sur ce point. La CNIL a promis une certaine sécurité des données. Mais dans quelle mesure ?

Le texte actuel ne met pas le patient à l'abri d'une fuite et d'une libre circulation de ses données personnelles.

En conclusion, la lettre de la loi fait apparaître une médecine étatisée, financée, il est vrai, par la solidarité mais aussi par les complémentaires.

Le tiers-payant généralisé est un outil d'une médecine assujettie et donc d'une médecine à deux vitesses, laquelle a pour conséquence la perte d'indépendance des médecins.

La formation des jeunes et la démographie médicale sont de très gros enjeux.

L'aggravation des problèmes de démographie médicale ne sera pas réglée par ces mesures. En effet, cette loi comporte des attaques très graves au secteur libéral risquant d'être délétères et d'aggraver la désertification.

Le fait que l'organisateur des soins soit aussi l'organisme payeur fait apparaître un conflit d'intérêt majeur.

### Création d'un corps de PH remplaçants :

Le numérus clausus est en train de remonter. Dans 10 ans il y aura donc davantage de médecins.

Sachant que les transferts de compétences vont démanteler une partie du métier et que des médecins étrangers (à qui l'on donne le droit de soigner mais pas de qualification) viennent meubler les hôpitaux et assurer les urgences.

Si des corps de PH remplaçants, donc en CDD, sont créés, une précarisation de la médecine est en train de voir le jour.

La démographie médicale n'a pas été assez anticipée.

Dans dix ans, il y aura trop de médecins. La médecine sera étatisée. Si le secteur libéral est supprimé, il y aura un véritable problème d'emploi des médecins.

La loi Santé n'anticipe pas assez les enjeux qui se concrétisent actuellement et qui sont :

- le développement de la médecine à deux vitesses
- la dégradation des conditions d'exercice
- la dégradation de la qualité des soins

### **Réactions et questions étudiantes :**

#### Question 1 (Julien, L3):

- Que font des entreprises privées (les mutuelles) avec la médecine ?
- Si la loi passe qu'est-ce-que va en tirer l'ARS ?

#### *Dr Gabriel Kulling (ARS) :*

Il y a un désengagement progressif de l'Assurance Maladie, les assurances ont donc pris plus de places et d'importance dans les protections sociales. Il y a une lente progression du coût des soins. Ce n'est pas une nouveauté, à chaque fois, une part chez les médecins est remboursée par les organismes complémentaires, et ceux qui n'ont pas de complémentaires sont ceux qui ont les plus petits revenus. La CMU, puis la CMUC ont donc été créées.

Pour moi, les surcomplémentaires n'existent pas.

*Dr Dominique Thiers-Bautrant (UFML) :*

Les mutuelles ne sont pas des entreprises à but lucratif.

Les complémentaires ont commencées à prospérer avec l'arrivée du secteur 2.

Maintenant, la santé est un droit, il faut donc un droit à la santé. Je dirais que la loi santé leur permet de développer un marché. La crainte que l'on peut avoir est qu'à terme cela se transforme en un « tu seras soigné en fonction de tes moyens ».

*Sébastien Foucher (ANEMF) :*

Nous nous sommes opposés aux réseaux de soins: les complémentaires pouvaient contractualiser avec les médecins et créer leur propre réseau.

Ça a été retiré, donc oui, il y a une sensibilité à la place des complémentaires dans les systèmes de soin.

Question 2 (Louisa, L3):

Des médecins ont-ils été contactés pour la rédaction de la loi ?

*Dr Gabriel Kulling (ARS) :*

La loi a été écrite par le ministère. Les médecins présents étaient ceux qui travaillent au ministère. Avant la rédaction de la loi, Mme Touraine a demandé aux ARS de mettre en place des concertations territoriales.

Ces concertations ont permis aux plus grands acteurs de se rencontrer (plus de 800 personnes).

Suite à la compilation de toutes ces informations la loi a été créée.

*SAIHM :* Les internes n'ont pas été conviés, alors que ce sont les futurs médecins.

Question 3 (Louisa, L3):

Dr Kulling, vous avez cité la vaccination dans l'élargissement des capacités des professionnels de santé. Vous avez dit que faire des vaccinations n'était pas forcément la vocation des médecins. Selon vous, avoir des charges administratives en plus serait notre vocation ?

*Dr Gabriel Kulling (ARS) :*

Tout le monde est d'accord, les médecins font trop de paperasse. Ce n'est pas bon.

Aujourd'hui, un médecin libéral qui veut se faire payer doit faire beaucoup de démarches, donc je ne suis pas convaincu que la généralisation du tiers payant va changer quelque chose.

On dit que la santé va devenir une prérogative de l'état, pour moi ça fait bien longtemps qu'elle l'est.

*Dr Dominique Thiers-Bautrant (UFML) :*

C'est vrai que la médecine libérale n'existe plus depuis longtemps.

En revanche, je suis pas d'accord au sujet de la vaccination : décider de vacciner ou pas, c'est un acte médical.

Ceci fait parti de nos revendications et contestations.

Il faut que le médecin garde son expertise. Dès lors que nous sommes dans des protocoles, le corps médical perd son expertise. L'exemple de la vaccination le montre bien : c'est important de décider si on vaccine ou pas.

Question 4 (Cyril, L3):

Avec la généralisation du tiers payant, vous n'avez pas peur qu'il y ait une désacralisation du soin ? Cela ne risque pas d'entraîner une surconsommation ?

*Dr Gabriel Kulling (ARS) :* Non.

Statistiquement on n'observe pas de surconsommation dans les pays où le tiers payant est mis en place.

Actuellement, en France, des personnes sont prises en charge à 100%, d'autres pas. Les personnes prises en charge à 100% sont poussés à surconsommer, mais ne le font pas.

Ceux qui ne sont pas pris en charge à 100% sont eux toujours prêts à payer.

La rémunération à l'acte, de toute façon, est un facteur de course au volume : aujourd'hui, je pense qu'un débat qui n'est pas abordé dans la LDS est la part de rémunération à l'acte, ainsi que la part de rémunération forfaitaire.

Je ne pense pas que ce soit incitatif à consommer plus

*Dr Dominique Thiers-Bautrant (UFML) :*

Ce procès que l'on fait aux gens parce qu'ils viennent car c'est « gratuit » me semble exagéré.

Je ne pense pas qu'il y aura une forte surconsommation. Un petit éventuellement.

Cette surconsommation vient non pas d'abus, mais d'un manque d'éducation.

Le fait de venir chez le médecin pour un oui ou pour un non peut être mis sur le compte du tarif de consultation.

Question 5 (Étudiante en DFASM2):

Les personnes, qui n'ont pas accès à la CMU et qui ne peuvent pas se payer de complémentaires santé (une personne qui touche le smic par exemple), vont devoir dans tous les cas payer 6,80€ de leur poche. Que dire de l'aspect équitable dans ce cas ?

*Dr Gabriel Kulling (ARS) :*

Les personnes qui n'ont pas accès à la CMU, peuvent avoir accès à la CMUC.

Concernant les personnes dont les revenus se situent juste au-dessus du seuil permettant d'avoir accès à la CMUC, il faut savoir qu'il existe une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. C'est une aide dégressive.

Aujourd'hui, lorsque l'on va chez le médecin il faut payer la part complémentaire. Mais en cas de maladies graves, d'hospitalisation, de certains actes (prix, durées etc), il y a des prises en charge à 100% .

*Dr Dominique Thiers-Bautrant (UFML) :*

C'est toujours le même problème.

Tout employeur est tenu de faire payer une complémentaire à ses salariés. Par conséquent, la majorité de la population est théoriquement couverte, sauf par exemple les étudiants.

Les renoncement aux soins médicaux sont peu concernés.

Ce sont les soins dentaires et optiques qui posent le plus gros problème. L'AMO (Assurance Maladie Obligatoire) ne s'en occupe plus. Ils ont été repris par les complémentaire.

Question 6 (Grégoire, L3):

Quel est l'intérêt du tiers payant généralisé ?

*Dr Gabriel Kulling (ARS) :*

Il permet aux personnes ayant de très faibles revenus de ne pas avoir à faire l'avance des frais. C'est un premier pas vers l'éventualité que tout le monde puisse avoir accès aux soins sans faire une avance de frais.

*Grégoire :* Vous dites que la place des mutuelles va prendre plus d'ampleur, mais qu'en même temps le gouvernement souhaite une étatisation, je ne comprends pas.

*Dr Gabriel Kulling (ARS):*

L'existence des complémentaires est historique. C'est ainsi que s'est construit le système de protection sociale.

On ne peut pas s'offusquer du fait que les complémentaires cherchent à savoir ce qu'elles paient, il est difficile de pas leur accorder un petit droit de visibilité.

Cependant personne n'est pour que les complémentaires est accès au génome, par exemple. Ce n'est pas l'objectif du gouvernement.

*Dr Dominique Thiers-Bautrant (UFML) :*

Le tiers-payant va masquer le désengagement progressif de la sécurité sociale. Les complémentaires vont, progressivement, prendre plus d'importance. Les médecins pourront à ce moment-là rentrer dans les réseaux. Cela va compliquer la gestion de la médecine libérale.

Nous sommes contre la généralisation, mais pas contre le tiers payant en lui-même.

Question 7 (Renaud, DFASMI) :

A propos du tiers payant généralisé, comme il n'y a pas de guichet unique actuellement, la loi ne veut-elle pas tendre vers la création de ce guichet unique?

*Sébastien Foucher (ANEMF):* Effectivement des pistes ont été évoquées.

Une première idée serait la désignation d'un organisme concentrateur. Celui-ci récupérerait tous les actes auprès des médecins et serait en relation avec les complémentaires pour les remboursements.

L'Assurance Maladie pourrait avoir ce rôle.

Une deuxième serait que ce soit le médecin lui-même qui rentre en contact avec tous les organismes.

La solution préférentielle pour le médecin est la première.



*Dr Gabriel Kulling (ARS):*

La création d'un guichet unique est l'enjeu principal du tiers-payant. On ne peut pas laisser le médecin gérer toute la partie administrative.

Il y a un jeu de pouvoir.

Nous sommes en plein questionnement, il y a un éventail de possibilité.

*Dr Dominique Thiers-Bautrant (UFML) :*

Certains parlent de mise en place de « supplémentaires » c'est ce que j'appelle les surcomplémentaires.

*SAIHM :*

Nous souhaiterions recentrer le débat.

Les collectivités territoriales vont avoir leur mot à dire sur la formation des internes.

Nous savons bien que les postes sont ouverts en fonction des besoins et en fonction de la permanence des soins.

Puisque les collectivités territoriales vont avoir leur mot à dire, ne serons-nous pas les victimes d'une mauvaise formation et victimes d'un besoin de main d'œuvre.

*Dr Dominique Thiers-Bautrant (UFML) :* Les collectivités territoriales auront effectivement leur mot à dire : article 37, 38 et 39

*Sébastien Foucher (ANEMF):* Il me semble qu'à l'heure actuelle cela concerne les formations sanitaires et sociales.

*Dr Gabriel Kulling (ARS):*

La région est responsable des formations para-médicales.

L'ARS définit les territoires de santé, et notamment les territoires considérés comme étant fragiles.

Il nous a paru légitime, au départ, la possibilité de moduler des zonages qui nous sont proposés dans le cadre conventionnel. Par exemple c'est le cas pour les infirmières qui ont toujours une liberté d'installation.

L'ARS a tout de même une mission générale auprès de la population.

*Sébastien Foucher (ANEMF) :* La question est de savoir si les médecins sont inclus ou pas. C'est à vérifier.

Question 8 (Arnaud, DFASMI):

Cette loi a quand même, sur le plan social, une visée économique. On commence à mettre le doigt dans un engrenage.

Il serait plus simple pour l'état d'intervenir sur certaines notions comme les restrictions économiques médicales ; je ne suis pas certain que cette généralisation du tiers-payant soit une bonne idée. L'AME (Aide Médicale d'État) rapportait à peu près 1 milliard par an, et a été supprimée. Pourtant elle servait aux populations qui en éprouvait réellement la nécessité.

Il n'existe pas d'autres solutions, que la généralisation du tiers-payant, pour faciliter l'accès aux soins aux personnes en situation précaire ?

*Dr Gabriel Kulling (ARS) :*

On ne peut pas vraiment répondre. La situation économique actuelle n'échappe à personne, c'est certain.

Mais le projet de loi Santé l'affirme, le principale objectif est qu'il y ait plus d'équité.

Je ne suis pas convaincu que le paiement au coup par coup et acte par acte soit plus favorable pour le patient.

*Dr Dominique Thiers-Bautrant (UFML):*

Nous connaissons les dépenses de l'Assurance Maladie (la principale étant la prise en charge de la vieillesse). Des solutions existe, mais il faut réécrire toute cette loi.

Question 9 :

Il est difficile d'être contre l'esprit de la loi. Je me questionne quant à la mise en place de la loi et notamment l'aspect financier. Avec la régionalisation des conventions, comment faire des économies ?

*Dr Gabriel Kulling (ARS) :*

Le propos n'est pas de tout régionaliser et de négocier la convention auprès des médecins. La loi prévoit des adaptations limitées auprès de ces médecins (adaptations qui devront recevoir un accord national), par exemple des mesures permettant l'installation des médecins dans les territoires difficiles.

Il faut faire attention à la manière dont on lit le projet de loi.

*Dr Dominique Thiers-Bautrant (UFML):*

Il y a un éclatement de la convention nationale : plus de parité entre les régions.

L'esprit de la loi part au départ d'une « bonne intention » : lutter contre le sous développement. Cependant, adapter l'offre de soin à chaque région est une chose, mais c'est réprimer le pouvoir représentatif, il y a une centralisation.

Question 10:

Dans le système français, comment se fait-il que certains systèmes, tels que les cliniques, soient bénéficiaires, et que l'hôpital public soit en déficit ? Comment l'hôpital public peut-il être déficitaire, sachant que les externes représentent une main d'œuvre bon marché (avec parfois un rôle de brancardier alors qu'ils ne sont pas là pour ça) ?

*Dr Gabriel Kulling (ARS) :*

Les hôpitaux publics prennent en charge un éventail de pathologies bien plus important que les cliniques privées, c'est pour cela que l'hôpital public n'atteint jamais les mêmes scores que le privé qui s'industrialise un peu.

Il est vrai que le fonctionnement de l'hôpital public se fait dans un état d'esprit administratif (de manière exagérée « si nous sommes en déficit, ce n'est pas grave, l'État est là »), tandis que si la clinique privée est en déficit, ce sera beaucoup plus difficile pour elle.

Effectivement, la soumission aux contraintes n'est pas la même. L'hôpital public est fortement syndiqué, il est difficile de mettre en place des restructurations ; il n'est donc pas aussi performant que le privé.

Aujourd'hui, tous les établissements devront rentrer dans un regroupement afin d'élaborer un projet médical qui permettra de rationaliser un peu. Nous allons vers l'élaboration de projets cohérents entre les différents établissements publics.

*Dr Dominique Thiers-Bautrant (UFML) :*

La comparaison privé/public est difficile. Le public doit rester public, il n'a pas la vocation d'une entreprise privée. Nous avons tous été formés au public, mais effectivement l'utilisation de cette « main d'œuvre » devrait se faire en vue d'autres améliorations.

Là où le procès est injuste pour le privé, c'est qu'il ne faut pas oublier que c'est l'ARS qui donne les autorisations d'interventions : il est facile de dire que le privé ne réalise que des « petites » interventions. On voit se creuser d'année en année le budget et il ne sera pas possible de faire fonctionner le public comme le privé. C'est une grave erreur de les opposer.

*Sébastien Foucher (ANEMF):*

Concernant les externes et les internes, fin 2012 Mme Touraine avait lancé un groupe de travail sur le travail des étudiants. Nous avons fait le choix de nous concentrer sur d'autres choses : certaines avancées ont été faites, il y a énormément à faire.

Une augmentation de la rémunération de 4% avait été proposée.

Mme Touraine a donc lancé une mission d'attractivité de l'hôpital public : ce serait le premier pas vers un respect des étudiants.

*Dr Gabriel Kulling (ARS) :* Je regrette qu'on ne puisse pas développer le travail des étudiants dans le privé.

*Question 11:*

Les soins nocturnes risquent d'être supprimés au profit des urgences. Comment peut-on faire des économies en faisant ça ? Les urgences sont déjà débordées...

*Dr Gabriel Kulling (ARS) :*

Des ARS ont été tentées de supprimer la permanence des soins en nuit profonde, et limiter le patient à l'appel au SAMU. L'ARS PACA se rend compte qu'il n'y a presque plus de permanence en nuit profonde, car les médecins ne veulent pas l'assurer. Être mobilisé de minuit à 8h pour être rémunéré 100€, il est certain que cela ne favorise pas la mobilisation.

Nous ne savons pas vraiment comment cette permanence en ambulatoire va évoluer ; probablement, vers un système où les centres 15 continueront à se développer. C'est très efficace : dans certains cas, un simple conseil médical suffira, et certains secteurs dans les agglomérations continueront à être couverts par des associations type SOS médecins.

*Dr Dominique Thiers-Bautrant (UFML):*

Cette permanence est effectivement basée sur le volontariat. Concernant la question du désengagement des médecins, il faut savoir qu'il n'y a pas beaucoup de travail, pas de récupération pour les libéraux, et que ce n'est pas très bien rémunéré. Tous les praticiens vous diront que la demande a changé : je ne comprend pas l'interdiction de SOS médecin, c'est un peu dommage.

La rendre obligatoire ne fera qu'aggraver les choses.

Question 12:

Je suis interne et je m'inquiète un peu quant à cette permanence des soins.

Mr le Président François Hollande s'est engagé à offrir un service d'urgence de moins de 30 minutes.

Dans le projet de loi Santé, il est dit que les dépassements tarifaires ne pourront pas être facturés lors des permanences de soins, il n'y aura donc pas de dépassement d'honoraire. Comment peut-on assurer un service de permanence des soins et à côté de cela empêcher un médecin de faire son métier, ou bien de le faire à perte ?

*Dr Gabriel Kulling (ARS) :* Le problème est que dans un établissement privé participant au service public hospitalier, tout le monde doit travailler au tarif opposable.

*Dr Dominique Thiers-Bautrant (UFML) :* La partie concernant le retrait du service des urgences si tous les médecins refusaient de travailler en secteur 1 est revue par Mme Touraine.

*SAIHM :* Chez les internes un préavis de grève va être déposé.

Nous considérons que ce projet de loi n'a aucune vision de notre exercice futur et est basé uniquement sur des problématiques économiques.

Ce projet de loi est pour nous sans logique et sans vision d'avenir.

Avec le service territorial nous risquons d'être mal formés dans des zones où les médecins sont absents.

Nous souhaitons un budget national pour les internes. Nous refusons la place des mutuelles prenne de l'ampleur dans le parcours de soins.

Au sujet des déserts médicaux : ces zones sont mal définies par l'ARS.

La médecine ambulatoire est en train de se développer ainsi que les maisons de santé qui pourront améliorer l'accès au soins.

Nous ne sommes pas contre tout, mais nous souhaitons qu'un nouveau projet de loi soit créé.

Séance levée à : 22h00

Fait à Marseille le 21-01-15

Grandpierre Marion, président de l'AEM2

Soghomonian Astrid, secrétaire générale

