

# L'avenir de la médecine libérale :

## conclusions du séminaire du CNOM

30/03/2010

Le Conseil national de l'Ordre des médecins s'est réuni en séminaire, sous la présidence du Docteur Michel LEGMANN et du Secrétaire général le Docteur Walter VORHAUER, les 18,19 et 20 mars 2010 sur le thème de « l'avenir de la médecine libérale ». Les conseillers ont travaillé dans trois ateliers dont les thèmes étaient :

- Atelier n°1 : Existe-t-il encore une médecine libérale? Comment faire pour redonner envie aux jeunes confrères d'aller dans cet exercice? »
- Atelier n° 2 : L'aménagement des activités et des conditions matérielles d'exercice »
- Atelier n°3 : La revalorisation du statut social du médecin

Il convient de souligner l'importance des contributions des conseils départementaux et régionaux qui ont été analysées avec le plus grand soin et, relayées par les conseillers nationaux, ont ainsi permis d'aboutir à la synthèse suivante :

### **I – La définition de l'activité libérale**

Nous avons tout d'abord constaté que la désaffection des jeunes pour la profession médicale dans ses activités libérales n'était pas une préoccupation nouvelle pour l'Ordre des Médecins puisque l'évolution de l'exercice avait déjà été le thème du séminaire de Nancy en novembre 2006 qui avait à son issue publié une [plateforme en dix points](#) qui comporte des propositions en ce domaine.

Examinant les critères traditionnels de l'exercice libéral de la médecine nous avons conclu que deux parmi eux restaient essentiels : l'indépendance professionnelle du médecin libéral et une rémunération essentiellement à l'acte.

Il nous a paru utile de nous reporter au récent rapport de Maître Brigitte Longuet à laquelle M. Hervé NOVELLI, Secrétaire d'Etat chargé du commerce, de l'Artisanat, des petites et moyennes entreprises, du Tourisme, des Services et de la Consommation avait confié une mission sur la dynamique de l'activité libérale.

Nous y avons relevé qu'il :

- est question d'activités libérales plus que de professions libérales,
- est souligné le poids économique des activités libérales
- s'agit de missions sociales d'intérêt général
- s'agit pour l'essentiel de services à dominante intellectuelle.

Au-delà sont énumérés des critères de l'activité libérale :

- compétence reconnue et entretenue
- respect d'une éthique
- priorité des intérêts du client sur ceux du professionnel
- indépendance d'exercice
- liberté de choix du professionnel par le client
- responsabilité civile et professionnelle pour la garantie du client
- exercice de proximité et disponibilité
- caractère civil (non commercial) des activités principales.

Tous ces critères s'appliqueraient à l'exercice libéral de la médecine, mais de plus pour la majorité d'entre eux, (en exceptant liberté de choix, responsabilité individuelle et exercice de proximité) à l'exercice de la médecine dans tous ses autres modes.

Il nous a donc paru que l'exercice libéral de la médecine a un avenir conforté par ce rapport et ce d'autant plus que notre société ne peut qu'avoir constaté son incapacité financière à organiser un système public pour répondre à l'ensemble des besoins de la population.

Cependant force est de constater que l'évolution de l'exercice professionnel tend à « ébranler » les principes fondamentaux de l'exercice libéral de la médecine ( indépendance, paiement à l'acte, liberté de choix, liberté de prescription et liberté d'installation). Toutefois, au plan déontologique, il est de la mission de l'Ordre des médecins d'en défendre la pérennité, ne serait-ce que parce que l'indépendance du médecin reste le fondement de la confiance du patient. Mais il est aussi de son rôle de les conforter par de nouvelles approches déontologiques retenant :

- La notion de socle unique de règles communes d'exercice de la médecine avec des modalités différentes.
- Une médecine de proximité au service de l'individu avec des règles de fonctionnement spécifiques.
- Une médecine qui comporte un compartiment avec contractualisation collective et un engagement public fort et un compartiment ménageant un espace de liberté avec possibilité de contractualisation volontaire et individuelle.

## II – De la valorisation du contenu du métier

**A - Contenu de l'acte :** L'acte médical est plurifactoriel. Il peut comprendre l'écoute, le diagnostic, la thérapeutique, l'accompagnement mais aussi la valeur intellectuelle, la valeur technique, un niveau de responsabilité, d'information et de conseil, un volet social, et toutes les actions de santé publique (prévention, éducation thérapeutique, volet médicaux sociaux, actes administratifs, volet médico-judiciaire) sans prétendre être exhaustif. Il convient également d'y intégrer :

- le rôle du médecin protecteur de l'individu : partenaire en matière de sécurité de la population, défenseur de l'enfant, des personnes battues, des incapables majeurs, des personnes âgées, et garant des droits et des conditions du travail.
- le médecin de surcroît producteur de richesses et garant de l'état de santé de la population donc de sa productivité et acteur de l'activité économique du secteur de santé.

Le principe même de l'application de lettres clé ne permet pas de prendre en compte cette diversité et complexité. La revalorisation de l'acte passe nécessairement par des études analytiques de la valeur de chacun des composants de l'acte. Cela implique une hiérarchisation des actes en fonction de leur complexité et une diversité des modes de rémunération.

**B – Vers de nouvelles modalités de rémunération de l'exercice** Autour de l'acte médical de nature individuelle, de consultation ou technique, valorisé dans sa rémunération car, regroupant l'écoute, le diagnostic, la thérapeutique, l'accompagnement mais aussi la valeur intellectuelle, la valeur technique, un niveau de responsabilité, d'information et de conseil avec ainsi l'ouverture d'un espace de liberté tarifaire, **d'autres approches de rémunérations forfaitaires sont mises en place :**

- une rémunération forfaitaire évolutive correspondant dans le cadre des obligations déontologiques du médecin à l'ensemble des activités de santé publique, médico-administratives, médico-sociales et médico-judiciaires et adaptée à chaque spécialité (équivalent salarial) ;
- une rémunération forfaitaire protocolisée et contractualisée correspondant à des actions de santé publique, des contraintes réglementaires ou des prises en charges de spécificités loco-régionales, de situations spécifiques (pathologies, groupes d'âge,

télémédecine...).

Amélioration de la couverture sociale des praticiens libéraux notamment les congés maternités, l'interruption temporaire d'activité avant le 91ème jour et la sécurisation des retraites des libéraux

**C – Le contenu de la carrière** La revalorisation de la carrière nécessite l'abandon de la linéarité stricte. Il convient de prendre en compte la possibilité d'évolutivité et d'exercices diversifiés par la validation des acquis de l'expérience ou de l'acquisition de compétences. Ces compétences (au sens ordinal) doivent être rétablies ainsi que les mixités d'exercice qu'autorise l'introduction de nouveaux modes de rémunération. Parmi les outils permettant de faire évoluer la carrière, le DPC doit être, au-delà de sa mission d'évaluation des acquis, un élément clé de la reconnaissance de toute formation complémentaire à l'initiative du professionnel destinée à élargir son champ d'activité.

### **III – Formation universitaire et études professionnelles**

La formation médicale universitaire initiale ne prépare pas à l'exercice médical libéral : elle ne prépare qu'à l'exercice hospitalier et n'inclut aucune formation à la gestion d'un cabinet. **Changer les modalités de la formation : intégrer dès les premières années de médecine, la médecine libérale, tant générale que d'autres spécialités : médecins libéraux à l'hôpital, étudiants dans des cabinets libéraux et établissements privés** (agréer des structures libérales pour la formation) ; nécessité de réaliser des remplacements, donc en milieu libéral, dans la spécialité avant la fin du cursus.

Une formation précoce, dans le cadre du 2ème cycle, à l'exercice professionnel est indispensable et obligatoire. Elle doit déboucher sur l'introduction de questions spécifiques dans le cadre des épreuves à l'ECN. Il convient de renforcer et diversifier les lieux de stages afin de couvrir l'éventail de l'activité de la médecine libérale et d'améliorer la qualité du compagnonnage.

**L'Ordre, guichet unique du RPPS, doit s'emparer d'un rôle de formation à l'occasion de l'enregistrement des étudiants à partir du 2ème cycle et ce jusqu'à l'inscription au tableau.**

Absence de possibilité effective d'user des passerelles existant entre les disciplines. Modification en ce sens de la loi de 1982 sur l'internat qualifiant permettant de véritables parcours professionnels incluant le changement de spécialité ou l'acquisition de spécialités accessoires. (là aussi rétablissement des compétences en complément de la spécialité d'exercice)

Volonté des jeunes médecins de ne pas s'engager pour des durées importantes, leur permettant si besoin une mobilité nécessitée par leur vie familiale ou leurs goûts et de ce fait refus d'engagements financiers à long terme, d'investissements lourds et recherche d'engagements à durée limitée. Le CNOM a déjà permis l'exercice en lieux multiples, les collaborations libérales. Il convient de plus de favoriser la création de structures leur permettant un exercice libéral dans des conditions de juste rémunération sans investissement immobilier et matériel obligé, en particulier les structures nouvelles qui paraissent devoir être implantées dans des zones où une offre des soins suffisante ne semble plus exister ou devoir disparaître.

#### **IV – Du bon usage des soins**

Nécessaire éducation du patient. Certes ce qu'il doit attendre du médecin mais aussi ses devoirs à son égard.

#### **V – De l'environnement médical**

**A – Les regroupements** Les médecins ne souhaitent plus exercer isolément. Il convient donc d'inciter au regroupement des médecins sur les territoires de santé par une politique publique ambitieuse de soutien aux investissements. Plusieurs modalités d'incitation sont possibles et ne sont pas exclusives l'une de l'autre. Toutes doivent obéir à un cahier des charges dans une logique d'équipement du territoire :

- Soit par des prêts « bonifiés » de l'Etat, dans une logique entrepreneuriale des médecins eux-mêmes,
- Soit par des fonds publics provenant des collectivités territoriales en gestion régionale
- Soit par un fonds national d'investissement public-privé.

Il est capital que ces investissements soient pérennes.

**Le regroupement n'est pas nécessairement un regroupement**

physique dans un lieu commun partagé, il peut être réalisé par la mise en réseau informatisé assurant la coordination de professionnels « dispersés sur zone ».

Il convient d'entreprendre une réflexion à un haut niveau juridique sur une évolution de la doctrine des responsabilités notamment dans les groupements de coopération sanitaire (GCS) et dans les formes nouvelles d'exercice regroupé. Les régimes actuels de responsabilité font coexister – par exemple dans les GCS - une responsabilité de nature administrative des personnels sous statut de la fonction publique qui ne peut être engagée que par celle de l'établissement public de santé et la responsabilité civile personnelle des praticiens libéraux. Il y va de la cohérence de la recherche de responsabilité pour le bénéficiaire des soins.

**B – L'assistant professionnel et de gestion** La gestion d'un cabinet médical est du type de la gestion d'une petite PME, il faut donc dégager du temps proprement médical au bénéfice du patient en créant un « nouveau métier » sous la forme d'une véritable assistance professionnelle au bénéfice du patient, dépassant le cadre du seul secrétariat. Cela demande une allocation pérenne de la part des organismes de protection sociale destinée à couvrir les salaires des personnels attachés à la gestion des activités médico-sociales ou médico-administratives liées à la prise en charge ou au suivi du patient.

**C – Les rationalisations administratives** Simplifier les relations avec les organismes de protection sociale (ALD, MTR) Dématérialiser les formulaires et les unifier sur un seul document, Guichet unique d'envoi se chargeant du « dispatching » entre les différents services ou les différentes administrations Identifier la structure d'exercice regroupé (physique ou réunie informatiquement) comme médecin traitant. Étendre la possibilité d'appliquer le tiers payant, en dehors de cas actuellement limités, à tous les médecins qui le souhaiteraient (comme cela est déjà effectué par les pharmaciens d'officine et les établissements publics ou privés). Reconnaître les mêmes avantages fiscaux à la déclaration des honoraires conventionnels qu'à la déclaration contrôlée par AGA. Faire prendre en charge par les organismes de protection sociale les systèmes et leurs mises à jour qu'ils imposent pour les besoins de leur propre gestion. Créer un Observatoire national de la rationalisation

administrative dans les relations des médecins avec les organismes de protection sociale

**D – Ville - Hôpital** Stimuler le recrutement préférentiel par les établissements publics ou privés, les collectivités, de médecins salariés sur des postes à temps partiel parmi les médecins libéraux de leur territoire. Redéfinir les conditions contractuelles de l'activité libérale du praticien hospitalier temps plein en fonction des besoins et de l'offre de soins locorégionale. La notion de pôles de référence ou d'excellence dans les établissements d'hospitalisation pourrait être prise en compte. Une activité libérale pourrait être exercée en dehors de l'établissement.

E – Les coopérations Structurer les coopérations avec les autres professionnels de santé, en établissant des protocoles cadre nationaux, notamment en matière de continuité de soins, de suivi des pathologies chroniques ou de personnes âgées dépendantes à domicile ou en établissements d'hébergement. Prévoir un dossier partagé, avec identification des accès et conservation d'un journal des traces.

**F – La continuité et la permanence des soins.** Protocoliser la permanence des soins par contrat attaché à une mission de service public en fonction des territoires et à cet effet revoir les textes réglementaires notamment sur les plages horaires.

**G – Les remplacements** Reconnaître de plein exercice le cas des médecins non «établis» exerçant sans limitation dans le temps et en nom propre en tant que remplaçants contractuels. Aménager les règles ordinaires de contrat type définissant les rétrocessions en y intégrant la prise en compte des charges liées au cabinet ou à la structure.

## **VI – De l'informatisation**

Favoriser l'informatisation de l'exercice de la médecine Promouvoir les mises en réseaux communicants des médecins libéraux, des coopérations interprofessionnelles et des relations médecine de soins ambulatoire et soins en établissements par le développement

territorial des échanges d'informations médicales de coordination de soins par des **messageries sécurisées interopérables** dédiées aux exercices des métiers de la santé et des activités médico-sociales. **Prise en charge financière des systèmes et des adaptations évolutives des solutions logicielles**. Intégrer à la sécurité informatique et au plan de l'économie numérique en santé les sécurités déontologiques (qualification des professionnels, authentification dans l'espace numérique régional sur des bases nationales, cryptage des données, signature électronique). Créer **un méta annuaire national de recherche du professionnel**, avec des déclinaisons régionales. **Reconnaître la valeur juridiquement probante des échanges dématérialisés. Favoriser la prescription électronique.**

**- Atelier n°1 :** Rapporteurs Dr André DESEUR - Médecine générale - Seine-et-Marne (Libéral) Dr Pierre JOUAN - Médecine générale - Var (Libéral)

Participants :

Dr Isabelle BOHL - Gynécologie méd. et obst. - Moselle (Libéral)

Dr Jean-Marie COLSON - Médecine générale - Deux-Sèvres (Retraité)

Dr Xavier DEAU - Médecine générale- Vosges (Libéral)

Pr Claude-François DEGOS - Neuro-psychiatrie - Paris (Hospitalier retraité)

Dr Gérard LAGARDE - Rhumatologie - Val d'Oise (Retraité)

Dr René LUIGI - Médecine générale - Yvelines (Libéral)

Dr Pierre MAURICE - Médecine générale - Paris (Libéral)

Dr Francis MONTANE - Pneumologie Pyrénées-Orientales - (Retraité)

Dr Andrée PARRENIN - Médecine générale - Ain (Libéral)

Dr Jean-François RAULT - Médecine générale - Nord (Libéral)

Dr Jacqueline ROSSANT-LUMBROSO - Médecine générale - Alpes-Maritimes (Libéral)

Dr François ROUSSELOT - Chirurgie urologique - Corrèze (Retraité)

Pr Henry ZATTARA - Stomatologie - Bouches-du-Rhône (Retraité)

Mme BISSONNIER - Conseiller juridique

M. JORNET - Conseiller juridique



- **Atelier n° 2** : Rapporteurs Dr Jacques LUCAS - Cardiologie - Loire-Atlantique (Libéral) Dr François SIMON- Médecine générale- Finistère (Libéral) Participants : Dr Jackie AHR - Médecine générale - Marne (Libéral) Dr Jean-Louis BLANC - Anesthésie-réanimation - Loire (Hospitalier PH) Dr Jean-Marc BRASSEUR - Médecine générale - Seine-Maritime (Libéral) Dr Jean-François CERFON - Anesthésie-réanimation - Haut-Rhin (Hospitalier PH) Dr Jean COTINEAU - Ophtalmologie - Indre (Libéral) Dr Albert DEZETTER - Médecine générale - Pas-de-Calais (Libéral) Dr Emile ELANA - Médecine générale - Martinique (Libéral) Dr Jean-François GUYONNARD - Médecine générale - Saône-et-Loire (Libéral) Dr Jean LEBRAT - Gynécologie obstétrique - Jura (Retraité) Dr Patrick ROMESTAING - ORL - Rhône (Libéral) Dr François STEFANI - Médecine générale - Manche (Hospitalier PH) Dr François WILMET - Médecine générale - Maine-et-Loire (Libéral) Mme BRETON - Conseiller juridique Mme LE BRETON - Démographe de la santé

- **Atelier n°3** : Rapporteurs Dr Patrick BOUET - Médecine générale - Seine-Saint-Denis (Libéral) Dr Michel FILLOL - Rhumatologie - Lot-et-Garonne (Retraité) Participants : Dr Hervé BOISSIN - Médecine générale - Paris (Libéral) Dr Yves COURBIS - Dermatologie-vénéréologie - La Réunion (Libéral) Dr Jean-Marie FAROUDJA - Médecine générale - Dordogne (Retraité) Dr Jean-Pierre GICQUEL - Médecine générale - Morbihan (Retraité) Pr Bernard GUERRIER - ORL - Hérault Hospitalier (PH) Dr Irène KAHN-BENSAUDE - Pédiatrie - Paris (Retraité) Dr Bernard LE DOUARIN - Cardiologie - Val-de-Marne (Libéral) Dr André LEON ( Médecine générale ( Essonne (Retraité) Pr Robert NICODEME - Médecine générale - Haute-Garonne (Libéral) Pr Stéphane OUSTRIC - Médecine générale - Haute-Garonne (Libéral) Pr Rolland PARC - Chirurgie générale - Paris (Retraité) Dr André RAYNAL - Médecine générale - Puy-de-Dôme (Retraité) Mme DARMON - Conseiller juridique M. TORNAY - Conseiller juridique