



**L'UFML PROPOSE
UN NEW DEAL
DE LA SANTÉ**

**L'UFML
PROPOSE UN
NEW DEAL
DE LA SANTÉ**

L’Union française pour une médecine libre défend un *new deal* sanitaire à l’opposé d’une politique basée sur la défiance, le dirigisme, le jacobinisme, l’encadrement administratif, la surveillance et la sanction, l’imposition des modes de pratique, et la collectivisation du soin. L’UFML défend un système basé sur la confiance, le respect, la reconnaissance, et la juste considération.

Rappelons que la France traverse une crise sanitaire sans précédent. Selon le Conseil national de l’ordre des médecins (CNOM), la part des médecins de plus de 60 ans s’élève à 28 %, Actuellement, 17 % des médecins libéraux cumulent emploi et retraite, selon la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF). Il existe une réelle menace de pénurie de médecins et soignants dans les cinq prochaines années pouvant être estimée à 30 %. Face à ce dramatique constat entraînant une extension des déserts médicaux couplés aux déserts de vie où l’Etat et les industries se sont désengagés, les maisons de santé, telles qu’elles sont prévues, ne sont pas durables. Elles vivent pour l’heure de fragiles subventions et réduisent le médecin à un simple effecteur de soin dont l’efficacité serait d’appliquer à la chaîne et en temps réduit des protocoles dont l’intérêt premier n’est pas toujours le soin. Nous proposons un nouveau paradigme, en restant attentifs à son financement, qui vise à changer l’organisation du monde de la santé en France, pour en sauver l’excellence et lui permettre de s’adapter aux innovations.

LES PISTES DE L'UFML

1. L'organisation interne de la santé

- Etablissement d'une nouvelle convention et d'un organisme de régulation
- Congrès
- Formation des médecins
- Santé et sécurité des professionnels de santé

2. Parcours de soin et territoire

- Déserts médicaux
- Parcours de soins et territoires

3. La juste valorisation de la santé

- Convention
- Tarif opposable
- Mode de rémunération
- Indexation
- ONDAM



4. La représentativité des professionnels de santé

- Gouvernance
- Syndicalisme
- Représentation



5. La santé et les divers acteurs externes

- Transparence des organismes financeurs du soin
- Fiscalité
- Normes imposées
- Loi de modernisation de la santé



6. L'intégration des nouveautés technologiques au service de la santé

- Secret médical et dossier médical informatisé
- E-consultation et télémédecine



1. L'ORGANISATION INTERNE DE LA SANTÉ

Etablissement d'une nouvelle convention et d'un organisme de régulation

L'UFML plaide pour la fin du système conventionnel et son remplacement par une instance décisionnaire où siègent l'ordre des médecins, les syndicats professionnels, les organismes financeurs, les représentants de patients. Les orientations données par le congrès (projet présenté plus loin), comme celles du gouvernement, sont abordées par l'instance décisionnaire.

La nouvelle convention sera constituée d'un secteur unique, la convention actuelle devenant obsolète.

Au sein de ce secteur le médecin appliquera par défaut des honoraires alignés sur la réalité économique de la gestion des cabinets et en harmonie avec les tarifs appliqués en Europe, et des honoraires sociaux pour les bénéficiaires de l'aide sociale à savoir les CMU, AME (mais pas ALD) au tarif actuellement nommé opposable.

Les charges sociales des praticiens seront celles de l'ancien secteur 1 pour les honoraires sociaux opposables et celles de l'ancien secteur 2 pour les autres, quel que soit le praticien.

Les honoraires sont appliqués selon le principe du tact et mesure et peuvent faire l'objet d'une régulation par le CNOM.

Le tiers payant doit être possible mais jamais obligatoire.

Nous demandons la suppression des ROSP, CAS, des forfaits issus de l'avenant 8 et autres forfaits.

Le tarif de la consultation (C) est à hauteur de la moyenne européenne autour de 50 euros.

Une majoration en fonction du temps, du nombre de motifs et de la complexité de la consultation est appliquée. Les honoraires sociaux sont sans majoration.

Le patient valide la consultation (ou l'acte de soin) avec le médecin tant pour son information que pour celle des assurances ; il devient co-responsable de sa consultation. Une procédure simple sera mise en place pour valider en fin de consultation l'ensemble des prestations, motifs et temps passé durant la consultation par une signature manuelle ou numérique. La signature bi-partite fait partie intégrante du dossier médical personnalisé.

L'UFML rappelle que la valeur actuelle du C est sans rapport avec l'expertise, le rôle et la responsabilité des professionnels. Sa valeur doit donc être totalement reconsidérée sur la moyenne européenne et indexée sur l'augmentation du coût de la vie.

Les avantages attendus sont nombreux

L'attractivité de l'exercice libéral pour les jeunes médecins et la mobilité sont relancées. Il s'en suivra une augmentation des installations, une diminution de la pénibilité de l'exercice et de ses pathologies induites, et une fixation sur le territoire national des jeunes médecins formés en France.

L'objectif est de développer la médecine libérale, un modèle économique moins coûteux que celui relié au fonctionnement du secteur public hospitalier. Le développement de la médecine li-

bérale a un impact direct en termes d'amélioration sanitaire et de création d'emplois et indirect en termes de création de richesse : fixation de population, développement de commerces et d'infrastructures, etc.

Des contreparties attendues

Il s'agira de respecter une charte qualité. Elle intègrera notamment la notion de tact et mesure, les procédures et les protocoles de pratiques, l'engagement d'une formation régulière.

Un organisme paritaire : HASME (haute autorité de surveillance médico-économique) composée par les institutions suivantes : CNOM, CNAM, UNOCAM, ARS, CISS, syndicats de médecins avec une parité soignants/administratifs, chacune des deux parties disposant d'un vote de blocage, aura une mission de contrôle.

Enfin, la responsabilité médicale à la charge du praticien verra son montant plafonné.

Création d'un congrès

Un congrès se réunira tous les deux ans sur trois jours. Il regroupera en un même lieu :

- des syndicats de médecins des secteurs public et privé
- des syndicats d'internes et de chefs de clinique
- des syndicats étudiants
- des représentants des URPS
- des représentants de l'ordre des médecins.

Le congrès est l'expression de la profession médicale qui tous les deux ans propose des positions communes sur les besoins, l'organisation, les orientations de la profession. Le congrès est la voix libre de la profession dans toute sa diversité.

Un tel fonctionnement est à envisager dans le cadre de toutes les professions paramédicales.

La formation des médecins

Pour les étudiants et les médecins installés, la formation doit tenir compte des changements et de la révolution médicale (médecine prédictive, génomique, médecine 4.0, NBIC). L'enseignement universitaire doit s'adapter à la révolution médicale annoncée. L'UFML appelle à une formation adaptée des étudiants à ces changements continus (médecine algorithmique, NBIC) sur le plan technique, philosophique, politique et éthique. Dans ce domaine, l'enseignement doit être ouvert à d'autres compétences que les seules compétences médicales et être assuré par des chercheurs ingénieurs et informaticiens qui participent aussi à la création de la médecine de demain, sous la responsabilité des doyens de faculté.

L'UFML souhaite l'ouverture d'un débat national « éthique et nouvelle technologies, éthique et médecine 4.0 ». Face à une révolution médicale qui effacera les frontières, l'UFML milite pour la création d'un droit d'ingérence éthique international.

Une formation au développement durable en santé et à la santé environnementale responsable et solidaire doit également être ajoutée au cursus universitaire.

La formation des étudiants en médecine doit favoriser la connaissance de la médecine libérale. Le moyen d'y parvenir est de multiplier les postes d'enseignants en médecine générale et en médecine de spécialité avec une ouverture large des stages d'internes en cabinet de ville, et dans les services de l'hospitalisation privée.

Parallèlement, il est nécessaire de reconnecter les études au malade via le recrutement de personnels encadrant sur les terrains de

stage. Il est important de renforcer les compétences cliniques des étudiants, et leur participation à des missions d'enseignement au public (école, entreprise) sur des sujets de santé publique. Il s'agira de revoir la pertinence de certains enseignements devenus obsolètes sans allonger la durée des études.

Les représentants des internes et externes doivent être des invités permanents de toutes organisations, unions, commissions présidant à la profession et notamment au sein des URPS. Les syndicats d'internes, chefs de clinique et étudiants participent au congrès. L'enseignement hors les murs de la faculté doit être favorisé.

La formation des médecins libéraux nécessite d'être indépendante et organisée par la profession, financée par la profession en collaboration avec l'université, et sous surveillance ordinale. La Haute autorité en santé (HAS) doit avoir un rôle de partenaire, et voir son indépendance garantie par un « audit d'indépendance » tous les trois ans.

La certification sera assurée par un organisme indépendant et non par un organisme privé monopolistique, ce qui implique l'exclusion de tout organisme privé de toute responsabilité de certification (ex : COFRAC). Une enquête nationale triennale évaluera l'impact des certifications auprès des soignants en termes d'organisation, d'impact sur l'exercice, de temps de préparation, et de coût. La re-certification par le CNOM des médecins français sera basée sur la participation à des formations continues labellisées, et la certification des médecins de formation extérieure à la France s'effectuera via notamment un examen de pratique de la langue et une vérification du niveau de pratique médicale.

Santé et sécurité des professionnels de santé

Pour lutter contre la souffrance liée à l'exercice professionnel, une mission indépendante d'enquête sera créée dans les plus brefs délais ainsi qu'un fonds d'aide aux soignants victimes de « burn out ». Des centres spécialisés dans la prise en charge des soignants seront déployés.

De plus, l'UFML appelle à la mise en place, d'une part d'un numéro d'appel de signalement de violences subies ou de menaces spécifiques aux professions de santé, et d'autre part d'un circuit spécifique de signalements et d'instructions de plaintes en rapport avec la sécurité des soignants.



2. PARCOURS DE SOIN ET TERRITOIRE

Déserts médicaux

Les français peinent de plus en plus à trouver des médecins de premier recours, au premier rang desquels figurent les généralistes, les ophtalmologistes, et les gynécologues. Les jeunes médecins nouvellement formés, d'une compétence remarquable après un minimum de neuf ans d'études et d'exercice en hôpital, ne sont pas prêts à s'installer en ville à cause des contraintes liées à l'exercice libéral et de l'accroissement des charges de fonctionnement, résultats des différentes réformes, et ce sans aucune adaptation des honoraires à ces évolutions. Ils ne sont que 9 % à vouloir s'installer en libéral, ce qui est loin de suppléer à la démographie médicale qui s'étiolo. A titre d'exemple, les déserts médicaux ne sont pas uniquement ruraux puisqu'à Paris même - qui concentre les charges les plus fortes -, aucun médecin généraliste ne s'est installé en libéral en 2014.

L'UFML suggère que le numerus clausus soit reconsidéré, augmenté significativement et adapté aux données de démographie médicale mais aussi de la démographie du pays avec l'inversion de la pyramide des âges et l'augmentation de l'espérance de vie entraînant une surcharge de travail pour chaque praticien.

Une tarification de relance sur trois ans au bénéfice des zones désertifiées à hauteur des tarifs de gardes de week-end avec prise en charge à 100 % des habitants des zones désertifiées du fait de l'absence de service public et de commerces de première nécessité, doit être immédiatement mise en œuvre. Cette mesure est d'un coût minime pour l'Etat au regard du retour sur investissement attendu du maintien des populations, du développement des bassins de vie, et de l'augmentation de la fiscalité. L'UFML appelle ainsi à un plan Marshall de la ruralité avec la réintroduction des services publics et des commerces de première nécessité, l'amélioration des voiries et un désenclavement. L'UFML appelle à une solution pérenne, non à des solutions palliatives au modèle économique trop fragile qui déconstruisent parfois un peu plus l'équilibre et l'égalité des zones rurales (par ex : les maisons médicales).

L'UFML appelle à la facilitation de l'exercice multi-sites (secteur et lieux d'activité), à la création de cabinets secondaires. La possibilité doit être donnée tout au long de l'exercice de changer de secteur d'exercice et de mode de rémunération. Tout médecin doit pouvoir passer du secteur libéral au secteur public et du secteur public au secteur libéral, avec souplesse. Nous croyons que l'expérience de divers modes d'exercice est une richesse, et permet une amélioration de la qualité de la pratique. La prévention des problèmes de surcharge de travail et de *burn-out* permettra elle aussi de maintenir les médecins dans leur exercice le plus longtemps possible.

Parcours de soins et territoires

A. L'organisation d'une PDSA (permanence des soins ambulatoires)

Efficace, elle est la clef d'amélioration du système. Les objectifs sont, d'une part, de disposer d'un système de consultations non programmées pour répondre rapidement à la demande des patients et ainsi réduire l'afflux aux urgences, et d'autre part de consultations programmées avec un temps de consultation plus long, adapté à une prise en charge globale et satisfaisante pour la qualité du travail médical.

Sinon quelle organisation idéale pour lutter contre la désertification des territoires ? Sans doute pas le non accès aux soins qui entraîne un afflux de patients aux urgences à un coût élevé (250 euros par passage) sans que cela ne permette *in fine* une réelle prise en charge de qualité ?

La disponibilité d'un médecin généraliste au sein d'un cabinet de groupe dédiée aux consultations non programmées est une solution. Chaque médecin aura une seule journée par semaine de consultations non programmées. Ces consultations non programmées ne répondent qu'à un seul motif. Le reste du temps médical est consacré aux consultations programmées à un rythme plus lent, sans interruption par des demandes urgentes, avec un temps de consultation permettant une prise en charge globale et des actions de prévention. Conjuguer des consultations non programmées et des consultations longues programmées en cabinet de groupe est envisageable lorsque la démographie médicale le permet.

Une solution complémentaire pourrait être la participation, au sein de l'hôpital, d'une consultation immédiate réservée, après tri, aux ur-

gences de ville non vitales et ne nécessitant pas de plateau technique hospitalier. L'accès aux urgences pourrait être conditionné à l'appel du médecin ou à un courrier d'introduction.

B. Relations avec la CPAM

Comment résoudre les points de blocage ? Nombreux sont les points de blocage avec la caisse qui ralentissent et complexifient inutilement le travail médical, ajoutent du stress à l'exercice, font perdre un temps précieux aux médecins, et au final les découragent.

Pour exemples, citons le problème de la carte CPS et des remplaçants, l'absence de bornes de mise à jour de la carte vitale dans les points fixes de garde, la question des CMU qui n'en sont pas, les refus de feuilles de soins pour droits ou déclarations de prise en charge à 100 % ALD non mis à jour, le non paiement intégral de l'acte lorsque le médecin consulté n'est pas le médecin traitant ou lorsque le médecin de second recours n'a pas de lettre d'introduction du médecin référent, les changements de caisse non effectifs suite aux déménagements entraînant les non paiements d'actes en tiers payant. Un recueil exhaustif de ces problèmes techniques avec la CPAM sur l'ensemble du territoire pour une analyse et la recherche de solutions simples, est une nécessité urgente.

L'UFML suggère de formaliser un « contrat » entre la CPAM et les patients.

Aujourd'hui, la CPAM est la seule assurance qui ne contracte pas avec ses adhérents. Par conséquent, nous assistons à une dégradation de la fonction du médecin et à des dérives dans les cabinets de médecins où il est possible de demander « tout ». Le solliciter pour de multiples motifs et certificats dans la même consultation est courant. Il peut être sollicité à des horaires tardifs de consultations, sans justi-

fication par de réelles urgences et parfois le nombre de consultations se multiplie dans la même semaine. Un cadre de fonctionnement est devenu indispensable à l'exercice par la formalisation d'un contrat entre les patients et la CPAM.

C. Relations avec les ARS

Comment valoriser le potentiel des médecins libéraux ? Seules les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et les pôles de santé pluridisciplinaires (PSP) intéressent les ARS. C'est l'unique modèle porté sans pour autant qu'une analyse médico-économique de ce modèle n'ait été effectuée, comme en témoigne le colloque du 17 décembre 2015 à la Maison de la Chimie « Les Interpros ». « L'exercice regroupé et les nouveaux métiers en MSP » par le Dr Denis Serin (vice président, FFMPS) et « L'exercice regroupé en centres de santé » par le Dr Richard Lopez (président FNCS). De nombreuses expériences locales confirment la fragilité économique de ce modèle vivant de subventions sans réévaluation du coût de l'acte¹.

De même, le projet PAERPA engagé sans analyse médico-économique (information Dr JF Thébaud, membre du collège de la HAS).

Pourtant, nombre de projets d'exercices coordonnés entre professionnels de santé libéraux ont émergé, démontrant la capacité entrepreneuriale des médecins libéraux.

Citons le projet ARESPA en Franche-Comté, qui, bien qu'à l'initiative des médecins libéraux, est un dispositif aujourd'hui repris et promu par l'ARS ; le protocole ASALEE en Poitou-Charentes ; GECO

1. <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2015/10/02/20002-20151002ART-FIG00139-40-centres-de-sante-franciliens-pourraient-fermer.php>

Lib en Bretagne, et d'autres. Saluons également cette belle initiative des médecins libéraux des Yvelines (l'ARPDS 78) qui ont créé un accueil pédiatrique à la maison médicale de garde pédiatrique de Poissy adossée au service des urgences de Poissy (MMGPP) pour décharger les pédiatres du SAU submergés par l'afflux de patients. Voilà une initiative, qui, bien que déchargeant les urgences de l'hôpital, et à l'évidence permettant des économies pour l'Assurance maladie, n'est pas soutenue par l'ARS, décourageant les médecins libéraux ayant initié le projet. L'élaboration d'un nouveau modèle de contrat de remplacement spécifique aux gardes pourrait faciliter le recrutement de jeunes remplaçants pour la continuité des soins.

Nous assistons ainsi à une dépossession de projets pourtant initialement portés par les médecins libéraux qui, promoteurs au départ, se voient ensuite coordonnés par des services sociaux. Est-ce acceptable ? Il y a-t-il réellement un manque d'initiatives des médecins libéraux ou bien des initiatives découragées ou formatées par l'ARS ?

L'UFML propose un tour de France des initiatives de coordinations locales et libérales, assorties d'analyses médico-économiques. Ces initiatives locales sont adaptées aux contextes, en prise directe avec les enjeux de terrain, et non des « usines à gaz » ne permettant pas l'implication des médecins libéraux, et décourageant l'exercice. Laissons aux médecins la liberté de la gouvernance !



3. LA JUSTE VALORISATION DE LA SANTÉ

Tarif opposable

Face à la multiplication des zones en voie de désertification médicale et à la crise sanitaire majeure qui s'annonce, une révision de la valeur de l'acte médical à hauteur de la moyenne européenne, doit être réalisée. Un new deal pour la médecine passe par la révision de la manière de l'appréhender sur le plan économique. La rémunération doit induire un cercle vertueux et ne doit plus impacter négativement l'exercice. Le tarif de base ne peut être inférieur à la moyenne européenne, tous systèmes sociaux confondus. Le tarif d'autorité doit être supprimé au nom du plus élémentaire respect de la liberté. Le médecin ne peut subir une pression économique lors de son choix d'adhérer ou non au système conventionnel qui couvre un champ plus large que la seule rémunération. La prise en charge du patient doit être totalement indépendante de l'incidence du tarif de l'acte de soin par le médecin sur ses charges sociales. De plus l'UFML prône un caducée européen avec facilitation des échanges entre les pays signataires.

Mode de rémunération

Le paiement à l'acte doit rester la règle majoritaire, garant de l'indépendance du médecin et de la liberté de ses pratiques. D'autres modes de rémunérations – forfaitisation, tarif horaire, tiers payant

social – peuvent voir le jour à condition de respecter l'absence de conflit d'intérêt économique ou politique, et l'absence d'assujettissement de la pratique médicale. L'indépendance de l'exercice médical doit être garantie par une convention avec l'organisme financeur ; la surveillance du respect des actes de la convention doit être garantie par un organisme indépendant – l'Ordre des médecins – au pouvoir sanctionnant gradué jusqu'à la rupture conventionnelle, et donne lieu à un rapport annuel.

Indexation

Le tarif opposable doit être indexé sur le coût de la vie, afin de stopper l'hémorragie de cessation d'activité du fait de l'impossibilité de faire face à l'augmentation des charges dues au mode d'activité, au lieu d'exercice ou aux choix politiques. Des zones d'exercices doivent être définies avec adaptation des lettres-clé selon les spécificités locales afin de lutter contre la désertification médicale en zone urbaine. L'UFML appelle à une révision annuelle des actes ouvrant droit à rémunération et non tous les cinq ans. La médecine traverse une révolution qui induira de nouveaux mode de pratiques et de nouveaux types d'actes. L'adaptation du système doit être permanente.

ONDAM

La rémunération des médecins doit être détachée du calcul de l'ONDAM. Les médecins ne peuvent continuer plus longtemps à être rendus responsables et coupables des conséquences multifactorielles du déficit de l'Assurance maladie et des choix de gestion politique du pays. La rémunération des médecins n'entre que pour 11 % dans les dépenses de l'Assurance maladie. Le lien tarif/ONDAM impacte directement notre modèle sanitaire : fragilisation

des entreprises médicales, souffrance et pénibilité de l'exercice, adaptation des pratiques à ces conséquences et abaissement de la qualité des soins, chute démographique médicale par l'augmentation des arrêts d'activité et l'effondrement des installations, augmentation des difficultés d'accès au soin. L'UFML demande la fin du lien tarif/ONDAM, la définition d'un tarif opposable à hauteur de la moyenne européenne et son indexation sur le coût de la vie.

4. LA REPRÉSENTATIVITÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Gouvernance

Les professions de santé doivent être représentées dans toutes les réunions, commissions, et organisations présidant à la politique ou à l'organisation professionnelle. Elles doivent disposer d'un vote de blocage. Les médecins, et les professionnels du soin ne doivent plus être minoritaires au sein des organismes qui ont le pouvoir décisionnaire sur l'organisation médicale et sanitaire. De la même manière, l'UFML milite pour l'existence dans toute structure hospitalière publique, privée ou ESPIC d'une représentation professionnelle médicale avec une capacité de blocage pour toute décision engageant de près ou de loin l'activité ou l'organisation médicale et de soin, afin d'obliger l'administration et la représentation médicale à un dialogue constructif.

Syndicalisme

L'UFML demande la suppression du lien signature de convention/ financement des syndicats de médecins. Le financement des syndicats de médecins pourra s'envisager via un fond pour la formation des cadres et la création d'un soutien financier indexé sur la représentativité syndicale avant l'ouverture d'un processus législatif ouvrant au

syndicalisme obligatoire. Face à un poids politique et administratif toujours plus important, la profession doit se doter d'organismes politiques de protection et de propositions, forts, et incontournables. Les postes dans ces structures ne doivent pas être des rentes de situations, ou des places réservées. Le syndicalisme obligatoire favorise la mixité des idées et est l'outil d'une puissance démocratique pérenne.

Représentation

L'UFML demande la limitation de tout mandat électif relatif à la profession médicale (URPS, syndicat, ordre, CME, etc.) à deux mandats consécutifs. La mixité est obligatoire comme la parité dans toutes ces structures et instances accessibles par élections participant à l'organisation de la profession. Pour rappel, la profession médicale a connu une inversion de la proportion hommes/femmes, sa traduction dans la représentation syndicale est donc une évidence.



5. LA SANTÉ ET LES DIVERS ACTEURS EXTERNES

Transparence des organismes financeurs du soin

La réalisation d'un audit tous les cinq ans par un cabinet indépendant des comptes de toutes structures intervenant dans le financement des soins et l'accès public aux comptes des mutuelles assurances et institut de prévoyance, est obligatoire.

L'UFML demande l'interdiction des réseaux de soin pour des raisons de conflit d'intérêt des soignants et d'assujettissement aux payeurs. Il s'agira en revanche de créer des contrats de responsabilisation des patients avec la CPAM.

Fiscalité

Face à la diminution des cotisants qui semble devenir le nouveau modèle économique, l'UFML propose de réfléchir à de nouveaux modes de financement et demande notamment à ce qu'une partie des impôts correspondant à l'imposition sur les revenus dépendant directement ou indirectement de l'Assurance maladie soit reversée à l'Assurance maladie et non à Bercy.

L'UFML prône ainsi une part d'économie circulaire réservée exclusivement à la santé, à l'opposé du fonctionnement des organismes complémentaires qui investissent sans contrôle des sommes allouées par les cotisants dans des circuits externes au secteur sanitaire (publicité, sponsoring, immobilier, financement de stades...).

Normes imposées

L'UFML demande l'arrêt immédiat de la procédure de mise aux normes handicapés des cabinets médicaux en l'absence de financement par la collectivité ou de modification de mode rémunération (ouverture de la possibilité de compléments d'honoraires). L'état ne peut à la fois, bloquer le niveau des tarifs des actes des médecins, et leur demander de financer les travaux de mise aux normes des cabinets. Cette action revêt alors le sens d'un impôt discriminatoire et fragilise davantage les entreprises libérales avec le risque d'une extension des « déplaquages ».

Loi de modernisation de la santé

L'UFM demande l'abrogation de la loi de santé construite sans la participation concrète et l'écoute des professionnels de santé. Elle demande l'arrêt du processus d'étatisation de la santé et celui de la financiarisation du soin.



6. L'INTÉGRATION DES NOUVEAUTÉS TECHNOLOGIQUES AU SERVICE DE LA SANTÉ

Secret médical et dossier médical

L'UFML demande l'intégration de la profession médicale au régime d'exception sur le secret professionnel dont bénéficient les magistrats, les parlementaires et les journalistes dans le cadre de la loi sur le renseignement.

Si le refus du modèle du dossier médical partagé (DMP) tel qu'il est prévu actuellement, est non négociable, sa relance basée sur le principe de la confidentialité doit faire l'objet d'une réflexion attentive, incluant la connaissance des avantages et des limites des supports informatiques. La question du contenu pose naturellement des problèmes de confidentialité. L'UFML refuse d'intégrer ces données médico-sociales et réserve le dossier médical personnel à l'usage médical exclusif pour la continuité et la coordination des soins, diagnostic, traitements et examens complémentaires. Les logiciels d'utilisation doivent être simples et adaptés à la pratique.

Le dossier médical partagé doit être partagé entre professionnels de santé. L'utilisation des données de santé doit être autorisée

entre professionnels de santé à des fins d'études épidémiologiques ou cliniques. Cette indépendance pose des problèmes de support – une carte bi-puce : une puce contenant les données financières différente d'une puce contenant des informations médicales – et des problèmes d'hébergeur – Cloud indépendant et crypté pour garantir une sécurité des données.

Le dossier médical partagé doit être encrypté en amont par les professionnels du soin. L'UFML demande un moratoire sur l'exploitation de la base de données patient en l'absence de garantie de son inviolabilité et de son exploitation à d'autres fins que le soin. Le système ne doit pas être centralisé par la CPAM. Le Conseil de l'ordre pourrait héberger les données.

E-consultation et télémédecine

Loin de s'opposer à la e-consultation et à la télémédecine, l'UFML appelle à son développement. Chaque médecin doit pouvoir utiliser dans sa pratique tous les médias actuels et à venir. La pratique des médecins doit être adaptée à l'utilisation de tous supports technologiques permettant une facilitation des échanges avec le patient. La e-consultation doit être reconnue et tout conseil, décision ou acte médical engageant la responsabilité, doit donner lieu à rémunération. L'UFML appelle à la définition d'une ou plusieurs lettres clés pour la e-consultation et la télémédecine.

La télémédecine comprend :

- la téléconsultation : consultation à distance, qui peut donner lieu à un diagnostic et une ordonnance
- la télé expertise : avis entre confrères, 2^e avis
- la télésurveillance : surveillance et interprétation à distance d'examens complémentaires

- la téléassistance : le médecin assiste à distance un autre confrère dans la réalisation d'un acte
- la régulation médicale : centre 15, premier diagnostic, délivrance de la réponse la mieux adaptée, orientation dans parcours de soin.

Le téléconseil oriente la prise en charge médicale d'un internaute sans diagnostic ni ordonnance. La responsabilité médicale est engagée. Selon l'Ordre des médecins : « Le cadre de l'exercice du téléconseil, lorsqu'il est exercé par un médecin, recouvre une pratique médicale assimilable à la mise à disposition payante d'un savoir-faire et d'une information personnalisée à la demande d'un internaute ».

Le téléconseil ne remplace pas une consultation avec le médecin. Ces échanges d'informations doivent être protégés.

L'UFML souhaite promouvoir le développement d'offres de téléconseil éthique, indépendant du secteur marchand ou assurantiel, rémunéré à la demande d'un internaute, de façon indépendante d'une société commerciale ou assurantielle. Cette offre permet d'orienter les demandes de patients. Ce moyen, permettrait de répondre à une forte demande d'orientation des patients (pré-soins) pour éviter une errance médicale. Cette offre s'intégrerait dans un cadre éthique pour bénéficier de la certification de HON-code et dans le respect des recommandations de l'Ordre des médecins.

L'UFML plaide pour que chaque projet de e-médecine soit soumis au Conseil de l'ordre avec examen du dossier pour validation du modèle économique, social, et médical.

Ces propositions et d'autres seront développées dans un document dédié.

La médecine va connaître des bouleversements sans précé-

dent, elle est à la croisée des chemins. La pression économique ne doit pas être un frein à son adaptation au monde à venir.

Face au risque de marchandisation du soin, et aux dérives possibles induites par les possibilités des nouvelles technologies, la médecine doit être forte, présente, décisionnaire et porteuse de valeurs.

Oser regarder l'avenir, le prévoir, l'adapter, l'orienter, base même du courage et de la valeur politique, doit être indissociable de la construction de la politique sanitaire .

L'UFML appelle à un *New Deal* de la médecine.

**OSER REGARDER
L'AVENIR, LE
PRÉVOIR, L'ADAPTER,
L'ORIENTER,
BASE MÊME DU
COURAGE ET DE LA
VALEUR POLITIQUE,
DOIT ÊTRE
INDISSOCIABLE DE
LA CONSTRUCTION
DE LA POLITIQUE
SANITAIRE.**

**« Et si on faisait un pas
de côté, on verrait
ce qu'on ne voit jamais »**

Gébé, L'An 01



L'UFML PROPOSE UN NEW DEAL DE LA SANTÉ

1. L'organisation interne de la santé
2. Parcours de soin et territoire
3. La juste valorisation de la santé
4. La représentativité des professionnels de santé
5. La santé et les divers acteurs externes
6. L'intégration des nouveautés technologiques au service de la santé



UFML

Pour une médecine libre et indépendante

www.ufml-asso.org

 www.facebook.com/groups/ufml.groupe