

LES ENJEUX DE LA NOUVELLE POLITIQUE DE SANTE

Conférence de presse du

Dr Jean-Paul ORTIZ, Président de la CSMF

Le 20 juillet 2017

Le nouveau gouvernement est en place depuis quelques semaines, la CSMF l'a rencontré à plusieurs reprises et tient à faire un point pré-estival et à aborder le problème des déserts médicaux auquel la ministre de la santé souhaite s'atteler dès septembre.

Il faudra d'abord qu'elle **éclaire sa position sur le tiers payant généralisé** : nous avons noté avec intérêt qu'elle s'était prononcée contre un tiers payant obligatoire, obligation contenue dans la loi de santé de Marisol Touraine. En effet, si l'obligation du tiers payant pour les AMC a été invalidée par le Conseil constitutionnel, son obligation pour la partie AMO est déjà une réalité depuis le 1^{er} janvier 2017, pour les patients atteints d'ALD ou pour les femmes enceintes. Elle devrait devenir une obligation pour tous les patients à partir du 1^{er} décembre. Obligation puisque la loi dit que le tiers payant est un droit pour tous. Qui dit droit pour le patient, dit obligation pour le médecin. Les médecins libéraux refusent une obligation et soutiennent un tiers payant laissé à l'appréciation du médecin. Ils utilisent un tiers payant social, pour les populations les plus défavorisées (CMU-C et ACS), mais

largement au-delà, chaque fois que l'avance de frais peut paraître être un obstacle à l'accès aux soins. D'ailleurs, aujourd'hui les trois quarts des patients vus en consultation pour une affection de longue durée bénéficient d'un tiers payant. Nous ne voulons pas d'un tiers payant pour tous les patients et pour toutes les situations, car rien ne le justifie. La nouvelle ministre devra éclaircir sa position si elle veut solder ce conflit qui perdure, conflit hérité de la précédente Ministre de la Santé.

La CSMF rappelle qu'elle a proposé une dispense d'avance de frais pour tous les patients quels qu'ils soient et quelle que soit leur situation sociale, en mettant sur pied un paiement monétique avec débit différé santé. Voilà une solution moderne utilisant les cartes bancaires ou une carte santé fournie aux populations qui n'ont pas de carte bancaire. Cela éviterait la dérive bureaucratique de notre métier, les erreurs et les différents contrôles imposés au médecin pour faire du tiers payant : vérification des droits de chaque patient, vérification des paiements effectués par les caisses, réclamations et gestion des erreurs de virement, etc. Cette solution innovante permettrait d'intégrer dans cette dispense d'avance de frais non seulement la partie couverte par l'assurance maladie obligatoire, mais également la partie couverte par l'assurance maladie complémentaire. Voilà la solution alternative qui permettrait de résoudre durablement la problématique de la dispense d'avance de frais.

La CSMF a d'autre part réaffirmé la nécessité absolue de restituer un climat de dialogue et de **construire la confiance** avec les médecins libéraux. Pour cela il faut, avant toute chose, redonner les clés de la convention aux partenaires conventionnels. Cela passe nécessairement par la **suppression de l'article 99** de la loi de financement de la sécurité sociale 2017 qui est l'expression même de la négation du dialogue conventionnel, de la négociation et de la co-construction. En effet, rappelons-le, cet article donne le pouvoir au directeur de la CNAM de fixer unilatéralement certains tarifs médicaux, sans passer par la négociation conventionnelle. Il est impossible de construire un régime de partenariat conventionnel si l'un des deux partenaires s'octroie la possibilité de faire tout seul ce qu'il veut et quand il le veut ! Cela ressemble étrangement aux lettres clés flottantes rendues tristement célèbres par Alain Juppé dans les années 90...

Si la CSMF est exigeante dans le dialogue avec la nouvelle ministre, elle a aussi su prendre ses responsabilités et l'accompagner dans sa prise de position courageuse en faveur

de **l'obligation de la vaccination pour les jeunes enfants**. Il faut aujourd'hui sortir de ces contre-vérités largement diffusées sur Internet et revenir aux réalités scientifiques largement démontrées qui ont permis d'éradiquer certaines maladies au XXe siècle. Va-t-on les voir revenir avec horreur ? Oui, la vaccination obligatoire n'est pas une solution idéale, mais c'est la seule possible aujourd'hui pour restituer la confiance aux Français et donner à ceux-ci la certitude d'un choix politique ferme et salvateur en termes de santé publique. Par ailleurs, la CSMF est favorable à une obligation vaccinale pour les professionnels de santé parce qu'ils ont une responsabilité particulière en raison de leur activité de risque de diffusion de certaines maladies, telles que la grippe par exemple.

Aujourd'hui, les dossiers prioritaires sur lesquels la CSMF souhaite intervenir, tenant compte des débats actuels, des exigences sociétales et des défis à relever dans les plus brefs délais, sont ceux de l'accès aux soins sur tout le territoire, avec l'articulation avec la télémédecine, mais également de la nécessité d'accompagner la médecine libérale dans sa restructuration pour relever ces défis, accompagnement qui passera par une loi de finances en 2018 réellement tournée vers le virage ambulatoire. Nous centrerons nos propositions novatrices sur l'accès aux soins dans les territoires, avant d'aborder à la rentrée les moyens nécessaires qui devront être dégagés.

I. L'accès aux soins sur tout le territoire

La situation est aujourd'hui paradoxale : le nombre de médecins en France n'a jamais été aussi élevé, la crise démographique annoncée est moins importante qu'attendue, grâce au mécanisme de cumul emploi-retraite pour les médecins de 65 ans et à l'apport des médecins diplômés étrangers qui contournent le numerus clausus (1/4 des médecins inscrits en France le sont avec un diplôme délivré par une faculté non française). Toutefois, le nombre de médecins généralistes va fortement diminuer dans les années qui viennent, et la densité en médecins spécialistes également.

Surtout, les médecins sont mal répartis dans le territoire : tant en médecine générale qu'en médecine spécialisée, ils sont concentrés dans des zones où l'on trouve qualité de vie et environnement professionnel riche. Toutefois, la situation est complexe : les hyper centres villes sont délaissés en raison des difficultés d'installation (Paris, centre-ville de certaines préfectures, etc.).

Le ressenti de la population est celui de « déserts médicaux ». En effet, l'évolution des modalités de l'activité médicale, mais aussi des moyens de communication, ont pour conséquences le regroupement des médecins et des autres professionnels de santé. Au-delà du ressenti, l'essentiel est de répondre aux besoins de la population : comment accéder à un médecin dans la journée, dans le cadre d'une continuité des soins ? Comment accéder à un soin médical dans le cas de la permanence des soins, la nuit et le week-end ?

Rappelons que la continuité des soins couvre l'ensemble des journées de semaine ainsi que le samedi matin, soit au moins 64 heures par semaine voire plus dans certains départements ou régions, où les systèmes de garde médicale n'incluent pas le samedi matin ou après-midi. Comment couvrir de telles amplitudes quand un médecin exerce de façon isolée ?

De même, le délai d'accès à un médecin spécialiste peut être vécu comme beaucoup trop long. Ceci nécessiterait une meilleure organisation dans le cadre d'une amélioration de la coordination entre le médecin traitant et les médecins spécialistes. Voilà pourquoi la population française décrit des difficultés d'accès aux soins soit dans des déserts médicaux, soit en termes de délais de rendez-vous : l'ensemble de la médecine libérale doit poursuivre et amplifier sa réorganisation, en particulier avec l'utilisation des moyens numériques et de la télémédecine, pour mieux répondre aux besoins et aux attentes des patients.

Ces évolutions permettront de préserver la liberté d'installation, et tout simplement la possibilité d'exercer son métier de médecin libéral. Nous saluons et remercions Madame Agnès Buzyn ministre de la santé d'avoir compris qu'on ne pouvait obliger les jeunes médecins à s'installer dans des zones déclarées déficitaires et d'avoir renouvelé son attachement à la liberté d'installation. Mais au-delà de la notion d'installation, il faut raisonner pour demain sur un exercice professionnel mixte, voire partagé, utilisant les différentes modalités statutaires et de lieux d'exercice.

C'est pourquoi résoudre le problème de l'accessibilité aux soins dans tout le territoire national ne peut être que le résultat d'un ensemble de mesures : une ou deux mesures symboliques n'y feront rien !

La CSMF fait donc une série de propositions pour répondre aux besoins de la population partout, sur tout le territoire national, et permettre un accès aux soins des médecins libéraux (généralistes et spécialistes) facilement et sans délai excessif.

1. Le temps de la formation

a. La découverte des différentes modalités d'exercice

- Rendre obligatoire des stages de découverte en cabinets de médecine libérale (médecin générale et médecine spécialisée) dès le deuxième cycle, y compris dans les zones fragiles

- Assurer partout au moins 12 mois de stage de troisième cycle en cabinet de médecine générale, en favorisant les zones déficitaires
- Assurer au moins un stage de six mois en cabinet de médecine spécialisée libérale, ou en établissements de soins privés, quelle que soit la spécialité concernée

b. Augmenter le nombre de médecins libéraux maîtres de stage universitaire avec comme cible un tiers de médecins libéraux maîtres de stage

Il faut intégrer l'ensemble de la médecine libérale dans la formation médicale, tant en médecine générale qu'en médecine spécialisée. Il faut pour cela favoriser l'accès à la maîtrise de stage universitaire en particulier en facilitant la formation d'enseignants, en améliorant l'indemnité, et en accompagnant cette fonction dans les zones déficitaires d'un avantage fiscal, à l'image de l'exonération de la participation à la permanence des soins ambulatoires.

c. Tout stage hors de l'agglomération du siège de faculté ne doit rien coûter aux stagiaires : indemnité logement et forfait frais de déplacement, voire le logement gratuit ou organisé dans les zones sous denses ou désertifiées, comme en Aveyron

Ces mesures doivent s'appliquer pour tous les étudiants de deuxième et troisième cycles.

d. En troisième cycle, les cours obligatoires doivent être organisés dans la préfecture de chaque département, afin de limiter les déplacements des internes vers la ville de la faculté si celle-ci se trouve dans un autre département.

e. Organiser une rencontre conviviale tous les six mois entre stagiaires de troisième cycle et maîtres de stage universitaire, voire avec les responsables hospitalo-universitaires et les élus concernés, comme en Midi Pyrénées.

f. Faire intervenir des médecins libéraux, généralistes et spécialistes, dans la formation théorique universitaire dès le 2^e cycle, en y incluant des formations à la gestion de l'entreprise médicale libérale et au management d'équipe.

2. L'accès à la vie professionnelle

L'entrée dans la vie professionnelle ne peut aujourd'hui se concevoir que de façon progressive, et doit s'organiser pour déboucher sur des modalités d'exercice mixte évolutives pendant la vie professionnelle, pouvant combiner l'exercice salarié et l'exercice libéral, l'exercice en plusieurs sites, y compris en établissements d'hospitalisation. Le terme d'installation tel qu'il existait il y a quelques années, c'est-à-dire exercer toute sa vie professionnelle dans un même lieu et dans un même cadre, est certainement aujourd'hui dépassé eu égard aux évolutions sociétales.

a. Accéder progressivement à un exercice libéral

Créer et développer des statuts intermédiaires en simplifiant la réglementation au maximum : une simple déclaration au Conseil Départemental de l'Ordre devrait suffire :

- **remplaçant** : le jeune médecin remplace et le médecin remplacé ne peut pas exercer en même temps.
- **assistant libéral** : il permet aux jeunes médecins de travailler en même temps que le médecin installé dont il est l'assistant. Il faut supprimer l'autorisation donnée par le Conseil de l'ordre pour un temps déterminé et avec une cause précise.
- **collaborateur libéral** : le praticien « visse sa plaque », travaille en son propre nom, contrairement à l'assistant, mais reverse un pourcentage sur ses recettes, en général pourcentage fixe, correspond à sa participation aux charges communes du cabinet.
- **associé** : le médecin s'intègre dans le cabinet médical et participe de façon équivalente aux charges tant financières que de gestion du cabinet, ainsi qu'aux décisions communes.

b. Développer l'exercice à temps partiel, de façon évolutive pendant sa vie professionnelle

Développer l'exercice partagé entre plusieurs modalités professionnelles (libéral, salarié) et donc plusieurs lieux d'exercice : cabinet de médecine libérale et structure hospitalière : la suppression progressive des « temps partiels » dans les hôpitaux est une erreur majeure à corriger.

c. **Permettre et développer le salariat entre les médecins** en allégeant les charges salariales du médecin salarié par un médecin sénior, au même niveau que la sécurité sociale prend en charge financièrement les charges sociales du médecin libéral installé en secteur 1.

d. **Développer un chargé de mission dans chaque département** pour accueil unique pour les étudiants, développer l'information et accompagner les jeunes médecins. Ce chargé de mission pourrait être pris en charge par les ARS afin d'améliorer les installations dans les zones en difficulté

e. **Mettre en place un assistant d'aide à l'installation au sein des URPS** médecins libéraux afin d'accompagner les démarches du médecin et faciliter la liaison avec l'ensemble des interlocuteurs des zones fragiles ou en déficit potentiel.

3 Vie professionnelle

a. **L'installation dans les déserts médicaux doit être facilitée pour le médecin et pour sa famille** : recherche d'un travail pour le conjoint ou compagnon, recherche d'un logement, faciliter la scolarisation, le placement en crèche, etc. grâce à l'implication des collectivités locales, comme en Aveyron.

Cette installation doit être organisée en lien avec les médecins libéraux, tout particulièrement les maîtres de stage universitaire.

b. **Favoriser partout le regroupement des médecins** autour d'un projet de santé territorial, regroupement physique ou regroupement fonctionnel, en sortant du modèle unique de la maison de santé pluri professionnelle. Ces regroupements de médecins élargi aux autres professionnels de santé doivent pouvoir contractualiser avec les ARS sur des objectifs territoriaux assortis de moyens nécessaires.

c. **Organiser la continuité des soins à l'échelon d'un territoire** : mettre en place un emploi du temps garantissant la présence d'un nombre de médecins suffisants sur un territoire tout au long de la semaine pendant les heures de travail.

Organiser un système de gardes et astreintes répondant aux besoins de la population, et qui soit compatible avec une charge de contraintes acceptable pour les médecins de ces zones défavorisées (exemple de la Lozère).

d. **Développer un maillage territorial en favorisant des lieux de consultation médicale dans des zones isolées**, avec passage d'un médecin une à plusieurs demi-journées par semaine, en médecine générale comme en médecine spécialisée, dans des lieux regroupés (maisons de santé pluri professionnelles) ou hors de ces maisons regroupées, dans des locaux municipaux ou autres ; indemnisation et prise en charge des frais de déplacement du médecin, et honoraires revalorisés.

e. **Développer et favoriser la délégation de tâches en valorisant le travail du médecin** : aujourd'hui encore trop de médecins libéraux (2/3 des médecins généralistes) n'ont même pas de secrétaire. Il faut développer le support de professionnels entourant le médecin dans son exercice tel que secrétariat, infirmière travaillant sous son autorité en analysant aux impacts organisationnels et financiers de la délégation de tâches ou des pratiques avancées.

f. **Encourager l'exercice des médecins retraités** : c'est une solution immédiate et disponible ! Il suffit d'améliorer les avantages du cumul emploi-retraite en créant un « forfait social » pour les zones sous denses, forfait qui inclurait l'ensemble des cotisations (Assurance Maladie, Allocations Familiales, retraites, CSG, CRDS) comme pour les micro entrepreneurs.

Bien sûr, tout ceci complète les mesures conventionnelles d'aide à l'installation, de contrats de transition, de contrats de solidarité santé territoriale, CESP, PTMR-PTMA, et autres aides fiscales.

II. Arrivée de la télémédecine : vers la fin des déserts médicaux

Rien ne peut remplacer le colloque singulier et le dialogue direct entre un patient et son médecin qu'il a choisi librement, et qu'il rencontre dans son cabinet médical. Toutefois, l'arrivée des nouvelles technologies de communication permettent de réduire les distances

et le temps, y compris en matière de santé et d'accès aux soins. Demain les déserts médicaux seront uniquement dus à des déserts numériques. La disparition des déserts médicaux passe donc par la résolution de la fracture numérique que traverse notre pays. Permettre à tous les Français, quel que soit son lieu d'habitation, d'accéder à des réseaux de communication numériques et d'avoir une couverture 4G/5G/fibre optique est aujourd'hui indispensable y compris pour garantir l'accès aux soins pour tous et partout.

L'irruption de la télémédecine dans l'exercice médical quotidien va se décliner de multiples façons, ce qui permettra de garantir aux patients une prise en charge de proximité et de qualité.

1. La télésurveillance

La télésurveillance et l'utilisation des objets connectés permettra le maintien à domicile de patients âgés atteints de pathologies chroniques (exemple : insuffisance cardiaque) et diminuera le recours à l'hospitalisation en diminuant les épisodes de décompensation aiguë et en améliorant la qualité du suivi médical.

Cette télésurveillance est un facteur d'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de pathologies chroniques mais c'est aussi une source d'efficacité considérable pour l'ensemble du système de santé. Quelques exemples commencent à s'installer sur le territoire national dans le cadre de phases expérimentales. Il faut maintenant :

- Mettre fin aux phases expérimentales et généraliser sur l'ensemble du territoire national les quelques expériences aujourd'hui menées ;
- Replacer la télésurveillance et l'utilisation des objets connectés dans le cadre de la médecine de ville, donc de la médecine libérale tant en médecine générale qu'en médecine spécialisée, en accompagnant son déploiement des moyens nécessaires tant juridiques que financiers ;
- Remettre le financement de la télésurveillance dans le cadre conventionnel et garantir une rémunération pour les médecins concernés.

D'ores et déjà, de nouvelles applications concernent la cardiologie avec l'insuffisance cardiaque, les dispositifs médicaux implantables, l'endocrinologie avec la surveillance du diabète protocolarisé, la néphrologie pour le développement de la dialyse à domicile, etc.

2. La téléconsultation

La téléconsultation permet de réduire les distances entre un patient et un médecin. Grâce aux nouveaux modes de communication, un médecin peut prendre en charge un patient à distance, tant en médecine générale qu'en médecine spécialisée. Les exemples sont en train de se développer mais restent encore très marginaux.

Le développement de téléconsultation, tant dans le cadre de la continuité des soins que de la permanence des soins, devrait devenir réalité dans les EHPAD, et permettra bientôt d'accéder facilement au médecin traitant de la personne âgée hébergée : le personnel soignant de l'EHPAD pourra solliciter le médecin traitant de la personne âgée hébergée et mettre cette dernière en contact visuel et sonore avec son médecin traitant. En facilitant l'échange, l'interrogatoire et l'orientation diagnostique, la téléconsultation devrait être un facteur évitant un recours désordonné à une prise en charge hospitalière.

Cette téléconsultation pourrait également se développer auprès d'avis plus spécialisés, par exemple dans le suivi des plaies chroniques, dans les réseaux de plaies et cicatrisation. La téléconsultation peut également permettre d'accéder à un médecin spécialiste à distance, en particulier dans les zones qui en sont dépourvues, sur demande du médecin traitant du patient, quel que soit son lieu de vie.

3. La téléexpertise

La téléexpertise doit permettre de solliciter un médecin expert dans le cadre d'une coordination et d'une concertation pour des cas complexes ou des patients polyopathologiques. Ceci pourrait faciliter l'installation de jeunes médecins en médecine générale dans des déserts médicaux, car ils auraient accès facilement à des médecins spécialistes à distance de la zone fragile où ils sont installés grâce à la téléexpertise et pourraient les solliciter pour avis expertal autant que de besoin. En effet, le déficit de

médecins spécialistes dans ces zones est un élément dissuasif pour l'installation en médecine générale.

Le développement de cette téléexpertise doit se faire dans le cadre d'une rémunération de droit commun, discutée dans le cadre conventionnel. Cette rémunération doit concerner autant le médecin requérant, médecin traitant installé dans une zone fragile, que le médecin spécialiste, médecin expert, installé à distance de cette zone fragile. Au-delà de la rémunération, les équipements nécessaires doivent être financés tant pour le médecin requérant que pour le médecin requis.

La téléconsultation en médecine spécialisée pourrait se développer dans des structures regroupées (maison de santé pour les professionnels, cabinets de groupe, centres médicaux etc.).

La téléconsultation et la téléexpertise sont deux modalités facilitant l'accès au médecin spécialiste, et donc permettant de réduire notablement les délais de consultation.

4. La délégation de tâche en télémédecine

La délégation de tâches avec téléexpertise permet dans des protocoles précis et ciblés de solliciter l'avis expertal d'un médecin spécialiste sur demande d'un professionnel de santé qui réalise un examen technique. L'exemple en cours de développement est celui du programme sur la rétinopathie diabétique, porté conjointement entre les orthoptistes et les ophtalmologistes. Le développement d'un travail conjoint à distance entre les orthoptistes et les ophtalmologistes est en cours et l'apport des outils de télétransmission d'images doit faciliter le développement mais également la diffusion pour d'autres programmes voire pour d'autres métiers dans d'autres spécialités.

En conclusion, le défi de l'accès aux soins d'un point de vue géographique sur l'ensemble du territoire national peut être relevé et les déserts médicaux pourraient demain n'être qu'un souvenir. Ceci passera par le développement des nouveaux moyens de communication grâce à la fin de la fracture numérique, par une formation des médecins plus ouverte sur la médecine de ville et en particulier sur l'exercice dans des zones fragiles, par la simplification des procédures d'installation, par la mixité des statuts et des modalités d'exercice pour aller vers un statut de médecin unique pour tous les secteurs.