

# Collectif des Médecins Libéraux du 29

## CoMéLi 29

### Préambule

#### Pourquoi et comment en est-on arrivé là ?

Après la 2<sup>e</sup> guerre mondiale, via le CNR (conseil national de la résistance) la France s'est dotée d'un système de solidarité nationale dont un des volets était l'Assurance Maladie (AM). Le principe fondateur et vertueux était la création d'une caisse nationale commune où « chacun cotise selon ses moyens, et en bénéficie en fonction de ses besoins ».

Les « 30 glorieuses » qui ont suivi ont permis la refonte du système économique basé sur le capitalisme et la liberté d'entreprendre, le babyboom, des progrès prodigieux en science (et plus particulièrement la santé). Cela a abouti à l'augmentation de l'espérance de vie, mais aussi l'apparition de nouvelles pathologies de plus en plus complexes et intriquées.

Les médecins libéraux (et autres professionnels de santé libéraux), conscient de ces nouveaux enjeux, ont naturellement signé en 71 une convention (véritable pacte social) avec l'AM afin de permettre l'égal accès aux soins partout sur le territoire. Cette convention, équilibrée initialement, était la somme de droits et d'obligations (tarifaires en particulier) pour rester fidèle à l'esprit du CNR. Il était convenu aussi que cette convention serait revue régulièrement en tenant compte de différents paramètres, comme le coût de la vie, l'inflation, de nouveaux modèles d'organisations, etc. Nous étions alors très fiers de notre système de santé qui était considéré, à juste titre, le meilleur du monde. Nous avions le meilleur maillage du territoire en professionnels de santé, et ce de façon spontanée.

Or comme cela était prévisible, devant ces progrès médico économiques de la société, le « trou de la sécu » est apparue dès les années 80. Parallèlement des contraintes internationales, comme les traités européens ont imposé une régulation des déficits publics des États membres (< 3%). Les dépenses s'accumulant, la dette de la France s'envole (> 3000 Milliards d'euro en 23) et les marchés financiers ne prêtent plus à la France qu'à la faveur de coupe franche dans ses dépenses, dont la santé. Ainsi à partir des années 95 l'État intervient fortement dans la gestion des dépenses, en particulier dans le domaine de la santé. Les conventions deviennent de plus en plus restrictives, tandis que des lois naissent autour de la santé dont le PLFSS (projet de loi de financement de la sécurité sociale) et l'ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie).

Partant de principe que « l'offre génère la demande, et la demande génère la dépense », la logique des différents gouvernements jusqu'à aujourd'hui a été de mettre en place des réformes de santé pour inverser cette logique fautive et impitoyable. « La santé n'a pas de prix, mais a un coût ». A partir de là, les dépenses en santé sont considérées comme « une charge » et non plus « un investissement ». Depuis plus de 30 ans, ces réformes ont entraîné la détérioration de l'hôpital public et celle de la médecine ambulatoire, les 2 jambes de notre système de santé. La gestion catastrophique du numérisé, la fermeture des lits d'hospitalisation en aval des urgences ont, entre autres, conduit le monde ambulatoire à proposer de nouveaux modèles d'organisations dès 2002 basés sur la régulation d'accès aux soins (PDSA, permanence des soins ambulatoires), l'exercice coordonné (en 2010 avec les PSLA, pôle de santé libérale ambulatoire, devenu les MSP maison de santé pluridisciplinaire, ESP équipe de soins primaires). Nous alertions déjà sur l'apparition des « déserts médicaux » qui s'étendraient au-delà des seules zones rurales, là où l'État se désengageait sur d'autres domaines de services public (éducation, justice, services sociaux etc.).

Malgré nos alertes et nos propositions, l'État secondé par l'AM ont continué ces politiques restrictives de dépenses tout en administrant de plus en plus l'exercice journaliers des soignants. Issues du monde hospitalier, ces contraintes administratives ont infusé dans le monde ambulatoire au dépend du temps médical nécessaire et dédié à nos patients. Cela a conduit à une perte de repère pour de nombreux soignants, dont les médecins en particulier, qui ne se retrouvaient plus dans leur vocation initiale, dans leur déontologie et dans le serment d'hypocrate. Dès les années 2010 nombre d'entre eux s'orientent vers des fonctions administratives (hors soins), restent remplaçant sans s'installer, ou changent définitivement d'orientation professionnelle après plus de 8 ans d'études !

La crise sanitaire Covid a mis en exergue ces dysfonctionnements d'un système de santé, à bout de souffle que l'on pensait le meilleur du monde. Nous avons frôlé l'implosion du système. Et pourtant les médecins (libéraux et hospitaliers) ainsi que les autres professionnels de santé sont restés fidèles à cette santé « qualitative » qui a permis entre autres de gérer le dépistage et prévention vaccinale nécessaire.

Au lieu d'en prendre conscience, l'État a continué dans la même trajectoire. Préférant le « quantitatif », il ruine des années d'éducation entrepris dès les années 2000 par ces soignants sur la régulation médicale nécessaire d'accès aux soins, finissant par faire du soin un bien de consommation comme un autre, quitte à la financiariser. Il est ainsi étonnant de voir que ceux qui

ont produit cette pénurie de soins (et donc d'accès aux soins) soient les mêmes qui fustigent les soignants comme seuls responsables de la dérive. Il s'en est suivi dans cette logique :

- Un PFLSS 23 déconnecté de la réalité, avec l'extrapolation d'indu sur 3 ans
- Une convention médicale 23 hors sol, refusée par l'ensemble des syndicats, en particulier un contrat d'engagement territorial
- Et des lois coercitives sur ces professionnels que l'on applaudissait jadis, avec notion de transfert de compétence (loi RIST) vers des professionnels de santé non formés (IPA), obligation de la PDSA, de l'installation, et la régulation de l'activité médicale (loi valletoux)
- Bref, un transfert des responsabilités vers les professionnels (déjà largement engagés) sans aucun moyen, sans comprendre que « l'on ne fait pas de soins sans soignants »

Le monde ambulatoire, les médecins libéraux en particulier, restent fidèles pourtant à certaines valeurs incontournables et partagées, basées sur :

- Une médecine humaine telle que nous l'avons apprise, et non technocratique, sur-administrée qui sera la base de la destruction du monde ambulatoire et hospitalier
- Fidélité aux articles suivants du code de déontologie et de santé public\*, partageable pour tous les soignants, qui ne peuvent sous aucun argument être bafoués
- Le refus du transfert de la responsabilité collective des erreurs politiques passées et présentes
- Le rôle primordial du médecin traitant (jadis omnipraticien, médecin de famille ou médecin référent, pilier et porte d'entrée naturelle du système de santé ambulatoire) comme une spécialité à part entière dans son exercice de suivi, de coordination et de prise en charge des patients chronique
- Le rôle incontournable du médecin spécialiste (jadis spécialiste d'organe) comme un expert dans son domaine
- La défense d'un accès aux soins régulé médicalement (continuité et permanence des soins) à travers des parcours visibles et lisibles, au lieu d'un système démagogique qui va à l'encontre de l'éducation de nos patients et de leur responsabilisation
- Le refus de la financiarisation du soin ambulatoire à l'image du système de santé des pays anglo-saxons, générateur d'une médecine à 2 ou 3 vitesses et d'une uberisation de celle-ci
- Le refus d'une convention médicale non négociable qui ajoute encore plus de contraintes obligeant un rendement au détriment de la qualité des soins, notamment via la multiplication de la forfaitisation de nos rémunérations incompatibles avec des soins de qualité centrée sur le patient
- Refus du transfert de compétences, mais accentuation d'un réel exercice coordonnée avec transfert de tâches
- L'idée que seule l'attractivité des professionnels de santé permettra de résoudre les problématiques d'accès aux soins, l'expansion des déserts médicaux, la fuite des soignants à l'étranger ou vers d'autres professions.

Sur la base de ces constats alarmants et fidèle à une médecine de proximité, humaine et indépendante, respectueux du secret médical et du libre choix du patient de son soignant, nous nous engageons dès lors dans une procédure de résistance. Nous nous tiendrons prêt à mener des actions communes et partagées par tous à informer la population des enjeux de ces politiques de santé impactant l'avenir du système de santé français. Notre engagement est solidaire envers chacun de nos confrères et consœurs signataires de charte de solidarité autour de différentes actions à mener pour défendre une certaine idée de la santé. Cette solidarité se déclencherà en particulier en cas de mesures de rétorsion prises à l'encontre de l'un(e) d'entre nous avec un front uni des médecins engagés par les moyens qu'ils jugeront nécessaires, avec une graduation dans le temps.

\*

- art 5 du code de déontologie et art R.4127-5 du code de santé public :

*Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.*

- Art 4 du code de déontologie et art R.4127-4 du code de santé public :

*Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.*

- Art 6 du code de déontologie et art R.4127-6 du code de santé public :

*Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit.*