

Le salariat est-il l'avenir en ville ?

Le salariat gagne du terrain en soins primaires. Une solution pour résoudre pénurie et accès aux soins ? Regards croisés des syndicalistes Eric May et Alain Beaupin, d'une part, Luc Duquesnel, de l'autre.

Le point de vue des Drs Eric May* et Alain Beaupin**

Un nouveau cadre d'exercice

Les Dr Eric May et Alain Beaupin exercent en centres de santé à Malakoff et à Paris. À leurs yeux, la médecine salariée est la solution d'avenir pour l'exercice en ville. Ils plaident pour un renouveau des structures dans ce cadre.

Le débat sur le salariat des médecins de ville est désormais ouvert au sein de la profession, débat inimaginable il y a encore dix ans. Sujet avant-gardiste et innovation de rupture pour l'époque, la notion d'équipe de santé pluriprofessionnelle est devenue le standard de qualité en médecine de ville. Le salariat est un incontestable levier de mise en œuvre des pratiques d'équipes, coordonnées, intégrant prévention, santé au travail, santé environnementale, éducation à la santé, éducation thérapeutique et bien sûr, soins pertinents.

Le cadre conventionnel sur lequel repose la médecine de ville est désormais le maillon faible du système de santé. Pensez donc : neuf conventions libérales, négociées profession par profession, chacune jouant son jeu et défendant ses intérêts propres. Tout sauf une incitation résolue au travail d'équipe. Quand une profession partage des actes avec une autre, elle perd des revenus. La bonne volonté l'emporte souvent, fort heureusement. Mais pour combien de temps ?

Le salariat répond aux attentes des professionnels

Au contraire, le salariat en centre de santé, répond aux nombreuses exigences des usagers et à beaucoup d'attentes des professionnels de santé : il libère du temps médical indispensable au praticien pour un exercice de qualité, il borne le temps de travail limitant ainsi le risque de stress et de burn out, il rompt le lien d'intérêt financier entre le patient et le praticien, il offre les droits de tout salarié, il a permis la mise en œuvre des pratiques d'équipe.

Alors si le libéral c'est fini, tout est-il merveilleux dans le monde des centres de santé ? Pas complètement. Ainsi, copie tardive des conventions libérales, l'accord national des centres de santé régit depuis une quinzaine d'année les rapports entre les seuls gestionnaires des centres de santé et les caisses d'assurance maladie. Oui, dans les centres de santé, la convention s'applique aux gestionnaires, pas aux professionnels. Faute de permettre le dialogue direct entre professionnels et assurance maladie, la situation conventionnelle actuelle n'offre qu'un appui périphérique aux pratiques cliniques innovantes.

Le salariat en centre de santé est la forme d'exercice d'avenir de la médecine à la condition qu'on crée les conditions d'un nouveau partenariat entre les institutions, les promoteurs des centres et les professionnels qui y exercent. Mais évidemment, cela ne suffit pas : salariat en centre de santé, oui, mais dans quel système de santé, dans quelle type de structure, avec quelle gouvernance du projet de santé et pour faire quoi ?

Un nouveau cadre pour le système de santé

Il y a nécessité et urgence d'imaginer un nouveau cadre pour le système de santé. Un cadre ville-hôpital de rupture. Un cadre qui ne peut être que de service public dans un pays qui voudrait rester à la pointe de l'innovation sociale et de la santé publique. Mais pour cela, il va falloir que tous les acteurs de la santé se décident à ouvrir plus grand les yeux. La recommandation vaut pour les professionnels comme pour les décideurs publics. Regarder ce qui se fait à l'étranger dans le domaine du soin ou de l'économie, c'est bien. Mais pourquoi occulter les travaux des chercheurs en sciences sociales ? Selon une récente enquête, 64 % de médecins libéraux sont en burn-out. On attend des explications. Les mêmes gestionnaires du système trouvent normal l'usage de l'evidence-based medicine pour les médecins, mais ne s'appliquent pas à eux-mêmes les principes de l'evidence-based management.

Comment faire ?

Offrir aux professionnels de santé, dans le cadre d'un maillage territorial, les conditions d'un exercice de qualité, en équipe, coordonné. Un exercice qui respecte leur indépendance professionnelle, répond à leur aspiration à un équilibre retrouvé entre activité professionnelle et vie privée, donne du sens à leur engagement, les libère de toute contrainte gestionnaire et de tout lien financier avec leurs patients. Plus simplement, pour peu qu'on leur offre le salariat dans des centres de santé et dans le cadre d'un système de santé public ambulatoire. Ces centres de santé publics se verront confier les missions d'intérêt général au bénéfice des populations et des territoires.

Quel chemin suivre ? Deux modèles sont prometteurs : le centre de santé établissement public de santé ambulatoire, et le centre de santé coopératif. Si le premier modèle, offrant le statut de Praticien Ambulatoire et ses passerelles avec celui de Praticien Hospitalier, reste à conquérir, nous devrions voir le centre de santé coopératif inscrit dans le Code de la Santé Publique en janvier prochain sous forme de Société coopérative d'intérêt collectif à but non lucratif (SCIC). De quoi s'agit-il ? De permettre à des professionnels de santé salariés, à des usagers, à des hôpitaux et à des collectivités locales de se réunir pour devenir collectivement coopérateurs d'une entreprise d'un nouveau type, à but non lucratif, gérant un centre de santé. De faire en sorte que les uns et les autres aient intérêt à œuvrer en commun plutôt qu'à se concurrencer. Belle idée que de faire prévaloir l'intérêt général sur les intérêts particuliers. Et de renforcer le lien entre les soins, la prévention et le bien commun de la protection sociale solidaire. Ce à quoi s'emploient les médecins salariés depuis bientôt 70 ans.

*Président de l'Union Syndicale des Médecins de Centres de Santé (USMCS)

**Président de l'Union Confédérale des Médecins salariés (UCMSF)



Crise hémorroïdaire...
Ne laissez pas vos patients souffrir en silence !

4 principes actifs pour :
Traiter les symptômes
Soulager la douleur

Existe en crème ou suppositoires pour traiter les hémorroïdes externes, comme les hémorroïdes internes.

SEDORRHOÏDE CRISE HEMORROÏDAIRE, crème rectale et SEDORRHOÏDE CRISE HEMORROÏDAIRE, suppositoire
Médicaments indiqués dans le traitement symptomatique des manifestations douloureuses et prurigineuses anales en particulier dans la crise hémorroïdaire.
Pour de plus amples informations, veuillez vous référer aux résumés des caractéristiques des produits disponibles sur la base de données publique des médicaments : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>
Visa n° 17/01/66400454/PM/001

COOPER

Bromure de dodéclonium
Esculoside - Enoxolone
Benzocaïne

Le point de vue du Dr Luc Duquesnel*

Le modèle économique libéral doit évoluer

Pour ce généraliste de Mayenne la médecine libérale a encore de beaux jours devant elle. Pourvu que les pouvoirs publics lui en donnent les moyens.

Le salariat des médecins généralistes est-il la solution pour la médecine de ville et l'accès aux soins ? Cette question aurait pu paraître incongrue il y a une dizaine d'années. L'atlas du CNOM démontre chaque année qu'elle est, non seulement pertinente, mais que le modèle économique de la médecine générale libérale est à bout de souffle.

Si le nombre de spécialistes en médecine générale exerçant en activité régulière tous modes d'exercice confondus a diminué de 8,4 % sur la période 2007/2016, le nombre de généralistes libéraux a diminué de 13,5 % alors que le nombre de généralistes salariés a augmenté de 5,3 %. Il en sera de même sur 2016/2025 soit, pour 2007/2015, 27 % de médecins généralistes libéraux en moins et 11 % de salariés en plus. Le résultat de 30 années de convention médicale a donc mis à mal cet exercice libéral et aujourd'hui, si l'hôpital rémunère au même niveau l'ensemble de ses médecins salariés, il en va tout autrement en libéral.

Fort de ce constat, des collectivités territoriales, des mairies le plus souvent, ont décidé de suppléer un État défaillant et ont proposé aux médecins généralistes des organisations adaptées et financées par la collectivité dans le cadre d'un salariat qui garantit aux médecins des conditions d'exercice de qualité et leur permet d'assurer des consultations longues car complexes. Chacun sait que ces centres de santé, lorsqu'ils

n'hébergent que des médecins généralistes, sont déficitaires mais que ce déficit n'est que la traduction des frais de fonctionnement nécessaires à un cabinet de médecine générale.

Des réponses pas à la hauteur

En 2016, lors de la dernière négociation conventionnelle, les syndicats représentatifs de médecins généralistes ont demandé à l'Assurance Maladie de donner aux médecins traitants les moyens nécessaires à des prises en charge de plus en plus complexes liés au vieillissement de la population et aux poly pathologies. Les réponses apportées par la convention médicale, un forfait structure et quelques consultations complexes majorées, ne sont pas à la hauteur des enjeux car elles ne permettent pas de financer un secrétariat pour soulager le médecin d'une partie de ses tâches administratives et que 95 % de ses consultations complexes restent rémunérées à 25 €.

La médecine générale libérale va-t-elle disparaître et le salut de ses médecins ne pourra-t-il se trouver que dans le salariat ? Je ne le pense pas, car chacun sait, et tout particulièrement nos tutelles, que l'exercice libéral est aussi synonyme d'efficacité et d'efficience. C'est donc le modèle économique de cet exercice qui est à remettre en cause. Une fois accepté le discours du Directeur de l'Assurance Maladie qu'il n'était pas possible, vu les contraintes budgétaires, de doubler le prix de la consultation, il est urgent d'explorer d'autres pistes.

Ainsi, il pourrait être proposé aux médecins généralistes volontaires d'expérimenter un forfait annuel pour les patients atteints de certaines pathologies chroniques,

abandonnant ainsi tout ou partie du paiement à l'acte pour ces patients. Ce forfait, garantie pour le financeur d'en connaître son coût global, devra prendre en compte le temps consacré à ces prises en charge complexes de plus en plus fréquentes et l'environnement nécessaire au médecin traitant pour assurer un parcours de santé adapté à chacun de ces patients et que son expertise soit consacrée à du temps médical et non pas à des tâches administratives chronophages. Un tel forfait pourrait, dans un deuxième temps, être proposé à l'ensemble des professionnels de santé du premier recours.

Une telle proposition, novatrice pour certains mais probablement rétrograde pour d'autres, ne peut être imposée aux médecins généralistes. Seuls des volontaires doivent s'engager et l'évaluation d'une telle expérimentation incitera ou pas les autres médecins à emboîter le pas de leurs confrères pionniers. Ne rien proposer aujourd'hui reviendrait à s'en remettre au bon vouloir des collectivités territoriales de consacrer ou pas une partie de leur budget au financement de l'exercice salarié de la médecine générale.

Pour autant, fort d'un nouveau modèle économique, la partie ne sera pas gagnée pour les généralistes. Un quart de praticiens en moins, cela veut dire prendre un quart de patients en plus ! Pour cela, et tout en gardant son rôle de chef d'orchestre du parcours de santé des patients, le généraliste devra aussi s'engager dans des réorganisations pluri professionnelles au travers de transferts de tâches et de pratiques avancées.

*Président des Généralistes-CSMF