



Le 27 Octobre 2023

Mesdames, Messieurs les élus URPS, chères consoeurs, chers confrères,

En 2021, vous avez été élus par la profession pour nous représenter devant les institutions régionales, représentativité malheureusement relative au vu du faible pourcentage de participation aux dernières élections régionales des médecins libéraux, par méconnaissance ou par désintérêt.

Depuis un an, suite à la dynamique initiée par Médecins Pour Demain, nous constatons une prise de conscience collective concernant les enjeux pour notre système de santé, pour la place de la médecine libérale et particulièrement celle du médecin traitant.

La compréhension de l'écart entre les volontés politiques, portées par des objectifs économiques et électoralistes, et les attentes du terrain en termes de qualité de soins génère pour chaque médecin libéral, doutes et craintes.

Alors que les médecins libéraux étaient historiquement concentrés essentiellement sur leur pratique et la prise en charge de leurs patients, ils se questionnent davantage aujourd'hui sur le bien fondé de la convention, l'objectif réel de l'Assurance Maladie et de politique pour la santé publique. Ils s'interrogent sur la qualité des soins qu'ils pourront prodiguer demain. L'absence de considération des pouvoirs publics à leur égard et l'absence de réel moyen octroyés pour soigner laissent entrevoir un avenir bien sombre pour la santé en France...

Ce constat est partagé par tous. Les obligations et les organisations à mettre en place s'imposent de plus en plus aux médecins du terrain, chronophages et sans cohérence avec leurs attentes ou leurs besoins. Ces décisions descendantes creusent inexorablement l'écart entre la base et les plus hautes sphères. Mais il est difficile de lutter quand on est isolé et sans relais.

Ainsi depuis plusieurs mois, partout en France, le terrain s'est organisé en collectifs départementaux, au nombre de soixante-neufs aujourd'hui, pour défendre les valeurs essentielles du code de déontologie médicale : la liberté et l'indépendance professionnelles, mais également pour être un relais de la voix du terrain jusque-là inexistant auprès des institutions locales comme vous, les URPS, mais également auprès des ARS, CPAM, CDOM...

Au sein de nos collectifs, appelés pour la plupart Comeli (Collectif pour une médecine libre et indépendante), les échanges ont été nombreux, riches et passionnés. La

passivité de ces dernières années a laissé place à la mobilisation et à l'investissement pour retrouver sens et espoir dans notre exercice futur.

En complément d'idées de projets locaux, des réflexions ont été soulevées dont la mise en place ne peut qu'être conventionnelle. Vous trouverez donc ci-joint un document synthétisant ces propositions issues du terrain, rapportées par des médecins aux expériences différentes, ayant une appartenance syndicale ou non. Ces données ont été collectées et validées par les médecins porte-parole de chaque collectif.

Nous savons que votre mission est principalement de représenter la profession devant les instances régionales et en aucun cas de porter des propositions conventionnelles. Mais par votre appartenance syndicale, et dans une volonté de vous offrir, par l'intermédiaire de nos collectifs, un relai avec l'ensemble du terrain, nous vous soumettons ces propositions afin que vous puissiez en informer vos représentants nationaux, eux-mêmes engagés dans les négociations conventionnelles qui débutent.

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à ces propositions, ainsi que pour l'énergie que vous déploierez pour les faire remonter.

Nous croyons en la force de l'unité, en l'intérêt de notre complémentarité qui font de nous tous des porte-paroles des médecins du terrain. Nous espérons que, grâce à vous, la voix des médecins pourra enfin être entendue et considérée.

Collectivement, les Comeli

COMELI



Accueil - COMELI  
comeli.fr





## Collectifs pour une Médecine Libre et Indépendante

### Suggestions des COMELI pour une convention juste et équilibrée (Refonte du système conventionnel)

Ce document a pour objectif de faire la synthèse des propositions des médecins des COMELI qui seront portées auprès des syndicats de la profession en vue des prochaines négociations conventionnelles.

Ces propositions :

- Concernent spécifiquement la convention médicale
- Ont été élaborées dans un objectif commun de défense d'un système de santé de qualité pour médecins et patients, en respectant un des principes fondamentaux du code de déontologie médical inaliénable : **l'indépendance professionnelle**.
- Défendent ainsi l'indépendance professionnelle des médecins libéraux, y compris **dans l'acte médical et dans leurs organisations, et celle de leurs syndicats représentatifs**
- Sont issues d'anciennes propositions syndicales jugées pertinentes, d'anciennes réflexions menées au sein des unions régionales (URPS) ou ont été élaborées par les médecins sans étiquette ni politique ni syndicale regroupés localement au sein des COMELI.

# I. Indépendance syndicale

Nous proposons de défendre l'**indépendance financière** des syndicats

## A. Unité dans la Diversité

**La pluralité syndicale est une chance** dans une démocratie dès lors qu'elle se base sur un projet idéologique clair, lisible et visible des médecins. Elle gagnerait à se débarrasser des histoires d'égo, responsables d'une part de divisions intestines, et d'autre part d'un désengagement des médecins de l'adhésion et de la vie syndicale. Ceci est d'autant plus vrai que de point de vue purement idéologique, la différence entre certains syndicats est de l'épaisseur d'une feuille de papier cigarette ! **Tout syndicat doit pouvoir être autonome financièrement pour garantir son indépendance.**

## B. Suppression définitive des fonds conventionnels à la signature de convention

Nous proposons **une obligation d'adhésion syndicale pour tout médecin libéral**. Le montant doit couvrir le bon fonctionnement de la vie syndicale.

À titre d'exemple, lors de la dernière convention, les fonds conventionnels ont représenté le montant de 2,7 millions d'euros par an (réparti pour 20% à parts égales entre les syndicats signataires, et pour les 80% restants au prorata des sièges occupés par chaque syndicat à la Commission Paritaire Nationale).

Une telle cotisation obligatoire permettra ainsi :

- Une **réelle indépendance de nos syndicats** (quelles que soient leurs propositions) **de la signature conventionnelle.**
- Une **réelle représentativité qui sera annuelle et mesurable** dans le temps (indépendamment des élections professionnelles aux URPS)

Mais une telle modification de financement exige aussi des contreparties à inscrire dans la loi (**Article L221-1-2 du Code de la sécurité sociale**)

- **Suppression des fonds conventionnels à la signature** de la convention
- Ajout de l'obligation pour tout médecin libéral d'une cotisation syndicale annuelle et les dispositifs de sa mise en œuvre
- **La règle indiscutable d'une cotisation valant une voix** lors des votes de chaque syndicat
- **Publication des résultats annuels** de ces cotisations, reflet de la représentativité

### C. Formations spécifiques de la santé hors soins

Si des syndicats souhaitent proposer une formation professionnelle, celle-ci sera alors non médicale (hors soins) et orientée vers l'écosystème de la santé :

- Vie conventionnelle
- Missions des organismes représentatifs de la santé
- circuits de décisions
- etc

**Ces formations manquent cruellement** dans la formation continue des médecins. En effet, si nous avons été formés à bien soigner, peu nombreux sont les médecins qui connaissent le monde de la santé hors champ du soin. Cette culture est pourtant nécessaire pour comprendre les logiques qui orientent l'avenir de la santé.

### D. Transparence sur les conventions de partenariat

Il est tout à fait audible qu'un syndicat veuille trouver des partenaires dans leur vie syndicale. Dans ce cas, il nous paraît indispensable que chaque syndicat soit transparent :

- En **citant ses partenaires**
- En **présentant la convention complète de partenariat**, en particulier en cas d'objets financiers.

### E. Révisions de la définition de la représentativité d'un syndicat

Aujourd'hui, les critères de représentativité des syndicats sont essentiellement liés aux résultats des élections professionnelles aux URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé). Ils sont complétés par une enquête de représentativité diligentée par le ministère de la Santé et sous l'égide de la "Mission Nationale de Contrôle" (MNC) et de l'audit de la sécurité sociale.

Nous proposons que désormais cette représentativité soit basée :

- Systématiquement **sur les cotisations syndicales obligatoires**, publiée chaque année
- **Pondérée tous les 5 ans par les résultats des élections professionnelles** aux URPS

## II. Indépendance médicale

### A. Négociations conventionnelles

- Négociation **tous les 5 ans avec possibilité de réouverture anticipée** des négociations à l'appel de la représentation syndicale ou de la CNAM
- **Rédaction alternative** de la convention par la CNAM et par les syndicats
- **Organisation paritaire avec alternance de la présidence** entre la CNAM et les syndicats représentatifs lors de chaque session conventionnelle ou au sein d'une même session conventionnelle
- **Redéfinition de la représentativité des syndicats** (détaillée en I) : proportionnelle au nombre d'adhérents avec adhésion obligatoire à un syndicat par tout médecin en exercice avec cotisation annuelle en contrepartie d'une indépendance financière des syndicats auprès de la CPAM et de l'État
- Pondérée par élections professionnelles tous les 5 ans
- **Présentation des documents au moins 10 jours avant les réunions**
- **En cas de réforme majeure du système conventionnel, celle-ci devra avoir été acceptée par plus de la moitié des syndicats**
- Toute nouvelle convention devra être **validée par le CNOM** avant publication
- **Suppression du Tarif d'Autorité (TA) ou alignement sur le Tarif d'Opposition (TO)** (le TO correspondant au tarif de remboursement de l'AM)

### B. Contenu conventionnel

Nous appelons à un **"choc d'attractivité"** immédiat pour la médecine libérale et au respect de l'indépendance financière du médecin avec l'ouverture d'un secteur à honoraires modulable, la valorisation forte des actes médicaux et la limitation des forfaits sans valeurs ajoutés sur le soin.

#### 1. Secteurs conventionnels

- Ouverture de **secteurs conventionnels à honoraires modulables** pour tous les libéraux
  - Soit sous forme d'une **ouverture du secteur 2** à tous les médecins libéraux
  - Soit sous forme d'un **secteur unique à honoraire modulable** avec prise en charge proportionnelle des cotisations sociales

#### 2. Actes médicaux

##### a. Valorisation immédiate des actes médicaux

- De la classification NGAP et création de nouveaux actes incluant :
  - **Un G à minimum 35 euros** pour les consultations simples (courtes ou monopathologique),
  - Une **cotation spécifique** et adaptée (minimum doublée par rapport au G) pour **les consultations complexes** (longues ou pluripathologiques)

quel que soit l'âge du patient et le lieu de la consultation (via une nouvelle cotation NGAP en attendant que celle-ci soit remplacée par une classification CCAM clinique plus pertinente, cf. II.B.2.b)

- **Des déplacements avec majoration de déplacements (MD)** au minimum deux fois la valeur actuelle **avec calcul dès le 1° km**. Adaptation annuelle en fonction des critères liés à l'inflation, coût de la mobilité et le service rendu pour le maintien à domicile de patients fragiles.
  - **Des soins non programmés (SNP) effectués en urgence par le Médecin Traitant (MT)**, quel que soit le mode de régulation médicale (centre de régulation territoriale, SAS, et par les cabinets médicaux).
  - Des actes effectués à partir avant 8h et à partir de 19 heures en semaine et le samedi matin
  - Des actes **dans les zones difficiles** (déficitaires et les zones urbaines sensibles)
  - Des **actes de prévention**, incluant une consultation annuelle jusqu'à 18 ans prise en charge à 100% par la CNAM
  - Des **actes de gestion du dossier médical** (y compris la réalisation d'un volet de synthèse médical (VSM) dans le Dossier Médical Partagé (DMP)),
  - Avec **Indexation annuelle sur l'inflation**.
- b. **Disparition progressive de la NGAP au profit de la CCAM clinique** pour toutes les spécialités cliniques (dont médecine générale) (MG et MS)
- Intégrant le temps passé, le nombre de motifs de consultation, l'âge, la complexité (à la place du découpage et des majorations incompréhensibles de la NGAP)
  - À présenter au cours de la nouvelle convention.

### 3. Limitation des charges administratives

- **Création de postes dédiés**, avec du personnel qualifié de secrétariat médical et/ou assistant médical (upgradé), pour s'approcher progressivement **de 2 équivalents temps-plein par médecins pour la réalisation de ces tâches administratives** au bénéfice du temps médical. Leur rémunération ne doit pas passer par des forfaits, mais par une majoration conséquente de la rémunération à l'acte. Si le maintien d'un forfait dédié était malgré tout décidé, celui-ci ne devrait être conditionné que par l'installation libérale en secteur 1.
- **Limitation réglementaire de certaines demandes (certificats en particulier) médicalement injustifiées** : qui feront l'objet des propositions spécifiques en dehors du champ conventionnel au ministère de la Santé qui s'était déjà engagé en 2011.

#### 4. Optimisation des forfaits,

- Mise en exergue et **revalorisation forte du Forfait Médecin Traitant (FMT)** (au minimum doublé) en particulier pour les patients âgés, polyopathologiques, et en ALD
- **Simplification du forfait structure :**  
Regroupement en un seul volet en intégrant, revalorisant et supprimant certains items :
  - **Intégration et/ou valorisation** de certains items :
    - Le **Dossier Patient Informatisé (DPI)** qu'il soit agréé **Ségu** ou **non**
    - Toutes les messageries sécurisées (incluant apicrypt)
    - **L'accueil d'externes et d'internes dans le cadre de la formation médicale initiale**
  - **Suppression** des items sans valeur ajoutée sur le soin incluant :
    - **Adhésion à une structure d'exercice coordonné** (les structures peuvent apporter un financement, mais celui-ci ne doit pas passer par la convention).
    - **L'alimentation du DMP** (seul se justifie l'ajout manuel d'un VSM lors d'une consultation revalorisée et non via un forfait).
    - La Messagerie Sécurisée Santé (MSS) avec le patient
    - **Le codage**
    - **La participation au Service d'accès au soin (SAS)** : pas de forfait pour les effecteurs, mais une majoration à l'acte.
- **Suppression de la RO SP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique)**
  - Suppression du forfait issu de la RO SP au bénéfice de la revalorisation d'actes
  - Maintien de mise à la disposition des données de santé publique uniquement à visée d'évaluation des pratiques

#### 5. Limitation du tiers payant

- Intégral aux seuls bénéficiaires de la CMU et de l'AME, pour reconnaître le rôle social du médecin
- Partiel uniquement par choix du patient et du médecin
- Pour le reste, paiement à l'acte intégral pour responsabiliser les patients

#### 6. La définition optimisée du parcours de soins coordonné médicalement

- **Régulation médicale de l'accès et parcours de soins**, avec valorisation de cette régulation par le MT comme point d'entrée du parcours (que ce soit en soins programmés ou SNP, qu'ils soient assurés par lui ou qu'il les réadresse vers une structure partenaire) ;
- Régulation à l'accès secondaire (spécialistes, imagerie, biologie, plateau technique lourd...)

## **7. La reconnaissance de la spécialité de la MG (cf supra)**

- Revalorisation FORTE de la fonction de MT
- Revalorisation de la prise en charge et du suivi de pathologies dites lourdes et chroniques
- Limitation des charges administratives

## **8. La reconnaissance de l'expertise du médecin spécialiste de 2° recours**

- Possibilité d'accès direct avec une valeur d'acte identique au MG, mais avec remboursement moindre (sauf certaines spécialités)
- Possibilité d'une forte revalorisation de l'accès régulé par le MT, avec remboursement total.