

NOTE DE PRESSE

« MA SANTE 2022-2027 »

Je vous remercie chaleureusement d'être présent à ce qui sera ma dernière conférence de presse en tant que président de la CSMF. Notre assemblée générale statutaire va se tenir les 12 et 13 mars et elle élira un nouveau président. Au terme de huit années d'engagement et de combat, qui ont demandé beaucoup d'investissement en particulier ces deux dernières années, j'ai décidé de ne pas me représenter pour un troisième mandat. Huit années à la tête du premier syndicat médical français, c'est une lourde charge: après les premières années difficiles avec Marisol Touraine puis le dialogue retrouvé avec Agnès Buzyn, la crise du COVID19 a malheureusement entraîné une mobilisation de tous les instants de l'ensemble du système de santé et en particulier des médecins libéraux. Cela aura été pour moi une expérience absolument passionnante, enrichissante, mais il faut savoir passer le relais alors que la CSMF est en pleine rénovation, rénovation que j'ai engagée et j'espère avoir le plaisir de venir fièrement en constater l'aboutissement dans quelques mois lors de l'inauguration de notre siège rénové au 79 rue de Tocqueville, devenu la maison de tous les médecins libéraux, largement ouverte vers les start-ups, l'innovation, l'expertise et la formation.

LES ENSEIGNEMENTS DE LA CRISE COVID19

Je voudrais d'abord tirer quelques enseignements de la période COVID et au-delà vous faire partager notre constat ; j'aborderai dans un deuxième temps les éléments de programme que nous pourrions envisager pour les années à venir « Ma Santé 2022-2027 ».

La crise du COVID19 a mis en évidence une extraordinaire crise du système de santé dans sa globalité. Je ne reviendrai pas sur la difficile situation de l'hôpital public et de l'hospitalisation privée. Le Ségur de la santé a d'ailleurs mis en place des apports financiers considérables, légitimes mais qui, il faut bien le reconnaître, n'ont rien résolu. Peut-être nos responsables politiques devraient s'interroger...

La médecine de ville est en plein délitement : les médecins généralistes qui sont montés au front pendant toute cette période sont aujourd'hui éreintés, fatigués, épuisés par deux années de dur combat et ils n'ont pas eu la reconnaissance de leurs efforts. S'ils sont souvent salués et applaudis par les politiques, ils sont en revanche ignorés dans bien des décisions prises sans concertation. Pire, ils se sentent aujourd'hui méprisés. Les médecins spécialistes ont, eux aussi, largement participé dans cette période difficile, mais là aussi n'ont pas été récompensés à la hauteur de leurs efforts.

Dans la globalité, les derniers chiffres montrent que les revenus des médecins libéraux ont fortement chuté en moyenne de 6% quand d'autres catégories socioprofessionnelles ont été accompagnées par le

gouvernement dans le cadre du plan « quoi qu'il en coûte »...Résultat des déprogrammations dans les cliniques, certaines spécialités ont perdu 15% de revenus en 2020 comme les OPH et les oncologues, -12% pour les chirurgiens et -13% pour les radiologues et même -3,5% pour les médecins généralistes. La crise est majeure et cela se traduit par une diminution du nombre de médecins en activité.

Ce délitement de la médecine de ville entraîne des difficultés majeures sur l'accès aux soins dans les territoires, ce que les Français ressentent bien : 37 % déclarent avoir des difficultés à obtenir un rendez-vous avec un médecin généraliste (chiffres en hausse de 7 %) et 52 % déclarent avoir des difficultés pour accéder à un médecin spécialiste (chiffres en hausse de 11 %) sur l'enquête récente BVA-Contrepoints de la santé.

Il nous faut donc tirer les enseignements de cette situation de crise que le COVID19 a largement aggravé. Mais pour cela, il y a les bonnes et les mauvaises idées.

Les mauvaises idées sont légion : mettre fin à la liberté d'installation alors que les expériences étrangères montrent que cela ne marche pas ; modifier les contours de métier sauvagement lors de débats de l'Assemblée Nationale, en cédant à tel ou tel lobbying, mais sans veiller aux conséquences néfastes que cela pourrait avoir, ou, comme je le disais à l'instant, rajouter beaucoup d'argent pour un hôpital public en crise sans accompagner d'une grande réforme de l'ensemble du système de santé.

Dans ce contexte, il faut bien reconnaître que les élections présidentielles sont marquées par une campagne très flasque, qui ne passionne pas les Français. D'ailleurs, la santé, qui est leur deuxième préoccupation juste derrière le pouvoir d'achat, est quasiment absente de ce débat présidentiel. Il est donc temps de s'interroger et la CSMF a décidé de mettre sur la table un programme présidentiel pour les années à venir.

QUEL PROGRAMME POUR « MA SANTE 2022-2027 » ?

Notre objectif est de permettre à tous les Français, quelle que soit leur catégorie sociale, quel que soit leur lieu de vie, d'accéder à des soins partout, mais d'accéder à des soins de qualité.

Il n'est pas en effet question de mettre en place un système qui serait inégalitaire en créant des officiers de santé ou équivalent, qui prendraient en charge les populations éloignées des grandes villes, qui vivent en ruralité, et réserver les docteurs en médecine uniquement accessibles aux grands centres urbains, ou aux populations les plus fortunées. Nous ne voulons pas d'un tel système inégalitaire ; il nous faut inverser la logique d'organisation de notre système de santé. Ce n'est qu'à ce prix que nous pourrions garantir l'accès aux soins de qualité pour tous les Français. Une vraie réforme de tout notre système de santé est indispensable.

Je ne reviendrai pas sur les 10 propositions que nous avons faites concernant l'accès aux soins d'un point de vue géographique, je centrerais aujourd'hui mon propos sur la garantie d'une qualité de prise en charge partout, pour tous les Français.

Garantir la qualité de la prise en charge ne sera obtenue qu'au prix d'une réforme fondatrice centrée sur cinq axes majeurs :

1. La gradation du système de santé
2. La prévention et l'observance
3. L'innovation en santé
4. La coordination autour du patient
5. La valorisation de l'expertise

C'est autour de ces cinq enjeux majeurs que le système de santé doit se réformer afin de garantir cette qualité pour tous les patients...

1. Mise en place d'une gradation dans l'organisation du système de santé.

Il est anormal qu'aujourd'hui on puisse accéder à l'hôpital à tout moment et pour n'importe quelle raison. Bien sûr, il faut respecter les situations d'urgence mais il est indispensable de recentrer notre système de santé non pas par une construction centrée sur les structures hospitalières mais au contraire en le faisant reposer sur la médecine de ville. La porte d'entrée pour les soins doit se faire en proximité du patient, auprès des professionnels de santé de ville. Ceci doit permettre de désengorger les urgences et l'hôpital doit se recentrer exclusivement sur la mission de recours, d'excellence et de référence qu'il n'aurait jamais dû quitter.

Il doit développer des relations avec l'ensemble du secteur de médecine de ville, non pas en voulant faire à la place des acteurs de ville mais au contraire en se coordonnant et en travaillant dans le respect de chacun.

Le système de santé doit donc reposer sur une médecine de ville revalorisée et organisée pour prendre en charge les demandes en soins de premier recours, de deuxième recours, à tout moment en particulier par le biais de la permanence des soins ambulatoires qu'il faut développer et revaloriser. La première mesure urgente est d'intégrer le samedi matin dans la permanence des soins ambulatoires. La deuxième mesure est la valorisation de la participation des médecins spécialistes non généralistes au dispositif de permanence des soins, en particulier dans les établissements de soins privés.

En journée, le service d'accès aux soins répondant, le SAS, justifie une valorisation complémentaire : un acte régulé, réorienté vers un médecin généraliste, qui accepte de participer au SAS, doit bénéficier d'une valorisation de 15€ par acte. Il suffit de tirer des conclusions des expérimentations de services d'accès aux soins qui marchent : il est évident que seule cette disposition permettrait de développer largement le service d'accès aux soins partout et évitera ce recours désordonné et sans limite aux services d'urgences.

Organiser une gradation dans la prise en charge, c'est aussi s'appuyer sur la médecine spécialisée de ville, de façon à réserver le recours à l'hospitalisation uniquement à des cas qui nécessitent un plateau technique plus lourd. Cela passe par une modification de la majoration d'urgence pour le médecin spécialiste sollicité qu'il le soit par un médecin généraliste ou par un médecin régulateur du SAS. Il faut élargir la majoration actuelle de 15€ pour un rendez-vous dans un délai maximum de cinq jours au lieu de 48 heures actuellement.

Ce n'est donc qu'après une prise en charge coordonnée en ville que le patient pourrait être adressée à l'hôpital y compris en urgence grâce au développement de la PDSA et du SAS. Il faut arrêter ce système open bar d'accès aux urgences hospitalières si spécifiques à la France, qui entraîne un dysfonctionnement majeur de l'hôpital. Comme dans beaucoup d'autres pays, on ne doit pouvoir accéder aux urgences qu'en ambulance ou après avoir été adressé par un médecin, que ce soit son médecin de ville ou le médecin régulateur.

2. Le deuxième axe majeur de réforme du système de santé est celui de la prévention.

Notre système de santé est beaucoup trop axé sur le soin. On comprend la réticence des organismes payeurs qui voient dans le développement de la prévention un investissement dont ils n'auront le bénéfice, dont ils ne récolteront les fruits qu'à moyen ou long terme c'est-à-dire dans les 10 à 20 ans voire plus... Il est indispensable de créer des actes de prévention, en particulier en développant une consultation longue de prévention à des âges clé de la vie telle que l'adolescence, la quarantaine et la cinquantaine autour de thématiques comme les conduites addictives, le dépistage, la prévention primaire de maladies cardio-vasculaires ou autres. Ces consultations de prévention pourraient être largement financées si elles étaient couplées à des consultations d'observance.

Nous savons tous que les traitements au long cours dans les pathologies chroniques sont mal pris par nos patients car nous avons un déficit d'observance liée à l'absence de démarche de sensibilisation du patient. C'est pourquoi il faut développer ces consultations d'observance ainsi que l'éducation thérapeutique du patient : le bénéfice sera immédiat et permettra de financer largement l'investissement nécessaire au développement de la prévention en particulier primaire. Prévention et observance doivent constituer un axe fort de la réforme du système de santé que nous appelons de nos vœux.

3. L'innovation et l'utilisation du numérique en santé doivent être au cœur des évolutions de notre système de santé.

La création de l'espace numérique de santé qui vient d'être annoncé à grand renfort de publicité est un premier temps qui en appelle bien d'autres. Le DMP a été un axe particulièrement coûteux dans les politiques gouvernementales de ces 20 dernières années. Aujourd'hui un DMP qui ne serait qu'une bibliothèque sans indexation, qui ne serait qu'une boîte noire où s'accumulent des résultats et des courriers d'hospitalisation ne permettrait pas d'améliorer la coordination entre les acteurs. Ce serait un nouvel échec. Le DMP doit comporter un volet de synthèse médicale pour être utile à la coordination et donc être efficient.

Mais l'utilisation du numérique c'est aussi l'utilisation des nouveaux outils dans la prise en charge des patients : après la téléconsultation qui s'est largement développée, il faut maintenant permettre l'implantation de la téléexpertise et de la télésurveillance dans le parcours de soins du patient. Ces deux modalités doivent être largement soutenues par une rémunération digne de l'enjeu : les rémunérations des expérimentations en cours devraient permettre son développement : 600 € par patient pour l'industriel fournissant le dispositif connecté, 200 € par patient et par an pour le médecin et 120 € pour l'infirmière libérale. Si le gouvernement ne met pas en regard de la télésurveillance des chiffres de cet ordre-là, ce sera de nouveau un échec annoncé de cette télésurveillance.

L'utilisation du numérique doit nous acheminer vers l'émergence du cabinet 2030, au cœur les propositions de la CSMF pour l'exercice médical de demain. Ce devra être un cabinet largement ouvert vers le numérique, largement ouvert vers le service rendu à la population grâce aux objets connectés et grâce à des systèmes coordonnés permettant une prise en charge plus globale de la population.

4. Le quatrième axe de réforme du système de santé est celui de la coordination.

C'est pour la CSMF l'enjeu majeur de demain. En effet, une coordination entre les médecins généralistes et les médecins des autres spécialités doit permettre d'éviter les redondances et de gagner en efficacité.

La coordination entre les médecins et les autres professionnels de santé doit permettre de mieux structurer un parcours de soins cohérent, en respectant les règles de bonnes pratiques et en permettant une prise en charge équivalente pour tous les patients.

Ceci passera certainement par une coopération accrue entre les différents acteurs, le médecin restant au cœur du parcours du patient et des orientations données. Pour relever le défi du vieillissement de la population et de la crise démographique médicale actuelle, cette coordination indispensable est le point d'entrée pour faire évoluer les contours de métier. Il est essentiel que chaque profession de santé voit le contenu de son métier évoluer au fur et à mesure de l'évolution des sciences médicales et des techniques. Mais ceci passe forcément par un consensus entre les différentes professions. Tout autre mécanisme autoritaire est là aussi voué à l'échec et aux conflits.

C'est pourquoi la CSMF propose une conférence de consensus entre les différentes professions de santé représentés par leurs syndicats représentatifs, qui dans un délai contraint de six mois, devrait proposer des évolutions des contours de métier ; ces travaux pourraient être éclairés par des données issues des conseils nationaux professionnels et de la Haute Autorité de Santé.

Mais la coordination se construit aussi dans les territoires. Nous sommes opposés à un modèle unique. N'oublions pas que les maisons de santé pluriprofessionnelles ne rassemblent que 15 % des médecins généralistes et quasiment aucun médecin spécialiste. Les CPTS sont en cours de formation et n'intègrent que peu les médecins spécialistes. Il faut donc soutenir toutes les initiatives sous toutes leurs formes qui permettent de mieux coordonner la prise en charge des patients. À ce titre, l'exemple des ESP CLAP dans les Pays de Loire mériterait d'être largement diffusé. Les équipes de soins primaires, qui aujourd'hui commencent à se développer devraient également être accompagnées dans tout le pays avec un financement adéquat. De même, quelques équipes de soins spécialisés sont en projet ou en cours de mise en place. Il est indispensable de les soutenir immédiatement via le FIR pour les mettre dans le droit commun dans les plus brefs délais. Les sommes sont modérées, autour de 100 000 € par équipes de soins spécialisés en moyenne...

Une meilleure coordination sur le terrain nécessitera de favoriser le regroupement des médecins. Un médecin ne peut plus travailler seul, il doit travailler avec d'autres professionnels qui lui permettent de se dégager de la dérive bureaucratique et administrative et de se consacrer à son cœur de métier : le soin, l'écoute et le temps pour le patient. Ceci passe par le développement large des assistants médicaux. Avoir aujourd'hui 2600 contrats d'assistants médicaux alors que la cible initiale était de 4000 postes doit être considéré comme un demi-échec et doit interroger les responsables politiques. C'est un système trop complexe, contraignant trop le médecin avec des objectifs qui apparaissent inatteignables, même si d'aucuns peuvent les penser raisonnables. Il faut donc revoir le dispositif et aller au plus vite vers un assistant médical par médecin.

De même la coordination sera améliorée et les parcours facilités à partir du moment où les cabinets regroupant plusieurs médecins peuvent se doter d'une infirmière de pratique avancée. Avoir une IPA dans un cabinet de groupe, c'est permettre aux médecins de se recentrer sur des consultations plus longues et plus lourdes et déléguer une partie du suivi des pathologies chroniques à cette collaboratrice, peu importe son statut, libérale ou salarié.

5. Le cinquième axe de ce programme est celui de l'expertise médicale.

L'expertise médicale, c'est ce qui caractérise notre métier et c'est ce que les Français souhaitent et recherchent. Il faut donc valoriser cette expertise médicale comme il se doit...

On ne peut pas imaginer de déléguer des actes aujourd'hui réalisés par le médecin vers d'autres professionnels de santé, sans s'interroger sur la conséquence que cela a sur l'activité du médecin. Un médecin qui délèguerait des actes les plus simples auprès d'autres collaborateurs se retrouverait rapidement en situation difficile : il ne lui resterait que quelques consultations moins nombreuses, beaucoup plus longues, beaucoup plus complexes que les consultations actuelles mais toujours à 25€ ? Cela n'est pas possible !

Si on veut engager une délégation de tâches qui permette de dégager du temps médical en déchargeant le médecin de choses simples, il faut obligatoirement revaloriser sa consultation et favoriser l'expertise. C'est la proposition que nous faisons sous forme de tarif de consultation étalé en quatre niveaux.

Des travaux internes ont permis de définir ces quatre niveaux de la façon suivante :

- Le niveau 1 serait un niveau de suivi habituel d'un patient connu et le tarif pourrait être autour de 30 €
- le niveau 2 serait un avis ponctuel pour un médecin consultant mais également une première prise en charge pour un patient qui change de médecin traitant avec constitution du volet de synthèse médicale. Ce tarif devrait être de 60 €
- le niveau 3 serait une consultation spécifique complexe (psychiatrie, en neurologie ou en endocrinologie) ou la visite longue au domicile, valorisé à 75 €
- le niveau 4, autour de 100 € correspondrait aux consultations très complexes particulièrement longues telles que des consultations d'annonces en cancérologie etc... ou des consultations de synthèse et coordination.

Pour la CSMF, les quatre niveaux doivent être tous les quatre accessibles à tous les médecins quelle que soit leur spécialité y compris aux médecins généralistes. Bien sûr, la répartition de ces consultations sera différente en fonction de la spécialité, puisque cela sera structuré autour des situations des patients. Ce qui veut dire qu'un patient atteint d'une pathologie chronique pourrait avoir par exemple deux consultations annuelles de niveau 2, les autres consultations étant en niveau 1, mais pourrait faire l'objet d'une consultation en niveau 3 voir en niveau 4 à certains moments de sa vie.

De même, un cas aigu non connu pourrait faire l'objet d'une consultation du niveau 2, qui serait ensuite suivi d'une consultation de niveau 1. Mais une prise en charge coordonnée de type consultation d'annonces ou coordination avec d'autres professionnels de santé pourrait faire l'objet d'une cotation de niveau 4.

Reste à définir l'ensemble de ces situations et en faire une évaluation économique en fonction de la régulation mise en place.

C'est le travail que nous proposerons à la CNAM afin d'avancer sur une valorisation de l'expertise médicale en le déchargeant des choses les plus simples...

En synthèse, le problème majeur de cette campagne présidentielle et ensuite du gouvernement à venir va se situer dans les moyens financiers qu'ils mettront pour les soins de proximité, les soins de ville et l'organisation en regard. Les moyens financiers doivent être massifs car la médecine de ville n'a que trop souffert d'un désengagement important depuis des années. Recentrer notre système de santé sur la médecine de ville sera à terme efficient mais demande un investissement majeur initialement... Une nouvelle convention ne pourra pas voir l'accord des médecins libéraux sans un budget estimé à trois milliards. N'oublions pas que 23 milliards ont été investis sur l'hôpital sans grand résultat... La CSMF préconise une réforme majeure de l'organisation des soins en France en s'appuyant sur la médecine de ville, à condition de lui donner les moyens de jouer pleinement son rôle.

Nous continuerons à rencontrer régulièrement les différentes équipes des candidats et nous espérons que ces propositions et ces axes de réforme pourront être repris...

Je vous remercie.

Jean-Paul Ortiz,
Président CSMF