



Paris-Bercy, le 17/10/23

Objet : Compte-rendu de l'entrevue d'une heure entre le bureau de Médecins pour demain et M. Grégoire ABEL, chef de cabinet accompagné de Mme Cécile BUCHEL, conseillère comptes sociaux au cabinet du ministre Thomas CAZENAVE (Ministre délégué auprès du ministre de l'Économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargé des comptes publics).

NB : Tous les chiffres énoncés sont sourcés dans le document de travail MPD remis au Ministre. Le CR se veut fidèle mais n'ayant pas pu tout noter, il n'est pas exhaustif. Merci de votre compréhension.

Préambule (Dr Mélanie Rica-Henry) : Il est parfaitement impossible d'envisager d'améliorer l'accès au soin sans donner un budget suffisant à la santé et à la médecine de ville en particulier (...).

Développement (Dr Benoit COULON) : Dans le cadre de la revue des dépenses publiques, l'évaluation de la qualité de l'action publique interroge notamment la pertinence et l'efficacité des dépenses de santé. Bruno LE MAIRE ayant identifié cet été deux axes d'économies principaux : les arrêts de travail et les médicaments, notamment accusant les médecins supposés trop prescripteurs. MPD est en désaccord sur ces deux points.

D'une part, 2/3 des AT seraient liés au management des entreprises, à mettre en balance avec les 3 à 4% d'AT « abusifs » attribués aux médecins. Délit statistique sans fondement clinique, comme l'ont prouvé les « entretiens confraternels ». **Contre-proposition de MPD** de conditionner les aides aux entreprises à des modifications de leurs méthodes de management. On évoque aussi les AT courts soumis à carence et limités en nombre de jours, comme cela se fait dans d'autres pays (Portugal récemment) ; source d'économie (en temps et en argent).

D'autre part, il est reproché aux médecins de ville de trop prescrire, mais dans le détail, 40% des médicaments délivrés en ville le sont du fait d'ordonnances hospitalières, et ce sont ceux qui coûtent le plus cher. L'analyse des prescriptions des médecins généralistes montre que la France est un des seuls pays européens qui déprescrit chaque année, et les dépenses correspondant au seul secteur de la médecine générale sont pratiquement stables depuis 10 à 15 ans. Sur les antibiotiques, les médecins français prescrivent moins d'antibiotiques à large spectre que la moyenne européenne, en privilégiant à plus de 70% les antibiotiques du groupe Access quand l'OMS recommande 60% minimum. En revanche, en 12/2023, l'OMS alertait sur les facteurs de risque d'antibiorésistance, parmi lesquels la vente libre en pharmacie pour 30%. **Contre-proposition de MPD** de réguler le tarif des médicaments et en particulier des médicaments « innovants », cf l'exemple du Sofosbuvir dans l'hépatite C, facturé plus de 14.000€ à la sécurité sociale pour un coût de production à moins de 100€. Refaire des campagnes de prévention publiques (« Les ATB c'est pas automatique »), valoriser la FMC.

Parmi les sources d'économies (puisque le contexte l'exige), on rappelle que les dépenses hospitalières représentent 1269€/hab en France vs 821€/hab en Allemagne et que cette différence est liée au poids de l'administration. **Contre-proposition MPD : Il faut donc rediriger l'argent vers le soin et redonner les clefs aux soignants.** On cite l'exemple du CH de Valenciennes, qui a redonné les clefs aux soignants et qui a été récemment récompensé par le MEDEF (!) pour sa bonne gestion (Prix de l'excellence opérationnel, catégorie « organisation publique »).

Malheureusement, la suradministration appliquée à l'hôpital s'apprête à être reproduite en ville avec la création des CTS et des CPTS (300 à 600.000 euros par structure, uniquement fléchés vers la coordination, l'administration, la comptabilité de l'association ; au détriment du soin) qui ne





multiplient pas les soignants sur les territoires. On souligne que la coordination est déjà effective à taille humaine, sans être toujours identifiée en tant que telle (même si les ESP et MSP existent). On dénonce également l'échelon démesuré de la CPTS, le partage des responsabilités entre professionnels qui ne se connaissent pas, le cheval de troie de l'accès direct aux non-médecins qu'elles constituent et les risques engendrés pour la population du transfert de tâches, le gaspillage d'argent public notamment en finançant parfois des intervenants issus de pratiques « parallèles » non conventionnés. Mme BUCHEL nous interroge sur notre perception de l'article 51 (financement aux parcours de soins/parcours innovants) : un forfait de plus (refus à l'échelon CPTS qui est trop grand pour permettre une réelle coordination centrée patient), et refus du principe de capitation. On souligne la problématique de la rémunération des CPTS via des objectifs « descendants » plutôt qu'« ascendant » comme dans les ESP / CODTS, et inatteignables type « 1 MT pour chaque patient ». On évoque également le flou juridique et structurel autour des statuts des CPTS, et l'absence de validation sérieuse en termes d'efficacité pourtant préalable à leur généralisation.

De plus, le transfert de tâches est responsable de nouvelles dépenses inutiles : le pharmacien facture la remise du dépistage CCR, la vaccination, alors que ce sont des actes déjà réalisés (et non valorisés en tant que tel) en consultation de médecine générale par exemple. La prise en charge de la cystite et de l'angine sont valorisés le même prix qu'une consultation auprès d'un médecin (malgré son examen clinique et son expertise) : c'est inacceptable.

Dr Mélanie Rica-Henry : Par souci d'économies, on contraint les généralistes à faire de l'abattage, ce qui contribue à la perte de sens de la profession. On nous demande de devenir des coordonnateurs d'équipe de soins plutôt que de prendre le temps de soigner nos patients, de traiter un dossier plutôt qu'un patient dans sa globalité, avec l'humanité que cela exige. De plus, on est obligé de perdre 20 à 30% de notre temps à gérer de l'administratif sur les 51 et 54h hebdomadaires en moyenne, car nous ne pouvons pas embaucher avec un acte) 25 euros. On rappelle les chiffres : 0.2 ETP salarié par médecin en France, 2 ETP/ médecin en Allemagne. Il faut donc redonner du chiffre d'affaires aux médecins pour leur permettre d'embaucher et/ou d'investir dans leur outil de travail, à la manière des pharmaciens, dentistes...

On rappelle que la médecine générale représente 3% du budget de la santé, règle 90% des problèmes pour 90% des consultations, il s'agit donc d'une clef de voûte particulièrement efficiente. Il faut donc valoriser cet acte clinique, au même titre que celui des spécialités cliniques paupérisées. On rappelle l'enjeu du vieillissement de la population et du rôle central des médecins libéraux dans la prise en charge (iatrogénie et polymédications, prévention...). On évoque nos collègues soignants kinés, IDE et confrères obligés de pratiquer des activités Hors Nomenclature au détriment des actes conventionnés devant la dévalorisation des actes cliniques.

Sur le montant, nous confirmons que nous attendons 50 euros avec suppression des ROSP, car c'est le montant nécessaire à un choc d'attractivité immédiat, qui permettra à chacun de développer son cabinet libéral. C'est aussi le juste montant de consultations de plus en plus complexes, qui nécessitent de passer plutôt 20 minutes que 10 avec nos patients. On rappelle les pistes d'économies en parallèle sur les consultation courtes (éducation, AT courts soumis à carence...). C'est le montant nécessaire à une exercice de qualité. Enfin, pour mettre fin à l'insécurité financière et garantir un financement pérenne de nos entreprises, **nous demandons l'indexation automatique de nos honoraires sur l'inflation.**

Pour le Bureau MPD, Dr Pierre-Louis HELIAS.



