

## Et selon vous, Nicole Delépine, quelle est la plus grosse connerie de l'année ?



*La proposition de loi Le Roux a été votée par le Sénat et n'attend que la fin de la navette parlementaire pour être définitivement adoptée.*

**C'est une privatisation définitive du système de santé : la proposition de loi Le Roux autorise les mutuelles à constituer des réseaux de soins fermés avec des professionnels de santé.**



Avec [Nicole Delépine](#)

Nicole Delépine est responsable de l'unité d'oncologie pédiatrique de l'hôpital universitaire Raymond Poincaré à Garches. Fille de l'un des fondateurs de la Sécurité Sociale et thérapeute engagée, elle a récemment publié [La face cachée des médicaments](#) et [Le cancer, un fléau qui rapporte](#).

[Voir la bio en entier](#)

Il est difficile de choisir la plus grosse connerie de l'année car en mesures de privation de liberté, l'année fut riche. Ici il s'agit plutôt d'une catastrophe médicale, sociale et philosophique. Contrairement aux trompettes qui sonnent la "vérité" selon François (pas le pape) selon laquelle le gouvernement se préoccuperait d'égalité et d'équité, le drame actuel est la perte de liberté dans tous les domaines : une société liberticide pour notre bien et surtout celui... des financiers...c'est peut-être de cette égalité là que se préoccupent nos dirigeants. On avait peut être mal compris.

**La perte de la liberté de soigner et de choisir son médecin, généralisée par la loi Le Roux a été votée par le Sénat et n'attend que la fin de la navette parlementaire pour être définitivement adoptée, dans le silence médiatique et l'indifférence générale.** Il faut dire que le gouvernement et le parlement ont choisi juillet pour en discuter à l'Assemblée et au Sénat et voter. Le moment idéal sûrement pour un débat démocratique, les Français

sur leur transat, crémés et reposés sont sûrement disponibles pour la réflexion nécessaire. D'ailleurs les jeux télévisés sur les plages auraient été remplacés cette année par les débats sur la Sécurité sociale et les réseaux de soins... Vous ne l'avez pas su ?

**La proposition de loi Le Roux vise à autoriser les mutuelles à constituer des réseaux de soins fermés** avec des professionnels de santé [comme le résume clairement le Dr Thiers-Bautrant sur MaVeriteSur.com\[1\]](#). Ceci n'était légal jusqu'à présent que pour les assurances privées et instituts de prévoyance. **Ils privatisent définitivement le système de santé** sans état d'âme et sans en avertir le bon peuple. Pourquoi faire ? On pense pour lui pendant qu'il bronze ; d'ailleurs notre bon président nous le fait remarquer à chaque JT : bronzez tranquilles je veille, je ne prends pas de vacances, moi, président etc ..... Le déficit "abyssal" de la Sécurité sociale, qui n'est plus depuis longtemps celle de 1945 contrairement aux allégations qui traînent un peu partout, est créé de toutes pièces. **Elle a été livrée pieds et poings liés au ministère de la Santé qui décrète ce qu'elle doit rembourser ou non, définit le prix de vente des médicaments, (souvent aberrant), dispense nombre organismes de payer leurs cotisations sociales (l'addition de ces dispenses est supérieur au supposé déficit ), etc.**

En 1945 le Conseil National de la Résistance avait conçu un système de solidarité géré par les cotisants eux-mêmes pour assurer leurs soins (le salaire différé) et non financer la recherche médicale (comme c'est le cas actuellement via la prise en charge depuis 2003 pour 1,5 milliards d'euros des thérapies dites innovantes, médicament en phase 1 de début d'essai avant toute autorisation de mise sur le marché [2] ou les remboursements des tests génétiques à l'étude. **Elle a obligation ministérielle de financer les lobbys pharmaceutiques via les décisions péremptoires de tel président** de se faire une virginité par un plan cancer flambant neuf et dispendieux des finances publiques (et aux suivants de renchérir sans analyse de coût efficacité !) ou de tel ou tel ministre de vacciner toute une population contre l'hépatite B qui ne menaçait guère en France ou contre la grippe que les Français n'ont tout de même pas du oublier malgré la canicule actuelle (qui n'en est pas une, va savoir pourquoi ...) Encore quelques deux milliards d'euros pour le trou "abyssal". Sans parler du remboursement à 100 % de vaccins à haut risque et inutiles comme celui visant les cancers du col (éventuels dans trente ans peut-être mais les effets délétères sont tout de suite) et les exemples sont légion et l'addition en termes d'économies élevée. Mais personne ne l'entend de cette oreille. Surtout pas !

T'inquiète, on s'en occupe du trou, on le creuse, il le faut pour justifier cette réforme antisociale auprès du public et livrer cette manne financière aux tenants de la Bourse... On le creuse via les agences multiples et variées, les plans cancer (deux milliards d'euros pour le plan 2009-2013) et autres plans Alzheimer, autisme (autoritaire et dangereux) pour imposer aux médecins les décisions autocratiques des agences régionales de santé (dont le fonctionnement annuel tourne aussi autour de 2, 5 milliards d'euros annuels) par les fonctionnaires détachés, surpayés (par rapport à leurs salaires normaux dans les ministères), via les remboursements abusifs de médicaments inutiles et dangereux [3]. Etc ..

L'argent coule à flot en France, le saviez-vous ? Mais pas dans les porte-monnaie des Français. Trop de milliards (plus de 1600) échappaient à la Bourse ce qui est véritablement honteux, non ? et depuis l'avènement du TGV du capitalisme financier aveugle et emballé des années 90 , rien n'est interdit pour diffamer, démolir, accuser, déstabiliser, broyer médecins et établissements qu'on découpe redécoupe, réunit, sépare, refusionne pour induire des distorsions psychiques et entraîner une perte de repères des médecins et personnels paramédicaux (qui se suicident plus souvent qu'à France Télécom...) Des patients ? N'en parlons pas, on ne s'en préoccupe plus depuis longtemps déjà. Je fus un jour traité d'anarchiste par un directeur des Affaires Médicales de l'Assistance Publique de Paris pour avoir osé parler de l'intérêt des malades dans une restructuration prévue pour mon service, il y déjà une vingtaine d'années. Je vous assure, je n'en rajoute pas. On ne devait déjà plus parler que budgets, prix de revient etc., bref l'APHP était en avance... le mot patient, inconvenant et déplacé.

Le système de santé français est cassé, il n'est plus le premier au monde depuis longtemps déjà. On peut le vendre au plus offrant. Cela sera fait dès septembre si les Français ne se réveillent pas de leurs congés. Mais je ne rêve pas, cette tribune qui suit les appels forts des "médecins ne sont pas des pigeons" qu'on voudrait faire passer pour de dangereux ultralibéraux ne suffira pas..

**Un réseau de soins est un "circuit" que tout patient peut être amené à emprunter. Dans un réseau libre, le médecin est maître d'œuvre, décideur, travaille avec ses "correspondants", choisis pour leur compétence, la confiance qu'il leur accorde ou leur proximité, et si le patient n'a pas déjà décidé de consulter quelqu'un de son choix. Le médecin a travaillé en "réseau". Le patient est bien sûr informé et a la possibilité d'accepter ou refuser ce "circuit", de préférer d'autres correspondants.**

Un réseau est dit "ouvert" si patients et praticiens **sont libres dans leurs choix**, "fermé" si prestations et correspondants sont contractuellement imposés. Actuellement, il existe des réseaux de soins fermés où les contrats passés entre praticiens, patients et organismes complémentaires obligent les contractants à faire appel aux réseaux imposés par l'organisme assureur."[\[4\]](#)

**En oncologie, les réseaux imposés [\[5\]](#) par les agences régionales de santé dont les directeurs sont nommés par le ministère, du simple fait du prince, sont fermés : les services référents sont désignés et les traitements imposés d'en haut.** Ils sont **fermés, obligatoires et uniques**. Il n'en existe pas d'autres. Les autres réseaux "libres" ouverts ne sont pas reconnus par les ARS et n'ont plus le droit de pratiquer le traitement du cancer. **En France on a la triste habitude d'ajouter les dérives du capitalisme financier aux dérives des systèmes autocratiques à la soviétique.** Un système chinois de fait.

A la perte bureaucratique de liberté de choix des traitements va s'ajouter la perte de liberté du choix de son praticien et l'autorisation de remboursements différenciés selon la complémentaire que vous aurez choisi avant d'être malade... **Comme dans les feuilletons américains : la mutuelle de votre maman prévoit-elle la réanimation ? Non, alors on ne réanime pas et basta. Appelez les pompes funèbres.**

L'évolution des soins quand l'assurance solidaire se désengage au profit des complémentaires a été claire : en optique et en dentaire se sont institués les premiers "réseaux fermés" autorisés. Le renoncement aux soins pour raisons financières s'est produit essentiellement dans ces domaines.

**L'organisme complémentaire prend contractuellement en charge une partie ou la totalité des soins, à condition que ces soins soient effectués chez tel praticien agréé par l'assureur.** "En matière de lunettes, selon le niveau de contrat, seront proposées des "gammes" de produits différentes. Si le patient choisit un autre centre, les soins ne seront pas ou beaucoup moins remboursés. **C'est cette restriction de choix et cette différenciation de remboursement qui qualifie le réseau de "fermé", avec des remboursements dits "différenciés", où les participants sont fermement engagés les uns envers les autres. La proposition de loi permet d'étendre ces pratiques à l'ensemble des organismes complémentaires,** au prétexte d'améliorer la prise en charge des patients, mais aussi "d'étendre" leur part de marché.

Depuis des années, l'UNOCAM (Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire) tente d'instituer ces réseaux avec l'ensemble des professions de santé. En 2009, le projet avait déjà été refusé pour anti-constitutionnalité. Rien n'empêchera plus les financeurs de dicter les règles du soin aux contractants, d'imposer des techniques, protocoles ou produits selon des règles de rentabilité : contrats collectifs avec les professionnels, puis individuels, contrats avec les établissements de soins [\[6\]](#).

Fini la médecine qui n'est pas une marchandise ! Quand à nombre de violations du serment d'Hippocrate générées par ces pratiques nouvelles, nous devons en reparler.

[\[1\]](#) Dr Thiers-Bautrant, Dominique 31.07.2013 "Contre les réseaux mutualistes, les médecins font front commun"

[\[2\]](#) Le livre "Le cancer, un fléau qui rapporte" de Nicole Delepine, chez Michalon en 2013 analyse les mécanismes de destruction du choix thérapeutique en oncologie par la mise en place des réseaux obligatoires de soins au bénéfice des lobbys pharmaceutiques qui imposent via le plan cancer l'hégémonie des essais thérapeutiques comme approche initiale de prise en charge d'un cancer

[\[3\]](#) Relisez le dernier livre des professeurs Debré et Even

[\[4\]](#) Cf texte du Dr Thiers-Bautrant sus cité

[\[5\]](#) Qui ne sont officiellement pas financiers mais favorisent les essais thérapeutiques de l'industrie pharmaceutique

[\[6\]](#) Id.marveritesur.com et page Facebook des médecins ne sont pas des pigeons