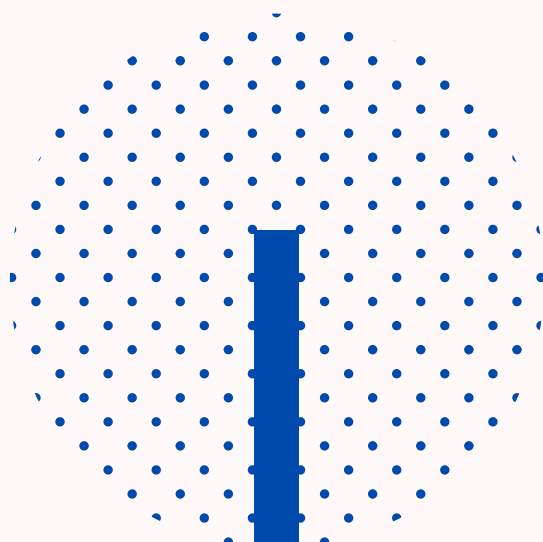


# LIVRE BLANC

PACA :  
LES MÉDECINS LIBÉRAUX  
FACE À LA COVID-19



# INTRODUCTION

La pandémie de Covid-19 a frappé au cœur les populations mondiales et mis à mal les systèmes de santé de tous les pays.

Toutes les leçons ne peuvent déjà en être tirées, mais dès à présent certains constats s'imposent.

On entend dans les médias nombre de satisfecit, qui tendent à laisser penser que la crise est derrière nous, que nous sommes dans la bonne voie, que «l'Etat a tenu» ainsi que l'a fièrement annoncé le Président.

C'est vrai, mais cette « résistance » a des causes, des failles, un coût.

Il y a eu des victimes, elles seront toujours trop nombreuses et nous leur devons d'analyser tous les aspects de cette crise.

Le personnel soignant a été remarquable, applaudi, loué et mérite la reconnaissance de la Nation.

Le personnel hospitalier, tout particulièrement, dans une crise sans précédent alors que ses ressources de soins ont été très entamées ces dernières années, a fait face avec courage et dévouement.

Mais il y a eu des oubliés et la médecine libérale fait partie de ceux-là.

A l'heure où l'Etat initie un « Ségur de la santé » qui semble s'adresser essentiellement à l'hôpital, il est juste que l'URPS ML PACA porte la voix des médecins libéraux, rappelle leur rôle et restitue la réalité de ce que nous, soignants de terrain en ville, avons vécu et ce que nous ne voulons plus vivre.

L'écriture de ce "Livre Blanc" est issue des expériences des médecins de terrain et des élus de l'URPS ML PACA, durant la crise sanitaire Covid du printemps 2020. Nous l'avons voulue critique, sans retenue, car nous estimons devoir tirer les conséquences de cet épisode. Nous terminerons évidemment notre réflexion par une liste de propositions.

## 1/ UNE INTENSE MOBILISATION DES MÉDECINS LIBÉRAUX SUR LE TERRAIN, DANS DES CONDITIONS DIFFICILES.

Dès le début de l'épidémie Covid-19, la mobilisation des médecins libéraux (ML) a été spontanée et intense. En collaboration proche avec les infirmières, ils ont immédiatement réorganisé l'accueil dans les cabinets, développé la téléconsultation, mis en place des « centres Covid », et organisé le suivi des patients à domicile.

Rapidement, les médecins libéraux ont alerté les autorités sur plusieurs sujets, notamment l'existence de clusters ou les difficultés majeures dans les EHPADs.

Ils ont aussi beaucoup communiqué par tous les médias possibles, expliquant patiemment l'organisation des prises en charge et la nécessité de poursuivre le suivi des pathologies chroniques, d'organiser le dépistage.

### A. Les équipements de protection individuels (EPI)

Sur le terrain, les soignants, qui connaissent les risques des maladies respiratoires, se sont trouvés démunis, sans EPI et sans possibilité de s'approvisionner, l'Etat ayant réquisitionné les stocks, centralisé l'approvisionnement et fléché les équipements disponibles vers les hôpitaux.

Les professionnels se sont démenés pour trouver ces équipements, faisant appel aux dons, à la solidarité, à l'innovation, aux collectivités territoriales, parcourant des dizaines de kilomètres pour aller les chercher.

Une application soutenue par les ordres professionnels, GoMask, a été développée, permettant de fluidifier cet approvisionnement.

Ce n'est que bien plus tard que l'ARS a été en mesure d'approvisionner, avec parcimonie (et souvent avec du matériel de récupération, testé mais périmé) les professionnels de ville.

Mais ce sont alors des dysfonctionnements dans la distribution que l'on a pointés, avec des disparités majeures dans les territoires. Certains n'ont jamais eu de dotation en FFP2, d'autres n'en ont jamais manqué.

Les pharmaciens d'officine ont été mis à rude épreuve, à devoir distribuer des dotations au compte-goutte. Ils ont dû s'adapter chaque semaine à de nouvelles règles de distribution variant, non pas au gré des besoins, mais au gré des stocks et de la définition de personnel prioritaire. Ils ont dû également faire face à la tension de la population qui leur réclamait des masques. Les restrictions sur la vente des masques, puis l'autorisation tardive, au même titre que les buralistes et que les grandes surfaces, a été très mal vécue par les pharmaciens qui ont pourtant fait face à la situation, pendant toute la durée du confinement.

### **B. Les centres Covid**

Prévoyant engorgement et chaos, sur le terrain, médecins et infirmières ont pris les initiatives leur paraissant les plus adaptées à leur territoire et la population. Certains ont alors entrepris l'organisation de « centres Covid ».

Alors que l'objectif affiché des professionnels était clairement opérationnel, à savoir protéger les populations, en limitant au mieux les risques de contamination de patients fragiles par un virus circulant vite et fort, proposer une offre de soins en capacité d'éviter l'engorgement des urgences, et protéger les soignants appelés à prendre en charge des patients malades ou suspects, la réponse des ARS et des CPAM était celle d'une doctrine nationale.

La reconnaissance et la formalisation de ces structures a été difficile, et c'est sous la pression du terrain, en PACA et sur tout le territoire national, portée par les URPS ML et IDEL que la situation a pu évoluer, les centres étant déjà organisés avant même d'avoir été déclarés et dès lors, potentiellement menacés d'interdictions administratives. Si la nécessité de ne pas recourir à une lourde et chronophage démarche de « validation » était relativement comprise, l'acceptation d'une simple déclaration opérationnelle a été laborieuse.

Il faut noter que sur le terrain :

- ✓ Les professionnels de santé libéraux (PSL) n'ont reçu aucune aide matérielle institutionnelle pour les centres : pas d'équipements de protection, pas de budget pour la coordination des centres. La solidarité (appel aux dons), la motivation et l'aide fréquente des collectivités territoriales ont permis leur bon fonctionnement, ainsi que l'achat de matériel sur fonds propres par les PSL.
- ✓ La lourdeur du fonctionnement administratif a entraîné un décalage quasi systématique entre autorisations et fonctionnement : le cahier des charges des centres a été enfin proposé par l'ARS alors que certains centres étaient ouverts depuis longtemps. Par la suite, lorsqu'il a été question de transformer les centres Covid en centres de dépistage, l'autorisation préfectorale a été délivrée trop tard, bien après le début des dépistages, ou même après la fermeture des centres.
- ✓ L'Assurance Maladie (AM), en revanche, a été réactive, selon son fonctionnement habituel, c'est à dire un circuit nécessitant la validation centrale au "national" avant la mise en œuvre dans les CPAM, permettant l'adaptation de la facturation pour les centres, ou l'autorisation de la téléconsultation par téléphone. On doit reconnaître que les remontées de terrain ont été entendues, car ces adaptations ont été accordées dès lors que le cadre a été modifié par la CNAM. On a quand même entendu, au cours de ces réunions, quelques remarques acerbes sur le potentiel « effet d'aubaine » que représenterait la pandémie, mais elles ont été sans conséquence pratique. Une fois de plus, elles sont le témoin d'un état d'esprit désastreux des institutions à l'égard de la médecine de ville.
- ✓ Il n'est pas étonnant dans ces conditions que le ressenti des organisateurs de centres ait été très négatif, eux qui ont interprété la position de l'ARS et de l'AM comme une volonté de blocage, avec une absence de facilitation matérielle, et une déconnexion du terrain : les seules réponses apportées à leurs sollicitations ont été des demandes administratives comme le cahier des charges, les demandes de tableaux statistiques d'activités, etc. A aucun moment, la qualité des organisations qui ont été mises en place n'a été soulignée, ni reconnue, et encore moins valorisée.

La gestion de la crise est apparue très clairement hospitalo-centrée : dans ce cadre il faut évoquer la centralisation des appels par le centre 15, choix national, qui a clairement désorganisé l'offre de soins sur le territoire :

- ✓ Les messages adressés à la population l'orientaient initialement vers le 15 en leur demandant de NE PAS se rendre chez leur médecin. Si les messages ont par la suite évolué, dans certains secteurs, le 15 n'a pas orienté vers les centres Covid.
- ✓ Des patients « Covid » non urgents ont été orientés vers une Télé-Consultation assurée par les médecins et internes du Centre 15, (nommée Téléconseil), et ensuite intégrés dans une application de suivi à distance par l'hôpital (« Covidom » ou autre). Le médecin traitant n'a jamais été prévenu ni intégré dans ce suivi, alors que les ML étaient nombreux à être disponibles pour assurer des TC pour leurs patients.
- ✓ Des patients « Covid » non urgents nécessitant un examen physique devaient appeler la plateforme CPAM pour trouver un médecin, alors que les centres de consultations étaient disponibles sur le territoire justement pour ces situations-là. Le patient, après régulation, était donc orienté par le 15 vers la plateforme administrative de la CPAM, au lieu d'être orienté directement vers un lieu de prise en charge, adapté à sa situation et à la complexité de la situation sanitaire.

Rien de très nouveau, mais alors que la crise aurait pu (dû ?) être l'occasion de revoir les relations entre le 15 et la médecine de ville, elle a érigé des murs supplémentaires.

### C. Place des établissements privés

La gestion hospitalo-centrée a fortement impacté les établissements privés et leurs praticiens.

Dès le 17 mars, l'activité non urgente a été déprogrammée, les lits désarmés, établissements et praticiens ont perdu jusqu'à 90% de leurs activités.

La doctrine nationale a placé les établissements privés en troisième ligne, leur demandant de garder des lits armés à disposition des établissements publics soit pour y déplacer des pathologies non Covid, soit pour y accueillir des patients Covid moins graves.

Ce n'est que plusieurs semaines après l'arrêt des activités que le privé a été sollicité. La région PACA n'a heureusement pas connu la même situation qu'en IDF ou Grand-Est où l'ostracisme à l'égard du privé a fait choisir de transporter des patients lourds en avion d'une région à l'autre voire dans d'autres pays européens plutôt que de solliciter les cliniques voisines.

La reprise des activités fut un autre grand moment d'une gestion de pénurie. Après la pénurie des EPI, c'est à la pénurie en anesthésiques (curares et propofol) qu'il a fallu faire face.

Dans la crainte d'une reprise épidémique, il a été demandé une reprise très progressive des activités afin de réserver des lits d'une part mais aussi épargner ces produits dont la surconsommation à travers le monde aurait créé une pénurie.

Ainsi pendant la crise, les établissements de soins ont stoppé leurs activités, limitées à une liste très restrictive élaborée dès le confinement et réutilisée, pour fixer les modalités de reprise.

Dans la plupart des régions, les URPS ML se sont manifestées et ont sèchement rappelé aux directeurs d'agence que les décisions chirurgicales étaient du ressort des chirurgiens et anesthésistes.

Par ailleurs, nous n'avons jamais pu disposer de données chiffrées concernant les stocks d'état de produits anesthésiques constitués malgré des demandes répétées. En l'occurrence, l'ARS était dans la même ignorance que les professionnels, ne recevant que de parcimonieuses informations de la part du ministère.



Mais elle a appliqué à la lettre des consignes de distribution reposant sur un algorithme complexe prenant en compte, la saturation des lits Covid, les consommations de l'année précédente au même moment et le taux présumé de reprise d'activité mais sans aucune visibilité sur le stock national.

## 2/ DES DIFFICULTÉS VARIABLES DE COORDINATION AVEC LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PUBLICS

Les situations sur le terrain ont été très disparates, mais souvent difficiles.

On relève une autonomisation parfois complète de certains hôpitaux, notamment du CHU (AP-HM, IHU), malgré des prises de position publiques contradictoires. Les retours d'information vers les médecins traitants, déjà difficiles en temps normal, ont souvent été totalement négligés.

La plateforme de coordination régionale autour du COVID-19, Tercovid, proposée par l'leSS, à la demande de l'ARS, a été très peu utilisée : il est bien sûr difficile de déployer un nouvel outil en peu de temps, mais les retours de terrain ont fait état d'un outil peu intuitif, difficile à prendre en main, en fait une version améliorée du logiciel TERCO, abandonné car inutilisable au quotidien.

Malgré tout, les professionnels libéraux ont tenté de « jouer le jeu », un certain nombre ont testé l'outil, fait remonter les remarques tandis que l'leSS a mobilisé ses ressources pour tenter de répondre aux besoins et attentes.

Malheureusement, la plupart des hôpitaux de la région, et surtout les 2 CHU, n'ont pas souhaité l'utiliser, préférant développer leur propre outil et intégrer ainsi de nombreux patients dont ils pouvaient ainsi assurer le suivi à distance, se dispensant du médecin traitant.

Enfin, nous devons citer bien évidemment le cas particulier de l'IHU sur Marseille, avec sa pratique de tests massifs alors que c'était hors recommandations. L'IHU n'a jamais été inquiété par l'AM ni par l'ARS. Les médecins des Bouches du Rhône étaient en difficulté puisqu'ils ne pouvaient pas proposer de test (ni de traitement).



Les patients se rendaient spontanément à l'IHU, parfois au mépris des mesures de confinement (files d'attente sur le boulevard Jean Moulin de plusieurs centaines de mètres), et bien sûr sans aucun retour de prise en charge vers le médecin traitant. L'URPS ML, qui a sollicité l'IHU dans ce sens, n'a jamais eu de retour.

L'IHU a par la suite étendu son influence en testant «hors les murs» dans des EHPAD, des foyers logements etc... au mépris des professionnels de terrain qui étaient impliqués : pas de concertation avec les laboratoires locaux, pas de retour au médecin traitant des résultats ni de la prise en charge, et évidemment, pas de lettre de liaison.

### 3 / AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ ET ASSURANCE MALADIE

Les exemples développés précédemment montrent à l'évidence que sous leur forme actuelle les ARS ne sont pas l'instance d'organisation et de régulation de la santé qu'elles devraient être, manquant de l'agilité nécessaire pour répondre à une crise sanitaire.

En cette période de crise, l'hospitalo-centrisme atavique de l'administration française a conduit les ARS à la gérer à travers un prisme principalement hospitalier : les malades étaient à l'hôpital, la ville devait prendre le relais après la sortie et assurer le suivi des "autres pathologies".

L'application d'une "doctrine" nationale, et la culture sanitaire des médecins inspecteurs de la santé publique, ont fait une impasse totale sur la médecine de ville, négligeant le potentiel organisationnel et le rôle des soignants de ville. Même si l'ARS a probablement fait remonter régulièrement les demandes d'équipements, même si elle ne peut être tenue responsable de la pénurie, il est évident que la problématique a été largement sous-évaluée, et interroge finalement sur la pertinence de son fonctionnement en cas de crise.

L'Etat a manifesté un défaut profond de connaissance et de confiance dans la médecine de ville, modulé en région selon les affinités et les intelligences individuelles.

Les agents (tous niveaux confondus) ont probablement dépensé beaucoup d'énergie et de temps à décrypter des consignes nationales, récurrentes, variables pour tenter de les adapter localement. Leur marge de manœuvre était trop faible et les initiatives de terrain, bien que pertinentes, dérogeaient trop au cadre de la "doctrine" nationale pour être validées et accompagnées rapidement.

Les URPS (médecins, infirmières, biologistes puis pharmaciens) ont dû assurer une présence assidue dans de nombreuses réunions, investissement en temps énorme pour obtenir des résultats minimes : pas de moyens financiers, ni logistiques pour soutenir les initiatives de terrain, un combat constant pour valoriser le travail des soignants. Nous avons dû aussi lutter contre les a priori (l'épidémie aurait pu être un "effet d'aubaine"... ) et contre la tendance naturelle de l'administration à complexifier les démarches d'élaboration d'un cadre réglementaire, cadre pourtant nécessaire pour sécuriser l'action des professionnels libéraux.

Nous dénonçons une inadéquation structurelle majeure de l'institution à un événement inattendu, qui doit appeler à une refonte sérieuse des chaînes décisionnaires, de la formation des agents, du champ d'action des agences.

Outre leur dépendance à la doctrine nationale, une des explications possibles est l'absence totale de professionnels de santé du monde libéral au sein des ARS, le recrutement des conseillers médicaux se faisant essentiellement parmi les médecins inspecteurs de santé publique et médecins conseil, méconnaissant le monde libéral et ses capacités d'adaptation.

Malgré les efforts d'une directrice de l'offre de soins de proximité qui a prouvé tout au long de cette crise une capacité d'écoute certaine et des qualités diplomatiques, les préoccupations et propositions des URPS n'ont pu être mises en place rapidement.

Pire, l'attitude de l'agence variait d'un département à l'autre, donnant le sentiment permanent d'un manque total d'homogénéité des positions et de contrôle des délégations départementales par le siège, témoignant d'un fonctionnement en silos.

L'Assurance Maladie malgré sa structuration pyramidale, a été plus apte à répondre à nos besoins, en adaptant les modalités de facturation et de prise en charge, nous permettant de poursuivre notre mission de soins. Les responsables régionaux ont d'ailleurs pu être mis en difficultés sur certains points et amenés à réviser leurs positions initiales parfois contredites par l'instance nationale.

On peut regretter l'absence de marge de manœuvre locale de la CPAM, qui aurait permis de raccourcir les circuits décisionnaires.

### 4/ UNE COMMUNICATION GOUVERNEMENTALE ANXIOGÈNE ET PARTIALE

Derrière la communication quotidienne, il est clair que les pouvoirs publics ont surtout voulu gérer et justifier la pénurie, entraînant de facto des propos contradictoires, et parfois incohérents.

La communication sur les masques en est une illustration : d'abord inutiles sauf à l'hôpital, leur statut a évolué pour devenir indispensables mais pas totalement obligatoires, en fonction de l'arrivée des stocks. Pourtant, dès le début, dans les régions très touchées, le terrain a rapidement lancé les alertes et les appels à l'aide.

La communication sur les tests a suivi la même trajectoire, malgré les données disponibles dans d'autres pays.

Enfin, la quasi absence de communication sur l'organisation de la médecine de ville, les injonctions à ne pas se rendre chez son médecin, les orientations systématiques vers le 15 et le secteur public, ont participé à rendre invisible l'action de la médecine de ville, et renforcer l'amertume des soignants.

Outre son effet anxiogène, cette communication parcellaire et partielle a hypothéqué, et peut être pour longtemps, la confiance des professionnels dans leur ministère de tutelle et la capacité de l'Etat à mettre en place les leviers de gestion d'une crise sanitaire de grande ampleur en laissant de côté tout un pan du système de soins.

## 5/ DÉCONFINEMENT : LA STRATÉGIE DU CONTACT TRACING

Lors de la réunion "Organisation des soins de ville Covid 19" du 24 avril, nous avons été surpris du discours de l'ARS qui insistait sur la place prépondérante du médecin traitant dans la stratégie de déconfinement, du fait de son évaluation clinique et de sa connaissance du contexte de vie du patient.

Nous avons appris quelques jours plus tard, par la CNAM et diffusé à nos syndicats, la mise en place du système "Contact Tracing", qui allait permettre de dépister tous les patients suspects, et leur entourage.

Ce dispositif, nécessaire pour mieux cibler les patients à isoler et à prendre en charge, a rapidement posé le problème du secret médical, et du partage des données de santé avec du personnel de l'AM non médecin, le médecin généraliste devenant le point de départ de cette rupture de secret.

Comme toutes les annonces dans cette période tourmentée, celle-ci a agité la population et divisé les médecins dans tout le pays. Il a fallu l'intervention du CNOM pour rappeler au gouvernement que l'état d'urgence sanitaire ne justifiait pas de se soustraire au secret médical, permettant ensuite l'adaptation du dispositif.

Une fois de plus, on a assisté à l'application stricte d'une doctrine nationale, cette fois gérée par la CNAM, avec des informations partielles transmises aux CPAM, aux ARS et en dernier lieu aux URPS, pourtant représentants des acteurs du terrain, alors même qu'elles avaient été sollicitées pour faire des propositions qui n'ont jamais reçu d'écho.

Le niveau 3 du contact tracing prévoit la prise en charge des "clusters" de plus de 11 personnes par l'ARS. Lors de la rédaction de ce texte, il existe à nouveau des clusters dans la région. Dans les Bouches du Rhône et le Vaucluse, courant juin, plusieurs clusters se sont déclarés.

Les PSL, organisés ou non en exercice coordonné, forts de leur expérience d'organisation pendant la crise, ont proposé spontanément leur aide en organisant l'hébergement et le suivi des patients isolés.

On note à nouveau que la multiplication des réunions n'aura pas suffi à anticiper la réponse à apporter à une situation nouvelle, et que dans l'urgence, la solution est souvent proposée par la mobilisation des PSL.

### 6/ MOBILISATION DE L'URPS ML PACA

Comme cela a déjà été dit précédemment, les URPS (médecins, infirmières, biologistes puis pharmaciens) ont assuré une présence constante et pesante dans de nombreuses réunions. Les documents de travail rédigés par l'ARS, et l'Assurance Maladie nous étaient souvent transmis au dernier moment.

A partir du 10 mars, l'ARS nous a demandé de faire des propositions à chaque étape. L'URPS-ML PACA a répondu sur de nombreux points :

- Proposition d'un algorithme de prise en charge des patients,
- Proposition d'une plateforme régionale libérale, finalement gérée par l'AM avec un fonctionnement centré sur le Centre 15,
- Proposition d'un cahier des charges des centres Covid,
- Proposition de mesures pour le déconfinement.

Pour les élus et consultants de l'URPS ML PACA, cela a représenté plus de 130 missions sur les mois de mars à mai 2020 : investissement en temps et en énergie conséquent, pour obtenir des résultats que nous considérons très mitigés.

- Aucune des propositions organisationnelles présentées en mars n'a été retenue.
- Centres Covid : déclaration simple, accord obtenu bien après leur ouverture, aucun soutien logistique ni rémunération forfaitaire allouée pour la coordination de ces centres.
- Centres de dépistage : lourdeur administrative du processus de transformation des centres Covid, les autorisations préfectorales ont été délivrées tardivement.

Au total, des heures de travail, d'échanges et de rédaction pour envoyer des propositions dans les temps, finalement peu prises en compte.

## CONCLUSION

### SÉCUR DE LA SANTÉ OU SÉCUR DE L'HÔPITAL ?

Il apparaît indispensable de repenser la complémentarité 1° recours – 2° recours – hôpital, et de redéfinir la gradation des soins. Il faut recentrer l'hôpital sur ses missions de soins complexes et spécialisés. Pour cela, c'est la gestion de l'hôpital qui doit changer : l'hôpital ne doit plus faire "du chiffre", l'hôpital doit assurer sa mission de soins de 3° recours, et non pas se mettre en situation de compétition avec la médecine de ville et tout particulièrement les spécialistes cliniques de 2ème recours.

Il est à l'évidence nécessaire d'accélérer réellement la coordination entre professionnels de tout statut (usage de l'INS, des MSS, prise en charge des urgences, respect de la loi pour les lettres de liaison, systèmes d'information "e-parcours", etc.), en permettant le décroisement et l'interconnaissance des structures de ville et des structures hospitalières.

C'est un hôpital en crise qui a été en première ligne, avec un défaut de moyens humains et matériels, malgré des moyens financiers considérables et une volonté politique et administrative de résister à tout prix.

Va s'ensuivre une crise sociale interne probablement majeure, qui fléchera à nouveau les budgets vers des rémunérations de soignants, des postes administratifs.

Là encore, sans refonte structurelle, les moyens renforcés seront pris sur la médecine de ville.

Les membres du bureau : Dr Laurent Saccomano,  
Dr Claude Mailaender, Dr Simon Filippi, Dr Michel Galéon, Dr Wilfrid Guardigli,  
Dr Dominique Thiers Baurant, Dr Philippe Samama.

Les chefs de groupe : Dr Sébastien Adnot (MG France), Dr Michel Garnier (SML),  
Dr François Honorat (Le Bloc), Dr Hervé Sahy (CSMF), Dr Florence Zemour (FMF).



# NOS 11 PROPOSITIONS

1. Lors du "Ségur de la santé", les URPS n'ont pas été sollicitées, témoignant une fois de plus d'une vision hospitalo-centrée de l'organisation des soins, dont il faut s'affranchir.

2. **Repenser les évolutions de carrière afin de faciliter les échanges entre médecins hospitaliers et libéraux**, et ce dès la formation initiale. Ceci suppose une **évolution sérieuse des statuts**, une **harmonisation des modes de rémunération**. On pourrait envisager que des représentants de la ville siègent dans les CME des GHT.

3. **Le pilotage des parcours de soins doit être confié au médecin traitant**, au sein et avec les fonctionnalités de sa CPTS et/ou MSP, les parcours incluant les séjours à l'hôpital. Dans cet esprit **la PDSA doit s'appuyer sur une régulation libérale dédiée**, autonome et indépendante du 15.

4. Une des leçons de cet épisode est **l'intérêt manifeste de l'exercice coordonné**. Les **CPTS en sont la forme possible**, en veillant à ce qu'elles reposent sur le volontariat et l'initiative de terrain : **les moyens déjà mis en œuvre doivent être nettement développés**. Une réflexion sur les missions de santé publique élargies, des rôles décisionnaires dans la politique de santé territoriale et tout particulièrement dans la gestion des crises sanitaires, ainsi qu'**un véritable plan blanc de la médecine de ville sont urgents**.

5. **La procédure administrative de structuration des CPTS doit être allégée**, il faudra allouer des financements conséquents dès la mise en œuvre afin d'optimiser cette structuration sans épuiser les soignants.

6. **Les outils des systèmes d'information de la ville doivent être financés nationalement comme pour l'hôpital**, en gardant une autonomie dans le choix des logiciels, en concertation avec tous les acteurs et évidemment **dans un souci d'interopérabilité complète**.



# NOS 11 PROPOSITIONS

**7.** A l'évidence, **l'idée originelle de la création des ARS doit être retrouvée**, en organisant une **vraie décentralisation des agences**. Ceci doit passer par des mesures telles que **la Présidence du Conseil de Surveillance assurée par le Président du Conseil régional**. Une réelle présence des libéraux doit être organisée par leur participation au Conseil de Surveillance, et la nomination systématique d'un conseiller médical du DG ARS pour la médecine de ville.

**8.** Une **marge de manœuvre locale de la part des CPAM serait également utile**, pour permettre de répondre à des besoins urgents de prise en charge AMO ou de cotations adaptées aux besoins locaux.

**9.** **Maintenir la facilité de recours à la téléconsultation**, qui a largement aidé dans le travail de suivi aussi bien pour les patients que pour les médecins.

**10.** La **création d'une agence indépendante d'évaluation des politiques de santé** permettrait un recul indispensable.

**11.** **L'exonération, de charges sociales et d'IR sur les revenus issus de cette période, visant à compenser l'absence d'aide logistique pour la coordination des centres Covid**, au titre de reconnaissance de la Nation, serait mieux perçue par les médecins libéraux que la remise de médailles honorifiques.