



Conférence de Presse Mercredi 24 Mai 2023

Le règlement arbitral et maintenant ?

Permettez-moi en tout premier lieu de saluer la mémoire du Dr Michel Combier, ancien Président des Généralistes CSMF, récemment disparu. Le Dr Michel Combier était un homme de valeurs et de convictions. Sa droiture et son engagement au service de la médecine libérale et en particulier à la place singulière du médecin de famille resteront un exemple pour les membres de la CSMF mais aussi pour beaucoup d'acteurs de notre système de santé. Au nom de la CSMF, je m'associe à la douleur de ses proches à qui j'adresse mes très sincères condoléances.

Mais permettez-moi aussi d'avoir une pensée très émue suite au décès d'une infirmière du CHU de Reims assassinée lundi dans l'exercice de son métier. Cela doit nous appeler à réagir face à l'insécurité croissante dont sont victimes nos soignants. La CSMF en appelle au Gouvernement afin de prendre des mesures fortes pour protéger nos soignants.

Alors que nous fondions beaucoup d'espoir dans les négociations conventionnelles, celles-ci ont échoué après une dernière multilatérale le 23 Mars dernier. Logique et attendu diront les uns tant le niveau du sous-ONDAM de ville à plus de 3,5 points sous le niveau de l'inflation n'a pas donné aux partenaires conventionnels les moyens de rénover la médecine de ville. Volonté politique délibérée brandissent les autres qui n'ont cessé d'appeler à la grève ou au déconventionnement. La CSMF rejette cette politique du KO et s'inscrit résolument dans une voie positive et constructive qui redonnera aux médecins libéraux leurs lettres de noblesse et aux français un accès aux soins facilité. Avant de développer les différents points de nos propositions pour une nouvelle convention médicale, revenons sur les 4 principaux faits qui ont marqué ce printemps 2023 :

1. **L'échec des négociations conventionnelles** tout d'abord. Si on ne prend pas le temps d'en analyser les causes, nous ne parviendrons pas à écrire la future convention médicale. Plusieurs raisons peuvent être avancées pour expliquer cette situation d'échec :
 - a. **Un manque de moyens** présent dès le départ puisque l'ONDAM de ville à 2,9% laissait mal augurer d'une convention ambitieuse. L'inflation est à 6% en 2022 et sera à peu près à 5% en 2023 (actuellement à plus de 6% sur un an) et la tutelle semble refuser d'intégrer cet élément dans les revalorisations. Les salaires des employés des cabinets médicaux augmentent, le coût de l'énergie augmente, les consommables augmentent et dernièrement un éditeur de logiciel a même annoncé une augmentation substantielle de ses tarifs. Il faudrait être de mauvaise foi pour ne pas comprendre que l'augmentation de la valeur des actes se fait uniquement lors d'une nouvelle convention ou d'un avenant conventionnel et non pas de façon automatique annuelle comme c'est le cas pour les salaires. L'inflation cumulée entre 2017 et début 2024 (date d'application des nouveaux tarifs) sera de 17% selon les projections actuelles. Il y a donc une nécessaire mise à niveau de la valeur des actes. Rappelons qu'en euros constants entre 2010 et 2019, selon les données de la CARMF qui se basent sur les déclarations des BNC (donc des chiffres officiels), les revenus des médecins libéraux ont augmenté de 2,5%, bien en-dessous des revenus des cadres durant la même période. Ceci contredit les premières diapositives présentées en ouverture des négociations comme si la CNAM voulait d'emblée dire que les augmentations devaient être limitées. De plus, selon la CARMF, cette légère augmentation en euros constants s'est faite au prix d'une augmentation de l'activité.
 - b. **Une absence de vraies négociations.** Loin de moi l'idée d'entamer un bras de fer avec l'assurance maladie, mais la litanie des diaporamas présentés par la CNAM durant trois mois sans pouvoir réellement en modifier le contenu et surtout les valeurs de la revalorisation tarifaire des actes qui n'ont été présentées que dans les 15 derniers jours ont terni le déroulé de ces négociations. Ce qui était présenté était intangible et il y a eu au cours des deux dernières séances une aggravation des

propositions sans explication (contrainte de l'engagement territorial, contraintes supplémentaires pour les ESS et suppression des consultations complexes et très complexes). Absence de négociation car il n'y a eu à aucun moment un chiffrage global des mesures proposées avec une évaluation du coût réel des mesures envisagées.

- c. **Un manque de confiance** et peut-être une défiance, car la CNAM a mis des restrictions pour la cotation des actes et la validation de l'engagement territorial rendant le texte incompréhensible, de plus en plus compliqué alors qu'on le voulait simple et incitatif. Cette complexification ne peut s'expliquer que par un manque de confiance envers les médecins avec une peur irrationnelle de voir les dépenses augmenter (l'échec des cotations MCU et SNP mais aussi la cotation limitée des actes complexes et très complexes montrent le contraire et n'a pas servi de leçon).
- d. **Une atteinte à notre éthique.** Si le paiement à l'acte permet de valoriser ceux qui travaillent le plus, comment les médecins libéraux pourraient accepter des tarifs différents pour des actes identiques réalisés au sein de même cabinets médicaux.

Pour conclure sur ce chapitre, et avant de débiter de nouvelles négociations conventionnelles il faut que les tutelles, CNAM et ministère, et les syndicats soient conscients que **le but de la convention est de trouver les moyens de favoriser l'accès aux soins.**

Pour cela il faut des moyens, une confiance et de vraies négociations. Sur une trame générale, ce sont les syndicats et la CNAM qui doivent construire ensemble les éléments de la convention et il ne doit pas y avoir de propositions unilatérales dont la construction serait purement technique. Les propositions des syndicats doivent être travaillées en commun.

- 2. **Le règlement arbitral** que nous pourrions appeler le règlement minimal tant il est dénué d'ambition autre que de reprendre très rapidement les négociations. C'est d'ailleurs ainsi que Mme Annick Morel a écrit son propos liminaire dans la note de presse qui nous a été transmise le 24 Avril. Permettez moi quelques remarques au sujet de ce règlement arbitral. L'arbitre tout d'abord et la méthode employée par Mme Morel dont je tiens à saluer le sens de l'écoute et particulièrement son appréciation très interrogative au sujet du contrat individuel d'engagement territorial ouvrant à des honoraires médicaux différents d'un médecin à un autre et en revanche très positive à la lecture de notre programme dont les deux points essentiels sont la hiérarchisation des consultations, idée forte de la CSMF depuis 1998, et la valorisation d'un engagement populationnel collectif basé sur l'incitation. Malgré cela, nous ne nous attendions pas à un règlement arbitral satisfaisant pour la médecine libérale. Reprenant l'essentiel de la convention 2016, ce règlement arbitral a

repris les principaux éléments concernant le SAS et les assistants médicaux mais a aussi proposé de valoriser les consultations de 1,5 € dans 6 mois et d'instaurer une consultation d'inscription des patients en ALD sans médecin traitant à 60 €. Imaginer que cela constitue un choc d'attractivité qui donnera aux médecins libéraux les moyens de s'organiser différemment nous laisse perplexe...

3. La PPL RIST 2 devenue la loi RIST depuis quelques jours. Nous partions de loin ... Après les discussions houleuses au sein du CLIO, cette PPL visait à ouvrir un accès direct à d'autres professions de santé en dehors du parcours de soins.

L'écoute de la commission des affaires sociales du Sénat a donné à ce texte beaucoup plus d'équilibre ouvrant l'accès direct dans le cadre d'un exercice coordonné au sein d'équipes de soins traitantes en dehors des CPTS. Même si ce texte n'a pas repris notre demande d'y inscrire le terme protocolisé, laissons à ces équipes le soin d'écrire, territoire par territoire, les conditions de cette organisation basée sur des protocoles de soins répondant aux référentiels métiers en vigueur.

Permettez moi de m'attarder sur l'article n°7 de la loi RIST instituant le principe d'une "responsabilité collective de participation à la permanence des soins". Tout d'abord, je tiens solennellement à saluer l'engagement de mes confrères qui, dans de nombreux territoires où la démographie médicale s'effondre et où les services d'urgence ferment régulièrement, assurent une permanence des soins garantissant à tous nos concitoyens un accès aux soins non programmés de jour comme de nuit. Au sujet de la responsabilité collective de permanence des soins, les médecins n'ont jamais fui devant leurs responsabilités. Cet effort supplémentaire doit cependant être valorisé à sa juste valeur pour les médecins libéraux qui assurent déjà la majeure partie de la réponse aux besoins de soins. Mais, tous ensemble, dans une politique transparente de droits et de devoirs, les bonnes questions doivent être posées pour assurer à chacun une réponse adaptée et éviter un engorgement des cabinets médicaux et des services d'urgence comme nous le connaissons aujourd'hui.

4. La PPL VALLETOUX. Là aussi, sachons prendre un peu de hauteur. Qu'en est-il ?

A ce stade de cette PPL, et avant les amendements que certains parlementaires brandissent comme des menaces, nous sommes loin de la PPL Mesnier dont la coercition était le maître mot. J'entends les colères avant l'heure à l'encontre d'un texte qui, à ce stade, donne aux territoires et ainsi aux médecins libéraux la responsabilité collective de s'organiser. C'est en tout cas notre lecture des articles consacrés aux Conseils Territoriaux de Santé qui doivent donner aux professionnels de santé exerçant sur le territoire la possibilité de s'organiser librement, simplement et efficacement dans le respect de leurs contraintes respectives.

Je serai nettement moins nuancé sur l'adhésion automatique de tous les professionnels de santé libéraux à une CPTS. Cela ne tient pas au plan juridique et n'a aucun sens sauf à donner le signal fort aux plus jeunes de ne pas s'installer.

Quant à la PDSES, et plus largement à la PDS, là aussi, il en va de la

responsabilité collective. C'est d'ailleurs ainsi que fonctionnent la PDSA mais aussi la PDES, tout au moins là où les ARS ont laissé quelques lignes budgétaires aux spécialistes libéraux... N'oublions cependant jamais que la médecine de ville c'est 80 % des consultations mais aussi que les médecins libéraux ont plus de 55 ans pour la moitié d'entre eux et plus de 60 ans pour ¼ d'entre eux. Si la responsabilité de la PDS doit être collective, il serait contreproductif de vouloir imposer une PDS à titre individuel. Cela est inutile et réduira l'accès aux soins de la population française en conduisant à imposer un repos compensateur et en perdant l'agilité et la productivité de la médecine de ville. Et n'en déplaise à quelques persifleurs qui imaginent que la PDS est l'alpha et l'omega de la contrainte du métier de médecin hospitalier, je les invite à se poser des questions sur l'activité de soins des médecins libéraux assumant l'immense majorité de la réponse au besoin de soins.

Et maintenant ? Que faut-il faire ? La CSMF revendique une attitude résolument positive et constructive dans un programme ambitieux et inédit pour la médecine libérale. Dès le 23 Avril, la CSMF demandait la réouverture de négociations conventionnelles mais pas à n'importe quel prix. Si la convention médicale doit constituer la pierre angulaire d'un nouveau pacte social avec la nation, elle doit en avoir les **moyens**. Mais elle doit également être construite dans un climat de **confiance** et avec le souci de **rendre beaucoup attractif le métier de médecin libéral**. Chacun s'accordera sur le fait que l'on ne peut pas refuser de prendre en charge un nouveau patient. Et pourtant, c'est chose commune. Et n'allons pas imaginer que les médecins en sont fiers. Cela contribue au contraire à leur mal être. Comment faire pour y arriver ?

Les propositions de la CSMF pour la nouvelle négociation conventionnelle.

La première étape consiste à **établir un véritable dialogue et à évaluer les propositions des syndicats au regard de l'accès au soins et de l'investissement nécessaire afin de privilégier ce qui est pertinent et possible.**

Dès le départ, nous devons admettre que l'accès aux soins de nos concitoyens nécessite un investissement nécessaire et raisonnable et que l'expertise médicale soit reconnue à sa juste valeur.

Il faut aussi se rappeler que la **médecine libérale doit être reconnue comme la principale solution à l'accès aux soins** puisqu'elle assure actuellement 80% des consultations, 75% des actes techniques et 60% des interventions chirurgicales sans compter une PDSA qui couvre 95% du territoire.

Si nous ne fermons pas la porte à divers modes de rémunération, le paiement à l'acte doit rester majoritaire. Ses vertus incitatives nous poussent à voir plus de patients différents.

Pour faciliter l'accès aux soins, nous identifions trois mesures principales :

- **faciliter la délégation de tâches pour dégager du temps médical** en favorisant le travail avec un auxiliaire médical, que ce soit un assistant médical ou une IPA. Cette délégation de tâche peut permettre d'augmenter les files actives ou la patientèle médecin traitant sans augmenter l'amplitude horaire de travail des médecins.

- **développer des systèmes de coordination efficaces** que ce soit les MSP, les ESP ou les ESS. Pour les CPTS, il faut développer des missions de coordination dans l'effectif des soins. Il faut aussi développer les SAS pour les soins non programmés.

- **inciter les médecins à voir plus de patients différents**, ce qui revient à augmenter leur file active ou leur patientèle médecin traitant. Partons de l'existant : ceux qui ont des files actives ou des patientèles élevées doivent maintenir leur activité (au-dessus du P70), ceux qui, de façon choisie, ont des files actives ou des patientèles faibles doivent être incités à les augmenter en proportion de leur activité (par exemple augmenter de 10% à 20% par rapport à leur activité actuelle) et ceux qui sont dans la moyenne doivent augmenter leur file active et leur patientèle de façon moindre.

- **Une mesure complémentaire consiste à informer les patients afin de solliciter le système de santé de façon pertinente.**

Toutes les mesures coercitives pousseraient les confrères vers la médecine salariée conduisant à moins d'activité et à une prise en charge de la population à un coût souvent supérieur qui est pris en charge par les collectivités territoriales, et donc payé par l'impôt, comme le démontre le fonctionnement de centres de santé initiés par des

départements et dont la pertinence est remise en cause par le rapport de la Cour des Comptes paru en mars 2023.

Pour que la nouvelle négociation conventionnelle aboutisse à un accord, il faut l'organiser en négociant les points essentiels en premier.

La CSMF propose de négocier d'abord la hiérarchisation et la valorisation des actes, l'engagement populationnel, les forfaits et les aides en particulier pour les assistants médicaux. Il faudra bien sûr valider les aides spécifiques au secteur 1 et la redéfinition de l'OPTAM. Enfin il faudra, au vu des circonstances économiques particulières, négocier l'indispensable revalorisation du point travail pour les actes de la CCAM.

Hiérarchisation et valorisation des consultations

C'est la première mesure qui permettra un choc d'attractivité et une mobilisation des médecins libéraux. **La CSMF propose une hiérarchisation des consultations à 4 niveaux valorisés à 30, 60, 75 et 105 €. Cette hiérarchisation sera applicable sans condition et sans délai par tous les médecins.**

Nous n'avons pas construit cette hiérarchisation au hasard. Elle s'appuie sur un certain nombre de principes :

- **La valeur des consultations doit être la même pour tous les médecins.**
- On distingue des consultations de suivi, d'expertise médicale et des consultations complexes ainsi que des consultations exceptionnelles.
- Selon les spécialités, la cotation se fait le plus souvent en niveau 1 ou en niveau 2 voire en niveau 3.
- Tous les niveaux sont accessibles en fonction des circonstances à toutes les spécialités.
- La valorisation proposée permet sans acte perdant une majoration raisonnable au regard de l'inflation.
- Cette hiérarchisation permet de faire disparaître toutes les lettres clés inutiles en dehors des majorations d'urgence (MCU et SNP), des majorations de dimanche et jours fériés, de nuit et de déplacement et également des majorations DROM.
- **La majoration MCU doit pouvoir être utilisée dans les 5 jours mais aussi pour les actes techniques.** Son utilisation dans les 48h est un échec au vu du faible nombre d'actes réalisés (427 000 cotations soit 8 cotations environ par spécialistes et par an).
- **Tirant la leçon de l'échec conventionnel et de la réalité de la valeur en euros constants, le niveau 1 doit être valorisé à 30 €.**
- Les autres niveaux doivent tenir compte de l'existant de la NGAP (consultations complexes et très complexes, coefficients de majoration propres à de nombreuses spécialités) et de la proportionnalité appliquée aux différents actes avec un niveau 2 valorisé à l'ancien C2 soit 60 € et un niveau 3 valorisé à l'ancien C2,5 soit 75 €. La consultation exceptionnelle (pluridisciplinaire, de prévention, de gestion d'une urgence avec prise en charge et orientation hospitalière) est alors à 105 € (C 3,5).

- **Ces niveaux avec leur valorisation tiennent compte de la fréquence des consultations. Ils permettent de voir plus de patients différents, favorisant ainsi l'accès aux soins.**
- **L'activité de consultation clinique est donc revalorisée** et cela concerne plus nettement les spécialités cliniques qui bénéficient pleinement de cette revalorisation en impactant l'ensemble de leur activité. Pour les spécialités médico-techniques, seule l'activité clinique bénéficie de la revalorisation dans le cadre de cette mesure. Cette mesure remplit bien notre objectif de revaloriser les spécialités cliniques à savoir la médecine générale, la psychiatrie, la pédiatrie mais aussi l'endocrinologie, la gynécologie médicale, la dermatologie et la rhumatologie mais aussi l'activité clinique des autres spécialités qui est nécessaire à la prise en charge de beaucoup de pathologies chroniques.
- **La consultation de base à 30 €** est une consultation de suivi ou ponctuelle pour un problème médical simple par le médecin traitant ou les autres spécialistes. C'est une consultation fréquente pour un spécialiste en médecine générale en premier recours, elle devrait être beaucoup moins fréquente pour les autres spécialités.
 - Il faut noter qu'il était prévu de laisser à 25 € la consultation des médecins spécialistes en médecine générale ne voulant pas être médecin traitant, dans une organisation de soins non programmés sans suivi. Il en est de même pour les téléconsultations de base.
- **La consultation de niveau 2 à 60 €** est accessible pour le spécialiste en médecine générale pour les patients en ALD (plus de 80 ans trois fois par an, moins de 80 ans deux fois par an) mais aussi pour les VL, les certificats MDPH ou APA.
 - Ce niveau 2 est le niveau de l'expertise médicale. C'est le niveau de l'avis ponctuel consultant pour les autres spécialités que la médecine générale (à l'exception de la psychiatrie et de la neurologie pour lesquelles elle est le niveau de base). Il est possible de côter cette expertise médicale 3 fois par an. C'est aussi le niveau des anciennes consultations complexes pour les spécialités autres que la psychiatrie et la neurologie.
 - Pour les pédiatres, ce niveau est applicable 4 fois par an durant des périodes d'âge défini (0 à 2 ans voire 0 à 6 ans). Pour les psychiatres c'est une consultation de suivi régulier.

- **Le niveau 3 à 75 €** est le niveau de nouvelles consultations complexes qui correspondent aux avis ponctuels de consultants des psychiatres et des neurologues, et aux anciennes consultations complexes de ces spécialités, pouvant être cotées 3 fois par an.
 - Il correspond aussi aux consultations très complexes existantes des autres spécialités et éventuellement d'autres consultations très complexes à définir.
 - Pour les spécialistes en médecine générale c'est le niveau de déclaration d'un patient médecin traitant sauf pour ceux en ALD pour lesquels c'est le niveau 4 qui s'applique.
- **Le niveau 4 à 105 €** ce sont des consultations exceptionnelles : consultations de prévention, consultation multidisciplinaire (avec IPA ou autres professionnels de santé, annuelle si besoin), consultation de gestion d'une urgence avec orientation hospitalière.
 - **C'est le niveau de prise en charge comme patient médecin traitant pour les patients en ALD.**

Vous l'aurez compris, la hiérarchisation des consultations doit permettre d'espacer des consultations d'expertises médicales qui sont mieux valorisées et donc de voir plus de patients différents.

La CSMF a évalué le coût de cette hiérarchisation au maximum à 1,783 Mds €.

L'association d'actes cliniques et techniques et les majorations d'urgence pour les actes techniques.

L'association d'actes cliniques et techniques à plein tarif doit être possible dans le cadre de la nouvelle convention.

Cette association permet de libérer des créneaux de consultation car actuellement le praticien est obligé de faire revenir le patient pour réaliser l'acte technique nécessaire au diagnostic ou au traitement.

Dans le but de favoriser l'accès aux soins et de permettre une qualité et une pertinence de la prise en charge, il faut pouvoir autoriser cette association.

Il faut bien considérer que cette association n'engendre pas de dépense particulière puisque les actes sont réalisés mais on peut penser qu'il y aura des économies de transport (remboursés ou non) et surtout un diagnostic ou un soin plus rapide.

Dans un premier temps cette association peut être limitée à un certain nombre de spécialités, et après une évaluation, étendue à l'ensemble des spécialités, toujours pour des actes spécifiques, s'il s'avère que cela n'engendre pas de dépense supplémentaire.

Dans un premier temps, on peut reprendre les indications prévues :

- Rhumatologie : consultation et acte de ponction ou d'infiltration
- Gynécologie médicale : consultation et acte d'échographie pelvienne
- Endocrinologie : consultation et acte d'échographie thyroïdienne

Ces différentes mesures se font à coût constant.

L'engagement populationnel et la réponse aux soins non programmés

La proposition d'un engagement territorial en contrepartie de revalorisations tarifaires a été un échec cuisant lors des dernières négociations.

Dans le cadre de nouvelles négociations, un forfait d'engagement populationnel doit être proposé comme une option d'activité. Il ne conditionne pas l'accès à la nouvelle hiérarchisation des actes de consultation qui se suffit à elle-même pour améliorer l'accès aux soins.

Cet engagement territorial donne accès à un forfait avec des critères qui sont valorisés chacun indépendamment :

- participation à la PDS (PDSA, PDSES) 500 points,
- participation à une organisation de coordination des soins non programmés – SAS, MSP, CPTS, ESS, ESP 200 points,
- collaboration avec une IPA 50 points,
- emploi d'un assistant médical ou d'un personnel salarié médical 50 points,
- activité en ZIP 200 points.

Le total de points attribués est au maximum de 1000 points soit 7000 €.

Par ailleurs, les médecins validant des critères de ce forfait peuvent prétendre s'ils font des actes en ZIP à une majoration spécifique sur chaque acte qui peut être si besoin versée trimestriellement (comme la MPA) pour éviter que les patients aient un différentiel de coût de l'acte. Cette majoration s'applique sur les consultations et les actes techniques pratiqués dans un cabinet situé en ZIP. Cette majoration MSZ (majoration spécifique ZIP) est de 30% sur la valeur de l'acte.

On peut penser que 40% des praticiens pourront valider le forfait de base On peut évaluer la dotation pour cet engagement populationnel à environ 180 000 000 €. La majoration des actes est déjà comprise actuellement dans la convention.

Les forfaits

Le forfait numérique

Comme prévu dans le précédent texte conventionnel proposé, le forfait structure évolue vers un forfait numérique favorisant la transition des praticiens vers l'e-santé.

Les propositions pour ce forfait semblent pouvoir être reprises dans le nouveau texte conventionnel, la validation de ce forfait restant optionnel.

Les différentes propositions doivent avoir pour objectif d'accompagner les médecins à la fois vers l'informatisation de leurs données, la dématérialisation des transmissions (vers les CPAM mais aussi les courriers avec les messageries sécurisées et ensuite la dématérialisation des ordonnances), l'utilisation du DMP et la pratique adaptée des téléconsultations et de la télé-expertise.

Un dernier critère pourrait être l'utilisation d'une aide au diagnostic avec l'IA.

Logiquement, le coût de ce forfait devrait rester au même niveau qu'actuellement.

Le forfait médecin traitant

Ici aussi les propositions du texte conventionnel proposé semblent pertinentes avec l'évolution des différentes valeurs du forfait médecin traitant qui doit conduire à une évolution globale de ce forfait de 20%. Cette évolution sera à confirmer dans le cadre des négociations.

Le forfait médecin traitant doit être majoré comme prévu :

- en cas d'exercice en ZIP de 30% de façon pérenne et en cas de déclassement de la zone, la diminution doit être progressive (plus 20% la première année, plus 10% la deuxième année).
- pour la partie patientèle médecin traitant demeurant en ZIP il existe une majoration de 30% sur le forfait de chaque patient.
- pour l'installation dans les 4 ans suivant l'obtention du diplôme de docteur en médecine, il y a une majoration de 30% pendant 3 ans, pouvant se cumuler en cas d'installation en ZIP.

Le coût pour la CNAM des augmentations des forfaits médecins traitants ne devraient pas dépasser 60 000 000 €.

(le coût actuel est de 240 000 000 € et l'augmentation globale est de l'ordre de 25%)

Les forfaits de santé publique

Ils doivent être repensés et simplifiés pour devenir incitatifs. Les critères doivent être limités et pertinents en termes d'amélioration des pratiques.

La valorisation de ce forfait en particulier pour les spécialités autres que la médecine générale doit être suffisante avec un objectif minimal de 5000 € annuel.

Il ne devrait pas y avoir de coût spécifique pour ces forfaits mais une meilleure répartition.

L'emploi d'un assistant médical

Le dispositif d'aide à l'emploi d'un assistant médical doit être pérennisé et simplifié.

Ce dispositif a pour but de dégager du temps médical et donc de prendre en charge plus de patients et plus de patients différents.

Tous les médecins y ont accès, quelle que soit la spécialité et le territoire, avec l'option d'une aide soit pour 1 ETP soit pour 0,5 ETP.

Les conditions pour avoir cette aide restent définies par l'augmentation de la patientèle médecin traitant ou de la file active sauf pour les médecin qui sont au percentile p90.

Les objectifs à attendre sont définis lors de la signature du contrat et doivent permettre une augmentation de 10% par an de l'activité et une augmentation globale à atteindre de 20% sur deux ans.

Cette aide est de 36 000 € pour 1 ETP la première année, 27 000 € la deuxième et 21000 € la troisième et de façon pérenne si l'objectif est maintenu.

Il faut pouvoir ajuster les conditions d'aide en fonction de modification d'activité (maternité, maladie).

Dans les ZIP, des aides renforcées pourront être envisagées au cas par cas avec la possibilité d'emploi de plus d'un ETP.

La formation des assistants médicaux doit être modulée en fonction des acquis. Les 380 heures sont nécessaires pour une formation initiale.

Par contre, un assistant médical ayant déjà une expérience de plusieurs années, soit comme secrétaire médicale, soit comme infirmière, doit avoir une formation de plus brève durée et en fonction de l'activité prévue d'assistant médical administratif ou d'assistant médical technique.

Par ailleurs, un assistant médical technique doit pouvoir réaliser des examens automatisés qui seront interprétés par le médecin (ECG, audiogramme, etc...).

Le coût pour la CNAM est de 126 000 000 € pour 6000 assistants médicaux mais lissé sur plusieurs années.

La coordination avec les CPTS et les ESS

CPTS

Pour les CPTS, les conditions restent les mêmes qu'actuellement avec un renforcement des missions sociales visant à donner un médecin traitant aux patients du territoire et à participer à l'organisation des soins non programmés.

Il n'y a pas de coût spécifique.

Equipes de soins spécialisées (ESS)

Il faut favoriser le déploiement des ESS sur le territoire avec deux missions sociales :

- **Répondre aux soins non programmés dans la spécialité sur le territoire**
- **Coordonner la prise en charge des soins dans la spécialité sur le territoire**

Les ESS sont d'abord au service des médecins traitants mais aussi des autres professionnels de santé du territoire.

Deux moyens de base doivent être financés afin de favoriser la prise en charge et la coordination dans le territoire : il faut une coordinatrice et une application de coordination.

Le territoire est de l'ordre du département et couvre plusieurs CPTS (et également MSP ou ESP).

Le territoire d'une ESS est le département, parfois plus, parfois moins en fonction de la population et du nombre de praticiens.

Les ESS couvrent des territoires d'environ 500 000 à 1 000 000 d'habitants.

Une ESS peut se constituer si 30% des médecins de la spécialité du territoire y participent tout en visant à terme 75% des praticiens de la spécialité (sans obligation à partir du moment où l'ESS remplit sa mission auprès des médecins traitants) ou bien si elle réunit au moins 10 médecins.

Si le territoire a peu de spécialistes d'une même spécialité, des praticiens de plusieurs spécialités peuvent utiliser les mêmes moyens pour faire fonctionner une ESS « pluri-spécialités ».

Les ESS organisent le parcours de soins de la spécialité depuis le médecin traitant vers le spécialiste mais aussi vers les services hospitaliers de spécialité et les centres experts.

Les ESS organisent dans le territoire des réunions entre les différents acteurs pour améliorer la prise en charge en travaillant sur la qualité et la pertinence.

Le financement des ESS, qui est assuré actuellement par des fonds FIR, sera dans le cadre de la convention de :

- 30 000 € d'aide au démarrage
- 75 000 à 100 000 € de fonctionnement (1 ETP de coordinatrice, application, financement de réunions, etc...).

Initialement, il n'y aura pas plus d'une ESS par département et après deux ans de mise en route une évaluation sera faite pour déterminer le périmètre de fonctionnement des ESS (ESS pluri-spécialités, plusieurs ESS, périmètre géographique). Le coût total initial est de 75 000 X 100 (nombre de départements) = 7 500 000 €.

Revalorisation du point travail

Les actes techniques de la CCAM sont en cours de hiérarchisation dans le cadre des travaux du HCN. Toutefois, ceux-ci vont demander encore environ deux ans pour pouvoir avoir une nouvelle nomenclature applicable.

Dans un contexte d'inflation importante qui dépasse les 12% sur les trois années (2022, 2023 et 2024) il est nécessaire d'ajuster la valeur du point travail qui n'a pas été revalorisé depuis une vingtaine d'années. Cela permettra d'ajuster la valeur de l'ensemble des actes de la CCAM. En effet, cette inflation retentit sur les salaires, l'énergie, les contrats et les consommables et il faut une compensation partielle pour que les entreprises médicales ne soient pas en difficulté.

La CSMF demande un ajustement de cette valeur de 0,44 à 0,48.

Cet ajustement permet une augmentation de 4% de la valeur des actes techniques, bien en-dessous de la valeur de l'inflation.

Cet ajustement modéré des actes techniques prend en compte la volonté de la CNAM mais aussi de la CSMF de revaloriser de façon plus importante les actes cliniques.

L'absence de revalorisation suffisante pourrait mettre en difficulté des entreprises médicales libérales et ainsi retentir sur l'emploi.

Cette revalorisation du point travail représente 410 000 000 € soit une charge pour la CNAM de 287 000 000 €.

L'OPTAM, L'OPTAM CO et le secteur 2

La convention doit remettre à jour les conditions d'accès à l'OPTAM, à l'OPTAM -CO (voire ACO) et les taux de dépassement possibles.

Si on ne trouve pas un accord, on va pousser les médecins de secteur 2 en dehors de l'OPTAM ce qui se fera au préjudice des patients.

Les propositions faites dans le texte conventionnel proposé semblent être une base de discussion mais doivent concerner toutes les spécialités.

Il faut ouvrir des discussions sur l'accès à un espace de liberté tarifaire qui, sans pénaliser les patients les plus fragiles et avec le concours des AMC, doit permettre aux médecins libéraux pour certaines activités de sortir des tarifs opposables tout en restant dans une prise en charge globale pour les patients.

Ceci peut être discuté dans une négociation tripartite AMO-AMC-syndicats de médecins libéraux.

Prise en charge des cotisations pour les secteurs 1 et OPTAM et avantages sociaux.

Le convention doit maintenir la prise en charge des cotisations sociales pour les secteurs 1 et les actes en tarif opposable des secteurs OPTAM ainsi que les avantages sociaux (maladie, maternité).

CONCLUSION

Ces propositions de la CSMF pour une nouvelle convention permettent d'avoir un choc d'attractivité, de simplification, d'aller vers une meilleure organisation de la médecine libérale et ainsi de favoriser l'accès aux soins de nos concitoyens.

Ces propositions tiennent compte de l'échec des précédentes négociations. Elles reprennent un certain nombre de propositions déjà avancées par la CSMF mais avec un équilibre des droits et des devoirs, permettant à une médecine libérale et responsable de remplir pleinement sa mission.

Ces propositions impliquent une confiance des tutelles dans les médecins libéraux pour atteindre des objectifs communs et s'en donner les moyens.

Le financement de ces propositions représente 2,36 Mds € ce qui au vu de l'inflation reste raisonnable. Il ne faut pas oublier que l'ensemble des actes (consultations et actes techniques) représente environ 20 Mds € et que cette majoration d'un peu plus de 11% constitue une mise à niveau des actes (en fait une vraie mise à niveau nécessiterait une majoration supérieure puisqu'entre 2017 et 2024 on est à 20% d'inflation).

L'accès aux soins a un coût et on ne peut pas continuer à appauvrir le système de santé qu'il soit hospitalier ou libéral comme l'a montré le rapport du Sénat en 2019.

Ce texte constitue une base de négociation qui facilement atteignable permettant d'envisager une issue positive aux futures négociations conventionnelles.