



À la reconquête du libéral !

Les pistes d'innovation du SML pour la médecine libérale

Septembre 2017

La médecine libérale est une chance pour tous les patients et un atout formidable pour l'avenir de notre système de santé. Le SML apporte sa contribution pour remettre l'exercice libéral au cœur des prochaines politiques de santé et construire un avenir au plus beau métier du monde.

Préambule

À la reconquête du libéral !

Alors que nous vivons une période d'accélération des mutations dans le domaine de la santé, en raison de l'évolution des besoins de soins et des progrès thérapeutiques, **une crise sans précédent s'est emparée de notre système de soins**. Celle-ci est multifactorielle : la multiplication des coupes budgétaires destinées à contenir l'augmentation des dépenses de santé, deux réformes de santé successives, en 2009 et 2016, menées en dehors des professionnels de santé, ont conduit à une confrontation entre les Pouvoirs publics et les médecins libéraux.

Au-delà de leur hospitalo-centrisme et de leur volonté étatiste, les dernières réformes n'ont apporté une réponse qu'à une minorité, accentuant d'autant plus le ressentiment général de la non-réponse aux attentes des médecins libéraux, confrontés aux conséquences d'une sous-valorisation de leurs actes tandis qu'on leur réclame toujours plus. Ils assistent à la diminution de leur temps médical disponible, au profit de l'inflation paperassière dont le tiers-payant n'est que la partie émergée de l'iceberg. Depuis la LFSS de 2017 qui a accru les pouvoirs du directeur général de l'UNCAM, en le dotant de la capacité de passer outre la négociation conventionnelle pour modifier les tarifs, et la possibilité de « faire tomber » une convention dans son entier en cas d'échec de la négociation d'un seul avenant, comme ce fut le cas pour les chirurgiens-dentistes, **un climat d'insécurité conventionnelle** inédit s'est instauré. Pire, l'image même de l'exercice libéral a été dévalorisée, et il peine à attirer les jeunes diplômés. Pourtant, dans les autres secteurs d'activité, les jeunes générations aspirent aux formes de travail indépendant et à la liberté qu'il procure.

Comme si la crise de confiance qui s'est instaurée entre les médecins libéraux et le gouvernement ne suffisait pas, toutes sortes d'officines, ou autres *think tank*, sans toujours en avoir la légitimité, se disputent autour d'une idée, en réalité unique, selon laquelle une réforme chamboule-tout du système de santé serait indispensable.

Le SML, pour sa part, estime que les médecins libéraux n'ont que trop souffert des prétendues grandes réformes. Pour une raison simple : la plupart du temps, elles sont écrites avec le même stylo, dont le tort principal est d'envisager la médecine de ville comme une variable d'ajustement du système public et des dépenses d'assurance maladie.

La réhabilitation d'un système de santé plus performant passe par le renforcement de la médecine libérale qui apporte souplesse et fluidité, à côté de l'hôpital public recentré sur ses missions fondamentales.

Parce qu'il est devenu urgent d'agir, le SML refuse le fatalisme et propose à travers ce projet ses solutions pragmatiques et fédératrices, d'application immédiate, pour donner un nouveau souffle aux médecins libéraux et qui entendent le rester.

Dr. Philippe VERMESCH

Président du SML

Sommaire

1 Le SML, définitivement libéral

- Qu'est-ce que le SML ?
- Les valeurs portées et défendues par le SML
- Secteurs
- Près de 40 ans d'action au service des médecins libéraux
- Le SML et l'interpro

2 Le diagnostic du SML

- Une décennie de promesses non tenues
- L'étatisation galopante
- Un bilan négatif

3 Les conditions du changement

- Changer de culture : désétatiser et simplifier
- Reconnaître le financement de la médecine de ville en tant qu'investissement à haut rendement
- Consolider le système conventionnel
- Mettre fin à l'annualisation des comptes publics en Santé
- Oser l'innovation

4 Organiser mieux

- Redonner de la lisibilité au système de soins
 - *Une gouvernance lisible du système de soins*
 - *Envisager le financement des syndicats médicaux représentatifs*
 - *Ranimer le système conventionnel*
 - *Clarifier le rôle des complémentaires santé*
- Une organisation fluide des soins ambulatoires englobant la prévention
 - *Des niveaux de recours clairs et identifiés*
 - *La prévention au cœur du système de soins*
 - *Une organisation territoriale cohérente et intelligible*
 - *L'entreprise médicale libérale*
 - *Un système de santé plus collaboratif*
- Une rémunération « libéral-compatible »

5 Construire l'avenir

- Un bouquet de solutions pour les zones en déficit d'attractivité
- Le médecin connecté
- Une formation ouverte sur le libéral

-1-

Le SML,
définitivement libéral

Le SML, définitivement libéral

Qu'est-ce que le SML ?

Le SML a été fondé en 1981 à un moment crucial dans l'histoire de la médecine : celui de la remise en cause de l'exercice libéral. Alors qu'en 1980, le gouvernement de Raymond Barre avait ouvert un nouveau secteur tarifaire, le secteur 2, pour libérer l'initiative, l'Union de la Gauche, venant d'arriver au pouvoir, entendait multiplier les centres de santé sur l'ensemble du territoire pour y développer une médecine salariée. Or, les Français préfèrent avoir un médecin libéral de proximité.

Le positionnement du SML était et est toujours de défendre la médecine libérale à travers les différentes formes d'expertises, l'ensemble des spécialités cliniques, médico-techniques et chirurgicales, quels que soient les secteurs d'exercices.

En bientôt 40 ans, le SML a été présent à chacune des grandes étapes de l'histoire de la médecine libérale, auxquelles il a laissé sa marque en versant des contributions fortes ou en engageant des actions fédératrices.

Les valeurs portées et défendues par le SML

Le SML axe son action sur la défense des piliers de l'exercice libéral du médecin que sont l'indépendance, la liberté d'installation, la liberté de prescription et le paiement direct à l'acte dans le cadre d'une valorisation juste des honoraires médicaux.

Le SML est attaché à la liberté d'exercice, d'initiative et d'association. Il porte une vision du cabinet en tant qu'entreprise médicale libérale.

Le SML porte une approche globale et humaine du patient à travers des formes diversifiées et complémentaires d'expertises médicales. Il promeut un engagement responsable pour la qualité des soins.

Secteurs

Le SML défend et représente les médecins de tous les secteurs : conventionnés 1 et 2, honoraires libres et activité libérale à l'hôpital.

Il refuse les iniquités persistantes entre les secteurs 1 et 2. Il revendique aussi bien une part de liberté tarifaire pour le secteur 1 et la reconnaissance de la part d'activité effectuée en tarif opposable par les médecins en secteur 2.

Près de 40 ans d'action au service des médecins libéraux

Le SML en quelques dates

- | | |
|-----------|--|
| 1981 | Création du Syndicat des Médecins Libéraux |
| 1993 | Le SML est reconnu représentatif des médecins libéraux spécialistes |
| 2002 | Le SML est reconnu représentatif des médecins libéraux généralistes |
| 2004 | Signature de l'accord sur la permanence des soins et la maîtrise médicalisée |
| 2005 | Signature de la convention instituant le parcours de soins et la maîtrise médicalisée |
| 2010 | Le SML remporte les élections aux URPS et conforte sa place de 2 ^e syndicat des médecins libéraux en France |
| 2012 | Accord interprofessionnel avec l'Association Française des Diabétiques et la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France pour favoriser l'accès aux soins : création du « comité prévention proximité diabète » |
| 2014/2015 | Fer de lance de la contestation contre le projet de loi de Santé de Marisol Touraine, le SML est cofondateur du Mouvement Pour la Santé de Tous (MPST) avec la plupart des syndicats de professionnels de santé libéraux |
| 2016 | Le SML refuse de signer une convention entérinant le tiers payant généralisé, divisant la profession – c'est-à-dire médecins généralistes et spécialistes, S1 et S2 – et ne répondant pas aux vrais besoins |

Le SML et l'interpro

Le SML est un syndicat ouvert sur tout le monde de la santé et, à cet égard, il s'inscrit dans un cadre interprofessionnel qui lui permet d'étendre le champ de son action au service des médecins libéraux.

Le SML est membre de l'intersyndicale des libéraux de santé, le CNPS. Il est également membre de l'UNAPL, l'intersyndicale des professionnels libéraux, et organisation patronale représentative au niveau national interprofessionnel dans le cadre de l'Union des entreprises de proximité (U2P).

Ainsi le SML dispose d'une double représentativité :

- **Professionnelle**, ce qui lui donne capacité à négocier les conventions médicales et à engager, par sa signature, l'ensemble des médecins libéraux, et à être l'interlocuteur des Pouvoirs publics ;
- **Patronale**, lui donnant pouvoir de négocier les accords de la branche des cabinets médicaux, par exemple les grilles de salaire, les définitions de poste, etc.

Le SML est représenté dans de nombreuses instances où il apporte une contribution active :

Le SML et la représentation de la médecine :

- UNAPL
- CNPS
- UNPS
- HCAAM
- CHAP
- CLAHP
- CARMF
- CMG

Et participe à de nombreux groupes et structures, dont :

- ASIP
- GIE SESAM-VITALE
- COTIP ACIP
- OBEPEDIA

Le SML participe à la gestion des URPS de médecins libéraux et fournit des membres à de nombreuses CTS. À l'issue des élections de 2015, qui avaient pour la première fois lieu dans le cadre de la recomposition territoriale des 17 régions, le SML préside 3 nouvelles URPS. Il mène des travaux avec des éditeurs de logiciels professionnels, des concentrateurs techniques et des organismes financiers.

-2-

Le diagnostic du SML

Le diagnostic du SML

Une décennie de promesses non tenues

Les 10 années qui viennent de s'écouler ont été traversées par de nombreux conflits entre le monde des acteurs de santé libéraux et les Pouvoirs publics. À bien y regarder, celles-ci ne sont pas sans rappeler la période, particulièrement douloureuse pour le corps médical, des années 1990 et du début des années 2000 avec, en point d'orgue, le plan Juppé/Aubry des années 1995 et suivantes. L'intervalle de reconstruction, de 2004 à 2007, avec la réforme de l'Assurance maladie, la loi du 9 août 2004, et la convention de 2005, qui ont été structurantes pour la médecine libérale, aura été de courte durée.

De 2007 à 2017, deux lois de réforme ont été construites, l'une comme l'autre, sur des malentendus et l'illusion que la médecine de ville serait renforcée et dotée de moyens destinés à lui permettre de répondre aux nouveaux défis sanitaires. La loi Bachelot du 21 juillet 2009 (Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) se promettait de réformer l'hôpital en s'appuyant sur la médecine de ville, tandis que la loi Touraine du 13 mars 2016 (Loi de modernisation de notre système de santé) devait consacrer le virage ambulatoire et faciliter la coordination entre les acteurs des soins de proximité.

Or, ni l'une ni l'autre n'ont tenu leurs promesses. Et, par un fait singulier, ces deux lois, pourtant promues par des majorités politiques opposées, s'inscrivent dans une parfaite continuité autour de trois axes : **l'étatisation du système de santé** via les agences régionales de santé entraînant une complexification organisationnelle nouvelle, **l'inféodation de la médecine libérale à l'offre de soins hospitalière**, et **l'affaiblissement du système conventionnel**.

Le mécanisme pervers des stabilisateurs économiques automatiques inventés en 2007, imposant une temporisation de 6 mois avant l'application de toute mesure tarifaire positive décidée dans le cadre conventionnel, a été l'un des nombreux coups de canif portés à la convention médicale. Ce dispositif est d'autant plus intolérable pour les médecins libéraux qu'il ne s'applique pas en sens inverse aux baisses tarifaires, lesquelles entrent en vigueur aussitôt qu'elles sont décidées ! Les reports répétés de l'application des échéances conventionnelles, les engagements non tenus sous la pression des gouvernements successifs, ou la passivité feinte de l'Assurance maladie pour économiser sur le dos des médecins en repoussant les revalorisations tarifaires, ont entamé la confiance des médecins dans la convention. Les exemples sont nombreux : la création d'une CCAM clinique simple et lisible, remplaçant le maquis des cotations, la mise en œuvre du mécanisme de maintenance de la valeur des actes pourtant comprise dans la CCAM technique, ou encore l'extension de la ROSP à toutes les spécialités, n'ont pas été appliquées. Et que dire de la revalorisation du C à 23 € prévue initialement pour 2007 et qui ne viendra qu'en 2011 ? **Comme par hasard, le calendrier des revalorisations conventionnelles coïncide trop souvent avec le calendrier électoral**. Le premier train de revalorisations contenues dans la convention de 2016 n'est-il d'ailleurs pas opportunément intervenu le 1^{er} mai, à quelques jours du premier tour de l'élection du président de la République ?

L'étatisation galopante

L'accélération de l'étatisation du système de santé depuis 2007 semble être poursuivie selon une logique implacable. Quelques exemples l'illustrent. Tout d'abord, la création des agences régionales de santé et la

naissance de nouvelles contractualisations locales. Il s'en est fallu de peu, lors de la discussion de la loi Bachelot, pour que la liberté d'installation ne soit encadrée, que les ARS soient dotées d'objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie et du pouvoir de définir des tarifs locaux. Le financement de la permanence des soins a été retiré des mains des partenaires conventionnels pour être confié aux ARS, qui se sont empressées de redécouper les secteurs pour économiser sur le dos des effecteurs, moins nombreux, mais sur des territoires plus vastes. Les fonds de la formation conventionnelle, qui constituaient pourtant des honoraires différés pour les médecins conventionnés, ont été arrachés eux aussi des mains des partenaires conventionnels pour être transférés au DPC, version nouvelle de la formation médicale continue, issue de la loi Bachelot et pilotée par l'État. La loi Touraine a renforcé le pouvoir des ARS en les dotant d'armes technocratiques nouvelles qui rendent l'organisation des soins illisible sur le terrain. Désormais, il faut avoir un lexique à portée de main pour savoir de quoi il retourne. C'est encore **le développement à marche forcée d'une médecine de dispensaire** avec les centres de santé et le « Gosplan » destiné à quadriller le territoire par des maisons de santé pluridisciplinaires dépendant de financements publics, sans que l'on sache s'ils seront pérennes, mais qui engendrent une perte de temps médical.

L'encadrement du secteur 2 imposé fin 2012 avec le contrat d'accès aux soins sous la menace d'une fermeture de ce secteur par le Gouvernement d'alors, a été assorti d'une limitation du remboursement des compléments d'honoraires par les complémentaires santé, via les contrats responsables. Cette double précaution a abouti à l'augmentation du reste à charge pour les patients, soit l'opposé de ce qui était visé. Était-ce bien utile ?

La généralisation du tiers payant général obligatoire a été le catalyseur de la colère de médecins libéraux déjà accablés par l'accroissement des démarches administratives, qui y ont vu une tentative supplémentaire de prise de contrôle des payeurs sur leur activité, leur imposant la bureaucratization de leur exercice.

Ces multiples désaccords entre la profession et les Pouvoirs publics ont mis en lumière les difficultés de l'exercice libéral et conduit à une dégradation de l'image du métier. À la fois auprès des étudiants en médecine qui, redoutant d'affronter trop de difficultés, lui préfèrent le salariat, et aussi auprès des patients, ce qui se traduit par une montée inédite des incivilités.

La convention médicale de 2016 devait permettre de donner une impulsion nouvelle. Au terme d'un jeu de négociation déséquilibré où l'UNCAM a dissimulé, jusqu'aux derniers jours, le montant des investissements qu'elle consentirait, les arbitrages imposés par le Gouvernement ont limité la portée de l'accord final. Si bien que le SML, pourtant partie prenante active des négociations et force de propositions, a finalement décidé de ne pas le signer. Au lieu de rassembler les médecins libéraux et d'améliorer le sort des différentes spécialités et secteurs, il contribue, au contraire, à creuser les inégalités au sein de la profession.

De façon paradoxale, les soins de ville ont été sous-financés durant les cinq dernières années. En passant d'un ONDAM à + 2,4 % en 2007 à un ONDAM à + 2,1 % en 2017, le niveau d'économie sur les dépenses a doublé, passant de plus 2 milliards d'euros à 4 milliards d'euros sur la même période. Année après année, les efforts portent majoritairement sur les soins de ville. Le fait que les dépenses de ville soient désormais maîtrisées et le sous-ONDAM de ville régulièrement respecté, voire sous-exécuté, n'a procuré aucun avantage ou retour positif aux médecins pourtant « à la manœuvre ». En revanche, ils ont assisté à l'accroissement de la pression sur leurs prescriptions et au durcissement des contraintes qui leur sont imposées sur les génériques, les arrêts maladie, les transports... avec une chasse aux sorcières sans précédent.

En réalité, les économies de dépenses ces dernières années ont été en partie faites sur le compte des honoraires médicaux dont la revalorisation a été repoussée et sur celui de l'organisation des soins avec une impasse sur le financement de la coordination. Dans le même temps, les dépenses hospitalières publiques n'ont que peu reculé, et le nombre d'établissements déficitaires reste majoritaire.

Il est nécessaire de construire de meilleurs équilibres et d'assurer un réel transfert de moyens de l'hôpital public vers la ville.

Un bilan négatif

Le SML ne peut que dresser un bilan très négatif du quinquennat qui vient de s'achever dans le secteur de la Santé. Celui-ci a été marqué par :

1. **Une complexification inédite de l'organisation sanitaire** dans les territoires, avec la multiplication des structures et des schémas en tous genres ;
2. **Une absence totale de dialogue** et de concertation avec la majorité des médecins libéraux lors du débat sur la loi Touraine, conduisant à la manifestation du 15 mars 2015. En outre, les tentatives répétées du gouvernement d'opposer les professionnels de santé libéraux entre eux n'ont servi qu'à masquer l'absence d'investissement sur la coordination et les équipes pluridisciplinaires libérales de soins ;
3. **Une convention médicale affaiblie** qui ne comporte ni les investissements **souhaitables**, ni les mesures attendues par la profession. Elle discrimine les médecins entre eux et se trouve placée sous la tutelle du directeur général de l'UNCAM, doté par le Gouvernement du pouvoir de modifier unilatéralement certains tarifs. Ce dont il ne s'est d'ailleurs pas privé en imposant la baisse brutale des tarifs d'imagerie médicale. Pire, le Gouvernement a montré, avec les chirurgiens-dentistes, qu'il pouvait saborder une convention lorsqu'une profession s'oppose aux accords qu'il voulait lui imposer.

La crise de la médecine libérale est visible dans la multiplication des burn-out et le désintérêt des jeunes pour l'installation libérale. Pourtant, notre société n'a jamais eu autant besoin des médecins libéraux pour répondre aux défis des nouveaux besoins de soins liés au maintien à domicile, aux pathologies multiples et chroniques, mais aussi à l'évolution de la médecine qui permet aujourd'hui le développement de la chirurgie ambulatoire et le transfert vers la ville d'une part de l'activité autrefois exclusivement hospitalière.

La réponse apportée à la mauvaise répartition des médecins libéraux dans certains territoires, à coup de centres de santé, ne correspond pas à l'attente des patients. On peut redouter une crise sanitaire majeure d'ici 5 ans au vu de la démographie médicale et citoyenne, les Français refusant de n'avoir pour seule offre de soins que l'hôpital ou le dispensaire.

La société a besoin de l'efficacité économique, de la productivité et de l'adaptabilité des médecins libéraux pour améliorer les comptes publics. Les patients ont besoin de leur réactivité pour bénéficier de prises en charges rapides, de proximité, et individualisées au sein des parcours de soins coordonnés entre médecins de plusieurs spécialités et les autres professionnels de santé libéraux paramédicaux.

Les expérimentations PAERPA, Art. 51, Azalée, sont toutes bâties selon un même modèle et n'ont qu'un but : permettre aux établissements, structures, réseaux de se financer sur le terrain des libéraux, pourtant les plus performants en rapport coût/efficacité.

-3-

Les conditions du changement

Les conditions du changement

Un changement d'orientation de la politique de Santé en direction des médecins libéraux est indispensable pour redonner l'espoir aux médecins et attirer les jeunes vers l'exercice libéral. Si l'on veut éviter une crise sanitaire, cinq orientations doivent guider cette politique de changement :

1- Changer de culture : désétatiser et simplifier

L'étatisation rampante conduit à une sclérose du système de santé et décourage les vocations. Dans les différents secteurs professionnels, les jeunes – et moins jeunes d'ailleurs – aspirent à des formes d'activité indépendantes privilégiant l'initiative et l'autonomie. Or, dans le secteur de la médecine, la formation initiale dans les hôpitaux universitaires mène à une logique d'entonnoir, guidant les futurs médecins prioritairement vers des carrières salariées, notamment dans le secteur public. Parallèlement, il est urgent de rééquilibrer le balancier des réformes dont les deux dernières (HPST et LMSS) ont aggravé l'étatisation du système de soins. Elles ont complexifié son architecture par un enchevêtrement de structures nouvelles et ont « importé » en ville les dysfonctionnements de l'hôpital public. Une simplification et une « désétatisation » du système de santé s'imposent : cette étape doit permettre de redonner de l'air à la fois aux professionnels eux-mêmes, désorientés dans un système devenu illisible, et aux finances publiques qui en pâtissent. Ces dernières y gagneraient un allègement de la dépense hospitalière si le virage ambulatoire tant promis était effectif. Notre pays compte en effet 1,5 fois plus de lits hospitaliers que l'Allemagne pour une population comparable et, selon les estimations de la DREES, à l'horizon 2030, l'essor de l'ambulatoire pourrait permettre la suppression de 20 500 lits. Par rapport à l'Allemagne, avec une population équivalente, la France dépense 11,3 milliards d'euros sur l'hôpital.

2- Reconnaître le financement de la médecine de ville, en tant qu'investissement à haut rendement et non comme une charge

Ce changement de point de vue permettrait de donner enfin acte au caractère productif de la médecine de ville, en termes de création d'activité et de sécurisation d'emplois dans les territoires mais aussi en termes d'efficacité au niveau des dépenses publiques. La reconnaissance de la fonction de service public des médecins libéraux pendant leur garde ne doit plus être discutée.

3- Consolider le système conventionnel

Le système conventionnel doit redevenir un pacte fondateur, signant un engagement commun entre la société et les médecins libéraux, avec la sanctuarisation des contreparties conventionnelles (ASV, prise en charge des cotisations sociales, etc.) sur la part d'activité réalisée en tarifs opposables, et la restauration de la formation conventionnelle supprimée en 2009 lors de la création du DPC. Surtout, les accords conventionnels doivent être appliqués en temps et en heure, et la méthode de négociation doit être rénovée. L'équité doit être restaurée entre les différentes spécialités et les secteurs conventionnés 1 et 2. Opposer l'un à l'autre est obsolète alors que les praticiens en secteur 1 aspirent à davantage de liberté tarifaire pour libérer leurs capacités d'investissements et de modernisation, et ceux en secteur 2 attendent que la part croissante des actes qu'ils réalisent en tarifs opposables soit conventionnellement reconnue. Tant qu'il existait un S2 libre, la société était obligée de rémunérer à sa

juste valeur le S1. Enfin, les évolutions techniques et scientifiques impliquent de pouvoir disposer d'une agilité permanente au niveau de la nomenclature des médecins libéraux, permettant la création d'actes nouveaux sans retard pour la pratique. La télémédecine et la médecine connectée sont déjà là depuis plusieurs années et ouvrent de nouvelles perspectives pour le suivi des patients et la prévention. Or, ces sujets ne sont toujours pas concrètement introduits dans la rémunération et la formation des médecins libéraux. Celle-ci doit pouvoir s'adapter beaucoup plus vite et le rythme des évolutions doit être plus fluide.

4- *Mettre fin à l'annualisation des comptes publics en Santé*

L'extrême sophistication des dispositifs censés soutenir les initiatives dans ce domaine et l'annualisation des comptes publics sont responsables de la plupart des blocages et retards à l'innovation. La vision budgétaire annuelle actuelle est contradictoire avec les logiques de l'innovation, dont on sait qu'elles réclament du temps et des investissements importants pour démarrer et se développer avant même qu'il soit possible d'entrevoir le retour sur investissement. Les mesures ainsi arrêtées dans un cadre budgétaire annuel ne visent pas le long terme, mais un effet sur la seule durée de l'exercice. Par ailleurs, la lenteur d'adaptation des dispositifs d'aide existants est telle qu'ils arrivent souvent trop tardivement. En outre, leur cahier des charges est tel qu'une partie de ceux qui espéraient en bénéficier ne toucheront pas finalement les aides promises. L'exemple de la télémédecine et de son expérimentation illustre bien cette problématique. La France, pourtant pays pionnier, est en retard. Passer à une logique budgétaire pluriannuelle serait un levier stratégique fort pour innover. À la condition que le Gouvernement s'engage à ne pas modifier les règles budgétaires en cours de quinquennat. L'engagement doit être durable sur le quinquennat. Les investissements nécessaires à la mise en œuvre d'une politique déterminée de prévention, ou en faveur du déploiement de la télémédecine, pourraient être assumés sur plusieurs exercices et trouver leur « récompense » par des gains en efficacité et soins évités quelques années plus tard. De sorte que les ONDAM les plus élevés devraient être décidés sur les premières années d'un quinquennat, et non l'inverse comme c'est le cas actuellement où l'étau des dépenses se desserre à mesure que se rapproche l'échéance présidentielle.

5- *Oser l'innovation*

Il s'agit de se donner les moyens d'engager la mutation vers une médecine moins « à la chaîne » et plus qualitative. Plus une consultation est longue et permet l'écoute du patient, moins elle donne lieu à des prescriptions médicamenteuses. Osons redonner du temps médical au profit des patients ! Les nouvelles formes de coopérations avancées avec les paramédicaux libéraux dans le cadre d'une dynamique de coordination dont le médecin resterait le pilote, en s'appuyant sur les ressources de l'e-santé et de la télémédecine, permettraient de recentrer le médecin libéral sur son cœur de métier. En concentrant son activité sur son expertise et les actes à haute valeur médicale ajoutée, la revalorisation de la rémunération sera d'autant plus justifiée. L'exercice en sera revalorisé et l'attractivité rendue au métier de médecin libéral.

-4-

Organiser mieux

Les propositions du SML pour organiser mieux

Il est urgent de se saisir des leviers d'action et de progrès procurés par l'arrivée d'innovations majeures permettant d'entrer de plain-pied dans la médecine des « 4 P » (prédictive, préventive, personnalisée et participative). Les outils génomiques, la robotique, l'intelligence artificielle, la télémédecine et le « big data » sont déjà à notre portée. Encore faut-il pouvoir investir dans ces innovations qui portent en elles non seulement les économies de demain, mais la promesse d'une médecine moins industrielle, plus investie dans la qualité et enfin la prévention. Au virage ambulatoire doit s'associer, dès à présent, le virage de la prévention.

Pour renouer avec la confiance et sortir la médecine libérale de la crise dans laquelle elle se trouve, le SML a apporté une contribution constructive et pragmatique, misant sur le dialogue retrouvé avec les Pouvoirs publics et l'esprit d'initiative de médecins attachés à l'exercice libéral.

Redonner de la lisibilité au système de soins

Une gouvernance lisible du système de soins

La multiplication des rustines législatives et réglementaires, pour tenter de repousser toute réforme du financement, a rendu illisible la gouvernance du système de soins. Mais surtout, l'objectif de réduction des dépenses a conduit à renverser les équilibres au profit d'une vision exclusivement financière. L'excellence de la médecine française en est ternie. Alors qu'elle était bien placée dans de nombreux palmarès internationaux, elle a cédé ces dernières années les premières places au profit d'autres pays. Dans le classement récemment publié dans le Lancet moniteur, la France n'arrive plus qu'en 15^e position derrière des pays pourtant confrontés à de plus graves difficultés économiques tels que l'Espagne, l'Italie et l'Irlande.

Les évolutions des besoins de soins liés au vieillissement de la population issue du *baby-boom* et aux innovations thérapeutiques, sous l'impulsion des NBIC (nanotechnologies, biotechnologies, informatique et sciences cognitives) permettent de vivre plus longtemps avec des pathologies qui deviennent chroniques et complexes. C'est pourquoi, en plus de l'évaluation des besoins et des ressources nécessaires à leur prise en charge, il est indispensable de restaurer la dimension médicale qui semble avoir été mise de côté. Pour cela, les syndicats médicaux représentatifs doivent être présents à tous les niveaux de la réflexion et des discussions, avec une vraie voix délibérative. La consultation des syndicats médicaux représentatifs doit être préalable à toute prise de décision concernant l'évolution du système de santé.

Les propositions du SML

- **Instaurer une gouvernance réellement partagée** entre les syndicats représentatifs des médecins libéraux, l'assurance maladie et le Gouvernement afin d'en finir avec l'hypocrisie actuelle. Des modalités nouvelles doivent être mises en œuvre afin de permettre de trouver une articulation entre l'État, à travers la DGOS, l'Assurance maladie et les syndicats médicaux représentatifs, notamment à travers la création d'instances de dialogue et de coordination permettant l'élaboration en commun des projets et des stratégies.
- **Instaurer une cohérence et une transparence dans l'action des ARS.** Chaque ARS doit publier un rapport d'activité annuel et le communiquer aux syndicats médicaux représentatifs. Les ARS devront présenter un rapport annuel d'activité devant la MECSS et faire l'objet de missions d'évaluation régulières de la part de l'IGAS. En particulier, un tableau général doit permettre de comparer les actions et les budgets engagés par chacune des ARS et leur impact.
- **Associer systématiquement et étroitement les syndicats représentatifs, en amont des arbitrages préalables à l'élaboration des projets de loi de financement de la Sécurité sociale et de toute mesure législative ou réglementaire les concernant, ou visant l'organisation des soins.** En particulier, les mesures d'impact, surtout s'il s'agit de projets budgétaires, devront être partagées avec les syndicats représentatifs. Une logique de co-construction doit s'imposer.

- Permettre aux médecins libéraux, qui sont aussi des entrepreneurs, de disposer d'une perspective budgétaire à moyen terme en **inscrivant l'ONDAM dans une perspective pluriannuelle**.
- **Établir une meilleure transparence budgétaire** avec un chiffrage plus précis des coûts ville/hôpital et la séparation des enveloppes financières dédiées aux 3 secteurs sanitaire, social et médico-social.
- **Permettre un meilleur suivi, pour tous les partenaires, du chaînage ville/hôpital des parcours**.
- **Sanctuariser les dispositions conventionnelles nationales signées**, notamment vis-à-vis du Parlement qui ne doit pas se substituer aux partenaires conventionnels, et encore moins s'il s'agit de contourner ces derniers pour baisser les tarifs.
- **Travailler dans la transparence aux nouveaux équilibres entre l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé**, afin de prévoir une meilleure prise en charge des patients sans imposer de nouvelles hausses de cotisations sociales.
- **Donner une place pleine et entière** aux représentants des syndicats médicaux représentatifs dans les différentes instances de la « démocratie sanitaire ».
- **Ouvrir aux syndicats médicaux représentatifs l'accès plein et entier aux données du SNDS à l'échelon national**.
- **Changer de logiciel et reconnaître le médecin libéral comme force promotrice et organisatrice des territoires**.

Envisager le financement des syndicats médicaux représentatifs

La multiplication des instances de concertation et de décision, tant au niveau national que régional, impose une restructuration profonde de l'organisation interne des syndicats médicaux. De même, la complexification des dossiers abordés nécessite de faire appel à des ressources externes expertes (économistes, juristes, etc.) qu'il faut pouvoir être en mesure de missionner. Or, contrairement à la sphère du dialogue social où les organisations d'employeurs et les syndicats de salariés disposent de moyens issus de collectes obligatoires pour s'organiser et participer à la vie des différentes instances, les syndicats médicaux, eux, ne disposent que des cotisations de leurs adhérents. Les organisations de patients elles-mêmes bénéficient désormais de financements publics. Le SML estime que ce « deux poids, deux mesures » n'est plus possible et que, compte tenu des enjeux nouveaux, une évolution est indispensable pour assurer aux syndicats médicaux représentatifs les moyens nécessaires à leur action.

Les propositions du SML

- **Engager une réflexion destinée à mettre en œuvre le financement public des syndicats** médicaux représentatifs sans remettre en cause leur indépendance.
- **Élaborer un statut du cadre syndical** afin de permettre aux confrères qui s'engagent dans la représentation de la profession de disposer d'un certain nombre de garanties et de droits. Il s'agirait d'établir les conditions matérielles d'exercice des mandats syndicaux, d'assurer notamment la continuité de leur cabinet médical, ainsi que leur protection sociale.

Ranimer le système conventionnel

Les multiples reports d'application des mesures contenues dans les conventions successives, l'instauration en 2013 du mécanisme des stabilisateurs économiques repoussant de six mois l'application de toute mesure tarifaire positive et, récemment, la capacité donnée au directeur général de l'UNCAM de modifier unilatéralement des tarifs médicaux, ont affaibli la crédibilité du contrat conventionnel. Pire, le récent épisode des négociations chez les chirurgiens-dentistes, début 2017, a montré qu'un gouvernement pouvait saborder une convention et la remplacer par un règlement arbitral, lorsqu'une profession refusait la signature d'un avenant. Mais surtout, les « hasards » faisant opportunément coïncider les calendriers d'application des revalorisations tarifaires avec les calendriers électoraux, apparaissent comme autant de « grosses ficelles » dont les médecins libéraux ne sont pas dupes. Au fil du temps, les honoraires sont devenus une variable d'ajustement des dépenses. Des acquis conventionnels comme la formation conventionnelle ont été remis en cause et il faut sans cesse batailler ferme pour éviter la suppression des autres.

Les médecins libéraux attendent de la convention qu'elle redevienne l'outil structurant dont ils ont besoin pour moderniser leur exercice et sur lequel ils pourront compter parce qu'il s'appliquera en temps et en heure. Et non uniquement un levier de maîtrise des dépenses.

Il a été clairement démontré que la gouvernance des systèmes complexes, dont fait partie le système de santé, ne peut être pyramidale pour être efficiente.

Les propositions du SML

- **Revoir les règles de signature.** Pour être valide, la convention et ses avenants doivent être signés par un ou plusieurs syndicats représentatifs, totalisant **au moins 50 % des voix lors des élections aux URPS**. La même proportion doit être conservée pour l'opposition.
- **Sanctuariser la convention** : une fois signée, la convention et son contenu ne doivent pas être modifiables de l'extérieur par le Gouvernement ou le Parlement. De même, le principe de renvoyer à la convention l'application de toutes les mesures découlant du processus législatif doit être réaffirmé.
- **Faire de la convention médicale nationale un véritable contrat**, comportant une garantie de mise en œuvre des engagements signés selon le calendrier prévu par les parties conventionnelles. Cette condition est indispensable pour redonner confiance et crédibilité au système conventionnel, et implique un suivi pour mesurer l'exécution de ce contrat.
- **Supprimer les stabilisateurs économiques** qui retardent de six mois l'application de toute mesure tarifaire positive. Ce dispositif prudentiel discrédite d'autant plus les accords conventionnels portant revalorisation, qu'à l'inverse, les mesures de baisse sont d'application immédiate. Cette suppression est nécessaire et urgente afin de redonner de la lisibilité et de la crédibilité à la convention.
- **Moderniser les méthodes de négociation entre l'Assurance maladie et les syndicats médicaux représentatifs afin de permettre un rééquilibrage entre les parties signataires.** Les négociations doivent pouvoir être déclenchées de façon égale par l'une ou l'autre des parties, et se dérouler

dans un lieu neutre choisi d'un commun accord. Celles ayant un caractère financier doivent s'établir dans la transparence, avec communication aux syndicats représentatifs du cadrage précis du montant de l'enveloppe dévolue à l'objet de la négociation. Un libre accès à l'intégralité des éléments statistiques les plus récents doit être apporté par l'UNCAM et sans restriction. Tous les documents mis en discussion par l'Assurance maladie devront parvenir suffisamment tôt aux syndicats afin qu'ils puissent les analyser et, le cas échéant, en débattre au sein de leurs instances. Enfin, les syndicats représentatifs appelés à négocier devront pouvoir disposer de ressources juridiques, dont les frais seront supportés par l'Assurance maladie au titre des frais généraux de négociation. De même, les syndicats représentatifs doivent pouvoir avoir accès en temps réel à toutes les catégories de données anonymisées du Système national des données de santé (SNDS) issu de la loi du 26 janvier 2016, et notamment celles permettant d'avoir une visibilité sur le parcours de soins. Enfin, tous les syndicats représentatifs doivent siéger dans les commissions paritaires locales et régionales afin d'offrir une pluralité syndicale au sein de ces instances et permettre aux médecins de disposer d'un libre choix pour y être assistés en cas de procédure.

- **Étendre les fonds conventionnels à tous les syndicats représentatifs**, signataires ou non, qui participent à la vie conventionnelle.
- **Faire de la convention davantage un outil de progression et d'amélioration des pratiques** plutôt qu'un instrument répressif ou normatif. Dans l'application des dispositions conventionnelles par les médecins, la pédagogie doit être privilégiée plutôt que la sanction. De même, le « délit statistique », aujourd'hui constaté et jugé par les caisses, doit être supprimé au profit du rétablissement de la procédure ordinale concernant le tact et la mesure pour avis et/ou sanctions.
- **Déployer une stratégie d'investissement de l'innovation dans le cadre d'une budgétisation pluriannuelle.**

Clarifier le rôle des complémentaires santé

La part des complémentaires santé est devenue de plus en plus importante dans la solvabilisation des soins. La généralisation de la complémentaire santé pour tous les salariés de même que le développement de l'aide à la complémentaire santé (ACS) ont constitué des étapes visant à faire améliorer l'accès aux soins, notamment pour l'optique, le dentaire et l'audioprothèse, sans pour autant tout résoudre.

L'UNOCAM a par ailleurs montré à de nombreuses reprises son impossibilité à accompagner la convention médicale et à s'engager. Ce fut le cas lors de l'élaboration du contrat d'accès aux soins, aujourd'hui remplacé par l'OPTAM et l'OPTAM-CO, et la mise en œuvre du forfait patientèle. Pour l'avenir, il est essentiel de trouver le moyen de faire en sorte que l'engagement des complémentaires puisse être solide. À cette fin, leur signature devrait être précédée d'un rapport de faisabilité et d'un contrat d'engagement comportant des échéances précises et des pénalités en cas de retard.

Les complémentaires santé qui ont, heureusement, échoué à étendre leurs réseaux aux médecins lors du vote de la Loi Le Roux, n'ont pas perdu cet objectif de vue.

Par ailleurs, certaines d'entre elles développent une offre de médecine privée concurrente de l'activité médicale traditionnelle en direction de leurs adhérents : des consultations de deuxième avis ou des

consultations téléphoniques. L'Ordre des médecins a d'ailleurs souligné les limites déontologiques de ces démarches commerciales.

Pour autant, les OCAM sont indispensables pour solvabiliser le reste à charge des patients, en particulier face au désengagement de l'Assurance maladie de certains actes. Le SML estime que les voies d'un partenariat constructif doivent s'établir pour que cesse la méfiance réciproque. Cela suppose un cadre général pour écarter la tentation du *low-cost* et les logiques productivistes.

Les propositions du SML

- **Construire une instance nationale de dialogue et négociation** entre les syndicats médicaux représentatifs et l'UNOCAM.
- **Supprimer les contrats dits « responsables », devenus des « contrats de non remboursement »** qui pénalisent les patients et les médecins, en raison des bornes arbitraires de remboursement qu'ils imposent.
- **Organiser la mise en concurrence réelle et transparente entre complémentaires santé** et lancer une réflexion sur les conditions du maintien de leur promotion publicitaire.
- **Appliquer l'obligation** faite aux complémentaires santé de publier leurs frais de gestion.
- **Supprimer les procédures d'accords préalables** non contractuelles pour la prise en charge des soins pour les médecins.
- **Imposer aux organismes complémentaires d'assurance maladie et à leurs plateformes de partager leurs données de santé avec les syndicats médicaux représentatifs.**
- **Maintenir l'exclusion des honoraires conventionnés** de toute contractualisation individuelle avec les complémentaires santé.
- En cas de signature d'un accord conventionnel national UNOCAM - Syndicats médicaux représentatifs - UNOCAM, **l'UNOCAM devrait produire un contrat d'engagement** précisant les modalités de mise en œuvre, le calendrier d'exécution et les pénalités de retard le cas échéant.
- **Prohiber la publicité** pour les centres de santé, les établissements, les groupements, les réseaux de soins, les plateformes, les professionnels « ni-ni », et, d'une façon générale, pour toutes les structures faisant appel à des professionnels de santé. La règle doit être la même pour tous afin d'écarter les distorsions de concurrence.

Une organisation fluide des soins ambulatoires englobant la prévention

En matière d'organisation des soins, les réformes du système de santé menées au cours des deux derniers quinquennats, la Loi Hôpital-patients-santé-territoires de juillet 2009 (bien que partiellement corrigée par la loi Fourcade), et la Loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016, ont créé de la complexité en introduisant des dispositifs étatiques, là où étaient attendus des dispositifs redonnant de la souplesse.

Pourtant, les enjeux sont tels qu'il y a urgence à agir. **Il ne faut plus parler du virage ambulatoire, il faut le faire.** Et cela passe par la facilitation du travail des professionnels libéraux de santé et l'instauration d'une collaboration enfin fluide entre la ville et l'hôpital. Cela suppose, en premier lieu, d'avoir les idées claires sur les missions de chacun, et de disposer des outils nécessaires, qu'il s'agisse du DMP ou des messageries sécurisées. Mais c'est aussi la transformation des pratiques avec le numérique, les objets connectés et la télémédecine qui constituent autant d'opportunités d'améliorer les prises en charge et l'accessibilité aux soins, notamment dans les zones sous-denses. Rappelons cependant que ces zones sont souvent des zones non couvertes par le haut ou le très haut débit. L'innovation doit être le fil conducteur au service de la réorganisation du système de soins.

La coordination entre professionnels de santé dans la prise en charge des pathologies complexes est une réalité. Il faut à présent la rémunérer sous la forme d'un acte de coordination pour chaque professionnel impliqué. En outre, le SML préconise de promouvoir des modes de rémunérations libéro-compatibles permettant d'allier qualité et efficience. La prévention doit devenir l'axe central de la prise en charge ambulatoire afin d'enclencher une dynamique vertueuse de santé préservée et d'hospitalisations évitées ou limitées.

Des niveaux de recours clairs et identifiés

Pour simplifier l'organisation, le SML souhaite clairement redéfinir la vocation de chacun des 3 niveaux de prise en charge des soins :

- **Le premier niveau** : la médecine générale de ville, les MEP et les spécialistes cliniques en accès direct, en coordination avec les autres spécialités et les autres professionnels de santé libéraux ;
- **Le second niveau** : les spécialités cliniques et techniques de ville et/ou en établissement et les MEP avec adressage ;
- **Le troisième niveau** : l'hospitalisation, qui doit se situer absolument comme le dernier recours.

Cette simplification est nécessaire pour les professionnels eux-mêmes autant que pour les patients. Elle impose de déshospitaliser le premier niveau afin de concentrer les moyens de l'hôpital public sur son cœur de mission. Elle implique également un fléchage plus correct des moyens. Ainsi, le développement de l'ambulatoire, avec le déport vers la ville d'actes autrefois réalisés en structure hospitalière, impose le transfert des moyens correspondants.

L'entreprise médicale libérale

Le SML porte une vision du cabinet médical en tant qu'entreprise médicale de proximité connectée aux autres professionnels de santé libéraux. En premier lieu, le capital de l'entreprise doit être détenu majoritairement par les médecins qui y exercent, afin qu'ils conservent la maîtrise de leur outil de travail. Les holdings doivent être encadrées de façon à ne pas devenir des chevaux de Troie conduisant à déposséder les médecins de leurs cabinets, à l'instar de ce qui s'est produit dans le secteur de la biologie médicale.

Les moyens numériques offerts désormais par le champ de l'e-santé permettent aux médecins libéraux qui y exercent dans le cadre d'un regroupement sur un même site ou plusieurs sites, en mono professionnel ou en pluri professionnel, d'assurer une prise en charge efficiente et de qualité des patients. Les tâches administratives sont déléguées à un(e) secrétaire. Les médecins pourraient se faire aider d'un(e) assistant(e) médico-technique lui permettant de déléguer, sous sa responsabilité, certains gestes techniques simples ou de se faire aider dans des actes techniques plus complexes, lui permettant ainsi de dégager du temps pour le travail intellectuel de la consultation.

Cette nouvelle manière d'exercer, de façon regroupée, implique un investissement dans l'outil de travail, à savoir des locaux adaptés et aux normes, des moyens techniques et des ressources humaines adéquates. Leur financement doit être rendu possible par une plus juste valeur des actes et les dispositifs conventionnels.

Ces investissements rejailliraient de façon concrète et immédiate sur la création d'emplois de proximité. Les aides publiques à l'embauche les mesures fiscales en direction des cabinets médicaux doivent être confortées et amplifiées comme pour l'ensemble des autres entreprises. À terme, l'objectif du SML serait de faire financer pour chaque médecin, au minimum d'un demi-poste de secrétariat.

Le temps médical ainsi libéré permettrait aux médecins de diversifier leur exercice en y incluant des consultations plus longues de prévention, l'éducation thérapeutique, et aussi de s'impliquer davantage dans l'exercice coordonné dans le cadre des équipes pluridisciplinaires de soins. Le médecin libéral doit rester le pivot médical de la coordination du parcours du patient. Parallèlement, et pour répondre à la problématique des zones sous-médicalisées, les activités de e-consultation, grâce aux outils de télé-médecine, ou de consultations téléphoniques permettant de renforcer l'accessibilité des soins seraient développées.

Ce cabinet médical serait également un terrain de stage et un lieu privilégié pour l'accueil et la formation des internes, aussi bien en médecine générale qu'en spécialité. Ainsi, ces nouveaux modes d'exercice plus qualitatifs rendraient l'installation plus attractive aux nouvelles générations.

D'autre part, pour faciliter l'équipement des cabinets médicaux et le renouvellement des matériels, le SML souhaite qu'un dispositif de provisions puisse être aménagé pour les médecins en BNC.

Cette vision de la médecine libérale entrepreneuriale, libérée des carcans administratifs, est celle d'une médecine de ville agile, en capacité de s'adapter aux besoins des territoires pour une prise en charge optimale des patients en ambulatoire.

L'hôpital public

Les dispositifs réglementaires actuels ne sont pas adaptés pour désengorger l'hôpital public de ces patients. Les politiques publiques se sont au contraire concentrées sur le développement des activités hospitalières à

l'extérieur de l'hôpital, comme l'hospitalisation à domicile ou les consultations médicales avancées hors les murs.

Le SML préconise de déshospitaliser le 1^{er} niveau de recours et de développer les moyens de la médecine de ville afin d'éviter le recours en première intention à l'hôpital. Cette formule serait beaucoup plus simple et efficiente d'un point de vue économique, que la création en ville de structures hospitalières de consultations avancées.

La réduction de la part de dépenses hospitalières passe notamment par la mise en œuvre d'une régulation de l'accès à l'hôpital en tant que 3^e recours, et l'organisation du transfert vers la ville de tous les actes qu'il n'est plus nécessaire d'effectuer dans le cadre d'une hospitalisation. L'hôpital doit se concentrer sur la prise en charge des pathologies aiguës et complexes ne pouvant être traitées en ville.

Par ailleurs, il est nécessaire d'organiser les réponses libérales permettant d'assurer les urgences non vitales et la continuité de soins par des maisons médicales comportant des plateaux techniques légers ouverts, si possible, 24h/24h.

Les propositions du SML

- **Accompagner chaque transfert d'activité de l'hôpital vers la ville par le transfert des ressources correspondantes.**
- **Réguler systématiquement l'accès aux urgences** dans le cadre d'une articulation préalable avec les libéraux. Les patients qui passeraient outre la régulation pourraient être responsabilisés par les caisses sous la forme d'une pénalité forfaitaire non remboursable.
- **Développer les hospitalisations directes dans les services à la demande d'un médecin libéral**, après échange téléphonique entre praticien libéral et hospitalier, développer les outils permettant d'hospitaliser directement un patient sans passer par les urgences.
- **Créer des consultations de 3^e recours** déclenchées par un médecin généraliste ou spécialiste libéral.
- **Transférer aux médecins libéraux les moyens leur permettant de développer des plateaux techniques** pour y prendre en charge les actes qui ne relèvent plus de l'hospitalisation sur le modèle du « *office work* » (avec des structures plus lourdes que celles existant actuellement dans les cabinets de ville, table adaptée circuit propre/sale, éclairage adapté dans des pièces dédiées).
- **Éduquer les patients au bon usage des différentes formes de recours** à travers des campagnes de communication publiques et l'éducation à l'utilisation du système de soin par les professionnels libéraux avec des fonds dédiés.

L'hospitalisation privée

Les établissements de l'hospitalisation privée sont des acteurs incontournables de l'offre de soins sur les territoires. À cet égard, il est nécessaire de rétablir les missions de service public auxquelles tous les acteurs de santé, sans distinction de statut, doivent être associés avec les moyens correspondants.

La prise de contrôle des structures par des groupes financiers et la tendance à la concentration de ces derniers implique un nouvel équilibre des rapports de force. Si la représentation des usagers a été renforcée dans le cadre de la démocratie sanitaire, en application de la Loi Touraine, il est également nécessaire de conforter un pouvoir médical fort et structuré.

La CME doit devenir cosignataire des contrats établis entre établissements de santé et ARS signataires des CPOM. La pertinence des soins est un champ privilégié qui relève de la régulation par les médecins alors que les systèmes étatiques proposés les en excluent ! L'innovation passe par l'implication forte de la communauté médicale au sein des établissements et, en plus d'une revalorisation des honoraires chirurgicaux, anesthésiques et radiologiques que le SML demande prioritairement, des fonds doivent être fléchés et pérennisés pour permettre la recherche et le développement de l'amélioration des techniques et de la prise en charge en plateaux techniques lourds libéraux.

La dissociation entre responsabilité financière, gestionnaire, et administrative de ces établissements et la responsabilité des soins doit être réaffirmée.

La *Reconnaissance* (au sens opposable, institutionnel et non seulement consultatif ou facultatif) avec valorisation de la PDSES et des activités transversales en établissement de soins (CME, CLIN, CLAN, CRUQ, COMEDIMS, RMM, RCP...) doit être financée.

Le paiement à l'acte au praticien de tous les actes techniques et de consultation dans les établissements privés de santé doit être maintenu.

À cet égard, les praticiens doivent être entendus et associés aux directions prises par les établissements ,et notamment les coopérations public/privé ou la création de CPTS, de sorte à pouvoir obtenir des garanties concernant leur exercice.

Sur le plan juridique, et face à une judiciarisation galopante, le recours à la commission de conciliation devrait être obligatoire avant toute poursuite, ainsi qu'un passage des dossiers en comité de morbi-mortalité en offrant comme innovation aux patients ou ayant droit la possibilité de s'y faire entendre.

L'expertise, lorsqu'elle est demandée par la commission de réparation ou par les tribunaux, devrait se dérouler avec un expert hors région afin de garantir l'indépendance de l'expert et limiter ainsi les conflits d'intérêt potentiels.

Les propositions du SML

- **Préserver l'indépendance des médecins libéraux exerçant en établissement en :**
 - confortant le rôle et les moyens des Commissions médicales d'établissement (CME), qui doivent être décisionnelles ;
 - maintenant le paiement à l'acte et la perception directe des honoraires par le praticien ;
 - remettant de l'ordre dans le DPC des praticiens qui, même sous couvert de démarche d'accréditation, ne doit pas relever des établissements.
- **Donner un caractère homogène et plus lisible aux redevances** et prestations que les établissements facturent aux praticiens de l'hospitalisation privée.
- **Réaffirmer que l'outil de travail des plateaux techniques lourds doit être fourni par les établissements, sans que leur modernisation puisse être compromise par des actionnaires opportunistes (fonds de pension par exemple).**
- **Sanctuariser les contrats médecin -établissement en cas de cession ou de regroupement d'établissement.**

Une organisation territoriale cohérente et intelligible

Les récentes réformes du système de santé ont en réalité apporté de la complexité, là où étaient attendus des dispositifs redonnant de la souplesse. La raison en est que l'État a voulu imposer ses pesanteurs et sa vision administrée à la ville. Le nombre de structures créées est inédit. La finalité de ce dédale administratif vise en réalité à masquer la direction prise par les Pouvoirs publics, qui consiste à faire de la médecine de ville la variable d'ajustement perpétuelle. Il en résulte une inflation paperassière inédite et une situation d'impasse qui décourage les médecins libéraux. Le SML préconise de lever les hypocrisies et de remettre à plat l'organisation territoriale qui doit être articulée et fluide entre les différents acteurs, en écartant les tentatives hégémoniques du secteur public.

Le modèle unique des MSP fait courir à la médecine libérale le risque de tomber dans les mains de financeurs dont l'intérêt premier ne serait pas la qualité des soins mais la rentabilité.

Par ailleurs, la disparité des situations sanitaires entre les différentes régions françaises, et au sein même des territoires qui composent celles-ci, est réelle avec de nombreux contrastes. Cette réalité est insuffisamment prise en considération et les acteurs régionaux disposent de marges de manœuvre réduites. Les ARS ont en cela une lourde responsabilité. Leurs arbitrages sont avant tout fondés sur une volonté de réduire les dépenses, l'exemple de la PDS est à cet égard parlant et ne peut qu'aboutir à un découragement des médecins. Mais, surtout, ces arbitrages manquent de transparence.

La communication entre professionnels de santé est essentielle afin d'améliorer la prise en charge du patient, grâce à un meilleur suivi médical. L'État doit encourager les partenaires conventionnels et construire les moyens de la coordination, seule garante de la réponse au besoin universel des patients.

Les propositions du SML

- **Supprimer les multiples strates administratives** et structures créées depuis la loi HPST dans le but manifeste de contourner les syndicats représentatifs afin d'élargir l'emprise de l'État.
- **Engager une simplification des textes** pour donner un cadre législatif et réglementaire intelligible à la Santé.

- **Mener une politique cohérente et rendre transparents les arbitrages des ARS.**
- **Mettre fin à la transposition automatique des expérimentations de protocoles hospitaliers de coopération interprofessionnels imposés à la médecine de ville**, dont la finalité vise à confier des actes médicaux à d'autres professionnels de santé. En outre, force est de constater que nombre d'expérimentations nées de l'art. 71 de la loi HPST notamment, sont tombées d'elles-mêmes suite aux départs de leurs initiateurs et promoteurs locaux. Cette remarque interroge d'autant plus sur la transposabilité de telles expériences aux soins de ville. C'est pourquoi, seuls les protocoles de coopération interprofessionnels, conçus par les professionnels libéraux de santé eux-mêmes pour être applicables en ville, après évaluation, doivent être proposés pour transposition et financement au niveau des conventions nationales professionnelles et interprofessionnelles.
- **Cesser de vouloir transposer à la France des modèles inspirés de pays moins performants en matière de santé et maintenir le paiement direct à l'acte dans les établissements de santé.**
- **Respecter les 1^{er} et 2^e recours, remettre l'hôpital à sa juste place**, harmoniser le travail entre ces différentes structures en créant des outils nouveaux au service des professionnels et des patients : DMP, messagerie sécurisée, télémédecine (conseil, téléconsultations, téléexpertises).
- **Reconnaître la médecine de ville comme compétente sur ces différents champs, en particulier en télémédecine, en lui donnant les moyens de se déployer.**
- **Respecter l'hôpital public et ses acteurs, qui doivent rester dans leurs murs**, en leur donnant les moyens de la complémentarité avec les autres acteurs de santé libéraux et médico-sociaux pour fluidifier les parcours, augmenter le maintien à domicile et les sorties rapides. L'hôpital doit ainsi conserver sa place de 3^e recours et de prise en charge de l'urgence vitale. Améliorer le retour vers la prise en charge en ville.
- **Favoriser la coordination conventionnelle entre professionnels libéraux, notamment à travers l'ACIP.** La rémunération doit se faire sous la forme d'un acte ou d'une majoration pour chacune des professions concernées. Le médecin libéral doit rester le pilote médical de la coordination et être rémunéré pour cela, même si l'effectif de la coordination peut être assuré indifféremment par l'infirmier libéral, le pharmacien ou le kiné. Cette coordination est la seule façon de préserver le libre choix du patient et d'éviter les hospitalisations.

La prévention au cœur du système de soins

L'accroissement du nombre des patients relevant d'une ALD est rapide et exponentiel. Leurs dépenses représentent une part prépondérante des dépenses de santé. Selon une étude de la direction générale du Trésor, la part de la population relevant de ce dispositif devrait atteindre environ 20 % de l'ensemble à l'horizon 2025. Elle est due pour partie à l'apparition de nouvelles pathologies liées au vieillissement de la population, aux pathologies liées à l'environnement (pollution...), aux comportements à risques du type addiction au tabac, à l'alcool, aux drogues de toutes natures, mais aussi à l'alimentation. Ils représentent la majeure partie des dépenses de santé.

Autant de pathologies qui pourraient être prévenues, enrayées, stoppées ou mieux prises en charge médicalement. Éviter la survenue de ces pathologies, c'est aussi éviter leurs complications, souvent bien plus dramatiques, et de plus en plus difficiles à soigner. Il est temps d'intégrer la prévention dans la politique de

santé publique. L'incitation pour prendre en charge ces types de patients n'est pas à la hauteur de la difficulté et aboutit déjà à une sélection des clientèles.

Les propositions du SML

- **Repenser l'organisation de l'offre de soins et la définition des priorités** du système de soins de notre société vers la prévention.
- **Créer et rémunérer en conséquence des consultations longues de prévention obligatoires**, et à intervalle régulier à des âges clés.
- **Développer et rémunérer en conséquence des consultations longues de prévention** qui doivent être valorisées comme des consultations complexes.
- **Placer les logiques de prévention au cœur de la coordination et de la coopération entre professionnels libéraux de santé.**
- **Investir massivement sur la prévention** pour obtenir un retour sur investissement en termes de dépenses évitées ultérieurement.
- **Inscrire la prévention dans la formation initiale et les priorités du DPC.**
- **Introduire la prise en compte du risque environnemental dans les démarches de prévention.**
- **Inciter les médecins à s'engager dans les logiques d'ETP** pour améliorer l'observance ainsi que la prévention de l'iatrogénie.
- **Développer et rémunérer en conséquence 2 consultations longues faisant suite à un dépistage précoce, permettant de mettre en œuvre et d'organiser rapidement le diagnostic, puis d'élaborer dans un second temps un plan de soin, et d'initier une prévention secondaire des sur-risques.**
- Promouvoir la **construction ou la réfection éco-responsable des cabinets médicaux** par des crédits d'impôts.

Un système de santé plus collaboratif

Le virage ambulatoire ne pourra se concrétiser que dans un cadre plus collaboratif entre professionnels de santé libéraux, et entre la ville et l'hôpital. Or, jusqu'à présent, plutôt que de travailler uniquement à doter les acteurs de terrain des moyens d'organiser la coopération, en fonction des réalités qu'ils affrontent, les Pouvoirs publics, n'ont eu de cesse de complexifier les dispositifs, notamment en faisant passer le « transfert de tâches » avant la coopération. Les nouvelles structures de coopération nées de la Loi Touraine, le EPS, les GHT et les CPTS sont en décalage avec les pratiques du terrain en raison de l'extraordinaire complexité de montage et de fonctionnement qu'elles imposent aux professionnels libéraux. Le montage des dossiers de financement englutit les fonds sensés favoriser la coordination ou financer l'ETP. Le SML estime qu'il est préférable de donner la priorité aux initiatives libérales issues du terrain, lesquelles correspondent exactement aux réalités locales, et dont les formes, surtout à l'heure du numérique peuvent être multiples. Il faut rechercher la souplesse et non les rigueurs administratives. La priorité absolue est de mettre en œuvre et de financer la coordination de proximité.

Le SML considère qu'il est urgent d'y remettre de l'ordre en agissant de façon logique.

En outre, le SML préconise de promouvoir des modes de rémunération libéro-compatibles permettant d'allier qualité et efficacité. La prévention, puis la coordination entre acteurs, doit devenir l'axe central de la prise en charge ambulatoire afin d'enclencher une dynamique vertueuse de santé préservée et d'hospitalisations évitées ou retardées.

Les propositions du SML

- **Favoriser la coordination conventionnelle entre professionnels** de façon simple et souple.
- **Rendre systématique la présence des médecins libéraux dans la gouvernance des plateformes territoriales d'appui**, afin, notamment, d'articuler les projets avec les organisations libérales déjà opérationnelles.
- **Revenir sur la transposition par la France de la directive européenne concernant l'accès partiel dangereuse pour la lisibilité et l'utilisation du système de soin par les patients.**
- **Reconnaître les expertises cliniques et les expertises particulières dans le parcours de soins.**
- **Promouvoir les coopérations avancées avec les professionnels de santé libéraux volontaires**, dans le cadre de financements nouveaux compatibles avec le maintien de l'exercice libéral.
- **Mettre la prévention au cœur de la coordination.**
- **Donner les moyens aux médecins d'employer du personnel administratif** pour se décharger des tâches administratives à travers des incitations et des financements en rapport de l'activité médicale.
- **Définir le cahier des charges des logiciels médicaux avec les syndicats représentatifs, toute modification impliquant un surcoût pour les médecins libéraux.**

Une rémunération « libéral-compatible »

La rémunération directe du médecin à l'acte constitue l'un des piliers de la charte de 1927 et constitue le corollaire de la liberté de choix du patient et de l'indépendance du médecin libéral avec sa responsabilité individuelle. À cet égard, le paiement à l'acte est symboliquement gratifiant pour le médecin et représente une forme de reconnaissance.

En raison des politiques successives d'économies sur les soins, la valeur des actes est devenue une variable d'ajustement, comme l'illustre la brève séquence des lettres clés flottantes au tournant des années 90. **La rémunération à l'acte a ainsi été dévoyée par l'insuffisance tarifaire.**

La rémunération du médecin libéral a été diversifiée et complexifiée dans le but de permettre aux Pouvoirs publics de compenser le sous-investissement sur la valeur des actes. **À travers l'instauration de forfaits, un transfert de financement et un glissement vers une rémunération forfaitaire ont été progressivement mis en œuvre. Or, la vocation des forfaits ne doit pas être de compenser l'insuffisance tarifaire, mais de rémunérer des activités complémentaires et additionnelles.**

Le SML souhaite limiter la part du forfait afin de conserver le caractère libéral de la médecine et écarter tout risque de glissement vers une forme de capitation. L'objectif du SML est de valoriser les prises en charge de soins longs ou difficiles par le médecin isolé ou par une équipe pluri professionnelle (patients en ALD, patients âgés poly-pathologiques, handicapés...) par un acte de coordination intervenant en plus du paiement à l'acte réalisé, afin de préserver l'indépendance du médecin et le caractère libéral de la médecine. Le SML suggère d'instaurer un ratio forfait/paiement à l'acte limité à 20 %. Le meilleur rempart contre la forfaitisation de la rémunération reste la revalorisation de la valeur des actes, qui demeure indispensable et cruciale.

Le SML est fortement réservé à propos de la rémunération à l'épisode de soins faisant passer d'une obligation de moyens à une obligation de résultat, et exige une véritable concertation sur toute modification de la logique tarifaire.

D'autre part, le SML estime que l'absence d'équité tarifaire, l'inadaptation des tarifs à la complexité et au temps consacré pour de nombreux actes, ainsi que le refus des dépassements autorisés dans ces cas, conduit à la disparition programmée de certaines spécialités cliniques.

La coordination est rémunérée maintenant pour les équipes des structures lors des consultations extérieures pour des équipes constituées en SISA, et toujours rien pour l'immense majorité des libéraux.

Les propositions du SML

- **Élargir la nomenclature clinique** afin de valoriser l'acte intellectuel.
- **Réviser régulièrement** les nomenclatures clinique et technique afin de mettre en œuvre une maintenance de la valeur des actes.
- **Indexer la valeur des actes** sur le coût de la pratique, avec évaluation paritaire et revalorisation bisannuelle ou annuelle.
- **Créer un acte de téléconsultation** (consultation à distance, au téléphone avec ou sans vidéo) pour tous les médecins et créer des actes de télémédecine en reconnaissant qu'il s'agit d'une véritable consultation.

- Instaurer un paiement forfaitaire pour le travail administratif réalisé en plus de l'acte.
- **Favoriser la signature d'un avenant à l'ACIP** permettant enfin la rémunération de la coordination interprofessionnelle, pour tous, et qui respecte le libre choix des patients.
- **Rendre les contrats OPTAM et OPTAM-CO accessibles à tous les médecins** quel que soit leur secteur, 1 ou 2, avec espace de liberté tarifaire indispensable à la modernisation pour le secteur 1, tout en sanctuarisant l'existence d'un secteur 2 hors option autorisant des modes particuliers de prise en charge et d'organisation.
- **Revoir le forfait structure inclus dans la ROSP afin qu'il permette de donner au médecin les moyens de proposer une prise en charge coordonnée.**
- Réintégrer la rémunération de la PDS dans le champ conventionnel afin de redonner aux partenaires conventionnels la main sur ce dossier avec transfert des fonds dédiés dans la convention.

Rémunération à l'épisode de soins

Le rapport Véran sur l'évolution des modes de financement des établissements de santé commandé par Marisol Touraine, l'Assurance maladie dans les pistes qu'elle propose pour 2018 et le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie dans son récent avis, prônent chacun à leur tour une évolution du mode de rémunération avec, comme alternative au paiement à l'acte, des rémunérations forfaitaires à l'épisode de soins, voire partagées entre professionnels et établissements.

Cette modalité de rémunération pourrait conduire au passage d'une médecine reposant sur une obligation de moyens à une obligation de résultat à l'intérieur d'un budget à enveloppe fermée, gérée par les établissements de soins. L'aléa thérapeutique serait mis de côté.

Un tel changement risquerait d'avoir deux conséquences à brève échéance : d'une **part l'instauration d'une sélection des patients** pour assurer une optimisation des forfaits et, d'autre part, **la fin de leur liberté de choix dès lors** qu'ils deviendront captifs de la structure de soins détentrice de leurs enveloppes budgétaires respectives. En outre, en cas de reprise d'un patient après complications, les établissements pourraient être tentés de mettre en jeu les assurances en RCP des médecins provoquant une nouvelle flambée des primes.

Les clés de la médecine libérale seraient données aux établissements qui n'en espéraient pas autant. De plus, nulle certitude n'est apportée quant à une amélioration du niveau de la rémunération et la fin des logiques productivistes. C'est peut-être le contraire qui risque de se produire.

En outre, il est troublant de constater que **les exemples étrangers** cités, notamment par le HCAAM, pour justifier de la bonne efficacité de cette mesure, **sont tirés de pays où le paiement à l'acte est soit minoritaire soit inexistant !**

Enfin, à ceux qui voient dans cette modalité de rémunération un canal d'amélioration de la qualité, le SML y trouve **l'instrument d'une sanction collective** puisqu'il va pénaliser de la même façon les bonnes et les mauvaises pratiques !

C'est pourquoi le SML émet les plus vives réserves sur cette évolution et réaffirme son attachement au paiement à l'acte.

La dispense d'avance de frais libérale

Le SML propose l'abandon pur et simple du tiers payant général obligatoire qui a fait l'objet d'une insupportable surenchère politique et idéologique. Il s'agit d'écarter un système inflationniste et déresponsabilisant, conduisant à une dérive bureaucratique de l'exercice médical. Cependant, compte tenu des situations de précarité ne relevant pas toujours des dispositifs actuels et face à la réalité des impayés, la souplesse et le pragmatisme doivent prévaloir ; rien ne doit être imposé aux médecins. Le SML est prêt à étudier des systèmes de dispense d'avance de frais, indépendants des organismes payeurs et qui pourraient être mis en place par la profession sur la base du volontariat.

Le SML réaffirme son opposition au tiers payant généralisé obligatoire tel qu'imposé dans la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS) et note que le Conseil constitutionnel, dans sa décision du 21 janvier 2016, a censuré l'extension du dispositif aux complémentaires santé.

Le médecin doit pouvoir rester libre de pratiquer ou non la dispense d'avance de frais, excepté pour les patients en CMU et ACS (pour la partie opposable) dont les droits sont connus et mis à jour par un meilleur contrôle. En outre, il faut souligner les cas où les patients ne souhaitent pas que le médecin télétransmette afin de préserver leur secret médical (sexologie, etc.). Il faut donc que le médecin puisse répondre à cette demande.

Aucune difficulté technique ou administrative ne doit rejaillir sur le médecin, et **tout acte honoré en dispense d'avance de frais doit engendrer une rémunération** destinée à compenser les frais techniques et de gestion. **Le fait de proposer ce service supplémentaire aux patients constitue en soi un acte supplémentaire qui doit être reconnu et honoré en tant que tel.**

En outre, **aucune difficulté administrative ne doit rejaillir sur le médecin et son activité.** Enfin, le médecin doit être libre de faire appel à la solution technique de son choix sans que les solutions de l'Assurance maladie ou des complémentaires santé ne puissent lui être opposées.

Enfin, à l'instar de la nouvelle législation concernant le « droit à l'erreur dans les entreprises », en cas d'erreur faite de bonne foi, nulle sanction ne devrait être appliquée aux médecins libéraux dans le cadre du dispositif d'avance de frais.

Les propositions du SML

- Garantir l'absence de conséquences ou difficultés administratives sur le médecin et son activité.
- Donner au médecin la liberté de pratiquer ou non la dispense d'avance de frais, en dehors des cas prévus par la convention.
- Rémunérer le service de dispense d'avance de frais pour chaque acte ainsi facturé afin de compenser le coût technique et le temps de gestion.
- Laisser au médecin le choix de la solution technique, sans que puissent lui être opposées les solutions de l'Assurance maladie ou des complémentaires santé.

-5-

Construire l'avenir

Un bouquet de solutions pour les zones en déficit d'attractivité

La notion de « déserts médicaux » est une notion médiatique. En réalité, il s'agit de zones en déficit d'attractivité. Le nombre de territoires concernés par les situations de sous-densité médicale où, selon une récente étude de la DREES, l'on relève le cumul de difficultés d'accès à la fois aux médecins, aux urgences et aux pharmacies sont très peu nombreux et ne concernent que 0,5 % de la population, soit 500 000 personnes environ. En revanche, les disparités de l'accessibilité à un médecin généraliste ou aux spécialistes, traduisent une répartition inégale. Pire, la création de MSP ou de regroupements induit de nouvelles zones sous-dotées par concentration des ressources. Mais, la superposition des cartes démontre que ces zones correspondent à des zones où la population est faible et où les Pouvoirs publics ont démissionné en y fermant les écoles et les bureaux de Poste. Un autre phénomène, plus récent, est apparu qui concerne les centres-villes qui rencontrent eux aussi des difficultés. Celles-ci sont multifactorielles. Tout d'abord, les stratégies de développement commercial ont déporté en périphérie une part de l'activité et les flux de clientèle correspondant. Ensuite, les contraintes de mise aux normes d'accessibilité des locaux professionnels ont incité les médecins qui ne pouvaient réaménager leurs locaux à en changer, le plus souvent en quittant le centre-ville. Enfin, on ne peut que souligner que la carte des zones déficitaires recoupe les zones des déserts numériques, **c'est-à-dire celle des territoires dépourvus en haut et très haut débit.**

Par ailleurs, la désaffection du libéral auprès des jeunes médecins est en partie due au fait que ceux-ci sont formés à l'hôpital par des hospitalo-universitaires déconnectés de la médecine de ville, que les études de médecine ne les préparent pas à une autonomie professionnelle et ne contiennent pas de module de formation au management d'une entreprise médicale libérale. Les solutions à mettre en œuvre sont multiples et ne doivent pas être univoques. Elles passent par le déploiement de mesures incitatives multiples. Le SML entend réaffirmer son attachement à la liberté d'installation et souhaite renforcer l'attractivité de la profession. Ainsi, la réhabilitation de l'image de la médecine libérale auprès des jeunes passe par une amélioration fondamentale de la qualité de vie professionnelle, qui passe par une amélioration sensible de l'exercice.

Enfin, le SML préconise de mener une réflexion globale sur le *numerus clausus* qui bloque les étudiants français alors que 20 % des médecins qui s'installent sont issus de filières étrangères, et que nombre de ces médecins à diplômes étrangers sont français. Par ailleurs, le *numerus clausus* ne doit pas être un outil au service d'une politique malthusienne destinée à raréfier l'offre pour certaines spécialités. L'exemple de la gestion du *numerus clausus* des ophtalmologues interpelle. Le SML estime que les *numerus clausus* par spécialité doivent être établis par région et selon les prévisions de besoin des populations en coopération avec les URPS et naturellement les syndicats. En outre, il est nécessaire d'intégrer de nouvelles variables dans les prévisions, telles que le temps médical disponible selon la structure d'exercice. Celui-ci diffère très sensiblement, en particulier pour ce qui concerne la médecine salariée. Enfin, le risque d'une pléthore médicale en cas d'abandon du *numerus clausus* ne doit pas être écarté et d'ores et déjà appréhendé par le CNOM et l'ONDPS.

Les propositions du SML

Susciter les vocations libérales

- **Ouvrir l'université aux docteurs en médecine libéraux** qui, à l'instar de ce qui existe dans d'autres disciplines, doivent pouvoir venir enseigner leur pratique et leurs spécialités respectives. Les médecins libéraux ont toute légitimité pour prétendre à des postes universitaires et d'enseignants associés. Cela permettrait un enrichissement de la formation initiale et également d'ouvrir des perspectives nouvelles de carrières mixtes, libéral et universitaire, attractives pour toutes les générations de médecins.
- **Promouvoir l'exercice libéral auprès des étudiants au cours de leur cursus théorique** afin de leur permettre, à l'issue de leur formation, d'appréhender les multiples possibilités d'exercice qui composent les professions libérales (cours de gestion et de management... faits par des libéraux).

Accompagner pendant la formation

- **Généraliser la mise en œuvre d'un compagnonnage des étudiants par les médecins libéraux, toutes spécialités confondues, dès la 3^e année des études médicales.**
- **Étendre à toutes les spécialités les terrains de stage d'internat en cabinet libéral tout au long du cursus.**

Améliorer la couverture sociale

- **Étendre l'avantage supplémentaire maternité à l'ensemble des femmes médecins, quel que soit leur secteur d'activité et instaurer son pendant pour la paternité.**

Sécuriser et faciliter l'installation

- **Mettre en place un parrainage libéral** destiné à faire bénéficier les jeunes médecins d'un accompagnement vers l'exercice libéral.
- **Sécuriser les conditions de l'installation des jeunes médecins**, dont les futures générations seront majoritairement composées de femmes, pour faciliter leur entrée dans l'activité libérale par des dispositifs tels que la création d'un **contrat de solidarité de succession active**. En plus d'éviter les fermetures de cabinets sans successeurs, ce dispositif permet une **transition** entre le médecin sortant, dans le cadre d'une retraite active, et son successeur auquel il aura transmis progressivement sa patientèle en l'épaulant jusqu'à son départ pendant la première année.
- **Créer le statut de médecin successeur** : il s'agit, à travers ce dispositif, de permettre à un médecin nouvellement installé de faire appel au médecin auquel il a succédé pour le remplacer lorsqu'il en éprouve le besoin. Ainsi, celui-ci peut prendre le relais en cas de congés maternité par exemple.

Compenser les déficits d'attractivité

- **Faire de la coordination une priorité en déployant les dispositifs de financement** des équipes pluridisciplinaires de soins dans le cadre de l'ACIP (négociation d'un nouveau dispositif évoqué plus haut).
- **Aider les entreprises médicales à créer les emplois** dont les médecins ont besoin afin de libérer du temps médical. Ainsi le SML propose à la fois d'instaurer une **exonération durable de charges et de taxes** pour toute création d'emploi administratif et de rehausser le niveau du forfait conventionnel « structure » afin de rendre possible l'embauche dans les entreprises médicales. En particulier, chaque médecin devrait pouvoir ainsi financer un demi-poste de secrétariat. À défaut, il faut revoir sérieusement le niveau des honoraires.
- Inciter les médecins qui le souhaitent à exercer quelques jours par an dans une zone fragilisée est une mesure à privilégier, à condition que les avantages proposés soient réellement incitatifs financièrement et fiscalement, avec la prise en charge des frais d'exercice et de déplacement induits. Il s'agit du dispositif du

médecin volant porté de longue date par le SML. Celui-ci a été mis en œuvre dans la convention mais les avantages proposés sont insuffisants pour rendre la mesure réellement attractive et il est insuffisamment promu.

- **Établir un zonage cohérent au niveau des régions en associant les syndicats et les URPS pour définir les zones éligibles aux aides à l'installation**, en évitant le saupoudrage. D'autre part, le zonage doit veiller à repérer les zones qui ne sont pas encore déficitaires mais susceptibles d'être fragilisées en raison de la moyenne d'âge élevée de la population médicale, même si celle-ci est nombreuse. De même, la requalification de certaines zones entraîne la sortie de cabinets médicaux des critères d'éligibilité des aides dont ils avaient jusqu'alors bénéficié, pour leur création ou leur maintien, entraînant des difficultés économiques, allant jusqu'à remettre en jeu le maintien de l'entreprise médicale. Des dispositifs transitoires doivent être trouvés afin d'assurer leur pérennité.
- **Instaurer un crédit d'impôt sur le revenu de l'activité médicale aussi longtemps que la zone reste en situation de sous-densité.**
- **Raccorder les territoires aux réseaux à haut et très haut débit**, ne serait-ce que pour permettre le déploiement des solutions de télémédecine sur ces territoires.

Faire des gestes en direction des médecins exerçants

- **Créer des conditions favorables à l'installation des remplaçants.**
- **Amortir la baisse démographique à travers des dispositifs tels que le cumul emploi-retraite.** Celui-ci doit être soutenu et encouragé au moyen de mesures d'incitation et d'exonération de cotisations sociales.
- **Créer un statut du médecin retraité remplaçant qui permettrait de maintenir une activité à temps très partiel, capable de soulager les médecins en zone déficitaire et de sécuriser l'installation des jeunes remplaçants.**

Le médecin connecté

Pionnier dans la télémédecine, le SML défend de longue date une vision du médecin connecté pour assurer, dans la mesure du possible, la dématérialisation des formalités, et une prise en charge coordonnée permettant un suivi efficace des patients complexes dans le cadre du maintien à domicile.

Le SML constate que les outils sont à la disposition des praticiens mais déplore les retards pris par la convention médicale et les textes obsolètes, qui constituent autant d'obstacles au franchissement d'une étape cruciale de l'évolution des pratiques médicales. Les médecins libéraux doivent s'emparer de la télémédecine, de la e-santé et de l'ensemble des outils connectés, et ils doivent être rémunérés pour cela.

Auparavant, il sera nécessaire de déployer le DMP et les outils de messagerie sécurisée permettant de communiquer entre professionnels de santé, en particulier les pharmaciens et les paramédicaux.

Les propositions du SML

- **Équiper massivement les médecins d'outils mobiles**, de e-santé et de télémédecine en les finançant.
- **Généraliser les outils d'agendas** pour réduire les délais d'attente de rendez-vous auprès des médecins et fluidifier la file active tout en combattant les *no-show*.
- **Offrir une formation médicale continue** spécifique aux outils numériques, financée en supplément de l'enveloppe actuelle grâce à une participation des entreprises du numérique sur le modèle du financement par l'industrie pharmaceutique pour la formation métier.
- **Mettre en œuvre une nomenclature innovante** pour la prescription d'applications mobiles de santé évaluées par la profession et le télé-suivi des patients.
- **Répartir équitablement le financement des moyens déployés** pour la télémédecine entre les mondes hospitalier et libéral.
- **Déployer sans restriction les actes de téléconsultation, télé-expertise, télésurveillance, télé-suivi** et définir un forfait technique, sur le modèle de l'imagerie, rémunérant les frais d'amortissement et de fonctionnement de la plateforme indépendamment d'une juste rémunération de l'acte médical lui-même.
- **Construire une rémunération à l'acte de la télémédecine réellement incitative.**
- **Préserver les systèmes d'information des médecins libéraux dans le cadre de la mise en œuvre des systèmes d'information des SAMU.**

Le big data

Les médecins produisent par leur activité un gisement de données de santé particulièrement riche. Malgré l'ouverture récente des données de santé, les syndicats médicaux représentatifs ne disposent pas d'un accès privilégié à toutes les données anonymisées du SNIIRAM qui leur seraient pourtant essentielles. Par ailleurs, ils sont exclus de toutes les données dites grises, pourtant indispensables à la co-construction et cogestion du

système de santé. Le SML estime que les données de la profession doivent être accessibles à ceux qui les représentent et assurent leur défense.

Par ailleurs, le SML recommande un encadrement précis de l'utilisation des données médicales ou professionnelles par les fournisseurs de services et d'outils ou applications aux médecins et leurs patients. Le SML réclame l'interdiction de l'exploitation des données des médecins libéraux, notamment celles permettant de retracer leur activité, à partir d'outils numériques.

Les trous noirs du numérique

De nombreux territoires, ruraux et urbains, ne sont pas desservis en haut et très haut débit. Cela représente un réel handicap pour développer les technologies numériques en santé. Et particulièrement, il a été souligné que la carte des « déserts numériques » coïncidait avec celle des « déserts médicaux ». Le SML estime que le plan de développement du réseau haut et très haut débit doit être accéléré. Une priorité doit être donnée pour raccorder au plus vite les professionnels de santé libéraux et les établissements de soins, à l'instar de ce qui avait été mis en œuvre dans les années 60 pour raccorder ces derniers en priorité au téléphone.

C'est un enjeu fort pour développer la télémédecine et la coordination des soins.

Une formation ouverte sur le libéral

Formation initiale

La formation initiale des médecins est trop déconnectée de l'exercice libéral et est en partie responsable de la désaffection des jeunes diplômés pour cette forme d'exercice. C'est pourquoi le SML souhaite que des passerelles plus nombreuses et effectives soient tissées avec l'exercice libéral, dans le déroulement du cursus de la formation qui est effectué principalement en structure hospitalière.

Les propositions du SML

- Permettre à tous les docteurs en médecine libéraux qui le souhaitent de pouvoir enseigner leur pratique à la faculté de médecine.
- Ouvrir les cabinets libéraux aux stages pour les externes.
- Inclure les MEP et nutritionnistes dans la maîtrise de stage.
- Généraliser la mise en œuvre d'un compagnonnage des étudiants par les médecins libéraux dès la 3^e année des études médicales.
- Étendre l'internat libéral à toutes les spécialités, y compris des plateaux techniques lourds.

Formation continue

Le domaine de la formation continue illustre la démarche d'étatisation engagée depuis la loi de 2009 instaurant le DPC. De toutes les professions dites « sensibles », la médecine est la seule dont la formation continue échappe aux organisations professionnelles représentatives. Il en résulte un dispositif de formation inadapté aux attentes réelles des praticiens, et de façon très problématique sous-financé. Le remplacement de l'OGDPC par l'ANDPC n'a rien résolu. Pire, désormais la formation continue obligatoire des médecins est rationnée et dépend de listes d'attente. Il serait illusoire de prétendre à une médecine de qualité avec une formation continue au rabais. **Aussi est-il impératif de revenir à un dispositif de 40 heures de formation annuelle correspondant aux standards européens.**

Le SML préconise le retour à un dispositif de formation continue davantage professionnel et de qualité, administré par les représentants des médecins, et doté des financements indispensables pour permettre au plus grand nombre de médecins de se former. Il n'appartient pas à l'Université ni à l'Ordre d'assurer la formation médicale continue.

De plus, la formation conventionnelle, pour 80 millions d'euros, des médecins libéraux, qui a été confisquée par l'État au profit du DPC, doit être rétablie. Ces sommes font partie des contreparties conventionnelles.

Les propositions du SML

- Revenir à un dispositif de 40 heures de formation continue par an, correspondant aux standards européens.

- Renforcer le rôle des syndicats médicaux représentatifs dans la gouvernance du DPC.
- Restituer aux médecins libéraux les fonds de la formation conventionnelle.
- Mettre en œuvre un crédit d'impôts pour les médecins qui assument les frais de leur formation professionnelle continue, en dehors des dispositifs du DPC.

Formation des personnels médicaux

Les formations continues proposées aux secrétaires médicales nécessiteraient d'être discutées avec les médecins car elles sont peu pertinentes.

Le décret de compétence des IBODES qui impose la VAE et une formation supplémentaire aux IDE aides opératoires doivent faire l'objet d'un allongement du délai de mise en conformité et d'une aide sous forme de crédit d'impôt aux chirurgiens libéraux employeurs. Les droits accumulés par ces salariés dans le cadre du Fongecif ou des Opca devraient pouvoir être utilisées dans le cadre de la formation complémentaire exigée par le décret.

La sécurité : une urgence

Les résultats de l'Observatoire de la sécurité des médecins démontrent **une nette augmentation du nombre de violences : 925 en 2013, contre 798 en 2011**. Il s'agit là du chiffre annuel le plus élevé depuis la mise en place de l'Observatoire en 2003. **Les généralistes restent les plus concernés par l'insécurité puisqu'ils représentent 58 % des médecins agressés**, ce qui est plus élevé que leur proportion dans la population médicale (54 %). Les ophtalmologistes sont une nouvelle fois en tête des spécialités les plus touchées. Viennent ensuite les psychiatres, les gynécologues et les pédiatres.

Les agressions violentes à l'encontre des médecins libéraux se sont multipliées ces dernières semaines : à Saint-Cyprien fin 2016, à Limoux le 31 janvier 2017, et le 1^{er} février, l'assassinat d'un généraliste à Nogent-le-Rotrou. Récemment, un médecin des Hauts-de-France a été agressé à son cabinet, puis harcelé par ses agresseurs.

La sécurité des praticiens, qui sont de plus en plus des femmes, est un des facteurs essentiels du maintien de la présence médicale libérale dans certains quartiers. **Ce dossier n'a pas été pris en considération de façon sérieuse par les Pouvoirs publics. La mise en œuvre de moyens forts, visibles et dissuasifs pour la sécurité des praticiens est indispensable et urgente.**

Le protocole de 2011 signé entre les ministères de la Justice, de l'Intérieur et de la Santé, et les Ordres reste insuffisant car inégalement appliqué selon les départements. Il visait notamment à développer le financement des caméras de surveillance aux abords des maisons médicales de garde, à créer un référent sécurité à l'écoute des médecins dans chaque département, à mettre en place un numéro d'appel urgent directement relayé au commissariat, et enfin à mettre en forme un document rappelant la conduite à tenir en cas d'agression et les conseils de prévention.

Le SML propose des mesures réellement dissuasives et protectrices pour les médecins libéraux :

Les propositions du SML

- **Le durcissement de la pénalisation des agressions et des incivilités** commises à l'égard des médecins. Pour cela il faut que les praticiens rejoignent la liste des personnes chargées d'une mission de service public (instituteur, chauffeur de bus, sapeur-pompier, facteur, etc.).

L'article 433-5 du Code pénal est rédigé comme suit :

« Constituent un outrage puni de 7 500 euros d'amende les paroles, gestes ou menaces, les écrits ou images de toute nature non rendus publics ou l'envoi d'objets quelconques adressés à une personne chargée d'une mission de service public, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de sa mission, et de nature à porter atteinte à sa dignité ou au respect dû à la fonction dont elle est investie.

Lorsqu'il est adressé à une personne dépositaire de l'autorité publique, l'outrage est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende.

Lorsqu'il est adressé à une personne chargée d'une mission de service public et que les faits ont été commis à l'intérieur d'un établissement scolaire ou éducatif, ou, à l'occasion des entrées ou sorties des élèves, aux abords d'un tel établissement, l'outrage est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende.

Lorsqu'il est commis en réunion, l'outrage prévu au premier alinéa est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende, et l'outrage prévu au deuxième alinéa est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. »

- **La levée des obstacles administratifs à la mise en place d'une surveillance vidéo** dans les salles d'attente des cabinets médicaux y compris dans le cadre des consultations libres.
- **La mise en œuvre d'un droit de retrait effectif** pour les médecins libéraux, dès lors qu'il existe une menace ou une situation d'insécurité et pour autant que celle-ci n'est pas résolue par l'intervention de la puissance publique.
- **L'autorisation de se désengager des soins en cas d'incivilité sans obligation d'assurer la continuité de ces soins.**
- **La création de dispositifs d'alerte** permettant aux praticiens de pouvoir déclencher l'arrivée immédiate des secours en cas de nécessité. Des dispositifs sur Smartphone ont été expérimentés par certaines URPS de médecins. Les enseignements de ces expérimentations doivent être tirés afin d'étendre les outils les plus fiables.



Le Syndicat des Médecins Libéraux - SML
22 Rue Vaugelas 75015 PARIS

www.lesml.org

Twitter @LE_SML