



Rencontres Dauphine Santé

DAUPHINE  
UNIVERSITÉ PARIS

**Actes du**  
**1er débat contradictoire**  
**Cycle la santé en France 2012-2017**  
**Mardi 6 décembre 2011**  
**La médecine encore libérale ?**  
**Et l'accès aux soins, à la croisée des chemins ?**

*Avant le premier tour des élections présidentielles, l'association DESSEIN (Dauphine EcoSanté Social Entente et Idées Nouvelles) a organisé dans le cadre des Rencontres Dauphine Santé, un cycle de débats contradictoires à l'Université Paris-Dauphine « **La santé en France : 2012-2017** » en présence de politiques, de professionnels, d'universitaires et d'étudiants.*

**Pour tous renseignements :** Dr Christine Roullière-Le Lidec, médecin, docteur en sciences économiques, présidente de DESSEIN, [christine.roulliere@wanadoo.fr](mailto:christine.roulliere@wanadoo.fr)

© Tous droits réservés. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite ou transmise sous aucune forme ou par quelque moyen électronique ou mécanique que ce soit, par photocopie, enregistrement ou par quelque forme d'entreposage d'information ou de système de recouvrement, sans la permission écrite de l'auteur.

<b>INTRODUCTION ET CONTEXTE</b>	<b>3</b>
Christine ROULLIERE-LE LIDEC, Présidente de DESSEIN	3
Claude LE PEN, Professeur en économie de la santé, Paris Dauphine	3
Brigitte DORMONT, Professeur en économie de la santé, titulaire de la chaire Dauphine Santé	3
Laurent BATSCH, Président de l'Université Paris Dauphine	9
<b>La vision politique sur la santé de l'UMP, du Parti Socialiste, du Nouveau Centre et d'Europe Ecologie Les Verts</b>	<b>10</b>
Yves BUR, Député du Bas Rhin, Union pour la Majorité Présidentielle	10
Jean-Marie LE GUEN, Député de Paris, Parti Socialiste	11
Jean-Luc PREEL, Député de Vendée Nouveau Centre	13
Jean-Luc VERET, Conseiller Municipal de Caen, Président de la Commission Nationale Santé Europe Ecologie - Les Verts	15
<b>Débat entre les professionnels et les politiques</b>	<b>19</b>
Alain BEAUPIN, Généraliste, Président de l'Union Confédérale des Médecins Salariés de France, directeur d'un centre de santé	19
Charline BOISSY, Interne en médecine générale Présidente de l'ISNAR IMG	19
Patrick BOUILLLOT, Endocrinologue, Vice-Président de l'URPS-Médecins Libéraux de Bourgogne, chef de projet, maison des spécialistes dans la Nièvre Lyse BRILLOUET Directrice de la stratégie, Orange Healthcare	19
Michel CHASSANG, Généraliste, Président de la CSMF	19
Marc GIROUD, Anesthésiste-réanimateur, Directeur du SAMU 95, Président de SAMU de France	19
Claude LEICHER, Généraliste, Président de MG France	19
Christian SAOUT Président Le CISS	19
<b>La médecine encore libérale : quel exercice ?</b>	<b>20</b>
<b>Quel accès aux soins pour les patients ? Accès géographique ?, Accès par spécialités ? Accès financier ? Quelle rémunération pour quel médecin ?</b>	<b>37</b>

## INTRODUCTION ET CONTEXTE

### **Christine ROULLIERE-LE LIDEC, Présidente de DESSEIN**

Merci infiniment d'être là. Je suis vraiment très heureuse d'inaugurer avec vous ce cycle de débats contradictoires de DESSEIN : la santé en France 2012-2017 avant le premier tour des élections présidentielles. C'est une première : nous innovons. Je tiens vraiment à remercier toutes les personnes qui nous permettent de réaliser cet événement, université partenaires. Nous avons changé de logo, changé de communication, changé de style, tout en gardant la sensibilité de Dessein qui est devenu grâce à votre fidélité et votre dynamisme un lieu pérenne d'échange et de débat sur notre système de santé tant sur le plan politique qu'économique.

Depuis bientôt 8 ans, les rencontres Dauphine Santé voient croître l'intérêt des professionnels, des étudiants. L'année 2012 donne rendez-vous pour des étapes clefs la vie de notre pays. Soyez certain que DESSEIN sera au rendez-vous. On souhaite vraiment que ce débat soit la première étape d'un débat citoyen sur les questions de santé en vue du premier tour des élections présidentielles. La matinée est très dense. Alors excellents débats

### **Claude LE PEN, Professeur en économie de la santé, Paris Dauphine**

Merci, Christine. Effectivement, on innove. Il y a donc trois débats : un qui a lieu aujourd'hui sur la médecine ambulatoire ; un sur l'hôpital ; le troisième sur la Sécu et le financement. On reviendra sur tout ça en conclusion. Ces trois débats, on les a voulus sur le même format, donc un de nos collègues de Dauphine a un peu posé le tableau. Aujourd'hui, c'est Brigitte Dormont et je la remercie. Ensuite, on donnera la parole aux représentants des partis politiques : Yves Bur, Jean-Marie Le Guen, Jean-Luc Prél et Jean-Luc Véret, pour respectivement l'UMP, le PS, les centres et Europe Ecologie Les Verts – tous les centres à lui tout seul, Jean-Luc sait faire. Ensuite, on engagera le débat avec les représentants des professions et puis avec vous, avec la salle. C'est assez serré, donc les orateurs ne m'en voudront pas si je fais un peu le gardien du temps. On a beaucoup de choses. Il y a trois débats, un débat sur l'exercice libéral, un débat sur l'accès aux soins et un débat sur les formes de rémunération, donc on va essayer de garder tout ça dans les temps. On y va, et la première, c'est ma collègue Brigitte Dormont, professeur à Dauphine et titulaire de la chaire d'économie de la santé, qui présente en quelque sorte les enjeux de la médecine libérale en France à partir de 2012.

### **Brigitte DORMONT, Professeur en économie de la santé, titulaire de la chaire Dauphine Santé**

Merci beaucoup, Claude. Je vais essayer d'aller vite pour être compacte. Notre thème est celui de la médecine libérale ; les historiens qui ont travaillé sur la médecine en France insistent sur le fait que la médecine libérale est l'identité dominante de la profession médicale en France, à la

différence d'autres pays. Les principes de la médecine libérale ont été énoncés en France très clairement en 1927, lors d'un congrès de réunification syndicale à l'occasion de débats sur des problèmes de tarifs opposables ; ces principes, je peux les résumer de la façon suivante : libre choix du médecin par le patient, libre fixation des honoraires par une entente directe entre le patient et le médecin, liberté d'installation, liberté thérapeutique et de prescription. Actuellement, avec les débats que nous avons sur les déserts médicaux, sur les dépassements d'honoraires, avec le médecin traitant et avec la rémunération à la performance ou CAPI, on voit bien que la régulation actuelle s'éloigne très fortement de ce modèle de médecine libérale. Ce que je prends ici, à la demande de Claude, c'est ma casquette d'économiste ; je me mets dans la position du régulateur qui cherche à maximiser le bien-être collectif. Quelles parties avons-nous en présence ? Nous avons des patients qui sont des assurés sociaux, des médecins qui sont des fournisseurs de soins, et la tutelle qui peut être l'Etat ou une assurance maladie unique ou une assurance plurielle selon les pays ; et cette tutelle cherche à maximiser le bien-être collectif. Les objectifs des patients sont les suivants : d'avoir des soins de qualité, c'est-à-dire que le médecin soit compétent, qu'il prenne en compte la douleur, que les soins intègrent l'objectif de qualité de vie et que les soins préventifs soient développés. Les patients veulent aussi avoir accès aux soins dans de bonnes conditions, ce qui implique des conditions sur la distance au médecin et sur le temps d'attente, les files d'attente, et il veut aussi recevoir des soins appropriés, à savoir avoir des procédures justifiées et pas de soins excessifs, et tout ceci au juste coût. Le coût, ça intègre les cotisations d'assurance maladie, d'assurance complémentaire, les restes à la charge du patient et le paiement des dépassements. Pour atteindre ce juste coût, il faut garantir une efficacité dans la production de soins. Les objectifs des médecins, c'est d'avoir un bon niveau de vie, une estime de soi à travers l'éthique dans l'exercice de leur fonction, d'avoir du prestige, une bonne qualité de vie au travail, notamment en termes de durée du travail, ne pas être écrasé de charges administratives et d'avoir des moyens organisationnels, et aussi d'avoir une grande liberté dans les stratégies de soins qu'il développe. La tutelle, comme je l'ai dit, est un agent des assurés, donc ses objectifs, c'est de mettre en œuvre des soins appropriés, c'est-à-dire qu'il n'y ait pas de demande induite, et au moindre coût, donc à garantir, à rechercher une efficacité de la dépense. Elle doit aussi, selon le pacte qu'il y a en France autour de la Sécurité Sociale, garantir une équité dans l'accès aux soins, ce qui signifie pas de rationnement de l'offre de soins, des médecins en nombre suffisant, répartis correctement, et en amont, pour atteindre ces objectifs, il faut que la profession médicale reste attractive ; donc la tutelle doit atteindre ces objectifs tout en préservant l'attractivité de la profession médicale.

Les problèmes actuels, quels sont-ils ? Nous connaissons tous la croissance rapide des dépenses de santé et les problèmes de financement actuels. Tous les ans, nous avons des déficits qui sont à peu près à un point de CSG, et donc il faut trouver des marges de manœuvre. Si on ne veut pas rationner les soins, il faut trouver des marges de manœuvre dans les gains d'efficacité. Un autre problème que nous avons est une mauvaise répartition géographique des médecins, qui implique des inégalités dans l'accès aux soins, alors que tous les assurés sociaux paient des cotisations selon des conditions identiques, tous n'ont pas accès aux médecins dans les mêmes conditions. On a aussi un fort développement des dépassements, qui a été pointé par de multiples rapports,

ce qui crée des inégalités entre secteurs médicaux et qui renforce les revendications de rémunération des médecins du secteur 1, et qui remet en cause la couverture des soins. Il y a des restes à charge importants et des problèmes d'équité entre individus selon la couverture qu'ils obtiennent de leur complémentaire santé. En France aussi, il y a d'importantes inégalités sociales de santé, c'est-à-dire des différences de santé assez fortes selon les catégories socioprofessionnelles et ce à un degré plus important que dans nombre de pays. Par rapport à ces inégalités de santé, on pense que le système devrait développer plus les stratégies préventives et devrait se préoccuper de la qualité de prise en charge des maladies chroniques. Enfin, de nombreuses questions sont soulevées concernant l'attractivité de la médecine générale. Une certaine proportion de postes en médecine générale sont non pourvus. Ceci dit, le problème s'améliore récemment, puisque la part de postes non pourvus a fortement diminué et les choses sont moins dramatiques qu'on pourrait le penser.

Sur l'efficacité, on parle beaucoup en France de responsabilisation des patients, mais en théorie économique, on parle autant de responsabilisation des offreurs de soins que de responsabilisation des patients. Or en France, très peu a été fait du côté de la responsabilisation des offreurs de soins. Pour l'hôpital, oui, il y a eu la réforme de la tarification à l'activité, mais du côté de la médecine de ville, très peu de mesures ont été prises du côté de la responsabilisation des médecins. En particulier, le paiement à l'acte domine très largement le paysage en France, associé à la liberté d'installation. Donc on le sait, le paiement à l'acte conduit à une rémunération directement associée au nombre d'actes délivrés, et ce paiement incite à des comportements de demande induite. Ceci dit, le paiement à l'acte a beaucoup d'avantages, notamment pour le médecin. Des études que j'ai réalisées sur les comportements des médecins généralistes du secteur 1 montrent que le paiement à l'acte a tous les avantages d'une profession libérale, c'est-à-dire qu'il permet au médecin de moduler son activité en fonction de ses préférences. Par exemple, on observe que le médecin module beaucoup son activité au cours de sa carrière, en travaillant très intensément en début de carrière, puis en ralentissant au bout de la quinzième année d'exercice son activité. Pareillement, on observe que beaucoup de médecins ont des faibles revenus, dans les médecins du secteur un, mais qu'il s'agit d'un choix. Le fait d'avoir une faible activité n'est pas subie, mais elle est choisie. Ces médecins préfèrent travailler peu est leur revenu, à travers le paiement à l'acte, est suffisamment flexible et suffisamment important pour permettre une faible activité et un revenu correct. Il y a donc une modulation de l'activité, une flexibilité en fonction des préférences qui est permise par le paiement à l'acte. Ceci dit, le paiement à l'acte n'a pas que des avantages pour le médecin : en particulier, il l'expose à la concurrence de ses confrères en fonction de la densité médicale. On observe aussi que les revenus des médecins libéraux dépendent très fortement de la densité médicale dans leur secteur d'exercice. On a plus calculer que dix médecins généralistes en plus dans la zone d'exercice des médecins implique une diminution de son nombre de consultations de 2,5%. En réaction, les médecins sont incités, pour préserver leur revenu, à développer des comportements de demande induite, pour compenser cette menace sur leur revenu due à la concurrence. Pareillement, on observe qu'il y a plus de comportements de demande induite, qu'elle est plus intense dans les

départements à forte densité. Donc la demande induite, c'est à l'évidence de l'inefficience, de la surconsommation non nécessaire et coûteuse pour l'assurance maladie.

Je me tourne à présent vers l'inégale répartition géographique des médecins. Risquons-nous de manquer de médecins en France ? Non, et trois fois non. La densité médicale diminue un peu, certes, mais elle est encore très supérieure à la plupart des pays de l'OCDE. En France, pour les généralistes en particulier, nous avons 160 médecins pour 100 000 habitants, ce qui est très supérieur à la moyenne OCDE où il y a 90 médecins, au lieu de 160, pour 100 000 habitants ; très supérieur aux Etats-Unis, où il y a 100 médecins généralistes pour 100 000 habitants ; encore plus supérieur au cas du Royaume-Uni, où il y a 70 médecins pour 100 000 habitants. Donc nous avons beaucoup de médecins, mais ils sont très inégalement répartis. Augmenter le *numerus clausus* est-il une solution ? Non, trois fois non, car cela n'a jamais, dans aucun pays, permis d'améliorer la répartition géographique des médecins. Et par ailleurs, on a observé, ce sont aussi des études qui ont été réalisées pour la France, qu'augmenter le *numerus clausus* a eu dans le passé des effets extrêmement délétères sur les revenus des médecins des générations concernées. On observe qu'un *numerus clausus* trop élevé induit un manque à gagner pour les médecins qui s'installent dans le cadre de ces générations, un manque à gagner durable pendant toute la carrière. On a évalué que pour les médecins qui se sont installés en 1985, ces médecins avaient des honoraires en permanence inférieurs de 20 % aux médecins installés en 1972, et que la baisse du *numerus clausus* a permis de rétablir les honoraires des médecins. Les médecins installés en 1999, qui ont fait leurs études dans le cadre d'une diminution du *numerus clausus*, ont à nouveau des revenus rétablis, de 17 % supérieurs à ceux de la génération sacrifiée de 1985, donc augmenter le *numerus clausus*, c'est une mesure dangereuse et délétère pour les revenus des médecins. Le problème causé par une mauvaise répartition, c'est qu'évidemment, ça crée des inégalités d'accès qui sont très inéquitables, puisque tous cotisent sur la même base et tous n'ont pas accès aux médecins dans les mêmes conditions, et ça crée aussi de l'inefficience, puisque dans les régions surdotées, on l'a vu. Donc avoir trop de médecins, c'est très mauvais au niveau géographique aussi ; dans les régions surdotées, il y a beaucoup de demande induite de la part des médecins qui ont des problèmes de revenus, dont les revenus sont menacés à cause du trop grand nombre de médecins. Pour autant, y a-t-il des déserts médicaux ? Là-dessus, je suis un peu perplexe, puisque le diagnostic statistique est très différent du vécu qui est rapporté par les responsables politiques. On entend beaucoup parler de déserts médicaux, et une étude qui vient de paraître en novembre 2011 a calculé la distance au médecin. On observe que 99 % de la population française, avec une étude très fine au niveau géographique, est à moins de quinze minutes d'un généraliste, donc on peut penser que la situation n'est pas catastrophique. Ceci dit, il s'agit ici de la distance géographique, et non pas des files d'attente, du temps d'attente, ni des problèmes de dépassement d'honoraires.

Les dépassements d'honoraires, il en est beaucoup question en ce moment. Ils menacent le principe de la couverture par l'assurance maladie et de la garantie d'accès aux soins pour tous, qui fait partie du pacte de notre système. On observe que le taux de renoncement aux soins augmente continuellement entre 2002 et 2008. Il est d'environ 15 %. Il augmente très légèrement

mais continuellement dans la période récente. Evidemment, les causes de ce renoncement aux soins sont analysées. Les dépassements ne sont certainement pas seuls en cause. Il y a aussi tous les tickets modérateurs et les problèmes d'assurance qui sont en cause. Mais le dépassement est aussi une des raisons possibles de ce renoncement aux soins. La question qu'il faut se poser : comment interpréter ces dépassements ? S'agit-il, comme certains historiens le suggèrent, d'un refus des médecins d'accepter le principe de l'assurance sociale, ou s'agit-il, c'est une autre explication possible, d'une augmentation insuffisante des honoraires dans le cadre conventionnel, d'une augmentation insuffisante des tarifs conventionnels négociés avec la Sécurité Sociale ? Il s'agit d'analyser ces dépassements. Seule remarque : les statistiques montrent quand même que les revenus des médecins progressent beaucoup plus vite que les revenus du reste de la population. Alors que faire ? A mon avis, il faut à l'évidence sortir de la prééminence du paiement à l'acte et aller vers une solution panachée avec de la capitation et du paiement à l'acte, et pour les médecins qui le veulent, le statut de salarié, qui ne doit pas être excessivement développé car il peut nuire à la qualité des soins. Nous avons un embryon de ce genre de rémunération avec ce qui a été proposé sous la forme de paiement à la performance, qui est une capitation en fonction d'objectifs de performance réalisés. Mais évidemment, c'est quelque chose de très timide, puisque le paiement à la performance qui est proposé ne dépassera jamais 10 % du revenu des médecins, alors qu'en théorie, on pense qu'il faudrait quelque chose du genre trois quarts de capitation, un quart de paiement à l'acte. Le paiement à l'acte, je le rappelle, ça pose des problèmes, ça crée de la demande induite, incite à la demande induite, mais aussi, ça incite à une pratique très individualisée de la médecine, et donc je remonte vers la question du nombre de médecins. Cette pratique très individualisée de la médecine nuit au développement de la coopération avec d'autres professionnels de la santé, avec des infirmières, des kinésithérapeutes, et cetera, dont on sait que c'est la planche de salut à la fois pour augmenter les revenus des médecins tout en nuisant pas à l'offre de soins. Le paiement à l'acte nuit aussi au développement de stratégies de prévention, et on sait que le problème actuel, c'est le développement des maladies chroniques, des pathologies liées au vieillissement, et qu'il importe de prendre en charge différemment le patient et en lien avec le médico-social. Il y a eu beaucoup de rapports au Comité pour l'avenir de l'assurance maladie sur le fait qu'il fallait instaurer un lien entre la médecine et le médico-social, et dans le cadre du paiement à l'acte, c'est évidemment extrêmement difficile de le faire. Alors doit-on aller vers la réforme du grand soir, donc changer radicalement et de manière coercitive le type de paiement des médecins, ou bien faut-il aller vers du volontariat ? Je n'ai pas la réponse, nous en débattons, mais je pense qu'il faut voir ce qu'il se passe du côté des jeunes générations de médecins. On observe chez ces générations une forte désaffectation de l'exercice libéral de la médecine. Ce sont des statistiques qui sont souvent données par le Conseil de l'Ordre, et par exemple, en 2010, chez les jeunes médecins qui sont arrivés sur le « marché », généralistes et spécialistes confondus, on observe qu'il y en a 70 % qui s'installent sous forme de salariés, 20 % sous cadre de remplaçants, donc qui seront libéraux, et 9,4 % directement en libéral. Donc on peut penser que maintenant une majorité de médecins désire travailler autrement et peut-être il n'est pas nécessaire d'instaurer un paiement différent de manière coercitive compte tenu de ces préférences modifiées.

Concernant la localisation, je pense qu'il faut vraiment arrêter de démissionner sur cette question. Cela fait plusieurs décennies qu'on identifie parfaitement le problème et que rien n'a véritablement changé sur cette question. Alors que doivent faire les politiques ? Il me semble que contraindre à l'installation dans des zones spécifiques sous-dotées les jeunes générations de médecins est profondément injuste et inéquitable, et donc il faut une coercition que je dirais douce, ou raisonnée, avec l'intervention dans des maisons de santé. On sait que le problème des déserts médicaux, qu'il faut relativiser, c'est plutôt le problème des zones périurbaines. Ce n'est pas une question de kilomètres, c'est plus une question de certaines zones urbaines qui sont désaffectées. Et donc, compte tenu de ce constat, on peut très bien instaurer des maisons de santé où des médecins devraient faire un service d'une après-midi de consultation dans les différentes spécialités et résoudre ainsi une part du problème sans pour autant imposer une coercition insupportable sur les professionnels de santé.

Concernant les dépassements, je pense que le secteur optionnel n'est absolument pas une solution, et c'est intéressant, car il mécontente absolument tout le monde, à la fois les syndicats de médecins, l'assurance maladie et la Mutualité française. Evidemment, ça crée un surcoût pour les complémentaires, donc ça revient à botter en touche et à dire : ce sont les complémentaires qui vont absorber ces nouveaux dépassements. On pense, comme ça ne changera rien, que les médecins qui font plus que 35 % de dépassement, ce qui est le niveau moyen dans le cadre du secteur optionnel, puisque 50 % de dépassement sur 70 % des actes, ça revient à 35 % de dépassement, donc les médecins qui sont au-dessus de ce niveau ne rejoindront pas le secteur optionnel, et celles et ceux qui sont en deçà de ces 35 % moyens augmenteront leurs dépassements et ceci aux frais des complémentaires santé, donc aux frais, *in fine*, des assurés sociaux. Si le secteur optionnel se généralise à d'autres spécialités que les quelques-unes concernées, il est clair que ça conduit à une augmentation du tarif financé cette fois-ci par les complémentaires et non par l'assurance maladie obligatoire. Il me semblerait beaucoup plus clair d'augmenter directement le tarif conventionnel. A l'évidence, ceci ne serait pertinent que si on pense que les médecins ne gagnent pas assez. A mon avis, un pacte avec les médecins pourrait être conclu : augmenter le tarif conventionnel avec une négociation sur des gains d'efficacité et sur le développement de coopérations avec d'autres professionnels de santé. Au titre de conclusion, cette façon de raisonner, clairement, ma façon de raisonner, qui est celle dont nous raisonnons tous maintenant, est très loin de l'univers de la médecine libérale. Je vous remercie.

### **Claude LE PEN**

Merci, Brigitte, pour la pertinence du fond et le respect du timing, ça va, c'est bien parti. On va revenir sur tous ces thèmes qui sont importants : attractivité, rémunération, répartition géographique, accès, coopération et délégation, adaptation aux nouvelles conditions des pathologies, notamment pathologies chroniques, tous ces problèmes sont sur la table. La réponse à ces questions va être le fil directeur de cette matinée. J'ai le plaisir, l'honneur et l'avantage de recevoir mon collègue Laurent Batsh, qui est le distingué et efficace Président de l'Université Paris Dauphine. Laurent, merci de nous recevoir.

**Laurent BATSCH, Président de l'Université Paris Dauphine**

Non, mais je réponds à ton invitation bien volontiers. C'est juste l'occasion pour moi de saluer nos invités éminents, de les remercier de leur participation, de me réjouir du fait que nous soyons capables de réunir une table ronde de cette qualité, et je crois que c'est un paramètre qui est propre à cette université et qu'il faut saluer, et d'associer à la fois des praticiens, des professionnels, des politiques et des académiques. C'est ce mélange des genres qui je crois fait l'originalité de cette maison. Et puis on a maintenant à Dauphine un vrai pôle santé. Il y a ce séminaire qui réunit quand même régulièrement les meilleurs spécialistes dans ce domaine. Nous avons un MBA pour les cadres hospitaliers. Nous avons un Master de gestion, d'économie et d'organisation de la santé, formation initiale et formation continue. Nous avons une chaire en économie de la santé, bref nous avons une équipe de chercheurs : Dauphine santé, ça existe. Donc si on vous dit que Dauphine c'est la finance et que la finance, c'est faux. C'est aussi l'économie de la santé, et la conclusion de Brigitte Dormont semble indiquer d'ailleurs qu'elle est capable de tenir un discours qui n'est pas forcément d'une orthodoxie totale par rapport à certains canons. Donc vous voyez que nous sommes plus divers et plus ouverts que la réputation qu'on nous fait parfois. J'ai juste plaisir à le souligner. Je vous souhaite une très bonne matinée, merci de votre invitation.

**Claude LE PEN**

Merci Laurent, et on a d'excellents rapports avec nos collègues financiers. On s'entend très bien. On va passer tout de suite au cœur du débat. Donc la règle, c'est un premier tour de piste pour nos invités politiques, en cinq minutes, pour garder un peu le rythme de la matinée qui va être longue. Je commence par ordre alphabétique, donc Yves Bur, qui est député du Bas-Rhin et Vice-président de l'UMP.

## **La vision politique sur la santé de l'UMP, du Parti Socialiste, du Nouveau Centre et d'Europe Ecologie Les Verts**

### **Yves BUR, Député du Bas Rhin, Union pour la Majorité Présidentielle**

Merci pour cette invitation. Je disais tout à l'heure à votre collègue qu'on pouvait être rassuré, puisqu'il y aura bientôt plus d'économistes de la santé que de professionnels de la santé, donc le système de la santé est en de bonnes mains. Plus sérieusement que ce clin d'œil, je vais essayer en cinq minutes de tracer les grandes lignes du projet de l'UMP pour le projet quinquennat. Ce projet n'a rien d'original, puisqu'il sera la poursuite, l'approfondissement des réformes engagées durant ce quinquennat. Deux chemins ont été suivis et seront poursuivis. Il s'agit d'abord de garantir l'accès à la santé pour tous. Je crois que ce qu'il faut souligner, c'est que malgré l'ampleur de la crise financière qui a frappé notre système d'assurance maladie et plus globalement notre système de sécurité sociale, chaque assuré, que ce soit pour la santé, pour la famille ou pour les retraites, a bénéficié du concours de la solidarité qui a été maintenue, naturellement à un lourd prix, au détriment peut-être des générations futures, mais la volonté de maintenir la solidarité dans cette période de grande difficulté est un signal fort. Deuxièmement, il s'agit aussi de poursuivre l'adaptation de notre système de santé aux évolutions futures. Les possibilités extraordinaires du progrès médical, là aussi, je crois que l'ensemble des Français, parfois contrairement à d'autres pays, ont accès à l'ensemble du progrès médical, et il faut le souligner, les possibilités sont réellement offertes et garanties à l'ensemble des assurés. Il n'y a pas une ségrégation du progrès médical en fonction des revenus. Deuxièmement, il faut évidemment adapter notre système en le modernisant pour permettre, je dirais, de répondre à l'efficacité de l'utilisation de l'argent public. Promouvoir le juste choix, ça passe naturellement par l'amélioration du parcours de soins, de parcours du malade à travers le système de santé. Ça a été l'une des raisons du projet ASPST, qui a souvent été dévoyé par rapport à son véritable sens. La création des ARS, l'organisation territoriale, c'est effectivement permettre au patient d'être pris en charge là où son état l'exige et d'optimiser cette prise en charge, parce qu'aujourd'hui on voit bien que les blocages font que beaucoup trop de patients ne sont pas pris en charge là où ils devraient l'être. Cela pose des problèmes de thrombose, et aussi de dysfonctionnement au niveau financier. On devrait peut-être veiller à ce que l'argent soit dépensé là où il est le plus efficace en termes non seulement de santé, mais aussi de prise en charge. Il faudra naturellement à travers cela aussi mieux prévenir et accompagner les maladies chroniques : je pense que c'est le grand défi des prochaines années, parce que les maladies chroniques vont représenter 70 % des dépenses de notre système de santé. A l'évidence, la prise en charge segmentée, partielle, n'est plus possible. Il faut repenser cette prise en charge et nous aurons peut-être l'occasion d'en parler. Enfin, il y a naturellement la question du financement, qui est à côté des questions d'organisation une question centrale. Je crois qu'aujourd'hui nous pouvons dire que l'assurance maladie n'a jamais

manqué de moyens, et que encore le PLFSS que nous venons d'adopter montre que nous avons mis plus de 5 milliards à la disposition de l'assurance maladie pour ramener le déficit à moins de 6 milliards d'euros. Bien évidemment, dans le futur, ce financement va s'inscrire dans une contrainte imposée par la crise des dettes publiques qui va être extrêmement forte, et nous nous rendons compte enfin qu'il faudra financer avec l'argent d'aujourd'hui les dépenses quotidiennes d'aujourd'hui : celles de la santé, celles au profit des familles, celles au profit des retraites. C'est un changement complet de paradigme et de contexte. Cela nous obligera peut-être à des instants de vérité. Et puis à côté de cela, il y a naturellement tous les défis qui relèvent de l'accès au soin des patients, l'accès territorial, l'aspect financier, et puis également l'accès aux dernières techniques. Je crois que tout cela fait partie des réflexions qui sont les nôtres pour le quinquennat dont nous allons choisir les orientations au printemps prochain.

### **Claude LE PEN**

Merci Yves ; Jean-Marie ?

### **Jean-Marie LE GUEN, Député de Paris, Parti Socialiste**

Merci. En quelques mots, puisqu'on est là pour intervenir très rapidement, tout d'abord je pense que le système des soins de premier recours est le cœur des dysfonctionnements de notre système de santé aujourd'hui, c'est-à-dire que si l'on compare à d'autres problèmes, l'industrie du médicament, l'hôpital, qui ne sont pas sans connaître des difficultés, je pense que le nœud du problème se trouve sur notre système de soins primaires, qui dysfonctionne d'une façon tout à fait considérable, à mon avis d'une façon plus importante que ce qu'a dit Brigitte. J'y vois quatre traits, et sans ordre de valeur : un, un malaise profond des professionnels de santé ; une détérioration du fonctionnement du système indiscutable ; des problèmes d'accessibilité territoriale et financière dont on pourrait débattre mais qui se posent de plus en plus en tout cas à de nombreux Français ; et enfin, une inadaptation de ce modèle au regard d'abord de l'évolution des pathologies et sans doute aussi de l'évolution des professions, des savoirs, des sciences. Donc un modèle qui est profondément en crise, crise qui va s'aggraver sous le coup d'une baisse de la démographie ; on pourra parler pendant des heures pour savoir si cette démographie est insuffisante ou pas. Les comparaisons internationales valent, mais à condition qu'on rappelle que certains pays sont déjà très largement engagés dans le transfert de compétences, que chez nous le diplôme de médecine donne lieu à tout un tas d'activités diverses des sciences du vivant et qui vont bien au-delà de la pratique soignante ; et donc je pense que les chiffres que l'on donne sur la démographie en tant que telle doivent être relativisés. Donc la médecine de ville, la médecine de premier recours, enjeu central qui explique en grande partie la difficulté à restructurer l'hôpital en raison des problèmes de permanence des soins, en raison de problèmes d'accessibilité, en raison aussi qu'on a à prendre en amont ou en aval de l'hôpital en ville un certain nombre de patients complexes. Evidemment, la question des personnes âgées apparaît immédiatement, mais on pourrait parler aussi de personnes en grande difficulté, en grande précarité, on pourrait parler aussi des personnes en termes de pathologies complexes. Là-dessus, l'objet central de la position que défend le parti Socialiste et que défendra sans doute son candidat, c'est la problématique de

l'accès aux soins, car c'est à travers cet argument majeur et cette problématique majeure qui n'est pas assurée aujourd'hui dans aucun domaine, ni en termes tarifaires, ni en termes d'organisation, ni en termes de répartition sur le territoire que nous devons repenser complètement ou plus exactement accompagner la modification profonde de notre système de soins de premier recours, ce qui passe par des éléments tarifaires. Je pense que maintenant ce sont des choses qui sont assez acquises, ne pas faire que le paiement à l'acte soit le seul repère, ce qui passe évidemment par une mise en œuvre du regroupement des professionnels sous des formes diverses qui peuvent être soit la maison de santé soit le pôle de santé, mais un regroupement des professionnels : des médecins d'abord, des équipes de professionnels de santé, vraisemblablement aussi des compétences médico-sociales, si on veut traiter des malades chroniques, très souvent on aura besoin de compétences médico-sociales. Donc des regroupements, des transferts de compétence évidemment, car si on veut faire face à la fois aux chocs démographiques, mais aussi à la prise en charge globale des patients, où on le sait, le rapport un peu simpliste qui est souvent décrit, le médecin, la prescription, le médicament et le soin, est totalement inapproprié à des malades chroniques pour lesquels la prise en charge sociale par des paramédicaux, l'éducation à la santé, et cetera, je n'ai pas le temps de développer tous les items qui justifient une approche holistique du malade et donc une organisation qui est adaptée à ces nouveaux malades et à ces nouvelles pathologies. Dans ce cadre-là surgissent évidemment des formes plus économiques : quelle est la place de la médecine libérale là-dedans, alors que dans le malaise qui est exprimé par les professionnels de santé, une certaine distance pour x et y raisons, on pourrait là aussi les analyser longuement, peu d'appétence des jeunes médecins, semble-t-il, pour la médecine libérale. Pour ma part, je suis un défenseur résolu du maintien de la pluralité des formes d'exercice. Je suis pour qu'il y ait d'une façon harmonieuse un rapport des professionnels de santé à la pratique libérale, sous des formes sans doute renouvelées, revisitées, mais pour des raisons à la fois d'équilibre éthique, pour des raisons aussi d'efficacité, je suis très réservé à l'idée d'une généralisation de la médecine salariée, sachant que la médecine salariée est par ailleurs de l'excellente médecine qui domine très largement à l'hôpital ou ailleurs. Ce n'est pas une question de qualité des soins je pense, c'est plutôt un problème d'engagement des professionnels de santé et d'efficacité du système de soins qui justifie la pluralité des formes d'exercice plus que la qualité des soins, parce que je suis persuadé que des médecins salariés exercent évidemment avec la même éthique et la même qualité que des médecins libéraux. Mais l'efficacité du système, le plaisir des professionnels de santé de s'engager dans leur profession justifient sans doute des formes d'exercice pluralistes, c'est pourquoi je pense qu'il faut que nous pensions à des parcours professionnels libéraux, parce que la forme classique de l'installation définitive dans une zone pose tout un tas de problèmes, à la fois managériaux et des problèmes aussi tout simplement d'inscription dans la vie quotidienne des familles, et cetera, qui pose tant de problèmes aujourd'hui que ce type de vision, je visse ma plaque et cetera, n'est sans doute certainement pas ce qui correspond. Donc trouver des nouvelles formes d'exercice libéral qui coexistent à côté des formes d'exercice salarial est d'autant plus nécessaire que je pense que sur la pente où nous sommes, non seulement nous irions vers une crise sanitaire importante, avec des problèmes d'accessibilité, de files d'attente et de désertification médicale plus importante à mon avis que celle qui est notée aujourd'hui par notamment les autorités ministérielles, mais en plus,

je le crois, très rapidement nous irions vers une médecine définitivement à deux vitesses, où on aurait une médecine salariée de caractère social, enfin bref, l'organisation de la santé telle que nous ne la voulons pas, c'est-à-dire une scission profonde à l'intérieur du corps médical, une grande partie des médecins organisés dans un salariat de caractère social qui irait vers un affaiblissement du niveau à la fois de la rémunération, de la qualité des soins, de la rentabilité du système, et de l'autre côté, une médecine libérale pour riches, qui sera solvabilisé y compris par des complémentaires pour une petite partie de la population, qui me semble-t-il aboutirait à un système de santé qui est l'inverse des principes du système français qui est un système universel. C'est à dire que je pense que l'objet essentiel des politiques qui doivent être mises en œuvre, qu'elles soient au niveau de la loi, au niveau des conventions médicales, au niveau des négociations avec les professionnels, au niveau de la gestion des territoires, c'est une politique qui garantit l'universalité de la prise en charge, la pluralité des modes d'exercice et la modernisation profonde des garanties d'accessibilité et de l'organisation même de l'exercice médical.

### **Claude LE PEN**

Merci Jean-Marie. Jean-Luc Prével, qui représente tous les centres – la France est un cercle avec plusieurs centres ?

### **Jean-Luc PREEL, Député de Vendée Nouveau Centre**

Merci, Monsieur Le Pen. Je ne sais pas qui vous représentez ici, mais bon. Merci de votre invitation. La santé, c'est l'une des priorités des Français, et je ne suis pas certain que cette fois-ci encore elle fasse l'objet de grands débats à l'occasion des élections présidentielles, et pourtant, elle concerne l'ensemble de nos concitoyens. A chaque élection, on dit : on va parler de la santé, et puis on en parle très peu. Le projet du centre ou des centres est basé sur deux principes essentiels, qui n'ont sans doute rien d'original : c'est de permettre l'égal accès de tous à des soins de qualité et à tarif remboursable, et responsabiliser tous les acteurs, professionnels et citoyens. Je voudrais faire une remarque préalable qui devrait intéresser les économistes de la santé, c'est que rien ne m'énerve plus que quand on parle de trou de la sécurité sociale, comme si l'on avait l'impression que les dépenses de santé se perdaient dans un trou sans fond, alors qu'en réalité, il sert à financer les professionnels de santé, le matériel, les lits, les seringues, les médicaments, et cetera. Et un autre point de vue qui me paraît également important, c'est que grâce aux soins, on fait des économies. Grâce à la vaccination, on a supprimé un certain nombre de maladies. On évite des hospitalisations, des indemnités journalières, et j'aimerais que les économistes de la santé en parlent de temps en temps, ce serait me semble-t-il un grand progrès. Il y a trois propositions majeures que je souhaite faire. La première, c'est voter la loi de financement de la sécurité sociale en équilibre, ce qui serait un réel progrès. C'est ce que j'appelle la règle d'or sociale. Certes il faut rechercher l'efficacité, mais je n'accepte pas qu'on transfère nos dépenses à nos enfants. Yves Bur devrait y être sensible. Il aurait été simple, cette année, de voter la loi de financement de la sécurité sociale en équilibre, puisqu'il devait rester 8,2 milliards non financés, il suffisait de transférer à la CADESS qui a une durée de vie jusqu'à 2024 et d'augmenter la CRDS de 0,05 %, c'est-à-dire de la passer à 0,55 %, ce qui n'était pas extraordinaire et ce qui aurait pu être

convenu par nos concitoyens, ce qui aurait permis de montrer aux agences de notation qu'on avait une loi de financement en équilibre, e qui aurait été un réel progrès. Je pense que les économistes devraient y être sensibles. Je n'ai pas été repris ni par l'UMP ni par le PS, je suis un peu étonné que ça ne les intéresse pas – vous ne l'avez pas repris en tout cas dans les débats. J'en ai parlé en commission en séance publique à de nombreuses reprises, personne ne l'a repris, la règle d'or sociale n'intéresse personne, et je suis extrêmement triste, mais j'espère qu'on pourra le faire prochainement. La Ministre Valérie Pécresse m'a dit que j'étais en avance et qu'il était trop tôt. Je pense qu'il n'est pas trop tôt pour avoir une loi en équilibre. Je ne vais pas insister plus, on y reviendra peut-être tout à l'heure si vous le souhaitez. La deuxième proposition majeure, c'est la mise en œuvre de ce qu'on appelle les ORDAM (Objectifs Régionaux de Dépenses d'Assurance Maladie), parce qu'on est revenu avec la création des ARS sur une coupure absurde d'un système de soins entre la prévention et le soin, la ville et l'hôpital, le sanitaire et le médico-social. (*inaudible*) des objectifs fléchés qui font perdurer ce qu'on avait voulu supprimer. Alors je propose des ORDAM, ce n'est pas compliqué. Roselyne Bachelot y est très favorable maintenant qu'elle n'est plus ministre ; le comité Fourcade est également favorable, bien entendu, mais il n'y aura pas de loi pour le mettre en place, et Valérie Pécresse m'a dit là aussi que c'était un peu en avance. Donc il y a deux propositions simples : une première, c'est d'expérimenter dans deux ou trois régions, ce qui ne serait sans doute pas très compliqué, une deuxième qui est toute simple, parce qu'on m'a dit que c'est compliqué, c'est de donner à chaque région l'enveloppe qu'elle a reçue l'année dernière plus 2,5 %. Quoi de plus simple ? Pourquoi on ne le fait pas, je n'ai pas de réponse encore, mais j'y tiens particulièrement. La troisième proposition, c'est de renforcer la démocratie sanitaire, en donnant du pouvoir aux conférences régionales de santé, permettant de responsabiliser tous les acteurs, car aujourd'hui, la création des ARS, à laquelle j'étais plutôt favorable, est pour moi une réforme jacobine, centralisatrice et donc déresponsabilisante. Et donc je souhaite qu'on associe tous les acteurs de la santé au niveau des conférences régionales de santé pour voir quels sont les besoins, veiller effectivement à l'adéquation offre besoins, et puis surtout contrôler la gestion, et donc en contrôlant la gestion, les professionnels de santé qui seront des acteurs seront ainsi responsabilisés. C'est en tout cas ce que je crois. Si on ne croit pas à ça, à la responsabilisation de chacun, il faut faire autre chose. Alors deux problèmes à régler parmi d'autres, ce sont les dépassements d'honoraires, parce que si on veut avoir accès à des soins à tarif remboursable, il faut régler le problème des dépassements d'honoraires. Vous savez que dans certaines régions, pour certaines spécialités, il est quasiment impossible d'avoir accès à des médecins à tarif remboursable. Le résultat, c'est qu'on fait appel aux complémentaires, on fait appel au reste à charge. Le secteur optionnel n'est pas la panacée, on y reviendra peut-être tout à l'heure, parce qu'il ne règle pas le problème du secteur un et ne règle pas le problème des spécialités cliniques, ce qui a été rapidement évoqué tout à l'heure. La seule vraie solution, c'est de mettre enfin la CCAM clinique, en revalorisant régulièrement la CCAM clinique et la CCAM technique ensuite, pour prendre en compte l'augmentation des charges. Ça permettrait théoriquement de régler le problème des dépassements d'honoraires, mais enfin on y reviendra sans doute. La répartition sur le territoire : vous avez parlé longuement de la démographie tout à l'heure, en disant que le numerus clausus n'était pas une solution. Je ne suis pas d'accord avec vous, parce que ce qui compte, ce n'est pas le nombre de médecins, mais le temps médical

disponible, parce que les médecins d'aujourd'hui ne travaillent pas comme autrefois. Je ne vais pas tout dire, parce que je n'ai que cinq minutes et Claude Le Pen est très directif comme chacun sait ; je ne voudrais pas abuser. Donc je suis favorable pour cela à un numerus clausus régional par spécialité prenant en compte les besoins des dix prochaines années, car il faut au moins dix ans pour former un médecin, des mesures incitatives, et rendre du temps médical grâce au transfert de tâches, ce qui ne plaît pas à certains syndicats médicaux mais tant pis, je crois qu'il est important d'avoir des infirmières cliniciennes demain. D'autres problèmes à régler, c'est bien sûr le soin et la santé. On l'a peu évoqué tout à l'heure, mais je crois qu'il faut effectivement développer la prévention au niveau de la santé. Je suis responsable d'un rapport qu'on rendra en janvier au titre de la MEX sur la prévention. Je crois qu'il y aura des propositions intéressantes à faire. J'espère que le CISS sera intéressé par la prévention – Monsieur Saout, je dois l'auditionner jeudi mais il ne viendra pas jeudi parce qu'il va juger semble-t-il dans le sud de la France. Et puis l'évaluation, c'est un vrai problème pour la qualité des soins. La Haute autorité de santé doit mettre en place des références. Ensuite, il faut effectivement les suivre, les évaluer, et voir comment on le fait. Il y aurait bien d'autres choses à dire, c'est dommage, on n'a que cinq minutes, mais on y reviendra tout à l'heure, notamment sur la place des libéraux dans notre pays et le problème de la formation initiale et continue qui est quelque chose d'extrêmement important également.

#### **Claude LE PEN**

Merci Jean-Luc. Oui, c'est un premier tour, après on reviendra, on approfondira chacun des thèmes. Monsieur Jean-Luc Véret, qui est responsable national santé à Europe Ecologie Les Verts.

#### **Jean-Luc VERET, Conseiller Municipal de Caen, Président de la Commission Nationale Santé Europe Ecologie - Les Verts**

Merci de votre invitation. Pour prolonger ce premier débat, si l'on veut construire un projet pour le système de santé, il faut commencer par essayer de comprendre la situation : cette idée est assez banale. La situation sanitaire est en crise, et notre regard particulier sur cette situation est que, contrairement à ce qu'on dit souvent, la crise est avant tout une crise sanitaire. La crise financière est une conséquence, mais la cause est sanitaire : c'est précisément l'explosion de l'épidémie de maladies chroniques. L'OMS a repris maintenant cette expression d'épidémie pour désigner un grand nombre de malades même s'il ne s'agit pas de maladies contagieuses. Les maladies dont il s'agit sont les cancers, qui sont devenus la première cause de mortalité dans notre pays, les maladies cardio-vasculaires, le diabète, qui a progressé à une vitesse impressionnante ces dernières années avec la surconsommation de sucre, en particulier chez les enfants, l'obésité qui l'accompagne ; c'est l'asthme et les allergies avec les problèmes de qualité de l'air ; la souffrance psychique, en particulier au travail, le suicide, qui est devenu un problème de santé publique important, les maladies neuro-dégénératives, qui sont en expansion, de l'Alzheimer au Parkinson, et cetera... Ce qui est très frappant, c'est que ces maladies chroniques sont des maladies de civilisation, c'est-à-dire des maladies qui n'existaient pas de la même manière à une autre époque dans notre société, et des maladies qui n'existent pas de la même

manière dans d'autres sociétés où les conditions de vie sont différentes. Ceci signifie, d'une façon générale, que, même si on ne connaît pas toutes les causes et tous les mécanismes, elles seraient accessibles à la prévention. Et là, se trouve un nœud qui devrait permettre une réforme du système de santé pour le rendre nettement plus efficient.

Le progrès de ces maladies chroniques est plus rapide que le progrès de la médecine et des soins. Il ne suffit donc pas de fermer les yeux et d'attendre que la situation s'arrange. Par ailleurs, l'augmentation de coût annuel des maladies chroniques est d'environ 10 milliards d'euros par an et correspond à peu près au déficit annuel de l'assurance maladie. Quand je dis qu'il s'agit d'une crise sanitaire, ce n'est pas une formule, c'est aussi une réalité économique. Cette analyse permet d'envisager d'agir sur les causes mais, en France, ce n'est pas dans les habitudes et cela bouscule les mentalités. En réalité, on n'a jamais essayé sérieusement d'agir sur les causes par la prévention. La prévention, on en parle, mais on ne la met pas en pratique. La proposition principale d'Europe Ecologie - Les Verts, est de réorienter le système de santé vers la prévention. Par prévention, je signifie prévention primaire, à différencier des dépistages, qu'on appelle aussi prévention secondaire. Les dépistages médicaux des cancers et autres maladies, ne sont pas la question d'aujourd'hui, mais j'annexerai plutôt les dépistages au budget des soins qu'au budget de la prévention primaire. Il faut appeler un chat un chat. La prévention primaire consiste à empêcher que les maladies ne surviennent, en agissant sur les causes.

Si l'on considère les causes des maladies de civilisation, en quelques mots, il s'agit en premier lieu des modes de vie, des comportements individuels et collectifs. Le danger serait de vouloir tout réglementer et de culpabiliser une population ; ce n'est donc pas simple, mais il y a bien un enjeu de mode de vie. Comment toucher aux modes de vie ? D'une façon générale, par l'éducation. Il s'agit d'une éducation émancipatrice, qui promeut l'autonomie, les libertés, le développement personnel et le développement social. L'enjeu est le changement de comportements individuels et sociaux, de mode de vie, pour les rendre plus favorables à la santé.

La deuxième grande cause des maladies de civilisation est un peu taboue dans notre pays : il s'agit des pollutions. En diminuant un peu les pollutions de l'air et de l'eau, on peut toucher plus rapidement qu'on ne le croit aux cancers. Les cancers de l'enfant augmentent d'1 % par an, et ce n'est pas le vieillissement qui l'explique. Il faut se donner des objectifs à court terme, à moyen terme et à long terme de diminuer les maladies de civilisation par la protection de l'environnement. Il s'agit donc de santé environnementale et elle consiste à connaître les pollutions, leurs conséquences et agir pour les supprimer. C'est un vaste changement de société, depuis l'agriculture jusqu'à l'industrie chimique en passant par le moteur diesel et trente-six autres sujets que vous connaissez plus ou moins et avec lesquels on est habitué à vivre, mais qui sont néanmoins tout à fait inacceptables, dans la mesure où ils sont une des grandes causes de nos cancers.

Bien sûr, le troisième pendant d'un système de santé, c'est évidemment l'accès aux soins. Nous pensons qu'il faut un trépied équilibré entre d'une part l'éducation pour la santé et la promotion

de la santé, d'autre part la santé environnementale et au travail, et l'accès aux soins qui constitue le 3ème axe.

Evidemment, l'accès aux soins reste le financement prioritaire, mais nous proposons un objectif précis d'un nouvel investissement de 1 % des dépenses de soins attribuées à la prévention primaire, hors dépistage médical, donc en éducation pour la santé et santé environnementale : cela n'a jamais été essayé. Quand je dis 1 %, tout le monde me dit, ce n'est pas beaucoup, mais les soins, c'est 170 milliards d'euros, et 1%, représentent 1,7 milliard d'euros. On n'a jamais imaginé mettre des sommes de cet ordre-là pour monter un dispositif d'éducation pour la santé et de santé environnementale. Eh bien nous pensons que le vrai défi, c'est d'oser cela : mettre en place un vrai dispositif de prévention primaire en France.

Concernant les soins, bien sûr, les enjeux sont très importants : le premier, c'est d'organiser la couverture du territoire par les soins de premier recours. Couvrir le territoire, parce qu'il y a une inégalité d'accès qui n'est pas acceptable. Les médecins sont globalement nombreux, mais dans le milieu rural, il existe des cantons dans lesquels il n'y a plus un seul médecin, ou parfois un seul, qui voudrait ralentir et qui ne peut pas, et qui va s'en aller et fermer son cabinet. Certains médecins ferment leur cabinet pour devenir médecin remplaçant pour calmer un peu leur rythme de vie quand ils approchent de soixante ans. Cet enjeu majeur s'accompagne d'un 2ème, qui est la coordination des soins. On a beaucoup parlé du dossier médical, du parcours de soins. Mais on n'a jamais essayé vraiment de coordonner les soins. Il nous semble que la coordination des soins ne peut être effectuée que par la profession qui a la vision la plus globale, c'est-à-dire la médecine générale. La médecine spécialisée est de plus en plus spécialisée et il nous semble que l'enjeu est de saisir la période de mutation actuelle pour réorganiser la médecine générale afin d'assurer les soins de santé primaire et de coordonner les soins. Comment et avec quels moyens ? C'est à négocier avec la profession. Il ne s'agit pas d'arriver en disant : « la médecine libérale c'est fini, la liberté d'installation c'est fini ». Ce serait le moyen de dresser les médecins contre nous, pour une efficacité aléatoire. Il s'agit de fixer les grands objectifs, qui ne sont pas contestables, et de négocier les modalités de mise en œuvre, mais sans se contenter de déclarations de principe.

Il s'agira aussi de défendre l'hôpital public qui est en difficulté et pour lequel on a organisé, si je peux prendre une formule très lapidaire, une concurrence déloyale avec les cliniques privées par la loi HPST, la T2A et la convergence tarifaire. On laisse à l'hôpital la mission d'accueillir les problèmes sociaux aux Urgences, qui ne sont pourtant pas faites pour ça ; on laisse à l'hôpital les hospitalisations longues et notamment les complications complexes.

Nous serons amenés aussi à organiser un travail plus collectif dans le cadre de maisons de santé, on y reviendra, je pense, dans le débat. Sera à prendre en compte aussi une réforme de la gestion vers la régionalisation. Je pense que le grand axe de la démocratisation sanitaire sera l'irruption du pouvoir des usagers, et non pas des professionnels seulement. Ce seront les usagers qui pourront faire évoluer le système de santé dans le cadre d'un débat public sur des objectifs de santé publique. Enfin, la gestion par la dette n'est pas acceptable, je partage ce point de vue.

Je conclurai simplement en disant que l'urgence est à développer la prévention primaire, que rationaliser les soins sans rationner les soins nous semble parfaitement possible, avec la volonté ferme d'assurer l'accès aux soins pour tous, pour des raisons sociales bien évidentes, mais aussi pour des raisons de santé publique, parce qu'il est montré dans beaucoup d'études de santé internationales qu'on améliore davantage la santé d'une population par les soins les plus simples accessibles à tous et orientés vers la prévention plutôt que par les soins les plus sophistiqués accessibles à quelques-uns.

## **Débat entre les professionnels et les politiques**

**Alain BEUPIN**, Généraliste, Président de l'Union Confédérale des Médecins Salariés de France, directeur d'un centre de santé

**Charline BOISSY**, Interne en médecine générale Présidente de l'ISNAR IMG

**Patrick BOUILLOT**, Endocrinologue, Vice-Président de l'URPS-Médecins Libéraux de Bourgogne, chef de projet, maison des spécialistes dans la Nièvre

**Lyse BRILLOUET** Directrice de la stratégie, Orange Healthcare

**Michel CHASSANG**, Généraliste, Président de la CSMF

**Marc GIROUD**, Anesthésiste-réanimateur, Directeur du SAMU 95, Président de SAMU de France

**Claude LEICHER**, Généraliste, Président de MG France

**Christian SAOUT** Président Le CISS

## La médecine encore libérale : quel exercice ?

### Claude LE PEN

Merci ; donc voilà les quatre présentations initiales, on va donc rentrer dans le débat, en discutant, en donnant j'espère un côté très réactif et très vivant à nos discussions. Nous avons pensé partager le débat en trois thèmes, et les interventions initiales valident en quelque sorte ce choix. Le premier thème, c'est le sens même de la médecine libérale, son organisation, son indépendance, l'exercice individuel, l'exercice collectif, l'attractivité, pourquoi aujourd'hui il y a cette fuite devant l'exercice libéral ; donc un débat autour de ces thèmes, et peut-être dans les interventions se restreindre à ça. Le deuxième débat sera plutôt sur l'accès géographique, notamment le problème de la désertification, des incitations ou des coercitions douces ou dures pour rapprocher, parce que même si aujourd'hui il y a encore quinze minutes d'accès, les gens ont un peu peur, et ce n'est pas nécessairement pertinent pour toutes les spécialités, et cetera, bon. Au contraire, il y a des inégalités entre les spécialités. Et le troisième débat, sur les formes de rémunération, le paiement à l'acte, le CAPI et le paiement à la performance, le secteur optionnel, les dépassements d'honoraires, tout ça fait un gros chapeau. Donc voilà les trois chapeaux. Pour débattre de ça, nous avons un certain nombre d'invités, des syndicalistes, Claude Leicher de MG France, Michel Chassang de la CSMF, Charline Boissy du syndicat des internes de médecine générale, Christian Saout du CISS que je salue, Marc Giroud président du SAMU Urgence de France que je salue également, Alain Beaupin qui représente le syndicat des médecins salariés, Lyse Brillouet de France Telecom Santé, et Patrick Bouillot qui anime un projet de centre de santé pluridisciplinaire, et peut-être, pour ne pas respecter l'ordre des grands institutionnels, je vais peut-être commencer par Patrick, pour demander finalement, puisqu'il est à la fois syndicaliste libéral, mais aussi promoteur d'une expérience intéressante, d'une médecine pluridisciplinaire : la médecine libérale est-elle compatible avec d'autres formes d'organisation que le *solo fee for practice* traditionnel ?

### Patrick BOUILLOT, Endocrinologue, Vice-Président de l'URPS-Médecins Libéraux de Bourgogne, chef de projet, maison des spécialistes dans la Nièvre

Je vois que les économistes ont beaucoup d'idées sur l'organisation de la santé, les politiques aussi, mais je dirais que les professionnels de santé en ont aussi, et je trouve que c'est bien qu'on les écoute de temps en temps. Il est toujours très dangereux de généraliser. On fait des études et on dit : voilà, il y a des déserts médicaux, des problèmes d'accès aux soins, et cetera. Je pense qu'il faut revenir à une réalité de terrain, et c'est toujours très difficile de généraliser et je pense qu'il y a une opportunité dans cette loi HPST, c'est la régionalisation. Sauf qu'il faudrait qu'elle soit réelle, ce qui me semble n'être pas tout à fait le cas aujourd'hui. On voit bien qu'il y a quand même beaucoup d'ordres qui viennent du Ministère aujourd'hui et c'est un peu dommage. Il faudrait vraiment donner le pouvoir à la Région et organiser les soins de façon peut-être plus

pragmatique. Pour ce qui me concerne, pour ma présence ici, c'était pour parler de ce projet de maison des spécialistes à Nevers. On est parti d'un constat, qui est qu'on est dans un département rural qui voit un vieillissement de sa population, avec une demande de soins qui s'accroît, avec une démographie des professionnels de santé, surtout des médecins, qui pose vraiment problème. On connaît tous le problème des médecins généralistes ; le problème des spécialistes est aussi tout à fait criant dans notre territoire, en sachant que si on ne fait rien aujourd'hui, on sait que dans dix ans la moitié des spécialistes libéraux de proximité auront disparu. J'insiste beaucoup sur le terme de proximité. On parle beaucoup du premier recours, des soins primaires, il est évident que c'est fondamental, mais dans la médecine de proximité, il y a aussi les médecins spécialistes libéraux qui sont là pour assurer cette médecine de proximité. Donc devant ce problème d'évolution du système de santé dans ce département, nous nous sommes posé la question de voir comment on pouvait faire quelque chose pour que ceci n'aille pas dans le mur. Donc j'étais à l'époque président de la section spécialiste de l'URML Bourgogne, qui est devenue l'URPS médecins libéraux de Bourgogne, donc je suis maintenant le vice-président, et à ce titre j'ai essayé d'initier une réflexion. Les spécialistes de la Nièvre, en particulier les spécialistes cliniciens, ont décidé de travailler sur un projet d'organisation des soins. On appelle ça maison des spécialistes ; on a un peu hésité à appeler ça maison, parce que derrière on voit toujours l'aspect immobilier. Il ne s'agit pas du tout de cela. On a pris le problème à l'envers, c'est-à-dire qu'on n'est pas parti d'un projet immobilier en disant qu'on va mettre des cabinets dans un immeuble, on est parti de l'idée qu'il fallait construire un projet médical et qu'après on verrait comment on s'organise. Donc on a construit ce projet médical, et après, on verra l'évolution. On vient de terminer l'élaboration de notre projet médical, et maintenant nous sommes sur des questions plus pratiques de recherche de subvention pour les locaux dont on a besoin. Pour être très schématique, cette maison des spécialistes aura essentiellement deux grandes vocations, c'est-à-dire une maison d'exercice certes pour ceux qui le souhaitent, c'est-à-dire que ceux qui le souhaitent pourront déplacer leur cabinet médical dans cette maison, et aussi un centre de ressources qui n'oblige pas les spécialistes à venir exercer dans cette maison, donc avec tout un tas de fonctions dans ces deux grandes vocations. L'objectif de tout cela est d'améliorer nos conditions de travail en mutualisant un certain nombre de choses, c'est sûr, également en essayant de libérer du temps médical, puisqu'on voit que ce temps médical est de plus en plus compté, se coordonner ensemble. L'autre objectif, c'est d'augmenter l'attractivité du territoire, puisque c'est un territoire qui est sous-doté, en attirant des jeunes ; derrière ça, notre objectif, c'est bien évidemment d'offrir de nouvelles conditions d'exercice aux jeunes qui pourraient être susceptibles de venir nous rejoindre, et puis derrière ça, c'est l'idée de dynamiser l'offre de soins. On a un projet qui est en fait à géométrie variable, c'est-à-dire que chacun pourra adhérer à ce projet de la façon dont il veut et peut exercer dans la maison de spécialistes et puis profiter du centre de ressources, il peut aussi n'y exercer qu'à temps partiel, et puis il peut aussi simplement profiter du centre de ressources. Ce centre de ressources, c'est des moyens qui sont mis à la disposition du médecin pour coordonner les soins, je pense à la télémédecine, je pense à toutes les technologies dont on peut bénéficier aujourd'hui.

## **Claude LE PEN**

Merci Patrick ; l'idée, c'était de montrer qu'y compris du côté des spécialistes libéraux, les choses bougent, les choses changent, les choses avancent. Michel, ta réaction à l'ensemble de ce premier tour de débat, centrée sur le médecin libéral, son identité, sa crise, son futur. On prendra après le problème de la rémunération et celui de la désertification.

## **Michel CHASSANG, généraliste, Président de la CSMF**

Merci de m'avoir invité ; je salue mon voisin de droite, qui montre que des expériences sont menées et qu'il y a des initiatives venant du terrain qui sont intéressantes. Quand j'écoutais tout à l'heure en particulier ce qu'a dit Madame Dormont et que je comparais en particulier avec mon métier, moi qui rencontre très souvent au quotidien les médecins de terrain, je me dis qu'il existe vraiment un fossé extrêmement prononcé. Je vous invite vraiment à écouter les médecins et à savoir ce qu'ils pensent parce que vous ne ferez pas de médecine sans médecins et vous ne construirez pas de système de santé sans eux. Ça, c'est la première des réflexions. La deuxième, quand j'écoute, je me demande s'il est encore bien opportun et bien utile de maintenir un système de médecine libérale. La question est posée. Je pense que si la médecine libérale est un vrai problème, il faut que les politiques décident de la supprimer, la médecine libérale, en tout cas de la restreindre au maximum. D'autres pays ont eu le courage de le faire, parce qu'il est toujours compliqué effectivement d'allier un système de médecine libérale avec un financement socialisé. On le voit bien chaque jour. Mais n'oubliez pas le danger : je suis parfaitement d'accord avec ce qu'a dit Jean-Marie Le Guen tout à l'heure, à trop vouloir socialiser la santé, à trop vouloir l'organiser uniquement sous ce versant-là, vous prenez le risque *ipso facto* de créer une médecine à deux, trois, quatre vitesses de façon automatique. D'ailleurs, ça existe déjà, puisqu'il y a un certain nombre de praticiens qui ne sont plus conventionnés avec l'assurance maladie. Ça existe, et le risque, c'est que ça devienne de plus en plus important, c'est-à-dire qu'il y ait une fraction non négligeable du corps médical qui sorte purement et simplement du système. D'ailleurs, quand certains ont des dépassements aussi importants que ceux pratiqués dans certaines zones, on voit bien que l'intérêt pour eux d'être conventionnés est de plus en plus restreint. Alors ça, c'est la première des questions, faut-il ou pas maintenir un système libéral avec un financement socialisé, moi je réponds oui, mais le débat est ouvert, et c'est un vrai débat. Il faut arrêter de tourner autour du pot, et à un moment donné, il faut dire les choses. Il faut dire clairement : on veut orienter notre système de santé vers autre chose.

Deuxièmement, si on pense qu'il faut maintenir un système de médecine libérale, il faut dire quels moyens on est prêt à mettre sur la table, quel programme, comment s'y prendre et que faire. Je ne suis pas chargé d'un programme politique, mais je fais simplement un programme de réformes du système de santé telles que le veulent les professionnels, en tout cas ceux que je représente. En premier lieu, il faut opérer un transfert massif vers l'ambulatoire. Aujourd'hui, il y a incontestablement un hospitalocentrisme qui est trop important. Là aussi, il faut savoir ce que l'on

veut. Ou on veut maintenir l'hôpital ouvert en tout temps et en tout lieu et à tout le monde, et faire en sorte que tout le monde se rende à l'hôpital pour un oui ou pour un non, ou l'on veut que la médecine en amont et en aval de l'hôpital joue tout son rôle. Et là se pose incontestablement et tout de suite le problème des moyens et de l'ONDAM. Vous me permettez de constater qu'aujourd'hui on est loin du compte. J'observe que le plan de rigueur durable dans lequel nous nous sommes inscrits récemment, avec des ONDAM qui passent de 2,8 à 2,5 se font avec la variable d'ajustement de la ville, puisque sur les 500 millions d'euros d'économies, il y a 400 millions pris sur l'ONDAM de ville. Et j'observe qu'au fil des plans de financement successifs, le périmètre de la médecine ambulatoire, de la médecine de ville, et donc de la médecine libérale se restreint. Le problème est de savoir jusqu'où on va aller. C'est à dire que si on continue à raisonner à périmètre constant ou à périmètre régressif ce qui est encore pire, alors que les besoins de santé augmentent, et si on considère que finalement on rogne sur la médecine libérale, sur la médecine ambulatoire chaque jour davantage, il ne faudra pas s'étonner finalement que celle-ci, à plus ou moins long terme, disparaisse. Je parle de la médecine libérale conventionnée, je parle de la médecine traditionnelle.. Deuxièmement, vous avez parlé de diversification des modes de rémunération. Vous avez même avancé des chiffres. J'ai entendu trois quarts de capitation, un quart de paiement à l'acte. Moi je vais vous dire deux choses. Oui, il faut aller vers une diversification des modes de rémunération, c'est d'ailleurs ce qu'on a mis en place. On peut déjà dire, avant même qu'elle soit réellement mise en place, que ce n'est pas suffisant, mais de grâce mettons-la d'abord en place. On a déjà inscrit notamment une rémunération forfaitaire des médecins traitants, mais pas seulement, de tous les médecins spécialistes, via un paiement dit à la performance, à la qualité, à l'amélioration de la qualité. Finalement, d'ores et déjà les médecins perçoivent, tous, même les spécialistes, une part forfaitaire dans leur rémunération, et qui n'est pas liée à l'activité. Je rappelle également qu'il existe un paiement forfaitaire pour assurer un certain nombre de mission, la mission de médecin traitant par exemple, mais aussi la mission de la permanence des soins, aussi bien en ambulatoire qu'en clinique pour les médecins spécialistes. Ça existe. Il y a aujourd'hui un paiement forfaitaire qui désormais représente grosso modo entre 15 et 20 % de la rémunération des professionnels. Ce n'est peut-être pas suffisant, mais ce n'est pas encore mis en place. Je sais que tu vas me couper la parole...

### **Claude LE PEN**

Je ne vais pas te couper la parole, mais on dira ça...

### **Michel CHASSANG**

Je ne développe pas, je ne fais que les citer.

### **Michel CHASSANG**

Laissez-nous nous exprimer. Au moins, ne nous enlevez pas la parole. Merci. Alors, il faut diversifier les modes de rémunération et pour l'acte, non seulement il ne faut pas la disparition du paiement à l'acte, mais il faut le développer, mais il faut le faire autrement, c'est-à-dire qu'il faut mettre en place une véritable nomenclature notamment des consultations, pour qu'on passe plus de temps avec nos patients et que le temps médical soit favorisé au détriment de la quantité et du nombre d'actes. Là, on est dans du qualitatif, il faut travailler dans cette direction. Troisièmement, il faut favoriser le regroupement, oui, mais en n'oubliant pas une chose, il y a là aussi deux façons de voir les choses : ou on favorise un regroupement selon le modèle traditionnel abandonné dans notre pays – on peut y revenir – de dispensaire ; on crée des points multiples, étatisés, que l'Etat crée, ça n'a rien de péjoratif, et ça existe aussi dans d'autres pays, ou le regroupement est impulsé selon un mode libéral, en stimulant la culture d'entreprise médicale. Moi je pense qu'à partir du moment où on est dans un exercice libéral, il faut développer la logique d'entreprise dans les cabinets médicaux. Et la logique d'entreprise, c'est assez incompatible avec le manque de visibilité, ça veut dire qu'il faut avoir des règles claires pour le financement et pour le fonctionnement du cabinet. Au plan démographie, très rapidement : vous passez sous silence

### **Christine Roullière-le lidec**

Pardon, j'ai vraiment un rôle de cerbère, mais pour qu'on puisse vous entendre à nouveau au cours de la matinée...

### **Michel CHASSANG**

Si vous avez pris du retard, finissez sans moi, ce n'est pas la peine de continuer. Mais si vous attendez un peu, j'ai pratiquement fini. Je ne fais que les citer. Je disais que vous avez oublié d'évoquer une mutation sociologique très forte du corps médical, et notamment chez les jeunes. Personne n'en a parlé. Je suis prêt à en parler si ça vous intéresse. Le problème des dépassements, je ne sais pas régler ce sujet sans investir, ça veut dire qu'on ne peut pas refuser d'investir sur les honoraires opposables et vouloir dans le même temps lutter contre les dépassements. Et enfin, à propos du transfert de tâches, c'est un terme qui est parfaitement impropre, car cela n'existe pas. Les tâches et les compétences, elles s'acquièrent, elles ne se transfèrent pas de l'un à l'autre. On peut cependant coopérer au sein d'un même cabinet, on peut travailler ensemble, et c'est cela qu'il faut développer dans un esprit libéral, et pas l'inverse. Oui, il faut développer la prévention, parce qu'aujourd'hui la prévention est le parent pauvre de notre système de santé et particulièrement de l'exercice libéral.

## **Claude LE PEN**

Merci, Michel. Excuse-nous, mais l'idée, c'était plutôt cette première table ronde autour de l'idée que tu as développée d'ailleurs : veut-on ou pas en France une médecine libérale ? J'ai entendu beaucoup de gens dire que la mixité de l'exercice salarié et libéral est un atout. On posera la question. Est-ce que vous êtes d'accord, les partis politiques, avec cette idée, et donc dans ce cas-là, il faut effectivement se donner les moyens d'avoir une médecine libérale, parce que la contrainte économique conduit effectivement, par la recherche d'efficacité et d'organisation d'efficience, à restreindre un petit peu ces libertés qui apparaissent comme des postes de coûts. Et puis deuxième question, si on maintient l'exercice libéral, sous quelle forme ? L'idée d'entreprise libérale est un terme qui est intéressant, qui peut concilier la mixité de l'exercice avec un peu plus d'efficience, voilà un petit peu les thèmes sur lesquels on voulait centrer ce premier débat.

## **Claude LEICHER, généraliste, Président de MG France**

Je n'ai pas entendu les propos de Madame Dormont, mais je pense connaître à peu près leur tonalité, et mon voisin a bien voulu me faire lire ses notes. Je dois dire que je lis avec beaucoup d'intérêt ce que vous dites, ce que dit Gérard de Pourville, ce que dit Didier Tabuteau, et tous ces gens qui étudient avec des données scientifiques, factuelles, et cetera. On ne peut pas remettre en cause ou balayer leurs propos comme ça, en disant simplement qu'on n'est pas d'accord. Ce sont des propos d'observation de niveau scientifique qui doivent guider un certain nombre de décisions que nous prenons, sachant que je dirais que les systèmes de santé ne sont pas faits pour les professionnels, ils sont faits pour des objectifs de santé, ils sont faits pour l'accès aux soins de la population. Je dirais que ce qui m'intéresse quand j'entends les jeunes parler de notre mode d'exercice, c'est qu'ils disent : peu importe le mode d'exercice que vous avez, peu importent les modes de rémunération, peu importe le caractère libéral ou pas, ce qui nous intéresse d'abord, c'est de savoir quels sont les objectifs qu'on nous demande de faire, comment on va le faire et notamment cette notion de travail en équipe est une notion fondamentale aujourd'hui. On ne peut pas parler de l'exercice libéral sans remonter un peu en arrière : Révolution Française, fin du dix-neuvième, officiers de santé, médecins libéraux, lois sociales. La première confrontation entre l'exercice libéral et le système de santé français, ça a été la confrontation violente avec des libéraux qui estimaient que les lois sociales allaient remettre en cause leur exercice libéral. On voit bien que l'histoire a montré que c'est exactement l'inverse qui s'est produit et que les lois sociales ont favorisé l'émergence de l'exercice libéral, et je dirais, l'amélioration des revenus des gens qui sont en exercice libéral. Pour autant, est-ce que l'exercice libéral n'a pas évolué pour arriver à cette rencontre constructive ? Oui. Est-ce qu'aujourd'hui un médecin libéral demande ce qu'il veut, fait ce qu'il veut, prescrit ce qu'il veut ? Non. Autrement dit, l'exercice libéral ne peut s'exercer que dans un champ qui certes se rétrécit, mais qui n'est pas un champ nul. Si moi, par exemple, je crée des maisons de santé pluridisciplinaires au début des années 2000, si on crée les maisons médicales de garde à la fin des années 90, si on développe

l'idée qu'il faut séparer la régulation de la permanence des soins et la régulation de l'aide médicale urgent – c'est un clin d'œil à notre voisin Marc Giroud qui est présent ici et qui est président du SAMU de France – c'est parce que je suis médecin libéral. Autrement dit, je n'ai pas un patron à qui je demande la permission. J'ai des idées, je fais, comme mon voisin a créé des maisons de spécialistes parce qu'il nous a vu créer des maisons de soins pluriprofessionnelles et qu'à juste titre ils se sont dit : pourquoi pas aussi les autres spécialités ? Sachant que nous, les maisons de santé pluriprofessionnelles sont des maisons de santé d'exercice essentiellement libéral, mais après tout, si là-dedans il y en a quelques-uns qui sont salariés ou qui sont payés autrement, ce n'est pas ça qui est important. Ce qui est important, c'est de pouvoir développer des outils, développer des stratégies, rencontrer des objectifs qui sont les objectifs de la société dans un cadre économique qui est on va dire contraint ; mais quand même, on a parlé de 170 milliards, ça c'est la consommation de soins et biens médicaux, mais la dépense de santé totale en France, c'est 235 milliards d'euros. On peut faire un peu quelque chose avec 235 milliards d'euros, me semble-t-il. Et dans cet espace, les initiatives, pourvu qu'elles rencontrent des objectifs que se donne la société, elles sont tout à fait possibles. Je pense même aujourd'hui qu'on va plutôt vers un système de santé qui a développé une rémunération à l'acte à l'hôpital aussi, avec la T2A, dont on voit bien la polémique qu'elle suscite au sein de l'hôpital, et pourtant, me semble-t-il, elle était absolument et elle restera nécessaire, parce que si on ne s'attache pas à décrire ce que l'on fait, si on s'attache juste à demander un budget sans dire ce qu'on fait de ce budget, ce n'est pas tenable dans une société, même riche comme nous le sommes encore, même si nous sommes passés d'une société riche à une société endettée et qui doit commencer à payer ses dettes. J'aurais quelques réactions à faire sur ce qui a été dit par les politiques. D'abord, dire qu'on doit voter des lois en équilibre, ça me semble le b-aba d'une vie sociale. On devrait gérer le système de santé en bon père de famille comme on dit, c'est-à-dire qu'un bon père de famille peut s'endetter, mais sa banque lui dit : attention, vous allez dépasser 30 % d'endettement, je ne vous prête pas au-delà. Je vous signale que la France est endettée à pas loin de 90% à la fin de l'année. Donc je serais le prêteur pour la France, je dirais : je ne vous prête plus. Je ne dirais pas : je fais monter les taux d'intérêt. Je dirais : je ne vous prête plus. Commencez donc par rembourser vos dettes. Autrement dit, que les politiques qui parfois donnent des leçons aux médecins, ce qui est tout à fait normal, soient aussi raisonnables que ce qu'ils nous demandent d'être et qu'ils nous votent des lois en équilibre, oui, c'est tout à fait certain. Deuxièmement, il y a un tas de problèmes qui n'ont pas été abordés – je m'excuse, je n'ai pas entendu les premiers propos. Très certainement, quand on construit quelque chose, il faut commencer par penser à l'organisation. On est toujours en train de parler de la qualité des soins, de l'hétérogénéité des pratiques, et cetera, mais on ne regarde pas suffisamment quelle est l'organisation qu'on a mise en place. Quand vous aviez deux ou trois possibilités thérapeutiques, il fallait faire naître des bébés dans des conditions à peu près correctes, on pouvait faire des accouchements à domicile, on pouvait donner ou ne pas donner d'antibiotiques, on avait un choix quasiment binaire. Aujourd'hui, les choix que nous devons exercer, et en particulier nous les médecins de premier recours en médecine générale sont des choix d'une grande complexité. Et compliqué, ce n'est pas comme complexe. Complexe, c'est quelque chose où on a beaucoup de choix à exercer. Je dirais aux politiques, mais ils le font depuis 2002, il faut d'abord penser à l'organisation. Et ensuite, il faut

mixer l'organisation avec de objectifs de santé publique, et c'est ce que nous essayons de faire dans la convention dont Michel Chassang a parlé tout à l'heure. Et enfin, il faut intégrer, et ça c'est l'OMS qui le dit, dans un système les soins, la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé ; je dis volontairement éducation à la santé et pas éducation thérapeutique, parce que l'éducation à la santé, mon voisin en a parlé, c'est un élément extrêmement important. Les Anglais s'occupent de consommation de tabac depuis vingt-cinq ans : c'est un des seuls pays modernes au monde où la mortalité par cancer du poumon baisse chez les hommes et chez les femmes, tandis qu'en France, la consommation baisse chez les hommes, mais elle augmente chez les femmes.

### **Claude LE PEN**

Charline Boissy, vous êtes jeune interne, syndicaliste. Premièrement, allez-vous vous installer en ville ? Deux, pourquoi vos collègues, confrères, rechignent à le faire, puisqu'on voit dans les statistiques que moins de 10% s'installent et même dans certaines régions c'est moins ? Alors y a-t-il un problème chez les jeunes médecins vis-à-vis de l'exercice libéral ?

### **Charline BOISSY, interne en médecine générale Présidente de l'ISNAR IMG**

Il y a probablement un problème de lisibilité d'abord. Je voudrais juste faire un petit bémol par rapport aux chiffres qui ont été donnés par le CNOM sur l'installation : les chiffres du CNOM, ce sont les chiffres de la première inscription à l'Ordre. Or on sait très bien que maintenant, à l'heure actuelle, un interne qui sort de son cursus n'a pas fait sa thèse, le plus souvent la fait pendant ses premières années de remplacement, et donc commence par remplacer. La première inscription à l'Ordre, c'est souvent du remplacement, mais ça ne veut pas dire que ces gens-là ne s'inscriront pas. Donc les 10 % du CNOM sont quand même à moduler dans ce sens. Après, oui, effectivement, un problème d'attractivité, probablement. L'impression qu'on a, nous, jeunes, c'est qu'il y a vraiment des modifications d'exercice. On a fait une enquête auprès des internes en janvier dernier qui mettaient en avant que les internes souhaitaient une diversification de leur activité, une diversification de leur rémunération, un travail en coopération. L'exercice, que ce soit en salariat ou en libéral, n'était pas vraiment la priorité, ça a déjà été dit. Ce qui se passe aujourd'hui, c'est qu'on a des maisons de santé qui sont en train de se développer, des pôles de santé, qui en fait donnent un paysage assez diversifié de la possibilité d'exercice qu'on pourra avoir, mais tout ça n'est pas vraiment lisible lors de nos études. On le découvre après, quand on remplace ou alors quand on fait du syndicalisme, là on s'en rend compte un petit peu plus. Donc ce qui se passe, c'est vraiment qu'il n'y a pas d'attractivité pour la médecine générale, en tout cas pour l'ambulatoire, dans nos études. Cela commence au deuxième cycle, quand on sait que depuis 1997 tous les externes doivent avoir accès à un stage chez le médecin généralistes, il y a à peu près 30 % d'une cohorte qui y a accès, et après, c'est très variable d'une faculté à l'autre. Ça, c'est déjà un problème, puisque à l'arrivé à l'examen classant national, une grande majorité des gens qui choisissent la médecine générale, la choisissent sans réellement savoir ce qu'ils choisissent. En revanche, il y a de plus en plus de personnes qui le choisissent en sachant, avec le développement de ce stage ambulatoire, et on se rend compte que le choix par défaut ou le refus de choix de la médecine générale est de moins en moins important dans les quelques années qui se sont

écoulées. On est donc quand même vers une amélioration. Ensuite, il y a au moment de notre internat, où on a quand on est interne en médecine générale un stage obligatoire en ambulatoire et possibilité d'en faire jusqu'à deux ou trois. Pendant notre troisième cycle, on nous parle très peu de coopération, on ne sait pas du tout les champs de compétences des autres professionnels avec qui on va être amenés à travailler par la suite, et on ne sait même pas réellement tous les modes d'exercice qu'on peut avoir, que ce soit en maison de santé, ou les pôles, ou les centres de santé, et cetera, on en a déjà parlé. Ce qui se passe, c'est qu'on a une formation qui est très cloisonnée. Nous, en tant que représentants, on discute avec les représentants des autres structures. Par exemple, les sages-femmes, on a pu réfléchir à comment prendre en charge une femme dans sa globalité en associant les sages-femmes et les médecins. On n'est plus du tout, dans notre esprit de futur médecin, dans une situation où chacun a sa compétence et où on travaille ensemble, mais en restant bien sur nos champs de compétence. On a vraiment une volonté de prendre en charge le patient en partageant les compétences. Donc ça, c'est une chose importante. Ensuite, je voulais revenir sur les maisons de santé pluriprofessionnelles qui paraissent être la solution. C'est la solution à partir du moment où elles sont portées par des professionnels. Le problème des maisons de santé par rapport à la population générale, c'est qu'il ne peut pas y avoir une maison de santé dans chaque ville ou dans chaque village, là où il y avait un cabinet d'un ou deux médecins dans chaque ville ou chaque village. Le regroupement induit forcément, en termes de géographie, qu'il y aura des clochers sans médecin. Est-ce que c'est réellement un problème, parce qu'on se rend compte que quand on réunit des professionnels, on augmente la qualité des soins et l'efficacité du soin. C'est encore une remarque que je fais, c'est que vraiment, quand on regarde les modèles actuels de médecins qui se regroupent, on se retrouve avec des médecins qui s'organisent au sein de la maison de la santé par exemple, pour un médecin qui fait toutes les urgences. Chaque jour, chacun son créneau, mais il voit toutes les urgences de ses collègues. Pendant ce temps-là, les collègues font leurs consultations de suivi pour les maladies chroniques pour le renouvellement, pour le dépistage, pour la prévention, pour tout ce qui est le cœur de métier des soins primaires finalement. Et pour tout ce qui est tâches administratives, il y a des professionnels qui gèrent ça et le médecin a un temps médical qui est dégagé. Oui, effectivement, on a une volonté de travailler moins, mais on a une volonté d'avoir un temps médical optimisé avec très peu d'administratif. L'idée, c'est vraiment que notre exercice futur coordonne tout pour nous permettre d'avoir un équilibre entre notre qualité de vie, puisqu'on a quand même un souhait de vie qui est prépondérant, et une qualité d'exercice professionnel pour pouvoir répondre aux besoins de la population.

## **Claude LE PEN**

Merci. Effectivement, j'ai toujours été un peu troublé. Je pense que le cabinet de groupe correspond à une évolution de la médecine elle-même, ce que vous dites très bien, mais pas tellement à un problème de régionalisation, de diversification, parce que si on regroupe les médecins, forcément, il y en aura moins dans les endroits où ils étaient avant plus disséminés.

Donc on a mélangé deux choses, l'évolution des pratiques vers plus d'interaction, et cetera, avec le problème de géographie qui sont deux choses différentes. Effectivement, il n'y aura pas de maison de santé dans tous les virages, mais ça va un peu accroître la distance. On y reviendra dans le débat. Je vais terminer ce premier tour de réaction par Christian Saout et le point de vue des patients. C'est vrai que la médecine libérale est sous tension, qu'il y a tout un ensemble de choses qui l'amène à se reconsidérer ; c'est vrai que c'est un choix fondamental, savoir si on veut maintenir un exercice libéral, des spécialistes libéraux, le libre choix du médecin, l'accès choisi de deux côtés. Est-ce que les patients sont attachés à ce modèle, voient avec regret son effacement, ou est-ce que ce n'est pas le problème à ton sens ?

### **Christian SAOUT Président Le CISS**

Il me semble que pour nous, ça n'est pas le problème. Ce que les patients veulent, c'est trouver un médecin et avoir un contenu de la relation médicale qui soit celui qui a été décrit, optimal, juste, précautionneux, accessible, à tarif opposable. C'est ça, le sujet des patients, ce n'est pas de savoir si on l'exerce en libéral ou pas en libéral. De ce point de vue-là, je n'ai pas grand-chose de plus à dire et je restituerai avec plaisir mon temps à Michel Chassang à qui je n'ai pas fait de cadeau depuis longtemps. On n'a rien à dire là-dessus. Après, est-ce qu'à l'intérieur de cet exercice libéral, il y a des conditions qui sont plus favorables ? On voit bien que ça tient à l'organisation, quand c'est du libéral organisé en forme de maison de santé pluridisciplinaire ou en forme de centre de soins, on a évidemment une approche pluridisciplinaire qui peut être plus intéressante et probablement source d'amélioration de la qualité des pratiques et des réponses.

### **Claude LE PEN**

Tout le monde parlera, mais là, je voudrais peut-être donner un peu la parole à la salle, s'il y a des questions sur ce premier thème, du devenir de la médecine libérale en tant que telle, éventuellement même nos interlocuteurs dits politiques, qui peuvent réagir à ce qui a été dit par les professionnels. |

### **De la salle**

C'est une question pour Madame Dormont sur la philosophie générale de la médecine libérale. On a l'air de penser que le patient, au nom du libre choix du médecin, peut en changer tous les trois jours. Or il y a eu une réforme dont on sous-estime l'effet, qui est celle du choix du médecin traitant, et 90 ou 95% des Français ont choisi un médecin traitant. Autrement dit, changer de médecin traitant, c'est se signaler à sa caisse de sécurité sociale et en général, ça peut entraîner quelques conséquences négatives quand on cumule les indemnités journalières ; donc je pense que l'idée que le malade choisit son médecin tous les jours, c'est depuis le médecin traitant une fausse idée et que justement, c'est une réforme importante.

### **Claude LE PEN**

Je crois même que c'était une fausse idée un peu avant.

### **Brigitte DORMONT**

Je suis tout à fait d'accord avec vous. J'ai cité la réforme du médecin traitant comme étant une des réformes qui montrent que le modèle libéral commence à être sérieusement égratigné de partout. Cela dit, en France, elle est remarquable, cette réforme, puisqu'elle est extrêmement peu contraignante. Aux Etats-Unis, c'est extrêmement plus contraignant, les gens ne peuvent pas changer de médecin à l'intérieur de la même assurance. Ils doivent changer d'assurance, et c'est un obstacle à changer d'assurance que le fait qu'on devra changer de médecin. En France, ça montre bien la place de la médecine libérale. Le médecin traitant, qui est un élément très important même de qualité des soins a été introduit sur un mode extrêmement doux.

### **Claude LE PEN**

Ce n'est pas général, aux Etats-Unis, c'est dans le système Managed Care, c'est quand même une partie de la population assez restreinte. Jean-Luc Véret, vous vouliez dire quelque chose.

### **Jean-Luc VERET**

Quand on parle de médecine libérale, souvent, on prend les choses de façon très idéologique. Les principes qui régissent la médecine libérale sont extrêmement différents les uns des autres. Si on parle de liberté de choix du médecin par le patient, je crois qu'il y a consensus dans la société française pour dire que c'est une bonne chose que le malade puisse choisir son médecin. Même avec la formule du médecin traitant, on peut continuer à choisir son médecin, tout le monde pense que c'est souhaitable et ce n'est pas un grand problème social. En revanche, si on prend comme principe de médecine libérale la liberté de fixation des honoraires par le médecin, ça fait longtemps que c'est fini. On ne peut plus répondre par oui ou non à la question de la médecine libérale. La médecine est contractualisée, je crois dans l'intérêt des deux parties. Les médecins ne disent pas qu'ils ont été très défavorisés depuis qu'il existe une sécurité sociale. Les patients ont gagné en accès aux soins même s'il y a un recul de l'accès aux soins aujourd'hui. La contractualisation avec la sécurité sociale n'a pas été une mauvaise chose ni pour les uns, ni pour les autres. Il reste des problèmes, c'est certain, en particulier concernant les rémunérations, on y reviendra peut-être. Mais il faut aujourd'hui définir la médecine à partir d'objectifs de santé publique. Ce n'est plus la question du libéralisme qui est en jeu, c'est la question des objectifs de santé publique et des nouvelles missions des médecins. Le suivi des dossiers, la synthèse des avis spécialisés, là est la vraie question. Personne ne fait la synthèse des avis spécialisés, d'où une surconsommation d'examens complémentaires. Une vraie mission de coordination de soins, un travail en relation avec les équipes de travailleurs sociaux ou de services à la personne... L'enjeu, est le mode d'exercice, les nouvelles missions, et je parlerai de « mission de service public des soins de premier recours », de « mission de service public de la médecine générale », sans préjuger du mode d'exercice ou de rémunération qui sont des problèmes secondaires. Le problème de fond est d'assurer une coordination des soins qui permettrait de maîtriser un peu plus le système, tout en rendant un bon service de santé à la population, de participer aussi aux actions de prévention,.

## De la salle

Je suis médecin généraliste dans le quinzième à Paris, et je pense qu'il y a un point vraiment important, c'est le point de la formation en ambulatoire. En fait, je pense que si vraiment on arrive à mettre pas mal de moyens sur le fait de ne pas nous former uniquement à l'hôpital, dans un contexte qui fait que le médecin, dans la base de sa formation, apprend à raisonner en termes hospitaliers, avec une coopération qui est hospitalière, et cetera, mais à beaucoup plus de formation en ambulatoire, aux pathologies ambulatoires, à la pathologie de tous les jours, à la fois pour les spécialistes et les généralistes, ce serait vraiment un moyen aussi de changer la mentalité des médecins et la façon de voir leur métier et de développer justement la coopération entre l'université, la science et le secteur ambulatoire et libéral. Je pense que ça, c'est vraiment un point qui ferait qu'on pourrait changer de registre, de logiciel en fait. La médecine ambulatoire peut aussi être universitaire, et à mon avis, il faut mettre beaucoup de moyens là-dessus.

## Claude LE PEN

Oui, et c'est un thème, c'est-à-dire que la médecine libérale est un peu tuée à l'origine par le système d'enseignement. Jean-Luc, Claude ?

## Un intervenant

Bien sûr, le thème, c'est cette question, est-ce que la médecine doit encore rester libérale en ambulatoire ? La réponse est oui parce qu'on n'a pas le droit de dire non, parce que sinon ça serait un vrai problème. Cependant, est-elle encore libérale ? Quand Madame Dormont a expliqué tout à l'heure ce que c'était, la liberté de choix, la liberté d'installation, et cetera, à un moment donnée, même le patient a du mal à choisir. Dans mon secteur, je suis interpellé de temps en temps, parce qu'avec le système de médecin traitant, il y a des médecins qui n'acceptent plus de nouveaux patients sur leur liste, et je connais des endroits où effectivement, les malades sont inquiets parce qu'ils n'arrivent plus à trouver de médecin traitant. Donc y a-t-il la liberté de choix du patient pour son médecin, je pense que ça commence à devenir un vrai problème. La liberté de prescription, ça a été dit par Monsieur Leicher tout à l'heure, je crois qu'aujourd'hui, avec les référentiels, c'est une bonne chose, reste à savoir s'ils sont appliqués, mais le médecin n'a plus le droit. Et avec aujourd'hui la performance, où on vous oblige notamment à prescrire des génériques en pourcentage, est-ce qu'il y a une vraie liberté de prescription ? Donc il y a des vrais problèmes aujourd'hui, qu'est-ce qu'on entend par médecine libérale aujourd'hui ? L'important pour moi, c'est d'avoir une médecine ambulatoire à laquelle le patient puisse avoir accès et à tarif remboursable sur l'ensemble du territoire avec un maillage. C'est intéressant ce qui vient d'être dit tout de suite, parce que je défends le principe des stages obligatoires chez le médecin en ville et à la campagne, parce qu'un étudiant parisien ne sait pas forcément aujourd'hui ce que c'est qu'exercer à la campagne, et s'il a un bon maître de stage, peut-être qu'il va découvrir l'intérêt de la médecine en ville. Ce qui me paraît très important aussi, c'est qu'on ira sans doute vers des

maisons de santé ; effectivement, dans la coopération, c'est important, il faut que ça parte d'un projet médical. S'il n'y a pas de projet médical, ça ne marchera pas. Et si on veut un projet médical comme on veut travailler à plusieurs, il n'y en aura pas dans toutes les communes et ça posera le problème de l'accès. Moi, j'appelais ça une maison médicale cantonale, ou deux par canton, parce que finalement le canton, ça n'est pas très éloigné, mais ça pose le problème des officines, parce que bien évidemment, quand il n'y aura plus de médecin dans une commune, l'officine, qu'on donne aujourd'hui en exemple pour le maillage du territoire, ça pose également le problème des officines.

### **Claude LE PEN**

Les gens achètent leurs médicaments dans le voisinage du lieu de prescription, c'est quelque chose qu'on connaît bien dans la répartition des officines, donc on ne peut pas penser que l'officine sera une contrepartie de la désertification. L'officine va accompagner le mouvement, d'ailleurs, ça diminue autant que le nombre de médecins, enfin pas autant, mais presque.

### **Claude LEICHER**

Pour revenir sur notre sujet de cette partie de la table ronde qui est l'exercice libéral, l'encadrement de la liberté de prescription par exemple n'est pas un encadrement, mais un consensus professionnel sur ce qu'il vaut mieux faire. L'organisation de la régulation des appels d'urgence, ça ne sera fait pas comme ça parce que quelqu'un a envie de faire quelque chose. Il y a des moyens, il y a des objectifs, et cetera, et donc on est obligé de se mettre d'accord. Ça s'appelle les lois sociales, les lois de fonctionnement social, de façon à pouvoir travailler. Qu'est-ce qu'il reste du caractère strictement libéral de notre exercice ? C'est la responsabilité individuelle : je suis responsable de la totalité de ce que je fais, que je dis et que je prescris, et deuxièmement, j'assume la totalité de mon investissement professionnel, autrement dit, mon mode de rémunération, qu'il soit salarié, à l'acte, au forfait ou à la performance, cette rémunération me sert à payer la totalité des charges dont je suis redevable au titre de mon outil professionnel, au titre de mes charges professionnelles et au titre de ma protection sociale professionnelle. Par exemple, les jeunes médecins ne savent pas, avant de rentrer dans ce métier, que nous n'avons aucune indemnité journalière avant quatre-vingt-dix-jours et que si on veut une couverture, il faut se la payer. Je ne me plains pas de cette situation, je m'adapte à cette situation. Mais ça veut dire aussi que si on dit que l'exercice libéral doit se faire à tarif opposable, si on met des charges supplémentaires sur les médecins qui exercent en tarif opposable, si je construis une maison de santé, je le fais sur le budget qui est celui de ma rémunération, parce que moi je n'ai demandé aucune subvention, j'ai créé une maison de santé qui fait 450 mètres carrés avec zéro euros de subvention, et nous payons tous, médecin, infirmière, orthophoniste, diététicienne, kiné, dentiste, et cetera, la totalité de notre investissement. Donc la risque patrimonial pris dans cette affaire-là ne donne pas du tout lieu à une surrémunération du tout. Autrement dit, on est arrivé aujourd'hui à la croisée des chemins, l'exercice libéral qui prend de risques, c'est un exercice libéral qui est moins bien rémunéré qu'un exercice libéral qui ne prend aucun risque. Il faut donc réfléchir en termes conceptuels à cette affaire.

### **Claude LE PEN**

C'est effectivement un paradoxe.

### **De la salle**

Je suis médecin et je suis gynécologue en ville, après avoir fait beaucoup d'hôpital. Je voulais savoir ce que les politiques prévoient dans les modifications des études de médecine pour que ce ne soit pas tout fait à l'hôpital ; car comment voulez-vous, quand on sort de l'hôpital, de dix ans d'études hospitalières, savoir ce qui se passe en médecine de ville, pas sur le plan strictement de la rémunération, mais de simplement ce que c'est une médecine de ville. Nos professeurs sont tous des hospitaliers, sauf quelques exceptions de médecine générale dans certains CHU. Quelles sont vos propositions pour axer l'enseignement sur ce qu'est la médecine en ville ?

### **Claude LE PEN**

C'est une question compliquée, pour dire qu'il faut que les études s'en occupent, mais sans rentrer dans le programme de second cycle.

### **Jean-Marie LE GUEN**

Je pense que la question de la réforme des études médicales est une question tout à fait centrale et essentielle pour tous nos problèmes. Depuis quinze ans, vingt ans, les formations universitaires de médecine ont été aspirées par la problématique de la compétition en matière de recherche et en matière hospitalo-universitaire hyper technicisée. Personnellement, je comprends ça tout à fait, mais il y a eu une déformation de la fonction universitaire ou quelque part on a oublié ou on a secondarisé la formation du médecin de premier recours, quel qu'il soit. Je n'oppose pas en disant cela d'un côté ceux qui seraient dans la recherche et ceux qui n'y seraient pas parce que je pense que tous les professionnels de santé ayant un doctorat devraient rester dans des problématiques diverses, pas forcément autour de la paillasse, mais autour de l'épidémiologie, autour de la sociologie de la santé, tout le monde devrait être quelque part dans sa profession rattaché à des dimensions de recherche. Néanmoins, on ne peut pas ne pas considérer que nous n'ayons pas aujourd'hui une formation initiale qui correspond à la problématique du système de santé dont nous avons besoin. Je tourne la page pour ne pas être plus long, mais c'est un point essentiel, même si malheureusement nous savons que ça produira des effets à N+10 ou N+12, ce qui ne résout pas les questions les plus immédiates. Le deuxième point : je pense qu'il est bien et juste de parler de l'exercice médical à proprement parler, j'allais dire dans son *business model*, et ce que disait Claude Leicher est parfaitement juste, l'assurance maladie paie globalement 23 euros, on ne sait pas pourquoi, on ne sait pas à quoi ça correspond, et ça vaudrait le coup de décortiquer la rémunération du médecin premier recours ou du médecin spécialiste d'ailleurs. Mais au-delà de ça, je pense que ce n'est pas simplement en regardant l'exercice médical que l'on doit réfléchir. On doit réfléchir à mon avis à deux polarités extrêmes. La première, c'est que si 60 à 70% de nos dépenses sont constituées autour des ALD, c'est-à-dire de pathologies chroniques, alors il nous

faut des grandes politiques nationales qui soient avec des référents, avec des modes d'organisation qui prennent en charge ces pathologies, qui soient un cadre, une *guide line* générale, qui donne en quelque sorte un projet médical à la prise en charge des personnes. Et à l'autre polarité, je pense qu'il faut que nous ayons beaucoup plus de décentralisation, à la fois qu'on donne des moyens aux agences régionales de santé de mettre en place véritablement les politiques en décortiquant les éléments techniques dont parlait Claude Leicher, c'est-à-dire la question de l'immobilier, de la technologie, du management, de la formation, et cetera, mais avec des fonds qui sont capables de faire de la restructuration, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle, premier niveau ; et deuxième niveau, il faut que nous construisions, puisque nous ne sommes pas sur un modèle de concurrence mais sur un modèle de complémentarité, plus bas que la région, au niveau des territoires de santé, une véritable opérationnalité, un cadre opérationnel pour organiser les soins. Je prends d'un mot les personnes âgées dépendantes : on ne pourra gérer ceci que si on est capable d'organiser autour de la personne âgée dépendante une prise en charge globale, sociale, médico-sociale, médicale, ville et hôpital, et ceci n'est possible que sur un territoire, et ceci n'est possible que s'il y a des référents nationaux qui sont donnés. Mais l'application et donc l'organisation territoriale doivent correspondre sans doute à des logiques internes de bonne gestion et de bien-être des professionnels de santé, mais elle doit être aussi laissée en responsabilité à ces professionnels sur les territoires et inspirée par des politiques nationales, des grandes politiques qui prennent en charge les principales pathologies, y compris celles qui ne sont jamais traitées, par exemple de la santé mentale, qui doit enfin être réintroduite dans la dimension de notre offre de soin. Je prends cet exemple parce qu'il n'est jamais traité et que c'est un problème majeur de notre société.

### **Yves BUR**

On voit que le débat tourne autour de ce qu'on appelle encore l'exercice libéral. Je pense que c'est vraiment central. On devrait davantage parler de médecine de ville que d'exercice libéral. Le libéralisme dans la médecine est quand même très limité. On peut encore, heureusement, s'installer où on veut, c'est le libre choix du patient, et c'est la libre organisation de son travail, et je crois que c'est quelque chose de tout à fait essentiel, même si l'exercice lui-même est de plus en plus encadré. Deuxième chose, je crois qu'il y a un vrai problème, une des parties du malaise médical, c'est comment reconquérir du temps médical. Et ce temps médical, on ne peut le reconquérir que si on partage le reste des contraintes dans une organisation plus collective. Il me semble qu'inévitablement, nous irons vers cette organisation plus collective, parce qu'elle répond à la fois à la question d'un partage de compétences et puis aux questions de sécurité dont ont besoin un certain nombre de jeunes médecins qui ont besoin d'être rassurés, de ne pas se retrouver isolés. Je crois que l'isolement est le contraire de cette organisation plus collective. Je crois qu'il y a effectivement nécessité au niveau des territoires de repenser véritablement les parcours de soins. Dès lors qu'il y a de la rareté de la ressource médicale, il faut qu'elle soit bien employée. C'est la raison d'être de schémas d'organisation dans lesquels il faudra tôt ou tard que s'inscrive aussi la médecine de ville. Enfin, un parcours de soins coordonné, effectivement, impactera forcément sur l'hôpital. Il faut arrêter de croire qu'on pourra revoir ce parcours de

soins sans que l'hôpital n'y apporte sa contribution. Il n'est pas acceptable de considérer que quand les personnes âgées sont prises en charge trop longtemps à l'hôpital et qu'on veuille les transférer dans une prise en charge de ville globalisée, que finalement personne ne pense à déplacer aussi les moyens nécessaires. C'est ce qu'on a appelé dans la loi HPST la fongibilité asymétrique : je crois qu'il faudra petit à petit lui donner un peu de sens.

### **Claude LEICHER**

Je voudrais dire, pour conclure cette partie de mon point de vue à moi, qu'il y a deux choses qui me paraissent complètement incompatibles, c'est exercice libéral et conservatisme, parce que par définition l'exercice libéral de la médecine libérale en France est un atout pour le système français. C'est à dire que la capacité d'adaptation, la réactivité, la créativité – il y aurait beaucoup de patients à vacciner pour la grippe H1N1 en 2009 par exemple, nous sommes capables nous de vacciner 60 millions de personnes en quelques mois. C'est plus difficile pour la logistique des vaccins que pour le geste vaccinal. C'est plus difficile parce qu'il y avait trente-six protocoles de vaccination différents, mais nous aurions pu le faire. Les pouvoirs publics, avec un gouvernement libéral, n'ont pas eu confiance, à travers leur système type DSS, DGOS, je ne sais pas quoi, dans l'exercice libéral de la santé, donc ils ont voulu créer un système administré de distribution de vaccins, et vous savez quel en a été le succès – et encore, les 5 millions de personnes qui ont été vaccinées sont d'abord venues nous voir pour demander : qu'est-ce que je dois faire, Docteur ? Le conservatisme des professionnels de santé libéraux n'est pas non plus admissible dans un système qui se veut libéral, parce que ce conservatisme contribuera à tuer le système libéral de santé bien plus sûrement que toutes les lois qu'on voudrait nous imposer.

### **Claude LE PEN**

D'accord avec ça, Michel ?

### **Michel CHASSANG**

Deux choses : la première, c'est que d'abord, la médecine libérale n'est pas synonyme de médecine de proximité et de médecine ambulatoire. Il y a une fraction non négligeable de médecins qui exercent en établissement privé et qui exercent aussi la médecine libérale, il ne faut pas l'oublier. Deuxièmement, pour reprendre les propos de notre consœur gynéco tout à l'heure, il y a une véritable méconnaissance lors des études de la réalité de l'exercice libéral. En effet, ils sont formés à l'hôpital, par des gens très compétents et contre lesquels bien sûr je ne vais pas m'élever, mais qui ont la particularité de méconnaître l'exercice libéral. , Or la moitié des étudiants formés dans les facultés de médecine et dans les hôpitaux vont ensuite exercer en libéral. , Il serait donc quand même bien de généraliser et de développer l'immersion en libéral pendant les études pour tous les médecins et pas seulement pour les généralistes, et qu'il y ait des stages obligatoires d'une certaine durée en exercice libéral.

### **Claude LE PEN**

Merci Michel ; on va aller prendre une pause. Une synthèse rapide : je retiens cinq points de ce qui a été dit : premier point, tout le monde semble attaché à la médecine libérale, un avis majoritaire en tout cas, ils ont l'idée quand même de mixité, de foi, de liberté. Ce sont des choses perçues plutôt positivement. Deuxième point, les études de médecine ne sont pas adaptées et ne valorisent pas cet exercice libéral. Troisième point, le cadre libéral doit être adapté à des nouvelles missions, intégrer des missions de santé publique, intégrer la prise en compte des pathologies chroniques, s'élargir un petit peu à d'autres éléments que la relation traditionnelle. Quatrième point, il faut encourager l'entreprise libérale, ou disons le regroupement. Je ne sais pas si l'hôpital entreprise est une bonne chose, mais le cabinet entreprise semble en tout cas devoir être soutenu, y compris tarifairement, y compris par des moyens. Enfin, l'entreprise libérale, le cabinet libéral ne peut pas faire l'économie d'une coordination forte avec l'hôpital, c'est dans ce lien et non pas cette opposition que réside un petit peu l'avenir. Voilà ce que je retiens des débats, peut-être que j'ai oublié deux trois points. Avec quelques petites nuances : Jean-Luc Véret, je vous laisse la petite note de bas de page pour dire que vous n'êtes pas tout à fait d'accord.

### **Jean-Luc VERET**

Un tout petit mot. Ce que j'ai dit, c'est que je ne fais pas d'un combat contre la médecine libérale un enjeu intéressant, mais je constate que la médecine libérale n'est pas adaptée aux enjeux principaux et prioritaires.

### **Claude LE PEN**

La question, c'est : peut-elle s'adapter ? Est-elle adaptable ? Le pari qu'on fait, c'est qu'elle est adaptable, à défaut d'être adaptée.

### **Jean-Luc VERET**

Ce n'est pas sûr.

### **Brigitte DORMONT**

Un petit café, et on revient.

## **Quel accès aux soins pour les patients ? Accès géographique ?, Accès par spécialités ? Accès financier ? Quelle rémunération pour quel médecin ?**

**Claude LE PEN**

Où dans le débat public intervient cette notion de premier recours, n'est-il pas contradictoire de voir disparaître physiquement en quelque sorte le médecin de premier recours ? Voilà un petit peu, on va commencer par Marc Giroud, qui dirige le SAMU de France et qui est donc confronté à ce problème et bien placé pour nous parler précisément de cette médecine d'urgence au sens large qui répond à l'appel des patients.

**Marc GIROUD anesthésiste-réanimateur, Directeur du SAMU 95, Président de SAMU de France**

Oui, merci. Je suis modeste urgentiste et c'est à ce titre que j'interviens sur les questions qui m'interpellent à propos du libéralisme. Le libéralisme, c'est sans contrainte, zéro contrainte. Zéro contrainte, ça a voulu dire il y a quelques années suppression de l'obligation de participer à la permanence des soins, désengagement des généralistes de ce qui était jusque-là un service rendu à la population et éminemment apprécié, développement de SOS Médecins dans un esprit hyper libéral : SOS Médecins fait ce qu'il veut quand il veut comme il veut et s'auto-attribue des majorations d'urgence. Voilà donc un regard sur le libéralisme quant à la permanence des soins. Claude m'a interpellé tout à l'heure sur la régulation des appels, il faudra qu'on en parle, parce que séparer la permanence des soins de l'aide médicale urgente, c'est un concept, mais on est dans l'idéologie. Ça veut dire quoi, quand un malade souffre de quelque chose, comment saura-t-il que son cas c'est de la permanence des soins ou de l'aide médicale urgente ? On finit à peine à le savoir après, et encore, c'est des classifications un peu théoriques, mais avant, sûrement pas. Deuxième regard, ce n'est pas la permanence des soins, mais la continuité des soins. Vous savez que la permanence des soins c'est à partir d'une certaine heure le soir jusqu'au matin et le week-end. La continuité des soins, c'est le reste du temps, dans la journée. La contrainte zéro du libéralisme, ça veut dire suppression dans la loi HPST de la mention qui prévoyait la coordination des repos et des congés des médecins libéraux, mesure dite vexatoire. Il est vexatoire d'assurer une coordination organisée ! Eh bien la vexation a été supprimée, mais la coordination aussi. Il se passe qu'il y a des déserts médicaux. On parlait de désert médical tout à l'heure, il peut être dans le temps, au cœur de Paris, mais à certains moments. Il peut être la nuit dans le cadre de la permanence des soins : quand vous habitez le vingtième arrondissement de Paris, la nuit, il ne faut pas appeler SOS Médecins. Il faut l'appeler si vous habitez le sixième arrondissement. Le

désert médical, c'est le mercredi, quand vous avez un médecin femme qui s'arrête le mercredi. Le désert médical, c'est pendant les vacances des fêtes de fin d'année : vu qu'il n'y a pas de coordination des départs en congé, beaucoup de médecins dans un secteur donné, y compris au cœur de Paris, vont partir en congés en même temps, et nous aurons une sorte de désert médical, avec des appels au SAMU, des recours aux services des Urgences des hôpitaux dont on peut dire qu'ils pourraient autrement relever de la médecine ambulatoire. Face à tout ça, je terminerai là-dessus, ce n'est pas une vision idéologique qui peut régler le problème. Moi, en tant qu'urgentiste, je suis essentiellement pragmatique, je me fie au bon sens des gens. Je rejoins Christian Saout quand il dit : le malade, je ne le vois pas avec un drapeau du libéralisme ou du service public. Je le vois avec le sens aigu de ce qui fonctionne, et le malade vient aux Urgences de l'hôpital. Et là, que nous dites-vous, vous les dirigeants ? Votre politique, c'est de désengorger les Urgences, mais désengorger les urgences, c'est une idée, une théorie. Le patient, lui, y va parce qu'il y trouve la réponse à ses besoins. Mais faites attention, ce n'est pas une très bonne idée de vouloir désengorger les urgences. D'abord, ça ne va réduire la charge que sur les patients les plus légers. J'entendais ce matin à la radio qu'il y a la bronchiolite. On est obligé d'hospitaliser en province des petits enfants parisiens. Et à la radio, on disait ceci, parce qu'on est dans la pensée unique. On disait aux gens : n'allez pas à l'hôpital, parce que ça pose ce problème de l'encombrement. Mais attention, si vous amenez un enfant à l'hôpital et qu'il est dans un état grave et qui nécessite une hospitalisation, c'est un mauvais conseil de dire aux gens de ne pas l'amener à l'hôpital. Si ce conseil est entendu par une maman qui a un enfant qui n'est pas dans un état très grave, ce n'est pas elle qui va encombrer l'hospitalisation, puisque précisément, s'il n'est pas grave, il ne va pas être hospitalisé. Donc avec cette pensée unique, tout sauf l'hôpital, on aboutit à un discours inefficace, aberrant, conceptuellement sans fondement auprès de la population, qui est dangereusement culpabilisant, parce qu'il y a des gens qui vont écouter ce discours. Et en plus, ça détourne les pouvoirs publics de leur responsabilité, qui est de faire fonctionner les dispositifs auxquels les malades accèdent, et le fait de dire que la solution des solutions, c'est de désengorger l'hôpital, de désengorger les urgences, ça aboutit à ce que chaque fois qu'il y a un problème à régler on dit : eh bien non, le problème, il faudra le régler en désengorgeant. Je viens de vous montrer à l'instant que ceci n'aboutissait pas vraiment à un effet utile et efficace et ceci, au bout du bout, c'est des pertes de chances, et beaucoup plus, il ne faut pas s'y tromper, pour les patients les moins fortunés, ceux qui n'ont pas un carnet d'adresses sur leur iPhone mais qui s'adressent aux structures d'urgence hospitalière, souvent comme un ultime recours, mais aussi comme un recours à défaut de toute autre possibilité compte tenu des insuffisances de la médecine ambulatoire. Donc réglons ces questions de manière pragmatique et arrêtons les discours idéologiques.

### **Claude LE PEN**

Merci ; donc on refuse tout sauf l'hôpital, mais il faut coordonner et organiser mieux. On reviendra un petit peu sur le sujet, et je sens que ça va être intéressant. Alain Beaupin, vous êtes médecin salarié.

## **Alain BEAUPIN, généraliste, Président de l'Union Confédérale des Médecins Salariés de France, directeur d'un centre de santé**

Oui, je suis médecin généraliste comme ma collègue. Salarié, donc un peu atypique par rapport à mes collègues libéraux. J'exerce dans un centre de santé, donc je soigne des gens, en essayant de faire au mieux. Les centres de santé ne représentent qu'1% de la dépense ambulatoire, donc très peu de chose. Ils sont invisibles aux yeux de beaucoup. En Ile-de-France où ils sont un peu plus répandus, l'ARS a décompté 300 centres de santé, qui représentent 3% selon les chiffres communiqués par l'assurance maladie. Pourquoi intervenir sur une question touchant à l'organisation des soins ? D'abord car les centres de santé, qui sont les héritiers des dispensaires, peuvent se prévaloir d'une tradition d'organisation. Parce que je pense qu'à la question : « est-ce que le premier recours doit être organisé comme l'hôpital est organisé », la réponse est tranchée, c'est oui. On ne peut plus imaginer qu'un chirurgien opère seul de l'appendicite sans anesthésiste, il œuvre désormais en équipe. On ne peut plus imaginer aujourd'hui, selon moi, que le généraliste – je suis généraliste, je forme des généralistes – soit tout seul dans son cabinet, compte tenu des enjeux. Donc la question est pour moi tranchée. Reste à savoir comment on va dans cette direction. Il faut du temps, il faut de l'argent. Il y a des ressources : regardons comment les utiliser mieux. Cette question est essentielle. Quels services regrouper au niveau d'un territoire en premier recours ? Des médecins et des paramédicaux en premier lieu bien sûr. Prenons l'exemple du centre de santé dans lequel j'exerce. Quatre-vingt-dix personnes y travaillent. Cinq généralistes, trois internes, un chef de clinique, six infirmières qui vont aussi à domicile, un laboratoire d'analyse médicale, ainsi que de l'imagerie et un service dentaire. Dès qu'on s'organise, on dispose d'une capacité à être identifié dans un territoire donné comme la porte d'entrée dans le système de santé. Dans l'exemple du centre de santé de Vitry, c'est une commune de 80 000 habitants, dans la petite couronne parisienne. C'est valable également en milieu rural. On entend des débats sur ville/hôpital, des oppositions réelles, mais tout à fait stériles pour le public. J'exerce dans une banlieue populaire où les gens ne maîtrisent pas toujours la langue française, parfois pas du tout l'écrit, donc quand ils viennent chez moi, ils disent qu'ils vont à l'hôpital. Ça ne me gêne en rien, Après l'accès géographique dont je viens de parler, disons un mot de l'accès culturel. Je l'ai évoqué à travers la question de la maîtrise de la langue. Dans une commune ou dans un quartier, les centres de santé sont parfaitement identifiés. Le public est informé, il décide selon son libre arbitre. Nous sommes en excellents termes avec les collègues libéraux. Personne n'a vocation à soigner tout le monde. Reste une question à évoquer : est-ce qu'on doit être payé à l'acte ou salarié ? J'entendais l'interrogation que formulait madame Dormont il y a quelques instants : « Le salariat peut nuire à la qualité des soins » disiez-vous. Ah bon ? Nos collègues médecins hospitaliers ne sont pas payés à la « performance ». Les professeurs d'université, il y en a quelques-uns dans cette salle, sont salariés, selon ce que j'en sais. Je ne pense pas que ce statut soit par essence quelque chose de nuisible, donc pourquoi pas être salarié payé à la fonction. Pour ma part, je suis salarié, et j'essaie de faire au mieux. L'un des avantages d'être salarié, il y a sûrement des inconvénients, vous l'avez pointé, un des avantages, c'est que j'ai plutôt envie que les gens ne reviennent pas me voir avec des situations qui ne justifient pas une intervention médicale. J'essaie de les éduquer. Je leur explique : « la prochaine fois, par exemple quand vous aurez un rhume » – donc un virus respiratoire saisonnier, situation dans

laquelle, pour un enfant ou un adolescent, il y a quelques précautions de surveillance à prendre, mais les informations à connaître ne sont pas si complexes qu'il faille à chaque fois un avis médical – « essayez de ne pas venir me déranger. » Je le dis de cette manière, car les patients comprennent parfaitement l'humour. Par mon statut de salarié dont la rémunération est fixe, je suis incité à ne pas faire d'actes qui ne seraient pas indispensables. Les demandes de soins non programmés, pour beaucoup d'entre elles à ce qu'on observe, génèrent des actes qui ne sont pas très utiles. En consacrant vingt minutes ou une demi-heure « d'éducation à ne pas consulter » lors d'un premier contact, voire en répétant le message lors d'un second contact, on peut faire économiser durablement des ressources à la collectivité, et surtout disposer de ressources qui seront précieuses pour d'autres activités. Je terminerai pour rester dans le temps, Monsieur le président de séance, en disant que l'organisation des soins permet, à la fois l'amélioration de l'exercice médical, et beaucoup de confort pour le professionnel. Un exemple ? Prenons celui des patients stabilisés porteurs de maladies chroniques graves suivis à domicile. C'est une infirmière qui se rend chaque semaine au domicile du patient. Elle tient à jour le dossier médical commun aux médecins et aux infirmières, elle me tient au courant s'il y a un événement. Nous sommes tous deux salariés, nous travaillons sans rivalité, sans concurrence, ni elle ni moi ne sommes moins payés lorsque nous déléguons ou passons la main à l'autre. Autour de l'intégration des soins, l'intégration dans un même lieu, et aussi l'intégration économique, il y a des pistes de réflexion qui mériteraient d'être mieux et plus souvent posées dans le débat public.

### **Claude LE PEN**

Merci pour cette contribution, un modèle il est vrai un peu différent, le centre de santé, avec ce côté à la fois libéral et organisé, un petit peu coordonné, donc tout à fait intéressant. Enfin, la structure est libérale, le statut du médecin est salarié.

### **Un intervenant**

Juste une précision sur le mot libéral. Libéral, c'est fini, au sens économique, au sens de l'entreprise libérale. Pour moi, c'est terminé. Mes jeunes internes en médecine générale qui arrivent, ils ont fait neuf ans d'étude voire un peu plus, ils sont médecins, ils veulent être médecins. Ils ne sont pas entrepreneurs. Je suis entrepreneur, nous sommes pas mal autour de la table à être entrepreneurs. Je respecte et j'ai de la sensibilité et de l'affection pour les entrepreneurs, mais malheureusement ou heureusement, je ne sais pas si c'est bien ou si c'est mal, les jeunes médecins qui sont formés ne sont pas aujourd'hui des entrepreneurs et ça ne les intéresse pas. Donc la médecine libérale dans ce sens, c'est fini. Mais la médecine libérale, au sens de la charte de 1927 chère à Michel Chassang, pour moi, c'est d'actualité : l'indépendance professionnelle, la liberté de prescription. Et moi, comme salarié et médecin directeur d'un établissement, j'ai des discussions qui sont franches avec les budgétaires que j'ai en face de moi, puisque j'ai une hiérarchie, une administration, et là, en ce sens-là, l'indépendance de la médecine, c'est le vrai sujet derrière les propos de Michel Chassang.

**Claude LE PEN**

Demandons à Michel Chassang ce qu'il en pense, puisqu'il est là.

**Michel CHASSANG**

Monsieur Giroud, vous avez évoqué qu'il fallait laisser de côté l'idéologie, mais là, dites donc, vous nous l'avez délivré à dose pas vraiment homéopathique, c'était vraiment de l'allopathie forte. En deux mots, votre discours, c'est tous à l'hôpital. Remarquez, on résoudrait ainsi facilement le problème de la médecine libérale, ce serait simple. La difficulté est ce que vient d'évoquer notre ami Beupin. Si les jeunes aujourd'hui, (comme nous l'étions d'ailleurs, c'était pareil, il n'y a pas eu beaucoup de changement sur ce point-là), ont peu de goût à l'exercice libéral, c'est parce qu'il est méconnu complètement et qu'on n'est surtout pas formés à cela par définition, puisqu'on est formés par des gens qui ne sont pas libéraux. Il y a donc une nécessité de former les étudiants à cette culture d'entreprise au cours des études médicales, car 50 % du corps médical va être à la tête de petites entreprises que sont les cabinets médicaux. Ce n'est vraiment pas le cas aujourd'hui, et on ne peut que le regretter. L'organisation en amont, Monsieur Giroud, vous avez raison de le souligner, il faut l'améliorer. On est parfaitement d'accord là-dessus. On a d'ailleurs commencé. On a déjà mis en place une régulation libérale, parfois mixte avec vous-mêmes. On a mis en place une sectorisation avec la présence de médecins effecteurs d'astreinte. On est en train de l'organiser, et je crois que ça va plutôt dans le bon sens. Le problème, c'est que le terme libéral ne signifie pas pour autant être taillable et corvéable à merci. Ça veut dire qu'en médecine libérale, il n'y a pas de RTT ; on ne discute pas de ça dans l'arrêté préfectoral. Il n'y a pas de repos compensateur après une nuit de garde lorsqu'on est médecin d'astreinte et quand on s'est déplacé plusieurs fois la nuit, le lendemain est jour ordinaire. Les temps partiels se développent en médecine, et vous le savez. La féminisation est là, il y a un certain nombre d'évolutions sociétales qui font que les jeunes ne travaillent plus à temps plein comme nous le faisons, il faut donc raisonner en équivalent temps plein. Et enfin, il y a les problèmes de sécurité, quand même, ça ne vous a pas échappé. Avec la féminisation du corps médical aujourd'hui, faire en sorte que ces gens-là se déplacent au domicile des patients en tout temps et en toute heure pose un certain nombre de problèmes dans un certain nombre de régions, quand même. Nous n'y allons pas avec toute une équipe, un VSAB, etc., et une sécurisation parfois des forces de l'ordre ; on y va seul, avec sa trousse d'urgence, et on met en danger des gens un certain nombre de fois. Je crois qu'on ne va pas résoudre les problèmes en ayant un discours idéologique de part et d'autre. Nous n'avons rien dit contre l'hôpital. J'ai dit simplement que la solution du développement de l'exercice libéral, d'abord il faut savoir si on en veut ou si on n'en veut pas, et si on en veut, il faut s'en donner les moyens, ça veut dire qu'il faut opérer un transfert massif de l'hôpital vers la ville, pas seulement au niveau des urgences, mais aussi au niveau de la prise en charge globale. La chirurgie ambulatoire est quelque chose qui se développe. Il faut aussi développer la chirurgie dans les cabinets médicaux. Il faut développer les pôles de spécialistes, les regroupements de spécialistes tels que mon confrère vient de le faire. A Clermont-Ferrand, par exemple, il y a un "pôle santé République" qui s'est mis en place, qui regroupe une grande quantité de médecins

libéraux. Il faut développer les maisons pluridisciplinaires, la culture d'entreprise. Mais pour tout cela, il faut garder cet esprit d'entreprise, et pour qu'une entreprise fonctionne, il faut qu'elle ait de la lisibilité. Or aujourd'hui, si vous prenez par exemple les cabinets de radiologie et de biologie, avec les coupes sombres régulières qu'ils leurs sont imposées à coup de PLFSS successifs font qu'ils n'ont aucune lisibilité, et que leur entreprise est menacée. C'est ça aujourd'hui qui pose d'énormes problèmes et qui crée au sein du monde libéral beaucoup d'émoi. Il faut mieux essayer de comprendre cela plutôt que de dire : plus rien ne va parce que les médecins libéraux ne pourront plus signaler aux ARS leurs absences supérieures à huit jours au moins deux mois à l'avance. Attendez, qu'est-ce que c'est que cette histoire ? Heureusement que ça a disparu de la loi, mais ça ne veut pas dire pour autant qu'il ne faut pas s'organiser et que nous n'ayons pas le devoir de le faire, ce n'est pas ça que j'ai dit. Franchement, mettre en place des mesures bureaucratiques et administratives de ce type, c'est vraiment et franchement méprisant pour les médecins.

**Claude LE PEN**

Est-ce que vous seriez pour une différenciation des tarifs en fonction des localisation territoriales, des primes données à l'installation dans les zones un peu compliquées, et cetera ?

**Michel CHASSANG**

Bien sûr, à partir du moment où on met des bonus d'honoraires dans certaines zones déficitaires, on est déjà rentré dedans. A partir du moment où on met en place le contrat d'engagement de service public, à partir du moment où on met en place le contrat dit de solidarité santé, forcément, on crée une différenciation par l'intermédiaire de mesures complémentaires financières forfaitaires, on crée forcément une rémunération différenciée. Pour autant, je crois qu'il faut maintenir, si le paiement à l'acte reste la règle, et non seulement le paiement à l'acte, mais aussi le paiement direct par le patient, une rémunération identique en valeur sur l'ensemble du territoire pour le patient, et en premier lieu parce que le patient se déplace.

**Claude LE PEN**

Il faut qu'ils fassent la séparation entre la valeur de l'acte et la valeur du service.

**Michel CHASSANG**

Voilà, c'est pour ça qu'on a mis en place toutes les mesures incitatives en paiement forfaitaire, et donc payées en tiers payant par les caisses d'assurance maladie directement.

### **Claude LEICHER**

Donc on est dans notre échange sur la partie géographique du soin. Je vais en même temps répondre à Marc Giroud sur un certain nombre de points et faire un certain nombre de commentaires. Quand on a fait la sectorisation des territoires de garde en France, ça n'avait jamais été fait de façon exhaustive, et donc nous, à MG France, on s'est penché sur ce sujet parce qu'on avait eu moult rapports. Ceux qui ont un peu d'ancienneté savent qu'il y a eu les rapports Steg et Barrier, moult rapports pour dire toujours la même chose : il y a une désaffectation de la médecine générale par rapport à la permanence des soins et c'est la responsabilité de cette désaffectation qui conduit les gens encombrer les urgences. Donc à l'époque, on en avait assez d'entendre ça, on a donc examiné la réalité. C'est ce que j'aime bien avec les économistes de la santé ou les gens qui font de la santé publique, ils n'émettent que des opinions, ils regardent les faits, ils compilent, ils étudient, ils critiquent, et cetera. Donc à l'époque, c'était 1997-1998, ça nous a pris deux ans. On a fait ça sur le coin d'une table avec nos secrétaires, donc n'oubliez pas qu'on soit allé demander des subventions. C'est toujours pareil, le monde libéral, il s'organise et ne demande pas sans arrêt des subventions. Donc 3 250 secteurs de garde à l'époque recensés, c'est-à-dire que pas tous les jours, pas à toutes les heures et pas en permanence, mais de façon habituelle, il y avait 3 250 tours de garde. Moi, personnellement, ma réunion d'hier soir, c'était ma réunion du secteur de garde. Mon secteur de garde, c'est quinze médecins, sept jeunes femmes et huit messieurs. Evidemment, les plus âgés, ce sont les messieurs, et les plus jeunes, ce sont les femmes. Ma maison de santé, ce sont quatre personnes, deux messieurs, les plus âgés, et les deux plus jeunes, deux femmes. Qu'est-ce qu'elles nous ont dit, les jeunes femmes ?

### **Claude LE PEN**

La femme est l'avenir de l'homme.

### **Claude LEICHER**

Tu sais, Claude, quand tu dis ça, je vais vous dire, les femmes nous apprennent le métier aujourd'hui. J'ai un peu d'ancienneté dans le métier ; elles nous ont appris le temps partiel par exemple. Moi, dans ma maison de santé, on est quatre médecins généralistes, on travaille tous à temps partiel. Alors moi, j'ai une autre activité à côté qui est une activité syndicale. On est quatorze, je fais 23 gardes par an, c'est 7 jours fériés, et le reste on se le partage. Il y a une de nos collègues qui a des problèmes de santé. Elle avait ses 23 gardes aussi, elle nous a regardés en disant, si je peux en faire moins, ça m'arrangerait. Il n'y pas eu de discussion, des statuts, des discussions sur le temps de travail, la récupération, et cetera ; on s'est tous regardés, on a dit : on en prend tous une et au lieu de vingt-trois, ça t'en fera une dizaine ou une douzaine. Et puis si ça ne va pas, tu nous dis, on fera toutes tes gardes. On n'a pas convoqué le supérieur pour demander la permission. C'est ça aussi les libéraux, c'est de la solidarité entre nous. Alors 3 250 secteurs de garde, pourquoi on a fait ça ? Parce qu'en 2002, il y a eu une petite bagarre syndicale sur le C à 20 euros ou pas le C à 20 euros. Nous, à MG France, on a pris un risque politique majeur. On a dit, plutôt que de faire du C à 20 euros, on va faire du C à 18,5 euros et on va mettre des forfaits

d'astreinte. Pourquoi on a pu mettre des forfaits d'astreinte ? Parce qu'on avait compté le nombre de forfaits d'astreinte, parce que par contre l'administration et les politiques, ils veulent compter. On s'est fait engueuler sur le plan professionnel, ça nous a coûté très cher sur le plan politique professionnel. Aujourd'hui, tout le monde veut des forfaits, toutes les spécialités veulent des forfaits, donc on a essuyé les plâtres, très bien. Et puis après, l'administration nous a dit, c'est trop, il y a trop de médecins généralistes de garde en France. Heureusement, on était assis sur notre chaise, parce que sinon on serait tombé par terre. Voilà, donc maintenant, l'objectif c'est 2 500 secteurs de garde, donc il y a des concentrations de secteur et des éloignements de secteur, et pas parce que les médecins généralistes démissionnent de cette mission-là. Et l'articulation, les généralistes démissionnent donc il y a trop de gens aux urgences, elle n'a jamais été démontrée, Marc Giroud, jamais, parce que les heures où il y a le plus de gens dans les urgences, ce sont les heures où nos cabinets sont ouverts. Ensuite, il y a 3 250 secteurs de garde. Il y a 54 000 médecins généralistes qui exercent en France. La répartition démographique, elle va de un à trois, c'est peut-être trois fois trop. La répartition des infirmières, c'est de un à sept, et il paraît que sept, c'est au-dessus de la tolérance institutionnelle française, donc on a dit : on va faire des obligations d'installation et des empêchements d'installation. Quelles sont les propositions que nous faisons pour améliorer l'accès géographique aux soins ? Une première proposition qui a été faite et qui est en route, ce sont les maisons médicales de garde pour répondre au problème des hospitaliers qui nous disaient : il n'y a plus assez de médecins de garde. Qu'est-ce qu'elle m'a dit hier soir, ma plus jeune collègue installée ? Moi, aller faire une visite de nuit dans la campagne, je ne connais pas, je ne sais pas qui m'a appelée ; une fois, on m'a appelée, en fait, je suis arrivée devant deux mecs qui étaient complètement ivres, je n'étais pas fière de moi, je me suis demandé ce que j'allais faire. Je lui ai dit, tu n'es pas raisonnable : quand tu vois ça, tu prends ta sacoche, tu retournes dans ta voiture, tu rentres chez toi et tu appelles le 15 pour qu'on regarde comment on va faire. Parce qu'une jeune femme devant deux mecs ivres, vous ne savez jamais comment ça se termine. Donc maisons médicales de garde ; et en plus, on a proposé que ces maisons médicales de garde s'installent à côté, ou dans les services d'urgence hospitaliers. Et on n'a pas simplement dit qu'il fallait le faire, on l'a fait ; et dans mon département, à Romans, ça a très bien marché, les hospitaliers nous ont accueillis. Aujourd'hui, les médecins hospitaliers de Romans sont très contents de ce système. Ils ont plus de temps pour s'occuper des urgences, et les médecins généralistes se précipitent et se bagarrent pour faire des gardes à Romans. A Valence, le médecin hospitalier qui aurait dû nous accueillir ne voulait pas de nous, donc on n'y est pas allé, donc ça ne marche pas. Ils n'envoyaient pas les gens au médecin généraliste de garde, et ils ont fini par fermer la maison médicale de garde, et quand l'ARS s'est installée, elle est venue se plaindre auprès de moi en disant : Claude Leicher, vous savez ce qu'est une maison médicale de garde, aidez-nous. J'ai dit : allez-vous faire voir. Commencez par changer le chef de service des urgences de Valence, et après on verra ce qu'on fait. C'est ce qui a été fait. Je te le dis, Marc Giroud, ça fait vingt ans que je te le dis, et je te le dirai jusqu'à ce que je l'aie obtenu : nous voulons un numéro d'appel unique pour la permanence des soins. Je me suis tourné vers Christian Saout quand tu as dit qu'il ne fallait pas les gens qui ont mal au ventre ne sachent pas si c'est une urgence ou pas une urgence. Figure-toi qu'on a fait des expériences grandeur nature en Picardie et Midi-Pyrénées. Le taux d'erreur de la population française est de moins de 1%. On a moins de 1 % de

retransmission d'appel des uns vers les autres. Donc la population française ne veut pas appeler le 15 quand elle a une douleur dans la poitrine, parce que Docteur, vous comprenez, si j'appelle le 15, ils vont m'envoyer à l'hôpital. Oui Monsieur, mais vous avez un infarctus, il faut aller à l'hôpital. Oui, mais les gens finissent aussi par raisonner à l'envers. Donc arrêtons de prendre les Français pour des incapables majeurs. Ils savent très bien ce qu'ils font, il faut juste leur expliquer comment fonctionne le système. Troisième proposition : nous devons proposer quelque chose qui soit de l'ordre de la garantie territoriale d'accès aux soins. Nous avons des idées là-dessus et nous pourrions vous faire des propositions là-dessus, mais je ne veux pas garder la parole trop longtemps.

### **Claude LE PEN**

Non, mais c'est un point essentiel, c'est même un peu un point focal du débat. Yves, Jean-Luc, Jean-Luc, vous voulez réagir un peu sur ce point-là ?

### **Yves BUR**

Sur les questions d'accès aux soins pour les patients, je crois qu'ils sont de plusieurs ordres, je crois qu'on mélange l'ensemble des contraintes. Il y a évidemment un aspect démographique. Est-ce que les choses sont aujourd'hui déjà aussi difficiles qu'on l'entend d'une manière générale ? Parfois, je m'interroge. Mais ce qui est certain, c'est que demain nous posera de vraies difficultés, et je rappelle, je suis maire d'une commune de 17 000 habitants dans la communauté urbaine de Strasbourg, donc à cinq kilomètres du centre de Strasbourg ; je m'interroge dans les quatre cinq ans, comment seront remplacés les 25 % de médecins qui partiront à la retraite, alors que la ville va peut-être grandir de 3 000 habitants. Là, il y a une inquiétude de l' élu, et cette inquiétude, nous allons la retrouver peut-être moins dans le débat présidentiel, parce que naturellement, le débat présidentiel va aller vers les réductions, et je ne suis pas sûr que les questions de santé vont être au cœur de ce débat, parce que c'est peut-être, on le voit aujourd'hui, un débat d'une rare complexité. Il ira à l'essentiel. En revanche, quand les élus iront sur le terrain proposer leur contrat pour la prochaine législature, là, les questions du quotidien, du territoire, vont être posées et il faudra tenter d'apporter un certain nombre de réponses. Dans tous les cas, c'est cette inquiétude qui est à l'origine d'un certain nombre de propositions de loi qui vont être débattues au début de l'année, et qui ont trait d'abord à l'accès aux soins territorial, deuxièmement aussi à l'accès aux soins d'un point de vue financier, et c'est vrai que ces questions-là, nos concitoyens attendent des réponses concrètes. L'UMP a proposé une démarche vers le secteur optionnel concernant les dépassements d'honoraires. A titre personnel, moi j'émet des doutes sur l'efficacité d'une telle démarche, mais je crois qu'avant tout, nous avons un rôle au niveau politique éminent à jouer en assurant pour les questions d'accès aux soins, notamment au niveau financier, un large financement solidaire. C'est la meilleure garantie que nous puissions apporter pour permettre à tout un chacun de pouvoir se faire soigner. Cela suppose naturellement des moyens supplémentaires, qui permettront peut-être, à un moment donné aussi, d'honorer différemment, en faisant de vrais choix sur les questions de rémunération. Je suis moi-même issu d'une profession où les tarifs par exemple des soins prothétiques n'ont pas augmenté. C'est un

choix délibéré, mais je crois que ce choix, il faut à ce moment-là clairement le dire aux Français. Mais si on veut limiter ou réguler mieux la question des dépassements, il faudra aussi la question des prises en charge au niveau de l'assurance maladie. Alors voilà un petit peu quelques remarques que je pourrais faire à ce stade du débat. Les questions démographiques ne se régleront pas, j'ai l'impression que personne n'a de solution définitive là-dessus, et qu'il faudra longtemps tâtonner ensemble.

### **Claude LE PEN**

En tout cas, ce qui est sûr, c'est que les élus, j'en vois un certain nombre dans l'enceinte d'un certain nombre de clubs, et cetera, et droite ou gauche, les gens sont très préoccupés, parce que ce sont les électeurs qui soulèvent le problème.

### **Jean-Luc VERET**

On a parlé beaucoup des systèmes de garde. Je ne vais pas en parler plus, d'autant plus que c'est un objectif incontestable de desservir la population, mais que les solutions sont à négocier entre professionnels, administrations, hôpital, généralistes. Il y a une dynamique à instaurer dans ce domaine. Mais je voudrais revenir sur les autres aspects de l'accès aux soins. Les inégalités territoriales sont maintenant insupportables. Je n'ai pas fait le tour des études existantes, mais je suis dans une région à forte composante rurale, en Basse-Normandie ; il y a des cantons où il n'y a plus de médecins, et les institutions, quelles qu'elles soient et quelles que soient leur position sur le libéralisme et la médecine libérale, disent : on ne peut pas laisser une population vivre localement sans médecin. C'est pourquoi, quelles que soient les orientations des uns et des autres, on crée des structures pour attirer des médecins, dans le sud de la Manche, dans l'Orne en particulier. Et la question est grave, parce que la moyenne d'âge des médecins généralistes est élevée, et certains voudraient ralentir leur rythme professionnel et ne peuvent pas, du fait de la nécessaire permanence des soins. Certains ferment leur cabinet, non pas pour arrêter, mais parce que c'est insupportable de ne pas pouvoir souffler de temps en temps. La question relève de la responsabilité collective, et elle est d'autant plus importante qu'elle augmente les inégalités sociales. Dans les territoires surdotés, il y a davantage de dépassements d'honoraires, et pourtant, les revenus des médecins ne sont pas particulièrement élevés dans les régions surdotées. Nous ne pouvons pas laisser à l'intérêt individuel le soin de réguler le système, sinon ce serait fait. Il faut donc en faire un problème politique, pas forcément bureaucratique, mais politique, avec un objectif de couverture du territoire qui est à négocier quant à ses modalités. Nous pensons que la formule des maisons de santé est une bonne formule sans préjuger de toutes les modalités, mais qu'elles doivent inclure des postes en éducation pour la santé et en santé environnementale. Nous envisageons une maison de santé et de l'autonomie pour 10 000 habitants, ce qui correspond environ aux cantons, et ce qui n'exclut pas des consultations décentralisées dans les cantons ruraux qui sont étendus en territoire. Les politiques sont à réfléchir, à négocier, à mettre en place, mais les objectifs ne sont pas à discuter : la couverture du territoire par la médecine générale, qui est la médecine d'entrée dans le système de santé. Il faut dire deux mots aussi sur le reste à charge.

**Claude LE PEN**

On en parlera juste après, sur les tarifs aux secteurs opposables

**Jean-Luc VERET**

Alors je n'en parle pas, mais juste un mot aussi sur la décentralisation de la gestion. C'est une illusion de se dire que du Ministère de la santé à Paris, on va desservir chacun des cantons français de façon pertinente au service des habitants, en tenant compte des distances et des temps de parcours. Ce n'est pas possible, il faut décentraliser la gestion. Nous proposons de transformer les actuelles CRS en Conseils Régionaux de Santé, avec un vrai pouvoir de décision sur la gestion du système. Ce qui changerait beaucoup de choses dans ces conseils régionaux de santé, c'est d'y avoir une représentation des usagers qui ne soit pas symbolique, c'est-à-dire une vraie reconnaissance des associations d'usagers, qui aient des moyens de représentation, c'est-à-dire des congés de représentation, un statut d'élu social, et des moyens d'expertise, c'est-à-dire des moyens financiers qui leur permettent d'arriver avec un dossier exploré ; et que la place des usagers ne soit pas seulement de demander l'avis d'une personne qui a bien voulu se déplacer ce jour-là et qui arrive les mains vides, alors que l'administration vient avec ses dossiers et ses expertises. Il faut rééquilibrer les choses et je compte sur les usagers pour dynamiser l'objectif de desservir la population.

**Claude LE PEN**

Ça tombe bien, nous avons le chantre, le héraut, le chevalier blanc de la décentralisation, Jean-Luc Prével, qui porte ce drapeau depuis longtemps.

**Jean-Luc PREEL**

Je ne savais que j'étais aussi vert ou écologiste, finalement nous le sommes tous un petit peu, puisque cela fait des années que je défendais la régionalisation et que je défendais le principe d'avoir des vrais conseils régionaux de santé. J'avais déposé de nombreux amendements pour que tout le monde puisse participer à ces conseils, notamment bien entendu les représentants des patients, des associations, mais aussi les bien portants et les professionnels de santé. Je pense qu'effectivement, c'est au niveau régional qu'on peut prendre des décisions et voir la nécessité de l'offre et des besoins, mais une vraie adéquation et donc c'est une façon de responsabiliser tout le monde, parce que si on les amène à gérer sur place, même les enveloppes, on a une chance de les responsabiliser. Mais on parle d'accessibilité aux soins. Je reviens toujours sur le même truc, c'est l'accessibilité aux soins, mais aussi à tarif remboursable. Je ne vois pas comment on peut distinguer les deux, parce que si on a des dépassements honoraires importants, on sait que dans certains endroits, on a du mal à avoir l'accès aux soins dans un certain nombre de spécialités à des tarifs qui soient remboursables, dans certains endroits, c'est extrêmement compliqué. J'ai bien aimé la distinction faite par Giroud tout à l'heure entre le territoire et le temps, parce que je crois qu'effectivement, c'est à prendre en compte. Et le territoire, j'avais entendu tout à l'heure qu'on

avait des médecins à quinze minutes, mais quinze minutes, ça ne veut rien dire, et encore faut-il qu'ils soient disponibles, parce que si on a un médecin qui a sa plaque à quinze minutes, s'il ne prend pas, ce que j'évoquais tout à l'heure, et qu'on rencontre de temps en temps des médecins traitants qui n'acceptent pas de prendre de nouveaux patients parce qu'il sont déjà débordés, c'est un vrai problème qui existe déjà aujourd'hui. Il faut des médecins traitants qui puissent vous prendre. C'est compliqué aujourd'hui, parce qu'on sait qu'il y a un changement de mentalité. C'était très bien dit tout à l'heure par la représentante des internes : ils veulent avoir un temps de famille, un temps disponible, du temps pour soi, et donc ils ne travaillent pas aujourd'hui comme travaillaient les généralistes autrefois. J'insiste toujours sur le temps médical disponible. Le nombre de médecins, c'est une chose ; d'ailleurs, quand on veut montrer qu'on en a trop, on prend les 220 000 généralistes, on met dedans les MEP, et cetera, et on ne distingue pas. Quand on veut montrer qu'on en a moins, on prend les vrais généralistes qui exercent comme des généralistes et là on se rend compte qu'on n'en a peut-être pas trop. Et surtout, aujourd'hui, ils sont relativement âgés, et certains vont dévisser leur plaque, ce qui posera des vrais problèmes. Ce qui a été évoqué, c'est vrai : les maires, j'en rencontre régulièrement, sont très inquiets quand ils voient que le généraliste a 60 ans, 65 ans, et qu'ils n'arrivent pas à le remplacer. Donc les maisons de santé sont pour moi une vraie réponse, ça fait longtemps, mais à condition que ça parte d'un projet médical. Chaque maire voudrait avoir sa maison de santé, or ce n'est pas possible d'avoir une maison de santé dans chaque commune, puisque les jeunes veulent justement travailler à plusieurs, et pour qu'une maison de santé ait un sens, il faut qu'ils soient plusieurs médecins, avec des infirmières, des kinés, des dentistes éventuellement, et donc à partir du moment où on aura compris ce concept, on aura une, deux, trois maisons par canton, ce qui n'est pas dramatique parce qu'un canton ça fait dix kilomètres de rayon, dont on peut y avoir accès probablement, mais il n'y en aura pas dans chaque commune. Ensuite, il faut un projet médical, parce que quand le maire construit, met des murs, avec les subventions de la Région, du Département, et cetera, il n'y aura personne dedans ; ils essaient alors d'avoir des salariés, ce qui est un autre problème pour l'avenir. Je l'ai évoqué tout à l'heure, pour avoir la répartition, il y a le numerus clausus régional par spécialité, il y a les bourses et les contrats, il y a les maisons médicales, il y a toutes ces propositions qui sont faites et qui sont incitatives et qui aident effectivement à les avoir. Et puis j'insiste encore sur le transfert de tâches, ça ne plaît pas à Chassang, il faudra qu'on explique ce que c'est exactement, je sais que c'est la coopération, on peut imaginer ce qu'on veut, mais dans des tas de pays, on a des infirmières cliniciennes qui remplissent très bien le rôle pour des malades chroniques ; les pharmaciens souhaitent aujourd'hui s'impliquer et être des acteurs de santé, voire participer au suivi des maladies chroniques, et je crois qu'ils ont peut-être quelque chose à faire à condition d'avoir des espaces de confidentialité. Enfin, tout ça est assez compliqué, mais si on veut redonner du temps médical, il faut que les médecins soient déchargés de tâches administratives, mais soient surtout concentrés sur le diagnostic et le suivi du traitement.

### **Claude LE PEN**

Une question à Lyse Brillouet, qui représente France Telecom. Est-ce que la télémédecine, les nouvelles technologies peuvent amener une contribution à ce débat de médecine de proximité, d'éloignement, et cetera, quelle est la contribution ? Et qu'est-ce que vous pouvez offrir, vous, comme services, pour aider les médecins face à ce problème géographique ?

### **Jean-Luc PREEL**

Dans la télémédecine, j'ai auditionné dans le cadre de la prévention une expérience très intéressante qui a été lancée par Groupama. Groupama a introduit des rétinographes mobiles, dans les Ardennes, pour la prévention de l'hypertension artérielle, les diabétiques, le suivi. Ils l'ont mis en place, et un contrat a été mis en place avec un ophtalmo, n'ayant pas d'ophtalmo dans les Ardennes, qui peut lire la rétinographie. Ils sont confrontés à un problème que je trouve un peu absurde, c'est que quand ils vont dans les communes, ils ne savent pas à qui ils ont accès, parce qu'on n'a pas accès aux données de santé. Monsieur Babusiaux travaille depuis des années pour essayer d'avoir un meilleur programme, mais ce n'est pas comme ça qu'on le résout, mais je trouve l'idée du rétinographe mobile avec télésanté et avec un ophtalmologue qui peut le lire intéressante, mais ils butent sur un problème un peu complexe.

### **Lyse BRILLOUET Directrice de la stratégie, Orange Healthcare**

C'est bien, au moins, c'est un sujet qui passionne. Quelques propos en toute humilité, puisqu'on a bien conscience d'occuper une place un peu particulière au sein des interlocuteurs qui sont présents aujourd'hui. En fait, au risque de paraître un peu fade, on n'est pas là pour prendre parti, mais plutôt pour aider à comprendre quelles places peuvent jouer les nouvelles technologies dans les enjeux autour desquels vous convergez. On a entendu parler de coopération entre professionnels, on a entendu parler d'efficience, de prise en charge sous de nouvelles formes de maladies chroniques, et ça, finalement ce serait sans doute une gageure que d'imaginer le résoudre exclusivement par de l'humain ou de nouvelles formes d'organisation. Ce que nous souhaitons démontrer, c'est que la convergence des outils de télécommunication et des outils informatique peut considérablement aider d'ores et déjà à résoudre un certain nombre de difficultés organisationnelles et de processus de coopération entre professionnels de santé, et finalement, nous nous heurtons à deux grands types de barrières. La première est une barrière comportementale, et je salue les propos de Monsieur Leicher sur le conservatisme, puisqu'il serait temps quand même de ne pas vivre l'informatique comme quelque chose de subi, mais plutôt comme quelque chose de choisi. Là, effectivement, on a plutôt tendance à rejeter ce que l'on méconnaît, donc il est temps que ces matières fassent leur entrée à la faculté de médecine dans les programmes de formation initiale. La seconde carrière est plutôt de l'ordre de l'investissement. Là encore, on a bien compris que l'exercice libéral faisait que c'était le médecin lui-même qui investissait dans son outil de travail et que dans la mise en place de nouvelles formes de coopération, que ce soit au travers de maisons colocalisées ou virtuelles, on va avoir

besoin d'investir à une autre échelle dans les outils qui seront à la disposition des professionnels de santé, et donc il faut peut-être repenser ces formes d'investissement.

Les nouvelles technologies peuvent donner accès aux soins dans des conditions plus égalitaires en termes de distance, en termes de plages horaires, en termes d'accès aux ressources. Aujourd'hui, la difficulté n'est pas technologique, elle n'est pas technique ; vous parliez de l'expérience dans les Ardennes, on en a plein d'autres sur le diabète, l'hypertension, l'insuffisance rénale, l'insuffisance artérielle, les pacemakers communicants, les maisons de santé colocalisées ou virtuelles, et cetera. On a même des études médico-économiques qui démontrent l'intérêt médical de la prise en charge des patients avec de nouveaux outils comme les Smartphones ; on a réussi à abaisser le taux d'hémoglobine glyquée, et cetera. Donc aujourd'hui, ce n'est plus un enjeu technologique, c'est un enjeu organisationnel et volontaire de la part des professionnels pour adopter de nouveaux outils, et comme on a plutôt tendance à être humble, on n'a pas demandé dans un premier temps à ce que les professionnels adoptent de nouveaux outils en changeant de pratiques médicales, mais on s'est inséré dans la pratique médicale et on a essayé de comprendre déjà aujourd'hui comment est-ce que ça fonctionnait, ce qui nous permet aujourd'hui de vous démontrer à quel point on a investi, c'est qu'on est capable de suivre un débat comme le vôtre alors que nous ne sommes pas tombés l'ingénierie humaine, mais dans l'ingénierie des technologies.

**Claude LE PEN**

Il y a des freins économiques, ou il n'y a que des freins sociologiques et comportementaux ?

**Lyse BRILLOUET**

Non, il y a des freins économiques, bien sûr. Ce serait un leurre de dire qu'on n'a pas besoin d'investissements, et du coup, il y a bien un obstacle à franchir pour pouvoir avoir le plein bénéfice de ce type d'outils, qui sont souvent partagés. On vient de finir un grand projet de partage d'imagerie médicale sur la région parisienne entre les hôpitaux et les radiologues de ville, par exemple, avec un accès à l'imagerie par patient et un paiement à l'usage de l'image pour chaque professionnel libéral, donc on a aujourd'hui des outils qui permettent d'abaisser le coût considérablement, et de se mettre dans la posture de ce qu'est capable d'investir un hôpital public, ce qu'est capable d'investir un hôpital privé, un libéral ou un cabinet groupé.

**Claude LE PEN**

Avant de donner la parole à Christian Saout à qui je vais demander de réagir sur l'ensemble du débat, avant de passer à la partie de la rémunération, un mot de réaction sur la télémedecine et sa contribution à la fois à la prise en charge des patients et l'efficacité du système.

### **Claude LEICHER**

J'espère simplement que la télémédecine ne deviendra pas ce que sont devenus les réseaux, c'est-à-dire beaucoup d'investissements avec peu de conséquence en termes de résultats sanitaires. Ce n'est pas du tout un mot contre la télémédecine ; c'est simplement pour dire que si on réinsère la télémédecine dans le parcours de soins avec un médecin traitant, ça sera opérationnel et ça sera extrêmement rentable. L'exemple du rétinographe, nous avons déjà une expérience en la matière en médecine générale en Poitou-Charentes. Si en plus on peut avoir une expertise par un ophtalmologiste, c'est encore mieux. Autrement dit, réinsérer la télémédecine dans ce qui existe déjà et dans le paysage d'organisation, ça améliorera l'organisation au lieu de désorganiser le début d'organisation que nous avons commencé.

### **Michel CHASSANG**

L'outil que vous avez développé est effectivement très intéressant et très prometteur notamment en termes de qualité des soins et d'accès du progrès à tous. On voit par exemple, pour le réglage à distance des pacemakers et autres, tout l'intérêt que ceci peut avoir, et vous en avez parlé également en matière d'imagerie. Je rappelle quand même une douloureuse affirmation qui fait qu'au moment où on parle, on n'a toujours pas de DMP, dossier médical personnel, dont on parle depuis quelques années, pour être gentil avec tout le monde. C'est un outil dont on a besoin. C'est bien qu'on parle de télémédecine et autre, mais la première des télémédecines, c'est de pouvoir échanger des données entre nous. Ce serait déjà pas mal. Ensuite on a beaucoup de progrès à faire, et c'est l'enjeu de la nouvelle convention et en particulier du volet d'organisation du cabinet qui est contenu dans le fameux P4P, Le challenge qui est devant nous, c'est l'informatisation communicante des cabinets médicaux. On est très loin du compte. Tous les médecins ont un ordinateur sur leur bureau, mais 50 % l'utilisent à des fins médicales. On voit tout le progrès qui nous reste à faire. Ça, c'est un enjeu considérable, et c'est à mon avis la priorité des priorités de cette nouvelle convention. J'espère que dans cinq ans, tous les cabinets médicaux seront informatisés. Vous savez, ce n'est pas simple, parce qu'on revient de très loin.

### **Claude LE PEN**

Patrick, contribution des technologies à la construction d'une maison pluridisciplinaire ?

### **Patrick BOUILLOT**

Par rapport à tout ce qui a été dit, on voit bien que chacun défend un peu sa chapelle. Je pense qu'il faut que chacun regarde un peu ce qui se passe chez les autres. J'ai été un peu frappé de voir tout à l'heure ce que vous disiez sur l'hôpital et sur les libéraux, en disant que le libéral, c'est contrainte zéro. Il ne faut pas exagérer, il ne faut pas dire des choses comme ça. On sait très bien les contraintes qui pèsent sur le mode d'exercice libéral, ce n'est pas le problème. Certains préfèrent un exercice salarié, d'autres un exercice salarié, d'autres un exercice libéral, dont on a essayé de définir les contours, ce qui n'est pas très facile. Il faut être en lien direct avec le terrain.

Quand vous êtes dans un territoire, et je pense qu'il faut effectivement revenir à une notion de territoire, c'est à mon avis ce qui est aujourd'hui le plus pertinent, il faut regarder par territoire quels sont les besoins. Il faut que tout le monde se mette autour de la table et dise : voilà comment on va s'organiser, les libéraux avec l'hôpital et avec des centres où il y a des salariés éventuellement. Peu importe, il faut tenir compte des désirs de chaque médecin : certains préfèrent être salariés, d'autres libéraux parce qu'ils veulent garder une certaine liberté et ne pas avoir de hiérarchie par exemple. A partir de là, si j'en reviens à notre exemple de la Nièvre, compte tenu de tout cela, nous travaillerons avec l'hôpital, avec les médecins généralistes, ça va de soi, et avec les maisons de santé pluridisciplinaires. Pour ça, nous comptons bien utiliser toute la technologie moderne, évidemment. Là, on n'est pas fermé à ça, on est bien au contraire très ouvert. Il faut recadrer un petit peu tout ça ; aujourd'hui, quand on parle de télémédecine, beaucoup de médecins ne savent pas à quoi ça correspond. L'informatisation, la télémédecine, c'est très compliqué ; quand on dit que les médecins ne font pas d'efforts, si, les médecins font des efforts, encore faudrait-il qu'on leur propose des choses cohérentes et qu'ils y voient un peu clair. Je pense que le problème, il est là. Alors quand on s'y intéresse, on arrive à comprendre et à voir ce qu'on va utiliser, mais quand on ne comprend pas, évidemment on se ferme. Je pense qu'il y a un gros effort à faire pour former les gens et être un peu plus clair. Aujourd'hui, il y a une foultitude de logiciels, il faudrait revenir à quelque chose qui soit plus raisonnable.

#### **Claude LE PEN**

On est d'accord.

#### **Christian SAOUT**

Une première remarque : si on pouvait sortir de cette réunion avec une contribution importante à la science économique, ça serait formidable. Je trouve quand même qu'on vous a tous fait des remarques sur vos indicateurs et vos critères. Ce qui nous intéresse, c'est le temps médical disponible rapporté au nombre d'habitants sur un territoire. Tout le reste sont des visions statistiques commodes, aimable, pertinentes, tout ce qu'on veut, mais ce n'est pas la vraie vie des gens. Deuxièmement, on aura de plus en plus besoin de ce temps médical disponible pour plein de raisons que vous connaissez tous ici, la complexité de pathologies, l'intervention des nouvelles technologies, et cetera. Troisièmement, on aura de plus en plus besoin de ce temps médical disponible en proximité. L'idée qu'on va tous aller aux urgences demain matin, pour la population, c'est une idée extrêmement étrange. Ils y vont parce qu'ils ont un intérêt, soit parce que c'est ouvert, vous l'avez dit, soit parce qu'effectivement on ne paie pas ou il n'y a pas de ticket modérateur, il y a plein de raisons qui expliquent ce tropisme sur les urgences, mais il n'y a aucune raison que ça continue comme ça. Nous avons besoin de temps médical disponible. Vous n'allez tout de même pas demander aux patients de revenir systématiquement à l'hôpital et de faire 80 kilomètres pour un module d'éducation thérapeutique. Je ne sais pas où on est, là, on est chez les dingues ; les gens veulent avoir des soins là où ils vivent, ça me paraît extrêmement important. D'ailleurs, allez visiter de temps en temps un désert médical, c'est fou ce qu'il y a comme monde dedans, donc qu'on ne me raconte pas d'histoire, il y a du monde dans les déserts médicaux : je

les fréquente. Quatrième idée, il me semble qu'il faut avoir cette idée que nous avons un service public de santé et qu'il y a une responsabilité de la puissance publique à organiser le service public de santé. Ce n'est pas pour autant, je m'empresse de le dire, qu'on va mettre des kolkhozes et des sovkhoses médicaux partout. Le service public s'incarne, vous le savez bien les uns et les autres, de différentes façons. Il y a du privé, du public, et même du privé non lucratif, donc il y a de quoi faire, et demain matin, il y aura peut-être des sociétés coopératives d'intérêt collectif de patients qui voudront créer un centre de santé, parce que si ce ne sont pas eux qui le font, ce seront des sociétés privées pur jus qui investiront les territoires où il y a du monde et pas d'offre. De toute façon, ce n'est pas la première fois que quand il n'y a pas d'offre privée, on fait de l'offre publique. A quelques encablures d'ici, certains se souviennent peut-être de cette affaire Ville de Nanterre qui avait donné lieu à un grand arrêt du Conseil d'Etat, où on avait reconnu la possibilité pour la ville de Nanterre d'ouvrir un cabinet dentaire parce qu'il n'y avait pas d'initiative privée. Donc quand il n'y a pas d'initiative privée, et qu'on a par ailleurs un service public de santé, c'est à la main publique de le faire. Les choses sont comme ça, parce que vous n'allez et nous n'allons de toute façon pas continuer d'exposer les politiques à un risque qui est celui de la responsabilité d'un décès pour inorganisation du service public de santé. De toute façon, on va devoir le faire, donc on devra bien y aller. Ça, ça veut dire que partout dans les territoires, il faut qu'il y ait des centres de santé, des lieux de santé, personne n'en doute. C'est mieux effectivement si ça correspond à une ambition des professionnels de santé eux-mêmes, mais j'ai envie de vous dire, c'est encore beaucoup mieux si ça correspond à des besoins populationnels, parce que ne croyez pas que les payeurs vont payer deux fois la même chose au même endroit. Non, évidemment, il faut aussi que ça corresponde à des besoins populationnels. Cette idée, que je comprends de la part d'un esprit libéral, qui dit : il faut quand même que ça m'intéresse un peu, que ça me ressemble, du côté du citoyen qui paie des impôts, il faut aussi que ça corresponde à un besoin populationnel, donc ne l'oublions jamais. Là, je rejoins assez volontiers ce qui a été dit sur la nécessité d'avoir des infra-territoires ambulatoires, ce n'est certainement pas les conférences de territoire qui recouvrent un département et qui sont au surplus très médico-social qui vont nous donner cette approche-là. Il faudra probablement aller un peu plus loin qu'on n'a été dans HPST : de la même manière qu'on a fait des communautés hospitalières de territoire, il faut avoir des communautés ambulatoires de territoire. C'est la seule manière de réfléchir une offre et de réfléchir à des choses de manière cohérente. Deux derniers mots, Claude, je ne sais pas si c'est d'irritation, sur cette histoire de la télémédecine. Ça, franchement, je vous regarde, parce que vous allez en prendre une soufflante. Attendez, calmons-nous, je ne savais pas que France Telecom faisait de la télémédecine, parce que quand même, dans la loi, c'est marqué que les actes de télémédecine sont des actes de médecine. Maintenant, si France Telecom est un médecin, vous m'appellez de bonne heure ! Ce que vous faites et ce que vous proposez, ce sont des solutions informatiques qui peuvent servir de support à la télémédecine, ou qui servent de support à la télésanté, ce qui n'a rien à voir. La télésanté, d'abord, vous n'allez pas nous facturer ça sur la beauté du geste, donc vous allez nous les faire payer, et ça va avoir pour conséquence essentielle, nonobstant l'intérêt de ces solutions, je ne discute pas de l'intérêt de ces solutions, d'aggraver les inégalités de santé. Il y a ceux qui disposeront des moyens d'acheter vos services de santé électroniques, ou qui auront les moyens de se les faire payer par leur complémentaire, et

ceux qui n'auront pas les moyens, et c'est comme ça que ça va terminer. Alors on peut y aller, mais tant qu'on n'aura pas décidé de la quantité de télésanté qui est dans le panier de soins, et qui est à tarif opposable, on discutera de l'accès à quelque chose qui est probablement bien, je n'en disconviens pas, mais qui aura des effets ravageurs sur l'égalité de l'accès aux soins. Donc faites attention quand vous nous vendez ça, parce que c'est très irritant. C'est autant acceptable de comprendre qu'effectivement, ceux qui fabriquent de l'ingénierie informatique sont des leviers considérables pour améliorer la coordination des soins, parce que ne doutons pas qu'elle passera par-là, mais attention à ne pas vendre une solution techniquement adaptée pour un projet ironiquement délirant.

**Claude LE PEN**

Vous avez un droit de réponse, c'est incontestable, en dépit du temps qui passe.

**Lyse BRILLOUET**

Je vais être très brève. Je pense que Monsieur Saout devrait mieux comprendre ce que nous faisons, parce qu'effectivement, nous ne sommes pas médecins. Nous construisons des architectures pour soutenir des actes médicaux. Ça reste à la main des professionnels de santé, et c'est sans doute la raison pour laquelle ça n'avance pas si vite.

**Claude LE PEN**

Ce sont les technologies qui sont au service des médecins, ça c'est clair.

**Lyse BRILLOUET**

S'il vous plaît, parce que ça ressemble à un débat à charge, alors que justement, nous avons l'humilité de nous mettre aux cotés des médecins et de travailler sous leur plume. Nous ne sommes pas là pour quelque chose de mercantile, nous sommes là pour faire prendre conscience plutôt pédagogiquement de l'intérêt de ce type de solution, et nous sommes dans les télécommunications plutôt que purement dans l'informatique et les logiciels dont vous parliez tout à l'heure. C'est plutôt pour créer le lien entre les personnes et garantir ce lien, mais je suis disponible après ce débat pour vous en reparler si vous le souhaitez, je pense que ce serait certainement utile.

**Claude LE PEN**

Voilà un contact qui est pris, et je suis sûr que Christian va réviser ses avis en vous parlant un petit peu. Claude, on va parler de rémunération quand même.

### **Claude LEICHER**

Oui, mais c'est justement pour faire le lien entre les deux, parce que si on arrêta cette table ronde à ce stade-là, pour l'instant je n'ai pas entendu de solution ni de demande des politiques d'ailleurs, ni des professionnels, or il me semble que dans cette affaire-là, on est sur des besoins de santé et sur une garantie territoriale d'accès aux soins. Donc il y a des propositions que nous devons faire qui doivent tenir compte du médecin traitant, du besoin de travail en équipe, du côté libéral ou salarié qui n'a pas d'importance dans cette affaire-là, et qui avec les modes de rémunération permette d'aboutir à un résultat, et je ferai des propositions, parce que ça concerne les modes de rémunération.

### **Claude LE PEN**

Vous ferez des propositions ; communiquez-les-nous, on les diffusera dans le cadre de DESSEIN, on vous réinvitera. Il faut qu'on passe au dernier sujet qui est la rémunération, il ne nous reste pas beaucoup de temps, Dieu merci on en a déjà un peu parlé déjà avant. Il y a deux sujets sur la rémunération, le premier, c'est la place du paiement à l'acte, on n'en a pas beaucoup parlé donc peut-être qu'on pourrait au moins revenir là-dessus : la place du paiement à l'acte, un socle, mais complété par des forfaits, le paiement à la performance, des forfaits qui sont aussi des incitations éventuellement à aller s'installer dans des zones de désertification ; donc une complexification de la rémunération, qui reste avec un paiement à l'acte, mais qui se désertifie. L'autre sujet chaud, c'est le dépassement d'honoraires et le secteur optionnel, avec trois questions : les dépassements d'honoraires doivent-ils disparaître ? Doivent-ils être payés par les complémentaires dans le cadre d'un accord, ou bien comme le suggérait Brigitte, par le régime obligatoire qui élèverait les tarifs pour éviter ou diminuer l'incitation au dépassement ? Je vous suggère plutôt, parce qu'il y a ce problème, qui est dans l'actualité, de la volonté des complémentaires ou de la non volonté des complémentaires de rentrer dans ce sujet ; donc peut-être traiter plutôt cet aspect des choses : dépassement d'honoraires, le lancinant problème des dépassements d'honoraires et qu'est-ce qu'on en fait, et éventuellement, mais ça vous êtes libres, dire un mot sur la complexification de la rémunération. C'est un sujet un peu syndical, quand même, sur lesquels les syndicats doivent s'exprimer, et puis on demandera aux politiques de réagir et on fera un petit tout de conclusion.

### **Michel CHASSANG**

On a parlé d'accès aux soins, parce que c'est le même sujet, et quand on interroge les Français et quand on regarde la réalité, les dépassements d'honoraires sont un frein à l'accès aux soins, incontestablement, mais ne les exagérons pas non plus : ils représentent 20 % des causes de difficulté d'accès aux soins. La principale cause aujourd'hui, c'est tout ce qui n'est pas remboursé ; c'est ce qui a été évoqué tout à l'heure par Yves Bur notamment, le problème du dentaire, de l'appareillage, des prothèses, et cetera, le problème de la lunetterie. Ce sont là les problèmes essentiels, avec les franchises, le ticket modérateur, tous ces sujets-là. Donc ne résumons pas le problème de l'accès aux soins aux dépassements d'honoraires. Ça ne veut pas dire qu'il ne faut pas s'en préoccuper, j'y arrive. C'est plus prégnant dans certaines zones que dans d'autres,

puisque vous savez que la répartition des praticiens en secteur 2 n'est pas égale sur tout le territoire. Elle n'est pas égale non plus en fonction des spécialités, parce qu'il y a des spécialités comme par exemple la chirurgie, où les praticiens sont plus volontiers en secteur 2 qu'ils ne le sont dans d'autres. Mais qu'observe-t-on ? On observe qu'une des causes essentielles de développement du secteur 2 et des dépassements d'honoraires, c'est la déconnexion progressive qui s'est instituée entre le tarif pratiqué et le tarif remboursé, et donc, incontestablement, le blocage de la valeur des honoraires pendant des années, notamment des actes de chirurgie, a favorisé ce qu'on appelle les dépassement des honoraires – ce que nous préférons nous appeler complément d'honoraires, puisqu'il s'agit en fait de la part d'honoraires non remboursée par rapport au tarif de base. On voit bien que toute solution à ce sujet passe incontestablement par une revalorisation de l'acte de base, et là-dessus, je suis d'accord avec Brigitte Dormont, il y a nécessité d'investir sur la valeur de l'acte lui-même. Ceci étant dit, qui va payer ? Est-ce que c'est à l'assurance obligatoire de la financer, sachant que ça représente quand même des sommes relativement importantes, pas loin de 2 milliards d'euros, ou dans le contexte économique actuel, est-ce qu'il n'est pas plus logique que ce soit le complémentaire qui déjà rembourse de façon très anarchique ces compléments d'honoraires ? Est-ce qu'il n'y a pas lieu de contractualiser tout ça et de faire en sorte qu'il y ait plus de lisibilité et qu'il y ait plus d'harmonie dans le remboursement et dans la prise en charge de ces compléments d'honoraires par les assurances complémentaires ? C'est le pari qu'on avait fait dans le secteur optionnel. J'observe dans le secteur optionnel que, je ne sais plus qui l'a dit tout à l'heure, mais que les choses soient claires là-dessus, les professionnels ne sont pas opposés au secteur optionnel puisque nous l'avons signé ; je vous rappelle que les principaux syndicats, représentants des médecins spécialistes qui sont directement concernés par ce sujet, l'ont signé. Donc dire que les professionnels sont opposés au secteur optionnel, c'est quand même un abus de langage. Que tout le monde ne soit pas d'accord avec le secteur optionnel, c'est une réalité. Et notamment au plan politique et des financeurs. Puisque c'est vrai qu'il y a un gros financeur, la Mutualité française, qui pour l'instant est très réticente au secteur optionnel, en dépit des textes qu'elle a déjà signés par le passé, de nombreux textes, y compris d'ailleurs celui de 1993, la convention médicale avec le ministre de l'époque qui s'appelait René Teulade, qui avait des liens assez forts avec la Mutualité française. Je referme la parenthèse. La solution, il faudra la trouver parce que je pense que cette dualité secteur 1, secteur 2, a vécu. Il va falloir essayer de trouver une solution pour faire en sorte que ces deux secteurs se rejoignent. Or il n'y a pas de solution miracle. Il y a ceux qui disent qu'on va fermer le secteur 2. C'est combien ? Est-ce possible ? Est-ce que les médecins qui aujourd'hui pratiquent des forts dépassements vont rentrer dans le système ? Donc on voit bien que ce sujet doit être abordé de façon très pragmatique. Je pense qu'il faut agir dans tous les sens. Il faut investir dans la valeur de l'acte de base. Il faut effectivement recentrer le cœur de remboursement et de prise en charge des assurances complémentaires sur ce qui est plafonné, ce qui est maîtrisé et ce qui est lisible pour tout le monde. Et enfin, je pense qu'effectivement il faut regarder de près les problèmes des dépassements excessifs qui polluent le système. Ça veut dire en clair qu'il y a un certain nombre de praticiens, pas toujours dans le libéral d'ailleurs, ils sont souvent en hospitalier qui incontestablement, le moins que l'on puisse dire, dépassent le tact et la mesure. Ça nécessite de

prendre à bras-le-corps ces sujets-là. C'est de cette façon pragmatique à mon avis qu'il faut envisager les choses.

### **Claude LE PEN**

C'est un problème qui a dérivé, qui est *out of control*. Mais je suis d'accord que c'est un système qui a vécu. C'est un système qui correspondait à une époque, c'est terminé. Mais maintenant, en sortir ce n'est pas simple comme tu l'as dit. Je suis d'accord.

### **Claude LEICHER**

On n'a pas répondu du tout. Il n'y a aucune proposition qui est sortie du secteur optionnel.

### **Claude LE PEN**

Le secteur optionnel qui est un peu bloqué aujourd'hui par la Mutualité. On ne sait pas trop si c'est pour cette raison-là ou à cause de la taxation.

### **Claude LEICHER**

Je ne vais pas d'abord parlé du secteur optionnel. Il y a d'autres problèmes. Je reviens, pour faire la transition, avec le débat sur la rémunération, sur les différents modes de rémunération. Si on veut partir des besoins de santé de la population, l'accès aux soins est une variable centrale de l'organisation du système de santé. Si on veut, deuxièmement, rester dans le cadre de l'organisation progressive qui se met en place en France du système de santé autour de, j'ai un médecin traitant qui organise un parcours de santé et qui ensuite organise des accès aux différents professionnels et structures dont ma santé nécessite l'intervention, évidemment et si on veut garder un exercice en partie libéral, ou en totalité libéral, peu importe, il faut jouer sur la variable qui est le mode de rémunération. La raison pour laquelle depuis 25 ans nous proposons de diversifier les modes de rémunération tient à cela. Il faut garder du paiement à l'acte. Pourquoi ? Parce que le paiement à l'acte induit de la souplesse, de la réactivité. Donc s'occuper d'un million de personnes ou de 60 millions de personnes dans un mode de rémunération à l'acte, c'est possible. Mais ne pas rémunérer l'astreinte du médecin qui est de garde mais qui ne voit pas de patient, c'est ce qui nous a poussés à introduire les forfaits d'astreinte. Nous avons également introduit le forfait médecin référent dans la première expérimentation du médecin traitant en 1997-1998. Et donc si on veut conserver ces différentes variables, rester dans une certaine logique et dans une certaine cohérence, il faut attacher une part beaucoup plus importante de la rémunération des médecins libéraux au fait qu'ils ont un engagement réciproque avec un patient qui les a choisis comme médecin traitant. Le forfait médecin traitant est, je dirais, l'idée générale autour de laquelle doit se structurer la répartition démographique notamment des professionnels de santé. Si vous avez mille patients qui n'ont pas de médecin traitant et que vous avez mille forfaits médecin traitant offerts, si des médecins veulent s'installer à l'endroit où tous les patients ont un médecin traitant, où cela leur sera beaucoup plus difficile, ils seront bien entendu plus

attirés vers les endroits où il y a des forfaits, entre guillemets, disponibles – bien entendu, je parle de forfaits mais je dois dire des patients qui attendent un médecin. Ensuite, de moduler la valeur de ces forfaits, c'est de l'économie libérale de l'offre et de la demande. Est-ce que ce serait suffisant ou pas, ce n'est qu'après avoir fait cela que l'on pourrait passer à des modes de régulation beaucoup plus administrés qui, de mon point de vue à moi, feraient plutôt fuir les jeunes médecins de ce type d'exercice que les attirer. Je pense que ce n'est pas une bonne solution. C'est le chapitre pour faire la liaison avec les modes d'installation et c'est une façon de dire que le système libéral peut aussi s'attacher à offrir une garantie territoriale d'accès aux soins. Je rajoute aussi que dans cette affaire-là, il ne s'agit pas que de la rémunération des médecins. Je voudrais insister beaucoup et lourdement sur les équipes de soins et de premier recours. La garantie territoriale d'accès aux soins ne peut pas et ne se fera pas sur les seuls médecins. Quand il y a le pharmacien mais pas le médecin, quand il y a l'infirmière mais pas le pharmacien, quand il n'y a pas l'infirmière et il y a le médecin et le pharmacien, il faudra quand même qu'on assure une garantie territoriale d'accès aux soins dans toutes ces composantes, et pas seulement dans la composante médicale. Ceci dit, si dans l'équipe de soins de proximité, de premier recours, il n'y a pas de médecin, vous ne pouvez pas avoir d'équipe de soins de premier recours. Je dis équipe de soins, mais j'aurais dit équipe de santé. Ça, c'était la première chose. Deuxième chose par rapport au secteur optionnel, le secteur optionnel, ce n'est pas la tasse de thé de MG France ; on n'a pas signé le protocole d'octobre 2009. Simplement, on a dit dans cette convention, puisque certains la veulent unique, nous on s'occupe de la partie médecin traitant, d'autres s'occupent de la partie médecins correspondants et d'autres s'occupent de la partie médecins exerçant dans des plateaux techniques lourds. Il y avait un engagement vis-à-vis de ces médecins-là de développer un secteur optionnel. Cet engagement doit être tenu. Pour notre part, nous ne disons rien, nous ne faisons rien dans cette affaire-là parce que ce n'est pas notre affaire à nous. Je pense par ailleurs que ce n'est pas une solution pérenne à long terme. Cela reviendrait à créer un secteur 1 avec la valeur tarif opposable plus 50%. Alors autant s'intéresser au secteur 1, autant regarder la répartition des rémunérations dans le secteur 1. Il y a deux secteurs qui sont mal rémunérés dans ces tarifs opposables, ce sont les actes cliniques et ce sont les actes techniques non répétitifs. On va une fois en moyenne dans sa vie à l'hôpital, se faire opérer, pardon. On va accoucher quand on est une femme une fois, deux fois, trois fois, ou plus, je ne sais pas. Tout ça, ce sont des actes techniques non répétitifs. Ces actes-là ne sont notoirement pas correctement payés en France si on regarde la moyenne de ce qui est fait dans les autres pays. Et si on regarde aussi les besoins d'investissement technologique qui sont évidemment nécessaires. Donc dans cette affaire-là, il faut réinvestir le tarif opposable et je crois que l'heure de base, et je termine là-dessus, c'est qu'en 1995 on a fait une réforme qui a créé des ONDAM. Je vous rappelle que les ONDAM, ce sont des objectifs de dépenses d'assurance maladie. Ce ne sont pas des objectifs de dépenses de santé. Et donc le petit jeu aujourd'hui qui est un jeu que je trouve très politicien et très malsain pour le système de santé, c'est qu'on s'ingénie à diminuer la dépense de l'assurance maladie et de la déporter sur une dépense d'un régime complémentaire ou du reste à charge des ménages. Je vous rappelle que les ménages ont trois poches dans lesquelles ils ont de l'argent. Ils ont une poche régime obligatoire, ils ont une poche régime complémentaire et ils ont une poche reste à charge. Vous

pouvez vous amuser à piocher dans une des trois poches ou dans les trois, c'est toujours le même qui paye.

### **Claude LE PEN**

Absolument ; c'est tout à fait vrai. D'ailleurs, l'idée de dire que en augmentant les tarifs des complémentaires, on fait payer l'assuré. Si on augmentait les tarifs publics, on ferait aussi payer l'assuré. L'assuré paye tout *in fine*. Tout le problème est de savoir ce qu'est la forme de socialisation, s'il paye de lui, socialisation réduite aux mutualistes ou ce soit l'expression nationale dans le système public. Donc il y a une pyramide de socialisation base très large base restreinte et absence de base du tout. Donc ça c'est un faux argument de dire qu'on fait payer l'assuré. Brigitte, tu voulais dire un petit mot, mais rapide, parce qu'on n'est pas sûr d'avoir terminé.

### **Brigitte DORMONT**

C'est ce à quoi j'avais renoncé tout à l'heure, finalement ça tombe bien. Pour les assurances quand même, l'équivalent des prestations des assurances complémentaires, c'est deux points de CSG et actuellement comme l'assurance complémentaire est quand même facultative pour beaucoup de gens, certains paient 8% de leurs revenus pour avoir une assurance complémentaire.

### **Claude LE PEN**

L'assurance complémentaire est facultative pour tout le monde, sauf les contrats de groupe obligatoires.

### **Brigitte DORMONT**

Comme tu dis, la socialisation est très différente et ce n'est pas neutre que ce soit payé par des complémentaires ou par l'assurance obligatoire. Je voulais revenir sur l'histoire des tarifs, revisiter le secteur 1, et cetera. Est-ce qu'on peut se permettre d'augmenter les tarifs opposables ? Je crois que spontanément, on dit non, ce n'est pas possible, on a des dépenses déjà trop difficiles à contenir. En disant ça, on ne raisonne pas tout à fait correctement puisqu'on suppose que les volumes sont exogènes. Les volumes ne sont pas exogènes. On peut très bien essayer de négocier, là je parle à la suite de Claude Leicher, on peut essayer de négocier d'autres comportements pour les médecins, les médecins généralistes de première course qui ont vraiment une place centrale pour la décision de consommation de soins et je pense qu'il faut négocier très clairement des comportements qui vont dans le sens d'une rationalisation de la consommation de soins et en contrepartie offrir des tarifs opposables beaucoup plus conséquents pour cette plus grande responsabilité. Sur les propriétés des paiements, moi je voulais en parler tout à l'heure puisque sur le salariat, j'ai dit que cela nuisait à la qualité des soins, je suis effectivement allée beaucoup trop vite. Ce que j'avais en tête, c'était la question de la disponibilité du médecin. C'est clair que si un médecin est payé à l'acte, il va répondre à la demande du patient même à minuit, même dans certains cas puisqu'il y a quand même une rémunération qui est plus présente que si le médecin

est salarié. Si le médecin est salarié, il peut vouloir s'en tenir à des horaires prédéfinis. En tout cas, ce sont les propriétés a priori pour le même type de médecin, il peut réagir différemment en fonction de son système de paiement. Et quand même, les études qui sont faites confirment cela. Evidemment, il y a une hétérogénéité de comportement et tous les individus ne se comportent pas de la même manière mais en général, c'est ce qu'on trouve. Les propriétés des systèmes de paiement, c'est cela qu'il faut avoir en tête aussi, dépendent du contexte dans lequel ils sont mis en place. Le paiement à l'acte par exemple, s'il y a trop de médecins, c'est catastrophique parce qu'effectivement cela conduit à des comportements de demande induite. En revanche, s'il y a très peu de médecins, le paiement à l'acte peut avoir de bonnes propriétés puisque cela va donner une rémunération marginale au médecin qui accepte de rester ouvert plus tard, de répondre aux besoins des patients. Donc je crois qu'il faut avoir en tête que les paiements n'ont pas des propriétés indépendantes de leur contexte et que les volumes ne sont pas exogènes. Dernier point que je voulais évoquer, je reviens sur la médecine libérale, je crois qu'il y a un point très important qui est le libre choix : le libre choix du médecin par le patient. Je pense que c'est un point essentiel qui doit être conservé dans tous les systèmes, salariat, autre mode de paiement, parce que là, en tant qu'économiste, je pense que la qualité est une variable qui ne peut pas être contrôlée par la tutelle. Elle ne peut pas être régulée, elle ne peut pas être définie par un contrat. Le meilleur marqueur de qualité est de pouvoir changer de médecin, c'est de pouvoir s'adresser ailleurs, c'est de pouvoir chercher ailleurs autre chose si on a un très mauvais contact avec son médecin. De la même manière qu'il faut qu'il y ait à mon avis deux secteurs de l'hospitalisation en concurrence aussi pour la qualité de soins, il faut qu'il y ait plusieurs types de médecins, plusieurs types de paiements pour que les patients puissent avoir accès à la qualité qui leur convient.

#### **Claude LE PEN**

Toute revalorisation massive du secteur 1 sera évidemment une revalorisation conditionnelle, conditionnée sur quelque chose, les volumes, la qualité ; on ne peut pas imaginer une revalorisation qui ne soit pas négociée dans quelque chose, ce serait d'ailleurs assez logique de part et d'autre. Mais on ne va pas ouvrir une négociation.

De la salle

*(inaudible)*

#### **Claude LE PEN**

Ce n'est pas un problème de médecine générale avec des grilles tarifaires qui sont devenues compliquées, des nomenclatures...

De la salle

*(inaudible)*

**Brigitte DORMONT**

On peut penser qu'en clinique privée, il y a quand même beaucoup de demande induite.

**De la salle**

*(inaudible)*

**Claude LE PEN**

L'idée que la chirurgie en secteur 1 est mal payée est, je pense, assez partagée. Un mot parce qu'Yves doit partir et j'aimerais qu'il conclue.

**Un intervenant**

Oui, juste un mot. On parle de rémunération. Il y a en ce moment en ville l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération, article 44 de la loi de finances 2008, qui est en cours, qui va se terminer en 2013. Il faudra tirer un bilan de cette rémunération forfaitaire. Aujourd'hui, il y a une rémunération qui n'existe pas, c'est quand en ambulatoire, on bosse bien pour que la trajectoire avec l'hôpital soit bien faite et qu'en aval, ce soit bien organisé, en gros envoyer les informations : cela n'est pas payé aujourd'hui. Les gens qui travaillent bien sont sanctionnés puisque c'est sur leur temps personnel ou leur temps salarié. Et là, il y a vraiment une expérimentation d'un nouveau mode de rémunération à faire puisqu'on parle de la rémunération des médecins. Je pense que là, il faut regarder, il y a un vrai sujet et c'est l'articulation avec l'hôpital.

**Claude LE PEN**

Pour conclure, un petit mot de chacun de nos invités politiques. Yves Bur pour commencer.

**Yves BUR**

Vous m'excuserez mais je dois partir rapidement. Juste par rapport à la rémunération, ce qu'on constate aujourd'hui, c'est que la rémunération est en train, je dirais, d'éclater et que quelque part, les médecins ne retrouveront plus disons une rémunération simple. A mon avis, cela peut poser aussi des problèmes d'appréciation de ses frais de fonctionnement parce que tant qu'on était limité à la question de la rémunération à l'acte, les choses étaient relativement simples. Maintenant, s'il faut attendre l'appréciation des uns et des autres pour tel forfait, telle autre rémunération, je crois que ça va complexifier. Quand vous dites en plus qu'il faut rémunérer la bonne prise en charge dans l'organisation, on voit bien que quelque part, cela va totalement éclater. Deuxièmement, sur la question des dépassements qui sont vraiment un problème qui s'impose dans le débat public et que je m'étonne qu'on ne fasse pas davantage parler les représentants des assurés parce que finalement ce sont eux qui payent. Ce n'est pas uniquement un problème syndical, c'est un problème pour tous les Français qui les vivent. C'est deux milliards et demi, non pas simplement avec les prothèses et les lunettes, c'est deux milliards et demi sur les

soins médicaux et donc cela représente 10% de l'ensemble des soins médicaux. On n'a pas avancé d'un iota sur cette question-là. La question du secteur optionnel est un pari sur l'avenir. Moi, personnellement, je n'en suis absolument pas convaincu parce que ça ne règle ni le problème des trois quarts des médecins qui sont en secteur 1, ni le problème plus général de la rémunération de l'ensemble des spécialistes, je ne parle même pas des médecins généralistes. Il y avait une solution d'urgence qu'on a débattue à plusieurs reprises et Jean-Luc et moi, on s'est dit à un moment donné que dans l'urgence, il faut que les gens aient accès à des soins opposables quand ils ne sont pas couverts. Je rappelle que deux tiers des assurances complémentaires ne prennent quasiment pas en charge les dépassements, et donc il y avait cette possibilité de dire qu'il y a une obligation de prendre en charge au moins 30%, finalement c'est le chiffre qui est pris dans le secteur opposable, de dire que cette obligation s'applique à tout le monde. Il y a la question, et c'est une question d'urgence, pragmatique, simple. Deuxièmement, c'est la question du tact et mesure, là, je dois avouer qu'on a fait appel à l'Ordre. Aujourd'hui, on n'y voit rien, rien n'a changé et si nous sommes souvent sollicités par les patients, c'est justement parce que c'est le tact et mesure qui manque et que cela devient vraiment scandaleux, même les responsables syndicaux remarquent qu'un certain nombre de rémunérations, à l'hôpital comme en ville, sont je dirais, proprement scandaleuses quand elles ne sont pas adaptées à la situation de la personne. La question est de savoir s'il faut mutualiser ces dépassements au sein de l'assurance complémentaire. Je dirais que c'est un peu facile parce qu'on oublie que quelque part derrière, le patient va payer d'une autre manière ce qu'il ne paiera peut-être pas directement et que le vrai débat qui se pose, c'est effectivement : est-ce que nous sommes encore en capacité dans un système contraint financièrement de revoir la rémunération des professionnels de santé ? Cela ne pourra se faire que dans un échange. Jusqu'à présent, les économies se faisaient sur le médicament ; est-ce que dans le futur elles se feront davantage plus généralement sur les prescriptions, sur la qualité de la prescription et peut-être sur la qualité de l'organisation et en contrepartie on pourra dégager des marges de manœuvres pour mieux honorer les professionnels de santé ? Je crois que c'est un petit peu comme ça que nous devons certainement poser ce débat et ne pas simplement croire que la seule voie de sortie, c'est le patient qui doit payer de plus en plus cher. Je pense qu'il y a encore d'autres manières de développer un système solidaire.

### **Jean-Luc VERET**

Quelques remarques sur ces différents sujets. La première, c'est qu'on a un paradoxe de la médecine libérale qui représentait symboliquement une certaine notoriété, un certain statut social et qui au bout du compte n'est pas si bien valorisée que ça. Beaucoup de nos concitoyens dépensent plus de sous chez leur coiffeur que chez leur médecin, ce qui représente mal la notabilité d'une profession à responsabilités. C'est un paradoxe. De ce point de vue, ce paiement à l'acte avec la maîtrise du coût des actes telle qu'elle a été pratiquée n'est pas du tout incitatif à des comportements citoyens puisque c'est plutôt une incitation à la médecine rapide qui n'est pas forcément la médecine de qualité. Je pense qu'on arrive aux limites du fonctionnement du paiement à l'acte et la tentation n'est pas très satisfaisante. Le paiement à l'acte n'est pas adapté non plus aux nouvelles missions de la médecine telle qu'on a pu en parler à plusieurs reprises.

Deuxième remarque, c'est qu'on invente beaucoup d'imagination pour continuer périodiquement à augmenter le reste à charge des usagers, qu'il s'agisse des forfaits, des dépassements d'honoraires, des non-remboursements, des franchises, du secteur 2, et cetera. Le résultat est toujours le même : on augmente le reste à charge des usagers et on est arrivé à une situation insupportable du point de vue de l'accès aux soins. On a un des systèmes de santé qui coûtent le plus cher, qui avait quand même l'avantage d'être relativement accessible à tous, on est en train de perdre ce deuxième avantage. Le rapport qualité prix ne vaut plus le coup. Je ne reprends pas le débat en détail. Nous nous sommes vraiment pour l'augmentation des remboursements toutes formules confondues.

### **Claude LE PEN**

La troisième section sera consacrée exclusivement à ce sujet.

### **Jean-Luc VERET**

Troisième remarque, c'est qu'il ne faut pas se faire trop d'illusions. La conscience professionnelle ne dépend pas directement du mode de rémunération. Il y a énormément de conscience professionnelle chez les salariés, dans des hôpitaux, il y en a aussi chez des libéraux. Il y a aussi parfois des pratiques discutables. Je ne suis pas sûr qu'on puisse dire qu'il y a un rapport direct entre les deux. Cela ne me semble pas être la bonne manière de prendre le débat. L'autre remarque aussi, c'est que je crois qu'aujourd'hui, les jeunes en particulier, un certain nombre de jeunes femmes médecins sont tout à fait prêtes à prendre des postes de médecins salariés par rapport à tout ce qui a été dit sur les conditions de travail, la capacité de maîtriser ses horaires, et cetera. En conclusion, une remarque ou deux. C'est de dire que quand même les vraies solutions sont à explorer du côté de la coordination des soins et du côté de la prévention. J'en ai parlé aux élus, on passe un peu vite ces choses-là, la gestion nous prend beaucoup, c'est normal, mais n'oublions pas le sens. La coordination des soins, je vous donne un objectif : supprimer les examens faits en double et chiffrer le budget que cela représente. Il y a une manne possible. En prévention, baisser de 10 % le diabète. Quand on voit l'augmentation, ce n'est pas impossible d'y arriver. Le diabète, c'est 12,5 milliards d'euros par an ; 10 % c'est 1,2 milliard d'euros. Et les médicaments, je ne continue pas les exemples, mais il nous semble qu'une vraie politique de prévention avec des objectifs à échéances maîtrisées, une suppression du secteur 2, une augmentation du taux de remboursement, une coordination des soins maîtrisée et je ne pense pas qu'il y ait d'autres solutions que de nouvelles missions de la médecine générale qui sont à négocier avec la revalorisation. Je crois qu'il y a des pistes sérieuses de réorienter la politique de santé.

### **Claude LE PEN**

Suppression du secteur 2, carrément ?

**Jean-Luc VERET**

C'est l'objectif.

**Claude LE PEN**

D'accord à 10 ans, à 15 ans

**Jean-Luc VERET**

Si on est au ministère de la Santé l'année prochaine, de toute façon, il faudra négocier avec la profession et je ne sais pas si en trois mois, on pourra supprimer le secteur 2, supprimer les forfaits, supprimer les dépassements d'honoraires, arrêter les non-remboursements et supprimer les franchises. C'est notre ligne de conduite. Mais je pense qu'il y a possibilité si on se donne des échéances pragmatiques, je suis d'accord sur le pragmatisme, de se donner des moyens nouveaux en termes de recettes par une nouvelle politique de santé.

**Claude LE PEN**

Je vous titillais, je ne relançais pas le débat.

**Jean-Luc VERET**

Oui, mais je vous réponds.

**Claude LE PEN**

Jean-Luc Prél qui finalement récupère le mot de la fin, c'est formidable.

**Jean-Luc PREEL**

Je ne suis pas sûr non plus d'avoir raison. La rémunération est effectivement un vrai problème des professions de santé et j'ai bien conscience que l'argent a toujours été quelques fois une carotte. Il n'empêche que je ne pense pas judicieux d'opposer les libéraux et les salariés notamment hospitaliers. Je crois que c'est un problème, comme cela vient d'être dit, de déontologie, d'éthique et de conscience professionnelle, ayant été moi-même médecin à l'hôpital, j'y passais toutes mes journées et quelques fois mes nuits aussi pour un même salaire, cela ne m'empêchait pas de m'occuper des patients. Donc je pense qu'opposer les deux n'est pas forcément idéal. Je crois qu'aujourd'hui on va vers une rémunération mixte et tout le monde est à peu près d'accord. Dans de nombreux pays, c'est le cas aujourd'hui parce que tout le monde a constaté que à l'acte, cela a un côté inflationniste et uniquement la capitation c'est quelque fois le poil dans la main aussi. Donc mixer les deux, c'est sans doute une bonne idée que tout le monde reprend globalement. A la performance, c'est intéressant mais il faut que la performance soit sur la qualité et pas uniquement économique et on voit très bien avec la CNAM que sa volonté est surtout

économique. Je crois qu'il faut, quand on signe une convention, faire attention à cela et que la performance soit surtout sur la qualité des soins. Je n'insiste parce qu'il y aurait beaucoup de choses à dire là-dessus. Concernant les dépassements d'honoraires, c'est vrai que c'est une question d'accès aux soins aussi, on retrouve l'accès aux soins, et moi, j'ai un principe auquel je tiens beaucoup qui est ancien aussi, c'est finalement payer selon ses moyens et être (*inaudible*) dans ses besoins, ce qui me paraît être quelque chose d'important et d'intéressant. Le secteur optionnel n'est pas de mon point de vue la panacée parce qu'il ne règle pas comme l'a dit Yves Bur le problème du secteur 1. Le problème pour moi des spécialités cliniques, qui sont aujourd'hui plus défavorisées que les spécialités techniques, bien que le secteur optionnel soit aujourd'hui pour les spécialités après tout techniques, ce qui me paraît un peu curieux quand même, ne règle pas le problème des dépassements d'honoraires, comme cela a été dit tout à l'heure, et des complémentaires. Ils y sont très attachés en disant que finalement ceux qui sont, dans beaucoup de départements, en-dessous des 50 %, auraient tendance à monter au-dessus, ce qui est un problème. Cela ne règle pas le problème des gros dépassements d'honoraires qui bien sûr n'auront aucune envie d'être dedans. Et je n'ai pas bien compris que les 30 % à tarif remboursable quand ils seront choisis, est-ce qu'ils seront tirés au sort ? Comment cela se passera ? Comment on décidera des 30 % ? Est-ce que je suis dans les 30 % ? C'est me semble-t-il un problème qui n'a pas été résolu. La vraie raison, la vraie solution, je l'évoquais tout à l'heure, c'est de mettre en place la somme technique et clinique qui n'est pas mise en place aujourd'hui sur les consultations qui serait sans doute le bon système, et de revaloriser régulièrement la somme clinique et technique. Il se trouve que Xavier Bertrand le dit aussi aujourd'hui : le problème, c'est qu'il n'y aurait pas dépassement d'honoraires si on avait revalorisé. Mais comment est-ce qu'on peut revaloriser avec un ONDAM à 2,5 ? Je ne suis pas sûr qu'on arrive à résoudre le problème. Il ne m'a pas répondu quand j'ai posé la question ; il y a le rôle des complémentaires qui a été mis en place, et je voudrais terminer par deux questions. On met souvent en cause les ALD, en disant : il faut voir l'entrée et la sortie des ALD. Les deux exemples récents d'ALD, je ne connais que ceux-là : on a sorti les hypertensions artérielles ; est-ce qu'en sortant l'hypertension artérielle des ALD, on va améliorer les soins demain et la santé de nos concitoyens ? Et avoir sorti les cancéreux guéris tout en maintenant les cancéreux suivis ? Et puis un dernier mot sur le bouclier sanitaire : pour moi, c'est une fausse bonne idée. C'est éventuellement une bonne idée, parce que c'est selon ou non ses revenus. C'est le premier problème du bouclier sanitaire. Est-ce qu'on le fait selon le revenus ou pas selon les revenus ? Et si on le fait de tout façon, est-ce qu'on prend en compte tous les dépassements d'honoraires et tout ce qui n'est pas remboursé aujourd'hui ? Juste deux mots là-dessus, Claude, parce que tout le monde en parle !

### **Claude LE PEN**

Jean-Luc, tu reviens. La troisième séance y est consacrée et tu es là.

**Jean-Luc PREEL**

Deux points là-dessus : si tout est remboursé, demain, il n'y aura plus de complémentaires ; ou bien on ne prend pas en compte tout ce qui est remboursé, et à ce moment-là il y aura deux reste à charge, et je trouve que c'est inconcevable et impossible.

**Claude LE PEN**

Plutôt que de poser cette question fondamentale à une heure moins deux, tu reviendras dans le troisième débat. On compte sur toi sur le troisième débat sur le financement, qui sera consacré exclusivement à cette question. Et d'ailleurs, Christine va vous donner les deux rendez-vous qui suivent et vous remercier

**Christine ROULLIERE-LE LIDEC**

Effectivement, merci à vous tous, c'était un premier ballon d'essai qui a été passionnant grâce à vous. Vraiment un grand merci. Le prochain rendez-vous, c'est le 31 janvier.

**en partenariat avec :**  
**Université Paris-Dauphine**  
**Orange HealthCare Division Santé d'Orange, Glaxo Smith Kline,**  
**La Fédération Hospitalière de France, La Fédération de l'Hospitalisation Privée, La Fédération**  
**des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne, privés non lucratifs, Le Collège des**  
**Economistes de la Santé,**  
**le Laboratoire d'Economie et de Gestion des Organisations de Santé,**