



Conférence de Presse

Jeudi 19 Mai 2022

Réorganiser la médecine libérale pour améliorer la réponse aux besoins de soins

**Les premières mesures de la CSMF
à mettre en œuvre par le gouvernement
pour répondre aux attentes des Français**

Le système de santé français va mal ! Cela touche tous les secteurs d'activité. L'hôpital public qui, malgré le Ségur de la Santé, ne parvient plus à répondre à la demande et la médecine libérale dont les acteurs médecins, généralistes et spécialistes, mais aussi des autres professions de santé, sont à bout de souffle. Les alertes concernant les services d'urgence qui ferment un peu partout en France, faute de médecins ou d'infirmières alors que nous sommes à 5 semaines de la période estivale, nous imposent de réagir sans tarder. Par manque de personnel, nombreuses sont les déprogrammations et les fermetures de lits dans les cliniques et à l'hôpital. Les effectifs des médecins libéraux, généralistes et spécialistes, ne cessent de chuter et cela va se poursuivre encore quelques années avant que les courbes ne s'infléchissent comme les chiffres de la DREES ont pu le montrer. Malgré cela, les travaux du HCAAM indiquent que cette inversion démographique ne suffira pas à répondre aux besoins de soins de la population plus nombreuse, vieillissante et donc plus touchée par des maladies et en particulier des maladies chroniques. Le taux de patients de plus de 17 ans n'ayant pas de médecin traitant est passé de 9,8 % en 2017 à 11 % en 2021 (+1.2 points), soit près de 6 millions de Français. Parmi eux, la moitié n'a jamais déclaré de médecin traitant, l'autre a vu son praticien cesser son activité. Plus de 600 000 patients en ALD n'ont plus de médecin traitant. Ces chiffres et la baisse de la démographie médicale jusqu'en 2030 doivent nous conduire à agir.

Nous avons bien évidemment entendu l'annonce du Président de la République de lancer une grande concertation sur le système de santé. Nous attendons beaucoup de cette grande concertation. Tout doit être mis sur la table pour remettre notre système de santé sur les rails. Les premières déclarations du référent santé du Président annonçant dans les colonnes d'Egora le 27 avril dernier que les ordres seraient

conviés dans un premier temps nous ont beaucoup surpris. La médecine libérale est le principal levier de la réponse aux besoins de soins des français. Elle doit être de tous les débats, dès le premier jour. Nous n'avons plus le temps de tergiverser. C'est dans cet état d'esprit et en responsabilité que la CSMF tient cette conférence de presse au lendemain de la nomination d'une nouvelle première ministre. Notre rôle est de nous adresser aux français et de leur faire des propositions audacieuses afin de répondre à leurs attentes légitimes. Passé ce temps du diagnostic sur lequel nous pourrions dissenter longuement, passons aux solutions en déclinant :

L'ordonnance de la CSMF pour répondre aux attentes des Français

1. Valoriser l'expertise de la consultation médicale pour prendre en charge un plus grand nombre de nouveaux patients

Depuis des années, la CSMF met l'accent sur une nécessaire revalorisation des spécialités médicales dont les BNC sont au bas de l'échelle des revenus. C'est le cas de la médecine générale mais également d'autres spécialités médicales comme peuvent l'être l'endocrinologie, la dermatologie, la gynécologie médicale, la psychiatrie, la pédiatrie, la rhumatologie, ... Cela a conduit à la création de lettres clés d'utilisation complexe et finalement peu usitées par les médecins de terrain.

Nous proposons de supprimer les multiples lettres clés et de passer à quatre niveaux de consultation en fonction de leur complexité, de l'expertise nécessaire, de la durée et de la fréquence de ces dernières. Cela toucherait l'ensemble des médecins sans distinction mais favoriserait de fait les médecins consultants, dont l'activité est centrée sur la consultation médicale. Nous définirons, en lien avec les différentes verticalités, le contenu de ces consultations et la fréquence de celles-ci. Une consultation très complexe, hautement valorisée, ne peut ainsi pas être envisagée plusieurs fois dans l'année pour le même patient et le même médecin .

Ainsi définie, cette réforme n'a pas qu'une simple ambition tarifaire. En valorisant l'expertise médicale et en donnant au médecin un intérêt à agir et les moyens de se coordonner avec d'autres professionnels de santé, elle s'inscrit dans une politique de droits et de devoirs, une politique faite d'autonomie, de liberté et de responsabilité pour répondre aux enjeux du système de santé permettant de redonner du sens à l'expertise médicale.

2. Consultations délocalisées pour lutter contre la désertification médicale

Jusqu'ici la lutte contre les déserts médicaux a surtout concerné les dispositifs d'aides financières incitatives mises en place par la Convention Médicale 2016. Sur 112 177 médecins libéraux au 31 décembre 2021, à peine 5 000 contrats démographiques médecins incitatifs étaient actifs. Le montant des aides conventionnelles versées au titre de l'année 2020 s'est élevé à 31,6 millions d'euros. Le contrat d'aide à l'installation (CAIM) n'a concerné que 2 125 médecins. Cela représentait 40 % des contrats démographiques. L'âge moyen de 41 ans des confrères concernés et leur durée d'exercice antérieur de 5 ans en moyenne doit nous interroger sur ce dispositif qui de toute évidence ne favorise pas les jeunes installés. Le contrat de stabilisation et de coordination (COSCOM) a concerné 2 615 médecins. Ce contrat a été utilisé dans 86 % des cas par les médecins généralistes, le taux étant de 85 % pour le CAIM. Les résultats sont encore plus décevants quand on s'intéresse au Contrat de Transition

(COTRAM) qui n'a séduit que 97 médecins, médecins généralistes pour 94 % d'entre eux, et le Contrat Solidarité Territorial Médecins (CSTM) qui n'a été quant à lui utilisé que par 131 médecins, médecins généralistes pour 42 % des CSTM signés.

Bien que ces contrats démographiques médecins n'aient pas suffi, à eux seuls, pour répondre aux enjeux de la démographie médicale, nous proposons de les maintenir et de simplifier leur usage. Mais cela ne suffira pas. Alors que faire ?

Nous ne vous surprendrons pas en vous annonçant que les médecins, de toutes générations, sont particulièrement attachés à la liberté d'installation. Vouloir mettre à mal de façon autoritaire la liberté d'installation serait un échec cuisant et conduirait les jeunes médecins à embrasser le salariat qui ne sera de toute évidence pas la réponse à hauteur des enjeux, ou à poursuivre des remplacements au long cours ou pire, à quitter leur exercice professionnel comme c'est malheureusement trop le cas aujourd'hui. Nous ne pouvons cependant pas nous désintéresser de la situation des zones sous-denses qui concerne aujourd'hui tous les territoires ruraux mais également urbains, de France métropolitaine et ultra marines.

Nous proposons à tous les jeunes médecins d'être libres de leur lieu d'installation. Nous proposons également qu'un contrat puisse être proposé à ces jeunes médecins sur une durée de cinq ans, les engageant à assurer des soins dans un territoire sous-dense situé à une distance raisonnable de leur lieu d'exercice principal. Cela favoriserait les consultations sur sites distincts. Cela nécessite cependant une incitation significative. La CSMF propose que les consultations exercées sur sites distincts puissent être valorisées de 30% et que le dispositif de zonage puisse être plus largement assoupli. Nous demandons également que ces contrats mettent en place un espace de liberté tarifaire encadré dans un dispositif qui pourrait s'inspirer de l'OPTAM et qui serait solvabilisé par les assurances médicales obligatoires et complémentaires. Passée cette période de cinq ans, le médecin concerné pourra choisir ou non de renouveler ce contrat. La multiplicité des contrats et l'ouverture de ces contrats à tous les médecins, de toutes générations, leur donnera à la fois une perspective professionnelle nouvelle mais permettra de façon cette fois plus efficace, de répondre aux besoins de soins de la population française. Lorsque ces médecins iront consulter une ou deux demi-journées par mois dans un territoire sous-dense, l'offre de soins sera diminuée dans leur cabinet principal. Cela impose donc que les stages internes soient beaucoup plus déployés qu'ils ne le sont aujourd'hui en secteur libéral. Les médecins généralistes y sont parvenus. Le compte n'y est pas pour les autres spécialités. Nous demandons que tous les internes aient au minimum deux semestres de formation en secteur libéral, l'un en première partie de leur internat, l'autre au stade de Docteur junior. Cela doit être imposé par voie réglementaire aux coordonnateurs de 3ème cycle de toutes les spécialités médicales et chirurgicales. Ainsi, ces Docteurs juniors pourront assurer les consultations sur les cabinets principaux, dans un environnement sécurisé, entouré d'autres praticiens qui pourront les guider et les accompagner dans leur vie de jeunes médecins.

3. Salarier les médecins libéraux : une fausse bonne idée

Les modèles proposés, en particulier l'exemple de Saône et Loire, sont à méditer. Sauf erreur de notre part (source HCAAM), 24 000 patients se sont inscrits auprès d'un des 70 médecins salariés des centres de santé. Cela fait 342 patients/médecins, chiffre très inférieur à la moyenne de 941 patients médecins traitants constatée en Juin 2021 (source CNAM), chiffre allant jusqu'à 1645 patients pour 10% des médecins

généralistes. Dans le budget 2020, les dépenses de fonctionnement s'élevaient à 6,65 millions d'euros pour 5,65 millions de recettes d'activité, le département apportant une subvention d'équilibre d'un million. Le chiffre d'affaires généré était donc en moyenne de 80 000 €/médecin très loin des 159 000 € moyens de CA pour les spécialistes en médecine générale en exercice libéral. N'en déplaise à leur promoteur, nous devons nous interroger sur l'efficacité d'un tel système et sur son coût fiscal pour la population. Il en va de même de la publicité réalisée par certains centres de santé vantant les mérites d'une médecine sans garde ni astreinte ...

Il ne s'agit pas ici de faire le procès de l'exercice salarié en médecine de ville mais de nous interroger. Ces données chiffrées doivent nous conduire à repenser l'exercice médical et à donner aux médecins libéraux les moyens de faire évoluer leur métier afin de répondre aux besoins de soins de la population en y intégrant la prise en charge de la qualité et une politique de prévention.

4. Repenser ensemble la place du médecin remplaçant

La CSMF s'associe totalement à l'émoi ressenti par les internes suite aux annonces du Président de la Conférence des Doyens voulant interdire les remplacements aux internes. La fonction des facultés de médecine est de former des médecins, tous les médecins et pas uniquement des médecins hospitaliers. Les internes ne peuvent pas uniquement servir de "petites mains" d'un hôpital malade de son organisation. Ces prises de position du Président de la Conférence des Doyens témoignent une fois encore du mal être de notre système de santé dans tous les secteurs et invitent à envisager une réforme en profondeur.

De la même façon, nous considérons que les remplaçants doivent pouvoir, comme tous les médecins, accéder aux différents fonds de formation dans le respect d'une proportionnalité fonction de leur exercice.

Enfin et surtout, nous constatons un net recul de l'âge d'installation des médecins. Cela ne peut pas nous laisser indifférent à l'heure où la médecine française peine à répondre aux besoins de soins de la population. La CSMF propose aux syndicats et aux organisations représentant les plus jeunes d'entre nous de réfléchir ensemble au statut du médecin remplaçant. Nous proposons de nous donner un semestre pour rédiger ensemble un document issu de ces rencontres.

5. PDSA, SAS, SNP, PDSES ... pour tous ?

La finalité du SAS est de favoriser le soin non programmé afin de désengorger les urgences hospitalières. Parmi les 22 expérimentations "SAS", celles qui ont bien fonctionné répondaient à l'engagement de leaders locaux mais aussi à une tarification simple et incitative tant pour les régulateurs que pour les effecteurs. L'avenant 9 à la convention médicale n'a pas permis de reproduire ces modèles. Aujourd'hui, les seuls SAS qui fonctionnent se sont vus attribuer en sus de ce que prévoit l'avenant 9, des fonds d'interventions régionaux. A nos yeux, recevoir des patients en sus fait partie intégrante du métier de médecin. Le faire en plus de semaines de travail dépassant allègrement les 50 h de travail devient de plus en plus complexe pour des médecins libéraux épuisés. Une politique de droits et de devoirs passe par le droit d'avoir une juste rémunération permettant de s'organiser pour recevoir plus de patients. Les services d'urgence sont déjà en grande difficulté et notre inquiétude grandit chaque jour un peu plus à quelques semaines de la période estivale. La CSMF s'étonne de l'attentisme du Ministère de la Santé sur ce sujet sensible. Nous demandons de toute

urgence que les SAS soient ouverts dans tous les territoires aux conditions qui ont fonctionné dans les SAS expérimentaux.

Faut-il rendre obligatoire la PDSA et la PDSES ? A titre individuel, certainement pas ! Cela déséquilibrerait l'organisation dans de nombreux bassins de population. En revanche, la PDSA et la PDSES doivent être organisées dans tous les territoires pour tous les médecins libéraux et salariés. Ce devoir devra s'analyser territoire par territoire, en fonction de la situation locale. Mais face à ce devoir collectif, il y a des droits. Un médecin d'astreinte, cela se paye à sa juste valeur ! L'exemple mayennais devrait sur ce plan nous inspirer.

6. Le médecin entrepreneur

L'entreprise médicale est par essence un exercice collectif. Entre 2001 et 2015, le nombre de médecins généralistes exerçants en groupe est passé de 43 à 51%, celui des spécialistes de 44 à 57%. En 2019, près de 80% des jeunes générations (moins de 50 ans) sont installés en groupe. L'étape actuelle et à venir est de renforcer le développement de nouveaux métiers et de fonctions intermédiaires au sein de ces "nouveaux" cabinets médicaux. La CSMF demande :

- pour les assistants médicaux :
 - de réduire drastiquement les heures de formation qui n'ont aucun sens pour les personnels déjà formés. La formation est utile si l'une ou l'autre veut étendre ses compétences vers la partie qu'elle ne maîtrise pas. Imposer 430 heures de formation est un frein à l'embauche de ces assistants médicaux.
 - de favoriser l'aide à l'embauche pour les médecins en ZIP ou en ZAC. L'objectif est que les médecins aient tous un ou plusieurs assistants médicaux. Toutes les études ont montré que cela augmentait mécaniquement la file active des médecins et contribuait à la réponse aux besoins de soins de la population.
- pour les IPA:
 - d'augmenter le nombre d'IPA formées. Élargir les champs d'actions des IPA
 - Les IPA pourront soit être salariés des médecins eux-mêmes ou de leurs organisations (cabinets de groupe, MSP, ESP, ESS, ...) soit être libérales. Dans tous les cas, leurs interventions seront définies par le médecin traitant dans la cadre d'un parcours coordonné.

L'exercice coordonné est une des principales réponses aux besoins de santé des français. Nous demandons la généralisation de l'expérimentation des Équipes de Soins Coordonnées Avec le Patient (ESCAP) mais également le déploiement des équipes de soins primaires et spécialisées. On nous propose aujourd'hui une expérimentation dans quelques territoires, choisis sans lien avec les médecins, les autres professionnels de santé, les usagers et les élus locaux. On nous propose de mener ces expérimentations sur deux ans avant d'entamer des discussions sur l'analyse à partir de critères de jugement qui n'ont aujourd'hui toujours pas été proposés. Cette politique ne répond pas aux enjeux de la nation. Les parcours de soins coordonnés, pilotés par le médecin traitant, doivent être déployés sans attendre sur tout le territoire.

Même s'il ne résoudra pas tout, le numérique en santé est une des réponses aux besoins de soins. Les deux années de pandémie à Covid ont vu le nombre des

téléconsultations exploser. Les dispositifs transitoires proposés pendant ces deux années doivent être maintenus et renforcés. La télé-expertise doit être encouragée par des mesures tarifaires incitatives. La télésurveillance doit être renforcée alors qu'aujourd'hui la proposition du gouvernement vise à diminuer par trois le forfait dédié à leur mise en œuvre dans le cadre du programme expérimental ETAPES.

7. Soutenir le cumul emploi retraite

Aujourd'hui, plus de 12 500 de nos confrères sont en cumul emploi-retraite. Ils payent des cotisations sans droit. Cela n'est pas admissible et risquerait de les voir arrêter cette activité alors qu'au contraire tout doit être fait pour les encourager et les inciter à participer à l'effort collectif visant à répondre aux besoins de soins des français. La CSMF propose que les médecins en cumul emploi-retraite puissent liquider deux fois leur retraite en bénéficiant la deuxième fois d'une retraite majorée par les cotisations effectuées durant le cumul.

À côté de ces mesures d'urgence, la CSMF demande une réflexion en profondeur autour de l'attractivité du métier qui passe par diverses mesures en tête desquelles les stages en libéral doivent être la règle. Cela doit être la règle pour les internes comme nous l'avons cité précédemment mais également pour les externes et pour les postes d'assistants partagés. Cela existe dans tous les cursus de formation autres que le nôtre. C'est un enjeu majeur pour faire découvrir aux plus jeunes la diversité de nos modes d'exercice et rendre attractif le métier de médecin libéral quand on sait qu'il est l'un des pivots essentiels de notre système de santé.

La réforme des épreuves classantes nationales, à l'entrée du troisième cycle des études médicales, a fait fi de la régionalisation. Elle a conduit parfois à plus de mobilité mais souvent les plus jeunes de nos confrères sont amenés, après les ECN, à quitter leur région d'origine, leur environnement familial, pour poursuivre leur troisième cycle d'études médicales, loin de chez eux. On sait aujourd'hui qu'il s'agit d'un des facteurs expliquant la désertification médicale galopante. Nous demandons donc une plus grande part de la prise en compte de la régionalisation dans les études médicales et en particulier à l'entrée du troisième cycle.

Enfin, le nombre d'étudiants issus de la ruralité et des classes sociales les moins aisées a lourdement chuté au cours de ces 20 dernières années. Cet ascenseur social qui sied à notre démocratie est un enjeu essentiel de notre société. Mais c'est également un enjeu essentiel pour favoriser l'installation des médecins dans tous les territoires. Sans caricaturer, il sera plus naturel qu'un jeune médecin issu de la ruralité puisse s'y installer alors que cela pourrait décourager le médecin ayant vécu dans une grande métropole depuis sa plus tendre enfance.

Les solutions pour répondre aux besoins de soins de la population sont donc diverses. Elles doivent être menées énergiquement. La confiance entre les médecins de toutes générations, les pouvoirs publics, l'Assurance Maladie Obligatoire et les Assurances Maladie Complémentaires doit être renouvelée. C'est la base d'un nouveau contrat social que nous devons écrire ensemble, de toute urgence. Écrire ce nouveau pacte social ne peut pas se faire seul. Nous appelons tous les syndicats représentatifs à enrichir ce projet afin qu'il puisse rapidement trouver une traduction dans le quotidien des français et être le fil rouge des futures négociations conventionnelles.