ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

LES DÉBATS DE L'ORDRE

RESTITUTION

DEMAIN QUEL SYSTÈME DE SANTÉ ?

MERCREDI 10 AVRIL 2024

LES DÉBATS DE L'ORDRE

SOMMAIRE

OUVERTURE 3

TABLE RONDE N° 1 7
Du soin vers un parcours de santé : que voulons-nous ?

TABLE RONDE N° 2 26
Quelle appréciation des besoins de formation initiale
des professionnelsde santé ?

TABLE RONDE N° 3 44
Quels rôles pour les acteurs institutionnels dans la refonte
du système de santé ?

TABLE RONDE N° 4 59
Financiarisation et santé : quelle compatibilité ?

CONCLUSION 76

REMERCIEMENTS 77

OUVERTURE

DES DÉBATS DE L'ORDRE DU 10 AVRIL 2024

M. SZAMES.- Mesdames et Messieurs, bonjour. Nous commençons cette journée de débat consacrée à l'avenir du système de santé, thème ô combien d'actualité.

Nous aurons quatre temps forts, quatre débats pour alimenter cette grande thématique autour de l'avenir du système de santé.

Je vais d'abord appeler le Président du Conseil national de l'Ordre des médecins, qui a organisé cette journée de débat, pour quelques mots d'introduction.

F. ARNAULT.- Merci, Michaël.

Je veux tout d'abord vous remercier tous de prendre cette disponibilité d'une journée entière. Peut-être que vous ne resterez pas la journée entière, mais déjà que vous soyez là, si tôt ce matin, est pour nous une récompense.

Je vais commencer par remercier le vice-président Jean-Marcel MOURGUES parce que j'ai vu l'énergie, la conscience et le professionnalisme qu'il a mis dans la préparation de cette journée, et la liste des inscrits pour venir participer à ces débats est certainement le résultat du travail qu'il a fait en amont.

Jean-Marcel, je te remercie au nom de l'institution et en mon nom personnel.

Je veux accueillir tout le monde, je ne vais pas faire de cas particuliers même si je salue la présence de certains. Je vais faire une exception avec le doyen Veber, Président de la Conférence des doyens, dont je sais que l'emploi du temps est extrêmement tendu. Merci d'être là.

Je salue et j'accueille avec le plus grand plaisir tous les autres participants. J'ai vu la liste, je l'ai détaillée et j'ai été très heureux parce que cela répond à une ambition de l'Ordre de s'ouvrir à des partenaires très diversifiés dans le monde de la santé et à côté du monde de la santé.

Pour mener ces réflexions, nous avons repris les traditionnels débats de l'Ordre, car je vous rappelle que ce n'est pas une invention récente, il y a très longtemps que les débats existent ; ils ont été interrompus par la période épidémique, bien sûr, et depuis cette année, nous les avons repris.

Le dernier débat que nous avons organisé a été un succès. En tout cas, vu la participation et l'investissement des participants, je pense qu'il est venu tout de suite à l'idée de Jean-Marcel, et nous l'avons suivi, de recommencer.

L'actualité est plutôt porteuse. Pour organiser des débats sur la santé, on n'a pas beaucoup d'efforts à faire, on laisse certains responsables de haut niveau alimenter la chronique et le débat s'organise tout de suite.

Ces débats de l'Ordre sont d'abord un lieu d'échanges et de réflexions pour démontrer que l'Ordre est un partenaire avec tout le monde professionnel, avec les institutions et avec l'État. Le partenariat avec l'État, c'est principalement avec le ministère, et je ne sais pas si Mme DAUDÉ est arrivée, mais elle doit venir aujourd'hui.

Nous constatons heureusement que le partenariat est fiable et productif. Nous travaillons bien avec les services du ministère et nous avons plusieurs chantiers en préparation, auxquels nous attachons énormément d'importance ; nous aurons certainement l'occasion d'en parler aujourd'hui.

L'Ordre, au-delà d'être un partenaire, doit être à l'écoute de la société et des médecins. Écoute de la société, oui, parce que la société n'a peut-être jamais été aussi mouvante, aussi en évolution qu'actuellement dans de nombreux domaines. Des problèmes de société qui touchent notamment la fin de vie. Nous savons tous l'importance de la journée d'aujourd'hui avec la présentation du projet de loi en conseil des ministres. Je le dis pour les débats de la journée, si nous devons aborder ce sujet : nous n'avons pas encore le texte pour nous permettre de l'étudier et d'exprimer une position publique.

Nous avons exprimé une position publique depuis avril 2023, que j'ai confirmée récemment dans *Le Quotidien du médecin,* qui est une position d'ouverture, mais qui rappelle les fondamentaux de l'engagement déontologique des médecins.

Dans les attentes sociétales, il y a ce problème des soins palliatifs et de la fin de vie, et le problème des violences, ces violences dont les professionnels de santé -je pense qu'Éric PROU, Président de l'Ordre des podologues, qui est là, ne me contredira pas- sont victimes de la part des assurés sociaux.

J'ai vu ce matin qu'à peu près une fois par jour, un pharmacien est agressé. C'est absolument scandaleux et je pense que les pouvoirs publics et les Ordres doivent réfléchir à des moyens de protection mécaniques ou physique. Je ne sais pas comment il faut faire, mais un professionnel de santé ne peut pas se faire agresser dans sa profession, dans sa relation avec le malade. Ce n'est pas possible parce qu'inéluctablement, cela va changer la relation qu'il aura avec son patient.

Il y a des violences des médecins, mais aussi des victimes des violences dans la société. Nous pensons aux violences intrafamiliales -Marie-Pierre GLAVIANO-CECCALDI n'est pas loin- et vous savez que l'Ordre s'est engagé dans la protection de la population pour être aux côtés des victimes en créant le Comité national contre les violences intrafamiliales, qu'on a décliné dans tous les départements.

L'Ordre s'engage aux côtés de la population, aux côtés des victimes et, je le souligne, l'Ordre et les médecins surtout -plus que l'Ordre encore- sont aux côtés des victimes. Les médecins signalent, et ils doivent le faire de plus en plus, et il faut que nous les aidions à signaler. C'est un engagement ordinal : créer le dispositif législatif qui permette aux médecins de signaler tout en étant protégés sur le plan juridique.

Il n'y a pas de médecins ayant signalé qui ont été condamnés, cela fait partie des fake news. Les médecins qui ont été condamnés l'ont été pour d'autres faits que le signalement. Et cela, je le précise, puisque certains hebdomadaires auraient tendance à nous faire croire que nous n'avons que la justice ordinale, qui est indépendante, cela, je le rappelle aussi. La chambre disciplinaire nationale d'appel est indépendante et ne dépend pas de l'Ordre ; c'est une juridiction présidée par des magistrats qui sont des conseillers d'État ; ces décisions sont souveraines et il ne m'appartient pas de les commenter.

Ce que je sais simplement, pour avoir lu les décisions, puisque j'en ai le droit -elles sont publiques-, c'est qu'il n'y a pas de médecins condamnés parce qu'ils ont signalé. Cela, c'est faux. Je voulais le préciser.

Au-delà de cette vigilance sur les violences, nous souhaitons élargir cet accompagnement vers les délits de sujétion, c'est-à-dire avoir la capacité de signaler quand un patient abandonne son traitement anticancéreux au profit de propositions charlatanesques sous l'influence de quelqu'un. Le médecin doit pouvoir intervenir et c'est une des démarches qui est en cours et au bout de laquelle nous allons essayer d'aller, comme pour le signalement des violences intrafamiliales.

Ensuite, vous le savez, on administre la profession, la tenue du Tableau, c'est-à-dire l'inscription des médecins après leur qualification et après vérification de leurs compétences et des qualifications. C'est l'Ordre qui tient le Tableau. Les Ordres tiennent leurs Tableaux. Chez les podologues, c'est la même chose.

Et puis, au-delà de ces évolutions sociétales notables, qui sont nouvelles, bien sûr, il y a l'évolution de la profession, qui nous inquiète terriblement : le nombre de médecins formés après dix ans de formation puisque, maintenant tout le monde est validé sur les dix années, dans une spécialité et qui ne l'exercent pas est considérable. On se forme pendant dix ans à une spécialité -je vais prendre l'exemple de la médecine générale parce que c'est celle qui fait le plus mal-, et les étudiants qui ont fait des études de médecine générale ne vont pas l'exercer.

C'est terrible parce que c'est d'eux dont on a besoin, dont les patients ont besoin, c'est la médecine de territoire, la médecine de proximité, c'est le médecin traitant, c'est le pivot de l'équipe de soins, mais le pivot du soin, et ils ne s'engagent pas là où ils devraient être.

On peut continuer à dire qu'il faut former 30 000 médecins par an -je caricature un peu-, mais ce n'est pas vraiment la bonne réponse. Il faut d'abord s'attaquer au phénomène et au mal qui est qu'on n'exerce pas la médecine qu'on a apprise. C'est le vrai problème qui se pose à nos gouvernements, à nos ministres et au premier d'entre eux. C'est cela son vrai problème : réfléchir à comment on augmente l'attractivité de ce métier. Et je m'arrête pour ne pas entrer dans les négociations conventionnelles parce que ce n'est pas mon rôle.

L'Ordre a fait cinq propositions. On les résume comme cela, je ne vais pas les détailler, mais leur esprit, leur objectif, et je salue de nouveau la présence du Pr Veber parce que nous avons évoqué ces cinq propositions avec l'équipe dirigeante de la conférence et nous avons partagé quelques valeurs.

Il va falloir donner la possibilité aux médecins de ne pas rester enfermés dans une filière toute leur carrière parce qu'ils ne le font pas, ils ne le veulent pas. Il leur arrive de ressentir un besoin de changement, comme n'importe quelle profession sur le territoire, et il faut leur donner cette possibilité. Cela s'appelle la valorisation des acquis de l'expérience pour leur permettre de changer de direction.

Cette VAE existera, et je remercie Benoît Veber parce qu'on s'est engagé ensemble pour qu'elle soit universitaire et ordinale. Ce sera une force indiscutable et, en tout cas, une garantie, pour ceux qui vont s'engager dans cette VAE, de qualité et de compétence.

Et puis le ministère a sorti les décrets de ce qu'on appelle le deuxième DES, c'est-à-dire la possibilité de changer de spécialité. C'est également une avancée que le ministère a portée et qui est maintenant en place. C'est financé par l'assurance-maladie ou l'État pour les médecins publics, mais c'est quand même une réponse à ce problème des filières trop restrictives, trop dures.

Nous, à l'Ordre, nous proposons quelque chose en plus, mais c'est à l'étude avec la Conférence des doyens et le ministère : permettre, quand il y a cohérence entre les deux spécialités, peut-être d'exercer deux spécialités sous réserve de formation et de compétences. Ce sont des avancées assez importantes : l'Ordre autoriserait l'activité de deux spécialités. On mange un peu son chapeau, mais heureusement, parce que cela répond à un besoin et à une attente des jeunes.

Mais nous devons quand même réfléchir d'abord à la médecine que les jeunes qui sortent de leur formation veulent exercer ; c'est une des réponses. C'est très important de permettre des évolutions de carrière et c'est la réponse qu'on doit donner aux jeunes et aux anciens parce qu'au bout de 25 ou 30 ans, on a peut-être envie de modifier un peu son exercice pour faire valoir l'expérience qu'on a d'avoir exercé un métier où l'expérience est une valorisation qui n'est pas reconnue par l'assurance-maladie. Mais un médecin qui a de l'expérience, qui a fait 30 ans de soins, a un capital de connaissances bien supérieures à celles qu'il avait quand il est sorti de la faculté.

C'est son vécu avec les patients et il faut qu'il puisse avoir une respiration intellectuelle et professionnelle, et pouvoir, sans quitter le soin, avoir peut-être une autre activité à côté. C'est pour cela qu'à l'Ordre, nous demandons qu'il soit possible d'avoir une activité partielle à côté d'une spécialité.

Je ne veux pas être beaucoup plus long parce que le sujet, c'est plutôt le programme de la journée, mais je ne voulais pas que l'Ordre soit avec vous aujourd'hui et ne parle pas de tout cela parce que cela fait partie de notre quotidien, de nos engagements, de nos objectifs, de notre ambition.

L'équipe qui est en place veut moderniser l'Ordre, et celle qui était là avant nous -je vois Walter VORHAUER, avec qui j'ai travaillé trop longtemps pour ne pas parler de lui aujourd'hui. Cette évolution avait commencé, mais elle est passée à la vitesse supérieure. Nous modernisons l'Ordre dans sa réflexion, dans ses orientations, mais aussi dans sa gestion.

Nous voulons moderniser le rôle du médecin. Il ne peut pas être sanctuarisé pendant des décennies sans évoluer. Il faut être à l'écoute des médecins, être à votre écoute aujourd'hui parce que c'est un peu l'objectif de ces débats, réfléchir à la façon dont on entoure les patients, et il faut moderniser le rôle du médecin dans la société. En tout cas, il faut qu'ils écoutent, collent aux attentes de la société, sans vouloir pour cela aller dans tous les sens pour faire plaisir à ses malades. Non, mais si le médecin veut rester le guide pour ses patients, le conseil, il doit comprendre la société. C'est l'ambition de l'Ordre que j'ai l'honneur de présider actuellement.

Nous n'oublions pas, bien sûr, que nous sommes les garants de la déontologie, que nous avons ce rôle à jouer, que nous le jouons ; nous avons mis en place des outils ;

> Une Commission nationale des plaintes, présidée par Gilles MUNIER, ici présent, qui joue un rôle très important, avec une analyse et une exhaustivité de ces observations ;

> Un logiciel qui permet d'analyser et de répertorier toutes les plaintes afin qu'il n'y ait plus de plaintes qui soient oubliées ;

> Une réflexion sur le passé déontologique du candidat à l'inscription que nous allons publier et adresser aux conseils départementaux.

Certains thèmes comme les crimes, délits sexuels graves, pourront faire partie des raisons pour lesquelles on n'inscrit pas un médecin à un Tableau s'il a dans son passé judiciaire des éléments de cette nature.

J'ajoute devant le Président de la Conférence des doyens et devant le Doyen TOUZÉ, qui est là aussi, que ces recommandations faites aux conseils départementaux seront valables aussi pour les étudiants en médecine qui finissent leurs études et qui, dans leur passé d'étudiants, auront de tels événements à se reprocher.

Il est possible, et il faut qu'ils le sachent, que si un étudiant en médecine ne respecte pas la déontologie et se comporte de façon criminelle, il ne puisse pas exercer son métier après, il faut qu'il soit prévenu.

Ce sont des évolutions majeures de prise de responsabilités importante de l'Ordre et je ne voulais pas que nous passions cette journée ensemble sans l'évoquer avec vous.

J'en ai terminé, je cède la parole à Michael. Merci beaucoup.

M. SZAMES.- Merci Président, pour ce qu'on va appeler cette mise au point de l'Ordre.

1

DU SOIN VERS UN PARCOURS DE SANTÉ : QUE VOULONS-NOUS ?

LES DÉBATS DE L'ORDRE

01.

TABLE RONDE N°01 .

DU SOIN VERS UN PARCOURS EN SANTÉ : QUE VOULONS-NOUS ?

M. SZAMES.- J'appelle à mes côtés tous nos invités :

- **Isabelle VINCENT,** vous êtes chargée de mission au HCAAM.
- **Jean-Louis SPAN,** Président de la FDPM (Fédération Diversité Proximité Mutualiste)
- **Renaud COUPRY,** Président de la CRSA d'Ile de France qui nous rejoindra dans un instant en duplex
- **Marguerite CAZENEUVE,** Directrice déléguée de la CNAM
- **Julie CHASTANG,** Présidente de l'Union syndicale des médecins de centres de santé (USMC)
- **Nathalie ROSSO,** pédopsychiatre et responsable de la plateforme éthique du GHT Paris Est
- **Jean-Marcel MOURGUES,** Vice-président du Conseil national de l'Ordre, qui sera le modérateur de cette table ronde.

Merci à toutes et tous de bien vouloir vous prêter au jeu de ce débat. Nous saluons l'arrivée de M. COUPRY ; bonjour et merci d'être avec nous également.

Ce débat se veut interactif, vous le savez, c'est une coutume, c'est-à-dire qu'on vous fera passer un micro quand vous le désirerez.

On va d'abord commencer par un petit entretien entre nous pour lancer le débat. Après, c'est le jeu de l'interactivité, le jeu du débat, on se prêtera au jeu des questions-réponses.

Jean-Marcel MOURGUES, on va introduire ce débat sur la première thématique. Pouvez-vous nous dire ce que vous sentez, quelle définition vous mettriez sur le parcours de santé ?

JM. MOURGUES.- Il faut bien l'avouer, c'est une gageure de répondre en quelques minutes à cette question, mais il me semble, avant de lancer cette table ronde, et même l'ensemble de la journée, qu'il y a un prérequis nécessaire à tout débat et qui intéressera toute la journée.

Il y a manifestement, dans les débats actuels, un impensé qui n'a pas été précisé. Nous, collectivement, partie constituante de la société française, souhaitons-nous déjà rester sur le modèle fondateur de 1944/1945, qui avait ainsi refondé, après une période tragique, la Sécurité sociale ?

Quelques rappels rapides : le programme du Conseil National de la Résistance, qui avait été très transversal avec huit mouvements de Résistance intérieure, des syndicats, six représentants des principaux partis politiques reconnaissant la France Libre, avait ainsi défini, dans son programme prévisionnel pour la Libération, le 15 mars 1944, son plan sur la santé en visant un plan complet de Sécurité sociale visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État.

S'en sont suivies, comme vous le savez, les Ordonnances d'octobre 1945 qui assuraient la création du système de cette Sécurité sociale sur un modèle dit « bismarckien », à savoir une gestion par les partenaires sociaux, un financement par des cotisations à la charge des employeurs et salariés, ainsi que la refonte du système des assurances sociales des années précédentes -des années trente- et la reconnaissance du rôle complémentaire des mutuelles.

Cette histoire date donc, vous l'avez compris, d'il y a déjà quatre-vingts ans, et c'est un pilier essentiel du pacte social républicain qui tend à garantir une égalité vis-à-vis des citoyens dans un accès solidaire à des soins et un parcours de soins de qualité.

C'est un modèle consensuel, qui n'est absolument pas clivant, bien évidemment, qui fédère toutes les sensibilités de notre nation, qui a pu être envié dans le monde entier. Faut-il rappeler que l'Organisation mondiale de la santé consacrait en 2001 le système français comme le premier au monde ?

Aujourd'hui, dans un contexte de graves inquiétudes, partagées par nous tous sur l'avenir de notre système de santé, il faut donc d'abord répondre à cette impensé : redonner du sens, une vision, des perspectives, à un système de santé qui semble être un peu à la dérive.

La santé est un bien supérieur et nous, médecins, devons porter cela sur le prisme éthique et déontologique avec, bien évidemment, les deux piliers de notre exercice de tous les jours : la science médicale, mais de façon tout autant consubstantielle, l'humanisme médical.

Pour en revenir à votre question sur la définition du parcours de santé, j'ai trouvé deux sources de définition que j'ai prises comme miennes, mais qui, je crois, sont assez admises et qui s'interpénètrent.

Une définition reprise à partir du ministère de la santé de mars 2022 et qui définit trois niveaux de prise en charge, trois cercles concentriques :

> Le parcours de soins, le plus connu puisque c'est celui qui est essentiellement le nôtre, qui permet l'accès aux consultations de premier recours et, quand cela est nécessaire, aux autres lieux de soins : l'hospitalisation en médecine chirurgie obstétrique, l'hospitalisation programmée ou non dans les services des urgences, l'hospitalisation à domicile, les soins de suite/réadaptation, les unités de soins de longue durée, les EHPAD pour l'essentiel ;

> Les parcours de santé qui articulent les soins avec, en amont, la prévention en santé et sociale et, en aval, l'accompagnement médicosocial et social et le maintien à domicile. Cela a d'autant plus de sens que la projection de l'INSEE à l'horizon 2070 -et là, on est à peu près sûr de la chose-, c'est le vieillissement de la population, qui sera considérable puisque, pour les seules personnes de plus de 75 ans, on anticipe une augmentation de cinq millions et demi de ces personnes âgées supplémentaires. Les personnes âgées de demain sont déjà nées, donc on a peu de risques de se tromper.

> Et puis la zone d'intersection, encore plus vaste : le parcours de vie, qui envisage la personne dans son environnement, la famille, l'entourage, la scolarisation, la prévention, la désinsertion professionnelle, le logement, la réinsertion.

Vous l'avez compris, c'est donc une définition à plusieurs strates.

Il y a une deuxième définition, que j'ai reprise, celle de l'Organisation mondiale de la santé, qui s'intéresse davantage au collectif, sachant les interactions entre les deux : la santé globale, ou one health, c'est-à-dire que la santé des humains, la santé des animaux et celle des écosystèmes sont étroitement liées, tout changement intervenant dans ces liens pouvant augmenter le risque d'apparition ou de propagation de maladies nouvelles, humaines et animales, en admettant que les activités humaines et les écosystèmes actuels sont soumis à stress, à rude épreuve, et parmi ces facteurs de stress -la liste n'est pas exhaustive-, il y a l'agriculture, l'élevage, l'urbanisation, les industries extractives, le dérèglement climatique, la fréquentation des habitats, la pénétration dans les zones sauvages… Que sais-je ?

Cela autant d'impact de s'intéresser à cette *one health* que cela a évidemment des liens avec des sujets aussi variés que la résistance aux antimicrobiens, les zoonoses, les maladies à transmission vectorielle, la sécurité sanitaire des aliments, la santé environnementale, comme la pollution de l'eau, de l'air, le changement climatique.

Vous voyez bien qu'il y a deux définitions du parcours en santé : une qui est plutôt individuelle et qui correspond finalement assez à la tradition française, et une autre qui est davantage collective, mais avec des interactions puissantes et importantes, fondamentales entre les deux.
C'est quand même une des missions particulièrement exigeantes que ce parcours de santé.

M. SZAMES.- Oui, avec de multiples définitions, vous l'avez dit. Peut-être qu'on va s'attacher aujourd'hui à quelque chose qui nous rapproche un peu plus de ce qui se passe sur nos territoires.

Je rappelle, Isabelle VINCENT, que vous êtes chargée de mission au HCAAM, Haut conseil pour l'assurance-maladie. J'ai envie de savoir ce qui se passe sur nos territoires. Diriez-vous aujourd'hui que l'accès aux soins sur le territoire est satisfaisant, insuffisant ? Où pouvons-nous placer le curseur ?

I. VINCENT.- Je pense que tout le monde a déjà la réponse.

En tous les cas, pour répondre à cette question, j'ai choisi d'abord de vous donner deux indicateurs, une réponse assez objective. Il existe des indicateurs.

Le premier que j'ai choisi, que vous connaissez sans doute, est l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée, créé par la DREES, qui va étudier et mesurer l'accessibilité géographique et mettre en regard l'offre et la demande de soins au niveau local. Cela nous permet de calculer finalement l'accessibilité moyenne du médecin généraliste, par exemple, et aussi des infirmières.

Aujourd'hui, en 2023, cet indicateur est à 3,3 consultations par an et par habitant. Il était de 3,4 en 2021 et de 3,8 en 2015. On voit donc bien que cette accessibilité se dégrade.

Autre chiffre : les 10 % de la population les moins bien dotés vont avoir accès en moyenne simplement à 1,5 consultation par an tandis que les 10 % de la population les mieux dotés dans les territoires vont pouvoir accéder à 5,7 consultations par an. Quand on parle d'accès aux soins, il faut prendre en compte ce gradient, ces différences qui existent dans les territoires, avec aussi schématiquement, un gradient nord/sud.

Le second indicateur que j'ai choisi est celui qui concerne l'accès à un médecin traitant. Les résultats d'une étude de l'a DREES 2022 montrent qu'en 2022, ce sont les deux-tiers des médecins généralistes qui déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant. Les deux-tiers !

M. SZAMES.- Cela, c'est une réalité, c'est une constatation de tous les jours sur le terrain, et quand on parle du soin vers un parcours en santé, on sent qu'il y a une vraie difficulté. On va y revenir.

I. VINCENT.- Ils sont donc les deux-tiers alors qu'ils n'étaient qu'un peu plus de la moitié en 2019. Là encore, les choses se dégradent.

À côté de ces résultats très objectifs, concernant plus globalement la question de l'équité d'accès aux soins sur les territoires, j'ai choisi de vous parler du dernier rapport qui vient d'être publié du HCAAM sur *La prospective des ressources humaines en santé,* dans lequel on a déploré, avec notamment les collègues de la DREES et de l'ONPPS, le manque de vision prospective en France, le manque d'études et le manque de moyens consacrés en France à ces questions de prospective permettant de mettre en adéquation, finalement, le nombre de professionnels de santé dont on aura besoin à l'avenir et les besoins de la population.

En effet, pour pouvoir se projeter sur ces questions du nombre de professionnels de santé dont on aura besoin demain et qui soient dans les parcours de soins, dans les parcours de santé qui soient accessibles à tous, on va devoir prendre en compte un certain nombre de facteurs comme le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, l'augmentation des problèmes de santé mentale -on pourra y revenir-, mais aussi davantage les attentes et les besoins des professionnels de santé.

Comment et à quelle échéance va évoluer l'exercice en équipe, l'équilibre entre l'exercice du médecin, de l'infirmière, le rôle des assistants médicaux ? Comment les nouvelles organisations vont-elles se mettre en place et comment les partages de compétences vont-ils se mettre en place ?

Du côté des professionnels, comment prendre en compte ces évolutions organisationnelles et de rôle de chacun ? Comment prendre en compte aussi les attentes des nouveaux, des jeunes professionnels avec un meilleur équilibre vie privée/vie professionnelle et la réduction du temps de travail ?

Du côté de la population, comment va-t-on être en capacité d'associer vraiment la population à la définition de ses besoins en termes de parcours de soins, parcours de santé ? Quels sont, finalement, en proximité, les besoins de soins dont la population a besoin ?

M. SZAMES.- Vous avez posé aussi un certain nombre de questions sur la table. C'est le moment de réagir à ces différentes questions et d'apporter quelques réponses.

Marguerite CAZENEUVE, quand vous entendez ce qui a été dit à l'instant est-ce qu'on estime que le soin tel qu'il est pratiqué peut nous amener à un parcours de soin tel que le patient en a besoin aujourd'hui ?

M. CAZENEUVE.- Quelques éléments en réaction à ce que dit le Dr Isabelle VINCENT.

Il n'y a aucun doute sur le fait qu'aujourd'hui, les chiffres qui sont exposés sont des chiffres très clairs : on a un système de santé qui produit des inégalités sociales de santé, donc des inégalités sociales plus durablement.

Un certain nombre d'indicateurs se dégradent en matière d'accès aux soins sur le nombre de patients en ALD, le médecin traitant, etc. Tous ces éléments-là sont relativement connus et partagés, comme cela a été dit. Une fois qu'on se dit cela, je participe beaucoup à des tables rondes et je vous remercie de m'avoir invitée, finalement, on partage tous le constat que tout va mal et que tout va de plus en plus mal, justement. En tout cas, ma confidence dans ces cas- là est que les choses vont aller encore plus mal.

M. SZAMES.- Autrement dit, ce n'est pas gagné.

M. CAZENEUVE.- Non. Il y a des événements exogènes, un recul autocratique mondial, le réchauffement climatique… Il faut, à un moment donné aussi, qu'on se dise qu'on a la chance, en France, d'avoir encore une démocratie sociale qui tient, un système de protection sociale qui tient, des professionnels de santé qui sont engagés, des patients qui sont à peu près correctement soignés.

Je ne dis pas cela pour que, collectivement, on se voila la face et qu'on se dise que c'est formidable, mais il faut qu'on arrive à remettre un peu de mobilisation positive et que, quand on parle de l'attractivité -je rejoins tout à fait ce qui a été dit par le Président tout à l'heure-, il y a un sujet d'attractivité effectivement lié à un sujet de rémunération.

C'est effectivement l'objet des discussions conventionnelles et je rejoins absolument le fait qu'il y a un sujet d'attractivité en termes de rémunération.

Je me permets aussi de renvoyer un peu la balle à la profession, c'est-à-dire que, quand on entend la profession dire à quel point c'est horrible d'être médecin généraliste, médecin libéral, médecin tout court, cela ne donne pas très envie non plus à des jeunes de s'engager dans la profession.

Tout cela pour dire -je me permets d'être un peu impertinente pour lancer les débats- qu'on peut collectivement échanger, avoir des débats de plusieurs jours, de plusieurs semaines sur tout ce qui se dégrade dans le système de santé, mais il faut qu'on arrive aussi, collectivement, à mettre en évidence les choses qui vont mieux.

Et il y a des choses qui vont mieux. On s'améliore en matière de prévention, on prend davantage en compte la santé environnementale, il y a davantage de coopération entre les professionnels de santé, etc., et il faut aussi qu'on regarde les choses qui fonctionnent et qu'on donne envie aux professionnels de santé de continuer à exercer de manière différente parce qu'effectivement, aujourd'hui, quand vous avez 30 ans, ce n'est peut-être pas qu'un sujet d'attractivité, mais vous avez envie de faire des activités différentes, d'être médecin généraliste, de travailler en PMI, de faire de la prévention.

Le caractère mixte de l'activité est plutôt quelque chose de riche donc il y a des attentes de la part des jeunes qui sont différentes, et c'est tant mieux. C'est plutôt une richesse sur laquelle il faut qu'on s'appuie. Je rejoins là encore les propositions qui ont été faites.

En tout cas, le fait de voir systématiquement le système de santé comme une cathédrale qui était magnifique et qui ne cesse de s'effondrer est une vision un peu partiale et partielle des choses et je vous invite à voir aussi ce qui a été construit, ce qui va mieux pour nous encourager collectivement, encore une fois, pas pour nous, mais pour nous donner un peu de motivation collective à construire des choses.

M. SZAMES.- Cela rejoint la thématique : que voulons-nous ? Le système de santé aujourd'hui est ce qu'il est, vous l'avez dit, mais est-ce qu'on peut partir dans un parcours en santé et comment va-t-on essayer de l'impliquer, etc. ?

Il y a déjà des demandes de prise de parole dans la salle. Ce que je vous propose, c'est d'écouter M. COUPRY, qui est tant en duplex actuellement. Monsieur COUPRY, quand vous avez entendu les deux personnes qui viennent de s'exprimer, je vous ai vu hocher la tête, notamment sur le côté qu'il faut donner du positif alors on a envie de vous entendre.

R. COUPRY.- Tout à fait. Merci de votre invitation à cette journée et je m'associe tout à fait à ce qui vient d'être dit sur, pour ainsi dire, notre mission, qui est d'y croire et de construire la santé de demain.

Je voudrais pour cela citer une petite phrase qui me tient vraiment à cœur, du philosophe Alain : *« Le pessimisme est d'humeur et l'optimisme est de volonté »*. C'est une démarche qui anime beaucoup les acteurs, notamment de la démocratie en santé, qui font le pari que le monde est en train de se transformer de manière très profonde, en particulier dans le système de santé, et que nous avons besoin de construire un *new deal* autour de la santé en réunissant autour d'une même table l'ensemble des acteurs qui sont concernés par la santé, pas uniquement les professionnels, les institutions de santé,

mais aussi, plus largement les représentants des usagers, les collectivités territoriales, les acteurs des politiques de santé et de protection sociale, etc.

Je voudrais citer deux autres sources.

Premièrement, et je rejoins ce que disait le vice-président Jean-Marcel MOURGUES, la santé est un bien supérieur et je dirais aussi un bien commun. J'assistais il n'y a pas longtemps à une leçon au collège de France d'Esther DUFLO, Prix Nobel d'économie française, justement sur la gestion des biens communs.

Elle disait que la bonne gestion des biens communs enseignée par les études économiques montre qu'elle doit reposer sur deux piliers :

> L'action publique, qui est indispensable, et là, je rejoindrai aussi ce que vient de dire Marguerite CAZENEUVE sur la chance que nous avons aujourd'hui d'être encore dans un espace démocratique qui fonctionne ;

> L'action des communautés de proximité, ce que certains appellent des communaux, avec cet enjeu qu'Esther DUFLO rappelle sous la formule de « tragédie des communaux », c'est-à-dire : ne sommes-nous pas en capacité, sur le terrain, de réunir les communautés locales pour réfléchir à la meilleure manière d'adapter la réponse aux besoins les plus proches du terrain ? Cette question de la santé comme bien commun, confrontée à cette réflexion d'Esther DUFLO, est vraiment intéressante.

Autre point : le Pr Lionel NACCACHE, neurologue, élève de Stanislas DEHAENE, est spécialisé en neurosciences cognitives, il n'y a pas longtemps sur *France Culture*, disait que penser la complexité du monde n'est pas seulement une question de méthode -j'y reviendrai plus tard-, mais implique aussi le besoin de se réinterroger en permanence sur la complexité du système, de ne pas figer sa pensée.

Le débat que vous organisez aujourd'hui, et que vous organisez de manière régulière, est aussi un témoignage de cette volonté de ne pas se figer dans la pensée, mais de se remettre en question permanente, l'importance du débat contradictoire, de la rencontre avec les autres, de la confrontation avec l'inconnu, de la confrontation avec toutes les facettes de la pensée sur un même sujet.

Au sein de la CRSA d'Île-de-France, que je préside, qui est une instance de la démocratie en santé -on pourra peut-être en parler plus tard- j'aime bien m'inspirer d'Edgar MORIN et dire qu'aujourd'hui, nous avons besoin de parler de la santé à travers les réflexions de méthode que nous avons.

Je m'associe à la fois à cet enjeu d'espace démocratique de la santé et d'espace démocratique dans lequel nous pouvons aussi, aujourd'hui, penser la santé, et aussi à ce devoir de construire la santé de demain, lucides sur les difficultés que nous rencontrons, mais aussi prêts à relever le défi parce que c'est notre job.

M. SZAMES.- Merci, Monsieur COUPRY. Restez bien évidemment avec nous, on reviendra vers vous tout au long de ce départ.

Monsieur, je vous demande juste de vous présenter.

S. BLATEAU.- Je suis médecin généraliste à Tinqueux, à côté de Reims. Je suis élu du Conseil de l'Ordre depuis douze ans et trésorier du conseil départemental de l'Ordre des médecins.

J'ai l'occasion de beaucoup travailler auprès de mes confrères puisque j'ai mis en place une Maison médicale de garde au sein du CHU de la Marne et j'en ai créé deux autres sur Châlons et Épernay.

Je fais le plus beau métier du monde, je me suis engagé dans cette profession parce que j'aime mes concitoyens, j'aime mes patients et tous les jours, je me félicite d'exercer ce métier-là. Cela dit, même si, tous les jours, je me regarde et je fais une méthode Coué absolument formidable, ma génération n'est pas celle de la génération de notre Président du Conseil national, n'est pas celle de mes externes et de mes internes, que je prends en charge puisque je suis aussi MSU.

Nous sommes face à une situation où, si, demain, nous n'avons pas un vrai choc d'attractivité envers la profession, et je le dis clairement avec beaucoup d'inquiétudes pour notre avenir médical à tous, nous ne pourrons compter que sur des strates administratives pour nous rassurer en disant que nous faisons le maximum en créant SAS, CPTS ou d'autres acronymes.

Je crois qu'il ne faut pas se cacher derrière cela, qu'il faut voir face à nous le fossé qu'il y a, et je souligne ce qu'a dit notre Président avec beaucoup d'intérêt : on est face à une situation où des médecins sont formés et n'exercent pas leur métier. Si on ne réfléchit pas à cela dans sa globalité, si on ne se pose pas la question sérieusement sur cette problématique, là, nous n'avancerons pas sur le débat.

Je suis réellement inquiet, mais je suis aussi très optimiste parce que, quand on met des systèmes en place et quand on travaille avec nos confrères sur le terrain, quand on les rassure, quand on les aide, quand on leur fait avancer des projets, quand on construit, on se rend compte qu'ils suivent et sont volontaires pour le faire. On arrive même à faire sortir des solutions territoriales qui permettent d'avoir une vraie attractivité sur des territoires qui sont dans la difficulté.

C'était important que je souligne ce fait-là. Merci.

M. SZAMES.- Merci. Avant de prendre une autre question, je rappelle que, dans le deuxième temps, nous parlerons de toute la formation, etc., N'empiétons pas sur le deuxième débat.

Julie CHASTANG, c'est à vous. Vous vouliez amorcer un début de réponse.

J. CHASTANG.- Je veux bien répondre à cette intervention.

Je suis médecin généraliste, Présidente de l'Union syndicale des médecins de centres de santé. J'exerce dans un centre de santé publique -mon employeur est une mairie- et je suis également maîtresse de conférences à Sorbonne Université.

Ce que vous venez de décrire, c'est ce que je vis tous les jours. On en a déjà parlé avec Marguerite. Cela fait vraiment partie de ce qu'on vit, notamment en Île-de-France, et les chiffres de l'Atlas de la démographie médicale le montrent : on a moins de 30 % d'installations en libéral parmi les jeunes qui s'installent, qui se déclarent à l'Ordre en tant que médecins généralistes.

Là où le président de la République a tort, c'est qu'augmenter éternellement le *numerus apartus* ne résoudrait pas le problème de démographie médicale si on n'a pas une réelle perspective sur l'avenir de notre discipline et sur l'organisation du système de santé.

Je vais rejoindre ce que disait aussi l'intervenant précédent : ne pas figer notre pensée. Aujourd'hui, il faut permettre à des jeunes de s'engager dans des maisons de santé, dans des microstructures, dans un mode d'exercice libéral, mais il faut permettre à ceux qui ne se destinent pas à l'exercice libéral de s'engager par rapport au besoin de santé de la population.

Un médecin généraliste a une formation d'excellence. Demain, il y aura un an de plus, donc une formation extrêmement polyvalente. Il est capable de faire de la prévention, de travailler dans un service hospitalier, en médecine générale et son champ de compétence est immense. Cela rejoint aussi le discours du Président de l'Ordre.

On passe à côté de quelque chose quand, aujourd'hui, nos jeunes restent dans des remplacements au décours de sortie des études, ou font de la télésanté, ou font une activité d'esthétique pour travailler le moins possible parce qu'ils ne se retrouvent plus dans ce qu'on leur propose.

Le choc d'attractivité n'est pas que financier ; bien sûr qu'il faut aller contre l'érosion et bien sûr que je soutiens mes collègues qui souhaitent une revalorisation de leur salaire, je le comprends, mais ce n'est pas cela, ce n'est pas ce que je vis et ce n'est pas ce que me disent les jeunes. Eux disent qu'ils veulent un exercice diversifié, qu'ils veulent pouvoir faire plusieurs choses, et en plus, ce à quoi on n'a pas pensé en France aujourd'hui, c'est à un service public de proximité. Quand je suis médecin généraliste, aujourd'hui, j'ai le choix entre mettre ma plaque et ne pas exercer mon métier dans la majorité du territoire.

On a effectivement une augmentation des centres de santé aujourd'hui, des endroits dans lesquels on peut se salarier, mais attention, quand on parle de service public, on parle de besoins de santé, d'allier la prévention, et on doit absolument le penser demain sur cette alliance très forte qu'il faut porter demain.

Il faut quand même se tourner vers le plus haut niveau de l'État ; cela devrait être réellement pensé par l'État parce que les premiers concernés sont bien les usagers et sont bien les collectivités territoriales, qui sont absolument désespérées par la situation de ce qu'on vit sur les territoires.

Oui, il faut une refonte structurelle très forte, il faut un mode de rémunération aussi qui permette la collaboration. Un rapport paru la semaine dernière de la HAS indique que le paiement à l'acte n'est pas le mode de financement optimal pour une collaboration interprofessionnelle et pour la montée en compétence des équipes pour répondre aux besoins de santé.

Il y a donc quand même un vrai sujet de fond à travailler, que je ne pourrai pas résoudre là en deux minutes, mais je rejoins ce qui a été dit avant : il faut allier les intelligences et penser la complémentarité du site.

M. SZAMES.- Je rappelle que le deuxième débat portera sur l'attractivité et comment on se forme. Gardons peut-être cette notion de service public autour des territoires.

Madame ROSSO, vous vouliez également répondre.

N. ROSSO.- Bonjour à tous. Merci beaucoup, Docteur MOURGUES, de m'avoir invitée. Je suis pédopsychiatre, je travaille au sein des hôpitaux Paris-est Val-de-Marne donc je connais bien le service public.

J'ai une double casquette puisque je suis Présidente du Comité d'éthique de ce même hôpital et de la plateforme éthique que nous avons créée au moment du Covid, au moment où les questions éthiques étaient majeures. J'ai donc un petit regard sur ce qui pourrait soutenir nos collègues. Par ailleurs, j'ai une petite activité au sein du médico-social donc je connais quand même très bien le réseau et les modalités d'exercice.

Pour répondre à ma collègue, je dirai qu'effectivement, la difficulté de recrutement dans les hôpitaux est en partie liée aux modalités d'exercice. La semaine dernière, un confrère psychiatre d'adultes me disait qu'il avait 25 consultations par jour. C'est inimaginable en termes de qualité de soins, de possibilité de penser le soin.

Ce que nous avons proposé aux hôpitaux de Paris-est Val-de-Marne, c'est de créer de toutes pièces des espaces interstitiels de réflexion que nous souhaitons partager en tant que démocratie sanitaire puisque nous recevons des patients et des soignants et nous faisons des débats dans les équipes, mais aussi dans tout le réseau des libéraux, des internes.

On forme des internes à la réflexion éthique. Ils en sont très friands puisque, l'année dernière, nous avons été sollicités de façon exponentielle au point qu'on se rend compte que cette capacité de penser le soin manque énormément. On travaille avec les aides-soignants, les infirmiers, les médecins, et on fait des espaces qui sont quasiment impensés aujourd'hui. Puisque vous parliez d'impensé, c'est sur cela que j'insiste.

L'autre constat, c'est quand même la manière dont on courbe l'échine devant la technocratisation galopante de l'hôpital et le nombre de tâches administratives que nous avons à faire, qui est absolument délirant.

M. SZAMES.- Cela revient très souvent dans les débats que l'on organise.

N. ROSSO.- On reste optimiste, mais à condition de penser le soin sur un autre mode.

M. SZAMES.- J'aime bien cette phrase : *« penser le soin ».* On peut peut-être aussi en débattre dans un instant.

P. PIZZUTI.- Merci. Je suis rhumatologue libéral dans le Val-d'Oise. Je suis aussi élu UMPS Médecins Île-de-France et élu au Conseil de l'Ordre -je connais bien M. COUPRY- du Val-d'Oise et, accessoirement, vice-président de l'UFML, qui est un syndicat médical.

Je voudrais rebondir sur le paiement à l'acte. Nous tenons énormément au paiement à l'acte en tant que médecin libéral. Vous parliez des dangers qui effraient les collègues, en particulier ceux qui se destinent à la médecine libérale, mais le paiement à l'acte est vraiment le seul garant de l'indépendance des médecins, et si on touche à cela, on touche vraiment à quelque chose de très important et qui fera reculer les installations.

Je voudrais aussi rebondir sur ce qu'a dit Marguerite CAZENEUVE sur la pensée positive, la méthode Coué, c'est-à-dire qu'il faut essayer de modifier notre discours pour ne pas faire du *doc bashing* sur la médecine libérale, pour encourager les jeunes à s'installer.

C'est bien beau, mais on ne peut pas leur mentir. Ils se rendent bien compte, ils écoutent comme nous, ils sont au courant de ce qui est publié, ils lisent comme nous, et par exemple, la démocratie en santé a du plomb dans l'aile. Cela commence au plus haut niveau de l'État quand un président de la République, lors de ses vœux, nous parle de capitation et a comme seule idée de se rapprocher du NHS anglais. De ses propos, on comprend que la démocratie est en danger.

Quand le Premier ministre, ce week-end, fait des propositions nous concernant et concernant l'activité libérale en particulier sans aucune concertation, où est la démocratie ? On peut se poser la question.

Et cela va encore plus loin. Quand, dans les négociations conventionnelles, qui sont suspendues pour des raisons, là aussi, qui tiennent à des décisions sans aucune concertation, qui font qu'on attribue beaucoup plus de crédit au public qu'au privé en mettant en danger les établissements, et en particulier les cliniques privées, où est la démocratie ? Où est la discussion ? Il n'y en a plus.

Quand on menace ceux qui sont en négociations de passer par la loi si on n'arrive pas à trouver un accord, où est la démocratie ? C'est tout.

Cela doit être bien présent dans le débat parce que, hormis l'attractivité -je suis tout à fait d'accord avec l'intervention de mon collègue précédent-, qui nécessite vraiment un choc d'attractivité, les belles paroles, cela suffit ! Il faut vraiment faire dans le concret.

M. SZAMES.- Merci pour votre point de vue.

Madame CAZENEUVE, cela mérite une minute de remise au point.

M. CAZENEUVE.- Honnêtement, je ne suis pas, ma qualité de représentante de la CNAM, évidemment habilitée à répondre au nom du Gouvernement. La seule chose que je peux vous dire, c'est qu'il peut y avoir des éléments perturbateurs, exogènes, extérieurs, et je ne vais rien vous apprendre en vous disant que cela va se poursuivre, et on ne peut pas empêcher le Parlement.

Ce que je dis aux médecins libéraux, et je le dis de manière extrêmement sincère, ce n'est pas une menace du tout, c'est que la convention médicale est l'un des seuls espaces qui résistent encore de démocratie sociale, c'est-à-dire où des partenaires sociaux coconstruisent ensemble. Vous pouvez ne pas être d'accord, votre syndicat n'est pas d'accord avec le déconventionnement, c'est-à-dire le fait de sortir la médecine libérale de son contrat avec l'assurance-maladie.

Évidemment que je ne suis pas de votre avis et que, pour moi, c'est un coup de couteau très fort qui est porté à notre contrat social. De ce point de vue, nous représentons deux instances qui, par définition, ont des positions orthogonales.

Une fois que j'ai dit cela, il y a une chose dont je suis convaincue : je pense que vous avez tort de considérer que quitter l'espace qui est l'espace qui existe encore de discussion et de coconstruction, est la bonne solution parce que, à un moment donné, quand cet espace n'existera plus -et un jour, peut-être qu'il n'existera plus, les choses seront décidées autrement, et autrement, cela veut dire sans vous.

Aujourd'hui, les professions libérales conventionnées ont encore la possibilité de travailler, de coconstruire des choses concernant leur profession. Ce n'est peut-être pas dans les conditions qui vous satisfont, mais cela existe encore et c'est un des rares espaces encore en France de démocratie sociale.

M. SZAMES.- Monsieur SPAN n'a pas encore réagi, je vais lui donner la parole et M. COUPRY, à distance. Madame VINCENT, vous répondrez peut-être à la question. On dérive tout doucement vers des questions plus politiques, mais c'était normal, c'était assez attendu.

Monsieur SPAN, quel est votre point de vue ?

JL. SPAN.- Je savais en venant ici que le débat serait passionnant…

M. SZAMES.- Et passionné !

JL SPAN.- Dès les premières minutes, le débat est très passionné, effectivement.

Je voudrais remercier quand même le Président ARNAULT. Vous l'avez dit dans votre propos introductif, le Conseil de l'Ordre s'ouvre et effectivement, la présence du Dr MOURGUES à nos travaux sur *Démocratie en santé* par deux fois, en 2022 et 2023, en est aussi la preuve.

Effectivement, je vous remercie de laisser une place aussi au niveau d'un débat qui est très passionné, passionnant en même temps, mais aussi très professionnel, au monde mutualiste. Je suis très touché de pouvoir venir présenter la place des petites et moyennes mutuelles en particulier, donc celles qui sont réellement en proximité, dans les territoires.

Il paraît évident pour nous que le passage du soin vers un parcours de santé soit un passage nécessaire ; nécessaire pour la société, mais nécessaire aussi à notre système de santé. Le Dr MOURGUES a effectivement bien retracé l'historique de 1945.

L'état d'esprit aujourd'hui, doit être remis un peu plus au goût du jour. Il ne faut pas se fermer sur 1945, il ne faut pas en faire un dogme, il faut le faire évoluer ; quelque part aussi, la lutte des classes, c'est dépassé. En tout cas, si on doit lutter, on doit lutter aussi à armes égales et il n'y a pas d'opposition outrancière à avoir. En revanche, un dialogue fort peut avoir lieu.

Comment arriver à ce passage-là ? Vu des mutuelles, comment redynamiser le système ? Je dirai deux choses en préliminaire.

Nous y arriverons en renforçant notre système solidaire. Il est hors de question de changer de braquet. On reste sur un système solidaire qui n'exclut personne. Et nous y arriverons ensemble ; il est hors de question d'exclure quelque composante de tout ce nouveau dialogue qu'on souhaite mettre en œuvre que ce soit.

Côté mutuelle, je note quand même qu'elles font le job, leur part de solidarité. Si on prend seulement le 100 % santé en 2021, sur un coût global de 3,2 Md€, la prise en charge par les organismes complémentaires d'assurance-maladie, c'est-à-dire aussi les mutuelles, est de 2,5 Md€. Ce n'est pas rien ! Quand l'État nous dit : *« On a mis en place le 100 % santé, cela ne coûte rien aux citoyens »,* etc., oui, mais aujourd'hui, on a le retour de bâton partout parce qu'effectivement les cotisations, prétendument des complémentaires, changent. Mais pourquoi ?

Il n'y a pas de mystère : à un moment donné, cela sort, donc il faut que cela rentre d'un autre côté. Il faut donc aussi remettre à plat ce débat.

Les mutuelles, pour redynamiser le système, doivent réinvestir la fonction sociale qui est la leur ; elles n'auraient jamais dû quitter cette fonction sociale, mais par baisse d'engagement des uns et des autres, d'individualisme un peu de la société, on a noté effectivement une capitulation de nos organismes.

Eh bien non, on va reprendre cela. Je disais qu'on ne peut pas faire en-dehors d'un aspect solidaire et on ne peut pas, en tant que mutualistes, oublier sa fonction sociale. Il faut reconstruire le lien entre les acteurs, les citoyens, avec une notion de parcours de vie sur les territoires.

C'est pour cela que je suis vraiment content d'être là aujourd'hui en particulier parce que nous sommes des mutuelles de proximité, nous sommes à l'écoute non seulement de nos adhérents, mais aussi des élus. Je pense à ce qu'on appelle les *« petits maires »*, les maires des petites communes qui ont été largement au front quand il y a eu le Covid, et on ne reconnaît même pas leur statut en termes d'intervention dans les domaines de la santé.

Je pense aussi à tous les praticiens qui ont été vraiment au front, à tous les citoyens qui ont pris la problématique à bras-le-corps pour aller toquer à toutes les portes pour dire : *« Avez-vous besoin de quelque chose ou pas ? »*.

C'est cette solidarité-là de proximité qui se réorganise aujourd'hui et qui va, je pense, concourir à redynamiser tout notre système.

M. SZAMES.- Madame, je vous en prie.

S. BAUER.-
Bonjour, j'ai quelques casquettes. Je conseiller ordinal en Seine-et-Marne qui, comme vous le savez peut-être, est l'avant-dernier département en termes de démographie médicale, donc le *« désert »,* on le connaît.

Je suis également vice-présidente du CTS de Seine-et-Marne, ce qui me permet d'être au sein même de l'organisme de démocratie sanitaire qui, chez nous, je dois dire, dans le département, fonctionne particulièrement bien.

Je suis aussi Présidente du Syndicat des médecins libéraux et à ce titre-là, comme dans mon activité ordinale, nous présentons effectivement la médecine libérale comme quelque chose d'attractif.

Pour cette attractivité, nous avons travaillé depuis des années en partenariat avec la Caisse d'assurance-maladie. En particulier, c'est le SML qui a obtenu les congés « mat' » pour les femmes médecins libérales, et cela a complètement révolutionné la possibilité, pour les jeunes femmes, de s'installer en libéral puisque, maintenant, elles n'ont plus le souci de se retrouver en déficit économique grave lorsqu'elles décident de faire une grossesse. Cela, c'est très important.

J'entendais ma consœur qui exprimait sa joie de travailler dans un centre de santé. Nous, on constate en libéral l'envers de la médaille, c'est-à-dire qu'on voit actuellement des consœurs et des confrères sortir à toute vitesse des centres de santé parce qu'on leur met des objectifs. On leur met des objectifs de nombre de consultations à l'heure, et je rappelle d'ailleurs que c'est complètement illégal parce que c'est quand même le médecin qui doit savoir combien de temps il doit passer avec son patient, et sûrement pas l'administratif du centre de santé.

Je suis donc ravie pour ma consœur qu'elle travaille dans un monde idéal, mais ce n'est malheureusement pas le cas de tous les centres de santé. En revanche, on a aussi des mondes extrêmement attractifs au niveau du libéral. Nous, on travaille dans l'esprit de l'entreprise libérale, on veut que les médecins puissent engager du personnel, et pour cela, évidemment, les honoraires sont un peu le nerf de la guerre. On veut des locaux plus grands, on veut du personnel et on veut rendre un vrai service à ces patients qui sont en demande.

Quand nos médecins généralistes, à un moment, sont obligés de dire non, vous n'imaginez pas la souffrance extrême qu'ils ressentent ! Très souvent, d'ailleurs, ils ne disent pas non et nous avons un certain nombre de confrères et de consœurs qui finissent par se suicider dans leur cabinet parce qu'ils sont au stade extrême de l'épuisement.

Cela, on ne veut plus le voir. On veut la possibilité de ce travail aidé, on veut la possibilité des secrétariats médicaux, on veut la possibilité des assistants médicaux parce que c'est comme cela aussi qu'on renforce la sécurité dans nos cabinets et qu'on renforce l'accès aux soins pour notre population.

Vraiment, les médecins libéraux sont dans cet esprit d'accès aux soins. Effectivement, un certain nombre de nos confrères et consœurs ne voient plus comme solution que le déconventionnement parce que, justement, ce monde idéal qu'on veut dans nos cabinets, c'est très difficile de le mettre en place actuellement.

Mais oui, nous avons un discours positif. Oui, nous aidons nos jeunes confrères et consœurs à s'installer en libéral, nous leur expliquons la manière de faire. Il faut continuer à avoir des possibilités de salariat comme des possibilités fortes de s'installer en libéral parce que, finalement, en libéral, on prend en charge un nombre extrêmement important de patients.

Et puis, il y a ce colloque singulier qui continue quand même, cette proximité du fait d'aller voir toujours le même médecin qui vous connaît et qui permet d'avoir un examen clinique, un discours et une proximité très importante.

Je vous renvoie au serment d'Hippocrate qu'on prête tous. On ne regarde pas ce qui se passe dans les maisons, mais on connaît ce qui s'y passe et on agit pour que cela se passe le mieux possible, du moins du point de vue de la santé.

Donc oui, nous avons un discours positif ; oui, nous sommes horrifiés du mirage qu'on nous présente dans les déserts d'une médecine sans médecins parce qu'on est sûr que cela va aboutir à des désastres au point de vue sanitaire. Le NHS le montre, l'Angleterre est en train de perdre une guerre économique parce que ces employés de première ligne, à 45 ans, ne sont plus capables de travailler parce qu'ils ont été mal suivis sur le plan de leur santé. On ne veut sûrement pas de cela en France.

Et, oui, le paiement à l'acte, c'est très efficace parce que c'est la matérialisation du contrat entre le médecin et son patient. Cela existe depuis le code Hammurabi des Babyloniens ; si cela avait été si mauvais que cela, je pense qu'il y a longtemps qu'on l'aurait abandonné.

Et effectivement, en médecine libérale, nous ne voulons pas autre chose que du paiement à l'acte, il faut qu'on soit très clair là-dessus. Le paiement à l'acte est financiarisé effectivement par la Caisse, effectivement par les mutuelles ; il y a peut-être une petite part de prise en charge par les patients eux-mêmes, mais on applique de toute façon, même quand on dépasse le tact et la mesure, parce que nous sommes des médecins et que nous prêtons tous le serment d'Hippocrate !

M. SZAMES.- Merci, Madame, il y a beaucoup d'angles aussi.

JM. MOURGUES.- Je vais être bref et ce n'est absolument pas polémique parce qu'avant d'installer la table 1, je souhaitais brièvement vous dire un peu l'état d'esprit de ces tables rondes, et après l'intervention du Président.

Comme vous le constaterez tout au long de la journée, ces tables rondes se veulent riches de leur diversité de représentation et de la richesse de leurs sensibilités différentes. C'est l'ADN de ces débats et, comme je l'entendais récemment dans une journée sur la fin de vie, nous faisons valoir une éthique de la discussion. Il peut donc y avoir des expressions différentes, mais c'est un choix délibéré.

En ce qui concerne l'Ordre des médecins, comme vous le savez, il représente tous les médecins sauf ceux qui sont dans les armées et sauf les médecins qui ont un diplôme étranger avant qu'après le processus que nous connaissons, ils soient inscrits à l'Ordre.

Dans les 44 spécialités, dans tous les modes d'exercice, hospitalier, salarié, non hospitalier, libéral, et cela, vraiment, nous y sommes très attachés -on y reviendra tout à l'heure-, notre cohérence à créer ensemble du débat dans une société qui ne sait pas suffisamment faire du débat au-delà de ses sensibilités, de ses expressions différentes, naturellement, l'Ordre, sans hégémonie, peut aussi en être un espace. Merci.

M. SZAMES.- Oui, le débat est là.

JM. MOURGUES.- Je veux le dire simplement : dans le choix -c'est un choix assumé-, il y a des médecins d'exercice libéral, dont je fais partie d'ailleurs, des médecins d'exercice salarié, des médecins hospitaliers, des non médecins, des libéraux de ville. Les équilibres ont été réfléchis de telle façon que l'aspect contradictoire de la discussion soit vraiment très respecté.

M. SZAMES.- Je redonne la parole à Isabelle VINCENT.

I. VINCENT.- Juste pour repartir de ce qui a été dit sur, finalement, penser le soin, ou penser les besoins de soins, les besoins de santé de la population, de façon un peu différente de ce qu'on a tendance un peu à faire ici, c'est-à-dire répondre en termes de besoins de médecins.

La vision partagée du système de santé future ne va pas reposer que sur le médecin. On est bien d'accord qu'il va falloir que la profession et l'ensemble des professionnels de santé arrivent à travailler ensemble, à se mettre d'accord pour, finalement, se demander, au regard des services à rendre à la population dans le champ de la santé, dans le champ du soin, quel est le meilleur professionnel, quelle est la meilleure organisation à mettre en place pour y répondre sans simplement se dire : *« Moi, je suis médecin, c'est moi qui dois forcément y répondre ».*

L'illustration qui nous aide à réfléchir de cette façon-là, c'est la prévention parce que, d'une certaine façon, quand on est médecin, on a l'impression que c'est à nous à faire la prévention et que la prévention, ce n'est que le sanitaire, le médical. Il ne faut pas oublier que l'ensemble des déterminants de santé vont se situer en dehors du système de santé.

Quand on est en dehors du système de santé, beaucoup d'autres acteurs peuvent être présents auprès des gens. D'abord l'ensemble des autres professions de santé : le paramédical, les infirmières ; dans certains pays, il y a des *coachs*. Comment travailler sur la motivation des gens, comment travailler avec les travailleurs, le champ du social, les médiateurs en santé, les agents communautaires ?

Il faut que l'on arrive à se réunir collectivement sur une vision partagée de ce qu'on souhaite comme système de santé futur, et pas comme système de soins, en faisant vraiment de la coconstruction, comme cela a été dit, avec les usagers, les personnes.

Je voudrais qu'on essaye de se dire qu'on a besoin de se mettre en proximité, par exemple, autour de tables de concertation. Cela a déjà été proposé. Comment est-ce qu'on se met d'accord tous ensemble sur ce dont on a besoin, sur les services à rendre à la population ?

J'ajoute sue pour pouvoir suive tout ce qui va se passer – on n'a vu cela dans les travaux de perspective-on a besoin d'avoir l'évolution et des bases de données de celui se passe.

J'en profite pour remercier l'Ordre et les échanges que nous avons pu avoir sur les bases de données du Conseil de l'Ordre, car c'est très important d'avoir ces chiffres pour suivre toutes les évolutions qui vont passer.

M. SZAMES.- Vous avez mis l'accent sur la prévention. Vous estimez, Madame CHASTANG, qu'il y a un déficit de prévention ?

J. CHASTANG.- Ce que vient de dire ma collègue est totalement juste et c'est exactement ce qu'on vit. Je pense qu'il faut qu'on ait un système de santé qui réponde aux besoins, et que le système de santé aujourd'hui, tel qu'il se projette, n'y répondra pas si on n'a pas un peu d'ambition sur le fait de le compléter et sur une vision des besoins de santé qui s'inscrivent en équipe avec un engagement autour du champ de la prévention avec les collectivités et avec les usagers.

En aucun cas, cela n'empêche l'exercice libéral ou cela n'empêche les personnes qui sont en exercice aujourd'hui ou qui voudraient cet exercice, de le faire. Ce n'est absolument pas ce que je dis. Je dis juste qu'on peut penser une complémentarité et que, peut-être, cela apporterait aussi une solution pour certaines missions de santé prioritaires comme le champ de la fin de vie, comme le champ de la prévention, comme les champs aujourd'hui sur lesquels nous avons absolument besoin de travailler de façon coordonnée et collaborative avec les collectivités territoriales, avec l'hôpital public et avec la santé de proximité.

Aujourd'hui, on a la sensation d'avoir plusieurs silos qui ne communiquent pas ensemble, et probablement que la réponse, c'est l'alliance d'un service public de santé qui permette les besoins de santé aussi des plus vulnérables par rapport aux chiffres qui ont été exposés tout à l'heure.

Grâce au débat d'idées, la santé de nos concitoyens va s'améliorer demain, et un des absents, ce sont probablement les usagers. Eux aussi, pour avoir beaucoup travaillé avec France

Assos Santé, par exemple, portent une vision des besoins qui ne correspond pas. Globalement, si on veut être bon, il faut que le système de santé soit accessible, que ce soit un médecin, un infirmier ou un IPA, qui réponde aux besoins de santé à un moment où on a besoin, y compris en-dehors d'un cabinet médical, mais dans les écoles, dans les PMI, dans le champ de la prévention et du sanitaire, et qu'il soit efficient, c'est-à-dire qu'il permette à l'assurance-maladie de perdurer dans son système solidaire de prise en charge.

Cela, ce n'est pas moi qui vais le penser, le HCAAM travaille dessus depuis un certain temps, l'assurance-maladie aussi, mais globalement, c'est l'intelligence collective qui doit mener à cela et qui doit penser la complémentarité des exercices, et en aucun cas être dans une guerre de chapelles.

M. SZAMES.- Ce sera l'avenir sans guerre de chapelles, bien sûr.

N. ROSSO.- Je n'ai pas d'opinion sur les modes d'exercice en libéral. Ce qui me frappe c'est la difficulté, pour les médecins libéraux, de participer au réseau. Avoir accès, à un médecin libéral qui participe aux soins, est une gageure.

Si la rémunération de leurs actes est très importante probablement sur un mode qu'il ne m'appartient pas de décider ni même de penser parce que c'est plutôt l'exercice libéral qui peut le penser, néanmoins, il y a toute une part qui me semble vraiment manquer : le réseau et la manière dont on repense les soins à partir du patient et pas à partir de son propre exercice.

Les cloisonnements sont tels... qu'on a beaucoup d'interlocuteurs qui ne communiquent pas entre eux. Pour les patients de psychiatrie il est très difficile d'accéder au soin somatique. Mais même avec nos collègues hospitaliers, tout est totalement cloisonné. Le patient est saucissonné en fonction, non pas de ses besoins, mais de la possibilité qu'il a d'accéder à un système ou à un autre.

Je constate que nos jeunes n'ont plus tout à fait les mêmes idéaux, en tout cas en termes de pluridisciplinarité, de transversalité. Ils ont envie de pouvoir exercer avec des collègues qui ne sont pas tout à fait de leur champ. Nous, nous sommes au cœur de cela avec l'éthique, mais vraiment, on a complètement délaissé dans cette histoire de partir du patient et de ses besoins. Du coup, il n'y a pas de fil conducteur, le médecin généraliste, pour moi, serait le meilleur interlocuteur, sauf qu'il est débordé et qu'il ne peut pas faire ce travail-là. Je parle de la fin de vie, de la prévention, bien entendu, de la vaccination, tout bêtement. C'est très compliqué pour les libéraux de remplir ces fonctions-là.

M. SZAMES.- Merci. On prend une question dans la salle.

JP. PLATEL.- Bonjour, merci de me donner la parole. Je suis Président du Conseil départemental du nord. Je vous remercie pour ces échanges fructueux.

Je voudrais répondre à M. SPAN. J'ai bien compris que vous représentez les petites mutuelles. Je ne sais pas qui vous êtes par rapport aux autres, mais il faut parler d'argent. Depuis ce matin, le nerf de la guerre, c'est l'argent. Vous avez cité des chiffres. Il y en a un que j'aurais bien aimé que vous nous citiez : le montant des frais de gestion de ces mutuelles.

Vous gérez énormément d'argent, vous en redonnez beaucoup aux patients, et c'est votre rôle, mais il y a un débat sur le montant de ces frais de gestion. Je vais vous citer deux exemples.

Je vous l'ai dit : je suis Lillois et je fréquente un très beau stade. J'ai découvert qu'une mutuelle disposait à l'année d'une magnifique loge et je me demande : qu'est-ce que c'est que cette histoire ? C'est invraisemblable ! Ce ne sont les assurés qui vont dans cette loge.

M. SZAMES.- Cela sort un peu notre débat.

JP. PLATEL.- Non, les mutuelles ne font à mon sens pas suffisamment le travail. Il faut absolument que ce montant des frais de gestion des mutuelles revienne aux assurés et ne soit pas dilapidé dans ces frais de gestion.

Deuxième exemple : mon assurance -je suis assuré, j'ai une mutuelle- finance chaque année des courses à la voile transatlantiques. Mais qu'est-ce que cela vient faire ? Quelle est la justification de cela ? Je préférerais que les montants qui sont alloués à ces expériences reviennent aux cotisants et aux patients. Je vous remercie.

M. SZAMES.- Monsieur SPAN, vous voulez bien répondre à cette interpellation ?

JL SPAN.- Oui, c'est une interpellation normale, surtout dans le climat inflationniste que tout un chacun subit. C'est vrai qu'il y a des disproportions. Déjà, dans le terme « mutuelle ». On veut comparer. Citons des noms. Vous avez peut-être votre habitation et votre auto chez la Matmut ; comparer la Matmut à une simple mutuelle santé dans un territoire, ce n'est pas possible. Les stratégies de développement, d'acquisition de l'adhérent ne sont pas les mêmes.

Effectivement, parfois, oui, il y a des dérives. Je crois que la mutualité, comme toutes les professions, a des garde-fous à mettre dans ses structures internes. Mais le premier garde-fou, c'est l'adhérent. L'adhérent est consulté, ou doit l'être tous les ans. L'adhérent est muet ; peut-être faut-il redynamiser la parole de l'adhérent ? Je suis preneur.

À partir de là, il y aura un ordre interne qui va se remettre en place et il y aura un peu de moralisation interne qui sera la résultante de cet ordre. Donc, effectivement, oui, banco, et moi aussi, je suis choqué par certaines dérives, je peux vous l'assurer.

M. SZAMES.- Merci pour ce point. On va reprendre le fil de notre débat autour du système de santé. Il y a plusieurs demandes de prise de parole.

G. NOËL.- Je suis le maire d'un village de 1 255 habitants dans la Nièvre et vice-président de l'Association des maires ruraux de France, qui pèse 33 % de la population en France. Je suis content de savoir que l'Essonne est un désert médical. Ce n'est pas tout à fait la même vision que l'on a dans nos villages. Je complète un peu ce qui est dit en position d'élu local.

J'ai deux rêves concernant cet accès aux soins et cette lutte contre l'inégalité de cet accès aux soins en milieu rural. Il y a longtemps qu'on n'a plus de médecin de famille. Nous, on rêve à une famille de médecins. C'est ce qui nous intéresserait puisqu'effectivement, on a beau avoir des portes, derrière, il n'y a personne.

Deuxièmement, je souhaiterais aussi que vous, les professionnels de santé, vous ne nous voyiez pas uniquement comme des pourvoyeurs de murs, des financeurs de mètres carrés et/ou de salariat de professionnels de santé. On n'en a pas les moyens ; avec 1 255 habitants, je ne vous fais pas de dessin.

Je voudrais attirer l'attention sur ce point car on voit bien qu'un gamin qui naît aujourd'hui en milieu rural a deux années d'espérance de vie de moins qu'un gamin qui naît en milieu urbain. L'accès aux soins n'est pas le seul déterminant, mais cela en fait partie.

Depuis qu'on est tout petit, on est habitué à se déplacer, on est habitué à aller à l'école dans un village ou dans un autre, au collège dans un autre. On est habitué à cela. La santé nous a rejoints : on va de plus en plus loin, pour que les portes s'ouvrent, elles sont de plus en plus lointaines. Ou c'est l'argent qui nous permet et les contacts que l'on a -cette inégalité se gère aussi à travers des réseaux- d'être soignés ou pas, d'être pris en charge ou pas.

Regardez-nous pas simplement comme des pourvoyeurs de fonds, qu'on n'a d'ailleurs pas forcément, mais parce qu'on a des chemins de randonnée, des *city stades* ou des stades, parce qu'on a des bénévoles à utiliser -c'est le mot qui me vient- pour ces questions de prévention, qui n'est pas un gros-mot, comme *« village »* n'est pas un gros-mot, qui a été prononcé, utilisez-nous pour vos patients, dans des cadres bien sûr particuliers. On ne va ni remplacer l'un ni remplacer l'autre, mais on peut, sur ces questions de prévention, entre deux problématiques que vous avez repérées ou qu'une opération a décelée, pour éviter que les personnes retombent.

Voilà les deux messages : la famille et la capacité à mettre en œuvre, à contribuer à créer les conditions de cette prévention.

M. SZAMES.- Merci. Monsieur ?

JJ. MAMBIE.- Je suis vice-président de l'Aisne. Monsieur PLATEL a parlé d'argent et c'est un peu important que je voulais soulever. J'ai eu une formation d'ORL à Reims et j'ai beaucoup exercé en libéral en hospitalier et j'ai fait la découverte d'un centre de santé à Lille. Ma réflexion porte sur quelque chose d'un peu particulier : quand vous arrivez, les gens ont pris rendez-vous sur Doctolib.

Des centres de santé ont été créés par des investisseurs, des financiers, des gens qui ont de l'argent. Ils proposent des systèmes où il y a tout en place : la secrétaire, l'informatique, le matériel, mais comme disait Madame, nous sommes stakhanovistes. J'avais des rendez-vous toutes les dix minutes dans la journée. J'en ai fait cinq ans et j'ai été étonné. Il y a une chose : les gens sont extrêmement contents. Par exemple sur 50 patients, j'ai eu 20 bouchons, 15 vertiges, des maux de gorge, etc...

Les gens sont contents, on a répondu tout de suite à leur désir et, d'un autre côté, je me suis dit que l'Ordre devrait mettre quand même un peu d'ordre parce qu'on a une notion de rentabilité, une notion de dépendance. Pour l'instant, les centres sont surtout dentaires, ORL et ophtalmos, médecine générale aussi, mais ils vont exploser parce que des financiers vont prendre. Est-ce une solution ou pas ?

M. SZAMES.- On y reviendra cet après-midi.

J. CHASTANG.- Quand je parle de centres de santé, je parle du service public de santé qui est porté par la collectivité territoriale et sur lesquels les départements, l'ARS, les régions devraient investir, mais je ne parle en aucun cas des grands groupes financiers, Ramsay ou autres, pour ne pas les citer.

M. SZAMES.- On reviendra cet après-midi sur ce point.

Monsieur COUPRY, vous avez entendu les débats, les questions qui ont été posées ; est-ce que vous avez quelques réponses à formuler ?

R. COUPRY.- Je voudrais revenir sur cet enjeu de la construction d'un dialogue entre l'ensemble des parties. Nous sommes tous conscients, dans la salle et à distance, que la santé fait face à des enjeux et à une transformation majeure.

D'abord, la transition épidémiologique avec une transformation des besoins de santé, des personnes qui ont de plus en plus besoin d'être accompagnées dans des problématiques chroniques, qui vieillissent, etc., des personnes qui sont en capacité d'échanger sur leur propre expérience avec l'équipe qui les prend en charge.

Cela a évolué par rapport à la santé des Trente Glorieuses, qui s'était beaucoup construite sur une santé de ville et sur une santé hospitalière hyper technique, avec des prises en charge ponctuelles alors qu'aujourd'hui, le patient a besoin d'être accompagné dans son parcours et de pouvoir participer au dialogue nécessaire à la construction de son parcours.

Je voudrais aussi citer parce que le précédent intervenant faisait part de son expérience en milieu très rural, des enjeux d'aménagement et de transformation des territoires où, d'un territoire à l'autre, les réalités sont complètement différentes et on ne peut pas plaquer un schéma venu de politiques hyper centrales à la réalité de chaque situation.

Concernant les parcours, un chercheur de l'École des Mines, qui a travaillé là-dessus, mettait en évidence deux constantes dans la réussite d'un parcours :

> La coordination de l'ensemble des acteurs. Même si cela nous paraît évident, c'est un défi très difficile à relever. Personnellement, je travaille comme directeur général dans une association qui gère des établissements de soins médicaux et de réadaptation et cette coordination des acteurs est un enjeu auquel on est confronté et qu'on appréhende bien.

> La connaissance de l'histoire de la personne et de sa pathologie.

Il y a aussi là un véritable enjeu : qu'il n'y ait pas de dispersion dans la connaissance de l'histoire de la personne, mais qu'il y ait bien des solutions, des réponses qui soient apportées pour qu'il y ait une continuité dans la connaissance de la personne et de sa maladie.

Je voudrais, pour vous parler de l'expérience du dialogue entre les parties, vous parler de la démocratie en santé, idée qui a un peu plus d'une vingtaine d'années maintenant, qui se décline en instances qui existent au niveau national, régional, dans les territoires et même dans les établissements.

En Île-de-France, la Conférence régionale pour la santé et l'autonomie, que je préside, a posé comme condition, dans le cadre du projet régional de santé, que ce projet régional de santé ne s'arrête pas au terme des travaux qui ont été menés en vue de sa publication, mais qu'il y ait un contrat de méthode qui garantisse la pérennité d'une concertation, d'une coconstruction au sein de la région au fil de l'eau.

C'est un *deal* qui a été relevé de la part de l'ARS comme de la part de l'ensemble des acteurs de la CRSA avec un contrat de méthode qui se construit autour d'un certain nombre d'axes :

• Un axe qui rappelle un certain nombre de valeurs qui nous paraissent essentielles autour de la santé. J'ai retrouvé dans l'intervention de plusieurs personnes des échos à ces valeurs-là, notamment l'inconditionnalité de l'accès aux soins, mais aussi d'autres valeurs comme celle, au-delà du service public tel qu'on l'entend sur le plan statutaire, la notion d'un service d'intérêt collectif autour de la santé.

• Quelques axes, outre de pérenniser la pratique de la concertation au sein d'instances et groupes de travail dûment coconstruits, pour décliner au sein des territoires des approches qui tiennent compte de la particularité, de la réalité de chaque territoire.

C'est aussi travailler sur une meilleure connaissance partagée, et de l'offre, et des besoins, parce que nous constatons qu'aujourd'hui, chacun vient avec ses propres connaissances, qu'il a construites à partir de ses propres sources, et aussi, parfois, des connaissances qui sont plus ou moins approximatives, et qu'on a besoin de construire un socle commun de connaissances, et de l'offre, et des besoins, pour ensuite, une fois qu'on est sûr qu'on parle de la même chose, avancer dans la recherche de solutions.

M. SZAMES.- Merci, Monsieur COUPRY, notamment sur l'offre de soins.

C. PAUCHET-LARTISIEN.- Bonjour. J'ai deux points de vue complètement différents à exprimer. Je suis médecin généraliste de la Somme, troisième mandat en tant que conseillère ordinale.

On n'a pas encore parlé du patient. Vous avez parlé du patient « usager ». Je hais ce mot parce que, pour moi, le patient est responsable, il est acteur de sa santé, et on est en train de nous culpabiliser, nous, les médecins, sur ce qui n'est pas assez bien fait, et je pense qu'il n'y a pas de pression -je ne sais pas comment le dire- au niveau des patients, sur la réalisation des examens de prévention, les frottis, les Hémocculs, ne serait-ce que les examens de suivi hémoglobine glyquée pour les diabétiques.

L'État a le pouvoir puisqu'il a mis la vaccination obligatoire pour telle ou telle maladie ; quand va-t-on beaucoup plus responsabiliser les patients plutôt que de culpabiliser les médecins, qui le sont déjà bien assez ?

Mon deuxième point : on a parlé des jeunes qui ne s'installent pas. Une grande partie de la population de généralistes ou de spécialistes va partir en retraite et je voulais parler des plus jeunes.

J'ai 52 ans, il me reste à peu près 15 ans à travailler et je suis en train de me reformer parce que trop, c'est trop. Je suis comme mes collègues, j'adore ce que je fais, mais les mesures qu'on nous a annoncées cette semaine sont totalement inutiles comme la « taxe lapin » -on n'est pas là pour récupérer des coordonnées bancaires-, l'accès direct aux professions, les spécialistes en accès direct font déjà des bonds ; ils vont avoir en consultation tout et n'importe quoi ; l'accès direct au kiné… Je vois un patient sous 24 heures, quand il a une prescription de kiné, elle est faite un mois après, je suis en train de faire un virage.

Mon ancien Président, Henri, m'a dit : *« Corinne, ne fais pas cela, tu es un bon médecin généraliste »*, mais non, là, je suis en train de me reformer parce qu'on est en souffrance, et je pense que mes collègues l'ont dit, il faut que l'État… Et Madame CAZENEUVE, vous êtes la *« représentante »*…

M. CAZENEUVE.- Non !

C. PAUCHET-LARTISIEN.
Personne ne s'occupe de nous !

M. SZAMES.- On viendra juste après sur la formation.

G. ARNOULD.- Je suis médecin généraliste dans les Deux-Sèvres, nouvellement conseiller ordinal et maître de stage universitaire. Je débute dans la profession. Ce qui m'interpelle un peu, et au vu des débats intéressants, pour l'instant, en tout cas des échanges, et au vu du programme, et cela intervient dans la manière de travailler ou la future manière de travailler de nos jeunes collègues, c'est l'image que les médecins ont dans les médias et les pouvoirs publics.

Il y a une méconnaissance réelle de notre travail auprès des médecins. Régulièrement, nos patients ne savent pas que nous faisons des gardes alors qu'ils entendent à la télé que les médecins ne font pas de gardes. Régulièrement, ils ne savent pas que nous avons des réunions tard le soir, en équipe, dans les MSP, avec nos conseillers de Sécurité sociale. Personne ne sait rien. On fait un métier formidable alors quand on dit qu'on doit faire des heures, les patients nous disent : *« Sur votre agenda Doctolib, à 19 heures, vous ne prenez plus personne, mais vous vous rendez compte ? Avant, mon médecin allait jusqu'à la nuit »*.

Oui, mais après, nous, on a des bios à faire sur l'informatique, des réunions, plein de choses. Il y a une méconnaissance totale, et cela, ce n'est pas noté. Cela influe aussi. On entendait tout à l'heure un maire et le désarroi qui existait dans nos petites campagnes. Nous, on est dans les Deux-Sèvres, on connaît bien.

Si nos concitoyens ne connaissent pas nos métiers, comment voulez-vous que nos élus le connaissent puisque ce sont eux qui votent ?

M. SZAMES.- Merci, Monsieur. En forme de conclusion, je vais demander un avis très court à l'ensemble de nos invités, et M. MOURGUES conclura.

N. ROSSO.- Ce qui me vient, c'est la volonté de réunir les acteurs de tous horizons, des horizons hospitaliers, et je me dis que la gageure est énorme. Pour côtoyer des externes et des internes, des jeunes collègues, je dirai qu'il y a quand même une volonté pour les jeunes de s'inscrire dans ce système de santé, et il faut qu'on leur offre quelque chose qui dépasse les clivages. Il faut qu'on réfléchisse en termes de territoires, c'est sûr, mais aussi en transversalité et en pluridisciplinarité, et avec des intelligences complémentaires parce que, là, on a l'impression que c'est très difficile d'avoir une vision globale du besoin du patient.

M. SZAMES.- Il y a beaucoup de questions diverses.

J. CHASTANG.- Simplement un mot pour dire que j'ai beaucoup d'espoir ; beaucoup d'interlocuteurs portent aujourd'hui une vision avec l'envie d'avancer, l'envie d'avancer avec les jeunes, l'envie d'aller vers les acteurs au niveau des doyens, au niveau de l'Ordre des médecins, au niveau des maires de France, au niveau des usagers et au niveau de ma discipline.

Donc un très grand espoir sur une meilleure organisation du système de santé et l'envie de travailler ensemble pour mettre à disposition l'intelligence collective pour permettre de penser le futur. Évidemment, cela ne va pas et évidemment qu'on peut trouver des solutions pour aller mieux, même avec une démographie médicale déclinante parce que les solutions sont vraiment à portée de main.

M. SZAMES.- Merci. Monsieur COUPRY ?

R. COUPRY.- Ce que je retiens, c'est qu'il y a effectivement une grande évolution, qui est le fait de travailler et de réfléchir ensemble, mais avec vraiment plusieurs voix. Et cela, c'est une difficulté, un apprentissage à faire de la part de tous. L'apprentissage et l'expérience du dialogue, c'est vraiment le défi d'aujourd'hui, ce n'est pas un but à atteindre parce qu'on ne l'atteint jamais complètement. C'est vraiment un chemin à prendre tous ensemble.

M. SZAMES.- Merci. Monsieur SPAN ?

JL. SPAN.- Un aspect qu'on a très peu évoqué, c'est tout le volet prévention. On pourrait quand même résumer cette nécessité de proximité avec un renforcement partenarial, le « aller vers », le renforcement de la démocratie participative en santé, la valorisation des expériences des citoyens, l'écoute de tous les praticiens, de tout le monde. Je suis peut-être un des rares à ne pas être praticien ici et j'ai senti beaucoup de souffrance dans cette salle, mais aussi beaucoup d'envie de faire. Donc, faisons !

M. SZAMES.- Madame VINCENT ?

I. INCENT.- J'ai envie de rajouter juste deux mots : la nécessité de travailler tous ensemble, tous les professionnels de santé, mais aussi les autres professionnels, et d'être dans une écoute aussi des besoins des uns et des autres, de toutes les professions et des patients, ou des usagers -je ne reviendrai pas sur ce terme-là-, et quand même aussi la nécessité d'avoir un regard bienveillant les uns envers les autres.

On a fait des entretiens avec des associations de patients et finalement, ce qui revient très souvent, c'est un système de santé qui devient assez dur pour s'y retrouver. Les gens sont assez perdus dans notre système de santé.

Il y a besoin d'un accompagnement psychosocial et qui va bien au-delà, et en tous les cas, la nécessité d'avoir aussi les uns envers les autres, et surtout avec les patients, de la bienveillance.

M. SZAMES.- Marguerite CAZENEUVE, vous avez été interpellée un peu en tant que représentante de l'État.

M. CAZENEUVE.- Je ne suis pas représentante de l'État, je me permets de le rappeler, la CNAM, ce n'est pas l'État.

Je vais redire ce que j'ai dit en introduction. C'est un peu grandiloquent, mais je pense que le tumulte du monde ne va pas se calmer et que tous autant que nous sommes, maintenant, il nous faut nous bagarrer pour faire du mieux que chacun puisse faire là où il est, vous comme médecins, nous en tant que responsables publics, politiques.

Il faut qu'on s'appuie quand même sur les choses qui vont mieux. Il y a dix ans, on parlait à peine des troubles du neurodéveloppement et c'était des années et des années d'errance

diagnostique, la protection universelle maladie a une dizaine d'années aussi, cela n'existait pas, c'était un fouillis de droits.

On oublie très vite, quand même, les progrès qui ont été ceux de la protection sociale et de l'assurance-maladie ces dernières années. Un rapport qui vient de sortir de l'IRDES compare le système allemand et le système français, qui est très intéressant. Il montre que le système allemand, dont on parle toujours comme étant un modèle, à 20 ans de retard sur nous en matière notamment d'ambulatoire. On est bien meilleur que les Allemands en matière d'ambulatoire. Il y a beaucoup de choses sur lesquelles il faut qu'on arrive à s'appuyer pour se donner du courage.

La deuxième chose, ce sont évidemment les enjeux. Les enjeux en matière de parcours, cela a été dit, mais ce sont des choses simples. Les parcours sont des concepts complexes ; un tiers des patients diabétiques et des patients en insuffisance cardiaque sont diagnostiqués au moment d'une décompensation très sévère à l'hôpital.

Cela veut dire qu'on a un enjeu collectif, et vous, et nous, de faire en sorte que les patients qui ont une ALD soient dépistés le plus tôt possible, et cela passe par un meilleur dépistage des comorbidités. C'est quelque chose d'hyper concret qu'on doit faire sur les parcours.

Sur la PDSA, l'Ordre est bien placé pour le savoir : 95 % du territoire sont couverts par la PDSA. On peut dire que ce n'est pas 100 %, c'est énorme, etc. Eh bien allons chercher ces derniers 5 %. Une manière de passer le cap de la communication, c'est de montrer que, quand il y a 5 % des patients en ALD qui n'ont pas de médecin traitant, ce n'est pas beaucoup dans l'absolu, quand 5 % des territoires ne sont pas couverts par la PDSA, qui sont des territoires ruraux, ce n'est pas beaucoup dans l'absolu, mais ces 5 %, il faut qu'on aille les chercher.

Je termine sur les moyens qu'on a à notre disposition. Je crois à ce que vous avez dit, c'est-à-dire à l'éthique de la discussion, qui est fondamentale. Je crois au dialogue conventionnel. L'éthique globale, qui est quand même l'inconditionnalité de l'accès financier et territorial d'accès aux soins, a été rappelée.

Sur la communication, je suis totalement d'accord avec vous. Cette communication, c'est de notre responsabilité, mais aussi de votre responsabilité. Comment est-ce qu'on arrive à faire connaître ce que la médecine fait au jour le jour ?

Effectivement, il y a un décalage, mais qui est lié à toutes les personnes qui émettent du son sur le système de santé.

Et puis des choses peuvent faire peur, mais vont nous aider : le dire numérique en santé va aider à fluidifier les parcours ; la démocratie en santé fait des progrès ; on est quand même bien meilleur en matière de prévention. Il y a des choses positives, il faut qu'on se donne les moyens d'y arriver et qu'on ne soit pas défaitiste. Madame, il ne faut pas abandonner la médecine générale, il faut que vous restiez avec nous !

M. SZAMES.- Gardons cette note positive. Merci.

Monsieur le vice-président, c'est à vous que revient la conclusion de ce débat.

JM. MOURGUES.- Vous m'aviez demandé de préparer la vision que nous avons à l'Ordre pour répondre aux nouveaux besoins en santé. Cela nécessite, bien évidemment, l'application de mesures à court terme tant il y a une certaine urgence, et des mesures à moyen et long terme.

Je ne parlerai pas de l'incidence économique des modèles, tant pour les praticiens hospitaliers que pour les libéraux, c'est à la marge même si, effectivement, il y a une interaction évidente dans tout cela.

J'en ai identifié dix. Ce n'est pas la table des Dix commandements, mais des recommandations, et la liste ne se veut pas exhaustive :

> Évaluer les besoins en santé. C'est fondamental et on est surpris qu'en France, l'entreprise soit trop imparfaite, à l'heure de *l'open data* et de la puissance d'analyse des données, que l'on ne sache pas mieux investir, analyser, anticiper, mesurer les besoins en santé.

Vous l'avez compris, dans un parcours en santé, cela a une dimension sanitaire, médico-sociale, avec le vieillissement de la population. On n'a pas parlé aussi du handicap, on pourrait parler de l'enfance, de la prévention, bien évidemment, et plus encore aussi de la promotion de la santé. Et comment peut-on d'ailleurs projeter une offre de soins en termes de futurs professionnels à former demain sans avoir évalué au préalable les besoins ? Je pense que cela sera l'objet de la table 2.

> Avoir une granulométrie plus fine de l'analyse des besoins, au plus proche possible des territoires. Je citerai -que Guillaume CHEVILLARD me pardonne-, un géographe qui

n'est pas de l'IRDES, Emmanuel VIGNERON qui, en 2011, disait que les moyennes dissimulaient de fortes inégalités territoriales. Il y a un aspect extrêmement hétérogène des réalités des territoires.

> Le constat est quand même établi. C'est un lieu commun de dire qu'on est probablement, en politique de santé comme dans d'autres domaines peut-être, dans une politique trop centralisée et hyper administrée. Il faut probablement déplacer le curseur de la décision santé d'une déconcentration de l'État vers une réelle décentralisation.

Le principe républicain intangible, c'est d'offrir à chacun une égalité dans un accès aux soins et un parcours de soins de qualité, mais cela nécessite une politique d'équité, qui est une notion beaucoup plus exigeante que celle de l'égalité dans des allocations de ressources humaines et financières à hauteur des difficultés des territoires. Et pour cela, une analyse au plus près des territoires est absolument indispensable.

Faire confiance aux professionnels, de santé en particulier. Cette notion est contingente de la précédente. C'est quand même un retour d'expérience du début de la pandémie Covid-19, qui a été, hélas, une trop courte parenthèse, mais on a vu quand même qu'on pouvait avoir une réactivité, une réponse dans un véritable défi.

> Décloisonner. On a un système qui est cloisonné à l'envi, sanitaire, médico-social, ville, hôpital, établissements de santé publics privés. Ce cloisonnement est source de gâchis humain et financier dans la prise en charge des patients, gérant des parcours heurtés avec des hospitalisations évitables notamment.

> De nouvelles alliances : médecins, usagers de la santé, élus locaux. Je citerai un livre de Karine LEFEUVRE, Roland OLIVIER et Olivia CROS, de 2018, que je vous incite à lire, sur la démocratie en santé : *La coconstruction est-elle un leurre ?*

On pose la question, mais cela nous semble quand même quelque chose d'essentiel ; certaines oppositions n'ont vraiment aucun sens, elles relèvent plutôt de débats archaïques. On voit d'un côté des patients qui ont un parcours de soins qu'ils font eux-mêmes esseulés, incoordonnés, et des professionnels de santé, des médecins en particulier, qui sont particulièrement insatisfaits de leur exercice.

Il faut donc faire un saut qualitatif dans la démocratie en santé avec une forte implication des patients, tant dans les représentations territoriales que peut-être dans les parcours de soins avec notion de patients partenaires, mais il faut vraiment travailler la chose.

> Améliorer la plasticité des carrières des médecins ; des exercices mixtes, par exemple, ville/établissements de santé, et puis l'acquisition de compétences nouvelles. Cela fait partie des cinq propositions de l'Ordre, elles sont fondamentales. Il faut bien voir que l'université forme à des spécialités très techniques et des hyper spécialités et que c'est un leurre de penser que ces spécialistes hyper spécialistes, loin des métropoles et loin des plateaux techniques, vont irriguer le territoire, comme ce le fut avant.

> Penser de façon constructive les coopérations interprofessionnelles afin d'avoir le bon professionnel au bon moment, au bon lieu, et d'améliorer ainsi la qualité du parcours de soins en étant respectueux des désirs d'évolution des compétences de chaque corps de professionnels de santé, mais en admettant que les coopérations interprofessionnelles le sont sous l'autorité du médecin ; un parcours de soins personnalisés autour de professionnels de santé portant un intérêt direct au patient, coordonné par le médecin, et assurant qualité, sécurité et traçabilité des soins.

> L'apport du numérique en particulier. C'est un véritable défi, avec de très fortes inégalités territoriales, notamment déficit d'acculturation d'une partie de la population vis-à-vis des moyens de communication modernes. On parle d'illectronisme ; en moyenne, on considère que c'est 15 à 17 %, mais il y a des territoires où on est plutôt dans les 40 %. À ce moment-là, il faut probablement des aidants naturels.

> La recherche et l'innovation. La France doit redevenir un pays en tête de proue. Il y a aussi le déploiement dans les soins primaires et la médecine générale, vraiment, d'une nécessité de recherche.

Bien évidemment, dans la territorialité, c'est aussi savoir, quel que soit le statut, le mode d'exercice du médecin au plus près des territoires, assurer des objectifs de santé publique qui nous semblent essentiels. Merci.

M. SZAMES.- Merci beaucoup. On arrive à la fin de cette table ronde. Mesdames, Messieurs, merci ; Monsieur COUPRY, merci d'avoir été avec nous en visio.

2

QUELLE APPRÉCIATION DES BESOINS DE FORMATION INITIALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ?

02.

TABLE RONDE N°02 .

QUELLE APPRÉCIATION DES BESOINS DE FORMATION INITIALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ?

M. SZAMES.- Merci de nous retrouver pour ce deuxième débat.

Le Président ARNAULT a parlé tout à l'heure notamment des médecins qui n'exercent pas forcément là où ils ont appris et ce qu'ils font aujourd'hui. On va en parler.

Nous avons avec nous :

- **Laurence COMPAGNON,** du Collège national des généralistes enseignants
- **Guillaume BAILLY,** Président de l'ISNI (Intersyndicale nationale des internes)
- **Serge UZAN,** chargé de mission auprès du CNOM
- **Emmanuel TOUZÉ,** Président de l'ONDPS (Observatoire National des Démographies et des Professions de Santé)
- **Benoît VEBER,** Président de la Conférence des doyens
- **Guillaume CHEVILLARD,** géographe, chargé de recherche à l'IRDES

Merci également d'être avec nous, Stéphane OUSTRIC, conseiller national du CNOM, délégué général des données de santé numériques. On va commencer avec vous, si vous le voulez bien. Comme tout à l'heure, vous avez cette charge de poser un peu le débat et de nous orienter sur les angles d'attaque pour notre débat.

S. OUSTRIC.- Merci, Michaël. Bonjour à tout le monde. Je ne vais pas parler beaucoup. La table est prestigieuse, donc il faut vraiment écouter nos intervenants.

Les éléments, c'est l'appréciation des besoins de formation initiale des professionnels de santé, tous professionnels de santé, mais bien sûr les médecins aussi. C'est l'avenir, et l'avenir, c'est intéressant parce que la jeune génération est là, mais elle est bien sûr encadrée par nos doyens et nos formateurs. C'est à ce titre qu'évidemment, l'ensemble des participants vont répondre.

On aura, je pense, plusieurs temps, ce qui est la réalité des réformes actuelles qui ont été mises en place et qui doivent arriver pleinement dans leur stratégie d'efficacité pour former 44 spécialités médicales, notamment dans les meilleures conditions de qualité et sécurité de soins telles que nous les concevons en France, mais aussi prévoir ce qui va arriver.

On a eu l'autre jour une très belle table sur le *think tank* que l'on anime au Conseil national sur l'intelligence artificielle, sur quels types de futurs professionnels aurons-nous dans les années à venir avec la place de l'intelligence artificielle, de l'irruption du numérique, de l'évolution vraiment attendue sur les patients partenaires dans le cadre de nos exercices.

Voilà les éléments que l'on va traiter. On va redire quand même ce qui existe aujourd'hui parce que, là encore, on a entendu certaines interventions de ce matin pour dire que tout n'est pas à jeter avec l'eau du bain. Il y a d'excellentes choses, d'excellentes réformes, on prépare bien les professionnels pour certains enjeux. Il y a des problématiques de chiffres et de démographie, on y reviendra aussi.

Mais il y a aussi beaucoup d'espoir dans l'avenir et avec des évolutions possibles à travers toutes les formations en santé, toutes les carrières des futurs professionnels de santé, pas exclusivement les médecins, on l'a vu, puisqu'aujourd'hui, c'est la pluriprofessionnalité, c'est la stratégie autour d'un parcours de santé, pas uniquement un acte de soin.

Je vous laisse, Michael, avec l'ensemble de nos invités.

M. SZAMES.- Et on se retrouve pendant le débat. N'hésitez pas, comme tout à l'heure, à demander la parole.

Benoît VEBER, on va commencer avec vous. Stéphane OUSTRIC en parlait à l'instant : pour faire face aux nouveaux besoins de santé parce que de nouveaux besoins sont apparus, faut-il modifier notre vision de la formation telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui ?

B. VEBER.- Merci pour cette question. Merci de m'avoir convié à ce débat ; échanger est une façon de construire l'avenir donc il faut s'y atteler. On est dans un monde qui bouge, et bien sûr, on doit adapter nos formations aux enjeux de demain : enjeu démographique, enjeu de qualité, enjeu d'adaptation de notre système aux besoins des Français en termes de santé.

Vous le savez très certainement, la médecine a fait face à trois réformes importantes ces dernières années en termes de formation :

> Une réforme du premier cycle de l'accès aux études.

> Une réforme du deuxième cycle.

> Une réforme du troisième cycle.

Je ne suis pas sûr que tout soit fini, et il est clair qu'il nous faudra relire nos process -c'est d'ailleurs en cours- pour optimiser, améliorer ces réformes. En trois mots, la réforme d'accès aux études a pour objectif d'éviter ce que j'appelle l'effet cul de sac de l'ancien système de la PACES, c'est-à-dire d'avoir de très bons étudiants qui, au bout de deux ans, n'ont rien.

Cette marche en avant est un objectif fort de cette réforme. Elle est réussie, les étudiants s'inscrivent en licence et ont un parcours à l'université, puis ils peuvent, deux fois de suite, pendant les trois années de licence, tenter un accès aux formations en santé.

Elle avait pour objectif de diversifier les profils de nos médecins, de nos professionnels. Là, le bilan est encore à faire ; je ne sais pas si c'est un succès. Ce qui est certain, c'est qu'elle est complexe en termes de lisibilité extérieure et qu'il faut donc indiscutablement la relire pour lui donner une meilleure visibilité pour les jeunes qui souhaitent se lancer dans ces études. C'est quelque chose dont je suis convenu avec Mme RETAILLEAU et qui devrait se faire dans les mois qui viennent.

La réforme du deuxième cycle est pédagogiquement très solide. Elle a pour objectif de sanctuariser des compétences considérées comme essentielles pour rentrer en troisième cycle, pour être interne. Les modifications faites et qui ont été appliquées cette année ont montré leur efficacité.

Des étudiants ont passé les EDN en octobre ; ceux qui n'avaient pas le niveau suffisant aux items dits « de rang A » ont été amenés à repasser une épreuve de rattrapage au mois de janvier, et pour moi, il y a trois leçons à tirer de cela.

La première, c'est que nos jeunes ont des ressources ; ils en ont sous le pied, et cela, c'est plutôt satisfaisant, c'est-à-dire que 12 % n'avaient pas la note qui convenait et finalement, en trois mois, ils ont été capables de faire l'effort de formation nécessaire pour massivement valider. On se retrouve avec un taux d'échec de 3 %, qui est vraiment un taux d'échec normal dans une année. Il est normal que, de temps en temps, un jeune ait besoin d'une année de plus pour parfaire son parcours. Le message qu'on leur donne, c'est : « *Vous avez les connaissances pour être interne* ». C'est extrêmement structurant.

Le troisième message qu'on donne aux Français est : « *Vous allez avoir des internes qui ont des connaissances validées pour être interne* », et je pense que c'est très bien.

L'autre trépied de cette réforme est la validation des compétences, qui va se faire sous-forme d'évaluation par des mises en situation. Là, on défriche un terrain un peu inconnu puisqu'on s'est mis la barre assez haut sur ce qu'on appelle des échos, des examens de compétence objectifs et structurés, nationaux. On va faire cela fin mai. C'est un peu trop tôt pour savoir si tout va bien se passer, mais on fera tout pour, vous pouvez compter sur les doyens pour cela.

Derrière, on aura des jeunes internes qui ont des connaissances et des compétences validées ; c'est pédagogiquement très solide.

La réforme du troisième cycle, qui a un peu plus d'antériorité, vient juste de finir son évolution. Elle n'est pas finie, mais c'est une dernière évolution, celle de la quatrième année de médecine générale. Au regard des doyens, c'est une excellente chose, pédagogiquement très solide, très défendue par les enseignants de médecine générale, avec raison, et avec le soutien des doyens.

Il reste des petites choses à travailler ensemble, mais on va y arriver de façon que cette quatrième année soit un succès et permette à nos jeunes d'être plus adaptés à l'exercice de la médecine de demain. Mais c'est une évolution permanente et il nous faut être capables en permanence de faire évoluer la formation pour l'adapter aux besoins de demain.

Un dernier mot avant de passer la parole aux autres orateurs de la table ronde pour dire que le politique est dans son rôle quand il prend des décisions. J'ai écouté avec beaucoup d'attention la table ronde précédente. Évidemment qu'il y a un souci d'accès aux soins, on le partage et

on en discute depuis longtemps, ce n'est pas une donnée nouvelle, mais c'est une donnée qui s'aggrave.

Si, collectivement, nous n'apportons pas des réponses satisfaisantes, il est normal que les politiques bougent, il est normal que les politiques, qui représentent les Français, prennent des décisions. Le danger de ne pas les éclairer, c'est qu'ils prennent les mauvaises décisions. Et moi, j'appelle de mes vœux une concertation qui nous permette collectivement d'apporter des réponses qui, professionnellement, sont valides pour éviter les prises de décisions parfois un peu surprenantes, de l'homme politique qui essaye simplement de répondre à sa mission : que les Français ait un accès aux soins.

M. SZAMES.- Je reviendrai évidemment sur tout ce que vous venez de dire sur la formation. La concertation, si on doit échanger avec tout le monde, va jusqu'où ? Avec qui ? Comment ? Avez-vous déjà une idée à amorcer ? Cela peut être une idée intéressante à débattre aujourd'hui.

B. VEBER.- La concertation doit être très large, évidemment, et avant tout être pluriprofessionnelle. Je pense qu'un des éléments de la réponse passe par la pluriprofessionnalité. Il faut que nous soyons capables, nous, les médecins, de travailler avec l'ensemble des professionnels de santé. Nous le sommes déjà, bien sûr, mais il nous faut amplifier ce mouvement pour permettre de faciliter l'accès aux soins.

C'est une réponse, mais évidemment que les doyens sont en très bonne interface avec l'Ordre, et je remercie notre Président de l'Ordre d'avoir facilité ce dialogue. L'Ordre a évidemment son rôle à jouer pour être un partenaire dans ces débats.

M. SZAMES.- Emmanuel TOUZÉ, vous avez entendu cette main tendue au sujet de la concertation et tout ce qui a été dit sur les besoins de formation aujourd'hui ; quel est votre regard ?

E. TOUZÉ.- En effet, l'ONDPS est bien placé sur ce sujet de concertation. L'ONDPS a été créé il y a une vingtaine d'années. À l'origine, c'était pour mener des travaux de réflexion sur la démographie. Ce n'est pas le lieu où on fait de la démographie très précise sur le plan statistique, mais on mène une réflexion plus large sur les sujets démographiques et sur les professions de santé.

Progressivement, cela a évolué vers des missions de planification, et d'ailleurs, l'ONDPS a été chargé par la loi, en 2019, au moment de la suppression du *numerus clausus* et sa transformation en numerus apertus, de déterminer les besoins de formation pour les quatre professions : médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie.

C'est à partir d'un certain nombre de travaux qu'on a menés qu'on a pensé qu'il fallait augmenter le nombre de médecins ; c'est pour cela qu'un peu plus de 11 000 médecins entrent en formation chaque année maintenant, et que le nombre de chirurgiens-dentistes a aussi augmenté.

Mais le constat, on l'avait fait dès 2021, c'est ce qu'a dit Isabelle VINCENT tout à l'heure : on manque de travaux prospectifs sur l'évaluation des besoins. Et les besoins du système, ce n'est pas qu'une question de nombre. Bien sûr, on est en situation de pénurie et nous sommes tous convaincus qu'il faut augmenter le nombre, et en plus, comme les médecins ne travaillent plus de la même façon, il en faut sans doute plus qu'avant.

Mais la question est de savoir aussi quels médecins on veut demain, comment on s'assure de couvrir des champs qui ne sont aujourd'hui pas du tout couverts, ou mal couverts : la santé mentale -on ne peut pas dire que les soins primaires soient complètement bien couverts-, la gériatrie, demain, les soins palliatifs. Quels profils veut-on recruter ? On a besoin, bien sûr, de médecins ultra-pointus, très forts en sciences fondamentales, etc..., mais si on n'est pas capable de recruter des médecins qui ont un autre profil, qui iront peut-être vers plus ces champs de santé, on va continuer à avoir des difficultés.

M. SZAMES.- Est-ce qu'il y a trop de spécialistes aujourd'hui ?

E. TOUZÉ.- Non, je ne dis pas qu'il y a trop de spécialistes, simplement, la médecine devient de plus en plus compliquée, et même dans une spécialité, parfois, on a aussi besoin de sur-spécialistes. Mais il ne faut pas généraliser ce système sinon, on n'aura que des silos où le malade passe d'un spécialiste ou d'un sur-spécialiste à un autre, et plus personne n'a de vision complète de la prise en charge.

J'ai oublié de le dire en introduction : cette problématique n'est pas franco-française, elle est internationale, et tous les pays du monde, notamment aussi en Europe, travaillent sur ces

sujets-là. Ils font le même constat qu'il faut qu'on dispose vraiment d'outils de pilotage.

Il y a donc le nombre, mais aussi le profil, et ensuite, comment on forme les étudiants. Parce que si on veut qu'ils répondent aux besoins du système de demain, il faut savoir quel système on veut. Est-on capable de projeter le système de santé de demain ?

Et il faut qu'on forme les futurs professionnels pour qu'ils répondent bien au système, donc il faut qu'ils soient adaptés au futur système. Si on continue à avoir un système ultra-cloisonné dans les CHU, etc., ils n'iront jamais exercer dans les territoires, ces étudiants.

Il faut donc absolument qu'on régule pendant la formation pour qu'ils découvrent bien l'exercice du futur, mais aussi au moment de l'exercice - on en a parlé tout à l'heure. Si, en effet, on produit des médecins qui, à la fin, de toute façon, ne font pas du tout ce pour quoi ils ont été formés, on peut faire de la super-planification, cela ne marchera pas.

Il faut aussi qu'on organise le système pour que l'exercice pour lequel ils ont été formés soit possible, qu'on les maintienne aussi dans ce système et qu'on leur permette aussi d'évoluer. Cela a été dit tout à l'heure, le système ne va pas être figé pendant 50 ans, donc il faut aussi assurer derrière la formation continue. C'est vraiment une chaîne. S'il y a un maillon défaillant dans la chaîne, la planification ne marche pas.

M. SZAMES.- Monsieur UZAN, je voudrais vous entendre sur ce besoin d'envoyer des médecins sur le territoire.

S. UZAN.- Je suppose que c'est à propos de la phrase : *« Le système ne va pas être figé pendant 50 ans »* ! Oui, j'ai commencé mes études de médecine il y a 56 ans. Pour ceux qui aiment les calculs, j'ai commencé tôt, ne vous méprenez pas !

Vous m'aviez demandé de réfléchir à quelques points sur 56 ans de parcours, d'abord comme étudiant, puis, j'ai à peu près accumulé tous les chapeaux à plumes qu'on peut imaginer : professeur, doyen, vice-président d'université, etc...

J'ai commencé mes études sans numerus clausus et ce n'est pas ma génération qui a été la plus exempte de problèmes. Je crois que le *numerus clausus* est une variable, mais qu'il ne faut pas s'accrocher à cela. J'ai connu 5 000, puis 3 100.

Et aujourd'hui, 10 ou 12 000, et demain, le Premier ministre nous a dit : 16 000. Pourquoi pas 25 000 ?
Il n'y a pas de problème de nombre mais de qualité de l'offre de soins.

Les problèmes, selon moi, sont les suivants :

> La temporalité de la décision, qui est souvent inadaptée. Entre décider d'un numerus clausus et le départ ou son impact, il y a 15 à 20 ans ; entre décider d'un *numerus clausu*s et la sortie de ceux qui étaient dans le système précédent et qui vont croiser ceux qui rentrent, il y a 30 à 40 ans. La temporalité doit donc être réfléchie, peut-être de façon un peu plus attentive.

> L'absence réelle de programmation. Ce n'est pas pour dire du mal de l'ONDPS que je dis cela, mais enfin, on n'a pas de programmation, on a des données, que fournit l'ONDPS, mais en sachant qu'en plus, cette programmation est rendue très difficile par le fait que les gens ne font pas ce pour quoi ils ont été formés. Et cela, c'est capital.

> Enfin il y aura de plus en plus un problème d'encadrement et de qualité de la formation.

M. SZAMES.- On va revenir sur ce point.

S. UZAN.- J'en dis juste un mot. Confondre désert médical quantitatif numérique et manque d'accès aux soins, conduit à se tromper de vrai problème.

Enfin, pour la formation, rien ne remplace le vrai patient et la vraie situation. La simulation, c'est très bien pour dire : *«Jamais la première fois sur un patient »*. C'est vrai que j'aurai mieux fait de m'entrainer pour ma première ponction pleurale sur un mannequin, je suis d'accord, mais ce n'est pas cela qui va remplacer le patient, ce n'est pas cela qui va remplacer le formateur. Il faut donc évaluer nos capacités de formation «en moyens humains» parce que c'est cela qui est aussi très important.

Former des étudiants à un métier et non à une discipline a été un problème. Je reconnais que, dans ma génération, on était chirurgien ou ceci ou cela, et on avait une formation qui, d'ailleurs, portait sur une quantité de connaissances largement plus réduite. Entre ce que j'ai appris et ce qu'on essaye d'enseigner aux étudiants, il y a un facteur de un à trois, selon moi au moins.

Comme on ne peut pas se multiplier, le problème, c'est celui du temps médical et de son utilisation. Le temps médical est devenu insuffisant parce

qu'il y a du temps administratif, du temps de gestion, qui est trop important. On a parlé des assistants médicaux ; c'est une solution.

J'ai eu la chance, de faire une grande partie de ma carrière de chirurgien avec une secrétaire à côté de moi et qui connaissait la sténodactylo !

Il y a par ailleurs un point qui me paraît insuffisamment abordé : celui de la stratification des tâches et des compétences. Aujourd'hui, il faut réfléchir en termes d'équipe on l'a dit plusieurs fois, et il faut passer aux actes, peut-être par une formation plus pluriprofessionnelle d'emblée pour former simultanément différents types de soignants.

Le patient lui-même doit devenir un acteur de sa santé. J'ai eu la chance de participer il y a un peu plus de dix ans, avec Catherine TOURETTE-TURGIS, à Sorbonne Université, à la création de l'Université des patients qui forme des patients accompagnateurs. C'est devenu aujourd'hui un métier, une véritable profession qui favorise l'employabilité des gens après certaines maladies chroniques. Et cela, il faut absolument le développer.

Quand j'ai commencé y compris ma carrière de doyen, l'hôpital était le temple où on apprenait la pratique de la religion «médicale». Eh bien c'était tout à fait inadéquat et cela a éloigné nos étudiants de la pratique de ville. On a depuis élargi la formation et les stages à la ville, et c'est très bien. Il faut non seulement élargir à la ville, peut-être «au changement de territoire».

Enfin, il faut continuer à développer l'attractivité de ce métier, mais en s'adaptant aux nouvelles demandes des étudiants en termes de santé, y compris de la leur, ce qui est normal, et en s'adaptant à leur volonté d'un mode de vie qui soit plus adapté a leur attente.

Je dirais simplement que certaines remarques qui ont guidé ma formation initiale seraient inadaptées aujourd'hui. Il m'est revenu en mémoire pour ceux qui ont fait de la chirurgie, le Pr XX qui, un jour à un étudiant qui lui disait : *« Hier, j'étais malade »*, lui a dit : *« Mon ami, dans la vie, il faut choisir : médecin ou malade, mais les deux, ce n'est pas possible ! »* C'était une façon de «sublimer et prioriser» la mission de soignant mais ça n'est pas adapté à la vie que souhaitent mener des gens… y compris les médecins !

Tout a changé et il faut accompagner le changement. Heureusement, à la Conférence des doyens, mes collègues doyens sont plus jeunes.

M. SZAMES.- Bien sûr, cela change, mais sur le territoire aussi, il apparaît de nouveaux besoins. Vous les avez cités, ils sont nombreux.

Je voudrais vous entendre, Guillaume CHEVILLARD. Vous êtes géographe, chargé de recherche à l'IRDES ; on vient de parler de cette question des territoires et de faire bouger les choses. Ce sont les médecins qui vont aller sur les territoires. Vous avez des chiffres ; qu'est-ce que cela donne pour vous ?

G. CHEVILLARD.- Il y a deux questions :

> La question du bon nombre de médecins à former, qui est relativement difficile à aborder. On a un peu parlé du bon nombre de médecins totaux.

> Comment, *via* la formation, on peut améliorer la répartition géographique des médecins toutes spécialités confondues.

Beaucoup de choses ont été dites, mais je vais peut-être rappeler deux points puisqu'on est dans un monde qui bouge. Les flux de formation en France vont alimenter l'offre disponible totale de médecins, mais en plus de ces flux de formation, on est dans un monde ouvert -on en a parlé- : il y a des médecins qui viennent aussi en France exercer avec un diplôme européen ou non européen, qui viennent compenser des manques dans certains territoires, dans certaines spécialités. On a aussi des sorties, dont on a parlé ce matin, des médecins qui sont formés, qui arrêtent leurs études, qui font autre chose, qui se reconvertissent.

Tout cela fait bouger le stock de médecins disponibles et le bon nombre de médecins est aussi à mettre en regard des compétences des autres professionnels de santé. Il est donc très difficile d'évaluer le bon nombre de médecins à former et à avoir, même si on a des outils. On a parlé de l'ONDPS et il existe aussi des outils de projection de la DREES.

Sur le versant *« inégalités territoriales »*, en France, il faut le dire, on est en retard par rapport à d'autres pays sur les politiques de formation qui s'attaqueraient à la question de la répartition territoriale des médecins.

À l'étranger, un certain nombre de pays comme l'Australie, le Canada ou les États-Unis, ont des politiques assez volontaires sur la formation des médecins, soit de recrutement, soit d'exposition aux zones sous-dotées pour lesquelles, en France, on est encore un peu en retard, pas que du fait des politiques, mais aussi en retard à cause des données.

On est incapable, à l'heure actuelle, de suivre les médecins dans le temps, de suivre leur parcours, de dire ce qui a joué sur leur installation, leur maintien, leur mobilité. Tout cela fait que c'est très difficile. On reviendra un peu sur les solutions lors de la formation, mais j'en vois quelques-unes sur la manière dont la formation peut contribuer à réduire les inégalités territoriales :

> *Via* le recrutement. On peut réfléchir, comme d'autres pays, à diversifier les profils et l'origine géographique des étudiants. Je pourrai vous parler d'une enquête qu'on a faite là-dessus auprès des étudiants qui ont passé les ECM.

> Les besoins de formation locaux avec les *numerus apertus* en premier et deuxième cycle ; au moment ensuite du troisième cycle, on forme un nombre de spécialités par subdivision, mais les étudiants sont ensuite mobiles, ils peuvent s'installer où ils le souhaitent.

Second point important : le lieu de stage, ce qu'on appelle l'exposition au territoire, dans la littérature. Deux leviers sont encore un peu sous-exploités en France : le recrutement plus sélectif avec des profils plus variés, et exposer davantage les étudiants aux zones déficitaires. On sait de la littérature étrangère que ce sont deux leviers qui sont des déterminants de l'installation et du maintien dans ces territoires sous-dotés.

M. SZAMES.- C'est très intéressant Ce que vous venez de dire est très intéressant, Monsieur. Vous voulez prendre la parole, Monsieur TOUZÉ ?

E. TOUZÉ.- Oui, je partage complètement cette analyse. Les pays cités ont des expériences intéressantes et c'est de cela que l'on s'inspire. Je pense que plusieurs doyens ont mis en place des politiques territoriales pour diversifier les lieux de stage, mais on n'est pas sur les mêmes distances, quand même, parce qu'Australie et aux États-Unis, on parle de zones qui sont à 400/500 kilomètres. Ce ne sont pas tout à fait les mêmes problématiques qu'en intrarégional, où on est plutôt parfois une centaine de kilomètres.

Je ne dis pas que ce n'est pas un problème, mais on ne peut pas totalement calquer les expériences, même si elles sont bien sûr intéressantes.

M. SZAMES.- Et sur la répartition ?

E. TOUZÉ.- Concernant la répartition, l'ONDPS a un rôle important aussi ; je peux le dire puisque, tout à l'heure, on a parlé de concertation. L'ONDPS est un lieu de concertation. On concerte avec les ARS, les collectivités et de nombreux acteurs de l'État, etc., pour essayer d'adapter les besoins d'entrée en fonction du besoin du territoire. C'est pour cela qu'on a un nombre qui ne s'appelle plus *numerus clausus,* mais c'est un objectif, un chiffre qui peut-être adapté ensuite, par région, par subdivision.

On fait le même exercice à l'issue du deuxième cycle, quand les étudiants vont rentrer en troisième cycle. On propose une répartition par spécialité et par subdivision, en fonction des besoins des territoires, des politiques nationales, d'indicateurs démographiques du territoire, d'indicateurs de vieillissement, etc…

C'est un travail un peu d'horloger où on essaye de répartir au mieux en fonction des besoins de chaque territoire, mais avec la limite, qui a été soulignée tout de suite, que, de toute façon, l'exercice, à la fin, reste libre. On ne peut pas dire que cette répartition ne fait rien parce que si on n'en avait pas du tout, ce serait bien pire. Cela a un impact ; lorsque les internes sont formés à un endroit, ils ont quand même tendance à y rester. Plus de la moitié des internes qui sont formés dans une région y restent. On est plutôt autour de 70 % au niveau national, mais il y a bien sûr des variations en fonction des territoires.

M. SZAMES.- On revient toujours dans son territoire ? C'est un peu cela que vous voulez dire également, Guillaume BAILLY ? Vous représentez l'intersyndicale nationale des internes. Là où on est formé, on revient souvent pour pratiquer ?

G. BAILLY.- Non seulement on y revient, mais on y reste. On discute beaucoup avec Guillaume et c'est vrai que cela reste quand même le déterminant numéro un de l'installation. Je discutais avec le DG de l'ARS de la région d'Arras, qui me disait : *« Si vous voulez Bourg-en-Bresse, on vous le donne, on vous le développe ».*

Cela éveille quelques attitudes conquérantes ; Bourg-en-Bresse, c'est pittoresque, il y a beaucoup de choses, on y mange bien, cela inspire quelques virées chez M. BOCUSE, mais la vraie réflexion derrière Bourg-en-Bresse, ce n'est pas de se dire :

« Vous me donnez Bourg-en-Bresse, on y va », c'est de se dire : *« Il faut former les gens de Bourg-en-Bresse, les gens iront s'installer ou resteront à Bourg-en-Bresse »*. Il y a beaucoup de gens pour qui aller à Bourg-en-Bresse n'est ni une purge ni une punition, il faut se le dire.

En revanche, et je m'inscris complètement dans ce qui a été dit, qu'est l'intérêt du politique ? Un intérêt électoraliste. Il est là pour satisfaire les gens qui votent pour lui, et c'est tout à fait normal, il est dans son rôle. Quand on discute avec les politiques, il est vrai que les mesures coercitives sont pour eux l'une des solutions en disant : *« Qu'est-ce que je fais, moi, face à Mme MICHU qui n'a pas accès à un ophtalmo, un cardio, un médecin généraliste ? »*.

La solution, c'est d'envoyer les gens dans les déserts médicaux. Nous sommes de ceux qui pensent que de réelles mesures incitatives sont efficaces. Cela peut fonctionner dès le troisième cycle, avec les étudiants, avec les internes que nous sommes, les professionnels de santé en formation -je préfère ce terme. On a la chance de pouvoir, à travers les stages d'internat, découvrir des territoires, à la fois au niveau des CHU et des CH, mais également en activité libérale.

Il faut aller dans ce sens-là puisque, ensuite, c'est un facteur d'installation. L'une des solutions à l'accès aux soins, et je pense que Mme COMPAGNON discutera de l'opportunité de cette quatrième année de médecine générale qui, maintenant qu'elle est là, est une chance qu'il faut saisir comme une opportunité pour développer une formation d'excellence pour les médecins généralistes, qui sont des spécialistes au demeurant, qui s'intéressent à la recherche universitaire et à de nombreux éléments qui font qu'aujourd'hui, il faut valoriser cette profession-là.

On en discute beaucoup avec le CNGE, on est d'accord ou pas, mais dans tous les cas, on se rejoint sur un élément primordial : cette quatrième année doit être la chance de mettre la médecine générale en valeur.

M. SZAMES.- Justement, Madame COMPAGNON, est-ce vraiment une chance ? Ensuite, il y a une demande de prise de parole et M. UZAN voulait également réagir.

L. COMPAGNON.- Il y a de nombreux sujets sur lesquels j'aurais envie de rebondir suite à ce que mes collègues ont proposé.

Déjà, je suis complètement en accord avec l'idée que se former dans un territoire, c'est le meilleur moyen d'avoir envie d'y rester. Et cela fait quand même longtemps, au CNGE, qu'on œuvre pour l'idée de cette quatrième année dès qu'il y a eu la réforme du troisième cycle, avec l'idée justement de ce temps long dans un territoire où l'étudiant peut vraiment *« s'installer »*, c'est-à-dire prendre un peu sa place de médecin. Il est en formation, mais il a la casquette de médecin d'un endroit, d'une patientèle, d'un réseau qui se crée.

Il y a eu des expériences, effectivement, dans différents pays. J'avais des amis au Canada qui me disaient : *« Quand tu es à 500 km de Montréal, forcément, pour avoir envie d'aller te former là-bas, de rester là-bas, c'est que te as été formé là-bas »*. Il y avait des idées de délocaliser l'université il y a déjà des idées de ce type, de faire, par exemple, des zones dans les territoires où l'université peut ouvrir des cours dès la première année, dès le premier cycle.

En Île-de-France, par exemple, aux fins du Val-d'Oise ou de la Seine-et-Marne, on pourrait envisager qu'il y ait des délocalisations des facs pour que les étudiants n'aient pas forcément besoin de venir à la fac *intra muros* ou tout à côté de Paris, et puissent continuer à vivre là où ils ont envie de vivre, là où il y a leur famille, là où il y a leurs réseaux. Je suis complètement favorable à cela.

Ce qu'il faut savoir, c'est qu'en médecine générale, il y a quand même une énorme mise en œuvre de la maîtrise de stage. On a plus de 12 000 maîtres de stage actuellement en médecine générale ambulatoire. Les maîtres de stage -une cartographie a été réalisée- sont assez bien répartis dans les territoires. Il y a peu d'endroits sans maîtres de stage parmi les généralistes installés.

Bien évidemment, on est loin de la proportion idéale de maîtres de stage parmi les généralistes installés puisqu'en gros, qu'il y a à peu près 55 000 médecins généralistes qui font vraiment de la médecine générale, et il y a un peu plus de 12 000 maîtres de stage, donc cela pourrait vraiment être encore mieux.

Néanmoins, on peut aller justement permettre aux étudiants, et j'espère que ce sera vraiment cela, l'enjeu de la quatrième année, de créer des stages qui vont permettre aux étudiants de découvrir les territoires ou de continuer à vivre dans un territoire qu'ils ont choisi pour s'y installer.

M. SZAMES.- On va prendre quelques questions et après, on rebondira.

I. GUÉROULT.- Bonjour, je suis la vice-présidente du Vaucluse. J'ai été très intéressée par votre proposition de formation sur, par exemple, l'oncogériatrie ou des soins palliatifs, mais avez-vous pensé à l'attractivité des étudiants pour ces formations, s'ils ont des retombées pratiques plus tard dans leur exercice, puisqu'on sait que ce sont des choses qui sont très chronophages ?

Pour les former cela, il faudrait qu'il y ait une adéquation après à leur activité libérale. L'autre jour, je discutais avec un généraliste qui m'avait dit qu'il avait pris en charge une personne âgée suite à une découverte de cancer et cela avait été très chronophage.

Il faut qu'il y ait cette reconnaissance plus tard pour qu'à mon avis, vous attiriez les jeunes vers ces formations. Est-ce que vous y réfléchissez ?

E. TOUZÉ.- Il y a les conditions de l'exercice dans ces champs de santé, qui sont importants, sachant que cela ne relève pas forcément des doyens, mais plus de l'organisation du système de santé. Si les conditions d'exercice sont confortables et avec un exercice pluriprofessionnel, cela va améliorer l'attractivité pour ces exercices.

Aujourd'hui, on voit bien qu'il y a peu d'étudiants qui s'orientent vers ces options ou formations transversales qu'on propose. Mais il faut aussi avoir des étudiants qui soient un peu prédisposés à cela au départ, c'est-à-dire qu'ils aient une sensibilité à ces sujets dès qu'ils entrent dans les études de santé, et qu'ils entrent même dans ces études de santé parce qu'ils ont cette projection.

Or, aujourd'hui, il y a un certain nombre d'étudiants qui sont peut-être un peu moins scientifiques, qui peuvent avoir des difficultés à passer le cap d'entrer en études de santé alors qu'ils pourraient répondre à ces besoins de santé demain.

M. SZAMES.- Monsieur UZAN, puis Guillaume CHEVILLARD voulait s'exprimer.

S. UZAN.- J'ai noté une constante très importante pour tous : finalement, on a tendance à rester là où on a fait ses études.

Il faut donc favoriser la mobilité vers les zones en situation de besoin ou faciliter le retour des étudiants dans leur région d'origine. C'était simple.

Deuxièmement, il y a un point que vous n'avez pas évoqué : dans la répartition des postes d'internes, l'ONDPS a son mot à dire, mais également les ARS pour pourvoir des postes d'interne dans les hôpitaux. À la fin, il y a une espèce de cote mal taillée qui tient compte des besoins régionaux en postes d'internes pour faire tourner la boutique dans les hôpitaux.

M. SZAMES.- Monsieur TOUZÉ n'est pas vraiment d'accord.

E. TOUZÉ.- Justement, c'est l'argument qu'on ne veut pas entendre, et qui est souvent avancé.

S. UZAN.- Je voudrais juste faire une suggestion dans la répartition des postes d'internes, qu'il y ait des nombres incompressibles fondés sur une volonté politique territoriale de mettre des internes là où il faut, et par ailleurs, s'adapter au taux d'adéquation lié au nombre d'internes, bref il faut combiner besoins territoriaux et besoins de formation et besoins d'offre de soins et c'est toute la complexité du système.

Un dernier mot, il faut peut-être jouer sur ce paramètre d'oncogériatrie. Il s'avère que ma dernière casquette est celle de directeur de l'Institut universitaire de cancérologie de Sorbonne Université. Pour former des oncogériatres, on est obligé de les faire changer de discipline pour passer en oncologie. Ils quittent la médecine parce que la plupart sont des médecins généralistes. C'est une des façons de déshabiller Pierre pour habiller Paul.

Il faudra mettre de la souplesse et la possibilité de revenir à un système qui existait, la spécialité et la compétence. Autant dire les choses comme elles sont.

M. SZAMES.- Certes. Madame, vous attendez depuis tout à l'heure, je vous en prie.

LI. GONNAND.- Bonjour. Je fais partie de l'Ordre des médecins de Meuse. J'ai entendu beaucoup de gens avec beaucoup de casquettes. Moi, je suis juste médecin de famille à la campagne, je suis au bord de l'Argonne et je suis à 1 heures 50 de la faculté de médecine de Nancy. Cela fait cinq ans que je suis maître de stage pour des SASPAS et des 7ème année et nous n'avons jamais d'étudiants. J'ai eu deux SASPAS en cinq ans et quatre internes en 7ème année. Ils sont pourtant valorisés par l'ARS avec des aides au déplacement ou à l'hébergement.

Nous avons une maison de santé pluridisciplinaire. Je suis en CISA, j'ai une casquette PMI. Tout cela pour dire qu'ils peuvent être hébergés, ils ont un espace de qualité pour l'enseignement avec un bureau dédié que nous payons, mois après mois, qui reste vide.

Notre problème principal, c'est l'inadéquation puisque, systématiquement, nous sommes le poste vacant au fond de la Meuse. Nous avons demandé à être rattachés à la faculté de Reims pour essayer d'être un peu plus près d'un pôle d'attraction, puisque la faculté de Reims est à 50 minutes, mais nous sommes bloqués et le dossier reste là pour des raisons administratives.

J'aurais voulu une réflexion sur quelque chose d'interrégional et peut-être aussi, il me semble que, dans les textes, le SASPAS devrait être dédié aux zones sous-dotées en priorité, ce qui n'est jamais le cas du fait de cette inadéquation. Ce n'est jamais le cas et je n'ai jamais d'étudiants en hiver à cause des distances et de la route et de la nuit. Ils ont peut-être peur des loups, je ne sais pas.

M. SZAMES.- On passe de la théorie à des cas totalement concrets. Là-dessus, je voudrais vous entendre, peut-être, Madame COMPAGNON, et on va faire un tour de table, Guillaume CHEVILLARD.

L. COMPAGNON.- La difficulté est d'arriver à satisfaire les étudiants qui hurlent si on touche à l'inadéquation, et le problème du nombre de maîtres de stage, qui n'est pas si simple à atteindre. Je suis contente que, pour Nancy, ils en aient tellement qu'ils puissent ne pas avoir besoin de vous.

Pour moi, c'est indispensable de faire une adéquation pour les stages ambulatoires parce que, justement, ils sont à chaque fois à la limite d'avoir le bon nombre pour le bon nombre d'internes. Je sais qu'en Île-de-France, on essaye vraiment qu'il y ait un nombre de stages prévus. Ils passent en SASPAS et au stage suivant, ils passent en santé de la femme, etc…

Le problème, c'est l'inadéquation dans les stages hospitaliers où il y a un grand nombre d'internes par stage, cela va, mais quand, chez nous, un maître de stage en interne qui a, comme vous dites, prévu son bureau, payé le bureau, payé le secrétariat qui va avec le bureau, etc., et qu'il n'y a personne, cela rend les choses très difficiles pour les gens qui s'investissent alors qu'on a besoin de gens comme vous, justement, qui permettent à des jeunes d'aller plus loin qu'à côté de la fac.

M. SZAMES.- Guillaume CHEVILLARD ?

G. CHEVILLARD.- J'en profite pour vous répondre et rebondir sur ce qu'a dit M. TOUZÉ sur les prédispositions des étudiants. En France, on avance doucement. Je vais vous parler un peu plus d'une enquête qu'on a faite avec une collègue, mais deux éléments de contexte.

Cela ne sert à rien de se dire qu'aux étudiants urbains, on va faire faire un stage en zone rurale et qu'ils vont s'y installer parce qu'ils souhaitent s'installer en zone urbaine.

En revanche, c'est sur le pool d'étudiants potentiellement intéressés par l'exercice en zone rurale qu'il faut capitaliser. On a des études de cohorte en Australie, par exemple, qui montrent ce que je vous ai dit : pas d'effet d'un stage en zone rurale chez ceux qui souhaitent s'installer en zone urbaine, mais super effet pour ceux qui ont le souhait de s'installer en zone rurale.

Pourquoi je vous parle de cela et de ce pool ? Comment pourrait-on augmenter ce pool d'étudiants potentiellement intéressés par les zones rurales ? On a fait une enquête dans le cadre d'un projet de recherches Maths Spé piloté par Magali DUMONTET. On a fait passer un questionnaire auprès des étudiants juste avant les ECM, en 2022 et en 2023, et cette année, avant les EDN et les ECOS, donc grâce au CNG et aux doyens des facultés.

On a posé de nombreuses questions aux étudiants et ce qui nous intéresse, en tout cas moi en particulier dans ce projet, c'est le lien entre d'où ils viennent, ce que faisaient leurs parents et où ils souhaitent s'installer.

Premier enseignement, déjà, il y a un pool d'étudiants qui viennent de zone rurale et qui sont intéressés par l'exercice rural assez conséquent. Il faut capitaliser dessus.
C'est de l'ordre de 20 % des étudiants en médecine générale, c'est moins dans les autres spécialités.

Deuxième point, qui rejoint ce que nous dit la littérature, mais qui est nouveau en France, ce qu'on n'avait jamais identifié : il y a un lien très fort entre l'origine et le souhait d'exercice en zone rurale. Vraiment, il y a une augmentation de 20 points de probabilité de souhaiter s'installer quand on vient de zone rurale comparé à un étudiant similaire qui vient de zone urbaine.

Il y a donc vraiment un levier supplémentaire, mais la question, c'est comment augmenter ce pool d'étudiants ruraux sans nuire à la formation, comment on facilite l'accès aux études médicales pour les étudiants des zones rurales. On a parlé d'antennes délocalisées, de choses de ce type, mais il faut vraiment capitaliser sur ces étudiants-là.

M. SZAMES.- On va prendre deux questions et revenir vers vous pour les réponses.

P. PAGANELLI.- Je suis vice-président d'Indre-et-Loire. Ma question : a-t-on évalué la capacité des facultés de médecine à former des médecins, vu l'ouverture du *numerus apertus* ? J'ai eu l'expérience de 1968 ; je suis passé en 1970, à l'instauration du *numerus clausus*, mais en 1968, à la faculté de médecine de Tours, 600 étudiants sont passés en 2ème année. Ces étudiants ont fini leurs études en n'ayant jamais fait un stage de chirurgie, un stage de pédiatrie, etc...

Je veux bien qu'on augmente indéfiniment le nombre, mais est-ce qu'on s'est posé la question ? Il y avait des stages obligatoires en psychiatrie, des stages obligatoires en pédiatrie ; si on augmente indéfiniment le nombre, on va former des médecins qui seront mal formés, je suis désolé. Est-ce que les facultés de médecine ont réfléchi à leurs capacités de formation ? Est-ce qu'on peut avoir un nombre ? Est-ce que le monsieur de l'ONDPS, qui fait des projections très loin, peut nous dire combien les facultés de médecine peuvent former ?

J'ai de gros doutes sur la formation des médecins ; 600 médecins de Tours sont sortis en ayant fait des stages de biochimie, de biophysique, de médecine scolaire et n'ont jamais mis les pieds dans un vrai service de médecine, j'en suis désolé.

M. SZAMES.- On va prendre cette question ; Monsieur VEBER, puisque vous avez été interpellé.

B. VEBER.- Mon voisin est doyen donc je me sens très concerné par votre intervention !

Bien sûr, vous avez complètement raison de soulever ce point-là ; les capacités de formation ne sont pas extensibles à merci à partir au moment où on considère, et c'est notre rôle, que l'on doit assurer une qualité de la formation. Il faut souligner que la qualité de la formation en France est bonne, elle est réputée comme telle ; c'est toute une histoire de la formation qui s'est faite depuis la création des CHU en 1958.

On n'a donc pas une capacité à moyens constants de former indéfiniment un nombre de médecins croissant, et, comme l'a rappelé Emmanuel, il faut aussi se poser la question de savoir de quels médecins on aura besoin dans dix à seize ans, puisque c'est cela, le délai de réponse, en termes de modalités d'exercice et en termes de nombre, évidemment.

Aujourd'hui, pour en avoir discuté avec les collègues doyens, on va dire que l'immense majorité des facs ne sont pas loin du plafond de verre de la formation à moyens constants. Évidemment, j'ai rendez-vous demain avec M. VALLETOUX, la semaine prochaine avec Mme VAUTRIN et la semaine suivante avec Mme RETAILLEAU, et je vais les mettre devant la situation : le Premier ministre a augmenté massivement le nombre d'étudiants à forme, il va falloir mettre des moyens en rapport.

Si l'État prend cette décision, il faut qu'il assume son choix, d'autant que la pédagogie a beaucoup évolué et qu'on était quand même sur des formations par petits groupes, sur des stages obligatoires en chirurgie, en pédiatrie, en médecine générale, en médecine d'urgence notamment. Si on veut maintenir une pédagogie de qualité, on peut parler aussi de la formation par la simulation, qui a fait d'immenses progrès et qui en fera encore énormément avec l'intelligence artificielle, si on veut pouvoir exposer nos étudiants à ces formations un peu en *one to one*, une formation par compagnonnage, il va falloir que les moyens soient injectés sinon, on risque à terme une dégradation du niveau de formation. Je ne peux que vous rejoindre sur ce point.

M. SZAMES.- Monsieur TOUZÉ, d'un mot ?

E. TOUZÉ.- Bien sûr, c'est dans les missions de l'ONDPS d'évaluer si l'appareil de formation est capable de produire autant de professionnels de santé. Le problème est que, là, on n'a pas encore fait le travail puisque ce sont des choses qu'on devrait faire dans les mois qui viennent, c'est à dire de retravailler sur les projections de besoins de médecins. Je ne peux pas vous dire aujourd'hui si c'est possible ou pas.

Il y a deux niveaux :

> Le niveau facultaire où il y a une partie d'enseignement et il faut quand même un certain nombre d'universitaires pour des enseignements. En plus, les nouvelles modalités pédagogiques consomment plus de temps d'enseignants.

> Le niveau stages. Madame vous l'a dit, il y a encore des capacités d'accueil en stages en-dehors des grandes villes. Mais cela veut dire que chaque médecin, chaque professionnel doit se sentir aussi investi d'une mission, qui n'est pas juste que les choses tombent du ciel et qu'on amène des professionnels sur leur territoire ; il faut que, dans chaque territoire, les professionnels se bougent pour encadrer les étudiants parce qu'on ne pourra pas envoyer des étudiants dans des territoires où ils sont mal encadrés. Chacun a une responsabilité vis-à-vis de cela, chacun a finalement une mission de transmission des savoirs.

M. SZAMES.- Prochaine question, Monsieur ?

JP. PLATEL.- Excusez-moi de reprendre la parole, mais Lille, plus grosse faculté de France, a une particularité : il y a deux facultés dans la même ville, la plus grande et probablement la plus petite, la faculté catholique.

Le Doyen VEBER a brossé les réformes, notamment celle du premier cycle. Je crois qu'il est urgent de réformer cette réforme. L'Ordre siège à Lille, au conseil de faculté, et je vous avais dit qu'il faut l'évaluer, cette réforme. On sent déjà la tendance. Beaucoup d'étudiants issus de la filière LAS n'iront pas au bout de leurs études. C'est bien d'ouvrir davantage, d'accueillir beaucoup plus d'étudiants dans les facultés, mais il faut surtout faire en sorte que ces étudiants aillent au bout de leurs études.

Seconde remarque : beaucoup d'étudiants un peu bloqués par l'illisibilité de cette réforme vont se former à l'étranger, notamment en Roumanie ou en Espagne, et jusqu'à présent, la plupart revenaient à la fin du second cycle et faisaient leur troisième cycle en France, disposés à exercer chez nous.

Sauf qu'avec la réforme et les nouveaux contrôles de connaissances, les EDN qui ont été transformés, ce dispositif ne sera plus possible et il faut absolument trouver une solution sinon, ces étudiants vont terminer leurs études à l'étranger et probablement certains ne reviendront pas.

Troisième point, une proposition un peu iconoclaste puisque M. le doyen UZAN nous parlait de ses études. Je ne veux pas dire que je suis plus jeune, disons que j'ai un peu moins d'expérience que lui, et quand j'ai commencé médecine, le numerus clausus était autour de 3 000 et les études de médecine duraient sept ans. Là, on en est à dix. On veut davantage d'étudiants, davantage de médecins, et en rajoutant une année d'études supplémentaires, on recule encore la sortie de ces étudiants.

Alors j'ai une proposition : raccourcissons les études de médecine. On est passé de sept à dix. Je ne dis pas qu'il fallait supprimer la quatrième, mais supprimons la première année, sélectionnons les étudiants sur le programme de la seconde année.

M. SZAMES.- Monsieur VEBER?

B. VEBER.- Merci pour vos remarques. Évidemment, il faut être capable de répondre à tout cela. Ce qui est certain, c'est que peu d'étudiants quittent nos études. En tout cas sur les dernières années. Dans mon expérience à Rouen, très peu d'étudiants ont abandonné. Effectivement, on ne sait pas trop ce que donneront les LAS par rapport aux PASS en fin de deuxième cycle. Ils sont actuellement en quatrième année ; il faut encore attendre deux ans pour le savoir. Si ces étudiants ne sont pas en capacité de faire un choix positif de leur discipline, ce sera une difficulté.

Pour en revenir à la réforme d'accès, je vous l'ai dit, je pense aussi qu'il faut la relire. Cela a été convenu avec Mme RETAILLEAU et les choses avancent d'ailleurs puisque le Conseil d'État nous a demandé de relire un point précis, le deuxième groupe d'épreuves, c'est-à-dire l'oral, mais nous sommes en attente d'un audit de la Cour des Comptes et les doyens sont en train de réfléchir à faire des propositions.

On va, j'espère, prochainement, avec l'enseignement supérieur, pouvoir faire des propositions avec un objectif clair : une meilleure lisibilité de l'accès. Je le reconnais volontiers, actuellement, il n'est pas très simple.

Les étudiants étrangers sont une vraie question quand même. D'abord, personnellement, je ne connais pas bien le nombre de ces étudiants qui ne font pas médecine en France et qui vont la faire à l'étranger, notamment dans les pays de l'est de l'Europe sans même avoir tenté leur chance en première année. Je ne sais pas si Emmanuel le connaît, ce n'est pas très clair.

Ce que je sais simplement, c'est que le niveau de ces étudiants n'est pas le même que le niveau des étudiants formés en France. J'en veux pour preuve ce qui s'est passé cette année puisque 70 étudiants étrangers -européens- ont essayé de valider les EDN et seuls 20 ont réussi à valider le niveau de connaissances théoriques, ont eu la note requise aux items de base.

C'est un pourcentage d'échecs énorme et l'objectif est quand même d'injecter dans le système de santé des gens qui sont correctement formés. En tout cas, c'est l'objectif qui est partagé par les doyens. On peut bien sûr envisager différentes pistes, mais ce sera le même débat pour les médecins formés hors Union européenne. Il y en a beaucoup qui travaillent dans nos hôpitaux, ils font un bon travail, il faut les aider, mais il faut qu'ils aient une validation de leurs connaissances qui soit vérifiée et qui permettent d'assurer une qualité.

M. SZAMES.- Monsieur TOUZÉ ?

E. TOUZÉ.- Je vous éclaire sur l'ampleur du phénomène. Il y avait à peu près 400 étudiants européens qui passaient les ECN jusqu'à récemment. Pour moitié seulement, c'était des étudiants Français d'origine. Je pense qu'on parle de phénomènes pour l'instant assez marginaux.

M. SZAMES.- Il a beaucoup de demandes de prise de parole dans la salle ; ce que je vous propose, c'est de prendre deux ou trois questions d'affilée et après, on fera un petit tour de table parce que certains n'ont pas pu s'exprimer pour répondre.

P. PIZZUTI.- Je vois qu'en Île-de-France, en ce qui concerne en particulier ma spécialité, la rhumatologie, on a un problème avec l'ARS, avec qui on essaie de discuter à l'URPS, concernant l'ouverture des postes d'interne. On ne peut pas obtenir d'ouvertures suffisantes de postes, c'est-à-dire que les postes ouverts ne permettront pas de remplacer le nombre très important de rhumatos qui disparaissent, mais de médecins en général.

Première question : est-ce qu'il y a un moyen d'agir là-dessus en contractualisant avec les ARS ?

Deuxièmement, et on n'en a parlé -c'était peut-être d'ailleurs une réflexion commune avec la première table ronde-, le gouvernement nous propose d'ouvrir en très grand l'apertus à 16 000, voire 25 000, mais le problème n'est pas là. Le problème n'est pas de former des médecins, mais qu'ils s'installent puisqu'il y a une grande majorité de ceux qui sont formés et qui terminent leurs études qui ne s'installent pas. Peut-être que certains pourront me renseigner de façon plus précise, mais le pool de médecins remplaçants qui pourraient être destinés à s'installer est en France de 15 à 20 000.

On en revient donc au discours de ce matin, c'est-à-dire que ce sur quoi il faut agir, ce n'est pas seulement ouvrir les portes de la formation, mais surtout ouvrir les portes de l'attractivité de l'installation.

M. SZAMES.- Bien noté. Prochaine question ?

Une INTERVENANTE.- Tout d'abord, je m'étonne du discours que j'ai entendu sur la gériatrie et les soins palliatifs. Je suis concours 1990, chirurgien thoracique et cardio-vasculaire, et les gens de ma génération qui ont fait gériatrie ou qui font les soins palliatifs ont effectivement été parfaitement sélectionnés sur des profils scientifiques et, à mon sens, cela fait d'excellents gériatres et d'excellents médecins de soins palliatifs.

Je comprends mal pourquoi on va essayer de sélectionner des profils autres que des profils scientifiques qui, en revanche, vont se retrouver en grande difficulté en cours d'études de médecine parce que là, on a intérêt à avoir l'esprit scientifique quand on fait médecine.

Cela me paraît donc très curieux. C'est une question que je me pose parce qu'effectivement, dans ma génération, on était tous avec un esprit scientifique dans la manière dont a été sélectionné.

Une question aussi : on a actuellement des postes ouverts en cliniques privées avec des maîtres de stage qui sont des chirurgiens ou des anesthésistes de cliniques privées et on voit bien, en particulier en Île-de-France, une frilosité des coordonnateurs de la spécialité pour laisser leurs internes aller dans ces postes. On a des retours d'internes qui voudraient bien y aller, mais qui ont peur des foudres de guerre quand ils vont revenir dans leur service hospitalier.

Est-ce que, là, il n'y a pas une manière aussi de changer un peu les mentalités puisque, comme on l'a dit, avec l'augmentation du nombre de gens à former, ces stages vont devenir très utiles.

M. SZAMES.- Y a-t-il une autre demande ?

Un INTERVENANT.- J'ai une question concernant la formation des professionnels et du pouvoir attractif qu'on peut avoir puisque, visiblement, c'est bien le souci, et c'est une remarque expérientielle que j'ai -peut-être qu'elle n'est pas adaptable- : nos étudiants ont très peur d'une chose : la fiscalité, la comptabilité. Or, même s'il y a eu des efforts

faits dans la formation, on voit bien qu'ils sont complètement perdus. Dans l'installation libérale, quand on commence à leur parler de contrats, d'associations, de sous, de gestion, de ce qui fait notre travail d'entrepreneur au sein d'une entreprise libérale ou associative -je ne vous parle même pas de création de MSP avec les CISA, les comptables etc. car c'est autre chose-, c'est un problème.

Pourrions-nous inclure dans la formation des médecins réellement des cours de gestion et de comptabilité ?

M. SZAMES.- Monsieur MOURGUES, vous vouliez prendre la parole.

JM. MOURGUES.- Oui, simplement pour une petite précision de démographie. Je vous confirme que le taux de médecins nés en France, diplômés à l'étranger et qui y reviennent reste de l'ordre de 3 à 5 % selon les cohortes de spécialités. Ce n'est pas énorme et cela reste stable. Je ne vais pas vous abreuver de chiffres, c'est pour vous dire que ce que nous ne mesurons pas, c'est le nombre de Français qui partent faire des études à l'étranger et c'est probablement plus modeste que ce à quoi on s'attendait, ce qui pourrait laisser à penser que les Français faisant leurs études à l'étranger peuvent, dans des proportions non négligeables, les arrêter ou ne pas revenir en France.

M. SZAMES.- Ce sera certainement problématique dans les prochaines années.

JM. MOURGUES.- En revanche, nous avons les chiffres et nous pourrons vous les communiquer.

M. SZAMES.- On va reprendre dans l'ordre les questions. Monsieur UZAN ?

S. UZAN.- Il n'y a pas vraiment de moyens d'agir sur les ARS, d'ailleurs le nombre de postes est globalement insuffisant par rapport aux besoins. C'est pour cela que la première tentation est de dire : *« Il faut remplir »*, mais ce problème de taux d'adéquation est très difficile, on ne peut pas laisser des zones sans internes car il faut aussi des internes pour assurer l'offre de soins en particulier hospitaliers.

En second point, vous avez souligné le problème de la qualité de la formation, et c'est absolument essentiel. Je rappelle que, pour les pilotes d'avion, les heures en simulateurs ne comptent pas de la même façon pour changer de compétences, seules les heures de vol «vraies» comptent. Autant s'en inspirer pour la médecine.

Troisièmement, il y a eu un progrès énorme, et mes collègues doyens ont fait quelque chose d'essentiel : faire en sorte qu'à l'ECN, la situation où on pouvait être classé avec quatre copies voisines de copies blanches, n'existe plus. Il faut même avoir 14/20 pour certaines épreuves, ce qui a été franchi par une majorité d'étudiants et refranchi par ceux qui ont travaillé avant une 2ème tentative, donc c'est un objectif qu'il faut poursuivre : celui de l'excellence de la formation.

Un mot sur la région d'origine pour dire que mon ami Louis VOGEL, qui était maire de Melun et qui, maintenant, est sénateur et a été président de la SAS, donc qui connaît bien l'université, a ouvert un accès en première et deuxième année de médecine à Melun pour des gens qui habitent plutôt sa région (d'où économie de temps). Il y a là une piste extrêmement importante puisqu'on nous dit que les gens ont tendance à retourner là d'où ils viennent, surtout si on leur permet et si on les aide à y revenir !

M. SZAMES.- Guillaume BAILLY, j'aimerais bien vous entendre, peut-être sur les questions qui ont été posées notamment sur l'attractivité d'installation et de formation.

G. BAILLY.- Un élément très factuel et très concret est non seulement l'attractivité, mais aussi, comme disent beaucoup nos directeurs hospitaliers, la fidélisation des professionnels de santé, que ce soit en exercice libéral, en exercice salarié ou en exercice hospitalier.

Je suis un porteur de diagnostic, on m'a élu pour interroger les internes que je représente et j'essaye de voir ce à quoi aspirent les jeunes externes et les jeunes internes ; qu'est-ce qui à présent les force à se poser des questions comme : doit-on comptabiliser le temps horaire passé à faire de la médecine ou pas ? C'est une question qui ne se posait pas auparavant ; maintenant, ils sont extrêmement nombreux à se la poser.

À mon sens, il y a deux urgences, et cela a été un peu dit tout à l'heure sur le décompte du temps de travail, qui est un facteur d'attractivité puisque l'enquête MSP volet 1 montrait que c'était le deuxième facteur déterminant de choix aux EDN spécialités, donc une spécialité qui a un temps de travail contrôlé, et également en termes de gardes.

Le message derrière n'est pas de se dire : *« On veut travailler 35 heures ou 48 heures »*, je pense qu'on a tous le même virus du travail, et ce, depuis la première année de médecine. Les médecins sont des bosseurs. Je veux que tout le monde l'entende, je veux que les pouvoirs

publics l'entendent, que la CNAM l'entende : nous sommes des bosseurs-nés, nous aimons cela, nous portons cela, nous avons cette vocation, elle n'a pas disparu et les jeunes veulent la porter. Les jeunes vont bien, ils ont du dynamisme et des idées. C'est un message que je voulais faire passer.

Sur le temps de travail, il y a deux urgences à mon sens :

> Le chirurgien qui va faire 170 heures par semaine et qui, au bout de ces 110 heures, est en train d'opérer, présentant un risque pour lui et pour le patient. C'est l'urgence n° 1.

> La deuxième urgence, qui a été mise en exergue par l'enquête nationale que nous avons portée avec les trois autres syndicats nationaux, c'est que 41 % du temps sont alloués à des tâches extra-médicales, le fameux temps administratif. C'est cela qui, à petit feu, tue notre profession, dégoûte les gens de s'installer.

Il y a une transition à mon sens importante parce qu'on peut porter des problèmes et il faut trouver des solutions. On a prévu de parler de l'IA, je ne sais pas si c'est le moment de le faire.

M. SZAMES.- Je voulais juste entendre Mme COMPAGNON sur les questions de comptabilité et on va venir à l'IA.

G. BAILLY.- Je vous parlerai de l'IA juste après. C'était un petit teasing.

M. SZAMES.- Madame COMPAGNON, sur la dernière question posée ?

L. COMPAGNON. - Effectivement, c'est une demande des étudiants depuis longtemps d'avoir une formation plus tranquillisante sur les aspects comptables ou fiscaux de l'exercice libéral, mais pas que. Le fait même de vivre la médecine générale sur un temps long, comme je le disais tout à l'heure, en quatrième année, va leur permettre justement de se former en-dehors même des cours parce que les cours, il n'y en aurait jamais assez si on écoutait les étudiants.

L'idée, c'est de vivre la situation et de réfléchir à ce à quoi on a besoin de se former pour répondre à ses besoins de formation. Pendant les trois premières années, ils ne sont pas suffisamment en situation de gérer : *« Comment je vais faire pour avoir une secrétaire, comment je vais faire pour avoir un comptable ? »*, ils sont encore dans des apprentissages cliniques et l'apprentissage du professionnalisme va se faire surtout, pour nous, durant cette quatrième année. Il est prévu -cela fait partie de la maquette- des séminaires de formation à la fiscalité et à la comptabilité.

M. SZAMES.- Monsieur VEBER?

B. VEBER.- L'internat est bien structuré maintenant avec trois phases :

> La phase-socle où on découvre la spécialité, on s'assure qu'on est bien orienté

> La phase d'approfondissement qui est l'internat classique où on apprend sa discipline

> La phase de consolidation, dont on vient de parler et qui est celle de l'apprentissage de la responsabilité dans sa discipline. C'est là où il faut que les internes apprennent, aillent dans le fond de l'exercice médical et si la discipline s'y prête ou si c'est leur installation, la vision de fonctionnement d'un cabinet libéral. C'est prévu.

Je réponds à Madame sur le profil des étudiants. La médecine est une science, non exacte, mais c'est une science, je partage cela avec vous, et on a besoin de profils scientifiques. Le problème est qu'il y a quelques années, on recrutait un profil-type d'étudiant que j'appelle *« Bac Z mention très bien »* issu du lycée de la grande ville, parce que c'était les plus performants pour réussir la PACES.

Le problème, c'est que c'est monolithique : ces jeunes vont se réinstaller dans la grande ville. L'idée n'est pas de ne pas avoir des scientifiques, c'est d'aller chercher des profils scientifiques partout, y compris dans les territoires, parce qu'il y en a forcément, de façon à diversifier la provenance de nos étudiants. Le message *« il nous faut des scientifiques, une démarche scientifique »*, bien sûr, ne change pas.

M. SZAMES.- Madame, une question ?

J. CHASTANG.- Je suis médecin généraliste en centre de santé et je voulais juste poser une petite question complémentaire.

Un des éléments sur lesquels je trouve que les étudiants et ma discipline sont insuffisamment formés, c'est la santé publique et la prévention. Cela rejoint complètement le champ précédent, c'est-à-dire que si on veut appréhender ce champ-là, il faut probablement que les universitaires fassent partie de ce champ. Quand je fais cours aujourd'hui aux externes, je n'ai pas un médecin de PMI, je n'ai pas un médecin de santé publique et c'est une question que je voudrais poser au doyen : est-ce qu'une carrière universitaire, demain, serait possible

pour des médecins de prévention et est-ce que cela fait partie des enjeux de la formation de demain ? Est-ce que c'est réellement pensé ?

M. SZAMES.- Deux mots, Monsieur le doyen ?

B. VEBER.- Vous avez raison, on a d'immenses progrès à faire dans tout ce champ de la prévention. Actuellement, pour faire une carrière universitaire, il faut une discipline, c'est l'étudémiologie (?) qu'on espère trouver les ressources, mais pour l'instant, je suis d'accord que ce n'est pas très visible. C'est pour une carrière, mais après, c'est un sujet qui est partagé avec les disciplines.

E. TOUZÉ.- Dans n'importe quelle discipline qui serait proche de ces problématiques de prévention, il peut y avoir des spécialistes qui s'orientent plus vers ces domaines-là et qui accompagnent les politiques territoriales.
Je suis tout à fait d'accord avec vous, il faut donner plus de poids universitaire à ces champs-là. Ce n'est pas forcément, d'ailleurs, sur des fonctions de titulaire universitaire, mais on peut donner des fonctions de professeur associé ou de maître de conférences associé ou de chargé d'enseignement pour des personnes qui seraient impliquées dans ces champs et qui rendraient service à la faculté, en effet.

M. SZAMES.- Je ne veux pas conclure sans donner la parole à Guillaume BAILLY sur notamment l'importance de l'IA. C'est important de poser ce débat.

G. BAILLY.- Oui, c'est hyper important parce qu'une vague nous arrive dessus et il faut prendre la bonne planche de surf pour y aller sinon, on va se le prendre de plein fouet. Cela interroge énormément d'éléments. On sort d'un week-end de réflexion avec les élèves directeurs d'hôpitaux et cela fait partie de nos axes de réflexion pour l'hôpital de demain. L'IA comme outil qu'il faut maîtriser est hyper importante.

L'IA, ce n'est pas le médecin de demain, un peu le super stéthoscope, mon cœur de cardiologue qui part, une espèce de super sonde d'écographie, mais -je parle sous le contrôle de professeurs universitaires-, on m'a toujours dit : *« On trouve ce qu'on cherche »*, donc finalement, à l'IA, il faut poser les bonnes questions, il faut revenir à l'essentiel : la sémiologie, les connaissances fondamentales qui font que, quand je vais vouloir porter mon diagnostic, je vais interroger correctement mon intelligence artificielle.

Pire, si je ne maîtrise pas mon IA, que se passe-t-il ? Mon IA va me donner une réponse, un élément, et si je n'ai pas l'esprit critique, l'esprit humain, le contrôle humain, je peux foncer dans le mur.

Je vous donne un exemple ultra concret : j'étais l'autre jour en garde en USI, en soins intensifs de cardiologie ; j'étais avec un de mes chefs et on s'amusait d'un diagnostic un peu difficile et on interroge le fameux chatGPT que vous avez peut-être tous utilisé dans cette salle, sur le diagnostic et la prise en charge. ChatGPT nous sort un *New England Journal of Medicine*, dont vous savez qu'il fait partie des gros *impact factors* de notre littérature, qui n'existait pas.

Tout avait été inventé : l'auteur, les coauteurs, le titre, l'année, le mois de publication, et c'était très concret. Si moi, je n'ai pas cet esprit critique et si, en tant qu'étudiant, on ne m'apprend pas à remettre cela en cause, je fonce dans le mur. C'est hyper inquiétant.

Imaginez maintenant le patient. On a tous un peu grincé des dents quand *Doctissimo* est arrivé en se disant : *« Ils vont voir tous leurs symptômes et vont arriver voir le médecin avec une idée de leur maladie »*. Imaginez le patient qui n'a pas même cette connaissance de l'IA et qui va se dire : *« Le New England Journal of Medicine est beaucoup utilisé par les médecins, s'il me dit cela, c'est que je n'ai peut-être pas besoin d'aller consulter les médecins »*.

C'est autant de risques éthiques, déontologiques, sur lesquels il faut s'interroger dès maintenant, avant que cela nous arrive dessus, parce que c'est déjà prégnant, parce qu'on se pose déjà toutes ces questions, parce qu'on identifie les risques et parce que les jeunes veulent se positionner dessus pour exploiter le meilleur, et notamment dans l'allègement des quotidiens des soignants, pour faire de la médecine, de la chirurgie, des sciences infirmières, tout ce qu'on veut, mais pas des tâches administratives.

M. SZAMES.- Cela vaudra un débat à part entière. Madame, très rapidement ?

A. FRAPIN.- Je suis Aude FRAPIN, du *Quotidien du médecin.* On voit ces dernières années qu'il y a de plus en plus de médecins qui se tournent vers la médecine esthétique.

Comment expliquez-vous que les médecins se détournent de leur formation initiale ? Comment on peut l'expliquer et comment le limiter ?

M. SZAMES.- Stéphane OUSTRIC, en guise de conclusion de tout cela ?

S. OUSTRIC.- Surtout pas moi ! Je pense que le Président du Conseil national, François ARNAULT, donnera des éléments de principe, mais surtout pas moi. Mais vous les donnerez peut-être plus tard.

M. SZAMES.- Monsieur le Président, en quelques secondes, donnez-nous votre appréciation.

F. ARNAULT.- J'avais un peu évité le sujet ce matin parce que cela me semble être un sujet très important, mais quand même pas central dans les problèmes qui ont été évoqués ce matin, on le voit bien.

En revanche, nous sommes convaincus qu'il faut assez rapidement, pour ne pas dire en urgence, envisager une réglementation et une régulation de cette activité médicale qu'est la médecine esthétique -cela s'appelle comme cela.

Ce que nous revendiquons d'abord, c'est que cette activité soit exercée par des médecins, c'est-à-dire que, pour tous ceux qui ne sont pas médecins, c'est un exercice illégal de la médecine. Et sur l'année 2023, nous avons eu 123 signalements de personnes qui ont subi des actes de médecine esthétique faits par des non-médecins avec des conséquences dramatiques.

Car le problème est là : les conséquences pour la population. Les malades sont en danger si l'ensemble des institutionnels et du Gouvernement n'entrent pas rapidement dans un process de régulation et de réglementation.

À l'Ordre, nous avons agité ce sujet depuis quelques mois, voire un an, et actuellement, nous sommes dans une double action. Nous nous sommes rapprochés du Pr Veber et de la Conférence des doyens pour avancer en partenariat et en accord avec eux : il ne nous paraît pas souhaitable qu'un étudiant en médecine qui sort de ses études où il a appris une spécialité, par exemple la médecine générale, s'en détourne pour aller d'emblée vers la médecine esthétique.

Et c'est ce qui se passe dans certaines villes, où une majorité -je ne donne pas de chiffres exprès- d'étudiants en médecine de médecine générale n'entrent pas dans le soin de médecine générale, mais se détournent vers la médecine esthétique.

Les raisons ont été évoquées ce matin : une injection -c'est dans Le *Quotidien du médecin* de ce matin, dans mon interview- c'est environ 300€, calculer combien il faut faire d'EG à 26,50€... Même s'il y a un certain attrait pour cette activité, je pense que la raison profonde est financière. Et cela, M. le Premier ministre doit l'entendre.

Notre action est double. Premièrement, ne pas pouvoir pratiquer cette activité sans une formation, et un DIU est en train de se mettre en place avec les universités de Créteil, Marseille et Bordeaux, il sera opérationnel, je crois, en septembre 2024.

C'est une première chose. Il y a la FST, qui sera portée par les services de médecine, de chirurgie réparatrice et de médecine esthétique, qui doivent la faire vivre. Cela fait aussi partie des possibilités importantes pour former les gens qui envisagent cette activité.

Et puis il y a tous ceux qui le font déjà, qui ont eu des formations, suffisantes ou insuffisantes -je dis bien suffisantes ou insuffisantes- et il faudrait qu'ils soient évalués parce qu'il ne faut pas qu'un praticien qui n'est pas compétent, qui n'a pas fait l'effort de se former de façon scientifique, puisse continuer à pratiquer ces gestes. Et là, la VAE universitaire et ordinale devra agir. Cela ne va pas se faire en huit jours, bien sûr, mais le principe doit être acté, décidé, pour évaluer tous ces praticiens, ces médecins qui font déjà de la médecine esthétique sans avoir été évalués.

Voilà ce que nous proposons. Un député, M. NEUDER, envisage de déposer un projet de loi assez rapidement et il faut que nous, l'Ordre, les professionnels de santé, les CMP, la Conférence des doyens, nous envisagions de réguler et de mettre en place cette formation.

Je disais ce matin qu'il fallait que les médecins s'adaptent aux attentes de la société. On ne peut pas balayer cela d'un revers de main, c'est la société qui le demande, qui demande à avoir cette médecine esthétique, à bénéficier de gestes de médecine esthétique. C'est la société, ce sont les patients qui le réclament. Mais actuellement, l'approche et la réalisation de ces actes ne garantissent pas la qualité et on ne peut pas fermer les yeux.

Quand je dis que c'est la population, ce sont toutes les tranches d'âge de la population, même les adolescents et surtout les adolescents, qui commencent à réclamer ces soins. Nous avons, nous, une responsabilité collective : l'organiser et la réglementer. J'espère avoir répondu à votre question.

M. SZAMES.- Merci, Monsieur le Président. Stéphane OUSTRIC, pour conclure le débat ?

S. OUSTRIC.- Vous avez vu que l'avenir du système de santé passe avant tout par la formation initiale, un certain nombre de formations continues, obligatoirement, et la certification, qui ne va pas tarder ; tu n'en as pas parlé, c'est très bien.

Nous savons été éclairés, avons aussi cherché à rassurer et à dire ce qui se passe réellement aujourd'hui dans nos facultés. Je crois que les facultés sont armées actuellement pour répondre, elles auront besoin d'évolution et d'adaptation sur des choix politiques, mais c'est normal. À chaque choix, bien évidemment, des moyens doivent être alloués, et dans tous les cas, les jeunes qui vont arriver et partager avec nous ce fabuleux métier sont prêts.

Ils sont mieux formés, la science a évolué, elle bouge tous les trois mois, c'est normal, ils savent beaucoup plus de choses que ce qu'on nous a appris et, en tout cas, ils sont volontaires, simplement, ils sont dans la société actuelle et ils veulent bien travailler, exercer leur métier dans de bonnes conditions.

Là où il y a un travail, je ne sais pas si on en parlera, c'est surtout sur l'aménagement de tout ce qui va arriver : aménagement du territoire, aménagement des conditions professionnelles, aménagement de l'organisation avec la graduation premier, deuxième, troisième recours.

La formation telle qu'elle est aujourd'hui, bien sûr dispensée par nos facultés *via* les décisions, est une excellente formation.

M. SZAMES.- Merci, Madame, Messieurs, d'être venus débattre ce matin.

3

QUELS RÔLES POUR LES ACTEURS INSTITUTIONNELS DANS LA REFONTE DU SYSTÈME DE SANTÉ ?

03.

TABLE RONDE N°03 .

QUELS RÔLES POUR LES ACTEURS INSTITUTIONNELS DANS LA REFONTE DU SYSTÈME DE SANTÉ ?

M. SZAMES.- J'appelle à mes côtés :

- **Marie DAUDÉ,** Directrice générale de la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins).
- **Clara de BORT,** Directrice de l'ARS Centre-Val de Loire. Merci d'avoir fait tout ce chemin pour venir nous voir.
- **Hubert LE HÉTÊT,** représentant de la Conférence nationale URPS_ ML.
- **Thierry GODEAU,** Président de la Conférence nationale des présidents de CME de CH.
- **Frédéric BIZARD,** économiste de la santé, qui restera avec nous sur les deux prochaines tables rondes.
- **Jean-Jacques AVRANE,** Conseiller national du CNOM.

Depuis ce matin, les modérateurs du Conseil national de l'Ordre ouvrent la table ronde pour nous permettre de poser le débat et ensuite, la salle peut prendre des questions, puis vous interviendrez. Mon jeu est aussi de vous poser quelques questions pour vous challenger.

Monsieur AVRANE, vous avez la lourde tâche d'ouvrir les débats et de lancer les différentes pistes de réflexion.

JJ. AVRANE.- Merci. Bonjour, je ne vais pas être trop long. Je vais vous parler de nos politiques, de nos institutions et de l'ensemble des membres des différents secteurs de la santé qui travaillent depuis longtemps -je vous rassure, je ne remontrai pas jusqu'au *numerus clausus*- à la refonte, à l'amélioration et afin que notre système de soins soit en adéquation avec les attentes de chacun.

Cette réflexion, menée depuis très longtemps, a forcément créé des clivages, des difficultés dans le relationnel, bien que tout le monde, je crois, soit très conscient du problème et qu'à tous les niveaux, il y ait un très fort investissement sur ce sujet.

Nous sommes dans un pays assez surprenant par ses clivages entre autres puisque, évidemment, tout le monde est pour la territorialisation, le fait qu'on doive travailler en région, que tout doit se passer au niveau des régions pour remonter, le Conseil de l'Ordre en premier, *via* ses conseils départementaux, qui sont présents partout et qui permettent de relayer à la fois des retours de patients et des retours de confrères, les différentes institutions qui ont été créées au niveau régional, l'ARS, entre autres, et autres choses.

Malgré cela, nous n'avons pas lâché notre côté jacobin, c'est-à-dire que tout est prêt pour travailler au niveau régional et malgré tout, on a toujours l'impression que tout vient un peu d'en haut et qu'il y a encore beaucoup de travail à faire à ce niveau-là pour permettre à ce qu'on puisse mieux coller aux besoins et aux demandes des régions. Je pense que tous les acteurs sont prêts, peut-être que d'autres ne sont pas encore tout à fait sur la même longueur d'onde.

De la même manière, et c'est cela, le paradoxe de notre société : tout le monde défend la relation ville-hôpital, la coordination des soins et, d'un autre côté, tout le monde défend la relation libérale-hospitalier. Et parfois, nos politiques ne semblent pas être sur la même longueur d'onde que nous. Tout cela crée encore des obstacles dont je suis sûr que tout le monde aura à cœur d'essayer de les surmonter.

Néanmoins, je suis ravi que nous puissions être ici aujourd'hui parce que la base de tout, depuis le temps qu'on travaille à cette réforme, c'est de pouvoir confronter nos idées, en discuter, dire aussi là où on s'est trompé et là où on peut faire mieux. C'est essentiel pour ce pilier de notre pacte social qu'est la santé, qui est vraiment une des préoccupations premières de notre société.

Je voulais juste, pour finir, et un peu par clin d'œil, légèrement changer le titre de la table ronde d'aujourd'hui et dire : « Quels rôles pour les acteurs institutionnels dans la refonte du système de santé, en collaboration avec le médecin, qui doit être le coordinateur des soins, et le patient ». Merci.

M. SZAMES.- Merci beaucoup.
Marie DAUDÉ, vous êtes Directrice générale de la Direction Générale de l'Offre de Soins, comment est-ce que cela fonctionne aujourd'hui pour vous avec les différents maillages sur le territoire, et comment est-ce que vous aimeriez -pourquoi pas-, que cela puisse évoluer ?

M. DAUDÉ.- Bonjour à tous, merci pour cette invitation. La DGOS, c'est la Direction qui, au ministère de la santé et de la prévention, suit tout ce qui concerne l'organisation des soins et qui alimente les réflexions sur la refonte du système de santé.

Nos partenaires sont vraiment multiples, pour répondre à votre question. Nos premiers partenaires territoriaux, ce sont les ARS, Clara de BORT aura l'occasion d'y revenir. Nous travaillons aussi avec l'Assurance-maladie. Nous aurons aussi l'occasion de revenir sur le lien avec les élus locaux et sur les collectivités, et avec les collectivités territoriales.

Naturellement, l'administration centrale n'est pas forcément amenée à travailler avec les élus locaux, mais c'est quelque chose qu'il faut qu'on renforce, et je pourrai en parler tout à l'heure, c'est un de nos axes de travail.

Et puis, bien sûr, on travaille avec tous nos partenaires. C'est cela qui est important. Quels sont-ils, tous les partenaires qui représentent les acteurs de ce système de santé : les syndicats, les ordres, les fédérations, les associations, les associations de patients aussi, puisqu'on travaille aussi avec les associations de patients et d'usagers. On essaye au maximum d'enclencher ces réflexions en lien avec nos partenaires.

M. SZAMES.- Frédéric BIZARD, le rôle de ces acteurs institutionnels dans le système de santé et sa refonte, jugez-vous aujourd'hui qu'il y a des écueils ou, au contraire, que tout va bien et qu'on continue comme cela ?

F. BIZARD.- D'abord, j'essaie de ne rien juger, j'essaie d'analyser. Notre secteur de santé est quand même dans une crise profonde ; en général, quand il y a une crise profonde dans un système qui est une responsabilité collective, c'est qu'il y a une crise des institutions. Surtout quand elle est durable et quand on voit que ce poids, selon la loi de la gravité, qui descend toujours et dont on ne sait pas jusqu'où il va descendre puisqu'on voit bien que cela ne cesse de s'aggraver, c'est bien qu'il y a un problème.

Comme dans tout système, toute entreprise, toute organisation, toute administration, il y a un problème à la tête. Or, ce n'est pas un problème de personnes sinon, cela se saurait puisque, depuis 20 ans, on a à peu près essayé, sur le plan politicien, l'essentiel des politiques possibles.

Il y a donc un problème institutionnel et je pense qu'on fait énormément de réformes ou de réformettes extrêmement coûteuses qui concernent principalement les professionnels de santé ou les patients, mais tout en oubliant l'essentiel : est-ce qu'on a les bonnes institutions pour piloter ?

Je rappelle qu'on n'a pas de stratégie nationale de santé aujourd'hui, par exemple. Il y en a une par Mme BUZIN jusqu'à 2022, mais on n'a toujours pas de nouvelles. Vous pouvez mettre n'importe quel pouvoir à la place de ce pouvoir, cela ne changera rien, c'est un problème institutionnel.

On a le problème de permettre à l'État de voir loin et d'avoir une vraie vision, une vraie stratégie, un vrai cap. Par exemple, il n'y a pas de priorité de santé publique dans ce pays.

C'est ennuyeux. Dans tous les grands pays, il y a quand même une priorité de santé publique, et dans une assemblée comme la vôtre, vous savez très bien qu'elles devraient être ces priorités, si on en avait trois ou cinq à définir, pour faire de la santé publique, pour améliorer l'espérance de vie sans incapacité, réduire le nombre d'ALD. On connait quelques trucs quand même, mais on ne fait pas de santé publique.

C'est donc bien qu'il y a un problème institutionnel. Et pourtant, on a tous les experts, ce pays ne manque de rien en termes de ressources humaines, mais il y a un problème d'organisation, de structuration. Il manque un pôle national de santé publique de référence qui soit vraiment un pôle comme il en existe dans d'autres pays très importants. Il y a l'ARS, mais on voit bien que tout cela n'est pas suffisant.

En régions, j'ai créé un institut de recherche pour la refonte du système de santé. Je suis un peu le porte-parole du travail d'intelligence collective. Tout ce que je dis n'est pas sorti que de mon cerveau. La déconcentration de l'État sous un système d'agences ne fonctionne pas. Ce ne sont pas les personnes qui sont en cause.

M. SZAMES.- Non, on ne parle pas des personnes, on parle des organismes.

F. BIZARD.- On a besoin d'État dans les régions, mais comment le fait-on ? Madame DAUDÉ dit qu'on a du mal avec les collectivités territoriales, mais bien sûr quand on a quelque chose en suspension entre des préfectures, des collectivités territoriales et autres ! C'est très compliqué, je le comprends, comme on a beaucoup de mal avec la relation avec les professionnels de santé.

Les préfectures, depuis 200 ans, ont pour rôle de mailler les territoires et d'être en contact avec tous les acteurs publics et privés. Si on veut régler cette question, il y a probablement une intégration des services de l'État dans les préfectures.

Troisième point : quelle société veut-on demain ? Et quel système de santé veut-on demain ? Si on veut un modèle universel, solidaire, fondé sur l'égalité des chances et la liberté individuelle, il faut régénérer, pas refonder. Car refonder, c'est changer les fondations. On va vers un modèle britannique, par exemple, comme certains veulent, c'est-à-dire qu'on dit : *« On n'a qu'un service public avec un secteur public et on sort la santé du système universel »*, ce à quoi la décision du 27 mars de 0,4 % tend à inciter.

Peut-être que ce n'est pas la volonté, mais en tout cas, c'est comme cela qu'il faut faire pour sortir le privé ou ne pas arriver à revaloriser de quelques euros les actes des médecins libéraux. C'est comme cela qu'on les sort des conventionnements. En tout cas, si on voulait le faire, on ne s'y prendrait pas autrement.

Mon point, c'est : quel rôle pour l'Assurance-maladie, pour la Sécurité sociale, qui est un financeur solidaire, mais une institution démocratique ? On a complètement trucidé la Sécurité sociale dans sa partie régionale, qu'on a étatisée, mais on a une tête qui est sous la tutelle de l'État et des gens dont on ne sait pas très bien exactement qui pilote quoi et ce qu'elles font alors que, dans le modèle originel, mais on n'est pas obligé de vouloir le régénérer, cette institution a un rôle absolument crucial, et si on veut aller plus loin dans la ville-hôpital, coordonner les acteurs, c'est à cette institution, si on la garde, qu'il faut donner le rôle de pilotage entre les territoires et l'État.

M. SZAMES.- Merci pour cette introduction parce que vous avez évidemment mis quelques angles qui vont pouvoir émailler notre débat.

Madame de BORT, voulez-vous témoigner suite à ce qui vient d'être dit ? Il y a quand même eu des choses importantes qui concernent les directions. Cela peut concerner l'ARS comme cela peut concerner aussi les ministères.

C. de BORT.- Oui, bien sûr, merci. Évidemment, je suis en conflit d'intérêts absolu, mais je ne suis absolument pas d'accord avec vous.

Je voudrais quand même signaler une grande ambivalence de nous tous et toutes. Quelles que soient les fonctions que nous avons occupées, nous avons pu avoir tendance à solliciter l'étage du dessus quand l'étage d'en face nous a dit non. Les sujets absolument micros qui remontent à Paris ne remontent pas tout seuls.

La territorialisation de la santé, c'est chacun d'entre nous qui la nourrit à travers la reconnaissance des acteurs de la santé, des acteurs de la régulation, à la fois au niveau régional et au niveau départemental. Je pense au nombre d'élus, par exemple -je ne parle pas des élus de l'Ordre- qui me demandent un rendez-vous sur un sujet parce que c'est important et qui ne veulent pas en parler avec mon délégué départemental. Je leur dis : *« Vous voulez de la proximité, mais surtout ne pas parler avec l'acteur de proximité quand c'est pour votre hôpital, ou votre maison de santé ? »*. Cela fait 200 ans que les préfectures existent, et encore, pendant 200 ans, on aura ces discussions sur le centre et la périphérie dans un pays qui est très marqué par le jacobinisme et aussi très marqué -c'est une chance- par l'ambition, le rêve de l'égalité d'accès à la santé.

En tout cas, c'est une ambition, un idéal, qui a conduit à essayer d'éloigner un tout petit peu les sujets de santé des pressions locales. Évidemment, j'y suis moi-même très favorable. Dès l'instant que vous laissez totalement l'échelon micro-local s'occuper de tout, il ne faudra pas pleurer sur la politisation des sujets de santé et à l'impossibilité de développer de grands investissements qui nécessitent qu'on soit beaucoup plus nombreux autour de la table, de pousser des innovations, de prendre des risques en termes de transformation de l'offre. Il y aura des petites choses qui vivront leur petite vie et je ne pense pas, d'ailleurs, que les médecins y trouveront leur compte.

J'ai le sentiment, mais je suis en conflit d'intérêts, que les médecins ont l'impression un peu plus que je les comprends plutôt que d'autres qui ne sont pas du secteur. Quand un médecin me parle de son bloc opératoire, je ne suis pas chirurgien, mais je comprends un peu plus ou un peu moins mal que d'autres.

Il y a donc beaucoup d'ambivalence là-dedans. Évidemment, les Agences régionales de santé sont encore très jeunes, et je ne dis pas qu'elles font tout bien non plus. Ce genre d'échange nous permet aussi de nous poser des questions, de nous enrichir, etc., mais c'est aussi la légitimité aux yeux des acteurs politiques, des acteurs de l'offre, des médecins, des paramédicaux, de ce centre quel qu'il soit, que ce soit le centre du bassin de vie, le centre du département, le centre de la région, le centre de la France.

Dès l'instant qu'on ne le reconnaît pas comme légitime, vous pouvez faire quelque organisation que vous voulez, cela aura de toute façon du mal à avancer.

M. SZAMES.- Avez-vous, vous, cette sensation de ne pas être légitime ?

C de BORT.- Je suis très à l'aise dans mes baskets, il n'y a pas de problème. J'ai l'impression de faire avancer la machine, de rendre service aux gens, de soutenir les acteurs de l'offre, et j'ai l'impression de pas être la seule. J'ai l'impression d'être très aidée par le ministère de la santé, je suis très aidée aussi par mon Président de CROM, j'ai l'impression d'être très aidée par mes URPS -parfois, on n'est pas d'accord, mais ce n'est pas grave-, par ma fédération inter-CPTS.

En revanche, quand je raconte mon métier à des gens qui ne connaissent pas, ils disent : *« Tu es tout le temps en train de te concerter avec tout le monde, quand est-ce que tu bosses ? »*. En fait, c'est cela, le travail, c'est beaucoup de *soft power.* Nous n'avons pas la possibilité, et je trouve que c'est heureux, d'appuyer sur un bouton pour mettre un médecin à tel endroit, ou d'appuyer sur un autre bouton pour faire que tel médecin fasse telle chose. Mais c'est très bien ! Ce n'est pas cela que vous vouliez ?

M. SZAMES.- Il y a plusieurs questions. Je vois que cela hésite un peu. Thierry GODEAU, prenez la parole parce que j'aimerais votre réaction.

T. GODEAU.- Bonjour à tous. Pour revenir à ce qui a été dit déjà, premier constat : on n'a pas véritablement de politique de santé publique. C'est un vrai sujet.

Ensuite, quand on parle de territoire, il y a plusieurs niveaux de territoire : l'ARS, et on n'a déjà pas encore très bien défini ce qui relevait du niveau de l'ARS, et que relevait du ministère et ce qui relevait de la délégation départementale. C'est un enjeu.

En plus, je suis en Nouvelle-Aquitaine et honnêtement, Bordeaux, pour moi, c'est comme si c'était Paris ; c'est 180 kilomètres, certes, mais Bordeaux gère Guéret, Pau, La Rochelle, Bayonne, etc..., et ils sont quand même très éloignés du terrain. C'est une difficulté.

L'État est légitime à prioriser des sujets, l'ARS aussi, mais au niveau des PCME et de la FHF aussi, on défend ce qu'on appelle le projet territorial de santé, à une échelle qui n'est peut-être pas le bassin de vie comme l'a recommandé le Conseil de l'Ordre il y a quelque temps, probablement à une échelle un peu plus large qui comprend au moins un hôpital de recours pour que la plupart des activités soient près et prises en charge, et à partir d'un véritable diagnostic territorial.

En effet, quand on fait des projets de santé et des projets d'établissements, finalement, on ne sait pas de quoi on parle. Souvent, on le fait au doigt mouillé. On le fait au niveau de notre activité interne, mais on ne l'a pas obligatoirement, en fonction de la démographie des médecins, de la consommation de soins, du sur-recours sur recours. On ne l'a pas obligatoirement. Beaucoup d'établissements ne font pas, c'est sûr -il faudrait qu'on en dispose plus facilement-, un véritable diagnostic. Il faudrait avoir aussi des priorités spécifiques du territoire, que l'ensemble des acteurs prennent en charge collectivement en définissant un peu qui fait quoi.

C'est là où il y a les acteurs hospitaliers libéraux, les élus et les patients, c'est important. On se méfie souvent des élus, à tort ou à raison, parce que cela a été dit ce matin par Guillaume BAILLY, ils font souvent, mais c'est normal, un peu *« d'électoralisme »*. Et comme on s'en méfie, on ne les met pas dans la boucle suffisamment tôt. Et comme ils ne sont pas dans la boucle suffisamment tôt, cela ne se passe pas toujours très bien. Ce n'est pas obligatoirement dans nos établissements de santé qu'il faut renforcer les élus, mais dans les territoires, au minimum les GHT, et encore, on est quand même critique sur les GHT parce qu'il y a quand même des GHT d'une taille très importante.

Au niveau du territoire, il faut tout le monde autour de la table pour appréhender le problème du territoire dans un mode, souvent, que l'on appelle « la responsabilité populationnelle », et définir qui fait quoi.

Une fois qu'on a dit cela, comment est-ce qu'on incite les gens à travailler ensemble ? Aujourd'hui, l'un des problèmes du système, qui est complètement en silo, c'est que le financement est aussi en silo. Rien ne nous incite au quotidien à véritablement travailler ensemble à part nos bonnes volontés.

Cela dit, par rapport à ce qui a été dit ce matin, il y a de nombreux exemples où cela se passe bien. Je suis dans un territoire où on a mis en place des groupes de travail entre les quatre CPTS qui sont autour de mon établissement et l'hôpital et on décline tout un plan d'action sur différents domaines qui font avancer les choses.

Je vais citer un exemple anecdotique, peut-être, mais emblématique : on a choisi ensemble, ville et hôpital, le même outil de téléexpertise pour que les gens n'aient pas 50 outils à utiliser. On a notamment, ce qui a permis de prendre confiance aussi, travaillé au départ sur les entrées et les sorties.

On parle souvent des problèmes de sortie à l'hôpital. Je ne vais pas vous dire qu'il n'y en a pas, mais quand on fait le bilan, globalement, ce ne sont pas les mêmes, mais on se rend compte qu'il nous manque autant d'informations à l'entrée de l'hôpital qu'il vous en manque en sortie.

On a donc mis en place des organisations pour essayer de voir les documents nécessaires, avoir des ordonnances mieux adaptées à la pratique de ville parce que, souvent, à l'hôpital, on ne sait pas très bien pour des pansements, des plaies, etc. Je n'ai pas de maisons de santé autour de moi, mais les CPTS, en tout cas pour mon expérience, sont un bon levier des relations ville-hôpital et il faut qu'on travaille de plus en plus là-dessus.

M. SZAMES.- Je vois qu'Hubert LE HÉTÊT veut réagir à cela, notamment parce que cette notion de mettre tout le monde autour de la table revient souvent.

H. LE HÉTÊT.- Bonjour à tous. Tout d'abord, un grand merci pour l'invitation par le Président du CNOM et les salutations chaleureuses d'Antoine LEVENEUR, qui n'a pas pu être présent.

Je rejoins ce qu'a dit M. COUPRY ce matin sur la gestion du bien commun. La gestion du bien commun, c'est l'action de rencontre des communautés. L'action des communautés médicales d'établissement et des communautés professionnelles, territoriales de santé ou des communautés, disons, libérales, de proximité ou territoriales.

C'est un vrai projet, qui est important et porté par la Conférence nationale des Unions. Je rejoins Mme de BORT quand elle dit que si on ne met pas de projets en avant, le politique, lui, va prendre des décisions. C'est normal, c'est son rôle. La Conférence nationale est porteuse de projets nombreux. D'ailleurs, une vingtaine de projets seront proposés dans un Livre blanc à la fin de l'année.

C'est la question qui nous est posée aujourd'hui : cette refonte. Refondre, c'est étymologiquement fonder à nouveau, c'est-à-dire partir d'une page blanche. Et la page blanche, c'est aussi une méthode, et une nouvelle méthode au-delà d'un projet ou d'une thématique.

Cette nouvelle méthode, on en a entendu parler ce matin, c'est la méthode d'intelligence collective.

Qu'est-ce que l'intelligence collective ? C'est l'association des savoirs et de l'intelligence de situation, c'est-à-dire la connaissance des besoins et des enjeux locaux.

Cela répond d'ailleurs à une de vos demandes, Monsieur le Président, dans votre lettre. Nous devons aujourd'hui proposer des solutions émergentes.

Qu'est-ce qu'une solution émergente ? Une solution qui vient du terrain, qui naît par des moyens d'intelligence collective et qui est liée à cette intelligence de situation, qui est probablement aussi une thématique prioritaire qu'est le lien ville-hôpital. Le lien ville-hôpital, on en parle depuis 20 ans. Il est temps, maintenant, de l'ancrer dans un axe extrêmement fort et porté politiquement au plus haut niveau.

Vous pouvez regarder d'ailleurs une vidéo sur LinkedIn qu'a publiée Mme la Directrice il n'y a pas très longtemps sur la réorganisation de la direction générale de l'offre de soins. Je me permets d'en parler parce que j'ai trouvé que c'était très moderne. Dans cette réorganisation, on mettait en avant cette thématique du lien ville-hôpital.

Tout cela veut dire qu'on est très positif. Je vais rejoindre Marguerite CAZENEUVE : il y a un alignement de planètes entre des dimensions qui vont pouvoir travailler ensemble. La Conférence nationale a notamment répondu positivement à une demande notamment d'Arnaud ROBINET

pour la Fédération Hospitalière de France de travailler avec la FHF pour développer le lien ville-hôpital puisqu'il nous semble indispensable d'agir dans ce sens.

Nous nous sentons responsables du devenir de l'hôpital public et sans les libéraux, l'hôpital tombera. Les libéraux ont la capacité d'améliorer la performance de l'hôpital, c'est fondamental, par des projets, des procédures, comme vous l'avez très bien expliqué. On définit un certain nombre de choses entre communautés et, bien sûr, on réalise une adéquation des pratiques aux procédures.

L'analyse de pratiques est fondamentale, on doit revenir à l'analyse de pratiques aux procédures. On doit aussi innover de manière intégrale, et c'est le sens de la Conférence nationale. On souhaite mettre en place ces innovations, qui sont des relations entre les établissements de santé et leur écosystème autour d'eux, que ce soit en médecine, en chirurgie, pour les soins non programmés, pour l'accès aux soins, pour les cellules de coordination. Nous avons cela dans notre boîte à outils et nous sommes là, évidemment, pour le proposer à tous et à toutes dans l'ensemble des dimensions du système de santé, qui est extrêmement complexe.

M. SZAMES.- Je rappelle que vous pouvez prendre la parole quand vous voulez. Je voudrais rebondir sur deux thèmes que vous avez employés et, Monsieur BIZARD, je voudrais vous écouter là-dessus. Sans les libéraux, l'hôpital tombera. D'accord/pas d'accord ? Et si oui, qu'est-ce que cela veut dire ?

F. BIZARD.- Je pense que c'est une erreur de partir des statuts. Il y a une théorie économique assez claire qui consiste à dire que, pour qu'un service public fonctionne, ce ne sont pas les statuts qui importent, c'est la régulation des acteurs.

Si vous n'avez pas une régulation du secteur privé qui permet de répondre aux exigences du service public, il y aura un dysfonctionnement, mais globalement, même si cette régulation est à améliorer, cela va. Je rappelle que secteur public ne signifie pas non-performance économique et panier percé dans lequel on peut accumuler des dettes sinon, on finit comme on finit là. Donc tout est question de régulation.

En tant qu'économiste, je suis incapable de vous dire s'il y a un problème de trop de public ou pas assez de public. Ce qu'on peut penser, en revanche, c'est que cet équilibre que l'on a aujourd'hui entre public et privé a fait le succès du système au XX^{e} siècle. C'est vrai en particulier avec ce système d'excellence du CHU qui a ruisselé partout dans les territoires, c'est à peu près acquis par tout le monde.

M. SZAMES.- Et cela ne pourra plus être le cas ?

F. BIZARD.- Le problème, c'est de le réinventer dans le XXI^{e} siècle où il faut réussir un virage préventif et un virage ambulatoire, où, du côté de l'ambulatoire, il y a principalement des privés et, du côté de l'hôpital, une majorité de secteur public. Or, ce qu'il faut, c'est sortir du service public hospitalier pour avoir un service public territorial de santé qui englobe l'ensemble des services de santé. Comment fait-on cela ?

On peut être en désaccord sur tout, mais je voudrais quand même qu'on soit d'accord sur la crise du système.

Deuxième point : quand on dépense presque 12 points de PIB, la 6ème part de dépenses par habitant la plus importante, on peut s'attendre à avoir des résultats meilleurs qu'actuellement. L'usage de l'argent public est donc quand même très loin de l'optimum.

D'autre part, je fais un petit parallèle avec ce qu'on a entendu ce matin sur le statut de la fonction publique. ARS ou pas ARS, à la limite, on verra plus tard. La question est de savoir ce que l'on veut faire, le rôle qu'on veut donner aux institutions. Je parle du statut de la fonction publique parce qu'on met sur la table : *« Si on pouvait licencier les fonctionnaires ! »* Bon, chiffon rouge, pourquoi pas, mais pourquoi faire ? Est-ce qu'on veut transformer le statut de la fonction publique comme le statut salarié ?

Il faut déjà essayer de s'entendre sur un projet. Après, on voit les outils qu'on y met, on voit si on garde les ARS ou pas. On venait d'un mandarinat médical, on est passé à un mandarinat technocratique, c'est-à-dire que la technostructure a tous les pouvoirs sans contrepouvoir. C'est la réalité. Vous pouvez avoir des amis partout, tout le monde s'entend bien, mais c'est cela qui dysfonctionne de mon point de vue parce qu'un succès dans un territoire ne fait pas le succès d'un système.

Et même si cela marche bien à quelques endroits, même s'il y a de l'innovation à quelques endroits, ces succès-là ne font pas système. Il y a donc un problème systémique. C'est ce que j'essaye d'expliquer depuis un certain temps, mais vous voyez que ce n'est pas simple à voir.

Quel rôle donne-t-on à l'État ? Est-ce qu'on lui donne le rôle de se mêler de l'organisation des soins dans les territoires ? Moi je pense que non. Madame de BORT dit : *« Si j'appuie sur un bouton pour dire : « toi, tu vas là », tu vas là »* !

C. de BORT.- Non, c'était l'inverse !

F. BIZARD.- Ah bon !

M. SZAMES.- C'est intéressant de vous entendre aussi sur ce point pour avoir un débat.

F. BIZARD.- Oui, j'ai compris, elle aimerait, mais elle ne peut pas !

Il y a une volonté de l'État d'être capable de faire cela. Il y a quand même pas mal de choses sur la table pour aller plus loin dans la régulation, y compris l'installation des médecins.

Un dernier point pour répondre à cette question. Ce n'est ni aux fonctionnaires ni aux économistes ni aux médecins de refondre le système de santé, ils doivent y participer, ni aux directeurs d'hôpitaux, mais c'est quand même à la classe politique de s'en mêler.

La grande absente de ce débat, c'est bien la classe politique, toutes tendances confondues. Strictement aucun intérêt n'est porté à la question systémique par méconnaissance, par leurre, par aveuglement, mais elle n'est absolument pas à l'ordre du jour. Je pense qu'on peut s'entendre là-dessus. Et tant qu'on ne mettra pas ce sujet à l'ordre du jour, on parlera dans le vent. Comment fait-on pour la mettre à l'ordre du jour ? Je n'y suis pas arrivé.

M. SZAMES.- J'aimerais bien vous entendre, quand même, au retour.

M. DAUDÉ.- On peut tous se rejoindre sur le constat. En effet, pour essayer d'éviter quand même les polémiques, le constat, c'est effectivement que le système de santé ne va pas bien et qu'il y a une crise. Là-dessus, on se rejoint tous.

On ne peut pas faire non plus comme s'il ne s'était rien passé en 2020 pour le système de santé. Il y a eu un choc majeur sur l'intégralité de notre système, que ce soit en ville ou à l'hôpital, et on ne peut pas faire comme si la crise Covid n'avait pas créé un nombre de chocs majeurs sur nos territoires et sur notre système.

Après cette crise Covid, on a embrayé avec une crise des ressources humaines qu'on ne peut pas non plus ignorer aujourd'hui. On a un vrai sujet d'attractivité de nos métiers, de démographie médicale sur les territoires, mais aussi d'attractivité des métiers médicaux et des métiers de soignant.

On a la même crise des vocations, la même crise de sens à l'hôpital, on a des problèmes de recrutement et cela non plus, on ne peut pas l'ignorer. C'est aujourd'hui, d'ailleurs, une des raisons majeures qui fait que le système est en crise. C'est le système de la ressource et de l'adéquation de l'offre à la demande.

Une fois qu'on a dit cela, est-ce que c'est parce qu'on remplace les ARS par les préfets et l'État par l'Assurance-maladie qu'on résout la crise ? Personnellement, je ne le pense pas. Et s'il y avait des solutions magiques, je pense qu'il y a suffisamment de cerveaux dans cette salle, autour de cette table, en général en France, pour les avoir trouvées. La solution magique n'existe pas.

La question posée est celle du niveau de régulation nécessaire dans le système, quel doit être le rôle de l'État par rapport au territoire ? Et là, on en revient quand même à des choses un peu basiques. Bien évidemment qu'il faut partir des besoins des territoires. Aujourd'hui, on a un sujet majeur d'accès territorial aux soins, mais bien évidemment aussi qu'il faut au-dessus une autorité -appelons-la comme on veut- régulatrice ou en tout cas pour garantir une certaine équité. Qu'est-ce qui fait que, demain, dans une situation de démographie médicale compliquée, d'accès aux soins compliquée, tous les moyens ou toutes les ressources ne vont pas aller dans une région plus attractive qu'une autre ? Qu'est-ce qui va empêcher cela s'il n'y a pas derrière, quand même, encore une fois, une autorité de régulation ?

Après, on mélange un peu tout, quand vous parlez de 0,4 %. Je ne vais pas aujourd'hui discuter de la campagne tarifaire en ce moment, mais bien évidemment, le système de santé est un tout, les cliniques privées et les hôpitaux publics sont complémentaires, et aujourd'hui, sur les territoires, ils doivent l'être.

Quand on parle de coordination ville-hôpital ou de coordination public-privé, on est au cœur des enjeux qui doivent être les nôtres sinon, on n'y arrivera pas. Par exemple, quand on parle de la permanence des soins sur les territoires, notamment en établissement de santé, il faut une complémentarité public/privé. Aujourd'hui, le public ne peut pas faire face nuit et jour et week-end parce que la société a changé, parce qu'on a ce sujet d'attractivité des ressources humaines, qu'on ne peut pas faire face à la demande sur les territoires.

On a besoin de cette complémentarité et l'État n'est pas du tout dans un jeu, dans une volonté politique de dire : *« Je privilégie entièrement le public et je casse le privé »*. Ce n'est pas cela, le sujet. Encore une fois, ce n'est pas le sujet ici, mais on est dans une campagne qui a des contraintes, avec des charges qui ne sont pas toujours les mêmes des deux côtés et on essaye de faire au mieux.

Aujourd'hui, l'enjeu majeur est effectivement, au niveau des territoires, d'arriver à faire travailler tous les acteurs ensemble. Vous parliez de coordination ville-hôpital, j'ai cité la permanence des soins, on peut citer le service d'accès aux soins qui se développe dans nos territoires et qui est quand même un exemple de bon fonctionnement entre la ville et l'hôpital. On essaie de favoriser au maximum ce genre de choses.

Il ne faut pas non plus caricaturer les enjeux qui sont les nôtres. Aujourd'hui, on a un défi majeur à relever, il faut le relever en coopération et en collaboration sinon, on n'y arrivera pas.

F. BIZARD.- De quels territoires parlez-vous ?

M. DAUDÉ.- Je parle de ce qu'on appelle les bassins de vie, le fait d'être au plus près de la population. On a ce qu'on appelle aujourd'hui les déserts médicaux et les zones qui sont aujourd'hui en difficulté du point de vue de l'offre médicale. C'est une réalité.

F. BIZARD.- Monsieur GODEAU a dit une chose importante tout à l'heure et je l'entends tous les jours : il y a vraiment là une défaillance de l'État. Tout le monde est d'accord qu'il faut territorialiser, qu'il faut passer d'une gestion de l'offre à une gestion de la demande, sauf que vous avez autant de territoires que de secteurs : des GHT, des CPTS, des territoires de permanence de soins. Pour les acteurs, on ne sait pas à quoi correspond le mot que vous avez employé.

Mais il y a plus grave : il n'y a pas un usager qui connaît la CPTS, le GHT. Tout cela n'est pas fait pour eux, c'est fait pour organiser l'offre.

M. DAUDÉ.- Cela fonctionne mieux, donc, à la fin, le bénéfice reviendra aux usagers.

T. GODEAU.- L'échelle du territoire est importante parce que si on veut que les gens travaillent ensemble, il faut que ce soit ceux qui travaillent ensemble au quotidien ; si on dépasse cette échelle-là, à mon avis, on entre de nouveau dans la technostructure et cela va être compliqué.

Après, les patients rentrent dans les CPTS, ils y participent. C'est le début. Ce qui est dommage, c'est qu'on commence à connaître les leviers pour améliorer tout cela et on n'arrive pas à obtenir que cela se fasse. À mon avis, c'est trop dépendant de facteurs humains, d'entente des uns et des autres sur les territoires. On se connaît, on ne se connaît pas, on se méprise parfois. Cela a été comme cela dans les hôpitaux quand on a fait les GHT. On ne voulait pas parler à l'hôpital d'à côté. C'est là où il faut trouver des leviers.

Il y a un problème, je pense. J'en parle souvent : je ne sais pas si l'ONDAM ville-hôpital correspond aux objectifs de rénovation du système de santé. Il faut évidemment une enveloppe ville et une enveloppe hôpital, mais je pense qu'il faut plus d'enveloppes mixées pour qu'on ait des objectifs de prévention de santé publique.

En matière de prévention, quand on fait le bilan, en tout cas dans notre territoire, il se fait beaucoup de choses, mais globalement, rien n'est coordonné, on ne sait pas très bien ce que font les autres. Il y a là des sujets à travailler ensemble pour être en complémentarité.

Il faut aussi travailler avec les élus dans les territoires parce que, parfois, on les sollicite pour des aides, mais justement, il faut que tout cela soit coordonné en fonction de la démographie, que chaque mairie ou chaque CDA ne fasse pas cela dans son coin. Il faut trouver ces leviers, des carottes pour travailler ensemble, c'est important.

Autre sujet assez facile -je suis diabétologue- qui n'avance pas assez vite dans le contexte actuel : le domaine des IPA. À titre personnel, je considère que je travaille avec les IPA depuis longtemps.

M. SZAMES.- Il faut mettre le paquet ?

T. GODEAU.- Elles ont le titre depuis pas longtemps, mais elles avaient la fonction. Cela transforme l'exercice médical. Cela vous met dans une expertise correspondant plus à votre art, au savoir que seul vous avez, et votre file active, en effet, augmente. Cela augmente l'accès aux soins sans obligatoirement consulter plus puisque beaucoup de consultations sont délocalisées vers l'IPA. Les patients sont enchantés et c'est un modèle qu'il faut diversifier. On n'en forme pas assez et les IPA, pour moi, sont c'est un passage important dans l'évolution des prises en charge. On parle beaucoup de l'exercice mixte ; les IPA peuvent être une façon de faire de l'exercice mixte pour faire du suivi de la coordination ville-hôpital.

JJ. AVRANE.- Précisons bien les fonctions de chacun et travaillons tous en coordination. C'est important à préciser.

T. GODEAU.- Je pense qu'on a grillé une étape quand on a voulu leur mettre l'accès aux primo prescriptions.

M. SZAMES.- C'est un autre débat, on ne va pas entrer dans le débat technique des IMPA. Madame de Bort ? Après, on prend quelques questions et vous allez pouvoir tous répondre.

C. de BORT.- Je pense qu'il n'y a pas une seule maille territoriale qui soit efficace pour toutes les situations, et le rayonnement d'un CHU ne peut pas être du même domaine que le rayonnement du MSP. Il y a des gens qui s'entendent bien dans des coins ; même si, au milieu, il y a une frontière départementale, ce n'est pas grave.

Ce qui compte, c'est que les professionnels se sentent bien dans les territoires avec lesquels ils interagissent. Dieu merci, je crois qu'ils sont vraiment assez intelligents. Il faut l'être, c'est vrai, parce que quand on voit les territoires des CLS, des CPTS, des départements, des pays, des communautés d'agglomération, nous aussi, parfois on y perd son latin.

Je crois aussi qu'il faut laisser un peu de temps aux acteurs pour s'approprier ces outils, pour donner une chance à ces outils et voir si l'outil est efficace ou si c'est simplement qu'on ne lui a pas laissé le temps de se déployer.

Je précise aussi -je l'ai dit un peu tout à l'heure- que nous avons des CTS, la CRSA, les commissions spécialisées de l'offre de soins, les commissions spécialisées de la prévention, les commissions spécialisées de l'autonomie… J'ai vraiment l'impression qu'on est sans arrêt dans des concertations formelles.

Je parle de celles-ci, qui sont formelles et qui sont même obligatoires, notamment la CSOS, pour pouvoir délivrer des autorisations, et je suis frappée de l'écart que je ressens, moi personnellement, entre les ressources qu'on y consacre et l'impact sur le système de santé, la reconnaissance de ces institutions formelles, définies de façon extrêmement précise par le droit, par le Parlement, au départ. On nous explique dans un décret en Conseil d'État combien il doit y avoir de sièges dans la CRSA de Guyane, puisque j'étais en Guyane avant. J'ai été assez éberluée qu'on passe des heures à discuter pour savoir s'il faut deux sièges ou trois sièges du collège Bidule de la CRSA machin qui se réunit à Cayenne à 7 000 kilomètres.

À un moment donné, le législateur a décidé qu'il fallait impérativement nous expliquer comment il faut concerter, installer des organes formels, en définir par un décret en Conseil d'État le nombre de sièges X et Y. À titre personnel, je suis une grande démocrate, mais je crains que cela ne tue la concertation quand on ne fait que cela. Il faut faire cela, mais aussi faire tout le reste, et surtout, renouveler vraiment les énergies dans ces organes de concertation.

M. SZAMES.- Vous parliez de régulation tout à l'heure, c'est exactement cela. Hubert LE HÉTÊT, d'un mot ? Puis on prend quelques questions.

H. LE HÉTÊT.- Je reviens sur ce que vous venez de dire. Effectivement, les périmètres sont bien définis ; la problématique, ce sont les ressources médicales pour participer aux CPTS, CLS, etc. Les unions régionales ont perdu aussi des élus et on est obligé de prioriser des présences. C'est un vrai sujet. L'autre sujet, c'est l'attractivité des métiers. C'était une demande du Président du CNOM dans sa lettre.

Charité bien ordonnée commence par soi-même et il faut améliorer le service rendu aux praticiens à la fois des établissements de santé et du territoire, améliorer leur qualité de vie professionnelle. Si on améliore leur qualité de vie professionnelle en leur facilitant un certain nombre de prises en charge, *de facto*, on va avoir une amélioration de l'attractivité pour le métier.

Il y a un problème à l'heure actuelle dont on doit parler : l'attractivité des médecins libéraux pour les CPTS. C'est un sujet. C'est très variable. Il faut s'y intéresser parce que nous pensons, nous, à la Conférence nationale, que les médecins parlent aux médecins et que la valence médicale, l'expertise médicale, est très importante. Derrière, on peut y faire de la coordination, de l'interpro, mais on part d'abord d'un diagnostic, d'une thérapeutique et d'une expertise qui est tout à fait particulière. Cela, il faut absolument l'intégrer dès le départ parce que c'est du médecin au médecin que vont se faire un certain nombre de délégations, tâches de coordination ; s'il n'y a pas de médecins, cela me pose un vrai sujet.

M. SZAMES.- Avec la place centrale du médecin, comme vous l'aviez évoqué tout à l'heure.

H. LE HÉTÊT.- C'est indispensable qu'il y ait une valence médicale.

F. BIZARD.- La question du territoire est ultra-complexe, mais il faut vraiment la traiter, Mme de BORT a parfaitement raison, en fonction de ce dont on parle, pas forcément sur le même territoire. Mais quand on dit cela, quand on parle du CHU, par exemple, vous voyez qu'on parle du côté de l'offre. Un territoire de santé, c'est un territoire qui doit être connu de tous les usagers et qui doit garantir une offre de services et de produits qui permette de répondre à l'essentiel des besoins de santé.

Pour Napoléon, il y a 200 ans, ce n'était pas plus simple d'imaginer les départements. Il avait dit : *« Il faut que les gens puissent, à cheval, faire le tour de leur territoire administratif en une journée »*. C'est un peu cela, le raisonnement. Il faut qu'on ait un accès -on sait que c'est 30 minutes maximum pour les urgences-, mais il y a une réflexion au bout, et en effet, il y a certaines composantes qui ne vont pas être dans un territoire, mais sur plusieurs territoires.

Il faut comprendre les modèles -je m'intéresse plutôt au modèle de santé- ; les Français ne cotisent pas aux ARS, ils cotisent à l'Assurance-maladie, donc je suis désolé, mais le payeur, ce n'est pas l'État, c'est l'Assurance-maladie.

Avoir supprimé quasiment tout rôle d'organisation de ces territoires à l'assurance-maladie n'est donc pas conforme au modèle. On casse ce système qui se veut démocratique. Il n'y a plus de démocratie sociale et sanitaire sauf sur un strapontin parce que, quand l'État décide de tout, personne d'autre ne décide. Et quand on discute avec les politiques, certains assument cela en disant : *« On est élu pour tout décider »*.

On va au bout de ce modèle étatique si c'est ce que veulent les Français, mais avec toutes les conséquences que cela a ; traversez la Manche, vous allez voir. Je ne pense pas que ce soit adapté à la culture française, mais encore une fois, ce n'est pas à nous de décider.

Choisissons un modèle de santé adapté à notre société, et cela ira beaucoup mieux. On a tout. La haute fonction publique est formidable, les médecins sont formidables, il y a des innovations qu'on n'a jamais eues.

M. SZAMES.- Mais alors qu'est-ce qui ne va pas ?

F. BIZARD.- Le système.
C'est l'organisation institutionnelle qui bloque.

M. SZAMES.- On prend quelques questions.

S. BLATEAU.- Je suis le Dr BLATEAU, médecin généraliste et élu de la Marne. J'ai monté la Maison médicale de garde au CHU de Reims il y a maintenant quelques années, donc dans le cadre de l'organisation ville-hôpital, je sais ce que c'est, je sais ce qu'il en est. C'est une maison médicale qu'on a essayé de mettre en place il y a dix ans, on se prenait des cailloux parce qu'on était des libéraux et qu'on voulait rentrer à l'hôpital ; maintenant, cela va beaucoup mieux, on arrive à communiquer, à discuter.

Pour répondre au sujet, la problématique pour moi, pour les acteurs institutionnels, c'est d'être des facilitateurs. Je vais prendre des exemples concrets : les porteurs de projet. On a de nombreux porteurs de projet sur le territoire ; or, pour monter des projets, il faut prendre du temps personnel sur son activité professionnelle.

L'ARS est incapable de financer les porteurs de projet. En revanche, dans notre région, sur leur temps de travail, elle peut financer des boîtes d'études…

C. de BORT.- CPOM URPS ! J'en finance beaucoup, dans tous les sens !

S. BLATEAU.- Deuxième sujet : je regrette de ne pas être dans le Centre-Val de Loire, mais un autre point, c'est l'effet mortifère des enveloppes budgétaires. On est en train à l'heure actuelle, pour prendre le sujet très concret, d'essayer de refonder la PDSA qui nous pose un problème dans notre département puisqu'on a des problèmes de démographie médicale avec des médecins qui sont épuisés dans certains secteurs, et des secteurs qui deviennent des repoussoirs à l'installation.

On essaie de réorganiser ces secteurs de garde en revalorisant un système, en s'appuyant sur des maisons médicales de garde et des médecins volants qui seraient rémunérés un peu plus en permanence de soins pour faire des secteurs plus larges de visites à domicile.

Or, on nous parle d'enveloppes budgétaires fermées dont on ne peut pas sortir et on ne peut pas imputer ces enveloppes budgétaires à d'autres enveloppes budgétaires qui pourraient être économisées sur les transports sanitaires, par exemple, puisque si un médecin se déplaçait dans un EHPAD pour aller voir un patient en souffrance, on n'aurait pas besoin de le transporter vers un centre hospitalier aux urgences.

Ma question est : quand va-t-on réussir à essayer de faciliter les porteurs de projet et essayer de sortir de ces enveloppes budgétaires et de ces réponses purement administratives qui, dans notre quotidien, dans la présentation de projets, nous posent de réels problèmes ?

M. SZAMES.- Une deuxième question.

J. CHASTANG.- Je suis médecin généraliste, j'étais en centre de santé et universitaire à Sorbonne Université.

Globalement, toutes les tables rondes se rejoignent sur un constat qui est alarmant. Là où je ne suis pas totalement d'accord avec vous, Monsieur BIZARD, c'est que je crois que l'État doit quand même prendre sa part, c'est-à-dire que quand on fait un constat qui est à la fois sur la formation, sur la question de la recherche, sur la question de la santé publique, sur le lien ville-hôpital et sur le mode de rémunération où il y a un dysfonctionnement aussi important, il va falloir porter un projet.

Est-ce que ce projet doit venir de l'ARS ? De l'Assurance-maladie ? Est-ce que le financeur doit organiser les soins ? Je n'en sais rien. Néanmoins, là, on ne lit rien qui permette aujourd'hui d'avoir de la collaboration en équipe, de la montée en compétence des professionnels de santé, une organisation, un service public avec la FHF et avec un service aussi de proximité public complémentaire du libéral et qui n'empêche pas le privé, mais qui réponde aux enjeux de domicile, de fin de vie, de prévention et une formation qui aille de pair.

Quand on lit tous les besoins qu'on a soulevés ici, je crois qu'il faut un tout petit peu que l'État se saisisse du sujet et travaille le fond.

M. SZAMES.- Très bien. Cela fait plusieurs questions. On va en prendre une autre avant une petite salve de réponses.

A. de DANNE.- Je suis conseil en politique de santé. Nous avons une Direction générale de l'offre de soins, mais pour qu'il y ait une régulation bien faite et des arbitrages rendus par les pouvoirs publics, ne manque-t-il pas une Direction générale de la demande de santé ? Est-ce que notre vrai problème n'est pas d'avoir un système sur une seule jambe ?

M. SZAMES.- Merci.

I. GUÉROULT.- Je voulais donner un exemple pour le Vaucluse pratico-pratique. Dans notre département, certains services d'urgence ferment, comme beaucoup, je pense, et un travail a été fait il y a deux ans de partenariat avec les libéraux, où on a demandé si on pouvait avoir une extension de PDS sur des jours spéciaux de fêtes de fin d'année sur des secteurs spéciaux pour venir en aide aux services d'urgence qui étaient fermés, éviter que l'hôpital central du département se retrouve dépassé.

Cela a été un grand succès, et l'année suivante, on nous a dit que ce n'était plus possible pour des mesures dérogatoires, ce que je peux comprendre. Mais on n'a pas essayé d'y travailler, de faire évoluer cela. Je voulais avoir votre avis puisque cela a été performant. Peut-être qu'il fallait des dérogations pour que ce soit possible, et l'année suivante, l'hôpital central a battu tous les records puisqu'il a été le réceptionnaire de tous les soins. Je voulais avoir votre avis.

M. SZAMES.- On va faire quelques réponses. Hubert LE HÉTÈT, pour répondre à Mme CHASTANG ?

H. LE HÉTÊT.- Nous sommes d'accord, les institutions travaillent, mais c'est la méthode qui va compter. C'est la méthode d'approche d'un système qui est éminemment complexe, qui va nécessiter, peut-être, de refonder, de changer de méthode. C'est cela qui va beaucoup compter et ceci doit être fondé sur le respect de l'ensemble des acteurs.

J'ai évoqué un excellent projet avec l'organisation régionale des urgences. Il n'y a pas très longtemps, j'ai eu une discussion avec le Pr Pierre CARLI. J'ai été étonné de voir que, dans l'organisation régionale des urgences, il n'y avait pas toujours les libéraux. Ou du moins, on ne faisait pas appel aux médecins libéraux.

Cela m'a semblé inadéquat parce que les médecins libéraux peuvent s'organiser en lien ville-hôpital, peuvent permettre d'éviter qu'une personne se dégrade, éviter qu'elle arrive aux urgences, faire des entrées directes, on le sait, on le fait dans certaines CPTS, en Bretagne, des entrées directes dans les services permettant justement d'avoir un accès aux soins priorisé.

Tout ceci, c'est de l'intelligence et c'est nécessaire de se connaître. L'interconnaissance va beaucoup compter dans la soutenabilité de cela. Là, le CNOM a un rôle à jouer parce que, pour faire rencontrer des salariés, des consœurs et des confrères des établissements de santé, qui peuvent travailler en établissements publics, et des libéraux, il faut qu'on ait un facilitateur, il faut qu'on ait quelqu'un qui soit capable de lier des personnes entre les établissements de santé, des confrères et des consœurs des établissements de santé publique et la ville.

C'est de cette rencontre que naîtront ces projets émergents. Et c'est parce qu'ils auront prouvé leurs intérêts qu'ils seront soutenus et diffusés secondairement.

JJ. AVRANE.- Je précise que j'ai beaucoup travaillé avec Pierre CARLI et Frédéric ADNET, maintenant son successeur. Le Conseil de l'Ordre essaye à tout instant d'être ce facilitateur par des réunions, par des rencontres et par du travail. Après, il se heurte à la structure générale qu'on connaît tous et qui pose parfois problème. En tout cas, ce travail est fait par les conseils.

H. LE HÉTÊT.- Ce travail peut être très simple et pas forcément monter tout de suite dans les très grandes hauteurs. Un hôpital de proximité, c'est développé, comme concept ; des conseillers ordinaux peuvent très bien faire le lien entre les confrères et consœurs dans un petit périmètre. Il faut commencer doucement. Souvenez-vous des principes de Donald BERWICK. Il était fondateur de l'ANAES et disait : *« Aller vite, faire simple, diffuser rapidement, ne pas oublier le sens politique »*, etc... Il faut faire du simple, du concret, du rapide. Et cela, c'est l'échelle d'un hôpital de proximité et d'un écosystème autour de lui.

C. de BORT.- Je me permets de réagir sur ce point et nous en avons parlé en préparant cet échange sur la question des institutions et du rôle des institutions ordinales parce que, forcément, on s'intéresse à cette question, on ne s'intéresse pas qu'aux ARS, préfectures, élus ou je ne sais quoi, on s'intéresse aussi aux institutions représentatives des différentes professions.

À ce titre, le CNOM a sollicité le collège des directeurs généraux d'ARS que je représente sur cette question pour souligner l'intérêt qu'il verrait à ce que les présidents de CROM -je vous en ai parlé, Monsieur le Président- rencontrent régulièrement le DG d'ARS de la région concernée. En effet, le CNOM indique que c'est variable d'une région à l'autre et qu'il pense que c'est une bonne pratique.

Nous nous sommes réunis entre collèges et DG d'ARS pour discuter de cette question et nous en avons tiré quelques éléments, à savoir que, quand cela se passe, cela se passe bien et nous en sommes très heureux, mais qu'en vérité, c'est par amitié qu'on fait cela parce que rien, pour le coup, dans le droit, ne prévoit d'attribution pour un Président de CROM en termes de facilitation de l'offre de la régulation ou de la coordination d'une offre.

Bien sûr, ils peuvent nous aider quand on a un blocage, on passe des appels, etc..., mais c'est avec l'URPS que l'on discute de la PDSA, ce n'est pas avec le CROM, et c'est départemental. L'institution CROM ne joue pas dans le jeu de l'offre de soins, elle n'a pas de levier que nous pourrions lui demander de mobiliser.

Peut-être est-ce aussi ce type de question qu'il faut se poser : qu'est-ce qui relève des institutions ordinales dans notre pays et de leurs différents niveaux, à l'exception du niveau national parce que je pense qu'on voit bien l'édition du Code de déontologie, etc. ? Au niveau régional, quel part un CROM ou un CROI pour les infirmiers pourrait jouer en institution formelle, justement, transdisciplinaire, trans spécialités et trans secteurs ?

J'ai souligné auprès de vous, en préparant cet échange, l'intérêt que nous portons, nous, collège des DG d'ARS, par exemple, au Code de déontologie des médecins du Québec. Le Code de déontologie des médecins français et celui des médecins du Québec ne sont pas faits pareil. Cela s'explique par l'histoire, mais c'est intéressant de voir que le Code de déontologie des médecins du Québec prévoit explicitement une responsabilité populationnelle. Il dit : *« Le médecin doit collaborer avec les autres médecins au maintien et à l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des services médicaux auxquels une clientèle ou une population doit avoir accès ».* Ce ne sont pas les mêmes mots que nous.

Cela veut dire qu'il n'est pas déontologique, pour un médecin, de ne pas collaborer avec ses confrères parce que là, on parle de médecin à médecin, on ne parle pas de médecins avec les institutions, avec le payeur ou avec je ne sais quoi. C'est la profession médicale dans un territoire qui est en charge de travailler ensemble au maintien et à l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des services médicaux auxquels une clientèle ou une population doit avoir accès.

Je rebondis sur ce que vous disiez tout à l'heure, Monsieur : les élus s'intéressent énormément au sujet de la santé et de l'organisation des soins. En effet, chaque année ou presque, un projet, une proposition de loi ou un amendement, ou 15 ou 20 amendements sont rédigés par des élus dont certains formulent même le fait d'être excédés. Ils nous parlent de prise d'otage, ils utilisent ces mots-là tous les jours, l'impression de subir le chantage à l'installation de médecins, à qui tout est dû.

Je cite ce que nous disent les élus. Les élus sont agacés que nous ne soyons pas là à décider, en effet, pour appuyer sur un bouton car ce n'est ni ce que nous voulons, ni ce que nous pouvons, je reprécise ce que j'ai dit, et nous pensons que ce n'est pas efficace à fortiori.

Ce sont eux qui, à un moment donné, sont excédés, et ils nous le disent, que la profession ne parvienne pas à proposer quelque chose sur un territoire donné, que dans ces cas-là, ils vont demander aux parlementaires d'imposer les choses : *« Vous, l'État, vous êtes faible, vous reculez, vous, l'Assurance-maladie, dès qu'il y a une grève médicale ou je ne sais pas quoi, dans les négociations conventionnelles. Comme vous n'y arrivez pas, nous, parlementaires, nous allons décider »*.

Ce n'est pas la meilleure des choses qui puissent nous arriver, avec tout le respect que j'ai pour la démocratie dans ce pays, bien sûr, mais quelque part, cela remplit un vide. C'est ce que je voulais dire.

M. SZAMES.- L'exemple québécois est intéressant parce que le mot *« population »* est là.

F. BIZARD.- On n'a pas répondu à la question de Monsieur, qui est quand même essentielle. Quand on teste les modèles, c'est exactement ce que l'on fait : on prend quelques éléments et on voit si le modèle réagit avec efficacité.

Je rappelle que l'innovation vient du terrain, jamais d'en haut. On a une capacité d'innovation dans ce pays formidable sauf que les gens s'épuisent tant la bureaucratie est lourde, et non pas qu'elle ne veut pas d'innovation, mais involontairement en tout cas, le système freine, décourage et va à l'encontre de l'innovation. C'est un sujet.

Je suis désolé, je ne crois pas qu'il faille, d'un revers de main, dire : *« Chez nous, tout va bien »*. Si on faisait un stress test des ARS 15 ans après, on s'apercevrait d'un certain nombre de dysfonctionnements et peut-être qu'il faut conserver les ARS, mais il y a une marge de progression dans leur façon de fonctionner, notamment pour la diffusion de l'innovation, qui est importante. Il faut accepter les dysfonctionnements sans les repousser d'un revers de main.

Vous avez parfaitement raison de dire que, dans ce nouveau modèle, l'État doit être fort. Mais pour faire quoi ? Je pense qu'il faut une loi d'orientation et de programmation sanitaire à cinq ans qui soit votée en début de quinquennat de façon qu'on en fasse un sujet politique : *« Toi, tu veux être président de la République, quel est ton projet pour la santé ? Tu vas devoir faire voter une loi d'orientation et de programmation sanitaire »*.

Bercy dit -probablement avec raison- : *« On a suffisamment de lois d'orientation et de programmation sanitaire parce que c'est un inconvénient de figer les dépenses publiques trop haut »*, on en a un peu partout maintenant, il y a la défense de l'écologie… Pourquoi pas ? Mais l'esprit doit rester là. Il faut, ce qu'on n'a pas aujourd'hui, une feuille de route de long terme qui donne à tous les acteurs une vision de long terme avec un financement de long terme revu chaque année.

Cette loi de financement de la Sécurité sociale n'est pas le bon outil. On ne peut aller que dans le mur avec cette approche court-termiste et comptable. On le dit tout le temps.

M. SZAMES.- Mais ce n'est pas suivi d'effet.

F. BIZARD.- C'est un vrai problème institutionnel : ce n'est pas un bon outil pour gérer la santé. Bien sûr qu'il faut un État fort, mais il faut que l'État délègue au terrain, qu'il *« foute la paix »*, comme disait Pompidou il y a 50 ans : *« Foutez la paix aux territoires, cela ira mieux »*.

B. VEBER.- *« Cessez d'emmerder les Français »*.

M. SZAMES.- Oui, c'est réadapté.

Marie DAUDÉ ?

M. DAUDÉ.- Je voulais répondre à Monsieur parce que je suis allée en visite au CHU de Reims, j'ai vu la Maison médicale de garde. D'ailleurs, j'ai trouvé qu'elle fonctionnait très bien, que c'était vraiment un dispositif qui a montré son utilité.

L'État finance beaucoup l'innovation. C'est peut-être encore un problème avec le mandarinat technocrate ou bureaucrate, mais objectivement, il y a les expérimentations Article 51 ; plus d'une centaine sont prolongées. Certaines fonctionnent, certaines ne fonctionnent pas, mais on a vu émerger des modèles et des choses vraiment formidables.

Sur ce que vous disiez, Monsieur, sur l'accompagnement des porteurs de projets, c'est pareil, cela dépend des territoires, cela dépend des ARS. Il y a un outil appelé le FIR, qui permet

aux ARS de disposer de fonds fongibles et d'en faire ce qu'elles veulent. Cela fait justement partie des crédits qu'on essaye de moins en moins flécher, de flécher le moins possible pour que, justement, elles aient l'intelligence du territoire et des innovations.

C'est pareil, il y a sans doute des endroits où cela fonctionne mieux que dans d'autres, mais je ne pense pas qu'on puisse dire que l'État est un empêcheur d'innovation, un empêcheur d'expérimenter. Aujourd'hui, il met les moyens sur la table.

Quant aux enveloppes fermées et aux enveloppes budgétaires, c'est une réalité, et vu le contexte que vous connaissez tous, je ne suis pas sûre, pour le coup, qu'on ait une grande marge de manœuvre là-dessus.

M. SZAMES.- Thierry GODEAU ?

T. GODEAU.- Sur les Ars et le vécu souvent sur le terrain, les ARS sont souvent vécues comme une machine administrative de contrôle permanent, pas obligatoirement dans la stratégie, du moins peu dans la stratégie par rapport au contrôle, c'est-à-dire que, quand on parle de simplification administrative, on n'y arrive pas.

Le temps utilisé dans nos établissements pour nous demander de vérifier ce qu'on a fait est énorme pour une rentabilité qui reste d'ailleurs totalement à démontrer, à part quand il s'agit de crédits très fléchés. Là, il y a un sujet.

Un autre exemple est la qualité des soins. On a l'HAS, les CACES, etc. Il y a un vrai sujet de recentrage des ARS aussi, peut-être sur la régulation et la stratégie parce qu'il y a un autre enjeu, en tout cas dans le domaine hospitalier, vu la démographie médicale : l'offre de soins sur les territoires. Cela se fait naturellement, et malheureusement, comme cela se fait dans la crise, cela se fait mal : la gradation des soins, le maillage territorial des hôpitaux. On ne peut plus laisser tout en l'état partout. À laisser tout partout, tout va mal. Après, il faut réinventer aussi les choses. Cela ne veut pas dire qu'il faut fermer, il faut réadapter.

D'ailleurs, par rapport au sujet évoqué ce matin sur la formation, sujet que j'évoque souvent, on trouve dans les hôpitaux non CHU que la formation -et on a besoin de ces médecins- est très spécialisée, parfois trop spécialisée, et de moins en moins polyvalente.

On a de moins en moins de médecins en capacité de prendre le patient hospitalisé parce que le malade de spécialité, c'est souvent de l'ambulatoire ou de l'hospitalisation courte, et le patient qui reste dix jours à l'hôpital, c'est le patient polypathologique. Là, on a des besoins de ce qu'on appelle la médecine polyvalente, qui est de la médecine « générale hospitalière » un peu plus complexe -ce n'est pas tout à fait le même exercice.

Si on ne résout pas ce problème, des hôpitaux vont fermer aussi parce que les jeunes veulent exercer leur art, ce qu'ils ont appris. Si on les met dans un service où il y a 15 lits de spécialité et 15 lits de polyvalents, ils ne viennent pas.

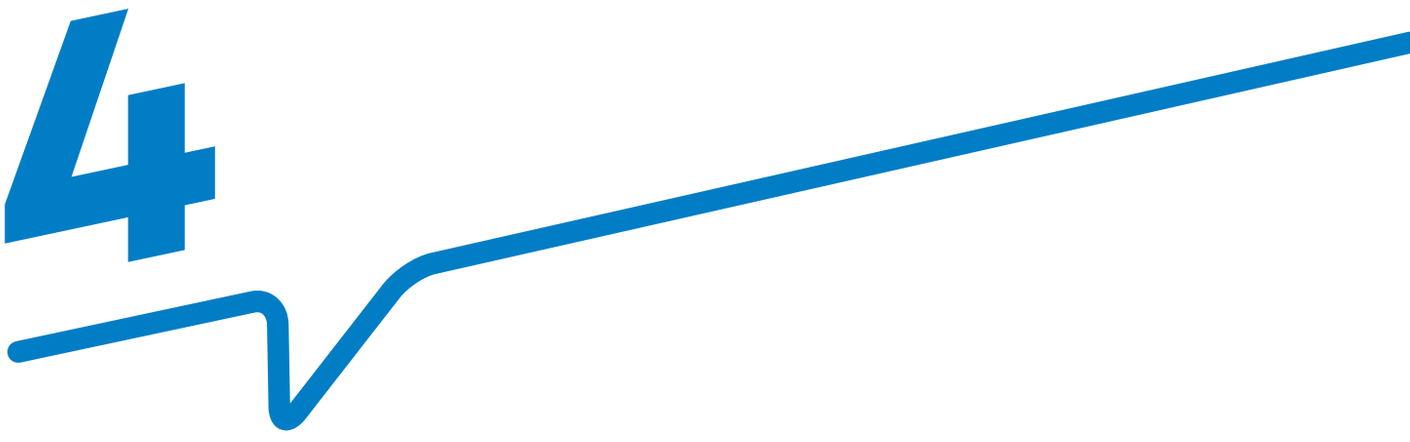
En termes d'attractivité, il ne faut pas faire un plan ville et un plan hôpital. Je pense que les problématiques sont pour l'essentiel les mêmes. D'ailleurs, l'Ordre il avait mis en évidence lors de son enquête appelée cela la grande consultation, en 2016. Globalement, le mal-être est le même partout. Il y a un vrai sujet, c'est un ensemble.

Un sujet à l'hôpital qu'on ne peut pas éluder, Marie DAUDÉ en a parlé, c'est la permanence des soins. Si l'hôpital est le seul à faire la permanence des soins, il y a des endroits où cela va s'écrouler. Les jeunes ne veulent pas plus travailler la nuit à l'hôpital ; du moins, ils ne veulent pas travailler souvent.

Je voulais juste parler de quelqu'un dont on n'a pas parlé jusqu'à maintenant : le patient. Je ne sais pas si c'est dans les acteurs institutionnels, mais quand même, là aussi, ils ont un rôle très important. Il faut de plus en plus les intégrer. Dans nos établissements, on le fait, on le développe, mais autant la réflexion au niveau national des patients est de haut niveau, autant il y a un travail à faire de formation des patients parce que le *feeling*, le bon sens sont parfois un peu limite et il y a un vrai sujet de formation et d'avoir des associations de patients un peu plus généralistes qu'hyper spécialisées. C'est un des problèmes du CTS : on a souvent des associations qui sont véritablement des niches et cela n'aide pas à l'appropriation du débat.

M. SZAMES.- Marie DAUDÉ, je sais que vous avez un déplacement et que vous êtes contrainte par le temps. Nous-mêmes devons enchaîner sur un autre débat. Je sais que des gens voulaient poser des questions. Ce que je vous propose, c'est de garder vos questions pour le temps suivant. On va arrêter ce temps-ci, faire dix minutes de pause et reprendre pour notre dernier débat. On aura un peu plus de temps.

Merci à nos orateurs.



4

FINANCIARISATION ET SANTÉ : QUELLE COMPATIBILITÉ ?

04.

TABLE RONDE N°04 .

FINANCIARISATION ET SANTÉ : QUELLE COMPATIBILITÉ ?

M. SZAMES.- J'appelle nos orateurs :

> **Élisabeth GORMAND,** conseillère nationale du CNOM.

> **Maroussia GALPERINE,** avocate au Barreau de Paris.

> **Jean-Charles BOURRAS,** membre du Bureau de l'URPS de Nouvelle-Aquitaine, qui est radiologue.

> **Gérard RAYMOND,** Président de France Assos Santé.

> **Frédéric BIZARD,** économiste de la santé et qui était avec nous tout à l'heure.

> **Yann BOURGUEIL,** membre de la Chaire Santé à Sciences Po.

Madame GORMAND, je vous passe le soin d'introduire ce débat qui, on l'a senti en le préparant, était un peu agité, en tout cas le terme de « financiarisation » ; on a senti qu'il manquait de définition. Est-ce que vous pouvez nous donner votre définition ?

E. GORMAND.- On va bien sûr parler de financiarisation en santé, mais je tenais quand même à vous préciser ce que, nous, nous avons discuté sur la financiarisation en médecine et qui concerne les médecins, et l'Ordre des médecins plus particulièrement.

Qu'est-ce que le CNOM entend par « financiarisation de la médecine » ? C'est la prise de contrôle et la direction par des financiers de l'exercice de la médecine. Je ferai un rappel des règles de déontologie :

> L'Ordre est garant de l'indépendance professionnelle du médecin. Le médecin ne peut pas aliéner son indépendance sous quelque forme que ce soit.

> La médecine ne s'exerce pas comme un commerce. La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce -article R 4127-19.

> Le médecin doit au patient des soins de qualité, consciencieux, conformes aux données de la science. Il doit élaborer son diagnostic avec les méthodes scientifiques les mieux adaptées afin de ne pas faire courir des risques injustifiés aux patients.

> L'exercice médical se pratique en exercice individuel, mais de plus en plus, les médecins exercent en société, en particulier en SEL (sociétés d'exercice libéral).

> Les médecins doivent communiquer leur contrat. C'est une obligation légale, réglementaire dans le code de santé publique. Tout contrat qui les lie à un autre médecin, un autre professionnel de santé, que ce soit aussi des contrats salariés en établissement public ou privé.

> Le médecin doit informer l'Ordre de toute modification ou résiliation de contrat pendant son exercice.

Pourquoi toutes ces précisions et tous ces rappels ? Parce que nous n'avons pas vu venir cette modification des sociétés d'exercice de la médecine. Récemment, et surtout depuis 2021, sont apparus, en-dehors de la biologie, qui était déjà investie par les financiers, des contrats conclus avec un tiers financier. Nous étions sous la loi de 1990, il y a une trentaine d'années, qui avait permis aux investisseurs d'investir justement les SEL jusqu'à 25 %, et on pensait que ce taux pourrait nous garantir dans notre exercice et que nous n'étions pas menacés.

Mais nous avons constaté qu'effectivement, par l'intermédiaire de comités stratégiques et de contrats complexes, il y avait un contrôle effectif et total de sociétés d'exercice de la médecine par des financiers au moyen de ces divers mécanismes qui, bien sûr, via l'indépendance professionnelle, vont modifier la qualité des soins et l'offre de soins.

Les deux sont liés à l'exercice professionnel indépendant du médecin ; on exige de lui une qualité des soins qui soit conforme aux données acquises de la science et à ce qu'il a appris, et ce qu'il est en droit de demander à la société, mais en a-t-il aujourd'hui les moyens ?

Vous avez donc vu -c'est paru un peu dans la presse- qu'on a commencé à écrire et à appliquer une première sanction à une société qui s'est vu retirer son droit d'exercice et qui est actuellement sous contrôle pour pouvoir recommencer à exercer correctement.

La discussion est ouverte aujourd'hui sur la financiarisation, non pas seulement des SEL, mais en santé.

M. SZAMES.- Oui, sur les définitions, on était en train d'en débattre, on faisait juste un petit point ; vous venez de sortir ce communiqué et on se demandait quelle incidence cela peut avoir pour le Conseil national de l'Ordre parce qu'en préparant ce débat, j'ai même entendu à propos de ce terme « financiarisation » : *« C'est un peu le diable ».* Ce serait intéressant de vous entendre.

Gérard RAYMOND, je vois que vous haussez un peu le sourcil, j'aimerais bien vous entendre sur ce point.

G. RAYMOND.- Je veux remercier le Président de nous avoir invités ; c'est bien que, de temps en temps, un patient parle. Et surtout, m'inviter sur ce sujet est quand même preuve de beaucoup d'humour parce que je suis un bénévole, moi, et parler de financiarisation nous dépasse !

Dans le fond, j'ai réfléchi, effectivement, je suis légitime pour parler de financiarisation puisque je n'ai pas de lien d'intérêt avec qui que ce soit, si ce n'est que la structure que je préside à l'heure actuelle est financée à 100 % par l'État.

Cependant, je peux quand même avoir un avis sur la financiarisation, la dérive de la financiarisation dans notre système de santé et des acteurs du système de santé qui la composent.

Je peux développer si vous voulez ou je reviendrai.

M. SZAMES.- De toute façon, on va faire tourner la parole.

G. RAYMOND. Frédéric l'a bien tout à l'heure : nos difficultés aujourd'hui de perte de sens des métiers, de l'organisation et du système de santé font qu'à un moment donné, les acteurs du système de santé peuvent perdre le sens, la valeur, la déontologie et se laisser attirer par des profits ou des fréquentations, des tentatives mercantiles qui peuvent les dévier un peu, et forcément, cela ne peut qu'inquiéter sur l'avenir du système de santé, mais aussi sur la qualité de la prise en charge du produit, du rendu par les professionnels de santé pour les patients.

M. SZAMES.- Monsieur BIZARD, qu'est-ce que cela dit du système de santé, finalement, quand on parle de financiarisation, de ce diable qui serait rentré parce qu'on aurait ouvert un peu la boîte de Pandore ?

F. BIZARD.- Cela dit qu'il a été mal régulé. Tout cela est un problème de régulation ; il n'y a pas de gentils et de méchants, mais il y a des modèles économiques. La financiarisation, c'est la constitution d'entités privées de grande taille qui se constituent par une méthode de fusion/acquisition, selon la méthode des *hedge funds*, qui vise à maximiser les profits et à prendre un maximum de pouvoir de marché pour, justement, casser toute possibilité de régulation.

Où s'est-elle faite ? Bien avant le cœur du système médical, dans les EHPAD. Pourquoi ? Parce que, dans les années 2000, il y avait un manque de structures criant et on savait que la demande allait croître de façon très importante, et l'État était très content de trouver des financeurs privés plutôt que d'y mettre de l'argent public. Donc tapis rouge sur toutes les autorisations et pour tous ces groupes qui sont partis quand même de petites sociétés pour devenir des groupes qui réalisent plusieurs milliards d'euros de chiffre d'affaires.

Je ne dis pas que c'était une erreur de constituer ces groupes privés, mais cela a échappé à la main de l'État pour aller jusqu'à la maltraitance des résidents pour maximiser les profils. C'est le modèle. Et ces gens à la tête des EHPAD ne sont pas des affreux, mais le modèle échappe à tout le monde parce que ceux qui détiennent les capitaux sont très loin de ces endroits.

On a donc à nouveau ouvert la boîte de Pandore pour différentes raisons, dans les années 2010, avec la loi BACHELOT, par exemple, dans les laboratoires de biologie médicale, où on a dit : *« Ces 4 000 laboratoires indépendants, cela ne va pas, il faut améliorer la qualité ».* On a donc monté l'exigence de qualité, très bien, mais on l'a montée tellement haut que, de toute façon, les investissements n'étaient pas possibles à l'échelle individuelle, donc les fonds sont arrivés pour consolider. Aujourd'hui, 70 % des laboratoires sont dans les mains de groupes et demain, seront dans les mains de groupes. Cette régulation va échapper à l'État.

Si vous tirez le fil de cette financiarisation, forcément, vous arrivez à ce qu'HARDING a élaboré en 1968, c'est-à-dire la tragédie des biens communs : tout le monde veut tirer la couverture à soi donc il n'y a plus de Sécurité sociale, cela ne fonctionne plus avec un bien commun. On en revient au modèle.

Je ne dis pas que c'est affreux, mais soyons cohérents, si on laisse la financiarisation perdurer, on tue le modèle français.

Deuxième point qui me paraît important, et là, l'Ordre est au cœur de cette problématique : le problème de l'indépendance professionnelle des soignants, en particulier des médecins parce qu'à partir du moment où il y a une financiarisation, il y a une perte. On l'a vu lorsque cela a été les plus dévoyés, ces centres dentaires avec des affairistes qui démontrent avec des objectifs commerciaux pour des dentistes qu'on va chercher le plus loin possible pour qu'ils aient le moins de pouvoir possible. Tout cela, ce n'est pas de la science-fiction, cela existe et il y en a encore.

Alors oui, la Caisse d'Assurance-maladie dit : *« On va les déréférencer »*, mais tout cela était prévisible avant. Il faut quand même comprendre un peu les logiques. Et là, je pense que l'Ordre a un rôle très important. Le seul problème, c'est qu'il faut faire attention à ne pas laisser cette financiarisation trop se développer parce que, quand c'est trop tard, vous ne revenez pas en arrière.

M. SZAMES.- Est-ce que ce n'est déjà pas trop tard ?

F. BIZARD.- Pas, par exemple, dans les soins primaires et les soins secondaires aujourd'hui.

M. SZAMES.- Non, mais vous parliez des laboratoires et des radiologues.

F. BIZARD.- La notion d'indépendance professionnelle est la clé. J'ai écrit *« le poison de la financiarisation »* dans *Les Échos*, mais je suis aussi un grand défenseur de la mixité du système public et privé. Il n'y a rien de contradictoire à cela. Pourquoi ?

Je prends l'exemple où il faut modérer le système des grands groupes privés dans l'hospitalisation. Il y a vraiment des groupes très importants comme Elsan et Ramsay, mais dans ce système, il y a une espèce d'effet-tampon par rapport aux risques de la financiarisation : ce sont les médecins libéraux qui en font partie. Eux sont les hôteliers et les médecins libéraux sont responsables devant l'Ordre, devant les tribunaux, etc…

On peut penser ce qu'on veut des médecins libéraux, mais leur objectif n'est pas de maximiser les profits, c'est d'avoir des revenus-cibles, ce qui est très différent, d'avoir un revenu décent. Ils ne cherchent pas à maximiser le profit, ce ne sont pas des *« capitalistes »*.

Attention, c'est une notion beaucoup plus complexe qu'elle n'en a l'air et j'ai bien aimé ta prudence dans le fait que dire : *« Attention, n'allons pas jusqu'à condamner le secteur privé on y mélangeant tout »*. Il y a la mauvaise financiarisation, celle des EHPAD, celle de la biologie médicale, celle des centres de radiologie parce que son but est d'échapper à la régulation, et il y a une financiarisation potentiellement intéressante parce qu'elle apporte du capital pour de l'innovation et pour améliorer la qualité des soins. Celle-là, il faut la prendre, mais tout en s'assurant qu'on est bien capable de la réguler et qu'elle garantit bien l'indépendance professionnelle des soignants.

M. SZAMES.- Pour en arriver jusque là, on a encore un peu de travail.

Monsieur BOURRAS, vous êtes radiologue, vous êtes membre du bureau de l'URPS de Nouvelle-Aquitaine ; tout à l'heure, vous parliez de mauvaise financiarisation et vous avez parlé aussi des radiologues, je voudrais avoir votre sentiment sur tout cela. Comment vivez-vous cela au quotidien ?

JC. BOURRAS.- C'est le quotidien, c'est disruptif, pour utiliser un terme macronien. Comment est-ce qu'in aborde le sujet ? Il faut dire que je suis aussi vice-président de la FNMR, le syndicat des radiologues, mais que je suis aussi Président d'un groupe de cliniques qui appartient encore à 60% aux médecins, Elsan étant minoritaires à 40 %, et je suis d'accord avec la différence entre la financiarisation des cliniques et celle de la radiologie ou de la biologie actuelle.

Pour moi, une fois connue les causes de la financiarisation exposées brillamment par mes voisins économistes, qu'est ce qu'on peut dire aux pouvoirs publics en terme de conséquences sur les professionnels de santé et la prise en charge des patients. Est-ce que cette dernière va être altérée par la financiarisation ? Pourquoi les professionnels devraient rester aux manettes des entreprises de radiologie ? (pour citer l'exemple de la radiologie mais on pourrait parler d'ophtalmologie ou d'autres spécialités.)

C'est assez claire, je peux le dire parce que je suis président d'une clinique indépendante.

Sur l'emploi lors d'une grève dans la clinique, nous avons donné le peu de dividendes pour stopper le mouvement. Et pourquoi on a fait cela ? Parce que c'est notre outil de travail et qu'on envisageait pas de faire attendre les patients. C'est une grande différence.

La deuxième différence, c'est l'investissement ; on travaille sur nos machines donc on les choisit, et on ne choisit pas toujours la moins chère parce que c'est nous qui travaillons dessus.

Troisième point l'accès aux soins : Dans l'exercice médicale indépendant, on mutualise les actes rentables et non rentables. Je connais au moins deux exemples dans des groupes financiarisés où certains actes sont mis de coté parce qu'ils sont moins rentables. Par exemple la Mammographie.

Dans d'autres secteurs, et notamment dans celui qui a été évoqué par ma consœur, on supprime l'échographie thyroïdienne parce que la Société française d'endocrinologie dit qu'il faut décrire tous les modules, c'est long, ce n'est pas rentable.

Sur la pertinence des actes, cela a été évoqué par M. BIZARD au sujet des centres dentaires. Ce ne sont pas les professionnels qui vont multiplier des actes inutiles, contrairement à ce qu'on peut parfois évoquer, mais ce n'est pas vrai. Il y a vraiment de grandes différences.

On a essayé d'anticiper avec un certain nombre de radiologues, parce qu'on a vu venir, la financiarisation, elle n'est pas arrivée comme cela. Il y a eu, bien sûr, tout ce qui vient d'être dit et les biologistes avec qui on avait beaucoup discuté. Les gens de ma génération se sont installés dans des groupes de deux, trois, cinq, six radiologues ; c'était déjà un groupe énorme, et on a réussi à faire des fusions nous-mêmes, mais faire des fusions nous-mêmes avec des sociétés, et c'est vrai que les pouvoirs publics nous ont donné l'outil des SEL pour le faire, prend des années alors que les financiers arrivent avec leur chéquier et ils ne font pas que cela.

Ce n'est pas un conflit d'intérêts, mais j'ai participé à la création du groupe Vidi, qui était une centrale d'achat. Car que font les financiers ? Ils vous disent tout de suite qu'ils font des économies sur l'achat. J'avais rencontré un jour le créateur du groupe de clinique Vitalia qui a été racheté après, il m'avait dit : *« C'est simple, j'achète une clinique, je donne deux modèles de prothèses à mes orthopédistes et je fais 50 % d'économies »*.

On a commencé par faire une centrale d'achat ; le problème est qu'elle a eu beaucoup de succès, on a été 1 000 radiologues, mais derrière arrivent les chéquiers de la financiarisation, ils prennent des gens qui font partie de la centrale d'achat et on a été obligé de créer un fonds d'investissement purement professionnel.

M. SZAMES.- Maroussia GALPERINE, en tant qu'avocate, je voudrais aussi avoir votre définition à vous du terme « financiarisation » et après, je prendrai un exemple de votre exercice qui permettra peut-être de mieux nous éclairer.

M. GALPERINE.- Je vous remercie. Quand vous m'avez invitée pour parler à cette table ronde, deux mots sont venus dans ma pratique : coopération et concurrence. Ces deux mots, à mon avis, peuvent définir largement tous nos problèmes sur la financiarisation. On vient d'entendre les problèmes journaliers que rencontrent les praticiens quand, dans les établissements de santé, on a ces acheteurs, et c'est une bonne chose, cela permet de rationaliser.

Cela permet aussi, et je l'ai vécu avec des chirurgiens digestifs, lorsqu'on a un tsunami à l'autre bout de l'Asie, d'essayer de travailler avec d'autres dispositifs médicaux pour que cela fonctionne. Il n'y a donc pas qu'un côté de négatif des choses.

Là où je vous rejoins, Madame, ce qui prime, pour moi en tout cas, c'est l'indépendance du praticien et le choix. Dans la vie quotidienne, vous avez listé deux ou trois dispositifs médicaux ou deux ou trois façons de travailler, et finalement, si vous avez envie de travailler avec un autre dispositif, comment cela va-t-il se passer ? Faut-il demander l'autorisation ? Le contrat libéral le définit, vous le savez.

Quant à l'innovation, les grands groupes, eux, arrivent à écouter les praticiens pour innover. Je pense que, quand on montre l'intérêt du projet, les financiers écoutent et le sachant est quand même le praticien. J'ai rarement vu un directeur d'établissement me dire : *« Ce n'est pas mon problème, je vais les tenir »*. Par exemple, si on prend un chirurgien, le milieu du bloc opératoire étant un endroit que je connais très bien, un chirurgien heureux est un chirurgien qui ne vous ennuie pas, un radiologue heureux est un radiologue qui ne va pas poser de problèmes dans le cadre de son contrat d'exercice. Je serai donc plus mesurée.

En revanche, la difficulté, c'est le poids. Pour moi, encore une fois, dans ma pratique, il y a un autre élément. Les chefs de service sont

désormais confrontés à gérer de la finance. Quand même, la T2A a ouvert des choses, il faut quand même le dire. Elle a permis une dérive de certains actes.

D'un autre côté, cette comptabilité est très complexe. Vous avez une nomenclature très claire. En revanche, vous avez une augmentation de codifications tout à fait diabolique, en tout cas difficile à suivre pour un non-médecin, et même, elle est rétrécie. On a vu des difficultés pour expliquer la comptabilité et les finances aux praticiens alors qu'ils en avaient la responsabilité. Je ne dis pas qu'il ne faut pas les associer, bien au contraire, mais, comme vous le dites, il n'y a que vous, à mon sens, médecins, qui pouvez déterminer la pertinence des soins. C'est une certitude pour moi.

M. SZAMES.- Madame GORMAND, c'est important que le médecin soit remis au centre ?

E. GORMAND.- Vous avez donné d'autres définitions de la financiarisation. La finance existe sous deux formes pour nous :

> Le banquier tel qu'on le connaît, qui est un prêteur, qui va accompagner une société, qui va rallonger un prêt, qui va investir dans des startups, qui va investir auprès de sociétés d'exercice libéral, de la radiologie, mais il n'entre pas à l'intérieur de l'exercice des praticiens. Il accompagne.

> Le *private equity*, et cela peut-être BPI France ou *Eurazeo*, puisqu'ils sont français -parlons de ceux qui sont français.

Il y a à la fois un système de banques qui a une éthique et qui accompagne, et les fonds privés, les *private equity*. Personnellement, je n'ai jamais pu les approcher alors que les banquiers répondent. Il n'y a pas de transparence, à mon sens, et eux, entrent et demandent à investir les sociétés d'exercice même pas à 25 %, mais à moins parce qu'il y a des montages financiers qui permettent d'avoir stratégiquement le pouvoir total sur la gestion.

Quel est le but d'un *private equity* ? Tout à fait honnête : gagner de l'argent, avoir une rentabilité. Il n'a pas d'objet, l'objet social ne l'intéresse pas, ce qui l'intéresse, c'est uniquement la rentabilité, et les contrats relèvent du droit des sociétés, ce n'est pas notre métier.

Nous, nous avons le Code de santé publique, nous sommes là pour faire du soin ; notre but, comme vous l'avez très bien dit, c'est de faire du soin correctement. C'est sûr qu'il faut rationaliser nos façons d'exercice, mais pas en faisant entrer un financier à l'intérieur. C'est important. La finance, oui, au niveau de l'État, au niveau du privé, du public, on travaille tous avec les banques, mais le mode de fonctionnement et le mode de contrat avec eux est tout à fait différent dans les deux cas.

M. SZAMES.- Yann BOURGUEIL, dans votre chaire à Sciences Po, que pensez-vous de ce début de débat ?

Y. BOURGUEIL.- Bonjour. Je m'appuie sur un travail que vous pouvez trouver en ligne sur le site de la chaire santé. C'est une note que nous avons réalisé, qui était à l'origine une demande aussi de l'Assurance-maladie, qui s'est beaucoup inquiétée de ce phénomène et qui l'a mis dans son dernier rapport *« charges et produits ».*

La financiarisation ne concerne pas que la santé, les vétérinaires sont extrêmement touchés aussi, toutes les professions libérales, et l'Ordonnance du 8 février 2023 qui donne des armes maintenant aux Conseils de l'Ordre pour contrôler les pactes d'actionnaires, etc., s'est adressée à l'ensemble des professions libérales, comme la création des SEL.

Il faut bien comprendre qu'il faut remettre cela dans un ensemble. Cela ne concerne pas que la santé, et surtout, c'est mondial. La plupart des pays aussi sont confrontés à ce phénomène, aussi bien en Europe qu'aux États-Unis, où cela galope bien entendu, de façon très spontanée puisque c'est le marché là-bas qui régule le système, beaucoup plus que chez nous.

Je rejoins exactement ce que dit Mme GORMAND. Il faut comprendre que c'est finalement un changement de propriété d'une entreprise privée. Le système de soins français est majoritairement privé ; le financement est public, mais l'offre est privée. Quasiment tous les médecins en ambulatoire sont privés, toutes les professions non médicales sont libérales et une partie de l'offre hospitalière est privée.

Finalement, le système est majoritairement privé, donc qu'est-ce que la financiarisation ? Ce n'est pas une privatisation, c'est un rachat de structure privée et par des acteurs dont l'objectif principal est de maximiser la satisfaction des actionnaires, de générer du profit.
Et pour cela, il faut prendre le contrôle de l'organisation pour qu'elle soit plus efficiente et plus génératrice de rentabilité.

La financiarisation ne signifie pas nécessairement plus d'efficience, ne signifie pas non plus nécessairement plus de productivité. Ce sont vraiment des notions qu'il faut dissocier. C'est très important à dire parce que si la financiarisation se développe, c'est qu'il y a des médecins qui vendent. Il y a de nombreuses raisons pour le faire, mais il faut quand même bien le comprendre. C'est très important car un des enjeux est peut-être de contrôler cela. Peut-être faut-il interroger les médecins qui refusent de vendre et qui résistent à la financiarisation. Comment font-ils ? Pourquoi ? Comment y arrivent-ils ?

La deuxième chose, très importante, c'est qu'on est dans un moment favorable à la financiarisation. Il y a beaucoup de capitaux circulant à l'échelle mondiale. Il faut comprendre que, quand on est à Canberra, à Londres ou à New-York et qu'on gère des milliards, on regarde la France et on se dit : *« Une demande de soins croissante, solvabilisée quasiment intégralement à 100 %, un payeur unique et un besoin de fonds de roulement négatif parce que le remboursement est très rapide, cela suffit, on arrive et on achète »*.

En plus, beaucoup de médecins vont partir à la retraite, donc des gens susceptibles de vendre. En outre, il y a un besoin de transformation.

On n'a pas arrêté de parler toute la journée de transformation de l'organisation, relation ville-hôpital, nouvelles formes d'organisation, métiers intermédiaires, développement du numérique. Tout cela nécessite de l'investissement, mais aussi de la transformation des organisations. Et qu'apportent les financiers ? Du savoir-faire en termes de systèmes d'information, gestion de ressources humaines, organisation des locaux, standardisation des pratiques. Finalement, ils répondent à ce besoin.

M. SZAMES.- Donc ce n'est pas incompatible ?

F. BIZARD.- Cela dépend de ce dont on parle. La financiarisation qui conduit à casser la régulation est incompatible avec un modèle solidaire. Ce n'est pas incompatible avec un modèle qui se révèle à l'américaine. Monsieur BOURGUEIL a parfaitement raison de dire que cela touche d'autres systèmes ; il a parfaitement raison de dire que c'est un changement de propriété, mais il faut aller jusqu'au bout de ce changement-là.

Madame a raison de dire que la financiarisation, c'est comme l'administration française : vous ne voyez jamais ceux qui décident parce que ceux qui décident et qui ont les capitaux sont bien loin. Ils n'ont donc strictement aucune notion et aucun objectif de santé publique. C'est comme cela que cela fonctionne. Ils n'ont aucune notion d'objectif de santé publique, c'est normal puisqu'ils sont dans la maximisation. Cette maximisation du profit n'est pas compatible avec un modèle Sécurité sociale. La Sécurité sociale n'est pas là pour financer 30 % de retour sur capital.

Pourquoi la financiarisation est-elle au bord du système de santé français, même si elle est déjà sur le secteur ? Ne généralisons pas tout. Pourquoi et comment s'est-elle développée ? Ce matin, j'ai entendu Hubert LE HÉTÈT dire que l'Assurance-maladie parlait d'alignement des planètes. Ce n'est pas un hasard si c'est fait.

Qu'est-ce qui favorise ce transfert de propriété ? C'est la pression tarifaire. Il n'y a rien d'autre. À partir du moment où on use les libéraux pour équilibrer puisque eux n'ont pas le choix que d'équilibrer leurs comptes et de s'assurer un modèle, à un moment, cela lâche. Le meilleur moyen d'accélérer la financiarisation, c'est de ne pas augmenter les médecins. Quand je t'entends couiner quand il faut augmenter de 2-3 € les médecins généralistes, tu favorises la financiarisation !

La question de savoir qui paye est un autre problème, si c'est le patient ou pas. Tu ne crois pas qu'il y a des patients qui abusent aussi ? Il n'y a pas que des médecins qui abusent, il y a des patients qui abusent, d'ailleurs on est obligé de les taxer comme des lapins de garenne !

Si on a fait basculer des milliers de laboratoires de biologie médicale dans les grands groupes, c'est en les soumettant à la pression tarifaire. Si cela aligne les planètes, c'est parce que l'État et l'Assurance-maladie, dans un premier temps, se disent : *« Ce n'est pas mal parce qu'on a toujours un service qui, dans un premier temps, ne baisse pas de qualité* -dans un premier temps, pour acquérir du pouvoir de marché, car il faut séduire- *et cela me permet de faire des économies »*. Ce n'est quand même pas mal parce qu'on baisse toujours le seuil de rentabilité.

M. SZAMES.- Oui, mais cela ne peut pas durer éternellement.

F. BIZARD.- Cela baisse jusqu'au moment où on a saturé le marché, comme c'est le cas notamment pour la biologie médicale, où ces groupes sont de plus en plus fragiles, bien plus fragiles que ceux qui sont restés indépendants aujourd'hui, d'ailleurs, donc ils vont fusionner et on va arriver à un ou deux groupes.

Donc si l'Assurance-maladie veut vraiment contrer cette financiarisation, il faut d'abord que l'État le fasse parce qu'en effet, ce n'est pas le CNOM qui va le faire. Ces gens ne connaissent rien à la santé publique, mais sont des stratèges en montage financier et en montage juridique ; c'est leur cœur de métier. Ni l'État ni le CNOM ni la CNAM ne peut rivaliser avec cela.

Là aussi, il faut être cohérent. Si on veut -et encore une fois, c'est une décision politique- aller plus loin dans la financiarisation, il va falloir armer tous ces corps-là de cette capacité à s'assurer qu'il y a bien l'indépendance des professionnels, et on est très loin de tout cela.

Je pense donc qu'en valorisant mieux l'exercice libéral, on protège de cette financiarisation, avec tout ce que tu veux à côté. Or, ce n'est pas tout à fait le chemin que l'on prend aujourd'hui si on regarde cette négociation conventionnelle, si on regarde les tarifs. C'est pour cela que je résiste un peu à cette volonté de faire des économies, pensant qu'il suffit de travailler davantage et d'avoir plus de productivité. Non, on bascule dans la financiarisation avec la pression tarifaire.

M. SZAMES.- Yann BOURGUEIL, vous vouliez réagir.

Y. BOURGUEIL.- Oui parce que je crois que c'est un peu trop court de refuser de s'opposer à la financiarisation en disant qu'il faut revaloriser l'exercice libéral. Ce qu'il y a quand même en jeu, c'est aussi de moderniser l'exercice libéral, c'est-à-dire d'adapter les organisations aux besoins de la population, ce que, d'une certaine façon, font aussi, et sans doute beaucoup plus mal que les professionnels de santé, à la fois pour les professionnels de santé et pour les patients, les opérateurs extérieurs.

Un des problèmes de fond, c'est que le monde professionnel doit lui-même produire, sans doute pas tout seul, et il a peut-être besoin d'être aidé pour cela, de nouveaux modèles d'exercice, d'organisation qui vont permettre de répondre aux besoins. Il y a quand même un sujet. On n'a pas arrêté de parler de cela aujourd'hui : il faut répondre aux besoins de la population ; les modèles historiques et défendre la revalorisation, cela ne suffit pas, il faut aussi des modèles nouveaux. C'est cela, le sujet : il faut des opérateurs pour faire des transformations. Ils peuvent être publics. Aujourd'hui, le Conseil départemental de la Saône-et-Loire organise des centres de santé pour répondre aux besoins d'accès à la population. C'est très critiqué, mais ils répondent aux besoins.

M. SZAMES.- Pour faire du service public aussi ?

Y. BOURGUEIL.- Cela peut prendre cette forme-là. Dans la note, on envisage plusieurs scénarios d'évolution. Il y a un besoin de financement, donc il n'y a sans doute pas assez de finances. Il y a aussi un besoin de transformation et de nouveaux modèles. Finalement, les acteurs de la financiarisation viennent. Ramsay a une filiale en Suède, il gère des centres de santé, sait comment faire. Ils ont les savoir-faire techniques.

Je parlais avec des médecins tout à l'heure ; embaucher du personnel, le salarié, éventuellement le licencier, c'est un job, c'est angoissant. Tout cela nécessite d'avoir des structures sous-jacentes, des opérateurs, etc. Où sont-ils ? Les financiers apportent cela ; comment les fait-on émerger et comment réorganise-t-on le système professionnel ?

M. SZAMES.- Frédéric BIZARD, d'un mot ?

F. BIZARD.- Non, mais il y a toujours une confusion, et souvent les médecins la font. Je suis d'accord et pas d'accord avec ce que dit Monsieur.

Je ne suis pas d'accord sur le fait que penser que la négociation tarifaire, c'est uniquement une négociation de revenu ; c'est une négociation de moyens. Les tarifs, c'est 50 % dans un cabinet libéral, mais le reste va justement aux moyens donc quand vous pressurisez les tarifs, vous ne pressurisez pas les revenus qui restent à peu près permanents sur une longue durée.

Donc qu'est-ce que vous pressurisez ? C'est bien les moyens, la modernisation, etc. Les médecins sont aussi un peu coresponsables de cela -excusez-moi- parce qu'on a toujours l'impression que c'est une négociation de revenus dans les discussions avec l'Assurance-maladie. C'est donc une discussion de moyens, c'est pourquoi il faudrait commencer par savoir quel cabinet médical on veut en 2030, comment on veut qu'il soit organisé, avec quel niveau de modernisation.

Vous savez qu'on fait une négociation conventionnelle sans parler de technologie aujourd'hui. On ne parle pas de technologie, d'intelligence artificielle ni de santé publique. Vous voyez quand même qu'il y a un problème ! On est juste à dire : *« Est-ce que cela te va si tu as 1 € de plus ? Non… Allez, 2 € »*. Cela ne peut pas fonctionner.

Deuxième point : on n'a pas besoin de financiers partout. Il y a des banques, il y a quand même de nombreuses activités qui ont besoin de capitaux et d'ailleurs, les radiologues ont quand même, jusqu'à maintenant, pas trop mal travaillé sans qu'il y ait eu besoin de financiers avant. On n'a pas eu besoin de financiers avant dans de nombreux secteur donc on est largement capable, tout en gardant le contrôle capitalistique sur les outils de travail par les professionnels de santé, de développer des choses beaucoup plus modernes. Les Allemands l'ont fait. Autant ce n'est pas un modèle pour l'hôpital, autant, dans la ville, les Allemands ont à peu près cinq employés par médecin et ont des cabinets médicaux qui sont de petites cliniques.

M. SZAMES.- Gérard RAYMOND ?

G. RAYMOND.- Je réclamerai un droit de réponse à Frédéric.

M. SZAMES.- Allez-y.

G. RAYMOND.- Sur la financiarisation, il y a d'autres modèles. Les pharmaciens, jusqu'à aujourd'hui, ont refusé et ma foi, ils répondent quand même à certains besoins populationnels sur le territoire, mais c'est autre chose.

Pour revenir sur ce que dit Frédéric, on a besoin de financiarisation, d'injecter du financement dans notre système de santé pour le rendre plus dynamique, mais où on a un point de désaccord -tu viens de le dire- c'est que, nous, nous considérons que les négociations **conventionnelles ne devraient pas porter sur le C -26,50 €, 30 €, etc.-** ; ce n'est pas cela qui va transformer le système, mais bien plus sur une nouvelle organisation.

La rémunération devra se faire avec un autre modèle économique. Et encore une fois, il n'est pas question que les médecins gagnent moins que ce qu'ils gagnent aujourd'hui, l'essentiel est qu'ils répondent à un besoin populationnel sur un territoire donné. Notre crainte, avec la financiarisation, c'est qu'ils répondent moins à ce besoin et que leur engagement déontologique soit, à un moment donné, plus ou moins attaqué par une financiarisation à la fin du mois, gagner plus.

Si on n'a pas les garde-fous qui devraient être la négociation conventionnelle, mais plus sur la refondation ou la régénération du système, avec un nouveau modèle économique, dont on entend parler aujourd'hui, les négociations devront être portées sur cela, et d'un autre côté, l'Ordre doit être le garant de la déontologie et des valeurs qui fondent la médecine.

Pour nous, ce sont les deux piliers qui doivent empêcher des dérives financières et qui pourraient faire perdre à notre système de santé les valeurs de solidarité, de répartition sur lesquelles il a été fondé.

C'est en cela que nous considérons, et particulièrement aujourd'hui sur la recherche, les données de santé, qu'on a besoin de moyens financiers venant du privé, mais d'un autre côté, il faut être en capacité de mettre des barrières extrêmement fermes pour sauver notre système de santé tel que nous le voulons.

Je rejoins ce que tu disais tout à l'heure : c'est vraiment un choix de société. Quel modèle social, quel modèle sanitaire voulons-nous pour ce pays ?

M. SZAMES.- Je retiens : mettre des barrières. Monsieur BOURRAS ?

JC. BOURRAS.- Effectivement, les radiologues se sont bien débrouillés jusqu'à présent parce qu'ils ont fusionné, ils se sont adaptés, sauf qu'à un moment, il y a une limite, c'est-à-dire que, les charges augmentant, les actes, comme vient de le dire M. BIZARD, n'étant pas à la hausse, on ne peut faire qu'augmenter le volume. Pour augmenter le volume, il faut encore grossir, et c'est ce que je disais tout à l'heure : à un moment donné, quand on grossit, il faut pouvoir faire de la croissance externe, fusionner, etc. Et là arrivent les financiers avec des moyens très supérieurs, et eux font cette fusion.

Maintenant, comment peut-on envisager de se défendre vis-à-vis de cette chose-là, qui est déjà quand même extrêmement avancée puisqu'on estime qu'actuellement, la financiarisation de la radiologie est à peu près de 30 %, et vu le nombre de discussions et de sollicitations actuelles, on va tendre vers 40/50 %.

On compte toujours sur la régulation par l'État et par le CNOM. C'est cela qui serait idéal. Après, ce qu'on voudrait, c'est surtout pouvoir garder cette indépendance et la majorité aux professionnels. J'ai beaucoup d'amis qui ont des PME ou des ETI et cela leur appartient, ou

cela appartient à un groupe d'actionnaires, et ils utilisent les financiers, pas que les banques parce qu'effectivement, au bout d'un moment, les banques ont certains critères qui font qu'elles ne peuvent pas s'engager au-delà.

On attend que l'État et le CNOM fassent respecter les lois, et donc l'indépendance, mais il va falloir que vous vous armiez d'une armée de juristes parce qu'en face, il y a du lourd. Il faut qu'on arrive à utiliser les armes de la finance, c'est-à-dire qu'on soit capable de trouver des financements. Les banquiers sont extrêmement régulés et encadrés. À partir d'un moment, sur certaines formes, et notamment lorsque plusieurs associés partent en même temps, ils vont avoir des normes qu'ils ne peuvent pas dépasser.

Ce n'est pas interdit d'utiliser certains fonds d'investissement parce qu'il y a des fonds d'investissement qui sont spécialisés dans les PME dont la vocation est d'être strictement minoritaire. Ces gens-là peuvent aider, je ne suis pas absolument contre.

Maintenant, ce qu'on privilégie, je l'ai dit tout à l'heure, c'est un capital aux professionnels. Ce qu'on a fait, c'est un capital détenu entièrement par des professionnels, mais qui ne s'interdit pas d'avoir un minoritaire qui puisse nous aider si les financements bancaires ne vont pas jusqu'à nous permettre de grossir sur une société uniquement professionnelle.

M. SZAMES.- On va donner la parole à la salle.

J. BATTISTONI.- Je suis médecin généraliste et ancien président de MG France. Je voudrais parler de la médecine générale par rapport à la financiarisation. Si la question commence à se poser, et elle a été posée par certains groupes, notamment par Ramsay, auquel Yann faisait allusion tout à l'heure, c'est parce qu'il y a un besoin de financement, et on le sait très bien, pour pouvoir répondre à toutes les questions qui ont été soulevées ce matin, notamment apporter des services et des réponses aux besoins de la population.

En termes d'organisation, des questions se posent vraiment à nous. Que se passe-t-il aujourd'hui ? On a des cabinets et des financements qui proviennent uniquement des honoraires qui sont versés par l'Assurance-maladie. Gérard RAYMOND parlait à l'instant de la négociation conventionnelle, elle parle des tarifs, elle ne parle pas de l'outil de travail.

Que faut-il financer aujourd'hui ? Deux choses : évidemment l'outil de travail, et surtout les locaux dans lesquels on travaille, qui font partie de cet outil, mais aussi les ressources humaines. Sans ressources humaines, il est clair que les médecins généralistes au sein des soins primaires ne peuvent pas répondre aux missions qu'attend la population. Sans cet investissement, on ne peut pas y arriver.

Certains l'ont bien compris on voit bien que quand Ramsay met en place des centres de santé, quand d'autres centres de santé sont mis en place par des collectivités territoriales, qu'est-ce qu'elles apportent ? Elles apportent l'organisation et aussi les ressources humaines. C'est pour cela, d'ailleurs, que ces endroits-là sont attractifs pour les jeunes médecins.

Ma question aujourd'hui est celle-là : comment faire pour que les professionnels libéraux, dont je fais partie, en grande majorité encore aujourd'hui des médecins généralistes, puissent développer un outil de travail ? Cela nécessite des opérateurs. On a évidemment évoqué la notion d'opérateurs ; certains opérateurs sont des opérateurs privés, financiers, d'autres sont des opérateurs publics. L'Assurance-maladie n'est pas un opérateur, je ne sais pas si quelqu'un a envie qu'elle le devienne. Qui peut le devenir ?

En tout cas, ce que je sais aussi, et c'est ce qui m'inquiète, c'est que, par formation, par habitude, nous n'avons pas l'expérience de devenir des entrepreneurs qui sont en capacité de mener à bien ces projets. Dans notre profession, il y a quelques médecins généralistes qui sont prêts à le faire, mais majoritairement, si vous interrogez les jeunes médecins à l'issue de leurs études, très peu d'entre eux sont prêts à dire : *« Je vais créer les outils qui vont nous permettre de travailler et de répondre aux besoins de la population »*. C'est cela, la vraie question, à mon avis, aujourd'hui, par rapport à la médecine générale, et en ce qui me concerne, c'est une véritable inquiétude.

M. SZAMES.- Monsieur BOURGUEIL va vous répondre.

Y. BOURGUEIL.- Dans l'enquête que nous avons menée, nous avons rencontré plusieurs acteurs, des consultants qui travaillent pour des gros financiers, des avocats également, et l'un d'entre nous nous a dit -j'ai trouvé cela très parlant- : *« La financiarisation, c'est comme le gaz : plus il y a d'espace, plus il l'occupe »*.

À partir de là, vous en déduisez des pistes d'action possibles. Vous pouvez réduire l'espace pour la financiarisation, donc vous pouvez aller vers un renforcement de l'investissement public dans l'infrastructure de santé, par exemple. C'est ce qui se fait dans certains territoires quand on crée des centres de santé, parce que c'est la même logique : construire une offre qui attire et qui réponde aux attentes des jeunes professionnels. Aujourd'hui, cela marche.

À ce moment-là, quels sont les opérateurs qu'on favorise ? Quels sont les cahiers des charges qu'on va imposer aux opérateurs, si on entre dans une logique de régulation qui plaît beaucoup à M. BIZARD ? Cela peut-être une solution.

L'autre solution est de favoriser l'émergence, et peut-être peut-il y avoir des dynamiques professionnelles, soit de type capitalistique, comme elles se développent chez les radiologues, soit sous forme d'économie coopérative. Dans le fond, le monde agricole n'est pas très éloigné de cette logique-là. D'ailleurs il est confronté aux mêmes problèmes, d'une certaine façon.

Cela veut dire créer des sociétés coopératives, des centrales d'achat, dont le risque est qu'elles prennent le contrôle, comme les grandes sociétés coopératives agricoles. Cela peut être se construire soi-même ses outils pour ce faire, cela peut-être des formes d'économie mixte, éventuellement.

Il faut un peu d'imagination et c'est de cela que nous manquons beaucoup, nous, les professionnels, puisque je suis également médecin et membre du Conseil de l'Ordre, comme tous les médecins, ou la plupart.

Un des défis posé par la financiarisation, c'est la préservation de ce qui fait finalement la spécificité du corps médical, c'est-à-dire son autonomie, qu'il a conquise de haute lutte. Car c'est un monopole. Les médecins ont un monopole. Comment, détenteurs de ce monopole, répondent-ils à la société qui leur a confié ce monopole ? Là, il faut faire preuve d'inventivité.

M. SZAMES.- Maître, quelques mots ?

M. GALPERINE.- Innover, bien sûr, mais il faut faire face à la concurrence des groupes qui ont déjà des idées pour pouvoir arriver sur le terrain et qui les proposent clés en main aujourd'hui. Évidemment qu'il faut favoriser l'idée, et en partant des praticiens, je vous rejoins complètement.

Pour ma part, il m'est arrivé une histoire et je pense que vous alliez m'interroger dessus, je prends les devants.

À la barre, me voilà en train de défendre un établissement -comme je le fais régulièrement- et cet établissement n'est pas très riche. J'avais conquis presque le cœur du magistrat, vu nos chiffres, et la partie adverse n'a rien trouvé de mieux que de dire : *« Mais enfin, de quoi parle-t-on ? Ils sont en train de duper totalement le tribunal, cet établissement fait partie d'un groupe, et ce groupe n'est absolument pas français, et ce groupe est financé par Untel et Untel »*. Moi, pauvre petit truc, j'étais devenue une espèce de satellite d'un monstre financier ! Le regard du juge et les questions posées surtout, ont totalement changé de ton à ce moment-là, et c'est bien la première fois que cela m'arrivait.

On se servait de la financiarisation de ce système-là comme arme de défense dans le cadre d'un procès. C'était assez redoutable et indubitablement, alors que l'établissement reste pauvre et pas du tout vu dans la réalité, comme l'a présenté mon confrère, il s'est servi de cet argument.

De manière itérative, j'entends maintenant beaucoup de confrères dire : *« Ce n'est pas mal, on va arrêter de dire : « Pauvre petite clinique, pauvre petit établissement », on va essayer de monter le truc en disant : « Vous vous trompez, ce sont des montages » »*. C'était des arguments que nous n'avions pas avant.

M. SZAMES.- Et qu'est-ce qui fait, selon vous, que cet argument est arrivé maintenant ?

M. GALPERINE.- La presse !

M. SZAMES.- Cela arrive.

M. GALPERINE.- Les réseaux, qui parlent beaucoup, bien sûr, les publicités. C'est une certitude, mais la difficulté de ce genre de situations, c'est de se retrouver, non pas démuni d'arguments parce qu'on n'est jamais démuni d'arguments, mais d'avoir un autre prisme, même sur une entité. C'est cela qui change.

M. SZAMES.- Frédéric BIZARD, vous voulez réagir ?

F. BIZARD.- Je suis d'accord avec l'image du gaz parce que ce qui est inquiétant aujourd'hui, c'est que, du fait de la dégradation de notre système de santé, la financiarisation pénètre dans des espaces vides. La financiarisation se présente toujours sous

l'image du chevalier blanc de la santé publique : *« Je vais vous régler les problèmes de déserts médicaux »*, et c'est comme cela qu'elle arrive à séduire les pouvoirs publics. C'est bien comme cela qu'on a complètement libéralisé, parce que je ne peux pas être d'obédience libérale et avoir tous les défauts, bien sûr qu'il faut réguler un système de santé, on ne laisse pas un système de santé s'organiser sans régulation.

C'est la grande difficulté des systèmes : il faut de la régulation. Quand on a dérégulé les centres de santé dentaires en 2009, et sans contrôle *a priori* des ouvertures, on a ouvert la boîte de Pandore donc ce qui arrive maintenant n'est pas très étonnant.

Deuxième point, les professionnels qui vendent à ces groupes-là, et je ferais probablement la même chose, comme on l'a fait en biologie médicale, sont la dernière génération qui va vivre en exercice libéral. On crée des générations d'ouvriers spécialisés qui seront de plus en plus mal payés. On voit déjà, dans un certain nombre de domaines, un problème d'attractivité.

M. SZAMES.- Et d'indépendance.

F. BIZARD.- À partir du moment où vous ne pouvez plus détenir le moindre part dans votre outil de travail, vous faites descendre votre activité. Tu as parfaitement raison de parler de la pharmacie parce que la pharmacie, pour cela, est un modèle qui a su résister à cela.

Ce n'est pas une question d'avoir des salariés ou pas, on a un vrai problème, dans ces grands groupes, d'attirer et de rendre ces métiers attractifs. On le voit en biologie médicale, on a des techniciens, comme par exemple en Allemagne. On n'a plus que des techniciens, ce ne sont pas des médecins.

M. SZAMES.- Attractivité, indépendance… On touche là à des secteurs extrêmement importants. Gérard RAYMOND, je veux vous entendre.

G. RAYMOND.- C'est là où on voit bien le risque aujourd'hui : derrière ces belles annonces, c'est la perte aussi du système libéral. Demain, si on s'engouffre dans cette financiarisation et les grands capitaux, les professionnels de santé ne seront que de simples ouvriers. Et ils devront passer par où les financiers voudront les faire passer. On voit donc bien la difficulté.

Je me souviens du congrès d'un syndicat de médecins généralistes où je leur avais dit de se souvenir de la fable du chien et du loup de La Fontaine : le chien est gras, mais il a un collier ; le loup est un peu plus maigre, mais il est libre.

M. SZAMES.- Madame GORMAND ?

E. GORMAND.- Un point particulier sur la radiologie. La radiologie a déjà imaginé des regroupements sans les financiers, qui fonctionnent très bien, et ce sont eux aujourd'hui qui assurent l'offre de soins dans des établissements telle qu'elle doit être parce qu'ils ne sont pas contre.

D'autre part, sur l'organisation de territoires, et là, on va rejoindre aussi bien la médecine générale que la radiologie, on a parlé dans la table précédente des organisations de territoires et il y a effectivement à s'organiser. Monsieur, vous dites : *« J'ai besoin qu'on organise mes cabinets, on est trop nombreux »*. La solution n'est pas l'argent où quelqu'un investisse ; ce dont vous avez besoin, c'est d'une organisation qui fonctionne et qui ne vous prenne pas trop de temps.

Est-ce que le financier, l'investisseur, le *private equity* est fait pour cela ? Pas du tout. Lui, il va vous proposer cela parce que cela l'intéresse en disant : *« Il y a une certaine rentabilité, ils travaillent bien »*, mais ce n'est pas son but parce que lui, dans cinq ans, partira. Je vous rappelle que les financiers n'investissent pas à vie, ils investissent pour cinq ans et ensuite, ils revendent. Ils sont là pour avoir valorisé votre travail.

Par exemple, 60 % des autorisations d'imagerie en France sont détenues par des GIE privé/public, c'est-à-dire que, pour faire de l'IRM et du scanner, les radiologues doivent avoir une autorisation de l'État. La France est le seul pays comme cela. Il n'y a pas beaucoup d'appareils, donc il y a une rentabilité assurée, c'est pour cela que les financiers se sont précipités dessus.

Mais en majorité, c'était donné à des groupements privé/public. Pourquoi ? Parce que, dans le privé/public, il y a des radiologues libéraux et des établissements publics. Ce ne sont pas des cliniques parce que ce n'était pas Ramsay ni Elsan, les deux groupes prédominants en France.

Et ils fonctionnent ; j'ai fonctionné pendant 20 ans comme cela avec un développement de une à sept IRM. Cela fonctionne parce qu'il y a un contre-pouvoir public, une activité libérale qui, au contraire, est valorisée parce que les libéraux ont une organisation valorisée sur le territoire. C'est comme cela qu'il y a une offre de soins qui a pu être régulée sur le territoire.

De la même façon, vous pouvez l'organiser par les CPTS ou d'autres organisations -je sais que beaucoup n'aiment pas la CPTS-, en tous les cas, une organisation de territoire -vous y mettez le nom que vous voulez avec les autres- pour pouvoir travailler ensemble.

C'est une piste qu'a validée l'Ordre pour l'organisation de territoire parce qu'on n'y arrivera pas tout seul.

M. SZAMES.- Nous avons trois demandes dans la salle.

JJ. MAMBIE.- Je suis vice-président de l'Aisne et j'étais intervenu ce matin pour vous faire part de mon expérience d'une maison de santé puisque j'ai fait 40 ans de libéral en tant qu'ORL hospitalier aussi, et un médecin d'une maison de santé était malade, il fallait le remplacer. Je suis tombé sur les fesses et suis revenu désappointé et un peu émerveillé de certaines choses.

Émerveillé par le fait que ce soit extrêmement pratique. MG France l'a dit tout à l'heure : les jeunes médecins sont embêtés parce qu'ils ne savent pas, au niveau matériel, comment on paye la femme de ménage et la secrétaire.

Il y a eu Doctolib et la télétransmission. Quand je suis arrivé -je n'ai fait que deux jours-, l'emploi du temps est extrêmement chargé : toutes les dix minutes, on vous met la pression. Pour une journée, c'est 25 le matin, 25 le soir non-stop quasiment avec une petite pause déjeuner.

Le problème est le suivant, car il y a trois choses qui sont oubliées dans le problème des maisons de santé. Premièrement, qui sont les médecins ? J'ai une petite explication, je vais vous dire ce qu'il en est. On n'a pas parlé de Doctolib parce qu'il y a des gens dans la maison de santé qui prenaient rendez-vous le jour même ou la veille parce qu'ils avaient un vertige, ils étaient super contents de venir et les patients sont extrêmement contents d'avoir une solution de maison de santé.

En revanche, au niveau emploi du temps, vous êtes quand même bridé, c'est du stakhanovisme. D'autre part, j'ai eu un jeune gamin de 20 ans qui avait un Hodgkin, j'avais 10 minutes pour lui expliquer. Cela m'a ennuyé.

Troisièmement, je trouve qu'il y a des fraudes. Je le dis carrément parce qu'à l'Ordre des médecins, on a eu des plaintes, on a vu des gens qui étaient dans des maisons de santé, en particulier en audioprothèses. Il y a des gens qui ne sont pas qualifiés. L'audioprothèse faite par télétransmission avec un praticien. Le praticien ne peut pas examiner, enlever un bouchon, il ne peut pas savoir s'il y a un problème neurologique derrière. Les gens qu'on a eus ne connaissaient même pas comment on faisait des audioprothèses et il y a eu un abus à la Sécurité sociale.

Contrairement à ce que dit M. BIZARD, et je suis très content de ce que dit M. BOURGUEIL, je pense que le CNOM peut faire quelque chose. Par exemple, on peut pincer les gens qui fraudent dans les maisons de santé. Pour les gens qui forcent les médecins à faire de l'abattage, il y a le contrat du médecin et le nombre d'activités, ce qui a fait disparaître notre statut de praticien clinicien dans les hôpitaux, cette notion de rentabilité.

Ces maisons de santé avec les financiers phagocytent ; c'est extrêmement large, cela répond à un besoin du médecin qui est nul en informatique, qui ne veut pas payer son informatique, sa secrétaire, sa femme de ménage, etc., mais il faut faire attention.

M. SZAMES.- Merci. Autre question ou témoignage ?

P. PETIT.- Bonjour. Je suis Président du Conseil régional de la région Centre, on en a parlé tout à l'heure, une région particulièrement touchée par les problèmes de démographie médicale. Il se trouve que je suis radiologue. J'arrivais à 68 ans et je ne trouvais aucun repreneur, malgré une anticipation.

Le problème de la financiarisation, et ce qui m'a sauvé, malheureusement, et je l'ai fait presque contraint et forcé pour la survie de mon cabinet, et pour aussi couvrir les besoins de la population locale, a été de me faire, quelque part, absorber par un groupe. Pour l'instant, cela se passe relativement bien. Le problème de fond que j'ai rencontré, c'est que, hormis le problème de l'attractivité territoriale, pour nos jeunes confrères, il y a un manque d'appétence totale pour beaucoup d'entre eux, ou de désir d'investissement au sens économique et aussi au sens personnel pour des raisons parfois tout à fait recevables : ils n'ont pas une visibilité à cinq ans de l'avenir professionnel de leur conjoint, etc. donc ne souhaitent pas s'investir.

Malheureusement, quelque part, cela offre un boulevard aux groupes qui proposent des solutions clés en main qui leur permettent de gagner très correctement leur vie. Ils ont juste à venir le matin, ils posent leur sacoche, ils font le travail, repartent le soir et ne s'occupent de rien. Deuxième aspect à mon avis important : on

forme les médecins, on en fait de très bons techniciens, de très bons médecins ; le seul problème, c'est qu'après, on leur demande d'être des entrepreneurs.

C'est un vrai problème qu'il faut prendre avec beaucoup de sérieux : le problème de la formation à la gestion d'entreprise. En plus, ce n'est pas si compliqué que cela, il faut probablement faire des cours et leur expliquer que ce n'est pas si compliqué que cela de gérer un cabinet.

M. SZAMES.- Merci. On prend la dernière question de la salle. On va regrouper un certain nombre de réponses juste après.

S. BAUER.- Je suis Présidente du Syndicat des médecins libéraux. On peut former les jeunes confrères. On fait des formations très régulièrement à l'entreprise libérale. Je suis experte là-dedans parce que j'ai un MBA donc c'est assez facile pour moi de leur expliquer.

Et ils comprennent assez vite, il ne faut pas croire qu'on a besoin de financiers ou de structures ou de quoi que ce soit pour apprendre à faire du RH, pour apprendre à lire un bilan, pour apprendre ce que c'est qu'un bilan de société par rapport à des bénéfices non commerciaux. Cela se fait assez rapidement et leur QI permet de le faire. On n'a pas forcément besoin de structures, de financiers, d'aides particulières pour faire cela. Nous, médecins, nous pouvons très bien former nos jeunes confrères à cela, et d'ailleurs, nous ne nous privons pas de le faire.

Le problème de fond, c'est : qu'est-ce qu'on veut ? Est-ce qu'on veut investir sur la consultation ? Et si on investit sur la consultation, un petit calcul rapide et facile permet de voir qu'il y a un retour sur investissement au bout d'un an de ce qui est investi dans la consultation, si c'est suffisamment important pour avoir des cabinets plus grands, pour engager du personnel, en particulier des assistants médicaux, mais ce peut-être aussi une infirmière qui va venir s'installer dans le cabinet et faire du travail, aider avec le médecin, ou une équipe qu'on installe.

Si on investit sur cette consultation médicale, on rend les centres de santé viables, car je rappelle quand même que ces merveilleux centres de santé faits par les collectivités locales sont tous déficitaires, ce qui est normal puisqu'on leur demande de faire ce que les médecins ne peuvent plus faire, c'est-à-dire, avec les honoraires médicaux, payer des murs et payer du secrétariat et de la logistique.

Les médecins ne peuvent plus le faire, je ne vois pas pourquoi les centres de santé pourraient le faire donc ils sont sous perfusion complète, et régulièrement d'argent public. Il ne faut pas croire que c'est un modèle idéal parce qu'on fait payer deux fois, on fait payer par la Sécurité sociale et on fait payer par la collectivité. Ce n'est pas un modèle financier très idéal.

Donc investissons sur la consultation du médecin ; au bout d'un an, vous récupérez 40 000 emplois créés dans les cabinets médicaux, vous créez des agrandissements de ces cabinets médicaux qui génèrent du foncier et des loyers. Vous remettez d'aplomb tous ces pauvres centres de santé qui sont déficitaires et au bout d'un an, vous avez le retour sur investissement.

Donc il faut savoir ce qu'on veut. Est-ce qu'on veut vendre notre médecine à des financiers ou est-ce qu'on veut mettre l'argent sur de la consultation médicale qui servira à moderniser nos cabinets ? Je rappelle qu'un échographe, c'est 50 000 € ; cela représente un certain nombre de consultations du médecin généraliste.

M. SZAMES.- On va essayer de répondre aux interpellations, questions, témoignages, et cela amorcera la conclusion de ce débat.

Y. BOURGUEIL.- Ce que dit Mme BAUER est peut-être valable pour des médecins qui sont capables de considérer que, quand ils ont une augmentation du volume de l'activité, ils vont le réinvestir dans une organisation parce qu'ils vont faire une distinction très claire entre leurs revenus et l'outil de travail. Mais je crois que la majorité des professionnels libéraux ne sait pas bien faire cela parce que ce n'est pas comme cela qu'ils sont formés, ce n'est pas comme cela qu'ils sont organisés et c'est peut-être cela qu'il faut transformer.

Dans le cadre de nos travaux, je voudrais citer -il y en a peut-être dans la salle- le syndicat des Ophtalmos, que je connais depuis longtemps parce que j'ai travaillé avec eux sur la délégation de tâches en 2003 dans le cadre des expérimentations Berland. C'est un groupe professionnel qui est très homogène -ils sont tous en libéral, ce qui expliquer sans doute beaucoup cela-, qui a complètement pris en main l'enjeu de l'accès aux soins, qui a cherché à construire un modèle, à le valoriser, à le développer.

Aujourd'hui, ils ont des projets de projections territoriales, de partenariats avec le monde hospitalier, et ils veulent s'organiser sur les territoires. Je ne veux pas faire la promotion des

ophtalmos, mais ils m'ont frappé parce qu'ils prennent la responsabilité populationnelle dont parlait Mme de BORT, c'est-à-dire qu'ils disent : *« C'est notre responsabilité, donc on prend en charge »*. C'est un peu dans cette voie-là qu'il faudrait aller si l'objectif est de conserver la main, en tant que professionnels, sur l'outil de travail, l'organisation.

M. SZAMES.- C'est une amorce, en tout cas, de piste de réflexion.

F. BIZARD.- J'ai une petite idée, mais que, probablement, le Conseil de l'Ordre a eue. Cela a été dit au début, mais c'est une problématique qui touche plusieurs corps professionnels de libéraux, notamment les avocats et les vétérinaires. Je parle sous le contrôle de juristes. Je crois, qu'il y a eu le 10 juillet 2023 un arrêté du Conseil d'État. Il y a eu un recours, il y a trois ans, du Conseil de l'Ordre des vétérinaires, qui a gagné devant le Conseil d'État l'année dernière. Il y a eu ensuite une médiation.

Donc ce n'est pas parfait, mais cela montre qu'on peut agir. Vous l'avez probablement déjà fait, mais cela montre que si les Ordres coopèrent entre eux et font un échange d'idées et de travaux entre eux, cela peut peut-être accélérer parce que, là, il y a quand même urgence.

D'abord, quand on en discute avec les parlementaires et les pouvoirs publics, on ne ressent pas une urgence absolue parce qu'il y a beaucoup d'autres choses, je peux le comprendre. À mon avis, il faut amener des *Poyz and Pirlz*, comme disent les Anglais, c'est-à-dire des choses très concrètes et d'ordre juridique, et un peu d'ordre de régulation pour qu'on empêche un certain nombre de choses de se faire. Il n'est pas trop tard. Peut-être que c'est mon idéalisme qui parle.

M. SZAMES.- Maître, vous voulez réagir sur ce point juridique ?

M. GALPEREINE.- Oui, je partage totalement cet avis. Je ne sais pas s'il est trop tard. Je suis beaucoup plus partagée. J'aurais une position plus de Salomon. Je pense que le financier doit rester à sa place, on en est tous d'accord.

En revanche, lorsqu'il apporte son savoir, son argent, pour permettre à des médecins d'innover, et cela, je l'ai vu, c'est absolument remarquable. Là où je vais contester, bien sûr, c'est quand il va atteindre votre indépendance.

M. SZAMES.- C'est cela, le vrai sujet.

M. GALPEREINE.- Vous le vivez déjà. Les directeurs d'établissement qui peuvent regarder des programmes de bloc opératoire, je suis désolée, cela existe. Vous avez dit qu'il y a des actes plus ou moins rentables. Évidemment, mais cela, on le sait.

On a parlé de la financiarisation uniquement de l'acte médical, mais il y a aussi tout un pendant sur la dotation, il faut le voir aussi, cela fait partie de la financiarisation. Ce peut être également une piste.

En revanche, je crois beaucoup à la coopération. Du reste, en Indre-et-Loire, un des premiers établissements public/privé, la clinique Jeanne d'Arc, pour ne pas la citer, est sur le même territoire que l'hôpital d'à côté. Sur un plan juridique, c'est le premier établissement qui a regroupé les choses, les plateaux techniques et les praticiens.

M. SZAMES.- La question de l'indépendance a été effleurée. Gérard RAYMOND ?

G. RAYMOND.- On a surtout parlé de la financiarisation des professions. Le risque est qu'elle soit dépendante du financeur et de perdre, évidemment, les principes déontologiques. Le risque est là.

Notre réflexion doit aussi porter sur le modèle économique qu'on peut encore sauver. Comment on peut sauver ces professions-là par un nouveau modèle économique ? La cohabitation, les missions de santé publique sur la prévention et le travail en équipe, comment on recrée de la dynamique avec de nouveaux investissements qui peuvent même être privés, mais à condition qu'ils soient bien cadrés et que chacun reste à sa place.

M. SZAMES.- Monsieur BIZARD ?

F. BIZARD.- Pour être un peu provocateur, je dirais attention à ne pas aller vers trop de dé financiarisation parce qu'avec les mesures économiques qui sont prises depuis un certain nombre de mois, croyez-moi, je ne suis pas sûr qu'on attire beaucoup de capitaux. Y compris les grands fonds, les grands capitalistes ont quand même, à un moment, besoin d'avoir une activité rentable. Et quand on ne permet pas cette activité rentable, on n'aide pas le service public et on tue le secteur privé.

M. SZAMES.- C'est le regard extérieur, peut-être, sur la France actuellement, qui est en jeu. Monsieur BORRAS ?

JC. BOURRAS.- La question que je me pose, c'est la volonté des pouvoirs publics d'arrêter le processus. Honnêtement, aujourd'hui, c'est comme si vous avez une maison, vous y habitez, vous y êtes bien, on vous en propose cinq ou six fois le prix, vous réfléchissez alors que si on vous en propose deux fois le prix, vous allez dire non.

Il y a un problème, et Frédéric BIZARD l'a dit dans sa note de janvier 2023 : les pouvoirs publics ont quand même l'espérance que la financiarisation restructure la profession et permette d'en diminuer le seuil de rentabilité. C'est un sujet.

Deuxième point : on a une propension à reproduire ce qui se passe aux États-Unis avec une quinzaine d'années de retard. Il y a un très bon article du *Monde* de 1975 intitulé : *« Docteur On Demande »* et qui explique très bien. C'est un télé radiologue qui a créé une société, il y a 2 000 médecins généralistes derrière la plate-forme, ils ont le contrat avec les assureurs américains et il explique qu'il supprime 90 % des consultations. Il y a quand même des gens dans les strates qui ont cette notion et c'est un peu ennuyeux.

M. SZAMES.- On va prendre les deux derniers témoignages.

AS. LAGRANGE.- Je suis une toute petite radiologue, également de la région Centre, mais une petite radiologue de proximité, c'est-à-dire que je faisais partie d'un groupe de quatre avec deux cabinets ; j'ai été rachetée en même temps que de petits cabinets à Romorantin/Vierzon, de petits cabinets qui n'auraient pas survécu au départ de leur radiologue vieillissant. Maintenant, vous ne trouverez aucun jeune qui va aller au fin fond de la campagne tout seul assumer en plus un matériel qui coûte cher, un investissement qui coûte cher, du personnel. Il ne serait pas venu. Ces regroupements et cette financiarisation leur permettent de s'installer.

M. SZAMES.- C'est le côté positif.

AS. LAGRANGE.- Ils savent qu'ils ont un tuteur. On est au Conseil de l'Ordre, c'est à l'orthopédiste à qui on donne deux prothèses de répondre devant l'Ordre qu'il a mal travaillé parce qu'il a accepté de travailler avec ces prothèses. Moi, je suis radiologue, si j'ai du mauvais matériel, si j'ai un mauvais échographe, c'est moi qui suis responsable de mon acte et c'est à moi qu'il faut demander des comptes, ce n'est pas au financier. Et on ne va pas m'interdire d'avoir un financier. Je fais mes choix et j'en accepte les conséquences.

M. SZAMES.- Merci.

JB. DEMONTROND.- Je ne suis pas radiologue !

Merci à tous pour la qualité de vos interventions. J'ai compris beaucoup de choses, j'ai bien compris les enjeux ; à un moment, on a parlé du contrôle ordinal et je vais me tourner vers Élisabeth. Je crois que j'ai entendu parler d'une SELAS qui a été radiée de l'Ordre -c'est peut-être pour introduire la conclusion- : quel peut être le rôle de l'Ordre à partir du moment où il y a des problèmes avec des SELAS ?

M. SZAMES.- Madame GORMAND, il vous revient le devoir de conclure.

E. GORMAND.- Puisque l'Ordre a pris ce problème à bras-le-corps via des contrats pour l'indépendance professionnelle, et c'est à cause de cet événement, mais dans d'autres sociétés, de la même façon, les contrats vont être revus, que l'Ordre a fait un communiqué, puisque nous avons tous décidé en session cette mesure, et je vais vous la lire, en tous les cas, les deux tiers.

« La loi du 31 décembre 1990, comme l'Ordonnance du 8 février 2023, posent le principe qu'une société d'exercice libéral est détenue et dirigée par des associés qui y exercent et ne peut pas comporter la présence de tiers non professionnels sauf si un décret le prévoit ; c'est dans ce cadre que la possibilité d'une ouverture du capital de la société dans une limite de 25% a été retenue il y a 30 ans.

Cette limite n'empêche pas les dérives actuelles avec des financiers qui entrent au capital des sociétés d'exercice libéral, en détiennent le contrôle effectif, remettent en cause l'indépendance professionnelle des associés exerçants et orientent leur activité avec la lucrativité pour seule finalité, au détriment de la santé publique.

Les efforts que déploie l'Ordre des médecins pour endiguer ce processus ne seront pas suffisants face à la complexité et à l'opacité des montages proposés.

La situation n'est pas aacceptable et conduit donc le CNOM à demander au législateur qu'il interdise la participation des tiers non professionnels dans les SEL médicales et que cette mesure ait un caractère rétroactif.

Le Parlement et le Gouvernement doivent intervenir très rapidement avant que ce phénomène, qui prend de l'ampleur, ne devienne irréversible.

Par ailleurs, le CNOM s'est également prononcé pour l'interdiction, pour toutes personnes physiques ou morales n'exerçant pas directement ou indirectement au sein d'une SEL médicale, de détenir plus de la moitié de son capital social. Cette interdiction, qui contribue également à endiguer les dérives de la financiarisation, devra figurer dans la loi ».

Que les choses soient claires : les financiers ne peuvent pas intégrer une société d'exercice de la médecine parce que nous n'aurons pas les moyens de contrôler l'indépendance professionnelle. Au législateur de prendre ses responsabilités.

M. SZAMES.- Ce sera le mot de la fin pour ce débat. Avant d'appeler le Dr MOURGUES pour la conclusion, je voudrais remercier nos orateurs. Vous pouvez les applaudir, c'était passionnant !

LES DÉBATS DE L'ORDRE

CONCLUSION .

DES DÉBATS DE L'ORDRE DU 10 AVRIL 2024

M. SZAMES.- Monsieur le vice-président, que retenez-vous de cette journée marathon de débats ?

JM. MOURGUES.- Je voudrais tout d'abord excuser le Président qui, à cette heure-ci, est en visioconférence auprès d'une députée dans la Commission spéciale qui vient d'être mise en place par l'Assemblée nationale sur la fin de vie.

En effet, vous savez que le projet de loi a été présenté en Conseil des ministres aujourd'hui je fais juste un aparté- et qu'on nous promet un parcours législatif particulièrement long, peut-être d'un an et demi.

Je ne ferai pas la synthèse des quatre tables rondes, ce serait redondant et il y a une telle arborescence d'idées, de propos, que ce serait en peu de temps un exercice impossible.

L'objectif de cette journée était d'animer un débat contradictoire. On a vu des points de consensus et, manifestement, des points d'opposition, mais je suis particulièrement satisfait, et je vous en remercie tous, de la qualité des échanges dans le respect, la tolérance des propos échangés, et c'est bien ce qui doit animer nos débats au sein de l'institution.

Après tout cela, que va-t-on faire ? C'est cela, le problème. Après une telle journée, comment essayer d'aller plus loin ?

Je crois que l'Ordre, modestement et sans hégémonie, je l'ai bien compris, de sollicitations peut être un facilitateur d'une culture collaborative qui favoriserait ainsi l'intelligence collective dans la réflexion plutôt qu'individuelle et favoriserait l'innovation dans les solutions apportées.

Aujourd'hui, on a bien compris le malaise protéiforme de tous les acteurs. D'abord les patients, qui ont de très grosses difficultés d'accès de parcours aux soins, les professionnels de santé, dont les médecins, bien évidemment, qui ont un taux d'insatisfaction de leur exercice particulièrement élevé.

L'un des interlocuteurs ce matin faisait allusion à une grande enquête en ligne que nous avions menée en 2016, il y en a eu une autre en 2021, dont on parle assez peu, mais les résultats quant à l'insatisfaction des médecins dans leur exercice personnel et l'organisation du système de santé sont à des taux extrêmement critiques.

Il y a manifestement une mutation de l'exercice du médecin avec des missions vraisemblablement nouvelles, qu'il faut accepter, mais qui doivent être valorisées en conséquence, des objectifs de santé publique avec cette dimension de la territorialité -je n'entrerai pas dans le débat de ce qu'est la juste territorialité-, et aussi les défis de la formation initiale, puisqu'on va demander, outre les sciences médicales pures, à un médecin tour à tour d'être technophile, d'apprendre le numérique, de comprendre l'intelligence artificielle et surtout, d'avoir un rapport critique vis-à-vis des décisions algorithmiques qui seront proposées ; et puis, on l'a encore entendu, d'avoir une culture entrepreneuriale.

Dans cette nécessité de dialogue renouvelée, cela a été dit à maintes reprises, et je crois qu'il faut vraiment en être parfaitement conscient, le système de santé sera réformé, mais est-ce que le système de centrée sera réformé dans l'intérêt conjoint des patients et des professionnels ? Rien n'est moins sûr.

Vraiment, il faut surmonter nos divisions. Notre diversité doit être notre richesse et pas notre faiblesse. Il faut identifier les acteurs qui peuvent ainsi mener ce travail commun ou en identifier d'autres, et toujours dans l'optique de donner du sens, de la vision et des perspectives à un système de santé dont on admet tous qu'il est à bout de souffle.

Merci en tout cas de votre présence à tous et merci, Michael, personnellement.

M. SZAMES.- Merci beaucoup pour cette journée de débats, merci pour votre présence.

LES DÉBATS DE L'ORDRE

REMERCIEMENTS

DES DÉBATS DE L'ORDRE DU 10 AVRIL 2024

Le Conseil national de l'Ordre des médecins par l'intermédiaire de

François ARNAULT, Président du CNOM, **Jean Marcel MOURGUES,** Vice-président, **Stéphane OUSTRIC, Jean Jacques AVRANE, Elisabeth GORMAND** conseillers nationaux.

Exprime leurs sincères remerciements **aux intervenants** pour avoir nourri les réflexions de cette journée débat et avoir apporté leurs éclairages pertinents sur les 4 thématiques retenues.

1/ Du soin vers un parcours en santé, que voulons-nous ?

Marguerite CAZENEUVE, directrice déléguée de la CNAM, **Isabelle VINCENT,** chargée de mission au HCAAM, J**ean-Louis SPAN,** président de la FDPM (Fédération Diversité Proximité Mutualiste), **Renaud COUPRY,** président de la CRSA d'Ile de France, **Nathalie ROSSO,** pédopsychiatre, responsable de la plate-forme éthique du GHT Paris Est – Val de Marne et **Julie CHASTANG,** présidente de l'Union syndicale des médecins de centres de santé- USMC.

2/ Quelle appréciation des besoins de formation initiale des professionnels de santé ?

Serge UZAN, chargé de mission auprès du CNOM, Emmanuel TOUZÉ, président de l'ONDPS, **Benoit VEBER**, président de la Conférence des Doyens, **Guillaume BAILLY**, président de l'ISNI, **Laurence COMPAGNON** pour le CNGE et **Guillaume CHEVILLARD**, géographe, chargé de recherche à l'IRDES.

3/ Quels rôles pour les acteurs institutionnels dans la refonte du système de santé ?

Marie DAUDÉ directrice générale de la DGOS, **Clara de BORT** directrice de l'ARS Centre-Val de Loire, **Hubert LE HÉTÊT**, représentant de la CN URPS-ML, **Thierry GODEAU**, président de la conférence nationale des présidents de CME de CH et **Frédéric BIZARD**, économiste de la santé.

4/ Financiarisation et santé : quelle compatibilité ?

Frédéric BIZARD, économiste de la santé, **Gérard RAYMOND**, président de France Assos Santé, **Jean-Charles BOURRAS**, membre du bureau de l'URPS de NA, radiologue, **Yann BOURGUEIL**, membre de la Chaire santé Sciences Po et **Maroussia GALPERINE**, Avocate au Barreau de Paris.

Tous les membres du Cnom assurent leur reconnaissance à **Michaël SZAMES,** directeur de la communication et des relations parlementaires de l'UNCCAS pour l'animation de cette rencontre.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

4 rue Léon Jost – 75017 Paris

Tél. 01 53 89 32 00

www.conseil-national.medecin.fr

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre