

Unité Confédérale
Médecine Libérale & Sociale
Pertinence Des Soins
Entreprise Médicale
Exercice Mixte # Recertification
Organisation Territoriale
Responsabilité Collective
Accès Aux Soins # Innovations
Télémédecine # Regroupement Professionnel

**ENSEMBLE, CONSTRUISONS
L' # AVENIR DE LA MÉDECINE
LIBÉRALE**

Programme du Dr Jean-Paul Ortiz

INTRODUCTION

Avoir aujourd'hui un projet politique renouvelé est une obligation pour la CSMF. Nous sortons d'un quinquennat d'opposition, d'absence de dialogue, de crispation des acteurs et de postures. Le gouvernement précédent avait délibérément choisi une organisation des soins centrée autour de deux priorités : l'hôpital public et la médecine générale regroupée dans des maisons de santé pluri professionnelles. Il avait fait sien le modèle anglo-saxon du médecin généraliste gate-keeper adressant ses patients au médecin spécialiste exerçant exclusivement à l'hôpital public. Cela ne pouvait qu'engendrer des incompréhensions et heurter les médecins français. Les mesures dogmatiques mises en tête de gondole comme le tiers payant généralisé obligatoire ont entraîné un conflit long et dur que la CSMF a su diriger avec détermination jusqu'à obtenir le recul du nouveau pouvoir politique. Dans le contexte d'absence de dialogue, voire de mépris de la précédente ministre, il était difficile de s'engager sur une convention qui apportait des avancées indiscutables mais très inégalement réparties et clivant le corps médical français. La solidarité entre spécialités a permis de préserver l'unité de la CSMF malgré la tentation légitime d'engranger quelques revalorisations tarifaires.

Aujourd'hui, le dialogue a repris. Le tiers payant généralisé est renvoyé aux oubliettes, les contacts avec les décideurs et responsables politiques sont nombreux. Mais au delà des paroles, les médecins libéraux attendent des actes, espèrent une reconnaissance de leur engagement professionnel. Cela ne les dispense pas d'obligations et devoirs qu'ils portent collectivement et qu'ils doivent assumer tous ensemble. La période de transition actuelle est la plus difficile car il faut préserver l'existant tout en engageant les transformations nécessaires dans un contexte de demande en soins accrue et d'exigences croissantes de la part de la population.

La CSMF a toujours su apporter avec courage et conviction une analyse et des pistes d'orientation pour le système de santé français et la place de la médecine libérale. La situation politique actuelle semble ouvrir la voie à des évolutions nécessaires. Le pouvoir politique ne peut se soustraire à apporter la réponse à des attentes et des espoirs réels. Sinon, la déception dans le pays serait immense. C'est pourquoi ce

projet politique se veut une contribution servant de support aux grandes réformes nécessaires dans le monde de la santé. Cette contribution pour un nouveau projet confédéral doit donner l'orientation générale, les perspectives d'avenir que les médecins libéraux attendent.

Ce projet politique devra être enrichi dans les semaines et les mois qui viennent par des débats à tous les niveaux, au sein de la Maison Confédérale pour devenir le projet confédéral de la CSMF pour les années à venir. Sur cette base, devront être élaborées les plates-formes précises de revendications de chaque spécialité ou mode d'exercice ainsi que les modifications réglementaires ou organisationnelles que la CSMF pourra porter dans les années à venir.

Ce projet politique se veut être le socle commun partagé servant de base à l'action syndicale au quotidien, tant dans les régions et les départements, que dans les différentes spécialités confédérales. Il est soumis aux apports de chacun pour devenir ce socle commun partagé par tous.

1/ Le patient, le médecin et le territoire

Le patient

Le patient est au cœur d'une révolution majeure dans son rapport à la maladie et à la santé. Il est d'abord beaucoup mieux informé puisque l'information est accessible à tous. Il ne l'utilise pas forcément avec pertinence mais l'asymétrie d'accès à l'information qui prévalait au siècle dernier est en train de disparaître avec l'accès à Internet et à des sites d'information dédiés aux patients, de compréhension relativement facile.

Il devient acteur de sa propre santé, et s'investit de plus en plus dans des associations de patients. Dans le cadre de la démocratie sanitaire, le patient a acquis une véritable représentativité dans les instances à la fois de décision de l'organisation des soins, mais aussi dans les instances d'évaluation en santé, ce qui est légitime. Mieux informé, le patient devient aussi plus exigeant, dans une logique d'évolution consumériste, y compris vis-à-vis de la demande en soins. Le patient demande aujourd'hui à bénéficier d'une véritable éducation pour sa santé, qui commence à se développer sous forme d'éducation thérapeutique. Il revendique même une dimension d'expertise, comme on le voit dans les formations de « patients experts ».

Le patient a surtout évolué dans ses besoins en soins, et la transition épidémiologique impacte fortement sur la réponse qui doit être donnée. La demande en soins émane de patients souvent âgés, voire très âgés. D'une pathologie aiguë qui était la cause principale de la demande médicale il y a quelques dizaines d'années, nous avons évolué vers des prises en charge complexes qui s'apparentent plus à un accompagnement d'une ou plusieurs pathologies chroniques. Le vieillissement de la population, les progrès de la médecine ont transformé la demande en soins en une demande multiple par des patients accumulant souvent plusieurs pathologies chroniques, y compris les plus graves telles que plusieurs cancers tout au long de leur vie. De plus, l'émergence de la dépendance en particulier lors du grand âge, nécessite des adaptations de la part du système de soins.

La médecine

Dans le même temps, les progrès de la médecine ont considérablement fait évoluer le contenu même de celle-ci. Les évolutions technologiques ont marqué les décennies passées. La médecine du début du 20^{ème} siècle, au contenu technique et scientifique rudimentaire, a été considérablement modifiée par la science. Les sociétés occidentales ont été aveuglées par les prouesses technologiques. Alors qu'hier le médecin était fortement centré sur l'écoute du patient et son examen clinique, il est aujourd'hui beaucoup plus soucieux de l'acquisition d'une technologie sophistiquée mise à sa disposition. En témoigne l'extraordinaire multiplication des spécialités puisqu'en quelques décennies elles se sont largement multipliées (44 spécialités aujourd'hui contre 22 dans les années 50). Au-delà des nouvelles spécialités identifiées et émergentes, apparaissent des sous-spécialités souvent centrées sur des techniques particulières.

Or ces progrès scientifiques et technologiques complexifient grandement l'organisation d'une prise en charge d'un patient dans des conditions cohérentes, efficaces, et de qualité. L'impact de ces évolutions se traduit forcément par une augmentation de la proportion de médecins spécialistes en raison de la reconnaissance et la création de nouvelles spécialités au cours des années. Mais dans le même temps les contours de chacune des spécialités évoluent au fil des progrès médicaux, ce qui nécessite des nouvelles organisations pour y répondre.

Le corps médical français

Dans le même temps les évolutions sociétales et l'approche différente de la valeur travail impactent également le corps médical. Il serait suicidaire de pas tenir compte de cette modification de l'abondance du temps de travail, de son organisation et des priorités que posent les jeunes générations pour un temps de travail moins important en durée hebdomadaire, mieux organisé et compatible avec une vie personnelle préservée et des temps de loisirs réels.

Ces évolutions à la fois structurelles et sociétales doivent orienter les organisations du métier vers un regroupement des professionnels. Ceci

est exigé par les jeunes générations, qui ont l'habitude de travailler en équipe et qui souhaitent poursuivre leur exercice quotidien avec d'autres professionnels de santé. Ceci est indispensable pour pouvoir préserver une vie personnelle à côté d'une vie professionnelle forcément bien remplie. Le regroupement des médecins répond certes à un besoin de chacun par rapport à son projet de vie, mais aussi à une nécessité quant à la qualité de la prise en charge des patients. Il permet en effet des échanges entre médecins, mais également il est le passage obligé pour une meilleure coordination dans la prise en charge d'un patient. Le regroupement doit pouvoir être envisagé sous toutes ses formes, d'abord entre médecins d'une même spécialité. On voit d'ailleurs que les installations en médecine libérale se font beaucoup plus facilement lorsque les médecins d'une même spécialité sont déjà regroupés, souvent dans un même lieu. La médecine spécialisée a été amenée à exercer dans des structures regroupant plusieurs médecins spécialistes, poussée par la nécessité d'un exercice autour de plateaux techniques lourds, tant en imagerie médicale que dans d'autres spécialités en établissements de soins ou autres. La médecine générale voit ces groupements se faire en particulier sur les dernières années. Souvent encouragés par les pouvoirs publics sous forme de maisons de santé pluriprofessionnelles, ces regroupements se font alors entre plusieurs catégories de professionnels de santé.

L'exercice médical demain se fera dans des structures de plus en plus importantes, à la fois en raison d'une nécessaire organisation partagée des temps de travail, mais également des supports métier, qu'ils soient en plateau technique lourd, ou par une organisation moins coûteuse. Mais le partage avec d'autres professionnels de santé deviendra, en particulier en proximité, de plus en plus structuré et organisé de façon à garantir aux patients une prise en charge en équipe.

Territoires

Le regroupement doit pouvoir être réalisé dans des lieux d'exercice commun, mais également doit pouvoir se développer grâce aux outils de communication. Il peut s'organiser autour de la coordination de l'exercice médical à l'échelon de territoires de santé. Car c'est bien sur une logique

territoriale que les médecins devront organiser leur exercice pour répondre aux besoins d'une population. Pour répondre à cet objectif, des structures d'exercice regroupé comme les maisons de santé pluri professionnelles monosites, les centres médicaux, les cabinets de groupe, ou toute autre forme permettent de structurer la prise en charge des besoins d'une population. À partir de ce point regroupé peuvent s'organiser des exercices satellites, coordonnés par les outils modernes de transmission d'informations, autour de données médicales partagées : consultations avancées, cabinets éphémères, exercice multisites, etc. C'est par cette logique territoriale que des consultations avancées, ou une activité de télémédecine répondent aux besoins.

S'organise alors à l'échelon d'un territoire une véritable entreprise médicale devenue offreur de soins ambulatoires dans un territoire. Cette entreprise médicale constituée de plusieurs médecins pouvant être de plusieurs spécialités, et associant des relations avec d'autres professionnels de santé, va pouvoir être co-contractante avec les pouvoirs publics pour des missions qu'elle devra porter. Ceci peut se faire à l'échelon de missions telles que l'accès aux soins dans le territoire pour les populations les plus défavorisées, ou dans une logique temporelle (accès aux soins H24, 365 jours par an). Pour ces missions, ces entreprises médicales de demain devront entrer dans une logique de contrat avec l'ARS, contrat qui comportera forcément des droits et des devoirs réciproques. Par les moyens que l'ARS devra à cette entreprise médicale, celle-ci exercera son rôle de prise en charge populationnelle, telle que l'obligation d'une continuité des soins, d'une permanence des soins assumée et structurée, d'une accessibilité dans chacun des territoires. Cette organisation de la médecine libérale devra se développer dans le temps, mais l'enjeu est fondamental si l'on ne veut pas voir les pouvoirs publics, l'hôpital public ou privé, prendre et jouer ce rôle, y compris au plus près de la population.

2/ Médecin : la (r)évolution du métier

La médecine aujourd'hui

La médecine a toujours été au cœur des grandes évolutions qui marquent les mutations de nos sociétés occidentales. Pendant plusieurs décennies, la médecine a vu envahir son domaine par la technologie et la science. Collectivement, la société française, les médecins dans leur ensemble, ont été aveuglés par les performances voire les prouesses de l'arrivée de la technique dans l'art médical et en ont fait largement écho dans la presse, qu'elle soit générale ou spécialisée. De la première transplantation cardiaque à la révolution dans l'imagerie médicale, en passant par les performances obtenues aujourd'hui des interventions faites par l'intermédiaire d'un robot dirigé par un chirurgien à des milliers de kilomètres du patient, et des médicaments issus de la biotechnologie... Combien de fois ces performances alliant la science et la technique ont été saluées par l'ensemble du milieu médical et au-delà ! Ceci a nécessairement été accompagné d'une allocation de ressources qui a permis ces développements. Le choix implicite de favoriser cette arrivée de la technique dans la médecine se traduit aujourd'hui par des écarts de revenus entre les différentes spécialités médicales, mais également par un financement lourd des structures ayant permis ce développement.

La médecine demain

Nous sommes certainement arrivés à la fin de cette évolution où le médecin était aussi et surtout un technicien. De plus en plus souvent émergent des nouveaux acteurs dans la production du soin. Cette tendance va se développer, comme cela a commencé il y a bien longtemps dans des pays tel que le Japon, où une partie de l'acte médical d'aujourd'hui sera réalisée par un technicien voir un ingénieur formé à cela. Demain le médecin perdra progressivement cette mainmise et ce contrôle sur la technologie qui envahit son métier, et se recentrera sur ce qui aurait dû être le cœur de son métier au fil de ces

différentes années : l'humain. Recentrer le métier de médecin vers l'acte intellectuel, vers l'écoute du patient, son accompagnement dans la gestion de sa santé et de ses pathologies chroniques : voilà quel sera l'essentiel du métier du médecin demain, quelle que soit la spécialité.

L'intelligence artificielle

En effet, l'intelligence artificielle va bouleverser le contenu de l'activité médicale. L'intelligence artificielle donnera le diagnostic le plus probable, sur des bases d'analyse statistique extrêmement larges et inaccessibles à l'analyse d'un cerveau humain, mais proposera également aux médecins une attitude thérapeutique à partir de l'analyse de données publiées et validées dont le nombre est tel qu'elles ne peuvent pas être intégrées par le cerveau humain. Le médecin demain n'aura donc plus le rôle technique qu'il avait, ni le rôle du diagnostic et de la démarche thérapeutique qui sont l'essentiel de son cœur de métier aujourd'hui. Sera-t-il devenu inutile ? Non, car l'intelligence artificielle recentrera le médecin sur la transgression, c'est-à-dire le refus du diagnostic proposé, ou de la thérapeutique envisagée, tels que Watson¹ le proposera. Seule l'intelligence humaine donne à la médecine cette valeur ajoutée qui en fait un art. Et c'est bien cette dimension spécifique de l'intelligence humaine qui fera du médecin celui qui utilisera l'intelligence artificielle comme un outil, certes performant, mais comme un simple outil, et exercera son art dans sa plénitude.

Et l'humain

Cette évolution sera-t-elle immédiate ou rapide ? Les experts qui ont une étude très attentive de ces domaines plaident à la fois pour certaines évolutions dans un délai très court, de quelques mois à un an, mais aussi pour des évolutions qui se feront par étapes, par secteur, et révolutionneront l'ensemble de l'exercice des métiers, au-delà de celui

¹ **Watson** est un programme informatique d'intelligence artificielle conçu par IBM dans le but de répondre à des questions formulées en langage naturel. Il s'intègre dans un programme de développement plus vaste, le *DeepQA research project*. Le nom « Watson » fait référence à Thomas J. Watson, dirigeant d'IBM de 1914 à 1956, avant même que cette société ne s'appelle ainsi. Le programme a notamment acquis une notoriété mondiale en devenant en 2011 champion du jeu télévisé américain Jeopardy. (Source : Wikipedia)

du médecin. Lorsque l'on sait que Watson arrive à différencier près de 800 nuances de gris alors que l'œil humain n'en différencie qu'une vingtaine, on comprend que l'analyse d'images sera demain, donc très vite, faite par l'intelligence artificielle. Cela condamne-t-il pour autant les médecins radiologues, et tous ceux qui travaillent sur l'image médicale, comme les anatomopathologistes, voire les dermatologues ?

Certainement pas, car reste non pas une image mais bien un patient, avec la complexité de son vécu, de sa (ou ses) maladie et de son approche de la mort, avec sa dimension culturelle et psychologique, et restent la richesse et l'empathie que va dégager l'entretien avec son médecin. Et le médecin gardera toujours cette dimension empathique qui en fait le confident, l'accompagnateur, le tuteur du patient angoissé par la maladie et par la mort.

Sommes-nous aujourd'hui préparés à ces évolutions majeures qui vont bousculer notre exercice médical ? Certainement pas, mais ayons confiance en l'avenir et à la capacité du médecin à s'adapter à ces mutations. Cela passera inmanquablement par une révolution de nos organisations permettant l'évolution de notre métier et de la façon dont nous l'exerçons. Ne pas prendre en compte cette mutation de la médecine condamnerait notre corps professionnel à sa régression, condamnerait celui qui ne saura pas s'adapter à sa propre disparition (processus de « destruction créatrice » de Schumpeter).

3/ Médecin : la (r)évolution du praticien

La composition du corps médical est aujourd'hui en pleine mutation. Si on parle beaucoup de la féminisation de ce corps professionnel, on parle moins du net rajeunissement qui va s'opérer dans les dix années à venir, une fois passé le creux démographique qui s'annonce. On parle beaucoup du manque de médecins aujourd'hui et on oublie la probable pléthore de médecins dans une dizaine d'années. La composition du corps professionnel se diversifie aussi par les origines sociales et culturelles. Hier, l'essentiel des étudiants en médecine était issu de milieux favorisés, souvent de parents médecins, très majoritairement de

professions entrepreneuriales, que ce soit des médecins, des commerçants, des artisans, etc. Aujourd'hui, les étudiants en médecine sont toujours issus de milieux plutôt favorisés, mais très majoritairement de parents de professions salariées, tout particulièrement de fonctionnaires et d'enseignants. L'approche de l'exercice du métier est largement influencée par ce modèle parental.

Le corps médical s'est beaucoup diversifié dans sa composition culturelle. Le *numerus clausus* sévère des années 2000 (3500 étudiants de 2ème année en 1993) a créé un appel vis-à-vis des autres pays européens, concomitamment à la mise en place des équivalences de diplômes à l'intérieur de l'Espace Européen. L'apport de médecins issus de facultés de médecine extra européennes s'est également accentué ces dernières années. Résultat : le chiffre moyen de médecins qui s'inscrivent au Conseil National de l'Ordre pour la première fois dans leur vie professionnelle, avec un diplôme délivré par une faculté non française, est autour de 25 %. Ce chiffre est considérable, se répartissant à égalité entre les diplômes d'origine européenne non française, et les diplômes d'origine extra européenne. C'est la mondialisation, diront certains ; c'est l'ouverture à l'Europe, diront d'autres. Constatons d'abord que le mouvement inverse, de médecins formés en France qui partent à l'étranger, existe depuis toujours mais il reste encore marginal.

Cet apport de médecins à diplôme étranger n'est pas sans poser des problèmes sur la façon dont la médecine est exercée en France. Les valeurs de la médecine française ne sont pas forcément partagées à l'identique par des médecins issus de facultés éloignées de notre pays. L'approche de la douleur, l'approche de la mort, le dialogue avec les familles, sont autant de situations où les différences sont notables.

L'évolution sociétale amène à une vision de l'exercice du métier forcément différente. Le médecin n'est pas déconnecté d'une société qui évolue vers une baisse progressive de la valeur travail au profit de la valeur loisir. Doit-on s'en plaindre, comme de vieux grincheux incapables d'évoluer ? Certainement pas. Mais nous devons prendre en compte le souhait d'un corps professionnel en mutation, de professionnels qui

veulent aujourd'hui et encore plus demain, jeunes femmes comme jeunes hommes, exercer le métier de médecin tout en conciliant une vie personnelle et familiale.

Ces évolutions doivent nous interpeller et nous engager vers les organisations permettant l'exercice à temps partiel tout au long de la vie professionnelle, et à des temps variables au long de celle-ci. Quoi de plus normal qu'un parent jeune qui veut consacrer une ou deux journées par semaine à ses enfants, donc travailler à mi-temps ou à trois-quarts temps ? Et quoi de plus normal que ce même parent décide de mener une activité complète, donc à temps plein, lorsque ses enfants ont grandi ? Il faut donc permettre ce souci légitime d'un médecin qui est dans une société qui évolue...

Demain les jeunes générations voudront travailler de façon regroupée, car tel a été leur modèle de formation, mais tel a été aussi le modèle d'exercice de la médecine aujourd'hui. Ces regroupements favorisent un exercice plus souple, en coordination avec d'autres médecins voire d'autres professionnels de santé. Ils permettent une évolution des modalités ou de la nature de l'activité dans une entreprise médicale au cours d'une vie professionnelle : par exemple, plus de gardes et d'activités lourdes en début de vie professionnelle et moins en fin de carrière au profit de la gestion et du management du groupe.

4/ Médecin : quel statut demain ?

Au niveau sociétal, il nous faut réfléchir et proposer des évolutions du modèle de statut du médecin libéral. La charte de la médecine libérale de 1928 est d'essence très libérale et avait posé les fondements d'une activité marquée par la liberté d'entreprendre, la liberté de prescrire, la liberté de s'installer et le libre choix. Ceci s'est accompagné du tarif libre et du paiement direct. Nous sommes loin de ces concepts, mais nous devons veiller à préserver ce qu'il en reste d'essentiel.

Le médecin de demain aspire à avoir une protection sociale améliorée. Hier, la valeur des honoraires médicaux permettait de prévenir les aléas de la vie, soit de façon directe à titre personnel par la constitution d'un

capital, soit de façon partagée par le biais d'assurances privées quelquefois coûteuses. Demain, le médecin libéral devra avoir un niveau de protection sociale qui s'approchera du statut salarié en particulier vis-à-vis des aléas de la vie. Déjà les médecins conventionnés bénéficient d'une protection pour la maladie du même type que celle des travailleurs salariés. Un congé maternité vient d'être partiellement instauré mais devra être étendu à toutes les femmes médecins quel que soit leur secteur d'exercice, et être relevé quant au niveau de protection. La retraite du médecin libéral reste à améliorer d'autant que, ces dernières années, le niveau global de la retraite a été pénalisé par l'érosion monétaire. L'instauration de la CSG majorée de 1,7 % en 2018 a encore augmenté le sentiment légitimement partagé par nos confrères retraités d'avoir une bien trop petite retraite. Ceci est tout à fait exact lorsque l'on compare la retraite du médecin libéral à celles d'autres catégories socioprofessionnelles. Mais ceci est aussi le corollaire d'une cotisation retraite pendant son activité entièrement à la charge du médecin en secteur 2, et très partiellement prise en compte pour le médecin de secteur 1 pour l'ASV : elle paraît lourde mais elle reste à des niveaux relativement bas eu égard aux niveaux de cotisation des cadres, en raison de la somme de la cotisation salariale et patronale.

Le regroupement de médecins au niveau fonctionnel, qu'il soit accompagné d'un regroupement géographique ou pas, permet d'organiser une solidarité dans le travail qui améliore nettement la qualité de vie au travail. Lorsqu'un médecin exerce de façon isolée, les congés annuels peuvent être problématiques à organiser, et toute absence pénalise financièrement le médecin isolé. Lorsque le médecin exerce dans une association, si celle-ci est basée sur un partage d'honoraires, les choses se simplifient tant sur la prise de congés annuels, que pour les revenus maintenus pendant ses congés, car reversés par l'association de partages d'honoraires. Tant de pistes d'organisation qui finalement permettent, en particulier aux jeunes générations, de bénéficier d'un statut qui rappelle le statut salarié, tout en préservant le cœur du caractère libéral de notre activité : la liberté d'installation, le libre choix et la liberté d'entreprendre.

Il nous faut tenir compte du souhait d'un bon nombre de jeunes médecins : la sécurité d'un salariat douillet est préféré à l'aventure

aléatoire de l'entreprise libérale. On était médecin de père en fils. On ne l'est plus aujourd'hui, car nos enfants s'orientent souvent vers d'autres carrières. Ceci nous amène à améliorer la protection sociale du médecin, mais aussi à imaginer des statuts mixtes entre le salariat et le libéral. Un statut mixte veut dire une activité partagée entre une activité salariée, dans un hôpital, une structure de soins, ou une activité transversale dans une collectivité, etc. et un statut libéral dans un cabinet. Ces statuts mixtes sont plébiscités par les jeunes générations, certainement par méconnaissance de l'exercice libéral, mais aussi parce que leur modèle parental les renvoie vers le modèle salarial. Reconnaissons aussi que nombre d'entre nous avaient apprécié dans leur propre passé, une activité partagée avec l'hôpital public en particulier au début de leur installation. Malheureusement de très nombreux hôpitaux ont supprimé ces postes partagés, à mi-temps, à temps partiel, car ils souhaitaient n'avoir que des praticiens temps plein exerçant dans leurs établissements. L'idéologie a prévalu au pragmatisme. Ceci est un facteur majeur de repli de l'hôpital sur lui-même et de coupure du lien avec la médecine de ville. Revenir en arrière est indispensable, en imaginant des formes adaptées et différentes tenant compte des réalités d'aujourd'hui. Le statut d'attaché ne peut pas perdurer, vu la faiblesse de la rémunération. Mais des statuts mixtes et de lieux d'exercice mixtes devront se développer, y compris le salariat d'un médecin dans un groupe de médecins libéraux associés. Ceci n'est que la première étape avant d'aller vers un socle commun du statut du médecin, socle sur lequel serait ajoutée une activité avec rémunération libérale dans un cas, ou rémunération salariée dans l'autre.

Ce socle commun au corps médical français serait l'expression d'un même métier partagé quel que soit le secteur d'activité. Car nous sommes d'abord médecin, médecin avant tout.

Ceci ne se fera que très progressivement, dans le cadre d'une évolution en particulier des concepts qui aujourd'hui ont cours au sein de l'hôpital public et la fin d'un sacro-saint « statut unique de praticien hospitalier » partagé par tous les médecins hospitaliers. Mais les choses avancent et déjà certains acteurs de l'hôpital public plaident pour ses évolutions majeures.

5/ Former le médecin de demain

Le constat est partagé par les médecins en exercice, comme par ceux en formation : c'est l'échec patent de notre système de formation initiale actuel, et la nécessité d'une réforme en profondeur. La faculté de médecine, chargée de délivrer le diplôme de docteur en médecine, est une véritable école professionnelle puisque ce diplôme est le sésame indispensable et exclusif pour l'exercice de la profession médicale. Or, les ordonnances de 1958 ont créé les centres hospitalo-universitaires et ont centré la formation exclusivement sur les hôpitaux publics les plus importants. Lieu de l'enseignement et de la recherche, la faculté de médecine n'a pas su s'adapter à l'évolution nécessaire et à l'ouverture indispensable aux différentes modalités d'exercice professionnel.

Il est aujourd'hui temps de faire exploser ce système ancestral, 60 ans après. Il faut clairement aujourd'hui dissocier la fonction d'enseignement de la fonction de soins, mais aussi de la fonction de recherche. La plupart des pays anglo-saxons ont dissocié ces fonctions. La France doit s'engager dans cette réforme indispensable.

Ceci devrait s'amorcer très rapidement au travers d'étapes telles que le développement de stages des étudiants en médecine dans les cabinets médicaux libéraux. En médecine générale cela s'est déjà fait pour le troisième cycle, puisqu'un stage de six mois est obligatoirement réalisé depuis longtemps dans des cabinets de médecine générale. Ce stage de troisième cycle est certainement à développer. Ceci passe par l'élargissement du nombre de maîtres de stage universitaire, et une pluralité de la formation de ces derniers. Pour les autres spécialités, les stages de troisième cycle en milieu libéral ou en établissements de soins privés sont encore en nombre très limité suivant les régions. Cette absence d'ouverture sur l'exercice libéral est un handicap majeur pour le recrutement de jeunes médecins dans ces modalités d'exercice puisqu'ils ne la connaissent pas, la craignent car ils en ont forcément une vision partielle, pour ne pas dire partielle. Développer des stages de troisième cycle dans tous les cabinets libéraux, que ce soit en médecine générale comme en médecine spécialisée, mais également dans les établissements de soins privés et dans les plateaux techniques libéraux

est une nécessité. Ceci passera forcément par une forte implication des médecins seniors qui doivent, comme Hippocrate leur demande, enseigner aux enfants de leurs maîtres comme ceux-ci leur ont enseigné.

Mais au-delà du troisième cycle, c'est aussi pendant le second cycle que la découverte de l'exercice libéral doit se faire. Bien sûr en ouvrant des stages d'externes dans les cabinets médicaux libéraux. Mais aussi en intégrant dans les cours théoriques des temps d'enseignement les préparant à l'exercice libéral. Ces cours concernant l'organisation du système de santé vue par un médecin libéral doivent être faits par des médecins libéraux volontaires. Ils pourraient aborder des thèmes aussi essentiels que la gestion d'un cabinet médical, l'organisation des soins en médecine de proximité, les différentes institutions intervenant dans la vie du médecin libéral, mais aussi les organisations professionnelles qu'il est indispensable de connaître.

Plus largement la formation des médecins doit être repensée : le *numerus clausus* doit être revisité dans sa forme, de façon à ouvrir le cadre de recrutement et d'assurer une polyvalence des futurs médecins. Il faut les recruter sur des critères qui ne soient pas uniquement scientifiques ou de mémorisation. La médecine est un art, mais elle est aussi affaire de relations humaines, d'empathie. Il faut intégrer ces éléments dans le recrutement dès la première année.

Le *numerus clausus* ne doit pas être élargi mais repensé. La formation doit être adaptée aux capacités des facultés de médecine telles qu'elles sont aujourd'hui. Ce n'est qu'en modifiant leur capacité que le nombre d'étudiants pourrait être modifié. Mais surtout en faisant des analyses et des projections démographiques dignes de ce nom. Les paramètres sont multiples, et le débat doit être largement ouvert avec tous les acteurs, sans *a priori*, sans dogmatisme, et sans décision préalable.

L'orientation vers les différentes spécialités doit être également repensée. L'examen classant national (ECN) ne peut se résumer à une orientation vers une spécialité basée sur son rang de classement mais aussi sur le lieu futur de formation. Il faudra certainement revenir à une dimension géographique proche des étudiants et sortir de cette dimension nationale qui aboutit à un choix sous double contrainte : la

spécialité que l'on souhaiterait faire, et la ville où l'on souhaiterait être interne.

Le choix de la médecine générale ne peut être celui d'un choix par défaut. Au-delà du métier à valoriser et à repenser, c'est tout un mécanisme d'orientation qu'il faut revoir, pendant l'ensemble de la durée du deuxième cycle.

Certains posent le problème de la durée des études médicales. Six années complètes pour réaliser le premier et le deuxième cycle sont peut-être excessives. D'autres pays réalisent ces formations en cinq ans. Remettre à plat l'organisation générale et le contenu de ces études est certainement un vaste chantier, mais celui-ci devrait être ouvert non pas par phase, par cycle, mais de façon globale afin de donner cohérence et valorisation à l'ensemble de la formation initiale.

Ce temps de formation doit être le temps de l'apprentissage du métier. De ce point de vue-là il doit permettre, pendant l'internat et le clinicat-assistanat, de faire des remplacements afin de découvrir les modalités d'exercice libéral. Prévue dans les statuts des chefs de clinique, il faut favoriser ces temps de remplacement, tout en évitant d'en faire une situation définitive. C'est pourquoi des modalités spécifiques, en particulier en termes de cotisations sociales, doivent être imaginées afin de ne pas décourager les bonnes volontés.

6/ Médecin : le professionnel de santé de l'expertise

Dans la chaîne de la prise en charge du patient en termes de soins, chaque professionnel de santé a un rôle respectable. C'est bien grâce à ce travail d'équipe que le patient est pris en charge correctement : la coordination entre les différents acteurs du soin est un enjeu fondamental. Le médecin doit rester le chef d'orchestre de l'équipe de soignants qui prend en charge le patient. On n'exerce pas la médecine aujourd'hui comme il y a un siècle et les contours des métiers évoluent. Cela est logique mais des impératifs doivent être respectés : la qualité des soins apportée à chaque patient doit être garantie, l'information doit être transmise au médecin, la responsabilité de chacun clairement

identifiée. Sans compter que la délégation de tâches peut avoir des impacts sur les rémunérations qui doivent être examinés préalablement. Les projets d'exercice en « pratiques avancées » ne peuvent se construire sans les médecins et leur représentation syndicale, en respectant ces prérequis. Seule la protocolarisation adaptée aux situations dans les territoires, sous la délégation décidée par le médecin permettra de respecter les intérêts du patient.

Beaucoup disent que « le médecin n'est pas un professionnel de santé comme les autres », car c'est le professionnel de santé de l'expertise.

On ne passe pas au minimum 10 ans d'études difficiles après le baccalauréat, voire 12 années, sans acquérir indiscutablement une dimension d'expertise dans son exercice professionnel.

Mais la médecine ayant considérablement évolué, s'étant considérablement complexifiée pour éclater en de multiples spécialités, elles-mêmes subdivisées en spécialité, il serait illusoire, prétentieux, voire dangereux, de prétendre être omni-savant, omniscient, omni-spécialiste. Ce temps-là est révolu. Chaque médecin a une dimension d'expertise spécifique qui mérite d'être reconnue.

Le médecin généraliste, l'expert du diagnostic, de l'orientation, de la coordination et du suivi des pathologies chroniques

Le médecin généraliste, aujourd'hui spécialiste en médecine générale pour la majorité d'entre eux, est le médecin du diagnostic, de la prise en charge des pathologies aiguës en première intention et du suivi des pathologies chroniques, de la coordination à l'intérieur des équipes de soins primaires et avec les autres médecins spécialistes, au sein d'un territoire. Le médecin généraliste est l'expert de l'orientation, grâce à un diagnostic réalisé au plus près du patient. Il a pu, grâce aux technologies envahissant son exercice, élaborer progressivement une démarche diagnostique plus complète qu'il y a quelques décennies, et qui débouche - dans un nombre important de cas - sur une prise en charge thérapeutique au plus près du patient. Le médecin généraliste a l'expertise de la bonne orientation, au bon moment vers le suivi

complémentaire, le recours à une compétence particulière ou à une structure d'hospitalisation.

Le médecin généraliste est l'expert du suivi des pathologies chroniques, en collaboration avec le médecin spécialiste correspondant. C'est l'expert de la synthèse du patient dans toute sa dimension médicale et médico-sociale. Il est amené à coordonner la prise en charge du patient avec les autres professionnels de santé, tout particulièrement ceux intervenant au domicile du patient (tels que les infirmiers et infirmières, kinésithérapeutes, orthophoniste, etc.) mais également avec le secteur médico-social. Dans ce cas, l'apport des organisations territoriales en CPTS, ou l'appel à des plates-formes territoriales d'appui, seront des éléments facilitant l'exercice du médecin généraliste, mais également le maintien à domicile du patient. Le médecin généraliste est le principal acteur du premier recours, celui que le patient va solliciter en priorité dans la majorité des cas. C'est le plus souvent le médecin traitant du patient.

Le médecin spécialiste, l'expertise spécifique

Le médecin spécialiste - qu'il soit spécialiste d'organes, de tranches d'âge ou de techniques médicales - est celui qui va intervenir en coordination avec le médecin généraliste pour apporter son expertise spécifique. Il guide le patient dans son domaine d'exercice spécifique, pendant la durée où cela est nécessaire. Dans le cas des pathologies chroniques, il est l'un des acteurs du suivi médical partagé avec le médecin généraliste, pour l'accompagnement de cette pathologie chronique dans sa spécialité. Le médecin spécialiste établit un diagnostic d'expert dans sa spécialité, mobilise des thérapeutiques propres, spécifiques et d'utilisation moins courante, a recours à des techniques d'exploration ou des traitements qui nécessitent un plateau technique ou une expertise acquise après des années d'apprentissage. Le médecin spécialiste participe à la prise en charge territoriale ; il doit garantir un accès à des soins spécialisés en pratique libérale en tous lieux, et dans des délais raisonnables. Y compris dans le cadre de l'urgence, il doit pouvoir répondre sur sollicitation du médecin traitant, dans un délai compatible avec l'état du patient. Le médecin spécialiste

est volontiers l'acteur du deuxième recours, mais participe aussi à la prise en charge du premier recours, non seulement par l'accès direct prévu dans la loi, mais également en tant que médecin spécialiste correspondant, dans le cadre d'un suivi coordonné avec le médecin généraliste. Ce suivi coordonné se matérialise par un échange d'informations indispensable sous forme de courrier par exemple, entre le médecin spécialiste et le médecin généraliste. Le médecin spécialiste peut intervenir pour un avis ponctuel de consultant, de haute expertise, sur demande du médecin généraliste.

Le système de santé français est construit de façon originale, grâce à un système basé sur une prise en charge du patient en coordination, donc dans une logique de réseau circulaire,. En effet, les Français ont toujours refusé le *gatekeeper*, passage obligatoire par le médecin généraliste avant d'accéder aux médecins spécialistes recentrés sur l'hôpital: ce système semble, en première analyse, renforcer le rôle du médecin généraliste, mais, en fait, le cantonne à un rôle d' « orientateur », voire de distributeur de bons de consultations.

À l'inverse, l'absence d'un parcours de soins organisé et coordonné est génératrice de surcoûts, de redondance et de nomadisme médical.

Le système de médecine libérale à la française préserve la possibilité pour tout patient d'avoir accès à un médecin spécialiste, à condition que ce soit en coordination avec le médecin généraliste qui le suit habituellement. Le concept du médecin traitant mérite certainement d'être actualisé à l'aune des nouvelles technologies de transmission de l'information médicale. Mais il doit sauvegarder l'idée d'un parcours coordonné et organisé, basé sur la qualité de la prise en charge, tout en tenant compte du comportement du patient dans le système de santé.

Dans les territoires, la coordination entre les médecins des différentes spécialités se construit sans difficulté et sans problème dans l'immense majorité des cas. Cette organisation territoriale doit aujourd'hui être mieux structurée de façon à pouvoir être un interlocuteur crédible et fort face aux restructurations hospitalières. C'est l'enjeu de la mise en place progressive des CPTS.

7/ Hôpital–ville : adversaires ou complémentaires ?

Tous les experts reconnaissent largement que le système de santé français est construit autour de l'hôpital. En effet, aveuglée par l'arrivée de la technologie dans la médecine, la société française a privilégié la structuration autour de plateaux techniques initialement réservés à l'hôpital public, puis accessibles à l'hospitalisation privée. La gravité des pathologies et la complexité de leur prise en charge justifient pleinement ces efforts d'organisation et de financements, qui ont permis l'émergence d'un hôpital reconnu pour sa qualité, au cœur des évolutions techniques et des prouesses médicales.

Mais cette tendance lourde dans notre système de soins a malheureusement négligé le rôle et la place des soins de proximité, tout particulièrement de la médecine de ville, pourtant située au plus proche des patients. Bardé d'une vertu à toute épreuve autour de la « mission de service public », l'hôpital public a justifié sa priorisation dans le système de santé par sa nature juridique, malgré l'iniquité devenue habituelle, en particulier autour de l'attribution des plateaux techniques lourds. Ce n'est que grâce à la ténacité, voire à l'obstination d'un secteur privé et d'une médecine libérale performante, que ces acteurs ont réussi à faire émerger des établissements de soins privés, aujourd'hui acteurs incontournables dans le paysage. Les patients ne s'y trompent pas, et s'orientent vers l'hôpital public ou les cliniques privées, qui sont toutes ou presque conventionnées, en fonction de la qualité et de la performance qu'il perçoit. Nous avons donc aujourd'hui un système hospitalier riche d'une diversification statutaire, entre un hôpital public, des cliniques privées et des établissements « à but non lucratif ». En réalité, une analyse moins réglementaire rend ces statuts obsolètes si on les met en regard du service rendu à la population : les missions de service public sont largement partagées entre les différentes structures hospitalières, quelle que soit leur statut juridique.

Aujourd'hui, notre système hospitalier traverse une grande crise, qui touche les soignants, en particulier les médecins dans les hôpitaux publics. La bureaucratie a pris le devant dans la gestion de l'hôpital public. L'administration hospitalière s'est hypertrophiée au-delà du

nécessaire, voire du raisonnable. La lourdeur administrative a progressivement gangrené l'hôpital, devenu un monstre hiérarchisé autour d'un pouvoir administratif oubliant son cœur de métier : le soin, la santé de la population. La réunionniste aiguë a flambé, les rigidités statutaires et les contraintes budgétaires ont considérablement freiné sa capacité d'innovation organisationnelle.

La tarification à l'activité a certainement boosté la production de soins à l'hôpital public. Mais produire du soin, alors que l'organisation est administrativement hypertrophiée, devient vite un défi difficile à relever. Tarifier à l'activité sans restructurer l'organisation de tout l'hôpital est certainement la cause du malaise actuel.

L'hôpital public est sorti progressivement de son champ de mission initial : celui du soin de haute technicité, du troisième recours, de la performance technologique. Développer des consultations de premier recours ne devrait pas être une activité majeure et pourtant, c'est ce que les hôpitaux publics ont fait via des urgences hospitalières hypertrophiées. Développer des consultations avancées en concurrence directe avec la médecine de ville ne devrait pas être permis par les autorités administratives, et pourtant les exemples sont légion dans des zones sans déficit d'offre. S'abriter derrière une pseudo-défaillance de la ville pour créer des pseudopodes hospitaliers en médecine de ville avec des praticiens salariés est certainement la solution la plus coûteuse en termes d'organisation du système de santé.

Il est temps de recentrer l'hôpital public sur son cœur de métier, c'est-à-dire le troisième recours et l'excellence avec une organisation hospitalière mutualisée et graduée. Cela suppose d'avoir le courage politique d'entreprendre une profonde réorganisation de l'offre hospitalière publique en posant clairement la question de la persistance de petites structures hospitalières de proximité: ces établissements ont des équipes médicales faméliques et instables, une activité largement insuffisante et il est maintenant démontré qu'ils ne peuvent pas offrir des soins de qualité.

L'hospitalisation privée connaît une évolution un peu similaire. Après avoir été aux mains des médecins spécialistes libéraux, tout particulièrement des équipes médico-chirurgicales, la plupart des

cliniques privées sont aujourd'hui passées sous le giron du pouvoir financier. Cette tendance lourde s'accroît au fil des années, et les regroupements d'établissements privés s'amplifient de jour en jour. Cette évolution de l'outil de travail d'un nombre important de médecins libéraux devrait s'accompagner d'une évolution de la gouvernance à l'intérieur de ces établissements de soins privés si l'on ne veut pas voir une dérive similaire à celle de l'hôpital public. Les cliniques privées doivent évoluer vers une meilleure articulation avec la médecine de ville et collaborer avec celle-ci, au lieu de reproduire les errements de l'hôpital public.

C'est dans une logique d'organisation territoriale que chacun des acteurs trouvera sa place. La médecine de ville revendique à juste titre, en particulier en médecine spécialisée, l'accès à des plateaux techniques, y compris dans des centres ambulatoires autonomes. Ceci devrait permettre à l'hospitalisation publique comme privée de se recentrer sur une activité plus lourde dans des plateaux techniques sophistiqués. Cette évolution inéluctable d'un exercice médical diversifié devrait se construire avec les différents acteurs, sans blocage dogmatique. Et c'est conjointement avec l'hospitalisation privée que les médecins libéraux pourront mener ces évolutions, qui gagneront progressivement l'hôpital public dans une logique de transversalité du service rendu à la population. Recentrer les missions de chacun sur son cœur de métier est aujourd'hui nécessaire, afin de conserver la performance et l'efficacité de notre système de santé. Le développement des systèmes d'information permettra d'éviter les redondances, les incompréhensions, et devra être le point de départ du développement de la pertinence dans la prise en charge d'un patient.

Ceci renvoie bien aux problèmes de gouvernance à l'intérieur de l'hôpital public, de gouvernance à l'intérieur des cliniques privées, et au final de gouvernance partagée dans la stratégie et l'organisation de l'offre de soins dans les territoires entre les structures hospitalières et la médecine de ville.

8/ Soins de qualité et qualité du soin

L'évaluation de la pratique médicale s'est imposée sous l'impulsion de Claude Maffioli dans les années 90. C'est l'époque où la démarche qualité a envahi la médecine. Largement développée dans les milieux industriels et commerciaux, elle a fait prendre conscience aux médecins qu'il était indispensable d'évaluer ce qu'ils faisaient. Persuadés que leurs soins étaient par essence de qualité, ceux-ci s'y sont finalement largement engagés, après les quelques réticences initiales. Les années qui ont suivi ont vu se développer dans tous les secteurs des réalisations montrant combien la qualité était devenue un enjeu majeur dans toutes les organisations des médecins. Démarche d'accréditation dans les établissements de soins puis de certification, accréditation des spécialités à risque, évaluation des pratiques professionnelles portées par les URML à l'époque, revue de morbi-mortalité dans les établissements de soins et groupes qualité ou groupes de pairs, les formes sont multiples mais participent toutes d'une même idée : garantir la qualité du soin à la population.

Pour cela, les médecins se sont largement engagés dans la mise à jour de leurs connaissances. Pour la formation médicale continue, ils ont développé de multiples groupes et démarches à l'échelon local, régional ou national. Ces démarches sont différentes suivant les spécialités, très majoritairement nationales voire internationales dans les spécialités autres que la médecine générale. Mais plus locales ou régionales en médecine générale, avec l'accompagnement de différentes associations ou organisations de formation médicale continue. Il est rapidement apparu nécessaire de mieux structurer et organiser l'ensemble des démarches, et d'y adjoindre un financement puisqu'elles étaient devenues obligatoires. C'est ainsi que le développement professionnel continu (DPC) a remplacé les formations médicales continues et l'évaluation des pratiques professionnelles dans une Agence Nationale avec un financement certes insuffisant mais significatif. Il faut aujourd'hui l'élargir, et l'accompagner. La formation devrait aussi se réaliser sur des fonds conventionnels, par exemple pour les nouveaux modèles en cours de développement comme la télémédecine.

L'ensemble de ces démarches visant à garantir à la fois une mise à jour des connaissances, mais aussi une intégration de celles-ci dans la pratique, amène le corps médical à s'orienter vers un mécanisme que beaucoup appellent la recertification ou accréditation. Mécanisme qui va se mettre en place dans les mois ou les années qui viennent, touchant initialement les jeunes générations et les médecins volontaires. Mais très vite, cette accréditation de chaque médecin s'imposera auprès de la population et deviendra indispensable pour tous les médecins.

C'est pourquoi il est fondamental de préciser les rôles de chacun dans ses dispositifs :

- la faculté de médecine a l'apanage de la formation initiale qu'elle doit ouvrir sur tous les exercices, y compris l'exercice libéral ;
- la formation médicale continue doit tenir compte de la pratique. C'est pourquoi les organismes de formation médicale continue traditionnels doivent être soutenus et encouragés, eux qui sont souvent portés par des médecins libéraux en exercice ;
- l'Agence Nationale du DPC doit financer tout ou partie de ces démarches de mise à jour cognitive et d'évaluation de la pratique dans ce développement professionnel continu ;
- le mécanisme d'évaluation de la connaissance et de la pratique, recertification ou accréditation, doit rester aux mains des structures représentant à la fois la référence de la connaissance mais aussi son utilisation dans la pratique quotidienne. Cette structure existe dans chaque spécialité aujourd'hui : ce sont les Conseils nationaux professionnels (CNP), et pour la médecine générale le Collège de médecine générale (CMG). Ce sont ces CNP qui doivent déterminer le contenu de la démarche de recertification, et diffuser ce contenu auprès de chacun des médecins. Ce contenu sera donc élaboré entre des représentants des sociétés savantes et les représentants du syndicat de la spécialité concernée ;
- le Conseil de l'Ordre est chargé de garantir à la population la qualité du professionnel inscrit à son tableau. C'est pourquoi il enregistre le diplôme initial, celui de docteur en médecine

délivré par la faculté. C'est pourquoi il a obtenu le décret précisant son rôle dans l'insuffisance professionnelle. Le Conseil de l'Ordre donc bien un rôle d'enregistrement et de contrôle d'un processus dûment effectué. C'est ce qui doit être mis en place pour la recertification, le processus devant se faire selon une itération à déterminer (tous les 3 ou plutôt 5 ans).

Chaque professionnel a l'obligation individuelle d'assurer une formation pour mise à jour de ses connaissances, et d'intégrer cela dans sa pratique. Nous avons collectivement la responsabilité d'avoir des organisations et des soins délivrés au moindre coût. Cela passe donc par le développement de la pertinence des actes, qui aujourd'hui nécessite une réflexion globale à la fois sur l'organisation générale mais aussi sur la pratique de chacun.

Développer la pertinence des actes c'est chasser les actes inutiles, et s'assurer que tous les actes et toute démarche diagnostique ou thérapeutique correspondent à un besoin, sont pertinents, et sont faits pour le juste soin, pour la meilleure qualité, au bon patient au bon moment, et au juste coût pour la collectivité. Ceci nécessite tout d'abord de nouvelles organisations de transmission de l'information afin d'éviter la répétition des actes inutiles, les redondances et les reprises de démarches déjà effectuées. C'est particulièrement vrai lorsqu'un patient passe d'un secteur de prise en charge à un autre : les actes redondants se développent, par défaut de transmission d'information ou d'organisation.

De même la judiciarisation qui a envahi la santé a entraîné le médecin d'aujourd'hui dans une attitude quelquefois trop prudente : des précautions multiples, voire inutiles sont prises. Ce n'est pas par la multiplication des examens complémentaires que l'on résout un problème de santé difficile même si l'on pense que cela peut simplifier l'éventuelle défense devant le juge en cas de démarches judiciaires.

Faire le juste soin, c'est-à-dire le soin pertinent, est une obligation vis-à-vis du patient, mais également vis-à-vis de la collectivité dans le cadre d'une utilisation cohérente d'un budget de plus en plus contraint. C'est certainement grâce à cette démarche que notre système solidaire sera

sauegardé, et que la médecine libérale pourra continuer à être financée par la collectivité garantissant à tous l'accès à des soins de qualité partout.

La démarche de pertinence ne doit pas être une démarche bureaucratique, standardisée, consistant à développer une médecine mécanique ou normée. Au contraire, cette démarche de pertinence doit être prise en main par les médecins eux-mêmes, avec l'aide méthodologique de la Haute Autorité de Santé. C'est bien dans les Conseils nationaux professionnels que cette démarche doit se développer au plus vite, sur des thèmes initialement faciles à aborder, mais qui pourront être largement développés dans le temps.

Comme dans les années 90 où la qualité a su s'imposer, c'est aujourd'hui la pertinence qui doit permettre de changer progressivement les comportements et les prescriptions, permettant ainsi à la fois de réduire la iatrogénie et d'optimiser un budget santé contraint par une situation économique difficile.

9/ Le médecin libéral, moteur de l'innovation

Cela a déjà été dit, les évolutions tant sociétales que professionnelles, mais aussi du contenu même de la médecine, imposent aux médecins de s'engager dans l'innovation. Notre système de santé arrive au bout d'un modèle qu'il faut aujourd'hui repenser.

L'innovation est d'abord organisationnelle et on est frappé par la forte implication des médecins libéraux dans de nouveaux modèles d'organisation malgré les difficultés rencontrées. Déjà il y a plusieurs décennies, les médecins ont commencé à se regrouper dans des cabinets de groupe, et la médecine de groupe chère à Anne-Marie Soulié a émergé. Aujourd'hui, les regroupements et les nouvelles organisations se font multiples et variés dans l'ensemble du pays. Ceci doit s'amplifier pour répondre aux défis des « déserts médicaux », c'est-à-dire de l'accès à des soins de qualité partout et pour tous. Pour cela des leviers existent et les médecins doivent se les approprier.

D'abord celui de la délégation de tâches. Il faut sortir du schéma d'une délégation de compétence car la compétence ne peut pas se déléguer, elle s'acquière et cette acquisition est validée par un contrôle attestant de la formation effectuée. La délégation de tâches est toute autre chose : il s'agit d'une innovation organisationnelle permettant à des collaborateurs autour du médecin de le soulager d'un certain nombre de tâches qu'il peut déléguer à d'autres acteurs sous son contrôle. La délégation est un instrument de management d'équipe dans une logique de délégation, contrôle et de responsabilisation de chacun. Certaines spécialités médicales l'ont compris depuis bien longtemps. Il suffit de voir combien les radiologues sont à la tête de véritables entreprises médicales comportant de nombreux salariés qui participent à la production radiologique. On constate les mêmes évolutions chez les biologistes ou les anatomopathologistes. De même les anesthésistes ont su organiser leur métier avec des infirmiers et infirmières spécialisés, augmentant ainsi largement leurs possibilités de couverture en soins anesthésiques.

Ces évolutions se sont surtout faites autour des plateaux techniques. Elles doivent aujourd'hui se développer dans toutes les spécialités, y compris les spécialités cliniques. Certains feront remarquer que la première délégation de tâches est bien celle d'un secrétariat nécessaire pour chaque médecin. Les moyens financiers alloués aux spécialités cliniques n'ont pas permis ces évolutions organisationnelles et devront le permettre dans les années à venir. La délégation de tâches est un outil majeur afin de recentrer le médecin sur son cœur de métier et répondre à une demande croissante de la population. Ceci doit se faire en assurant à la population des soins de qualité ; ceci passe par un transfert de l'information qui est indispensable entre chacun des intervenants. Bien évidemment la délégation de tâches a des impacts au niveau de la responsabilité civile professionnelle de chacun qui doivent être examinés au cas par cas. Cette délégation de tâches a également des impacts sur les modes et les niveaux de rémunération de chaque professionnel. Elle peut s'envisager sous forme salariée, ce qui est certainement la modalité la plus facile mais il ne faut pas exclure des délégations sous forme libérale.

L'autre instrument d'innovation organisationnelle, au-delà du regroupement dont il a déjà été fait mention, est celle de la télémedecine. La téléconsultation et la téléexpertise sont aujourd'hui devenues de droit commun d'après la loi. Il reste à les installer et à les développer dans l'ensemble du pays, dans des conditions qui soient réalistes et qui permettent l'adhésion des médecins. Il faut bien sûr éviter le développement de la télémedecine centrée sur les structures hospitalières. Pour cela, les moyens nécessaires doivent être alloués aux médecins libéraux. La négociation conventionnelle autour des actes de télémedecine et de leur réalisation est de ce point de vue-là une négociation fondamentale. C'est une négociation qui comporte un caractère innovant indiscutable, et qui est susceptible de faciliter une réorganisation des médecins sur le terrain. L'appropriation de la télémedecine par tous les médecins permettra de mieux répondre aux demandes de la population, tant dans les zones sous denses que pour l'accès à l'expertise. Son développement passera par l'appropriation de ces outils et donc nécessairement par un temps de formation puis d'installation et de pratique sur le terrain progressivement. Mais ces innovations technologiques sont fondamentales pour la médecine libérale car elles répondent à des évolutions sociétales de la demande du patient.

Nous devons être vigilants sur les conditions de développement de la télémedecine, en particulier sur la confidentialité des données échangées avec ces nouvelles technologies. L'appétit des assureurs complémentaires dans le champ de la télémedecine interpelle. Bien sûr, il s'agit de produits d'appel dans une logique concurrentielle et commerciale, mais il s'agit aussi pour eux d'avoir l'accès à certaines données médicales utilisables par ailleurs. Le développement de la télémedecine ne pourra se faire qu'avec la garantie absolue d'une sécurisation des données échangées, et donc d'une préservation du secret médical, élément essentiel de la confiance établie du patient vis-à-vis de son médecin.

Mais l'innovation dans les années à venir se fera autour d'objets connectés permettant la télésurveillance, ce qui va modifier considérablement les modalités d'organisation de distribution des soins. La médecine libérale devrait prendre toute sa place comme cela a déjà

été le cas dans certaines expérimentations, par exemple dans les territoires de santé numériques ou dans certaines spécialités comme en cardiologie. À terme cette télésurveillance devra être tarifée et prise en charge par notre système de solidarité nationale, sous peine de créer des inégalités sociales.

Concernant l'innovation organisationnelle, la médecine libérale doit pouvoir y prendre toute sa place dans les expérimentations dérogatoires permises dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018 et qui vont débiter très prochainement.

L'innovation demain se fera aussi par l'accès à l'intelligence artificielle en santé. Quelques exemples font l'objet d'une médiatisation toujours séduisante. L'accès à l'intelligence artificielle modifiera forcément le métier du médecin comme cela a été décrit plus haut. Mais il est fondamental que l'intelligence artificielle soit accessible à tous les Français, et donc à tous les médecins qui les soignent. Tant à ceux qui exercent dans des structures publiques qu'à ceux qui ont choisi d'exercer en médecine libérale. Garantir à tous les médecins l'accès à cette innovation majeure que constituera l'intelligence artificielle est indispensable afin de respecter le principe d'équité qui guide la construction de notre démocratie.

10/ Quelles ressources pour le médecin libéral demain ?

Le XXe siècle a été marqué par une évolution majeure historique pour la médecine libérale. La Charte de 1928 prévoyait la liberté d'honoraires et le paiement direct du médecin par le patient. Le médecin libéral avait un exercice libre de toute contrainte, si ce n'est celles des règles éthiques et morales. Progressivement s'est imposé le concept d'un mécanisme conventionnel, permettant à tous les Français d'avoir accès à la médecine libérale, mais, il faut bien le reconnaître, permettant aussi à tous les médecins exerçant en libéral d'avoir des revenus garantis. La CSMF a été le moteur exclusif de ce contrat social passé entre la médecine libérale et la société française. C'est une fierté pour la CSMF d'avoir su garantir à tous les Français l'accès à des soins libéraux de

qualité et d'avoir entraîné la quasi-totalité des médecins dans le système conventionnel. Aujourd'hui ce système conventionnel est menacé, et ce depuis de nombreuses décennies.

D'abord parce que la vieille Sécurité sociale issue des ordonnances de 1948 était construite sur une gestion paritaire qui a aujourd'hui disparu. L'État a mis la main sur l'Assurance Maladie et gère directement, via le directeur tout-puissant de la CNAM, l'ensemble des dépenses de santé couvertes par la solidarité nationale. Deuxièmement parce que l'État a toujours rêvé d'un système de santé avec un bouclage financier garanti. Déjà les ordonnances Juppé avaient posé les fondements d'une maîtrise des dépenses strictement comptable, garantie par des reversements d'honoraires en cas de dépassement de l'enveloppe des soins de ville. Triste souvenir solidement ancré dans la mémoire collective de la médecine libérale ! Le combat de Claude Maffioli a finalement tordu le cou à ce concept bureaucratique et a imposé celui de la maîtrise médicalisée, basée sur une réponse de qualité aux besoins de santé de la population.

Cette longue marche vers la qualité a été marquée par des plans successifs de maîtrise médicalisée qui ont largement porté leurs fruits. Elle est aussi accompagnée d'une prise en compte par les médecins d'une nécessaire réflexion autour d'une prise en charge de qualité ; après les références médicales opposables est venue l'évaluation des pratiques, puis le développement professionnel continu, et maintenant la pertinence des soins. Mais les technocrates comptables sont toujours là, et le combat contre leurs concepts sera permanent.

La médecine libérale s'est déjà engagée dans ces démarches-qualité, dans cette *evidence base medicine*, et aujourd'hui elle doit continuer cet effort afin de permettre à notre système solidaire le financement de la santé pour tous.

Si la CSMF est attachée au système conventionnel par essence, elle ne peut accepter son dévoiement comme cela vient d'être fait par l'article 99 de la Loi de financement de la Sécurité sociale 2017. Ces possibilités de décision unilatérale données au directeur de la CNAM sont contraires à l'esprit conventionnel et nous ne pouvons les accepter comme tels. Nous devons continuer à les combattre.

Reste le difficile problème des secteurs d'exercice différents. Faut-il rappeler que la CSMF n'a pas été favorable à la création du secteur 2 dans les années 80 ? Car cette ouverture à des compléments d'honoraires non remboursés par la Sécurité sociale était contraire à l'esprit conventionnel de l'époque.

Force est de constater qu'aujourd'hui l'existence même du secteur 2 ne peut être remise en cause, vu la place financière des compléments d'honoraires, de plus de 2,5 milliards d'euros par an. Mais aussi parce que ce secteur 2 a permis à certaines spécialités de continuer à exister en pratique de ville, comme par exemple l'obstétrique voire la chirurgie viscérale. La mise en place d'un contrat d'accès aux soins (CAS) garantissant la solvabilisation des compléments d'honoraires par les complémentaires, en échange d'une limitation de ceux-ci, était conceptuellement une excellente idée. Ce projet malheureusement n'est pas arrivé à son terme, à cause du faible engagement des complémentaires. La mutation du CAS en OPTAM et OPTAM-CO garantira-t-elle une meilleure implication des complémentaires ? Cela semble difficile en raison de l'interférence du décret dogmatique induisant des limitations de prise en charge dans les contrats responsables. Ces limitations les rendent mortifères pour le secteur 2.

Au-delà de la nécessaire défense du secteur 2 dans notre système conventionnel d'aujourd'hui, il nous faut évoluer car cette dualité sectorielle est une mauvaise réponse à un vrai problème : la faiblesse des tarifs médicaux conventionnels.

La question que la médecine libérale doit se poser aujourd'hui est celle d'une société consumériste qui envahit aussi la santé et quelle réponse nous pouvons donner à cette dérive. La solidarité nationale a-t-elle vocation à répondre à toute demande en soins ? Probablement. Mais encore faudrait-il avoir des attitudes responsables de la part de tous les patients... Il s'agit là d'une question d'éducation et de civisme. L'accès aux progrès thérapeutiques coûteux garanti pour tous rendra incontournable la réflexion d'un panier de soins pris en charge par la solidarité nationale au détriment d'éléments laissés aux autres acteurs en particulier les assurances complémentaires.

La solidarité nationale a-t-elle vocation à répondre à toute exigence autour de la santé en général ? Certainement pas et le champ qui doit être laissé à la libre entreprise est grand. C'est pourquoi les médecins libéraux doivent pouvoir avoir une petite partie de leur activité professionnelle dans un champ de liberté, y compris tarifaire. Certains n'utiliseront pas cette possibilité qui leur serait offerte, d'autres en seront gourmands. Il est donc nécessaire, parce que nous sommes attachés à un système solidaire et à une médecine libérale et sociale, d'accepter des règles de limitation si nous obtenions une telle liberté. Il ne s'agit pas de sortir du carcan conventionnel. Il s'agit simplement de donner une respiration à cette contrainte que nous savons porter et que nous acceptons, qui est celle du champ tarifaire conventionnel. Certains appellent cela des espaces de liberté tarifaire. Nos confrères belges l'ont construit sous forme d'un temps très limité ou d'une activité très limitée sur l'ensemble de l'activité professionnelle du médecin (20 % du temps et 20 % de l'ensemble de l'activité, permettant d'avoir une liberté tarifaire plafonnée).

Ceci pourrait être le point de convergence entre nos secteurs 1 et 2, nos CAS devenus OPTAM. Et ceci pourrait permettre à l'Assurance maladie complémentaire de prendre toute sa place pour une prise en charge adaptée aux besoins naissants de la société actuelle.

La relation entre les médecins libéraux et les assureurs complémentaires a toujours été conflictuelle dans le passé. Certainement en raison du faible engagement des assureurs complémentaires pour soutenir la médecine libérale. Certainement aussi devant leur refus de prendre en charge les compléments d'honoraires, y compris dans le cadre du contrat d'accès aux soins, contrairement à leurs engagements initiaux. Il est temps aujourd'hui de tourner la page et d'établir de nouvelles relations avec les assureurs complémentaires. Le monde de l'assurance complémentaire est complexe, multiple, le champ clos d'affrontements commerciaux et financiers qui dépassent largement chacun d'entre nous. Pourtant nous devons tenter une relation gagnant-gagnant car leurs clients sont aussi nos patients, leurs assurés fréquentent nos cabinets. C'est pourquoi nous devons poursuivre les discussions avec les assureurs complémentaires et construire avec eux une meilleure prise en charge dans des champs délaissés directement ou

indirectement par l'Assurance maladie obligatoire. Cela doit se faire progressivement, en étant conscient des dangers et des intérêts divergents portés par ce monde complémentaire. Pour des raisons éthiques et morales, les médecins ne peuvent accepter la mise en place de réseaux de soins. Ceux-ci entraînent une aliénation de l'indépendance professionnelle puisque ces réseaux sont basés sur une relative standardisation de la pratique. Mais surtout leur but principal est celui de tirer les tarifs vers le bas. Nous ne discuterons pas de leur opportunité dans d'autres secteurs, mais nous nous interrogeons sur la qualité des soins apportés dans ces réseaux. En ce qui concerne les médecins, toute tentative de réseau ou apparenté sera forcément rejetée très fermement par le corps médical. La relation avec les assureurs complémentaires ne peut donc se faire que dans un cadre conventionnel facultatif national sans sélection du médecin par l'assureur complémentaire et sur la base de relations pouvant être interrompues à tout moment sans pénalisation.

Le débat reste ouvert sur la place des assureurs complémentaires et de l'assurance obligatoire, sur l'avenir de leurs champs respectifs.

11/ La représentation professionnelle des médecins et la CSMF

Comme tout corps professionnel, les médecins se sont rapidement structurés le siècle dernier en corporations puis en syndicats départementaux. La CSMF a su réunir en 1928 l'ensemble des représentations syndicales médicales dans une seule confédération chargée à la fois de la défense et de la représentation de la profession, mais aussi de la sauvegarde de ses intérêts moraux. À l'époque, la CSMF comportait en son sein, ainsi que dans chaque syndicat départemental, un « conseil de famille » ou un « conseil des anciens » qui gérait les aspects éthiques et déontologiques. L'histoire a éclaté cette représentation professionnelle unique et il est temps aujourd'hui de bien définir les rôles et les missions de chacun, et de tout faire pour que chaque acteur respecte ses champs de mission.

La représentation syndicale doit se faire autour de la CSMF, non pas parce que c'est le syndicat le plus ancien, mais parce que c'est le syndicat qui a toujours porté les grandes évolutions et les grandes mutations de la médecine libérale. La force de la CSMF vient de son ADN : une composition mixte et variée, reposant à la fois sur une représentation territoriale par les syndicats départementaux et régionaux, mais aussi par une représentation professionnelle par ses deux branches principales que sont Les Généralistes-CSMF et Les Spé-CSMF. C'est cette composition mixte et plurielle qui donne sa force à la CSMF.

À l'intérieur de la CSMF les débats sont vifs et c'est la force de la démocratie. Mais lorsqu'une décision est prise, c'est bien tous ensemble qu'elle doit être portée. Des règles intangibles doivent être respectées par tous et tout particulièrement par les responsables syndicaux de la CSMF : nos débats doivent rester internes et confidentiels et ne jamais s'étaler sur la place publique ou dans la presse, y compris la presse professionnelle. Si chacun a le droit et le devoir de défendre avec conviction les intérêts de la spécialité qu'il représente, à l'intérieur de la CSMF c'est l'intérêt collectif qui doit toujours rester prépondérant et prédominant.

Ceux qui ne mettent pas en tout premier lieu l'intérêt collectif de la Confédération et qui privilégient l'intérêt particulier de la partie qu'il représente ont déjà quitté la CSMF. C'est ce qui a fait la naissance de MG France ou du Bloc. Car ce qui nous unit doit être plus fort que ce qui nous sépare. Les gouvernements l'ont bien compris au fil des années et n'ont eu de cesse de favoriser l'émergence de syndicats ou équivalents afin d'affaiblir le pouvoir qu'il jugeait exorbitant du syndicat polycatégoriel qui représente tous les médecins, à savoir la CSMF. Tous les gouvernements s'y sont employés, tant de droite que de gauche, et les médecins n'ont pas toujours eu la sagesse de privilégier l'intérêt collectif, préférant un intérêt particulier mal placé, ou une promotion personnelle flattant l'égo de tel ou tel dirigeant historique. Cette division de la représentation professionnelle nous affaiblit, nous asservit à la bureaucratie et au pouvoir politique. L'unité de la représentation syndicale médicale doit s'imposer : il est temps aujourd'hui d'en faire une

priorité absolue si nous voulons être les acteurs des mutations de demain, si nous voulons agir plutôt que subir.

Cette unité confédérale est un bien collectif que nos anciens nous ont légué. Les dirigeants actuels de la Confédération ont l'obligation morale de le transmettre intact à ceux qui prendront le relais après nous. C'est une obligation historique que nous avons dans un monde en pleine mutation.

Ceci ne nous dispense pas de nous interroger sur les nécessaires évolutions, y compris statutaires et organisationnelles, que la CSMF doit mener. Le monde a changé, et le syndicalisme avec. Ces évolutions doivent faire l'objet de modifications dans les mois qui viennent afin de donner à la CSMF des statuts modernes, innovants, en accord avec la société d'aujourd'hui.

Les autres organisations professionnelles doivent rester dans leur champ de mission. Les dernières années ont été marquées par un activisme quasi syndical du Conseil national de l'Ordre qui bénéficie d'un financement obligatoire. Malheureusement l'Ordre est bien absent sur des thématiques éthiques autour de la fin de vie, sur l'évolution scientifique qui posent problème au niveau de la société et qui font débat, comme par exemple la procréation médicalement assistée et son extension, les solutions génétiques et la médecine prédictive, la médecine personnalisée et l'accès à ces soins spécifiques pour tous, etc. L'Ordre des médecins a certainement des réflexions éthiques et déontologiques à mener dans ces domaines où les valeurs traditionnelles de la médecine française risquent d'être largement remises en cause. Il serait plus judicieux qu'il centre son activité, ses réflexions sur ces thématiques, plutôt que de prendre un rôle pseudo syndical qui avait amené certains membres de cabinets ministériels à qualifier avec humour l'Ordre des médecins de « sixième syndicat représentatif » !

Les Conseils nationaux professionnels, le Collège de médecine générale doivent développer leurs activités autour de la rencontre entre la science, la mise à jour des connaissances représentées par les différentes sociétés savantes, et la pratique représentée par les syndicats de chaque spécialité dans chaque CNP. C'est de cette

rencontre que nous tirerons les éléments pertinents pour développer un organisme de recertification ou équivalent, pour asseoir partout des démarches de pertinence des soins.

Les URPS ont pris indiscutablement une place dans le paysage de l'organisation des soins. Veillons à ne pas les transformer en représentations syndicales uniques : cela serait tellement plus facile pour le pouvoir politique régional ! Les URPS ont un rôle technique d'organisation des soins dans les régions. Elles ne peuvent pas prétendre à un rôle politique national. C'est pourquoi leur structuration nationale doit être limitée à des échanges et du benchmarking entre chaque URPS, sous l'œil attentif de la représentation syndicale.

Quel financement pour toutes ces structures ?

Le modèle allemand est intéressant puisque que nos confrères versent une cotisation unique pour l'ensemble de leur représentation professionnelle. Il nous faut en France évoluer vers un financement assaini pour l'ensemble de notre représentation professionnelle. Seul l'Ordre des médecins bénéficie d'une cotisation obligatoire directement perçue, avec les difficultés que cela entraîne. Les URPS ont une cotisation collectée par les URSSAF, cotisation que la plupart des médecins ignorent et ne contestent jamais, contrairement à celle à l'Ordre des médecins... Il est indispensable d'obtenir un financement par la même voie, celle d'une cotisation prélevée par l'URSSAF à la fois pour les CNP, mais aussi pour les syndicats représentatifs. La répartition entre chaque syndicat se ferait sur la base des résultats aux élections si celles-ci sont maintenues, mais aussi sur l'implantation de chaque structure, le nombre d'adhérents, l'activité, etc. C'est grâce à un financement collectif que toutes nos organisations auront une activité pérenne qui ne sera pas soumise à des aléas toujours difficiles à gérer.

EN GUISE DE CONCLUSION...

Demain, il sera trop tard car le monde bouge, évolue à une vitesse que nous ne pouvons imaginer il y a quelques années. Les médecins en général et tout particulièrement les médecins libéraux doivent prendre leur avenir en main sous peine de subir ces transformations. Se regrouper, s'organiser dans les territoires, répondre aux demandes en soins partout, en tout lieu et tout moment, créer de véritables établissements de soins ambulatoires réunissant les médecins de toutes spécialités y compris la médecine générale sont les enjeux majeurs pour demain. Mettons en place des exercices partagés et multisites, des statuts mixtes, évolutifs, faisons découvrir notre mode d'exercice aux jeunes en formation et nous les attirerons dans nos cabinets. Sans démagogie ni jeunisme, construisons l'avenir en regardant devant nous.

C'est parce que la CSMF a une vision pour demain qu'elle est reconnue par les médecins et au-delà. Les grandes lignes contenues dans ce projet politique méritent d'être partagées avec tous les acteurs du monde de la santé. D'abord, avec les patients qui auront à l'avenir, à la fois à titre individuel mais aussi à titre collectif, un rôle différent et majeur dans notre système de santé. Parce que le patient est le cœur de notre métier de tous les jours, au-delà de la réflexion nécessaire avec leurs représentants pour améliorer l'organisation et le fonctionnement de notre système de santé.

Ce projet politique devra également être partagé avec les autres acteurs de la santé, mais également avec les responsables politiques et socioprofessionnels du pays. Parce que la CSMF a toujours été l'acteur incontournable du système de santé que les décideurs écoutent, suivent attentivement, et interrogent souvent.

Ce projet politique constitue le socle de l'élaboration d'un nouveau contrat entre la médecine libérale et la société française.

Ces grandes lignes pour un nouveau projet politique confédéral contiennent la vision que je vous propose de porter pendant les quatre années à venir. Cette contribution n'a pas vocation à être exhaustive. Le nouveau projet confédéral pourra être élaboré et enrichi sur cette base et sera soumis dans les mois qui viennent aux instances de la CSMF, si telle est votre décision lors de l'assemblée générale du 10 mars 2018.

