



LIVRE BLANC

CONSTRUIRE LA MÉDECINE LIBÉRALE DE **DEMAIN**

**14 TRANSFORMATIONS
POUR UNE MÉDECINE
RESPONSABLE,
COORDONNÉE
ET HUMAINE**

Faire confiance. Construire. Agir.



**Confédération des
Syndicats Médicaux
Français**

DE LA DÉFENSE À LA CONSTRUCTION

LA MÉDECINE LIBÉRALE EST UNE SOLUTION D'AVENIR À CONSTRUIRE.

Ce Livre Blanc prolonge le Manifeste de la CSMF. Le Manifeste dit notre conviction : aucun système de santé ne peut fonctionner durablement contre ses médecins. Le Livre Blanc traduit cette conviction en une vision organisée et en propositions concrètes.

Ne nions pas les difficultés de la médecine libérale, ne minimisons pas davantage la colère qui traverse la profession. Il s'agit de dépasser la seule réaction aux crises pour définir ce que nous voulons construire.

Les transformations sont déjà là : vieillissement de la population, maladies chroniques, nouvelles attentes des patients, mutation démographique de la profession, pratiques avancées, exercice coordonné, intelligence artificielle, financiarisation, territorialisation de la gouvernance de santé. Les subir séparément, réforme après réforme, reviendrait à laisser d'autres dessiner à notre place le rôle futur du médecin.

La CSMF doit donc assumer une ambition nouvelle : passer d'un syndicalisme uniquement défensif à un syndicalisme qui pense, propose et organise la médecine libérale de demain. Ni statu quo, ni déréglementation. Ni nostalgie, ni fuite en avant. Une transformation maîtrisée, fondée sur la science, la qualité, la responsabilité, la solidarité et l'efficacité.



Franck DEVULDER – Président CSMF

Notre fil rouge

La confiance suppose des droits et des devoirs, de l'évaluation et de la responsabilité. Mais elle change le point de départ : plutôt que d'organiser le système contre le risque que représenterait le médecin, organisons-le avec l'expertise de celles et ceux qui soignent.

SOMMAIRE

1	Une population qui change : soigner davantage, soigner autrement pour soigner plus et mieux Page 10	8	Reconnaître l'expertise, la responsabilité et la juste valeur du soin Page 24
2	Anticiper l'évolution de la démographie médicale Page 12	9	Faire de l'entreprise médicale un outil d'indépendance Page 26
3	Construire l'accès aux soins dans les territoires Page 14	10	Rendre l'exercice libéral attractif à chaque âge de la vie professionnelle Page 28
4	Redonner du temps médical au patient Page 16	11	Construire une santé durable et responsable Page 30
5	Coordonner sans diluer le rôle du médecin Page 18	12	Garantir l'accès à l'expertise dont le patient a besoin Page 32
6	Faire de la prévention la première politique de santé Page 20	13	Protéger les médecins, protéger les patients Page 34
7	Innover pour humaniser la médecine Page 22	14	Changer de méthode pour transformer le système de santé Page 36

Conclusion La médecine libérale en 2035 Page 38
--

LA FRANCE DOIT REFAIRE CONFIANCE À SES MÉDECINS

Notre système de santé arrive à un moment de vérité.

Partout, les mêmes inquiétudes s'expriment. Des patients qui peinent à trouver un médecin. Des délais qui s'allongent. Des professionnels épuisés par la multiplication des contraintes. Des territoires qui cherchent des solutions. Des jeunes médecins qui veulent exercer autrement. Des innovations qui bouleversent déjà nos pratiques. Et des finances publiques qui imposent plus que jamais de faire des choix.

Nous pouvons continuer à répondre à chacune de ces difficultés séparément, par une nouvelle règle, une nouvelle structure, un nouveau contrôle.

Ou nous pouvons enfin regarder la réalité en face : **notre système de santé a besoin d'un nouveau projet.**

La CSMF fait ce choix.

Nous refusons de nous résigner à une médecine organisée par la pénurie, administrée par la contrainte et progressivement éloignée de ceux qui la font vivre chaque jour.

Nous refusons également l'idée selon laquelle la médecine libérale appartiendrait au passé.

Nous affirmons exactement le contraire.

Une médecine libérale forte est l'une des conditions de l'avenir de notre système de santé.

Parce qu'elle est proche des patients.

Parce qu'elle est présente dans les territoires.

Parce qu'elle sait s'adapter.

Parce qu'elle innove.

Parce qu'elle crée des équipes, investit, emploie et organise les soins.

Parce qu'elle repose sur une relation irremplaçable : la confiance entre un patient et son médecin.

Cette médecine doit évoluer. Nous ne voulons ni l'immobilisme ni le retour à un âge d'or qui n'a jamais existé.

Le vieillissement de la population, les maladies chroniques, l'intelligence artificielle, la prévention, les nouvelles professions de santé, les aspirations des nouvelles générations, les transformations territoriales et la contrainte financière changent profondément notre métier.

Nous devons les regarder comme des transformations à organiser, et non comme des menaces à subir.

Mais une condition est indispensable : **les médecins doivent être acteurs de cette transformation.**

On ne reconstruira pas le système de santé sans eux.

Encore moins contre eux.

La CSMF porte donc une ambition simple : passer d'une logique de gestion de la pénurie à une logique de construction de l'avenir.

Cela signifie redonner du temps médical aux médecins.

Reconnaître leur expertise et leur responsabilité.

Préserver leur indépendance professionnelle.

Mieux organiser la complémentarité entre généralistes et spécialistes.

Travailler avec les autres professions de santé sans dilution des responsabilités.

Faire de la prévention une véritable politique de santé.

Utiliser l'intelligence artificielle pour libérer du temps et améliorer le soin, jamais pour déshumaniser la relation médicale.

Permettre aux médecins d'investir dans leurs outils de travail et développer de véritables entreprises médicales indépendantes.

Donner davantage de responsabilités aux territoires et à ceux qui connaissent leurs besoins.

Et surtout, retrouver une vision à long terme.

Car la santé ne peut plus être pilotée à vue sans véritable stratégie, mais uniquement au travers de décisions et d'économies ponctuelles, dictées par l'urgence.

Une politique de santé est une politique de génération.

Ce Livre Blanc porte aussi une conviction profondément rassembleuse. Nous ne croyons pas aux oppositions artificielles.

Nous refusons d'opposer les médecins généralistes aux spécialistes.

La ville à l'hôpital.

Les jeunes médecins aux plus anciens.

Les libéraux aux salariés.

Les médecins aux autres professionnels de santé.

Paris aux territoires.

Ces oppositions affaiblissent la médecine alors que nous avons précisément besoin de retrouver une force collective.

Notre responsabilité est de construire les complémentarités, d'organiser les parcours et de remettre chacun à sa juste place autour du patient.

La CSMF veut être le lieu de ce rassemblement.

Un syndicalisme qui défend, bien sûr.

Un syndicalisme qui négocie et obtient.

Mais également un syndicalisme qui propose, qui anticipe la nécessaire transformation de notre système de santé.

Parce que défendre les médecins ne consiste pas seulement à préserver leurs conditions d'exercice.

C'est leur permettre de continuer à exercer pleinement leur responsabilité dans la société.

Nous voulons une médecine libre, parce que la liberté professionnelle protège le patient.

Une médecine responsable, parce que notre liberté nous oblige.

Une médecine solidaire, parce que l'accès aux soins est une exigence humaniste.

Une médecine innovante, parce que les progrès scientifiques et technologiques doivent bénéficier à tous.

Une médecine efficace, enfin, parce que chaque euro investi doit produire un résultat.

C'est le sens des propositions réunies dans ce Livre Blanc. Elles ne constituent pas un catalogue de revendications.

Elles dessinent un projet.

Celui d'une médecine libérale moderne, attractive, indépendante, coordonnée et profondément engagée dans les territoires.

Nous savons que les prochaines années demanderont des choix courageux.

Nous sommes prêts à prendre notre part de responsabilité.

Mais nous demandons en retour une chose essentielle aux pouvoirs publics : **faites confiance aux médecins.**

Donnez-leur la possibilité d'inventer, d'entreprendre, de coopérer, de prévenir, d'organiser et de soigner.

Car derrière la question de l'avenir de la médecine libérale se joue quelque chose de beaucoup plus grand.

La capacité de notre pays à garantir demain à chacun de ses citoyens une médecine humaine, accessible et de qualité.

C'est le combat que la CSMF veut porter.

Non contre quelqu'un.

Mais pour les médecins.

Pour les patients.

Et pour l'avenir de notre système de santé.

*Franck Devulder,
Président de la CSMF,
et les médecins libéraux ayant contribué
à ce travail collectif*

DEUX VALEURS INDISSOCIABLES

SOLIDARITÉ ET EFFICACITÉ

*La solidarité est le ciment de la CSMF :
solidarité entre généralistes et spécialistes,
entre générations, entre territoires,
avec les autres professionnels
et avec la population.*

*L'efficacité est son exigence :
une proposition n'a de sens
que si elle est applicable, soutenable
et qu'elle améliore réellement
l'accès ou la qualité des soins.*



INTRODUCTION

NOUS NE FAISONS PAS FACE À UNE CRISE. NOUS ENTRONS DANS UNE NOUVELLE ÈRE.

Pendant longtemps, la politique de santé a consisté à adapter progressivement un système dont les grands équilibres étaient connus. Ce temps est révolu. Les mutations qui se cumulent aujourd'hui sont structurelles. Elles ne disparaîtront pas au retour d'une conjoncture plus favorable.

Le vieillissement n'est pas une crise passagère. La chronicité ne constitue pas une parenthèse. La révolution numérique ne sera pas annulée. Les attentes professionnelles ne reviendront pas au modèle du médecin isolé travaillant soixante heures par semaine jusqu'à un âge avancé. Les patients ne renonceront ni à l'information, ni à la rapidité, ni à la coordination. Les contraintes financières ne se dissoudront pas dans une nouvelle enveloppe budgétaire illimitée.

La question n'est donc plus de savoir s'il faut changer. Elle est de savoir comment se construira le changement, selon quels principes et au bénéfice de qui.

La CSMF refuse deux impasses. La première serait de défendre le statu quo au nom de la protection du médecin. Elle conduirait à subir les évolutions jusqu'à ce qu'elles soient imposées. La seconde serait d'accepter une déréglementation progressive des rôles, où l'accès direct, la délégation, la financiarisation, le salariat ambulatoire, la télémédecine et l'intelligence artificielle avanceraient sans projet commun. Elle conduirait à une dilution de la responsabilité médicale et à un système moins lisible pour le patient.

Nous défendons une autre voie : une médecine libérale moderne, territoriale et coordonnée ; une médecine qui utilise toutes les compétences sans

confondre les responsabilités ; une médecine qui innove sans renoncer au colloque singulier ; une médecine qui assume la prévention autant que le soin ; une médecine qui sait investir et entreprendre sans laisser la logique financière prendre le contrôle de la décision clinique.

Le rôle du médecin lui-même évolue. Il demeure clinicien. Mais il devient aussi coordinateur, superviseur, manager, pédagogue, acteur de santé publique, entrepreneur et interface territoriale. Ces évolutions doivent être choisies, accompagnées par la formation, reconnues et rémunérées. Sinon, elles seront vécues comme une accumulation de responsabilités sans moyens.

Les quatorze chapitres qui suivent ne sont pas quatorze revendications indépendantes. Ils forment une seule vision. Leur point commun est la confiance : confiance dans la capacité des professionnels à construire, confiance dans les territoires pour s'adapter, confiance dans l'évaluation pour corriger, confiance dans l'innovation lorsqu'elle sert l'humain, confiance enfin dans la médecine libérale comme réponse sociale autant que professionnelle.



LA QUESTION CENTRALE

QUELLE MÉDECINE LIBÉRALE VOULONS-NOUS DANS DIX ANS ?

Nous devons décider sur quelle médecine libérale, la France pourra compter dans dix ans et commencer à la construire maintenant.

CHAPITRE 1

UNE POPULATION QUI CHANGE : SOIGNER DAVANTAGE, SOIGNER AUTREMENT POUR SOIGNER PLUS ET MIEUX

NOUS AVONS APPRIS À GAGNER DES ANNÉES DE VIE.
IL NOUS RESTE À DONNER DAVANTAGE DE VIE À CES ANNÉES.

Vieillesse, maladies chroniques et polypathologies obligent à passer d'une médecine de l'épisode à une médecine du parcours.

Le constat

La transformation démographique de la France est l'un des faits les plus structurants des prochaines décennies. Une population plus âgée signifie davantage de besoins de soins, mais surtout des besoins différents : moins d'épisodes isolés, davantage de pathologies chroniques, de traitements au long cours, de dépendance, de fragilité et de situations où plusieurs maladies se cumulent chez une même personne. Le rapport au soin se transforme également : des patients plus informés, plus exigeants et davantage acteurs de leur parcours, mais avec de fortes inégalités sociales et territoriales dans l'accès, le recours et la capacité à s'orienter dans le système de santé.

Pour le médecin, cette évolution change la nature du travail. La question n'est plus seulement de diagnostiquer puis traiter une pathologie. Il faut hiérarchiser des priorités, arbitrer entre plusieurs risques, coordonner les intervenants, anticiper

les ruptures de prise en charge et accompagner le patient dans la durée. La valeur médicale se déplace progressivement de l'acte isolé vers la continuité et la pertinence du parcours.

Ce changement rend encore plus nécessaire la complémentarité entre médecin généraliste et médecin spécialiste. Le premier est expert de la globalité, de la continuité, de l'environnement privé et social. Le second apporte une expertise approfondie sur une pathologie, un organe, une technique ou une situation complexe. Les opposer n'a pas de sens : leur coopération est la condition d'une médecine de qualité.

Notre conviction

Le système de santé doit être réorganisé autour des parcours et non autour de la juxtaposition des structures. Cela suppose de donner au médecin la capacité de coordonner, d'accéder rapidement à l'expertise pertinente et de disposer d'une information fiable et partagée.

La médecine libérale possède un avantage décisif : elle connaît les patients, s'adapte rapidement aux besoins et peut inventer des organisations de proximité. À condition que la puissance publique cesse de considérer cette agilité comme un espace à encadrer et la reconnaisse comme une ressource à mobiliser.



Ce que propose la CSMF

- Construire une stratégie nationale des parcours chroniques et des polypathologies, déclinée par territoire, plutôt qu'une addition de programmes pathologie par pathologie.
- Reconnaître le temps de synthèse, d'arbitrage et de coordination comme une activité médicale à part entière.
- Garantir un accès organisé à l'expertise spécialisée, y compris hors des métropoles.
- Développer des outils de partage d'information réellement interopérables afin d'éviter examens redondants, pertes de temps et ruptures de suivi.
- Associer prévention, éducation à la santé, dépistage et accompagnement des maladies chroniques dans les mêmes parcours.

EN RÉSUMÉ

- Le vieillissement change la nature des besoins plus encore que leur volume.
- La médecine de demain sera une médecine de parcours, de continuité et de pertinence.
- Généralistes et spécialistes doivent être pensés comme les deux composantes d'une même chaîne de valeur médicale.

CHAPITRE 2

ANTICIPER L'ÉVOLUTION DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

RÉPONDRE AUX BESOINS DU TERRITOIRE DANS UNE STRATÉGIE DE CONSTRUCTION AVEC LES MÉDECINS.

La France ne peut plus piloter le nombre de médecins à coups de corrections tardives.

Il faut une vision par spécialité et par territoire, à un horizon d'au moins dix ans.

Le constat

La démographie médicale française porte encore les conséquences de décisions prises plusieurs décennies auparavant. La réduction du nombre de médecins formés, puis le mouvement inverse d'ouverture du numerus clausus, puis apertus, illustrent une politique longtemps conduite par à-coups. Or la formation d'un médecin s'inscrit dans un temps long : une décision prise aujourd'hui produit ses effets bien après la prochaine échéance électorale.

Le problème n'est pas seulement le nombre total de médecins. Il tient à leur répartition entre spécialités, entre ville et hôpital, entre régions, à la disponibilité des plateaux techniques, à l'évolution des pratiques et au temps effectivement consacré au soin. Une spécialité peut paraître correctement dotée nationalement tout en étant inaccessible

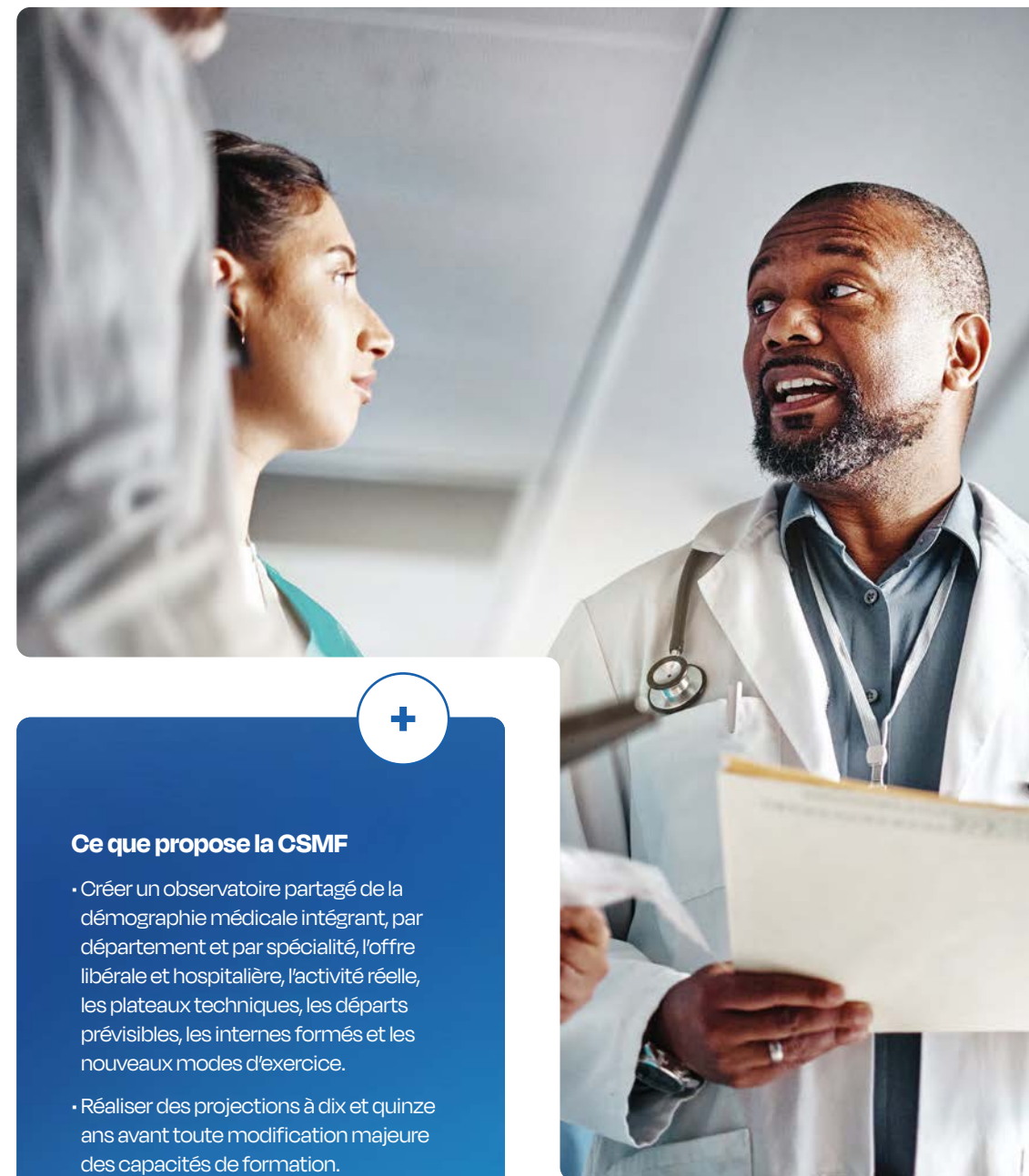
dans certains territoires. À l'inverse, former davantage sans capacité de stage, sans encadrement et sans débouchés territoriaux cohérents peut produire de nouvelles désorganisations.

La tentation coercitive apparaît souvent lorsque l'anticipation a échoué. Elle donne l'illusion de répartir rapidement une offre médicale rare. Mais elle risque surtout de décourager les installations, de déplacer le problème et de réduire l'attractivité d'un exercice libéral déjà perçu comme plus risqué que le salariat.

Notre conviction

La démographie médicale doit devenir une politique de planification intelligente et partagée. Ni planification centralisée des lieux d'installation, ni laisser-faire sans données : une évaluation continue des besoins, des capacités de formation et de l'offre réelle, par spécialité et par territoire.

La première responsabilité de la puissance publique n'est pas de dire aux médecins où ils doivent aller. Elle est de créer les conditions qui rendent possible et désirable leur présence là où les besoins existent : équipements, mobilité, exercice en équipe, possibilité de solliciter les expertises nécessaires, protection sociale, accompagnement du conjoint, logement, secrétariat, numérique et investissement.



Ce que propose la CSMF

- Créer un observatoire partagé de la démographie médicale intégrant, par département et par spécialité, l'offre libérale et hospitalière, l'activité réelle, les plateaux techniques, les départs prévisibles, les internes formés et les nouveaux modes d'exercice.
- Réaliser des projections à dix et quinze ans avant toute modification majeure des capacités de formation.
- Adapter les ouvertures de postes d'internat aux besoins documentés et aux capacités pédagogiques des territoires.
- Privilégier les politiques d'attractivité, de compagnonnage et d'investissement plutôt que la coercition à l'installation.
- Associer les URPS et les organisations représentatives à toute décision de zonage ou de régulation démographique.

EN RÉSUMÉ

- La démographie médicale ne se pilote pas à l'année.
- Le besoin doit être évalué par spécialité, territoire et mode d'exercice.
- L'attractivité est plus durable que la coercition.

CHAPITRE 3

CONSTRUIRE L'ACCÈS AUX SOINS DANS LES TERRITOIRES

**LE VÉRITABLE ENJEU TERRITORIAL N'EST PAS SEULEMENT
D'AMENER LE MÉDECIN AU PATIENT. C'EST AUSSI D'ORGANISER
L'ACCÈS DU PATIENT À LA BONNE COMPÉTENCE.**

*Les solutions ne se décrètent
pas depuis Paris.
Elles se construisent à partir
des besoins réels de chaque
bassin de vie.*

Le constat

La notion de désert médical est devenue le symbole de toutes les difficultés d'accès aux soins. Elle est pourtant trop réductrice lorsqu'elle se limite au nombre de médecins installés dans une zone. Ces difficultés sont tout autant liées à l'accès à un médecin traitant qu'à un spécialiste, aux délais de RDV, aux transports, aux équipements, aux horaires, aux organisations de permanence, à la coopération ville-hôpital et à la capacité d'orienter rapidement un patient vers la bonne expertise.

La territorialité se reconstruit aujourd'hui à travers les CPTS, les ESS, les maisons de santé, les SAS, les collectivités et, désormais, une gouvernance départementale renforcée des ARS. Le décret du 1^{er} août 2026 confie aux directeurs départementaux des missions d'accès aux soins de proximité, de prévention, de coordination et de dialogue avec les collectivités ; il crée

également un comité départemental de l'accès aux soins de premier recours. Cette évolution ne doit pas aboutir à une nouvelle couche administrative : elle doit devenir une opportunité pour faire entrer la médecine libérale dans la décision territoriale.

Une organisation pertinente à Paris ne l'est pas nécessairement dans un territoire ultra marin, dans un département rural ou dans une grande métropole. Les besoins, les distances, la densité de population, la disponibilité des plateaux techniques et les habitudes de recours sont différents.

Notre conviction

Les orientations nationales sont nécessaires pour garantir l'équité. Leur mise en œuvre doit être territoriale. La subsidiarité n'est pas un abandon de l'État : c'est la reconnaissance qu'une réponse adaptée naît au plus près du terrain.

Les médecins doivent investir les URPS, les CPTS, les ESS, les MSP et les nouvelles instances départementales plutôt que les subir. S'ils n'y prennent pas toute leur place, l'organisation des soins se construira sans leur expertise.



Ce que propose la CSMF

- Garantir une représentation médicale libérale effective dans les instances départementales qui définissent l'accès aux soins.
- Faire des CPTS des outils de projets et de parcours, non des structures administratives supplémentaires.
- Soutenir le développement des ESS pour une meilleure prise en charge dans les territoires.
- Intégrer réellement les spécialistes libéraux aux politiques territoriales et aux CPTS lorsque le parcours du patient le justifie.
- Faire des MSP des lieux de maillage pouvant accueillir, selon les territoires, consultations spécialisées avancées, prévention et coordination.
- Inclure les solutions de mobilité dans toute politique d'accès : transports communaux, VSL ou transport sanitaire lorsqu'ils sont médicalement pertinents, accompagnement des personnes isolées.
- Évaluer les dispositifs France Santé et les guichets uniques départementaux sur leur capacité réelle à simplifier l'installation et l'accès.

EN RÉSUMÉ

- La territorialité doit partir des besoins, pas des frontières administratives.
- Les médecins doivent pouvoir investir les nouvelles instances locales de santé.
- L'accès au deuxième recours et la mobilité des patients font partie de la lutte contre les déserts médicaux.

CHAPITRE 4

REDONNER DU TEMPS MÉDICAL AU PATIENT

**CHACQUE MINUTE GAGNÉE PAR UN MÉDECIN
EST UNE MINUTE GAGNÉE POUR UN PATIENT.**

*La simplification n'est pas
un confort professionnel.
C'est le premier levier
d'amélioration de l'accès
aux soins.*

Le constat

Le temps est devenu la ressource la plus rare du système de santé. Il se perd par petites fractions : double saisie, comptes rendus reçus plusieurs fois, logiciels qui ne communiquent pas, formulaires, procédures, messageries multiples, contrôles et demandes administratives dont la valeur ajoutée clinique est faible.

Pris séparément, chacun de ces irritants paraît mineur. Additionnés à l'échelle de dizaines de milliers de médecins, ils représentent une quantité considérable de temps détourné du temps clinique. Ils dégradent également la qualité de vie au travail, la concentration et la disponibilité intellectuelle nécessaires à la décision médicale.

La coordination elle-même peut devenir une charge invisible lorsqu'elle n'est ni organisée ni reconnue. Appeler un confrère, synthétiser plusieurs avis, obtenir une information hospitalière,

gérer une situation complexe, préparer un dossier de concertation : ce temps améliore directement le parcours, mais il reste encore trop souvent hors du modèle nécessaire.

Le temps de coordination est un temps médical mais c'est un temps qui peut être délégué à un coordinateur. Il faut reconnaître la valeur de ce temps dans la valeur des actes ou dans le financement des structures de coordination.

Notre conviction

La simplification administrative doit être évaluée comme une politique de santé publique. Lorsqu'une heure est rendue à un médecin, elle devient une minute clinique rendue au patient.

Le numérique ne doit pas ajouter une interface à une interface. Il doit supprimer des étapes. Un bon outil de santé est un outil que le professionnel cesse de remarquer parce qu'il s'intègre naturellement dans son travail.



Ce que propose la CSMF

- Évaluer l'impact sur le temps médical de toute nouvelle norme, procédure ou obligation numérique.
- Créer un programme national de suppression des redondances administratives avec mesure du temps effectivement libéré.
- Exiger l'interopérabilité réelle des outils, du DMP et des messageries sécurisées, ainsi qu'un identifiant et des standards permettant d'éviter les doubles envois.
- Poursuivre le développement des assistants médicaux et adapter leurs compétences aux besoins des généralistes comme des spécialistes.
- Reconnaître et financer le temps de coordination clinique, de supervision et de synthèse.
- Développer, avec les médecins, des usages de l'IA consacrés en priorité à la réduction des tâches administratives répétitives.

EN RÉSUMÉ

- Le temps médical doit devenir un indicateur de toute réforme.
- Le numérique est utile s'il supprime des tâches, pas s'il en déplace la charge.
- Coordonner est une activité médicale et doit être reconnue comme telle.



COORDONNER SANS DILUER LE RÔLE DU MÉDECIN

LA QUESTION N'EST PAS DE SAVOIR SI LES MÉTIERS VONT ÉVOLUER. ILS ONT DÉJÀ ÉVOLUÉ ET ÉVOLUERONT ENCORE. LA QUESTION EST DE SAVOIR DANS QUEL CADRE.

Les compétences évoluent. Les responsabilités doivent rester claires. La coopération doit être organisée autour du patient.

Le constat

Accès direct, pratiques avancées, nouvelles compétences paramédicales, structures coordonnées : le paysage du soin se transforme rapidement. Cette évolution peut améliorer la fluidité des parcours, mais elle peut aussi créer de la confusion si chaque profession étend son périmètre indépendamment des autres.

Le risque n'est pas la coopération. Le risque est l'évolution en silos : des portes d'entrée multiples, des prescriptions dispersées, des responsabilités mal identifiées, des informations non centralisées et, au final, un patient qui ne sait plus qui garantit la cohérence de son parcours. La relation du médecin libéral avec ses patients est d'une nature bien particulière qu'il convient de préserver.

Le médecin de demain n'est pas diminué par la coopération ; son rôle se transforme. Il doit pouvoir se concentrer davantage sur le diagnostic,

la décision, qui sont l'apanage du médecin, les situations complexes, la supervision et l'intégration des différentes composantes du parcours. Cette responsabilité doit être explicitement reconnue.

Notre conviction

Ni défense du statu quo, ni déréglementation totale. La CSMF défend une organisation fondée sur la complémentarité et la responsabilité. Les professionnels non médicaux doivent pouvoir exercer pleinement leurs compétences, mais dans un cadre partagé, lisible et évalué.

Le médecin traitant demeure un pivot de la continuité. Les spécialistes doivent être intégrés plus tôt dans les parcours lorsque leur expertise est nécessaire. Les nouvelles professions (IPA, IDE de coordination, IDE Asalée) peuvent apporter une forte valeur en prévention, éducation, suivi de patients à risque ou repérage des fragilités, à condition que le rôle de chacun et les mécanismes de recours médical soient clairement définis.



Ce que propose la CSMF

- Ouvrir une conférence nationale sur l'évolution des métiers du soin afin de définir simultanément compétences, responsabilités, formation et modes de financement.
- Déployer les compétences existantes des IPA avant tout nouvel élargissement et évaluer leur impact sur la qualité, la pertinence et les coûts.
- Formaliser les délégations au-delà du champ réglementaire par des protocoles de coopération explicites et pilotés médicalement.
- Reconnaître le médecin comme garant de la pertinence, de la continuité et de la décision clinique complexe.
- Développer des formations interprofessionnelles dès les études, sans effacer la spécificité et la responsabilité propres à chaque métier.
- Mieux articuler généralistes, spécialistes, ESS, CPTS et hôpital autour de parcours définis et évaluables.



EN RÉSUMÉ

- La coopération ne doit pas devenir une substitution implicite.
- Les compétences peuvent évoluer si responsabilités et recours médical sont clairement définis.
- Le médecin doit être reconnu comme coordinateur et garant de la pertinence.



CHAPITRE 6

FAIRE DE LA PRÉVENTION LA PREMIÈRE POLITIQUE DE SANTÉ

LE MEILLEUR SOIN EST PARFOIS CELUI QUE LE PATIENT N'AURA JAMAIS BESOIN DE RECEVOIR.

Le système français sait soigner. Il doit désormais apprendre à anticiper.

Le constat

La France doit se doter d'un pilotage de sa politique nationale de prévention unanimement présentée comme une priorité et demeure pourtant sous-organisée. La raison est connue : ses coûts sont immédiats alors que ses bénéfices apparaissent plus tard ; ils sont parfois difficiles à attribuer à une action unique ; ils bénéficient à l'ensemble du système plutôt qu'au seul financeur qui a investi.

Cette faiblesse devient intenable face au vieillissement, aux maladies chroniques, aux pathologies cardio-neurovasculaires, à l'obésité, au diabète, aux cancers, aux troubles du neurodéveloppement, aux troubles de santé mentale et aux inégalités territoriales. Continuer à concentrer l'effort sur la réparation signifie accepter que le système absorbe des pathologies dont une partie aurait pu être évitée, retardée ou mieux contrôlée.

La prévention ne peut pas être une campagne nationale déconnectée du soin. Elle doit devenir une pratique de proximité, au cabinet, dans les entreprises, les structures de la petite enfance,

les écoles, les territoires tout au long des parcours chroniques.

Notre conviction

Le médecin libéral doit être l'un des piliers de cette stratégie parce qu'il connaît les patients dans la durée, identifie les facteurs de risque, peut coordonner les dépistages et inscrire les recommandations dans une relation de confiance. Il a un rôle à jouer en matière de santé publique, ses observations cliniques régulières sont d'une richesse incomparable.

Prévenir n'est pas moraliser. C'est donner à chacun les moyens de comprendre, décider et agir. La prévention doit combiner données scientifiques, personnalisation et accompagnement.



Ce que propose la CSMF

- Doter la France d'une stratégie pluriannuelle de prévention avec objectifs, indicateurs, gouvernance scientifique et financement identifié.
- Reconnaître et rémunérer le temps de prévention, d'éducation à la santé et d'accompagnement des changements de comportement.
- Concentrer les efforts sur les principaux facteurs modifiables : tabac, alcool, sédentarité, obésité, sommeil et santé mentale.

- Renforcer la prévention cardiovasculaire et métabolique, notamment dans les populations aujourd'hui insuffisamment ciblées.
- Développer des programmes territoriaux adaptés aux inégalités locales et aux spécificités des DROM.
- Faire de la prévention en entreprise et de l'éducation à la santé dès l'école des axes nationaux, en lien avec les professionnels de terrain.
- Utiliser les données et les outils prédictifs pour identifier plus tôt les risques, dans un cadre protecteur des libertés individuelles.

EN RÉSUMÉ

- La prévention doit disposer d'un modèle économique propre.
- Elle doit être organisée au plus près des patients et des territoires.
- Le médecin libéral est un acteur naturel du virage préventif.
- Le temps alloué à la prévention doit être rémunéré au même titre que celui à destination du soin.



CHAPITRE 7

INNOVER POUR HUMANISER LA MÉDECINE

LA TECHNOLOGIE DOIT LIBÉRER LE MÉDECIN.
JAMAIS DÉCIDER À SA PLACE.

*IA, données, télémédecine
et outils numériques n'ont
de valeur que s'ils améliorent
la décision et rendent du temps
à la relation.*

Le constat

L'intelligence artificielle va transformer la pratique médicale plus vite que ne l'ont fait la plupart des innovations organisationnelles des dernières décennies. Elle pourra aider à analyser des données, repérer des risques, préparer une synthèse, accéder à la littérature, soutenir le diagnostic, automatiser certaines tâches administratives et modifier profondément les spécialités fondées sur l'interprétation d'images.

Cette accélération comporte deux risques opposés. Le premier serait de la refuser jusqu'à ce que les usages soient définis par d'autres : industriels, assureurs, plateformes ou financeurs. Le second serait d'en accepter trop vite les promesses sans encadrement suffisant de la fiabilité, de la responsabilité, des biais et de la protection des données.

La télémédecine peut rapprocher une compétence d'un territoire éloigné ou faciliter un parcours,

comme le permet la télé-expertise ; elle peut aussi devenir une prestation commerciale déconnectée du suivi du patient.

Notre conviction

La médecine libérale doit devenir un acteur de l'innovation médicale et non son commentateur. Elle doit contribuer à sélectionner les usages utiles, à protéger l'indépendance du médecin et à garantir que le gain de productivité ne soit pas transformé en nouvelle pression sur le temps ou les tarifs.

La médecine 5P — préventive, personnalisée, prédictive, participative et pertinente — offre un cadre fécond, à condition que la donnée reste au service de la relation de soin et que la décision finale demeure médicale.



Ce que propose la CSMF

- Créer un fonds d'adoption de l'innovation permettant de financer temporairement les outils validés avant leur intégration au modèle courant.
- Mettre en place au sein de la CSMF un collège Innovation & IA réunissant praticiens, experts des données, chercheurs et utilisateurs de terrain.
- Privilégier les IA spécialisées et évaluées dans les usages à risque plutôt qu'une dépendance aveugle aux outils génératifs généralistes.
- Garantir la traçabilité, l'explicabilité et la responsabilité médicale dans les décisions assistées par algorithme.
- Faire de l'interopérabilité et de la gouvernance des données un droit des professionnels et des patients.
- Inscrire la télémédecine dans des projets territoriaux et des parcours existants, avec un médecin identifié et une continuité assurée.
- Accélérer l'actualisation des recommandations de pratique lorsque les preuves ont évolué.

EN RÉSUMÉ

- Les médecins libéraux doivent investir le champ de l'IA avant que d'autres n'en fixent seuls les règles.
- Le gain de temps doit revenir au soin, pas devenir un prétexte à dévaloriser l'acte.
- Toute innovation doit être évaluée sur son bénéfice clinique, humain et organisationnel.

RECONNAÎTRE L'EXPERTISE, LA RESPONSABILITÉ ET LA JUSTE VALEUR DU SOIN

TRAVAILLER PLUS VITE GRÂCE À L'INNOVATION
NE SIGNIFIE PAS QUE L'EXPERTISE VAUT MOINS.

*La valeur médicale
ne se mesure ni seulement
en minutes ni seulement
en actes.*

*Elle repose aussi
sur l'expertise, le risque,
la complexité et la décision.*

Le constat

Le débat sur la rémunération médicale est souvent réduit au niveau facial de la consultation ou à la comparaison des revenus. Cette approche ne rend pas compte de la réalité économique de l'exercice : charges, investissements, personnels, locaux, équipements, responsabilité, formation continue et temps non facturés.

Elle ne prend pas davantage en compte la diversité de la valeur clinique. Une décision prise en quelques minutes peut mobiliser vingt années d'expérience, engager une responsabilité importante ou éviter des examens inutiles. À l'inverse, certaines situations nécessitent du temps long, de la coordination ou des moyens spécifiques qui ne peuvent être rémunérés comme une consultation standard.

La pertinence des actes est également indissociable du modèle de rémunération. Un système qui sous-valorise le raisonnement, la prévention ou la coordination incite mécaniquement à produire ce qu'il sait financer.

Notre conviction

La CSMF défend le paiement à l'acte comme expression du contrat direct entre le médecin et son patient, tout en reconnaissant que certaines missions collectives — coordination, prévention, investissement territorial — nécessitent des financements complémentaires clairement identifiés.

La priorité ne doit pas être un discours général sur les revenus, politiquement réducteur. Elle doit être la juste rémunération de l'expertise, des charges, de la responsabilité et du service rendu.



Ce que propose la CSMF

- Indexer régulièrement la valeur des actes sur des critères objectifs intégrant l'évolution des charges de l'entreprise médicale.
- Mieux graduer les consultations selon la complexité, le niveau d'expertise, la responsabilité et le temps réellement nécessaire.
- Financer explicitement la coordination, la supervision et toutes les missions de prévention plutôt que de les laisser invisibles.
- Revoir la nomenclature pour valoriser les actes et expertises aujourd'hui sous-cotés ou mal décrits.
- Interdire les baisses tarifaires unilatérales qui contournent la négociation conventionnelle et déstabilisent des spécialités entières.
- Conforter la légitimité du secteur 2 et des compléments d'honoraires dans une logique de responsabilité.
- Veiller à ce que les gains de productivité issus de l'IA ou des nouvelles organisations bénéficient aussi au patient et au professionnel.



EN RÉSUMÉ

- La valeur du soin ne se réduit pas au temps passé.
- Le paiement à l'acte doit rester le socle, complété lorsque des missions non-actes sont nécessaires.
- La négociation conventionnelle doit rester le lieu légitime de l'évolution tarifaire.



CHAPITRE 9

FAIRE DE L'ENTREPRISE MÉDICALE UN OUTIL D'INDÉPENDANCE

POUR RESTER INDÉPENDANT, LE MÉDECIN DOIT POUVOIR RESTER MAÎTRE DE SON OUTIL DE TRAVAIL.

Le médecin libéral soigne, mais il investit aussi, emploie, organise, transmet et prend des risques. Ce rôle entrepreneurial doit être reconnu.

Le constat

Le cabinet médical contemporain est une entreprise de santé. Il emploie des assistants et des secrétaires, investit dans des locaux, des logiciels et des équipements, organise des flux de patients, protège des données, contractualise et supporte un risque économique. Certaines spécialités nécessitent des plateaux techniques lourds ; d'autres ont besoin d'un environnement humain et numérique de plus en plus structuré.

Lorsque la rémunération ne permet plus d'investir, le médecin renonce à employer, externalise des fonctions ou cède progressivement la maîtrise de son outil à des acteurs disposant de capital. La financiarisation n'est donc pas seulement une menace extérieure : elle se nourrit aussi de la fragilité économique de l'entreprise médicale.

Les fonds d'investissement peuvent apporter des moyens, mais leur logique devient problématique lorsqu'elle influence les prescriptions, standardise les pratiques, impose des objectifs de rentabilité ou éloigne la gouvernance des professionnels responsables du soin.

Notre conviction

La CSMF défend un capitalisme professionnel : des médecins capables d'investir, de s'associer et de consolider entre pairs pour conserver le contrôle de leur outil de travail. Le capital doit servir le projet médical, jamais l'inverse.

Cette vision implique d'enseigner davantage l'entrepreneuriat, la gestion et le management aux futurs installés. Elle implique aussi de distinguer ce qui relève du financement de l'acte, du financement de l'investissement et de l'aménagement du territoire.



Ce que propose la CSMF

- Créer un statut économique lisible de l'entreprise médicale libérale et reconnaître ses besoins spécifiques d'investissement.
- Mobiliser État et collectivités lorsque l'investissement relève de l'aménagement du territoire plutôt que de le faire financer uniquement par les actes.
- Soutenir les regroupements entre pairs et les structures où la gouvernance médicale demeure effectivement majoritaire.
- Imposer la transparence sur la détention du capital et les liens d'intérêts dans les structures de soins.
- Interdire les dispositifs de rémunération interne susceptibles d'altérer l'indépendance clinique ou d'inciter à la surproduction.
- Faciliter les formes de collaboration, cabinets "clés en main", exercice partagé et transmission progressive qui permettent aux jeunes d'entrer dans le libéral avec moins de risque.
- Former les médecins à la gestion, au management, au financement et à la transmission de leur entreprise.

EN RÉSUMÉ

- L'indépendance clinique dépend aussi de l'indépendance économique.
- L'investissement utile doit être distingué de la financiarisation.
- La CSMF doit aider les médecins à rester propriétaires ou maîtres de leur outil de travail.

RENDRE L'EXERCICE LIBÉRAL ATTRACTIF À CHAQUE ÂGE DE LA VIE PROFESSIONNELLE

EXERCER AUTREMENT NE SIGNIFIE PAS S'ENGAGER MOINS MAIS SIGNIFIE S'ENGAGER MIEUX.

Les aspirations changent au fil des carrières. Le libéral doit offrir davantage de choix, de protection, de transmission et de qualité de vie.

Le constat

Le débat sur les "jeunes générations" simplifie souvent à l'excès une évolution qui concerne toute la profession. Les médecins, femmes comme hommes, jeunes comme seniors, recherchent progressivement davantage de maîtrise sur leur organisation, de travail collectif, d'outils fiables et d'équilibre entre vie professionnelle et personnelle.

Le libéral pourrait répondre mieux que tout autre modèle à cette aspiration par sa souplesse. Pourtant, il est souvent perçu au moment de l'installation comme la voie la plus risquée : démarches complexes, charges fixes, responsabilité d'employeur, protection sociale imparfaite, difficulté à trouver un remplaçant ou un associé et peur de l'isolement.

À l'autre extrémité de la carrière, des médecins souhaiteraient continuer à exercer partiellement, transmettre leur patientèle, accompagner de jeunes confrères ou rester actifs sans subir une

organisation rigide. Ce potentiel de compagnonnage est insuffisamment utilisé.

Notre conviction

Il n'existe pas un modèle d'exercice idéal. L'attractivité vient de la capacité à choisir et à évoluer. La médecine libérale doit permettre des trajectoires diverses : installation progressive, collaboration, exercice mixte, association, temps partiel, transmission, retraite progressive, tutorat.

La qualité de vie au travail ne doit pas être un slogan. Elle doit devenir un chantier concret portant sur l'organisation, les systèmes d'information, la sécurité, les horaires, la charge administrative, l'isolement et l'accès aux ressources professionnelles.



Ce que propose la CSMF

- Lancer une grande enquête nationale sur la qualité de vie au travail des médecins libéraux et publier un plan d'actions mesurables.
- Créer un programme national de compagnonnage associant futurs installés, jeunes médecins, confrères expérimentés, généralistes et spécialistes.
- Reconnaître et, lorsque c'est pertinent, financer le temps de tutorat et de transmission.
- Expérimenter dans certaines zones sous-dotées un salariat transitoire de jeunes médecins au sein d'entreprises médicales libérales, avec objectif d'installation progressive et tuilage par un confrère.
- Améliorer la protection sociale de l'exercice libéral, notamment lors des événements de vie et en matière de parentalité.
- Favoriser la retraite progressive et la poursuite d'activité des médecins seniors qui le souhaitent, avec droits sociaux lisibles et accompagnement adapté.
- Libéraliser les formes de collaboration et faciliter l'accès à des cabinets structurés disposant de services administratifs mutualisés.



EN RÉSUMÉ

- L'attractivité ne se réduit pas à l'installation : elle concerne toute la carrière.
- Le compagnonnage réalisé par un médecin libéral est particulièrement utile.
- La qualité de vie au travail doit faire l'objet d'actions concrètes et évaluées.

CONSTRUIRE UNE SANTÉ DURABLE ET RESPONSABLE

ONE HEALTH N'EST PLUS UNE OPTION : C'EST LA CONDITION D'UNE POLITIQUE DE SANTÉ DURABLE.

La responsabilité environnementale ne doit pas être une injonction supplémentaire au médecin, mais une nouvelle manière de penser la pertinence.

Le constat

La santé protège la vie mais son organisation a elle-même une empreinte environnementale : déplacements, énergie, équipements, consommables, déchets, médicaments, papier, numérique et rejets dans l'eau. Le sujet est trop souvent présenté comme une série de petits gestes laissés à la bonne volonté des professionnels.

Mais la santé environnementale ne se résume pas à l'empreinte du système de soins. Notre santé dépend aussi de celle de notre environnement et, plus largement, des interactions entre santé humaine, santé animale et écosystèmes. C'est le principe de l'approche "One Health – Une seule santé".

Pollution de l'air et de l'eau, changement climatique, alimentation, exposition aux substances chimiques, zoonoses, maladies vectorielles ou antibiorésistance constituent désormais des enjeux sanitaires à part entière. Le médecin libéral, par sa proximité avec les patients et les territoires, a toute sa place dans leur prévention, leur repérage et leur prise en compte.

Pour être crédible, l'écologie des soins doit être reliée à la pertinence. Un examen inutile, un doublon, une hospitalisation évitable, un médicament mal utilisé ou un déplacement qui aurait pu être organisé autrement ont à la fois un coût financier, humain et environnemental.

À l'inverse, il serait injuste de transférer sur les seuls cabinets libéraux la responsabilité de sujets qui dépendent des industriels, des infrastructures, des collectivités ou du système de traitement des déchets et des eaux.

Notre conviction

L'écoconception des soins consiste à rechercher le meilleur résultat clinique avec l'usage le plus pertinent des ressources. Elle n'oppose pas qualité et sobriété ; elle en fait deux dimensions d'une même exigence.

Cette démarche doit s'inscrire dans une vision plus large de la santé environnementale. La CSMF défend une approche One Health qui reconnaît l'interdépendance entre la santé des personnes, les conditions de vie, la santé animale et les écosystèmes, et qui fait de la prévention environnementale une composante à part entière de la politique de santé.

La CSMF doit proposer des solutions directement applicables dans les structures libérales tout en exigeant que l'effort soit partagé par l'ensemble de la chaîne de santé.



Ce que propose la CSMF

- Intégrer pleinement l'approche One Health dans les politiques territoriales de santé, en associant médecins, professionnels de santé, collectivités, acteurs de l'environnement et, lorsque nécessaire, professionnels de la santé animale.
- Mieux former et outiller les médecins pour repérer, prévenir et prendre en compte les risques environnementaux qui affectent la santé de leurs patients.
- Élaborer des fiches-actions simples pour les cabinets : déchets, papier, énergie, eau, achats, mobilité et numérique.
- Intégrer l'impact environnemental dans les recommandations lorsqu'il existe plusieurs options cliniquement équivalentes.

- Réduire les examens et actes redondants grâce au partage effectif de l'information médicale.
- Mieux organiser la collecte, la traçabilité et le traitement des déchets et médicaments.
- Associer santé environnementale et prévention dans les projets territoriaux.
- Créer un référentiel volontaire d'écoconception pour les structures ambulatoires, construit avec les professionnels et sans bureaucratie supplémentaire.

EN RÉSUMÉ

- Notre santé dépend aussi de la santé de notre environnement : l'approche One Health doit devenir une dimension de la prévention.
- L'écologie des soins doit partir de la pertinence clinique.
- Les responsabilités sont partagées entre professionnels, industriels et pouvoirs publics.
- La CSMF doit fournir des outils opérationnels, pas de nouvelles injonctions.



GARANTIR L'ACCÈS À L'EXPERTISE DONT LE PATIENT A BESOIN

L'accès aux soins ne se résume pas à trouver un médecin traitant. Il faut pouvoir être orienté, revu et pris en charge au bon moment, y compris hors des horaires habituels.

Le constat

Les difficultés d'accès apparaissent souvent à l'interface entre plusieurs dispositifs : permanence des soins, visites à domicile, soins non programmés, absence de médecin traitant, difficulté à joindre un spécialiste ou délais trop longs après un diagnostic.

Pour un patient âgé, fragile ou sans moyen de transport, l'existence théorique d'un cabinet à vingt kilomètres ne garantit pas pour autant l'accès aux soins. Pour un généraliste confronté à une situation urgente, l'impossibilité de joindre rapidement un spécialiste transforme parfois une difficulté organisationnelle en risque médical.

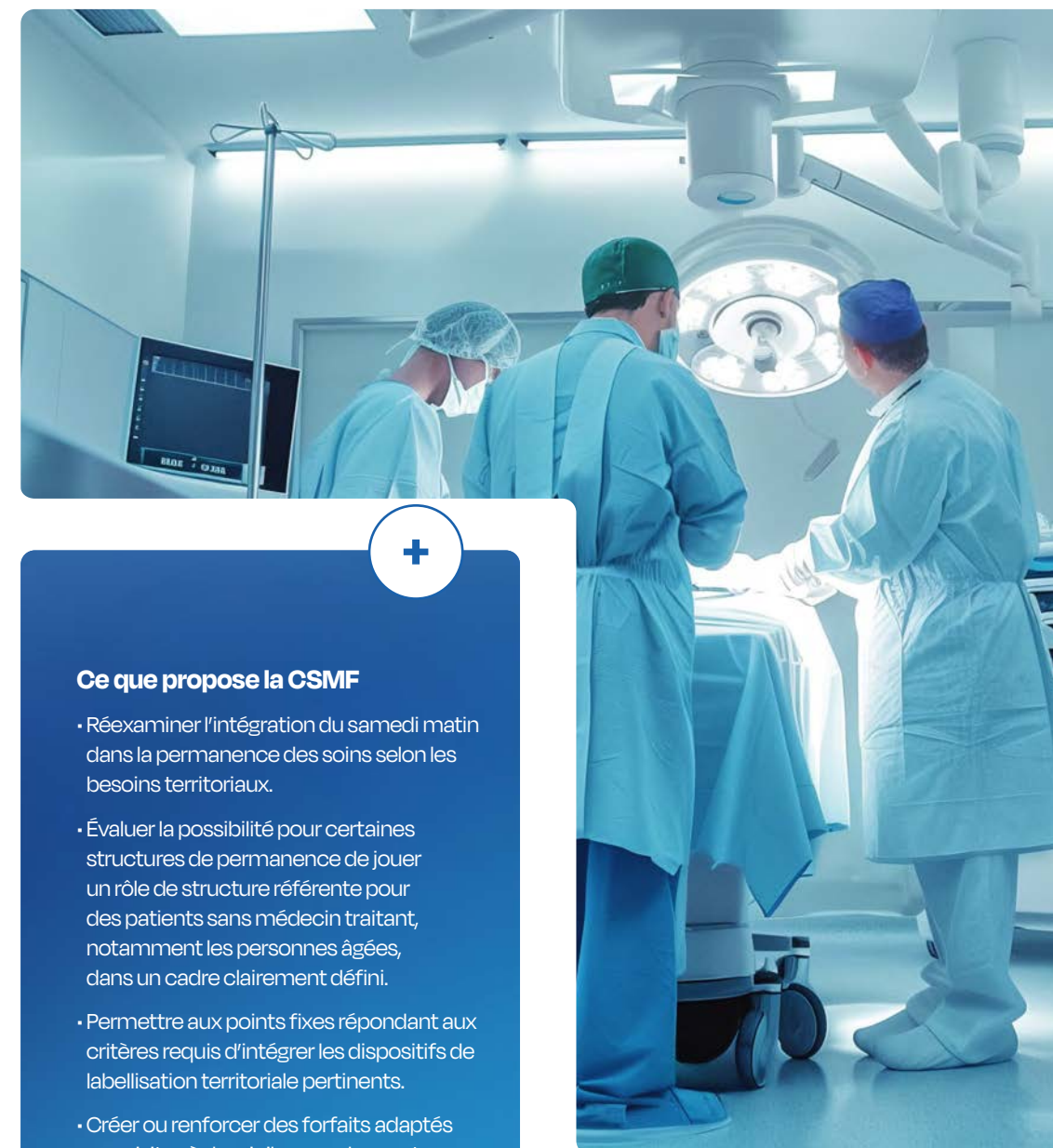
La permanence des soins ambulatoires constitue donc un élément de sécurité collective. Elle doit être pensée en articulation avec les SAS, les points fixes, les maisons médicales, les visites à domicile, les urgences et les transports.

Notre conviction

La PDSA doit être adaptée aux réalités territoriales. Les structures qui prennent effectivement en charge des patients sans solution doivent pouvoir être reconnues et soutenues. Le deuxième recours doit, lui aussi, être intégré aux politiques d'accès aux soins et non traité comme un sujet secondaire.

Par ailleurs, il faut créer une PDSSES effective, efficace et indemnisée intégrant toutes les spécialités sur la base du volontariat.

La bonne réponse n'est pas de promettre toutes les compétences partout. Elle est de garantir une compétence accessible à bonne distance, dans un délai médicalement pertinent, avec une organisation lisible.



Ce que propose la CSMF

- Réexaminer l'intégration du samedi matin dans la permanence des soins selon les besoins territoriaux.
- Évaluer la possibilité pour certaines structures de permanence de jouer un rôle de structure référente pour des patients sans médecin traitant, notamment les personnes âgées, dans un cadre clairement défini.
- Permettre aux points fixes répondant aux critères requis d'intégrer les dispositifs de labellisation territoriale pertinents.
- Créer ou renforcer des forfaits adaptés aux visites à domicile complexes et aux contraintes de déplacement.
- Organiser des voies d'accès rapide au deuxième recours pour les médecins de premier recours confrontés à une situation nécessitant un avis spécialisé.
- Intégrer transports communaux, VSL et transport sanitaire dans les plans d'accès lorsque l'obstacle principal est la mobilité du patient.
- Évaluer la gradation des plateaux techniques et éviter le maintien de structures sous-utilisées lorsque la qualité ou la sécurité imposent une concentration de l'expertise.

EN RÉSUMÉ

- Le premier recours ne suffit pas : l'accès au spécialiste et à la permanence doit être organisé.
- Les solutions doivent tenir compte de la mobilité des patients.
- La gradation des équipements peut améliorer simultanément qualité et efficacité.

PROTÉGER LES MÉDECINS, PROTÉGER LES PATIENTS

QUAND UN MÉDECIN EST AGRESSÉ, C'EST L'ACCÈS AUX SOINS QUI RECULE.

La violence contre les soignants doit être combattue avec fermeté, sans oublier la responsabilité particulière du médecin face aux victimes et l'exigence d'exemplarité de la profession.

Le constat

Insultes, menaces, agressions physiques, dégradations et tensions lors d'actes de soins : la violence altère directement les conditions d'exercice et peut conduire à des renoncements, à la fermeture d'un cabinet ou à l'abandon de certaines modalités de prise en charge.

La réponse ne peut pas reposer sur le seul médecin agressé, souvent isolé au moment où il faudrait au contraire une procédure automatique, un interlocuteur, un accompagnement juridique et un lien rapide avec les forces de l'ordre.

Mais un Livre Blanc qui porte une vision exigeante et humaniste ne peut traiter la violence dans une seule direction. Les médecins sont aussi en première ligne pour repérer, accueillir, documenter, protéger et orienter les victimes de violences intrafamiliales, sexuelles ou sociales. Et parce que l'honorabilité de la profession est indissociable de la confiance, toute violence commise par un professionnel doit également pouvoir être signalée, prévenue et sanctionnée.

Notre conviction

La protection des médecins est une politique d'accès aux soins. Elle doit être organisée territorialement, avec une répartition claire des responsabilités entre syndicats, Ordre, URPS, police, justice, préfectures et collectivités.

La protection de la profession implique en même temps une exigence d'exemplarité et une meilleure formation à l'accueil des victimes.

EN RÉSUMÉ

- La sécurité des médecins conditionne l'accès aux soins.
- La réponse doit être territoriale, rapide et organisée avant l'agression.
- L'exemplarité et l'accueil des victimes font partie de la responsabilité médicale.



Ce que propose la CSMF

- Mettre en place dans chaque département un circuit lisible d'alerte et d'accompagnement des médecins agressés.
- Créer des lignes et référents dédiés au sein des forces de l'ordre lorsque la fréquence des incidents le justifie.
- Renforcer la rapidité de la réponse judiciaire et l'information du professionnel sur les suites données.
- Clarifier le rôle du Conseil départemental de l'Ordre dans l'accompagnement confraternel et juridique, et celui des URPS dans les dispositifs territoriaux.
- Financer les mesures de sécurisation adaptées des cabinets et structures de permanence.
- Renforcer la formation au repérage, à l'écoute et à l'orientation des victimes de violences.
- Appliquer une exigence de tolérance zéro aux violences commises par des professionnels de santé.

CHANGER DE MÉTHODE POUR TRANSFORMER LE SYSTÈME DE SANTÉ

FAIRE CONFIANCE NE SIGNIFIE PAS RENONCER À ÉVALUER. CELA SIGNIFIE ÉVALUER CE QUI COMPTE VRAIMENT.

Les bonnes idées échouent souvent moins par leur contenu que par la manière dont elles sont portées et évaluées.

Le constat

Le système de santé souffre d'une accumulation de réformes courtes, de dispositifs juxtaposés et d'objectifs annuels qui rendent difficile toute transformation de long terme. La prévention, la démographie, l'innovation, la formation ou l'aménagement territorial nécessitent pourtant des horizons de cinq, dix ou quinze ans.

La régulation annuelle conduit trop souvent à corriger une dépense visible sans mesurer les effets indirects sur l'accès, la qualité, le temps médical ou l'attractivité. Dans le même temps, l'évaluation des besoins demeure imparfaite et l'évaluation des pratiques arrive tardivement, alors qu'elles devraient constituer le point de départ et le point d'arrivée de toute politique.

La création de nouvelles structures territoriales peut être une chance si elle renforce la capacité à adapter et expérimenter. Elle deviendra une faiblesse si elle ajoute des instances sans responsabilité claire ni indicateurs de résultats.

Notre conviction

La CSMF appelle à un changement de méthode : une loi de programmation en santé sur plusieurs années, des objectifs de résultat partagés, une évaluation des besoins avant la décision, des expérimentations avant généralisation, et une transparence sur ce qui fonctionne ou non.

La confiance est compatible avec l'exigence. Elle suppose même une évaluation plus intelligente : moins de contrôle de conformité, davantage d'évaluation de la qualité des soins, de pertinence, d'accès, de prévention et de satisfaction des patients comme des professionnels.



EN RÉSUMÉ

- Le système a besoin d'un horizon pluriannuel.
- Évaluer les besoins avant d'organiser l'offre ; évaluer les résultats après l'action.
- La CSMF veut passer de la réaction aux réformes à la co-construction de la transformation.



Ce que propose la CSMF

- Adopter une loi de programmation en santé sur au moins cinq ans, articulant démographie, prévention, investissement, innovation et organisation territoriale.
- Distinguer clairement le financement du fonctionnement courant de celui des infrastructures et de l'aménagement du territoire.
- Créer un cadre national commun d'évaluation des besoins, décliné localement avec les professionnels.
- Faire précéder toute généralisation d'une réforme organisationnelle d'une expérimentation avec indicateurs cliniques, économiques et de temps médical.
- Publier chaque année un tableau de bord lisible de l'accès, de la pertinence, de la prévention et de l'attractivité de la médecine libérale.
- Associer systématiquement les médecins libéraux aux décisions qui modifient leurs missions ou leurs responsabilités.
- Faire de la recertification un outil utile d'actualisation des compétences, construit avec les conseils professionnels et non une obligation administrative supplémentaire.



CONCLUSION

LA MÉDECINE LIBÉRALE EN 2035

UNE PROJECTION CRÉDIBLE DE CE QUE NOUS POUVONS CONSTRUIRE SI NOUS DÉCIDONS AUJOURD'HUI DE FAIRE CONFIANCE, D'ORGANISER ET D'INVESTIR. LA MÉDECINE LIBÉRALE N'EST PAS LE PROBLÈME. ELLE EST UNE PARTIE ESSENTIELLE ET INDISPENSABLE À LA SOLUTION.

2035 ne se décrète pas. 2035 se prépare maintenant.

Imaginons la médecine qui réponde aux besoins de la population et qui soit soutenable financièrement.

Pas une médecine idéale, éloignée des réalités.

Une médecine possible.

Une médecine que nous pouvons décider de construire dès aujourd'hui si nous acceptons collectivement d'en faire le choix.

En 2035, un patient ne cherche plus seul son chemin dans le système de santé.

Il dispose d'un parcours lisible.

Son médecin connaît son histoire, accède aux informations réellement utiles et peut solliciter rapidement l'expertise d'un confrère lorsque la situation l'exige.

La technologie a simplifié la médecine au lieu de la compliquer.

Les systèmes d'information communiquent enfin entre eux.

Les tâches répétitives ont été automatisées.

Le médecin consacre davantage de son temps à écouter, diagnostiquer, expliquer, décider et accompagner.

Nous aurons utilisé la technologie pour retrouver ce qu'elle devait précisément nous permettre de préserver : du temps humain.

La prévention n'est plus le parent pauvre de notre système de santé.

Elle accompagne chaque âge de la vie.

Les facteurs de risque sont identifiés plus tôt.

Les dépistages sont mieux organisés.

Les maladies chroniques sont anticipées plutôt que simplement prises en charge lorsqu'elles s'aggravent.

Les données de santé sont mobilisées avec exigence et protection pour mieux prévenir, mieux personnaliser et mieux accompagner.

Parce qu'une médecine moderne ne doit plus seulement savoir soigner la maladie.

Elle doit savoir préserver la santé.

L'intelligence artificielle est devenue un outil quotidien du médecin. Elle synthétise.

Elle alerte.

Elle documente.

Elle accompagne la décision.

Mais elle ne décide pas à sa place.

Elle ne remplace ni le regard clinique, ni la parole, ni la responsabilité, ni cette relation singulière qui fonde depuis toujours la médecine.

L'intelligence artificielle aura augmenté les capacités du médecin. Elle n'aura pas diminué son humanité.

En 2035, généralistes et spécialistes ne sont plus pensés comme deux mondes séparés.

Ils organisent ensemble les parcours.

Les équipes de soins spécialisées, les CPTS, les maisons de santé et les autres formes d'exercice coordonné ne sont plus des sigles ou des constructions administratives.

Elles sont des outils.

Des outils au service du patient.

Des outils au service de la fluidité des parcours.

Des outils au service de ceux qui soignent.

Les compétences des autres professionnels de santé se sont développées.

C'est une richesse.

Mais chacun sait ce qu'il fait, dans quel cadre, avec quelle responsabilité et avec quelle possibilité de recours à l'expertise médicale.

La coopération ne s'est pas construite par dilution des métiers.

Elle s'est construite par reconnaissance des compétences de chacun.

Les territoires ont également repris leur place.

Parce que l'on ne soigne pas de la même manière dans une métropole, une ville moyenne, une zone rurale, un territoire ultra marin ou une région frontalière.

Les orientations nationales fixent un cap.

Mais les réponses s'organisent au plus près des besoins.

Médecins, professionnels de santé, collectivités, établissements, Assurance maladie et représentants des patients construisent ensemble des solutions adaptées.

La mobilité des patients, l'accès au deuxième recours, les plateaux techniques, la permanence des soins, la prévention et l'organisation médico-sociale ne sont plus pensés séparément.

Le territoire est devenu l'espace naturel de l'organisation des soins.

Et les médecins y occupent pleinement leur place.

En 2035, exercer en libéral est redevenu un choix désirable.

Un jeune médecin peut s'installer sans avoir le sentiment de sauter dans le vide.

Il peut rejoindre une équipe.

Collaborer.

Entreprendre.

Devenir associé.

Créer sa structure.

Partager des moyens.

Être accompagné.

Il peut choisir une manière d'exercer qui corresponde à son projet professionnel et à sa vie.

Les médecins expérimentés peuvent transmettre leur savoir, accompagner les plus jeunes et poursuivre leur activité dans des formes adaptées.

Le compagnonnage est devenu une véritable politique professionnelle.

Le médecin retraité laissera sa patientèle entre des mains pertinentes et sûres.

Parce qu'une profession qui ne transmet plus finit par perdre une partie d'elle-même.

La médecine libérale aura compris que son avenir se construit autant entre les générations qu'entre les territoires.

L'entreprise médicale a retrouvé sa capacité à investir.

Les médecins peuvent développer leurs structures, recruter, acquérir des équipements, expérimenter de nouvelles organisations et conserver la maîtrise de leur outil de travail.

L'investissement est encouragé.

La financiarisation, elle, est encadrée.

Parce que l'argent peut financer le soin.

Mais il ne doit jamais décider du soin.

La gouvernance médicale, la transparence du capital et l'indépendance clinique sont protégées.

Le projet économique sert le projet médical.

Jamais l'inverse.

En 2035, la France n'a évidemment pas supprimé toute contrainte financière.

Elle a simplement cessé de croire que la seule réponse aux difficultés budgétaires consistait à diminuer les moyens de ceux qui soignent.

Elle a appris à mieux investir.

À mieux prévenir.

À mieux organiser.

À évaluer davantage la pertinence.

À supprimer ce qui est inutile.

À accélérer ce qui fonctionne.

À mesurer non seulement combien nous dépensons, mais ce que notre dépense produit réellement en matière de santé.

Parce que la responsabilité ne consiste pas à nier les contraintes.

**Elle consiste à faire les bons choix.
Mais cet avenir n'est pas écrit.**

Il existe une autre trajectoire.

Celle d'une médecine progressivement administrée par la pénurie.

D'un système où l'on chercherait principalement à répartir les médecins plutôt qu'à rendre leur métier attractif.

Où les professions évolueraient chacune de leur côté, sans vision d'ensemble.

Où la technologie deviendrait un nouvel instrument de contrôle.

Où la finance prendrait progressivement la maîtrise des outils de soins.

Où les décisions seraient prises toujours plus loin du terrain.

Où les médecins consacraient davantage de temps à alimenter le système qu'à soigner ceux pour lesquels il existe.

Cette médecine-là, nous n'en voulons pas.

Nous faisons un autre choix.

Celui d'une médecine libre dans sa décision.

Responsable dans ses engagements.

Solidaire dans son organisation.

Innovante dans ses pratiques.

Exigeante dans ses résultats.

Et profondément humaine dans la relation qu'elle construit avec chaque patient.

Le moment est venu de choisir.

Pendant trop longtemps, les débats sur la santé ont été enfermés dans une succession de crises, de déficits, de pénuries et de réformes.

Nous voulons ouvrir une autre perspective.

Parler de projet.

Parler d'avenir.

Parler de responsabilité.

Parler de confiance.

La CSMF ne demande pas que rien ne change.

Elle demande au contraire que nous ayons le courage de changer ce qui doit l'être.

Mais de le faire avec les médecins.

Avec les professionnels.

Avec les patients.

Avec les territoires.

Et non à leur place.

Nous sommes prêts à prendre notre part.

Prêts à faire évoluer nos organisations.

Prêts à évaluer nos pratiques.

Prêts à renforcer la prévention.

Prêts à coopérer davantage.

Prêts à intégrer les innovations.

Prêts à assumer nos responsabilités territoriales.

Prêts à construire une médecine plus pertinente, plus efficace et plus solidaire.

Mais la responsabilité ne peut être à sens unique.

Aux médecins qui s'engagent doit répondre un État qui leur fait confiance.

À la responsabilité professionnelle doit répondre la liberté d'exercer.

À l'exigence de qualité doit répondre la reconnaissance de l'expertise.

À l'engagement dans les territoires doit répondre la capacité d'y décider et d'y entreprendre.

C'est le nouveau contrat que nous proposons.

Un contrat de confiance entre les médecins, les patients et la Nation.

Il n'y aura pas d'accès durable aux soins sans médecins libéraux.

Il n'y aura pas de prévention efficace sans médecins de proximité.

Il n'y aura pas de parcours de qualité sans coordination entre généralistes et spécialistes.

Il n'y aura pas d'innovation utile sans indépendance professionnelle.

Il n'y aura pas de système de santé soutenable sans responsabilité partagée.

Et il n'y aura pas de transformation réussie sans confiance dans celles et ceux qui la feront vivre.

La médecine libérale n'est donc pas un héritage que nous chercherions à préserver.

C'est une force que nous voulons mettre au service de l'avenir.

Elle peut être l'une des réponses les plus modernes aux défis sanitaires, démographiques, technologiques et territoriaux de notre pays.

À une condition :

avoir collectivement le courage de lui donner les moyens de le devenir.

C'est l'ambition de la CSMF.

C'est le sens de ce Livre Blanc.

Et c'est maintenant que commence le travail.

***Agir pour les médecins.
Agir pour les patients.
Construire ensemble
la médecine de demain***

NOTE SUR LES SOURCES DE TRAVAIL : ce Livre Blanc est le fruit de plusieurs mois de travail collectif, à partir du Manifeste CSMF, nourri par l'engagement, l'expérience et les contributions des cadres et des médecins de la CSMF, que nous remercions très chaleureusement. Il a été construit également à partir des contributions relatives aux parcours de soins, aux métiers et pratiques avancées, ainsi que du décret n° 2026-722 du 1^{er} août 2026 relatif aux délégations départementales des ARS. Ce Livre Blanc s'inscrit aussi dans une histoire plus large : celle de toutes celles et ceux qui, quelles que soient leurs sensibilités, leurs organisations ou leurs générations, ont contribué au fil des années, par leurs réflexions, leurs propositions, leurs débats, leurs colloques et leurs engagements, à faire évoluer la pensée sur la médecine libérale. Certaines idées peuvent ainsi se faire écho, se retrouver ou se prolonger : elles appartiennent alors moins à l'un ou à l'autre qu'à cette intelligence collective qui fait progresser notre profession.

NOTES

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

LIVRE BLANC POUR UNE MÉDECINE LIBÉRALE **FORTE, INNOVANTE, RESPONSABLE ET SOLIDAIRE.**



Le Livre Blanc traduit en propositions concrètes la vision présentée dans le Manifeste. Vous trouverez ces 2 documents en téléchargement sur notre site web.

Faire confiance
à celles et ceux qui soignent.

Contact presse

Karène Arfaoui
karene@arfaoui.net
06 30 74 70 23

