

La CSMF, acteur majeur de la mutation de l'exercice médical libéral

Conférence de presse du

Dr Jean-Paul ORTIZ, Président de la CSMF

Le 19 juin 2019

Nous vivons une situation particulière dans notre pays, pour le système de santé des Français. La crise atteint tous les secteurs, bien sûr la crise des urgences hospitalières sur laquelle je reviendrai tout à l'heure, mais aussi la difficulté de l'accès aux soins pour nos compatriotes. Ces difficultés concernent aussi bien l'accès aux soins pour un médecin généraliste, non seulement dans les territoires les plus reculés, ce qu'on a longtemps appelé les « déserts médicaux », mais également maintenant dans les hyper centres villes comme la ville de Paris. Mais cet accès aux soins est aussi difficile aujourd'hui pour accéder à un médecin spécialiste, et les Français le savent bien lorsqu'ils dénoncent des délais de plusieurs mois pour avoir un avis spécialisé, ce qui est incompatible avec une prise en charge cohérente et de qualité pour leurs problèmes de santé.

Dans ce contexte, l'Assurance Maladie a ouvert des négociations pour accompagner les médecins dans l'organisation de leur cabinet et pour les aider à mieux se coordonner afin de

répondre aux besoins de la population. La CSMF a considéré qu'il s'agissait du premier temps de l'évolution indispensable de l'organisation de notre métier. La CSMF considère que nous vivons une mutation de l'exercice libéral, et elle a pris ses responsabilités vis-à-vis de la population française et vis-à-vis du corps professionnel des médecins en décidant d'accompagner cette mutation, et d'en être un acteur central.

I – Avenant 7 : création de l'accompagnement pour les assistants médicaux

Je voudrais d'abord rappeler ce que beaucoup d'acteurs oublient, la notion de deux constructions en parallèle qui sont en cours :

- D'abord celle de la création d'un nouveau métier : l'assistant médical. Il s'agit d'une longue démarche initialisée en 2011 sous l'égide de la CSMF, dans le cadre de la convention collective des personnels des cabinets médicaux. Initialement issus de la réflexion des assistants dentaires, et à la demande des médecins stomatologues et dermatologues, les premiers assistants médicaux techniques dans ces spécialités ont commencé à voir le jour. Il s'agit aujourd'hui de donner une autre dimension à ces assistants et en faire des assistants médicaux pour l'ensemble des modalités d'exercice libéral, tant en médecine à orientation clinique qu'à orientation médico-technique. Le contenu du métier est en cours de finalisation aujourd'hui en lien avec les syndicats de salariés et l'OPCA, organisme de formation continue, Actalians.
- La longue négociation de l'avenant 7 que la CSMF a décidé de signer : il s'agit en fait d'une aide à l'embauche de ces assistants médicaux tels qu'ils ont été définis dans cette négociation de la convention collective précédemment citée. Il s'agit d'un élément permettant de faire évoluer l'environnement professionnel du médecin.

La CSMF a décidé de signer cet avenant 7 car il est l'occasion d'accompagner une mutation du cabinet médical. De l'exercice isolé, qui était la norme au siècle dernier mais qui représente encore plus de la moitié de l'exercice des médecins généralistes en France, la mutation se fait vers un exercice regroupé, coordonné et renforcé. Exercice regroupé sous forme de plusieurs médecins (2 au minimum), souvent avec d'autres professionnels de

santé. Nous avons obtenu que ce regroupement fasse l'objet de dérogations, en particulier par les maisons de santé pluri-professionnelles multi-sites et dans les zones sous-denses. L'exercice coordonné, c'est aussi un exercice en pluri-professionnalité, rassemblant aussi bien des médecins que d'autres professionnels de santé. Nous nous sommes opposés à un seul modèle de coordination, comme par exemple les MSP ou les CPTS. Nous avons souhaité que la coordination soit vue au sens large car les mutations se font forcément de façon diverse et progressive. C'est pourquoi il est bien noté que la coordination pourra se faire en équipe de soins primaires, en équipe de soins spécialisés (qui sont en cours de finalisation dans la loi de santé) etc. mais aussi sous toute autre forme d'organisation de coordination.

L'exercice médical sera de plus en plus renforcé et soutenu dans son environnement précisément par ces assistants médicaux. Ce ne seront pas des secrétaires ni des sous infirmières mais ces assistants médicaux auront bien une double fonction administrative et soignante, et aussi faciliteront le parcours du patient en l'accompagnant dans la prise de rendez-vous d'explorations complémentaires ou de consultations avec des médecins d'autres spécialités. Au cœur de nos organisations de cabinet, ces assistants médicaux seront dans un premier temps des professionnels issus des personnels actuels des cabinets médicaux, en particulier des secrétaires médicales, qui bénéficieront d'une formation continue de type orientation soignant. Cela pourra être aussi des aides-soignantes qui souhaiteraient diversifier leur carrière professionnelle.

L'aide que la CNAM a proposé dans le cadre de ces contrats facultatifs et individuels est une aide à l'embauche qui doit amener le médecin à se placer dans un modèle entrepreneurial. C'est bien cette entreprise médicale libérale que nous voulons promouvoir par notre démarche. Bien sûr, toute aide venant de la collectivité quelle qu'elle soit s'accompagne d'objectifs et d'exigences. Chaque médecin devra faire ses comptes et analyser si l'augmentation du nombre de patients pris en charge, telle que la CNAM le demande en contrepartie, est un objectif réalisable et compatible avec la qualité des soins qu'il doit à ses patients et sa vision d'organisation du métier. À noter que la CSMF continue à promouvoir le modèle cible d'un assistant médical par médecin, et que la CNAM a finalement admis une ouverture vers ce modèle « d'un pour un » dans les zones sous denses. Il s'agit là d'un premier pas qui devra en appeler d'autres.

II – ACI CPTS : un outil de regroupement et de coordination

Lors de son assemblée générale extraordinaire du samedi 15 juin, la CSMF a également décidé de signer l'accord conventionnel interprofessionnel permettant l'accompagnement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

La CSMF a décidé de s'engager dans ces nouvelles organisations pour de multiples raisons. La première est un principe de réalité : les CPTS sont en train d'émerger partout en France, et deviennent une réalité organisationnelle dans de multiples régions. Certes leur développement est très hétérogène, leur degré de maturité également. Mais on ne peut ignorer cette forte implication de professionnels de santé, et tout particulièrement de médecins libéraux pour mieux organiser les soins dans les territoires. Ne pas les accompagner y compris financièrement serait nier cette réalité. Nous constatons que la quasi-totalité des URPS, et tout particulièrement celles que la CSMF dirigent ou celles où elle est très impliquée, sont très proactives sur ces CPTS.

Pourquoi ? Parce qu'il s'agit là aussi d'une mutation de l'exercice médical. D'un exercice isolé du médecin, nous évoluons vers un exercice beaucoup plus coordonné avec tous les autres professionnels de santé. Bien sûr, cela était déjà le cas précédemment mais de façon informelle. Il s'agit aujourd'hui de mieux coordonner cette pluri-professionnalité avec des outils modernes de partage d'informations. Cette organisation territoriale va permettre de mieux répondre aux besoins de la population dans les territoires. Il s'agit bien de l'exercice plein et entier de notre responsabilité collective populationnelle dans les différents territoires.

Ces organisations sont indispensables : si les médecins libéraux ne s'en saisissent pas, si les médecins libéraux ne les dirigent pas, d'autres le feront à leur place et à leur détriment. Les autres acteurs que je veux viser sont très clairement l'hôpital public, mais aussi l'hospitalisation privée, y compris le secteur à but non lucratif. Ces différents acteurs l'ont clairement déclaré. Et demain, pourquoi pas, d'autres, parmi les assureurs complémentaires, seraient très tentés de s'intéresser à ces organisations territoriales et d'en faire un cheval de

Troie pour la mise en place de réseaux de soins où eux seuls décideraient de l'appartenance et de l'orientation des CPTS.

Il s'agit donc d'un enjeu majeur et la CPTS est une des réponses, même si elle n'est pas la seule, à l'organisation territoriale de l'hôpital public grâce aux GHT. La CPTS doit aussi être demain un des lieux, certainement pas le seul, de la coordination et de l'action à l'intérieur des hôpitaux de proximité si l'on veut en faire des établissements de rencontre entre la ville et l'hôpital.

III – Un engagement qui n'est pas angélique...

Nous avons décidé d'accompagner ces deux textes, tant l'avenant 7 que l'ACI CPTS. Nous n'oublions pas que l'avenant 7 contient également des aspects favorables à certaines spécialités, que nous ne pouvons négliger. Mais nous sommes aussi conscients que ces deux textes sont complexes, et qu'ils nécessitent une appropriation qui n'est pas très simple. Il nous faudra donc faire de la pédagogie sur le terrain, et nous espérons que l'Assurance Maladie fera tout son possible pour en permettre une application simple, souple et adaptée aux réalités de terrain. Ce combat de la mise en place est un combat que nous ne pouvons négliger car il est fondamental. Il faut maintenant que les actes correspondent aux volontés. Nous sommes beaucoup plus prudents et serons très attentifs sur les actions des ARS car nous connaissons trop la tentation bureaucratique et la dérive administrative de ces institutions de l'État. Nous leur demandons expressément de simplifier au maximum l'application de cet accord sur le terrain, et d'être non plus des contrôleurs, non plus des acteurs de la formalisation et de la norme, mais au contraire des stratèges, des accompagnateurs, bref des facilitateurs. C'est bien un changement de paradigme que nous demandons aux ARS.

IV – La crise des urgences hospitalières et la place de la médecine libérale

Les urgences hospitalières sont actuellement en crise avec de nombreux mouvements sociaux qui touchent plus d'une centaine de services d'urgence dans les hôpitaux publics. J'ai pu au titre de la CSMF participer à la réunion qui s'est tenue hier matin au ministère, présidée par la ministre Agnès Buzyn afin d'envisager les propositions et les solutions, en particulier dans l'optique de la période estivale et du risque potentiel de canicule dans notre pays.

Je voudrais d'abord rappeler que la médecine libérale aujourd'hui participe à la prise en charge des urgences et des soins non programmés. Elle le fait à différents niveaux et sous de multiples façons, mais il faut bien reconnaître qu'elle n'y a pas été encouragée et que ses efforts n'ont pas été soutenus.

Je citerai d'abord les services d'urgence dans les établissements d'hospitalisation privée, dont tous les acteurs s'accordent à reconnaître le rôle incontournable pris par ces structures dans certains territoires, mais également leur performance, la qualité de leur organisation, et la fluidité de leur prise en charge souvent dans des délais extrêmement rapides. Ces structures pourraient être sollicitées, y compris par les services de régulation comme les centres 15, ce qu'ils ne font pas assez puisqu'ils orientent quasi systématiquement les appels vers les structures hospitalières publiques. On ne peut que déplorer cette vision dans une situation où tous les acteurs, sans a priori, doivent participer à la réponse aux besoins de la population.

On peut d'ailleurs déplorer que certaines ARS aient cru bon de supprimer carrément et simplement des paiements de gardes et astreintes faites par des spécialistes dans ces établissements de soins privés, diminuant ainsi la capacité de prise en charge dans de nombreuses spécialités médicales. Voilà une bien curieuse façon d'accompagner la crise des urgences hospitalières publiques, en limitant des moyens attribués à ceux qui pourraient prendre en charge une partie de ses urgences et ainsi les décharger !

Je voudrais également souligner la qualité et la pertinence de certaines expérimentations qui se déroulent actuellement sur le terrain. Je citerai l'organisation de la prise en charge des soins non programmés dans des agglomérations de Metz ou de Strasbourg. Il s'agit d'une majoration d'actes médicaux réalisés après une régulation libérale en journée, et une orientation par cette régulation. Ce modèle est souvent décrié lors de discussions à l'Assurance Maladie car il est considéré comme trop coûteux. Mais peut-on comparer la quinzaine d'euros versés en complément du tarif de la consultation habituelle, aux 250 € en moyenne d'un passage aux urgences hospitalières sans hospitalisation ?... Il faut donc accompagner au contraire ces expérimentations et en tirer les enseignements nécessaires.

De la même façon, il est fondamental de soutenir la régulation libérale lorsqu'elle existe en journée et autant que faire se peut, l'organiser dans les tranches horaires qui sont le plus en difficultés dans les urgences hospitalières. De ce point de vue, le retard du gouvernement à prendre une décision que tous les acteurs attendent autour d'un numéro d'appel unique pour la ville est préjudiciable à la bonne marche du système. Nous revendiquons et nous réaffirmons à nouveau la nécessité de mettre en place un numéro unique sous forme de numéro 116 117 afin de clairement identifier la réponse aux urgences ressenties par la population et qui peuvent être prises en charge par les soins de ville. « Vous avez besoin d'un médecin traitant rapidement, appelez le 116 117, vous présentez une urgence vitale, appelez le 15 ». Voilà des orientations qui mériteraient d'être largement développées.

D'autre part il faut revoir la permanence des soins ambulatoires en y favorisant la participation des médecins libéraux, en particulier par la défiscalisation. Il s'agit d'une véritable mission de service public qui doit être considérée comme telle. C'est bien en évitant le recours à l'hôpital, en amont de celui-ci, que l'on résoudra la problématique des urgences. C'est pourquoi il est fondamental d'élargir les horaires de la permanence des soins ambulatoires à la tranche 18h-20h et au samedi matin. Et ceci dans toutes les spécialités, y compris pour la permanence des soins en établissements de soins.

Les actes réalisés dans ces périodes, et après régulation, doivent faire l'objet systématiquement d'une majoration, tant en médecine générale qu'en médecine des autres spécialités...

Enfin il faut aujourd'hui innover : il suffirait de multiplier des unités de prise en charge de soins non programmés dans des structures où les médecins sont regroupés, qui permet une prise en charge facile. Bien sûr dans les maisons de santé pluri professionnelles mais aussi dans des cabinets de groupe, des centres médicaux, etc. Un cahier des charges pourrait définir les conditions de reconnaissance de ces unités de proximité, qui permettrait, à l'instar de ce qui se fait dans les cabinets médicaux de médecins de montagne, de prendre en charge des urgences légères évitant ainsi le recours aux urgences hospitalières. Ces prises en charge s'accompagneraient d'un financement qui serait en deçà du financement d'un passage aux urgences hospitalières.

Si les urgences hospitalières sont en crise aujourd'hui, c'est parce qu'au fil des différents gouvernements l'image qui a été donnée aux Français est celle d'un systématique recours à l'hôpital pour toute urgence quelle qu'elle soit, quelle que en soit sa gravité, et quel que soit le moment où le patient ressent cette urgence. Il faut réorienter complètement le recours à nos systèmes d'urgence, puisque le recours à l'hôpital ne devrait être que celui d'un recours ultime après une prise en charge dans des niveaux de recours inférieur.

La crise actuelle des urgences ne se résoudra pas par des solutions nationales, des primes multiples, des budgets complémentaires. Elle ne se résoudra encore moins par des invectives, voire du mépris pour les médecins libéraux. Nous sommes prêts à prendre nos responsabilités et prendre toute notre place dans cette organisation pour les urgences. Mais encore faut-il qu'on nous en donne les moyens et surtout qu'on nous respecte. Je remercie le Dr Pelloux pour ses conseils et ses propositions mais je lui rappelle que nous n'avons pas attendu ses suggestions pour déjà prendre en charge de nombreuses urgences ressenties. Que nous prenons en charge des urgences dans nos établissements et nos cabinets. Et que nous avons moins de sollicitudes et de considération de la part des ministres qui se succèdent, et que nous ne recevons pas des dizaines de millions à chaque épisode de grippe...A l'invective je préfère le dialogue et la complémentarité pour ensemble répondre aux besoins de la population partout dans de bonnes conditions et en respectant les médecins quel que soit leur statut.

Je vous remercie.