

Des accords avec les libéraux qui ne sont pas respectés et des politiques qui ne sont pas garants de ces accords : le secteur optionnel signé en 2009 et re-signé en 2011.

Des ARS qui privilégient systématiquement le secteur public au détriment du libéral sans évaluation préalable .

Installation, obligations professionnelles : les inconvénients de l'exercice libéral sans aucun de ses avantages.

Le SML s'interroge :

Quels impacts pour la médecine libérale de proximité de demain ?

Il faut d'abord s'entendre sur **la définition de médecine de proximité** :

- S'agit-il d'une simple facilité d'accès aux soins en temps et en lieu ?
- Quelles spécialités participent à la médecine de proximité :
 - Les généralistes s'imposent mais d'autres spécialités la revendiquent ?
 - La chirurgie ne peut pas être aussi de proximité ?
 - Mais la chirurgie ambulatoire qui s'impose progressivement apporte une nouvelle notion de proximité : loin de chez soi mais moins longtemps.
- Qui va dispenser cette médecine de proximité ?
 - Médecins ou délégués de tâches ?
 - Avec transfert de compétences ?
 - La télémédecine, outil de proximité ? Son importance est sûrement surévaluée.
 - Par contre, l'automédication « contrôlée » via le web se propage rapidement surtout chez les jeunes mais également chez les nouveaux retraités.

Cette liste d'interrogations n'est pas exhaustive et l'on pourrait certainement débattre encore plus longtemps sur le sujet.

Quoiqu'il en soit en matière de santé, il est indéniable que la voie libérale amorce une mutation majeure. Cette mutation est incontournable, inévitable, et rendue indispensable par les grands et profonds changements sociétaux, économiques et politiques.

Les changements sociétaux

Ils touchent les professionnels de santé mais également les patients.

- Pour les professionnels de santé, et surtout les médecins, un phénomène a été mal appréhendé au départ : la féminisation des nouveaux diplômés va entraîner une grande modification structurelle de l'exercice professionnel libéral et en particulier de la médecine dite de proximité. Les paramètres intervenants dans ce processus sont nombreux :
 - c'est une génération élevée par des parents ayant connus les 35 heures
 - l'origine sociale des étudiants s'est diversifiée considérablement. On assiste à une diminution des « familles médicales »
 - le choix de la spécialité n'est pas souvent en adéquation avec les besoins
 - le choix du lieu d'installation est lié à des critères familiaux : conjoints, enfants...
 - le refus de l'exercice isolé en médecine générale, de la permanence des soins, des zones à risques devient majoritaire
 - la grande attraction du secteur hospitalier avec des salaires élevés en début de carrière et un plan de carrière plus lisible.

- En ce qui concerne les patients, les grands mouvements de population, accroissement (natalité, immigration, allongement de la durée de vie), vieillissement de la patientèle avec ses corollaires : la dépendance et l'augmentation du nombre d'ALD mais aussi les mouvements migratoires internes (désertification des campagnes, attrait des zones Sud et côtières) sont des facteurs de grande influence sur la médecine de proximité libérale. Certains facteurs peuvent également intervenir à un degré moindre sur l'évolution et le non choix de la médecine de proximité, comme la sur-médiatisation des problèmes de délinquance et de population SDF. Cette médiatisation a assurément un effet freinateur à l'installation (courbe des installations / médiatisation des crises sociétales).

Les grands changements économiques

La récession économique internationale conduit à un ONDAM des plus restreint -passage de 2.8 à 2.5 au 1^{er} novembre 2011. Les projections à 10 ans (durée encore lisible pour l'individu) sont sans espoir d'amélioration. Qui dit ONDAM réduit, dit gel des honoraires déjà bien trop bas pour l'exercice actuel.

Dans l'exercice de demain le coût de la pratique va flamber (investissements, informatisation grandissante, télé-médecine, RCP...). Pour l'instant personne chez les institutionnels ne veut prendre ce facteur en compte.

Seule **l'option qualité ou performance, conventionnelle** intègre ce paramètre dans un mode de rémunération innovant (évaluations à suivre). Le maintien de l'offre de soins de proximité libérale « à tout prix » risque bien entendu d'être inflationniste. Alors quelles solutions les territorialités vont-elles trouver à long terme ? Comment susciter les vocations, le volontarisme dans de telles conditions ?

Surtout lorsqu'on y oppose des propositions de la FMF par trop séduisantes : l'exemple de l'urgentiste : 12 jours + 4 nuits par mois = 6 000 euros.

Les grands changements politiques

- Et tout d'abord nationaux
 - la loi HPST est également une loi d'aménagement du territoire : *tentative d'adapter l'offre de soins à la demande des besoins des populations en décentralisant l'arbre décisionnel et en regroupant les services organisés jusque là en multi couche.*

Entreprendre une telle réforme était plus que louable. Malheureusement cet esprit de la réforme a vite disparu devant des contraintes économiques impitoyables et des habitudes centralisatrices de l'administration et des politiques.

- La régionalisation aujourd'hui est en fait un grand plan d'économie budgétaire drastique, plus facile à faire accepter car organisé dans des territorialités sans communication transversale.

Pour la médecine libérale de proximité aujourd'hui les seules propositions de régionalisation faites par les ARS sont la multiplication des maisons pluridisciplinaires et l'effacement des libéraux dans la permanence des soins. La déception est grande chez les professionnels.

COMMUNIQUE DE PRESSE 23 NOVEMBRE 2011

- L'opposabilité des recommandations, outil privilégié et préféré de l'administration française, sera un paramètre fort de la disparition progressive de la médecine libérale de proximité.

Certes l'opposabilité, versus HAS, peut être une source d'amélioration des pratiques, extraordinaire, si elle est utilisée en concertation, avec mesure et évaluation objective. Quant elle est, comme c'est le cas aujourd'hui, imposée et utilisée à outrance, elle devient un outil d'exclusion.

- L'influence de l'Europe sur les grands changements de l'exercice professionnel se fait de façon moins directe. Elle sert également trop souvent d'alibi pour les Institutions.

La crise actuelle de l'euro, servira vraisemblablement d'explication à la réduction de l'ONDAM, à la saisie du comité d'alerte et donc au report des augmentations d'honoraires conventionnels prévues et accordées en juillet 2011.

La réforme actuelle impossible de la FMC (Formation Médicale Continue) trouve sa justification dans des directives européennes. Cependant le refus massif des professionnels conduit les tutelles à proroger régulièrement le système actuel.

Certaines spécialités, comme la gynécologie médicale, sont conduites à la disparition aux motifs qu'elles n'existent pas dans d'autres pays européens. Les exemples sont multiples tantôt positifs tantôt négatifs.

Alors y a –t-il encore un avenir pour la médecine libérale dans le système de santé de proximité de demain ?

Malgré ce réquisitoire préalable sévère, je pense finalement que oui, il y a encore un avenir pour la médecine libérale.

D'abord rappelons que ce système de soins est plébiscité par les français, et les politiques ne devraient pas l'oublier car les grandes réformes réussies ne le sont qu'avec ceux qui les vivent ou les subissent, mais jamais contre eux.

L'exercice de la médecine de proximité libérale tel que nous le connaissons a donc vécu.

Les médecins libéraux n'auront alors un avenir dans le système de soins de demain que s'ils acceptent :

- La mutualisation des moyens, des personnes ressources,
- Une régulation réfléchie à l'installation,
- L'apprentissage d'un esprit entrepreneurial
- La délégation des tâches,

Le SML réagit et engage les pistes de réflexions

➡ **La mutualisation des moyens, des personnes ressources**

Elle peut certes se faire à travers les maisons pluridisciplinaires. Mais, attention, elles doivent être initiées par les professionnels de santé eux-mêmes.

Les regroupements pensés, décidés uniquement par les politiques ou l'administration ont été un échec (maison de santé, centre de soins intégrés mitterrandien).

➡ **Une régulation réfléchie à l'installation**

Elle ne doit pas être univoque mais doit marier intelligemment les mesures incitatives et coercitives. Les incitations sont encore faibles, mal connues, trop disparates régionalement.

Nous proposons d'aller jusqu'au rachat des clientèles encore existantes dans les zones difficiles par les collectivités, avec aménagement de la prolongation d'exercice du médecin installé (type Médecin Retraité Actif – MRA) et mise à disposition facilitée aux nouveaux arrivants.

Des mesures de régulation dans les zones hyper dotées en fonction des spécialités doivent être étudiées. La règle que nous proposons est une arrivée, partielle ou non, contre un départ, partiel ou non.

➡ **L'apprentissage de l'esprit entrepreneurial**

Il se retrouve déjà dans l'élaboration, la gestion des maisons pluridisciplinaires créées par les professionnels de santé eux-mêmes.

➡ **La délégation des tâches**

Mais le médecin libéral doit avoir une réflexion profonde sur son exercice :

- Doit-il encore tout faire ?
- Ne doit-il pas organiser le travail autour de lui, et autour de sa patientèle ?
- Il doit définir ce qu'il peut déléguer. Il doit choisir et former ses collaborateurs, à qui il délèguera des tâches sous sa responsabilité.
- Il devra trouver par appel d'offre, par exemple, des moyens complémentaires pour les rémunérer.
- Il devra se positionner dans la prévention et l'éducation thérapeutique en utilisant ainsi le temps libéré.
- Le professionnel de santé devra également accompagner le transfert de tâches et de compétences vers d'autres professionnels de santé, de soins (nouveaux métiers intermédiaires).

Ce repositionnement actif dans le système de soins de proximité peut ouvrir une voie vers de vrais plans de carrière évolutifs.

COMMUNIQUE DE PRESSE 23 NOVEMBRE 2011

En conclusion, assurément le SML garde l'espoir qu'il y ait une vraie place pour la médecine libérale dans le système de santé de proximité de demain.

Mais à la condition incontournable de devenir très rapidement de vrais acteurs de la Réforme, indispensable, et d'accepter d'évoluer pour certains progressivement vers un profil d'entrepreneur libéral de soins.

Le refus d'une telle révolution conduira au démantèlement progressif de la médecine libérale via le salariat dans les collectivités, les assureurs, quelques grands groupes privés et le transfert de compétence vers des professions de santé et de soins moins coûteuses.

Les médecins libéraux ont le destin de la médecine libérale entre leurs mains.

S'adapter c'est sûrement la sauver.

Refuser l'évolution c'est à coup sûr favoriser sa disparition.

Docteur Christian JEAMBRUN
Président du SML