



XVème université d'été de la CSMF
18/19/20 septembre 2009 - Cannes

Après les réformes, les nouveaux défis de la médecine libérale

Dimanche 20 septembre 2009

Synthèse par les rapporteurs des ateliers Synthèse

Animateur : Sylvie FONTLUPT, Consultante en charge de la communication de la CSMF

Comment organiser la profession pour mieux répondre aux besoins de soins ?

Rapporteur : André NOAILLES (médecin généraliste)

La qualité d'un système de santé peut être mesurée par deux indicateurs : le taux de décès évitable et le taux d'hospitalisation évitable. Par ailleurs, il convient de corriger les maux français que sont la segmentation et le cloisonnement des soins, de rendre visible la prévention et de la structurer. Un travail de transversalité est à créer. André NOAILLES ne cache pas sa déception à l'égard des réponses d'Alain Corvez, qui ont été très floues. Heureusement, la loi HPST laisse des espaces de liberté d'organisation. Gérard Raymond est favorable à la réforme qui recouvre le médico-social. Les diabétiques doivent être pris en charge par leur médecin traitant, ce qui pose la question d'un corpus de soins minimum à délivrer aux patients.

Chaque région aura son ARS sur un canevas identique, mais adapté au contexte régional : par conséquent, la CSMF a un rôle important à jouer en portant des projets libéraux (par exemple, les maisons des spécialistes) et en mettant en avant la qualité des soins. Il faudra apporter des projets aux décideurs.

Quel mode d'exercice et d'organisation pour quelles finalités ?

Rapporteur : Jean-Michel LEMETTRE (médecin généraliste)

Sur 10 jeunes qui terminent leurs études, 6 s'orientent vers le salariat, 3 vers des remplacements de médecins libéraux et 1 seul s'installe en libéral. La problématique est difficile à résoudre : comment faire en sorte que les jeunes aient envie à la fin de leurs études de venir rapidement renforcer les rangs des médecins libéraux ? Deux causes de cette désaffection ont été identifiées : l'isolement géographique et le manque de coordination entre les médecins libéraux. Un consensus se dégage pour favoriser les regroupements de professionnels de santé et développer les moyens d'échanges entre tous les professionnels de santé. Deux conditions doivent sous-tendre les regroupements physiques de professionnels de santé : il doit s'agir d'abord d'un projet médical et les créations de ces regroupements physiques ne doivent pas mettre en péril l'existant. Un travail est en cours sur la délégation de

tâches (qui est à distinguer de la délégation de compétences). L'informatique communicante semble aujourd'hui prête à devenir l'outil de communication moderne permettant d'améliorer la coordination entre professionnels de santé, à condition qu'elle soit au service des utilisateurs et des patients. Ces pistes d'évolution doivent permettre un rééquilibrage de la vie professionnelle et de la vie personnelle, une diminution du temps de travail et une amélioration des conditions de travail et de la convivialité dans le travail.

En résumé, il faut que le syndicat soutienne les projets de regroupement physique ou organisationnel en veillant bien à préserver l'existant et favoriser le DMP.

Le paiement à la performance

Rapporteur : Pierre-Paul SCHLEGEL (médecin généraliste)

Le paiement à la performance oppose une médecine normative à une médecine d'artiste. Il présente deux volets : qualité et efficacité. Il réintroduit une responsabilité entrepreneuriale. Il nécessite la mise en place d'outils informatiques, une organisation professionnelle pour l'élaboration des indicateurs et une réflexion pour un travail en équipe. Il pose également la question de l'indépendance professionnelle et celle du cadre économique. En Angleterre, le coût du « *P for P* » s'élève à 1,25 milliard d'euros. Il a permis l'augmentation du revenu des GP de 30 à 40 % entre 2002 et 2005. Cela dit, les études cliniques montrent que son impact est modeste et que les résultats sont faibles au regard des sommes consacrées. Pour l'atelier, les critères de la performance ne doivent porter que sur les moyens à mettre en œuvre pour atteindre la cible et non pas sur les résultats.

Pour Pierre-Paul SCHLEGEL, aucune position précise ne s'est dégagée dans l'atelier, la difficulté résidant dans l'élaboration de l'outil.

La nomenclature – Les secteurs d'exercice

Rapporteur : Dominique ENGALENC (ORL)

Concernant la CCAM technique, les marges de manœuvre de la convention sont très faibles. La solution est d'aller plus vite. Yves Decalf a souligné la lourdeur des procédures et la mauvaise articulation des GHS avec la CCAM technique. Concernant la CCAM, la discussion est ouverte sur la différenciation de la consultation. La CCAM peut-elle être un élément de régulation démographique ? Frédéric VAN ROEKEGHEM le pense. Le secteur optionnel doit être promu, mais en gardant la liberté contractuelle. Pour la CNAM, le secteur optionnel donne plus de transparence, plus de prise en charge, mais également plus d'engagement sur le secteur 2.

Que préconiser pour faire avancer la nomenclature ? Le temps joue contre la CCAM technique : il faut aller plus vite. Cela entraîne une augmentation des dépassements. La CCAM clinique doit accélérer aussi, en particulier le C à 23 euros (en utilisant, pourquoi pas, l'argent du CAPI). Sur le secteur optionnel, il faut chiffrer le coût de la 1^{ère} étape. Un élément est indispensable, la confiance, d'où la clause de réversibilité.

Le rapprochement des rémunérations ville-hôpital, les profils de carrière

Rapporteur : Jean-Luc BARON (chirurgien)

Le constat est double : les variations de rémunération sont plutôt entre les spécialités qu'intersectorielles ; on assiste à une désaffectation des jeunes pour l'exercice libéral, en raison de la rémunération et de la carrière. Il est donc urgent d'inventer de nouveaux modèles d'organisation professionnelle, qui soient décloisonnés. Il faut tordre le cou à la différence public-privé. Il faut que le système soit régulé par la profession dans les grandes lignes. Il faut transformer la valorisation du patrimonial en valorisation du savoir-faire.

La CSMF a déjà travaillé sur des projets tels que l'entreprise chirurgicale : il faudra porter ces concepts auprès des politiques et de l'administration.

Le développement professionnel continu, pour quoi faire ?

Rapporteur : Daniel BIGARD

Bernard Ortolan a présenté le chantier actuel du DPC. Il s'agit d'une obligation inscrite dans la loi. Il a précisé que le CNDPC est en cours de validation. Puis, Jean-Michel Chabot a répondu à la question : pourquoi le DPC ? Il a avancé plusieurs raisons. Le DPC apporte des garanties de qualité de service pour le patient. Le DPC doit être non sanctionnant et valorisant. Le collège des bonnes pratiques doit être développé. Le DPC permet la simplification, ainsi que l'organisation continue et collective de l'exercice. Les interrogations des participants à l'atelier ont porté notamment sur la régionalisation du DPC.

Si la réforme de la formation professionnelle est en marche, le passage à la création du CNDPC apparaît comme une nécessité. Les interrogations portent notamment sur les financements. Parallèlement, le maintien du FAF-PM est souhaité.

Comment organiser une représentation puissante et coordonnée de la profession ?

Rapporteur : Patrick CZERWINSKI (médecin généraliste)

Trois idées ont été abordées dans l'atelier : la création des ARS, leur impact sur les structures existantes et la position des syndicats. La création des ARS risque de bouleverser le paysage syndical car le directeur de l'ARS concentrera de nombreux pouvoirs entre ses mains. Il aura un champ de compétences très large englobant la ville, l'hôpital, le médicosocial et la santé publique. Les ARS pourront contractualiser directement avec la convention. Deux structures ne seront pas modifiées : l'Ordre des médecins auquel l'adhésion est obligatoire et l'URML qui devient l'URPS.

Les syndicats ne veulent pas être « *shuntés* » par les ARS. Avec la création des trois collèges de médecins, les médecins vont, hélas, être encore affaiblis. Les syndicats doivent travailler en concertation avec l'Ordre des médecins et avec les URPS mais également entre eux : ainsi, ils pourront mieux représenter l'intérêt de leurs adhérents et rester incontournables pour les ARS.

Pour renforcer le pouvoir du syndicat, Patrick CZERWINSKI souhaite que l'adhésion au syndicat devienne obligatoire. Pierre-Paul SCHLEGEL rappelle qu'en Alsace, avant 1940, n'étaient conventionnés que les adhérents aux syndicats signataires.

La médecine générale : un exercice à risque ?

Rapporteur : Alain LECLERC (médecin généraliste)

4 médecins généralistes sur 10 seront mis en cause pour un sinistre dans leur carrière : souvent, c'est l'organisation du système qui est mise en cause. Pour tout litige, le médecin expert est souvent issu du monde hospitalier et méconnaît souvent les conditions particulières de l'exercice de la médecine générale. Il faut former les médecins généralistes sur les « presque-accidents » et leur apprendre à repérer les événements à corriger. La formation universitaire sur les risques de la profession n'est pas adaptée à l'exercice libéral.

Pour Alain LECLERC, il faut passer d'une culture défensive à une culture préventive, c'est-à-dire sensibiliser les médecins experts aux conditions particulières de l'exercice de la médecine générale et former des experts issus du monde libéral.

Débat avec la salle

Jean-François THEBAUT précise qu'en Angleterre, les médecins avaient la possibilité d'exclure de leurs statistiques les patients non répondants (soit un tiers des patients).

Pierre-Paul SCHLEGEL signale qu'un consensus s'est dégagé dans l'atelier : les outils de mesure de la performance doivent être centrés sur les moyens mis en œuvre et non sur les résultats.

Jean-Luc GIRARD pense que le paiement à la performance nécessite plusieurs conditions : le système de régulation, les outils informatiques mis à disposition du professionnel, la séparation de la qualité et de l'efficacité, des indicateurs élaborés par la profession. Pour lui, ces conditions sont fondamentales.

Un médecin généraliste suggère un mode de rémunération prenant en compte la notoriété et l'expérience (passage en secteur 2 au bout d'un certain nombre d'années), associée à de la formation médicale.

Jean-Luc BARON répond que le différentiel des rémunérations public-privé s'accroît en fin de carrière. Une rémunération des fonctions organisationnelles pourrait permettre de valoriser l'expérience des médecins à partir d'un certain âge.

Pour Pierre-Paul SCHLEGEL, une difficulté se pose : quel critère pour évaluer la compétence acquise par l'expérience ?

Un intervenant de la table ronde insiste sur la différence entre le secteur optionnel, qui est une remise à niveau des horaires, et le secteur 2.

Un médecin généraliste précise que, dans le paiement à la performance, les médecins anglais ont la possibilité de relancer les patients pour les faire venir au cabinet.

Jean MANE s'interroge sur le devenir de la médecine libérale : pour Yves BUR, « nous ne sommes pas des libéraux. » Il ne faut pas devenir schizophrène : le paiement à l'acte doit être complété par des forfaits, mais le CAPI fait sortir de la médecine libérale. Personnellement, Jean MANE se dit libéral et espère que la CSMF défendra cette conviction.

Jacques CATON engage les médecins à mettre en place un organisme agréé de gestion des risques en médecine libérale.

Alain LECLERC répond que des ateliers sur la prévention des risques sont proposés dans toute la France. Il témoigne que de nombreux risques peuvent être évités.

Pierre-Paul SCHLEGEL associe à l'engagement libéral l'engagement social : en effet, la solvabilisation des patients par la solidarité nationale modifie la donne.