

Congrès du Syndicat de la Médecine Générale

les 5 et 6 décembre 2014 à Toulouse

Quel avenir pour le SMG ?

Synthèse des travaux du vendredi 5 décembre 2014 :

Atelier : *Que représente pour vous le SMG ? Qu'est-ce qu'il transforme dans vos pratiques ? A quoi sert-il ? Comment envisager l'avenir ? Quel projet et avec qui ?*

Atelier 1 :

D'où vient-on ? Où va-t-on ? Qu'est-ce que le SMG ?

Nous défendons un système de santé solidaire, en opposition au corporatisme et au libéralisme. Nous sommes contre le paiement à l'acte. Nous défendons les principes de l'exercice et défendons des valeurs. Le SMG c'est l'oxygène au quotidien, car nous sommes une minorité, avec parfois un sentiment d'isolement.

Le SMG permet de recréer du collectif, de transmettre des valeurs, des idées. Aussi à travers la revue Pratiques, qui est une carte de visite politique, avec « UTOPIE » à la fin de son titre, qui permet une ouverture vers d'autres, et de traiter les questions économiques, et sociologiques.

Le SMG, avec l'expérience des USB¹ (dans les années 80) a montré ce que pouvait être le paiement à la fonction, en défendant la prévention, le lien avec les usagers. Les héritières de cette expérience sont les maisons de santé, le développement du travail en réseau, l'accueil et l'engagement vis-à-vis des usagers.

Le SMG aide au décryptage, avec l'analyse des lois, des conventions, du cadre culturel dans lequel on exerce. Il développe des stratégies contre l'isolement, dont les relations internationales avec la Belgique, le Québec, l'Espagne...

A quoi ça sert ?

C'est un laboratoire d'idées. Qui permet de politiser la question de la santé. Un espace de soutien, de rencontres, de questionnement. C'est le témoin de l'Histoire, et des histoires écrites individuellement et collectivement. C'est une référence, qui laisse une trace.

Quel avenir ?

Certains ont un sentiment d'impuissance, de poids, d'épuisement. Les luttes portées ne se sont pas concrétisées. Mais il y a de vrais projets. La charte est toujours valable : organiser l'exercice collectif, préserver l'assurance maladie solidaire. Il faut continuer d'inventer, rendre réalisables des changements pérennes. Défendre l'accès aux soins, lutter contre les inégalités sociales de santé, pour une médecine lente, revenir à l'humain. Développer le

1 ¹ Unité Sanitaire de Base

travail pluri-professionnel. Définir le niveau de rémunération. La question de la formation non élitiste, indépendante, avec des passerelles. Pour une information indépendante.

Comment fait-on?

On peut agir localement, là où l'on vit, là où l'on exerce. Faire de l'entrisme dans les Départements de Médecine Générale des facultés, y amener la culture du SMG, s'alimenter de ce qui se fait. Parler de la place des femmes dans la médecine.

Participer localement aux maisons de santé et pôles de santé, qui concrétisent un certain nombre d'idées du SMG, par exemple sur la rémunération, et en montrant des alternatives à la liberté d'installation.

Au niveau de la réflexion globale : créer des outils de diffusion en ligne, comme des cours, utiliser et faire vivre les sites, faire des colloques sur des sujets forts, écrire une BD sur l'histoire du SMG...

Qui ? Nous ! ***Avec qui ?*** Avec la revue Pratiques, en définissant ses relations avec le SMG.

Quelles relations avec MG France ? Les alliés potentiels : FF maisons et pôles de santé sur le terrain, Prescrire sur le plan intellectuel, le Formindep, le COMEGAS, ATTAC, la SFTG, la CNI des hôp. et mater. de proximité, l'USP, Renaudot...

Atelier 2 :

Le SMG est une bouée de sauvetage, un phare, une famille, une aide dans un monde hostile.

Dans le parcours de chacun, face à une violence subie, pas seulement de classe. Beaucoup de jeunes ont interrompu leurs études. Ne pas laisser s'enfuir ceux qui sont heurtés par la violence. Beaucoup sont partis ailleurs, certains sont revenus.

Un « capitaliseur » de valeurs, solidarité, lutte contre les inégalités ; une force pour la transformation des pratiques, dans la relation et l'accès aux soins.

La question politique : la palette est assez large, de la lutte anticapitaliste à la solidarité et l'accès aux soins dans le concret. Nous sommes héritiers d'un système fondé par le Conseil National de la Résistance basé sur la solidarité. Ces acquis n'existent nulle part ailleurs.

Est-ce que le SMG est capable d'être le lieu de fédération d'un mouvement qui pourrait peser dans l'institution ? Est-ce encore faisable avec nos forces d'aujourd'hui ? Par exemple, serions-nous capables de prendre rendez-vous avec Marisol Touraine ?

Le SMG est un lieu de fédération de luttes pour les porter vers les institutions, diffuser les idées de notre courant, être le haut-parleur des pratiques.

Que fait-on de Pratiques comme outil politique et syndical ?

Atelier 3 :

Éveil, stimulation, voir passer les informations, analyses politisées, contextualisées. Cela fait pétiller la cervelle.

Théorique pratique politique tactique. Soutien et outil.

Pourquoi autant de gens qui soutiennent les mêmes valeurs ne sont pas au SMG ? Le SMG est à la fois reconnu et mis à l'écart. Une des explications théoriques : la gauche a favorisé la médecine libérale. Le Syndicat de la Magistrature ou la Confédération Paysanne n'ont pas à affronter cette contradiction.

Affinité : le SMG a un côté familial, qui fait que certains qui arrivants ont du mal à trouver leur place.

Passerelle : le SMG permet d'aller vers le Formindep, d'autres associations ou organisations.

Se rencontrer : valoriser le côté local, se rencontrer en vrai pour parler, se voir à côté de chez soi, pour créer une dynamique.

Discussion

SC : C. a expliqué pourquoi le Formindep, le Comegas, la SFTG ne peuvent pas adhérer au SMG.

PV : Quand les gens créent le SM, la gauche reçoit comme une bonne nouvelle que les magistrats puissent devenir des alliés. Avec la Conf, les petits paysans sont considérés comme des alliés. Sur la santé, la gauche des années 30 a fait alliance avec la médecine libérale pour se protéger d'une médecine patronale (médecine sociale mise en place par les patrons), une médecine plus indépendante. Le SMG dit du mal de la médecine libérale qui était considérée comme une alliée. Dans le livre de Patrick Hassenteufel « les médecins face à l'Etat », on voit comment les premières lois sociales des années 30 sont mises en place par un patronat paternaliste qui décide de faire des centres médicaux pour les ouvriers (dans les mines). La crainte est que les médecins salariés du patron soient au service des patrons. Le médecin libéral n'est pas salarié du patron, son indépendance de libéral le protège. En 1970, lors d'une interprofessionnelle CFDT, alors qu'il restait un bout de médecine SNCF, où les gens étaient mieux pris en charge financièrement que dans le système « normal », la lutte syndicale affirmait : « on veut aller en médecine de ville ». Le SM, la Conf n'ont pas eu ce genre de problème pour rejoindre la gauche. Même la CGT, si on leur dit qu'on veut sortir d'une médecine libérale pour faire une médecine sociale, ils risquent de ne pas être emballés.

DM : Le SMG est reconnu dans les ministères et les institutions. Quand je discute avec Pierre Coste de MG France, il dit : « le SMG, vous êtes des défricheurs, mais n'allez pas négocier car vous n'êtes pas dans le compromis. Restez à votre place. » C'est encore une idée très présente chez eux.

Au moment des premières maisons de santé, le SMG avait décidé de soutenir les initiatives. Jean-Louis Gross était allé au premier congrès des Maisons de santé à Nancy. Didier membre de la [Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé](#) (FFMPS) était suspect, car il avait créé un centre de santé. Pour la [Fédération Nationale des Centres de Santé](#) (FNCS), il est suspect car c'est un médecin libéral.

Le levier est l'évolution des acteurs de santé qui s'investissent. Au début, ce sont des professionnels libéraux qui veulent s'associer pour partager les frais.

Sous l'impulsion politique de la droite, le collectif permet de sortir de l'isolement individuel, pour une meilleure réponse aux demandes de la personne malade.

Je ne suis pas le seul sur le parcours du patient, je peux travailler avec les compétences des autres intervenants, pour développer la santé autour du patient.

On s'intéresse aux populations, on devient acteur de santé populationnelle. Sur le territoire je ne suis pas seul. On commence à faire de la prévention, du dépistage. Les nouveaux modes de rémunérations (NMR) permettent ces activités, qui sont dans nos missions.

Nous en sommes à un nouveau stade : réfléchir à la place des usagers, des citoyens. En mars 2015 il y aura un congrès à la Rochelle sur la place des citoyens dans les maisons de santé.

Pierre de Haas dit que ceux qui ont été à l'origine de ce mouvement c'est la SMG et les USB. Et pourtant, on a du mal à faire reconnaître ce qu'on a porté et à être reconnu actuellement comme porteurs de projets.

La santé communautaire n'est plus un gros mot. Alors qu'au moment des USB (qui étaient appelées « unités de sabotage budgétaire »...), on entendait « A bas les Soviets de la médecine » dit par Élisabeth Hubert dans les rues de Saint-Nazaire. La même a ensuite promu les maisons de santé dans un rapport à Sarkozy.

Passée la nostalgie, comment porter aujourd'hui ces combats ? Les gens n'ont pas besoin du SMG pour se poser la question de la place des usagers. Quelle sera la forme de représentation des usagers ? Comment co-construire avec les citoyens des actions de santé sur les territoires ? Les idées du SMG deviennent réalités. Dans toutes les chartes des MSP on met : secteur 1, accès aux soins...

Il faut défendre les maisons de santé. Les syndicats de spécialistes (CSMF...) ont saboté les discussions conventionnelles pour pérenniser les NMR.

Pourquoi reconnaît-on le SMG sans qu'on y vienne pour autant ? Cette représentation est difficile à assumer, car politique. Nous sommes les gauchistes de la santé.

DC : Quelle place pour les usagers ? Il n'y a aucune obligation dans le cahier des charges des maisons de santé. Il y a le secteur 1 (le secteur 2 est interdit dans la loi, pour les maisons de santé). Il existe 600 maisons de santé, mais nous ne sommes pas nombreux sur le terrain, pour relancer les gens qui découvrent.

CB : En plus de la reconnaissance professionnelle, il y a la défense citoyenne. Beaucoup n'en veulent pas, même s'ils reconnaissent la place des usagers.

DM : Quand je me suis présenté au CA de la FFMPS, je n'ai pas été élu car cela faisait peur. Ils disent : « Nous ne faisons pas de politique. » Je leur dis : « Si, car vous changez le système ». Peut-on parler des pratiques ? Oui, mais pas de politique. La dépolitisation nous pénalise beaucoup. Je ne peux pas demander à la FFMPS de faire alliance avec le SMG pour construire un projet commun dont on serait un acteur. Alors qu'on a acté le rapprochement de la FFMPS et de la FNCS, on veut créer la FN soins de premier recours, qui regrouperait les centres de santé et les maisons de santé, toutes les structures de santé qui se posent la question de salarier les professionnels.

PD : Christian est le bébé du SMG. Il a commencé dès ses études de médecine. Jean-Robert Pradier m'a expliqué comment était né le SMG. Des médecins français comme Patrick Nochy sont allés en Palestine et ont voulu, au retour, fonder des maisons de santé. A Calgary, j'étais

allé représenter le SMG pour défendre les centres de santé en Alberta, il y avait 500 personnes. Le SMG a des relations internationales, nous sommes allés dans d'autres pays, la Palestine, le Québec, la Russie, l'Espagne. Nous portons des valeurs universelles. A Renaudot, on rencontre des Suisses et des Belges.

EF : Avec la fédération de MSP et le SMG, il y a une place à prendre, car ce sont des projets très concrets et les autres syndicats ne les défendent pas. Il y a un énorme chemin à faire. Le SMG peut les défendre sur le plan syndical. Si le SMG défend fortement les MSP il peut y gagner une audience sur des valeurs communes.

PN : Par exemple dans les négociations sur les NMR, qui ont échoué.

DM : MG France soutient fermement et même financièrement les MSP, mais ils n'en parlent pas. Claude Leicher dit que 8% des médecins sont organisés en maisons de santé et que les soutenir serait un suicide aux élections professionnelles.

Nous ne donnons pas de visibilité au SMG dans la FFMPS. Dans les MSP, à part les leaders, la majorité sont acquis à la médecine libérale et ne comprennent pas ce que veut dire changer le système de santé. Par exemple : la différence entre soins et santé.

EF : On pourrait se retrouver dans une maison commune et mettre ces valeurs en commun.

IT : La FFMPS est constituée de libéraux qui se regroupent ?

La FFMPS fédère des maisons de santé et des pôles de santé. Les MSP regroupent des professionnels dans la même structure (même lieu), les pôles de santé sont des regroupements de cabinets travaillant en réseau.

DM : Une maison de santé doit porter un projet collectif. Le critère est d'avoir un outil informatique commun. Il y a ceux qui ont demandé de l'argent public pour la coordination. Il n'y a pas de label, mais un cahier des charges à respecter pour avoir l'argent de l'Etat, comme l'accueil des étudiants et la *participation de paramédicaux*. Si les libéraux veulent se coordonner, avec leurs fonds, ils peuvent, mais ce n'est pas une maison de santé. Il existe un flou actuellement. On donne de la cohérence aux projets. Il y a des boîtes qui montent des maisons de santé clés en mains...

DC : Un établissement privé lucratif peut créer des maisons de santé. Avec les fonds publics, il y a des questions politiques qui apparaissent. Tout le monde appuie pour avoir des subventions publiques, que ce soit pour les murs, ou pour un autre mode de rémunération... Il faut rappeler aux élus que ce qui est important, c'est le contenu pas le contenant. Travailler avec les usagers devient un enjeu. Il y a à la fois un danger de récupération et une opportunité.

PN : Les deux tiers des maisons de santé sont en milieu rural.

IT : Des médecins arrivent à 55 ans, des maires sont prêts à dilapider l'argent public communal pour des libéraux qui ont une politique de clientélisme pour en faire du profit. Il faut soutenir les maisons de santé là où il y a du salariat.

CB : Recentrons nous sur l'avenir du SMG.

MB : Quelle parole porte-t-on vers la jeune génération ? Les moins de 30 ans n'ont pas les mêmes aspirations. Sans être politisés, ils ne s'encartent pas, ne se syndiquent pas non plus.

Dans une assemblée de 50 internes de médecine générale, on a parlé du salaire qu'ils voulaient avoir : 2500 à 3000 euros. Alors que le salaire moyen du généraliste est de 6000 euros actuellement. Mais ils veulent travailler 15 à 20 jours par mois. Gagner moins mais travailler moins et différemment. Ils ne veulent pas travailler seuls, mais se mutualiser, travailler ensemble. Veut-on négocier des privilèges sur la liberté d'installation et de rémunération ou proposer autre chose, d'autres types de pratiques ? Le partage des politiques est à apprendre.

ML : Là où je travaille, de nombreux jeunes médecins veulent bien venir travailler, car nous sommes organisés en pôle de santé, et il y a des réseaux. Mais ils ne veulent pas être salariés.

On a aussi l'exemple de la [Case de Santé](#), une expérience exemplaire qui est en danger car ils dépendent du paiement à l'acte et de subventions. Il faut demander le paiement à la capitation, comme dans les Maisons médicales belges.

PN : Prenons de la hauteur. Notre thématique est : défendre un système de santé citoyen et solidaire. Porter des projets de santé qui reprennent les idées que le SMG défend. Même si ce sont des libéraux, on peut quand même accompagner le mouvement. Les jeunes veulent travailler moins et gagner moins. Il faut mener le débat sur le niveau de rémunération. Sans tomber dans le corporatisme, on a à dire sur les conditions de travail. Il faut discuter sur ce que souhaitent les jeunes.

DC : En termes de perspectives, il faut réfléchir à d'autres façons d'appréhender la profession. Et si on parlait du niveau de rémunération ? C'est différent du mode de rémunération. Il y a le paiement à l'acte. Pour le salariat il faut une structure porteuse. Quel est l'objectif ? Comment s'épanouit-on dans son travail ? Les Belges ont joué sur les deux législations, flamande et wallonne, pour obtenir la capitation. Ce sont les NMR de type 4. On arrive au 3 avec le système [ASALEE](#), les infirmiers qui font de l'ETP : 100 emplois à temps plein d'infirmiers de santé publique viennent d'être créés. C'est inscrit dans la loi. De nouvelles perspectives sont portées par les jeunes. Comment le SMG peut-il les soutenir ?

DM : Au cœur de ce problème, je participe à la création d'un centre de santé, avec 5 médecins qui veulent être salariés. Le budget est de 2 millions d'euros pour 20 salariés. Le paiement à l'acte assure 1/3 de ce budget, et assure les salaires (3200 net) des médecins et des secrétaires. Il faut chercher de l'argent pour le reste. Il y a les NMR qui apportent 50.000 euros, pour payer les heures hors soins des médecins. Ils font 3 actes en consultations programmées et 4 actes en non programmée. Comment en sortir ? Multiplier les actes ? Non.

La crise de la médecine libérale modèle 1927 est patente. La capitation ? On n'est pas encore mûrs. L'avenir de la médecine libérale existe-t-il encore ? Faut-il développer un service nationalisé comme en Grande-Bretagne ? On est minoritaires. Mais politiquement la médecine libérale est utile à droite comme à gauche. Il y a un moyen intermédiaire : redéfinir les missions des médecins. Même libéraux, leur donner des missions de santé publique. Le travail au niveau des territoires fait partie de la mission. Les médecins et les soignants libéraux recevraient un salaire pour ce travail. Comme les vétérinaires, qui sont libéraux, rémunérés aussi pour des missions de santé publique. C'est plus facile de se regrouper pour le faire. 30 heures de soins, et 5 heures hors soin. Le modèle peut être reconnu. Ce serait une nouvelle forme de médecine, qui donne une place aux libéraux et aux salariés.

C'est un projet politique à porter, à rattacher à la protection sociale solidaire, l'accès aux soins, l'indépendance... Nous devons être force de proposition. Quelles forces pour porter cela ?

FM : Que l'on soit dans ces combats-là et qu'on essaie de soutenir les actions qui vont dans ce sens. Pour revenir à la Case santé, le problème est plus large. C'est une structure médico-sociale, avec autant d'assistants sociaux que de médecins et infirmiers, tributaire de subventions données par des institutions qui ne veulent pas leur en donner. Leur patientèle est constituée pour une bonne part d'étrangers. On peut bricoler, mais ce combat pour avoir des subventions est insupportable.

Il faut un programme : la seule solution pour avoir des soins de santé est un service national public qui résolve la question de la répartition sur le territoire. A une réunion de formation de MGF, j'ai entendu des propos terribles sur les médecins roumains. Un projet de maison de santé à Toulouse ne s'est jamais fait. Il faut reposer ce principe : c'est un service public. La rémunération pourrait se faire à la capitation ou en salaires.