

Février 2019

# MA SANTÉ 2022 : DES PAROLES AUX ACTES

Le compte rendu du débat  
du 12 Février 2019

DÉBAT  
DE  
L'ORDRE



ORDRE NATIONAL DES MEDECINS  
Conseil National de l'Ordre





Le Conseil national de l'Ordre des médecins a souhaité réunir l'ensemble des acteurs du système de santé lors d'un grand débat public, le mardi 12 février 2019

Il s'agissait d'échanger ensemble sur l'avenir de notre système de santé et notamment sur la loi à venir et sa mise en œuvre.

Chacun a pu, lors de cette matinée, exprimer ses attentes et ses propositions concrètes autour des trois thématiques qui structurent, à ce jour, le projet de loi : la formation, l'organisation de l'offre de soins dans les territoires et le numérique en santé.

Acteur de dialogue, pleinement ancré dans les territoires, l'Ordre a proposé de débattre sur un quatrième volet dont le ministère des Solidarités et de la Santé ne s'est jusqu'à présent pas saisi, celui de la démocratie sanitaire. Quelles solutions mettre en œuvre pour qu'elle ne soit plus qu'une vaine incantation ?

Cette synthèse détaillée sera versée comme contribution au grand débat national lancé par le Gouvernement. Les propositions concrètes qui émanent seront transmises aux parlementaires et réaffirment la nécessaire écoute des acteurs du monde de la santé et leur volonté d'être enfin entendus, pour une réforme en profondeur du système de santé.

Le débat a été modéré par **Patrick BOUET**, président du Conseil national de l'Ordre des médecins et animé par **Ruth ELKRIEF**, éditorialiste à BFM TV.



## M. Patrick BOUET

Bonjour et merci à toutes et à tous d'être présent pour ce débat qui s'inscrit dans un double contexte, celui de la loi à venir, puisque nous sommes dans l'actualité législative, et, dans le même temps, le contexte du Grand débat.

Il nous a semblé intéressant d'inviter les acteurs du mode de la santé à venir dans un espace ordinal porter un certain nombre des propositions qui sont celles de l'ensemble des structures que vous représentez et qui peuvent nous permettre d'avancer dans ce qui sera le travail législatif de conception puisque aujourd'hui chacun d'entre nous et cela depuis plusieurs années a eu l'occasion d'exprimer et poser un certain nombre d'éléments propres à chacune de nos structures qui permettent de concevoir un périmètre de transformation et d'attente de transformation du système de santé.

Les questions sont nombreuses, les propositions sont également nombreuses. Un travail législatif se met en œuvre et vous avez pu lire que l'Ordre des médecins a indiqué que cette loi regardait dans le bon sens, ce qui est bien sûr pour lui un satisfecit puisque aujourd'hui les priorités que nous avons tous exprimées sur la formation, les territoires, la démocratie sanitaire et d'autres que nous attendons du dispositif législatif, sont posées comme principes.

Nous devons contribuer à l'amélioration du projet de loi parce que nous ne pouvons pas nous permettre d'échouer dans la réforme, dans la transformation du système de santé et, à ce titre, il faut que nous soyons entendus tant par le Gouvernement, qui conçoit la proposition de texte, que par les parlementaires, qui vont en débattre au Parlement, et qui feront le dispositif législatif avec cette capacité donnée à légiférer par ordonnance et un grand nombre de décrets qui sont prévus. J'ai toujours tendance à dire que lorsqu'il y a beaucoup de choses qui viennent après un dispositif législatif,

il vaut mieux avoir rassemblé au maximum les éléments pour peser sur la rédaction des ordonnances car il y a encore peu de temps nous avons coopéré à la rédaction d'un décret d'application de la loi HPST, c'est-à-dire une loi qui a maintenant 11 ans. Il ne faudrait pas être dans une situation dans laquelle il faille autant de temps pour que tout avance parce que l'urgence est là et rend nécessaire que nous nous rassemblions tous. Donc merci et place à vos propositions ce qui nous intéresse aujourd'hui.

## Mme Ruth ELKRIEF

Je vous propose donc une matinée consacrée à plusieurs thèmes en quatre temps. On parlera de la formation, de l'organisation de l'offre de soins dans les territoires, du numérique en santé qui sont inscrits dans le projet de loi et on y ajoutera le thème de la démocratie sanitaire. Pour chaque séquence, il y aura toutes sortes d'interventions bien sûr et une conclusion par les parlementaires que l'on remercie d'être présents ce matin. Je vous propose à chaque fois de décliner votre identité et expliquer les acronymes parce que je suis une patiente et profane et suis très impressionnée par l'aréopage de médecins et professionnels qui nous entourent aujourd'hui et aussi parce que ce sera diffusé sur YouTube.

Je vous propose de commencer par la formation, sujet qui vous tient à cœur que vous avez évoqué dans votre livre « Santé : explosion programmée » dans lequel vous tirez la sonnette d'alarme. La formation est au cœur du projet de loi puisque les premiers articles lui sont consacrés et réforment le numerus clausus. Au-delà de cela, comment cette formation sera mieux adaptée aux besoins des territoires ? Comment les futurs médecins vont être immergés dans les réalités des exercices au-delà de l'hôpital ? Comment vont-ils être orientés vers les divers métiers médicaux avec tous les nouveaux champs qui s'ouvrent et on y reviendra aussi sur le numérique ?

Comment leur permettre d'acquérir la culture concernant l'organisation et l'évolution des parcours de soins du système de santé ? Ce sont des inconnues et des propositions qui peuvent être faites ce matin. Il est très important de vous entendre et de commencer par vous, Pr Djillali ANNANE, Doyen de la Faculté de médecine de l'université Versailles-Saint-Quentin. Vous ouvrez cette première partie consacrée à la formation des étudiants en médecine.

## I. LA FORMATION

### M. Djillali ANNANE, *Vice-président de la Conférence des doyens de faculté de médecine*

Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs, j'interviens également en tant vice-Président de la conférence nationale des Doyens de médecine. L'ensemble des doyens de santé : médecine, pharmacie, odontologie et enseignants de maïeutique, sont depuis nombreuses années soucieux de garantir une qualité de formation des futurs professionnels qui soit toujours la plus proche possible des attentes de nos citoyens et de l'état de l'art de la science médicale au sens large du terme.

Nous sommes engagés dans la réforme des études médicales depuis plus d'une décennie maintenant avec notamment la réforme des spécialistes médicaux, c'est-à-dire de l'internat, dans laquelle nous sommes très engagés et qui par elle-même devrait produire des premiers résultats en termes d'amélioration de l'offre médicale au plus près des territoires et au sein même des territoires avec notamment une meilleure répartition entre les spécialistes et les besoins de la population.

Le projet de loi de santé poursuit cette volonté de réformer les études médicales, et notamment l'accès aux études médicales par la suppression du numerus clausus annoncée par le Président de la République qui se trouve traduite dans le projet de loi dans l'article premier. On partage tous les constats contenus du motif des exposés de cet article.

On partage ce souhait de réformer l'accès aux études médicales. Néanmoins, on est soucieux de pouvoir améliorer sa rédaction pour en diminuer l'ambiguïté notamment sur la nécessaire sélectivité, comment l'organiser de façon plus qualitative que quantitative et de façon plus adaptée possible aux politiques territoriales ?

La rédaction telle qu'elle est proposée n'est malheureusement pas suffisamment précise pour garantir l'équité entre les étudiants en fonction des origines sociales, l'équité d'accès dans les différents territoires et manque également des mesures d'impact de la suppression de la première année commune aux études de santé s'agissant par exemple de la gestion des étudiants des autres pays de l'Union européenne ou hors Union européenne et de la façon dont ils accéderont aux études médicales et in fine sur la qualification médicale avec la suppression de la PACES. Ce sont aussi les mesures d'impact en matière d'allongement de la durée des études médicales. Si on n'y prend pas garde, la réforme telle qu'elle est aujourd'hui proposée peut engendrer un retard dans la formation professionnalisante des futurs médecins. C'est extrêmement important parce que les études sont suffisamment longues et il ne faudrait pas que pour atteindre les mêmes niveaux de compétences aujourd'hui il faille davantage d'études parce qu'on aurait retardé dans les premières années le caractère professionnalisant. C'est un risque qu'il faut donc impérativement encadrer dès le projet de loi dans la législation et qui ne peut pas attendre les éventuels décrets et un encadrement au niveau réglementaire.

S'agissant de la réforme de l'accès à l'internat, au 3<sup>e</sup> cycle, c'est-à-dire de la suppression des ECN à laquelle nous sommes favorables — puisqu'avec l'Association nationale des étudiants de médecine de France —, nous avons proposé dans un rapport au ministre des modalités pour supprimer ces ECN.

Notre seule inquiétude est le calendrier très serré. En effet, cette réforme devrait pouvoir s'appliquer dès la rentrée 2019 ce qui impose une transformation complète de notre architecture à l'intérieur de nos CHU et Facultés de médecine pour mettre en œuvre la réforme en moins de 3 mois. Malheureusement, le travail important fait par l'ensemble des conférences à la demande des ministres sur l'évolution de la réforme du CHU ne trouve lui aucune traduction dans le texte de loi aujourd'hui. Il y a donc là pour nous un manque puisque si on n'ajuste pas en même temps l'outil de formation qu'est le CHU, on risque de compromettre le succès de la réforme à laquelle nous, doyens, nous tenons.

### **Mme Ruth ELKRIEF**

Donc en postulat un accord, mais beaucoup de questions. La promesse, c'est plus de médecins, mais comment, quelle formation et quelle intégration dans les territoires ?

### **M. Patrick BOUET**

Effectivement c'est bien la question aujourd'hui. Pour la première fois, il y a un lien qui existe dans la loi entre la formation et les objectifs d'amélioration de l'accès aux soins. Ceci dit, à la lecture du texte aujourd'hui, il y a pour nous des questionnements, qui ne sont d'ailleurs pas éloignés de ceux de la Conférence des Doyens avec, pour nous, le maître mot qu'est la professionnalisation précoce des étudiants. Ce n'est pas un pari, mais une conviction qu'aujourd'hui pour gagner de la présence professionnelle dans les territoires, l'axe des études doit s'orienter vers une professionnalisation précoce dans ses territoires. L'autre élément est effectivement l'immense cohorte des impétrants en matière d'études médicales, puisque plusieurs dizaines de milliers, avec de grandes interrogations sur comment gérer cette population de jeunes souhaitant s'orienter vers les études médicales et comment garantir à la fois la qualité des formations et la professionnalisation de ces jeunes

en dehors de l'établissement hospitalier universitaire et c'est une litote de l'Ordre, parce que nous voulons que ces étudiants soient dans les territoires et leur proposer, à la sortie de ces études, au moment où ils sont dans la phase d'attente, de rechercher de l'activité qui sera la leur.

C'est pour cela que nous croyons beaucoup à la création spécifique de postes d'assistants territoriaux ambulatoires qui pourraient venir parachever un cycle d'études et permettre d'améliorer la professionnalisation.

Ce sont des interrogations que nous avons par rapport au texte dont nous nous rendons bien compte que ce qui a fait la rapidité de présentation devant le Parlement, c'est répondre aux engagements du Président de la République, mais il faut que le texte soit suffisamment clair pour que ce qui va en découler, décrets et ordonnances, soient aussi suffisamment clairs.

### **Mme Ruth ELKRIEF**

D'une certaine façon, ils doivent sortir de l'université, regarder ce qui se passe autour d'eux et, comme dans beaucoup d'autres professions ou formations, il y ait une forme d'apprentissage qui forme le lien avec la réalité assez tôt dans le cursus des études ? Est-ce partagé par la salle ?

### **M. Antoine REYDELLET, Président de l'ISNI**

Bonjour à tous, je suis président de l'InterSyndicale Nationale des Internes. Effectivement cette découverte au plan de certains territoires fait partie de nos demandes. On partage beaucoup de craintes avec la Conférence des Doyens notamment sur la rapidité de la mise en place des réformes, à savoir qu'on a toujours notre réforme à nous, celle du 3<sup>e</sup> cycle, qui est en cours et on en ajoute deux autres, celles du 2<sup>e</sup> cycle et 1<sup>er</sup> cycle qui sont importantes.

Le 3<sup>e</sup> cycle est une chance pour les internes d'aller à la découverte des territoires,

de répondre à des attentes des zones sous-denses et des personnes en recherche de médecins parce qu'aujourd'hui on ne donne pas les moyens aux internes d'aller découvrir ces territoires. La réforme du 3<sup>e</sup> cycle serait l'occasion de permettre aux internes de découvrir les territoires, mais il faut leur en donner les moyens. Actuellement le dédommagement des internes pour les transports est de 200 € pour un mois. Cela ne couvre pas les déplacements quand on est 40 ou 50 km de notre lieu de résidence.

Par la réforme du 2<sup>e</sup> cycle, si on permet aux externes d'aller dans ces zones sous-denses, il faudra aussi prévoir des moyens conséquents pour les héberger et leur donner les possibilités de se déplacer. Il faut savoir encore une fois que les externes ont au début un salaire qui est de 100 €. Il est donc difficilement envisageable de leur demander de payer de leur poche pour se déplacer dans ces zones sous-denses. Plus la découverte des territoires se fait tôt, mieux c'est après pour l'installation.

**M. Aurélien ROUSSEAU**, *Directeur général de l'ARS d'Ile-De-France*

Bonjour, je suis le Directeur général de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France. Je pense que l'internat est un peu la plaque tournante de ce dont on parle à l'instant parce qu'il y a évidemment le sujet des moyens matériels, de la desserte par exemple de certains hôpitaux généraux, mais si c'étaient les seules explications d'une certaine manière ce serait assez simple. Je me méfie toujours des hypothèses dans lesquelles on dirait que demain matin on va créer des logements dans les hôpitaux pour les internes parce qu'on ne répondrait au problème.

Quand on regarde de près, et on le fait en Ile-de-France où on a lancé une mission avec Benoît SCHLEMMER et Isabelle AURIAULT qui doivent faire des propositions, il y a des hôpitaux où il n'y a pas d'internes et en fait les internes nous adressent le signal que le service ne fonctionne pas,

qu'ils ne sont pas encadrés et qu'il faut que l'on aille regarder ce qui se passe. Il y a des endroits où il y a des spécialités très fortes hors du CHU, mais qui proposent très peu de postes d'internes, et là aussi il y a une responsabilité. C'est là tout le sujet, on ne s'installe que dans un endroit où l'on est passé que ce soit pour l'internat ou un contrat d'engagement de service public, etc. Il faut donc irriguer le territoire. Il faut que l'on ait cette typologie des raisons pour lesquelles les hôpitaux n'accueillent pas d'internes. Une fois qu'on le saura il faudra déployer des réponses qui seront différentes d'un territoire à l'autre. Par exemple à l'hôpital de Pontoise, je suis certain que c'est une question de desserte et pas d'accueil, de formation ou d'encadrement. Mais pourquoi il n'a pas eu d'internes cette année dans certains hôpitaux de toute première couronne ? Quand on s'est rendu sur place, on s'est aperçu que les internes étaient très conscients de la situation et avaient leurs raisons de ne pas y aller.

Je voulais réagir et dire qu'il fallait arriver à faire la part des choses entre les différents motifs, mais il est certain que l'internat est sans doute un des pivots entre l'université et l'irrigation du système de santé dans son ensemble.

**M. Emmanuel DAYDOU**, *Fédération hospitalière privée*

Je partage les interventions précédentes sur l'utilité d'avoir cette approche territoriale qui lie toute la loi, y compris sur la partie formation. On a observé, par exemple, que si les cliniques et hôpitaux privés sont en capacité d'accueillir des internes depuis plusieurs années, en pratique, en termes de volumétrie, ce n'est pas quelque chose qu'on a réussi ces dernières années à beaucoup développer et les raisons en sont multiples. Aurélien ROUSSEAU, qui a indiqué les difficultés que l'on rencontre dans certaines structures publiques, donne presque une piste pour expliquer ce qui fait que c'est parfois difficile,



parce que c'est vécu comme une concurrence. Est-ce facile de laisser partir un interne dans une clinique ou un hôpital privé quand on a des services en difficulté dans le service public ? On aurait une vraie réflexion de l'ensemble des acteurs à partager pour voir comment le secteur privé pourrait contribuer, plus qu'il ne le fait aujourd'hui, à la formation et à un accompagnement du développement de la capacité d'avoir des médecins partout sur les territoires. C'est une impulsion qui peut être législative en donnant plus de capacités, dans la formation des internes, au service de l'hospitalisation privée. Certains de nos adhérents seraient très volontaires pour le faire dans le cadre de partenariats forts avec les CHU. On évoquait la capacité de pouvoir projeter des médecins en fin de formation dans les territoires et ce qui nous paraît intéressant dans la loi, c'est la création de ce statut de praticien à temps partagé mixte hôpital/médecine générale dans les territoires, mais qui aujourd'hui, tel qu'est rédigé le texte, ne pourrait fonctionner qu'en s'appuyant sur une structure publique. Or, là aussi un certain nombre de groupements d'hospitalisation privée seraient en capacité de proposer ce type d'expérience professionnelle à de jeunes médecins et on aimerait que sur ce point le texte puisse être pris.

#### **M. Philippe LEDUC, médecin journaliste**

J'ai l'impression qu'on ne parle pas de l'essentiel, on supprime le numerus clausus, on parle de sélectivité, etc., mais on maintient la sélection. Vu la capacité de formation des universités, sur les 60 000 étudiants qui se présentent en PACES, il y en aura toujours une minorité qui deviendra médecin, est-ce que la sélection perdure ? Combien de médecins pour réduire les déserts médicaux peut-être dans 10 ans, mais il faut peut-être s'y prendre dès maintenant ? Les universités sont-elles en capacité de les former ? Est-ce que cela sera régionalisé ? Va-t-on sortir de cette pénurie un jour ou l'autre ?

#### **M. Emanuel LOEB, Président de Jeunes médecins**

Bonjour, Jeunes médecins regroupe tous les médecins de l'obtention du diplôme jusqu'à 10 ans après, tout mode d'exercice et de spécialité. On a fait des préconisations et un livre blanc dans le cadre de la santé 2022. On est assez sceptique sur la professionnalisation précoce. D'une part, il y a une refonte de l'organisation santé sur un territoire avec l'émergence de nouveaux métiers, les métiers dits intermédiaires, notamment les infirmiers de pratique avancée. Il faut donc arrêter d'avoir une vision médecin centrée et voir comment on accède aux soins par d'autres professionnels de santé qu'uniquement les médecins. Par conséquent, il faut être très vigilant quand on dit qu'il faut une professionnalisation précoce là où il y aura de nouveaux métiers qui vont s'insérer dans l'offre de soins afin que les jeunes professionnels, et jeunes médecins notamment, n'entrent pas en collision avec d'autres compétences qui vont arriver notamment avec les pharmaciens qui vont avoir un rôle de plus en plus important.

Quant à l'universitarisation, je me demande si on ne va pas dans le sens inverse de l'universitarisation de la médecine. Il y a eu des écoles de médecine, on a fait l'université pour les médecins et maintenant on se demande s'il ne faut pas recommencer avec une territorialisation et avoir une vision plus rétrécie. Je pense qu'il faut faire de l'université le levier de l'augmentation des compétences des médecins parce qu'on parle beaucoup du transfert de compétences des médecins vers les autres professionnels de santé, ce à quoi on souscrit, mais il faudra aussi permettre aux médecins du futur d'avoir accès à de nouvelles compétences et pour avoir accès à ces nouvelles compétences il faut être en lien avec l'ensemble des composants de l'université, ce qui aujourd'hui est un petit peu compliqué.

Il faudra donc absolument réfléchir très vite pour ne pas faire en sorte que les médecins de demain se retrouvent dans un cul-de-sac parce qu'ils se trouveront sur un marché qui sera saturé. De toute façon, le marché européen fait qu'il y aura une mise en concurrence avec le développement des plateformes de téléconsultations, etc., et il ne faut pas penser non plus que notre génération va s'installer, peut-être même que le concept d'installation est à interroger. Je ne crois pas que notre génération sera pendant 20 ans sur un même endroit sur une même fonction et qu'il y aura une fluidification de l'offre de soins. Il faudra réfléchir à cette fluidification. Qui seront les offreurs de soins de demain ? Comment les médecins, qui sont actuellement formés, vont pouvoir faire face à ces différentes révolutions ?

#### **Mme Ruth ELKRIEF**

Cela pose effectivement la question de la formation à la diversité des prochains parcours.

#### **M. Michel TRIANTAFYLLOU, Vice-président de l'INPH**

Bonjour à tous, je suis Vice-président de l'Intersyndicat des praticiens hospitaliers qui regroupent 15-16 syndicats de praticiens hospitaliers (PH). Le projet de loi qui nous est soumis est intéressant et donne un contour très général qui risque de poser des difficultés quand on avance de manière concrète et précise sur certains sujets comme le statut de praticien hospitalier qui nous préoccupe particulièrement.

Dans l'article 6, des dispositifs sont prévus pour adapter les statuts dans les nouveaux modes d'exercice, sous-entendant, de contractualiser le statut de praticien hospitalier avec différentes versions. Actuellement, les praticiens hospitaliers sont considérés, lors de la dernière rencontre au ministère, comme des emplois médico-hospitaliers et les mots ont un poids. Cela va poser des difficultés pour les praticiens hospitaliers.

Apparemment, comme il n'y aura plus de concours de PH, on s'orienterait vers des modes de recrutement probablement contractuels, probablement sur liste d'aptitude, mais on ne sait pas comment elle sera constituée ni sur quels critères, probablement régionalisée ce qui signifie que les commissions nationales statutaires seront peut-être remplacées par les commissions régionales.

Tout est flou et incertain, il nous faut un peu plus de précision. Un nouveau statut oui, des possibilités de passerelles entre le public et le privé, c'est évident, mais encore une fois quel statut qui garantit l'indépendance du praticien à l'hôpital et quelle mobilité si c'est régional ? Il y a des choses pour lesquelles nous ferons des propositions concrètes et nous souhaitons des échanges et des convergences avec le Conseil national de l'Ordre des médecins.

#### **M. François RICHARD, membre de l'Académie de médecine.**

L'Académie de médecine est en train de travailler sur les problèmes de formation et même avant l'internat. On est d'accord avec ce qui a été dit par le Doyen ANNANE, il faut faire très attention à l'absence d'allongement des études de médecine et au fait que les étudiants en médecine ne commencent à connaître ce qu'est le métier de médecin qu'à partir de la 4<sup>e</sup> année par exemple. On sent qu'il y a là un danger très important. Il ne faut pas oublier non plus que les autres professions de santé, qui passeraient d'abord par le tronc commun avant d'obliquer vers d'autres professions se verraient ajouter un certain nombre d'années que pour d'autres professions. C'est un point d'interrogation très important.

Quant à la question de la sélectivité ou de la régulation, il est évident que les possibilités de formation, même si elles sont élargies en dehors du secteur public et privé, sont par définition limitées et il faudra à un moment parler vrai aussi dans l'utilisation des termes.

**M. Patrice DIOT, Doyen de Faculté de Tours**

Bonjour, je veux intervenir en tant que Président de l'ONDPS (Observatoire national de la démographie des professions de santé) au sujet de la régulation. Il ne faut pas confondre les nombres et la répartition. En termes de nombre, on a effectivement un déficit de formation en France par rapport aux pays de l'OCDE auxquels on peut se comparer. La densité de médecins en France est de l'ordre de 320 par 100 000 habitants et dans les pays auxquels on peut se comparer c'est plutôt 350. Je pense qu'il faut donc un peu augmenter le nombre de médecins que l'on forme en France mais surtout travailler sur la répartition de ces médecins et le type d'activité. Je rappelle que sur un peu plus de 106 000 médecins généralistes inscrits à l'Ordre aujourd'hui, moins de la moitié exerce la médecine générale, en tout cas à temps plein. Il y a donc une question de répartition et les réformes des études, dont on parle, doivent nous aider à corriger les inégalités territoriales qui sont considérables parce que derrière ce chiffre de 320, on a des territoires dans lesquels c'est moins de 250 par 100 000 habitants. Ne soyons donc pas obsédés par les nombres, certes il faut augmenter, mais pas trop. Les plus anciens se souviennent de la fin des années 1980 où l'on encourageait, à l'inverse, les médecins à partir à la retraite. Évitions donc les effets yoyos et abordons ces questions de façon réfléchie avec la question de la régulation et, gardons raison, on ne pourra pas rendre médecins tous ceux qui en rêvent aujourd'hui.

Travaillons surtout à la pédagogie, comme cela a été dit, pour sortir d'une formation CHU centrée, proche des Facultés de médecine dans tes territoires comme on a commencé à le faire. On a conduit avec François ARNAULT du Conseil national de l'Ordre l'initiative territoire, lancée ici même, et je sais qu'un certain nombre de Facultés de médecine ont des terrains de stages très bien répartis qui donnent le goût des territoires aux jeunes qui sont très généreux par nature.

On a tout pour réussir si on se lance bien dans ces réformes qui sont très liées les unes aux autres : 1<sup>er</sup> cycle, 2<sup>e</sup> cycle et 3<sup>e</sup> cycle.

**M. Jean-Marie WOHL, Vice-président de la Conférence nationale des présidents de commission médicale d'établissement de centres hospitaliers**

Le défi des études médicales est de former les jeunes collègues à trois notions d'une part celle d'un métier : soigner, prévenir, etc., celle d'un exercice ce qui n'est pas tout à fait la même chose et, enfin, celle d'acquérir la notion d'une responsabilité populationnelle d'une population d'un territoire. Il est extrêmement important pour nous que dans la réforme du 3<sup>e</sup> cycle, dont on a déjà vu quelques travers, mais surtout la réforme du 2<sup>e</sup> cycle, ces trois notions soient équilibrées et que le métier on l'apprend encore et aussi à l'hôpital. Extraire l'acquisition de l'apprentissage de ce métier exclusivement de l'hôpital pour le rendre quasi exclusif en ambulatoire serait une erreur grave.

D'autre part, on parle beaucoup de spécialisation et on a même créé plus de DES qu'il n'en existait au détriment de la notion majeure de métier de la transversalité et du métier médical transversal (la médecine polyvalente, la médecine interne). Aujourd'hui, on se rend compte que la médecine générale s'orientant de plus en plus vers un exercice purement ambulatoire, on va manquer de médecins capables de gérer ce qui est l'avenir de la médecine, c'est-à-dire les maladies polyopathologiques et les maladies chroniques. Et cette réforme ne répond pas à ce défi de la médecine polyvalente hospitalière qui, dès demain, souffrira d'un grand manque.

**M. Jérôme MARTY, Président de l'UFML-S (Union française pour une médecine libre syndicale)**

Sur la formation, il y a la forme, le fond et l'évaluation. Sur la forme, il est évident que, comme l'a indiqué Emanuel LOEB,

on va changer du tout au tout la façon d'exercer et il est probable que les médecins de demain auront cinq, six ou sept métiers. Il faut donc favoriser très tôt l'enseignement hors les murs de l'hôpital. Il faut absolument développer des maisons de santé universitaires, que l'hospitalisation privée joue effectivement son rôle pleinement et en quelque sorte enseigne aussi avec, évidemment, un lien avec l'hôpital. Il faut donc véritablement faire sortir l'hôpital des murs.

Sur le fond, nos métiers vont changer, il faut donc impérativement changer aussi ce que l'on trouve dans les études. La médecine numérique, la médecine algorithmique, etc., doivent entrer pleinement dans les études qu'il va certainement aussi falloir nettoyer de beaucoup de choses qui aujourd'hui n'ont plus cours et font perdre du temps.

Enfin l'évaluation, Dominique LE GULUDEC, Présidente de la HAS a récemment indiqué que tout devait être évaluable. Les étudiants en médecine sont évalués en permanence par les examens qu'ils passent, mais ceux-ci doivent impérativement pouvoir évaluer aussi la qualité de leurs études. On doit mettre en place un système de notation, de surveillance et d'évaluation des études qui soit centralisé et qui permette en permanence et sur tout le territoire de savoir, tant sur le plan du management, que du comportement administratif ou de la qualité d'enseignement, ce qui est fait par tous afin de pouvoir réagir très vite et d'offrir aux étudiants la meilleure qualité de la formation.

#### **M. Julien ARON, interne en néphrologie**

La féminisation des professions médicales est un sujet qui nous concerne. La nouvelle génération est plutôt féminine. Aujourd'hui, 50 % de femmes sont inscrites à l'Ordre. En 1999, elles étaient 30 %, et cela m'inquiète. Comment pouvoir continuer à écarter des femmes des postes de pouvoir notamment au Conseil national

où il y a 5 femmes pour 60 hommes et même chez les Doyens et Présidents de CME ou l'Académie de médecine ? Comment faire pour continuer à écarter les femmes des postes de représentation sans que les gens soucieux d'équité ou les féministes s'en aperçoivent ?

#### **Mme Ruth ELKRIEF**

Vous voulez dire comment faire en sorte les femmes très présentes dans ce milieu, et qui sont présentes ici aujourd'hui et n'ont pas encore pris la parole, gravissent les échelons et arrivent à des postes supérieurs.

#### **M. Serge UZAN, Conseiller spécial auprès du Président de Sorbonne Université, Doyen honoraire, conseiller national de l'Ordre des médecins**

Bonjour, je cumule tous les handicaps évoqués, j'ai été recruté sans numerus clausus et j'ai commencé mes études en 1966 à la Pitié Salpêtrière et je suis aujourd'hui en cumul emploi retraite à la Pitié Salpêtrière, je suis donc assez mal placé pour parler de mobilité. Je suis un homme, mais à table dans ma famille, il y a trois professeurs de médecins, deux femmes et un homme et pour ne rien vous cacher cela irrite beaucoup ma femme et ma fille qui sont toutes deux professeurs de chirurgie d'entendre ce genre de propos. Elles n'ont pas eu l'impression d'être complètement empêchées dans leur carrière. Toujours est-il que le seul témoignage que je puisse apporter ce matin c'est qu'en plus de 50 ans, dont 20 en tant que Doyen et Vice-président d'université et aujourd'hui comme conseiller national, j'ai vu beaucoup de réformes, mais elles avaient un temps d'élaboration, un temps de réflexion et, surtout, un temps d'évaluation. J'ai aussi vu instaurer le numerus clausus. N'oublions pas que ceux qui partent à la retraite aujourd'hui étaient dans un numerus clausus à 3 200.

Aujourd'hui, nous sommes à 8 700 et, avec les médecins de l'Union européenne et hors de l'Union européenne,

nous dépassons les 10 000. Il faut donc comprendre que les décisions de 2020 conditionneront le nombre de médecins non pas de 2021, mais 2034 ou 2035, c'est le délai qu'il faut pour l'installation d'un médecin. J'ai donc vu l'impact de l'augmentation du *numerus clausus* et je pense qu'on pourra augmenter les capacités de formation avec les stages en ville, l'ouverture de la médecine de ville — et les stages de médecine générale ont été une véritable révolution à laquelle nous avons complètement adhéré.

Ce qu'a indiqué M. DIOT est capital, il s'agit vraiment du problème de la répartition et de l'exercice. Quand vous avez parlé de féminisation de la médecine, cela introduit un mode d'exercice qui n'est pas le même, il n'est plus acceptable aujourd'hui d'être médecin généraliste avec 90 heures de travail par semaine, des visites le samedi et le dimanche. C'est une évolution normale dont il faut tenir compte.

Enfin et surtout la formation ne peut pas être faite sans être encadrée. Former quelqu'un, c'est transmettre quelque chose et quand on met un interne ou un externe seul quelque part, on ne va rien lui transmettre si ce n'est des angoisses, le désarroi et l'incapacité de soigner correctement les patients.

**Mme Anne-Marie TRARIEUX**, *Vice-Présidente de la section éthique et déontologie du Conseil national de l'Ordre des médecins*

Vous partez du constat qu'il y a peu de femmes aux postes de responsabilité. Je crois que les choses changent. Ma carrière a été celle d'un praticien hospitalier psychiatre. Concilier vie familiale et vie professionnelle est un impératif que nous devons garder à l'esprit. La question qui m'a toujours animée est qu'à compétences égales il faut assumer ses responsabilités. C'est en bonne voie.

**Mme Valérie BRIOLE**, *PH rhumatologue, Vice-présidente de l'Union française pour la médecine libre syndicale*

Dire que les jeunes ne sont pas prêts à travailler autant est un faux problème. On dit aujourd'hui que les gens sont aux 35 heures, mais en libéral, si vous voulez que votre entreprise survive il ne faut pas compter ses heures.

Quand on veut orienter l'organisation des soins vers un salariat à tout prix on se trompe un peu parce qu'on va avoir beaucoup de salariés, mais cela va coûter plus cher à la société. La France a un système de santé qui jusqu'à présent est un peu équilibré entre la jambe libérale et la jambe hospitalière et il faut continuer à avoir les deux jambes, mais améliorer la mixité d'exercice entre les deux. Quand on parle de favoriser les passerelles, demande des internes, je pense que l'Ordre a un rôle à jouer. On sait bien qu'il a l'intention de faire une sorte d'application pour aider les médecins à trouver des remplaçants, etc. Il faudrait l'élargir en faisant une application qui mettrait en relation des offres de poste sur les établissements hospitaliers et privés à temps partiel, temps plein, gardes, etc., à tous les médecins en exercice par département.

**Mme Ruth ELKRIEF**

Voilà une proposition complète qui servira sur le numérique.

**M. Jean-Alain CACAULT**, *Secrétaire général du conseil départemental des Hauts-de-Seine de l'Ordre des médecins*

Je ne sais pas si j'ai le droit de poser la question parce que cela n'a pas été évoqué. Il faut choisir qui on va former. Pendant combien de temps va-t-on laisser des centaines d'étudiants pour compte parce qu'ils n'ont pas pu intégrer la Faculté de médecine ? Quand se décidera-t-on à faire un examen

ou concours préalable conforme au nombre de places que l'université peut offrir pour la formation et seulement ce nombre-là pour que les autres ne se voient pas taxer de deux ou peut-être maintenant de trois années perdues ?

### Mme Ruth ELKRIEF

M. BOROWCZYK pouvez-vous essayer de conclure ? On a entendu scepticisme, flou, risque d'allongement des études et les questions sont nombreuses : quelle sélection, quelle répartition, quelle régulation.

### M. Julien BOROWCZYK, Député LaREM de la Loire

Vous dressez en synthèse un tableau catastrophique. Je voudrais sortir uniquement du cadre des questions pour élargir le débat. Je crois inéluctablement qu'on ne doit pas réfléchir en chiffres et essayer de se baser sur cette réforme pour trouver des solutions à la désertification médicale actuelle. D'autres procédés sont en discussion et seront mis sur la table dans le cadre de Ma santé 2022 pour faire en sorte qu'il y ait une augmentation de l'attractivité et du temps médical.

Je crois qu'il faut faire attention au fait que la réforme actuelle n'est pas là pour pallier le manque de médecins actuel. C'est un problème de chiffres et il y a quelque chose qui m'a un petit peu manqué dans la discussion — et c'est le médecin généraliste rural qui parle —, c'est que l'on n'a absolument pas parlé d'humain et de ce qu'est finalement un médecin et de sa part d'humanité. Je crois que la philosophie de cette réforme est d'élargir le socle de recrutement avec des profils très variés et divers, de faire une sélection — parce qu'il y a évidemment toujours une sélection à un moment donné, mais avec des critères beaucoup plus « généralistes », mais en tout cas beaucoup plus larges et peut-être beaucoup plus philosophiques aussi.

Je suis à l'Assemblée le président du groupe d'études santé numérique, il va bien sûr aussi y avoir une modification de l'activité médicale de par la numérisation, de par peut-être la télé-médecine, l'intelligence artificielle et bien d'autres choses, mais je crois que dans toute cette histoire le médecin doit justement reprendre la main sur sa partie humaine. On s'est probablement « embarqué » dans des histoires de silos ultraspecialisés et cela fait partie de la médecine intrinsèquement, mais aujourd'hui avec l'intelligence artificielle je crois qu'on va s'orienter vers de la technicité qui sera probablement remplacée par un certain nombre d'aides informatiques, mais nous aurons besoin, comme je l'ai entendu de transversalité, d'être capable de prendre en charge un patient dans sa totalité, ce qu'on est aujourd'hui capable de faire, mais je pense qu'on ne le fait pas encore assez et qu'il faudra le faire d'autant plus dans les années à venir. C'est pourquoi cette réforme est intéressante parce qu'elle va justement permettre un recrutement plus large avec une possibilité d'exprimer un projet médical, un projet professionnel qui est capital. J'ai été interne en Auvergne, on sait bien qu'il y a des déserts médicaux, c'est très difficile et en Haute-Loire en particulier où j'ai fait eu une partie de mon internat. On se rend compte que des jeunes médecins qui n'étaient pas issus — et c'était le sujet de ma thèse — de Haute-Loire s'installaient là-bas parce qu'il y avait aussi des terrains de stage valides et intéressants. On avait cette chance à Clermont-Ferrand de pouvoir réévaluer régulièrement les terrains de stage et d'être très proactifs dès qu'il y avait un problème dans un terrain de stage. Cela participait de l'attractivité.

Bien sûr, le Conseil de l'Ordre a son rôle à jouer et je remercie plus particulièrement le conseil de l'Ordre de la Loire qui est très proactif pour essayer de faire en sorte que des jeunes s'installent.

Dans ma circonscription rurale, semi-rurale, on est en train de faire en sorte que des jeunes s'installent grâce au conseil de l'Ordre, à l'attractivité et à la transversalité aussi avec la ville et l'hôpital parce que ça fait évidemment partie des choses qui sont capitales dans l'avenir.

Je voudrais vraiment conclure en disant que le médecin est avant tout un humain qui est au contact d'humains et je crois qu'on doit impérativement retrouver cet ADN-là. C'est l'ADN du médecin et c'est probablement ce qu'on est en droit d'attendre aujourd'hui d'un médecin parce qu'il y a de la technologie qui arrive parce qu'il y a aussi d'autres professions qui vont arriver et forcément aussi avoir leur rôle à jouer. On sortira par le haut de cette métamorphose et de ce changement de paradigme que si on est capable de voir la personne qu'on a en face de nous en tant qu'humain et de manière transversale et dans sa globalité.

C'est là-dessus, à mon avis, que la réforme doit porter ses fruits. Par contre, je suis d'accord sur le fait qu'il faille faire attention à la durée des études de médecine parce qu'il y a là un hiatus très important. Je terminerai sur la partie humaine qui me tient à cœur.

## II. L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS DANS LES TERRITOIRES

### Mme Ruth ELKRIEF

La question de l'organisation de l'offre de soins dans les territoires qui est aussi au cœur de ce projet de loi et qui est apparue d'ailleurs à travers même cette question de la formation. Comment faciliter la coopération de l'ensemble des professionnels des structures de soins, de l'hôpital public, des cliniques privées ? Comment permettre cette coopération de toutes les professions de santé ? Quel doit être le rôle de l'État pour permettre l'émergence d'initiatives territoriales ?

Comment passer d'un système de santé dans lequel il y a beaucoup de verticalité à quelque chose beaucoup plus horizontal et plus coopératif ? Je propose à Mme MAINCION, maire de La-Ville-aux-Clercs, rapporteur à la Commission santé de l'Association des maires de France (AMF), d'introduire ce nouveau débat.

**Mme Isabelle MAINCION**, *Rapporteur de la Commission santé de l'Association des maires de France, Maire de La Ville-aux-Clercs (Loir-et-Cher)*

Tout d'abord un grand merci de nous avoir invités et permettez-moi de saluer les doyens présents dans la salle car je trouve leur travail remarquable. Je suis donc maire d'une petite commune dans le Loir-et-Cher, mais aussi conseillère régionale de la région qui a le plus faible taux de médecins avec des inégalités territoriales très importantes. Pardon pour ceux qui ont déjà écouté ce que je vais dire, mais je voudrais rappeler qu'à la fin des années 1990 et 2000, nous avons été beaucoup d'élus à tirer la sonnette d'alarme parce que les médecins mettent la clef sous la porte sans successeur et d'ailleurs sans oser le dire à leurs patientèles et leurs élus. C'est une situation dramatique pour beaucoup de maires parce que lorsqu'il y a du désespoir, c'est chez le maire que tout cela se déverse et je dis souvent que le domaine de la santé n'est pas de notre compétence.

Par contre dès le début des années 2000 beaucoup de médecins ont pris des initiatives et sont allés trouver leurs élus pour les aider à trouver des solutions et je tiens à le saluer. C'est ainsi d'ailleurs que sont nées les premières MSP (maison de santé pluridisciplinaire) souvent d'ailleurs à l'époque contre l'avis des DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales). Des élus ont bien sûr voulu créer des maisons sans médecin, c'est impossible et on l'a toujours dit à l'Association des maires de France, ce doit d'abord être l'initiative de médecins qui veulent s'organiser et nous, nous sommes là pour les aider.

Beaucoup d'initiatives ont d'ailleurs été reprises dans la loi et je voudrais saluer l'écoute qui a prévalu. Nous étions ravis d'avoir été écoutés les uns les autres dans les trois niveaux de collectivités (communes, départements et régions). Tout à l'heure j'entendais parler de médecin en pratique partagée, on l'a déjà innové dans nos petits territoires parce qu'effectivement des jeunes médecins, qui étaient venus internes dans l'hôpital de proximité, ont trouvé que c'était une belle région et ont souhaité avoir un exercice partagé. Donc, oui c'est possible et ce sont des jeunes qui se sont installés à la fois à l'hôpital et dans la MSP. On les a bien sûr accueillis au mieux en cherchant et créant des lieux, c'est une condition indispensable. Cela fait partie des exemples.

Les élus, nous sommes un peu contrariés parce que nous sommes des cofinanceurs de beaucoup de dispositifs et nous ne sommes pas visés dans les textes de loi qui nous concernent. Pour tout ce qui est de l'organisation de la médecine, la formation, etc., les élus n'ont pas à intervenir et nous saluons le travail qui est fait et proposé et est en marche, il est indispensable. Par contre sur l'organisation des territoires, il faut absolument une concertation. L'échelon manquant, c'est la concertation entre les ARS et les territoires. Elle n'est toujours pas vraiment mise en place là aussi ce sont des rapports humains et parfois cela fonctionne et parfois non.

On a vu avec l'exemple des GHT — et d'ailleurs un article de loi leur est dédié — dans certains territoires, l'appropriation de GHT vers les grands centres hospitaliers des forces vives qui existent sur la périphérie. Pour avoir tenu il y a 15 jours une journée complète sur le thème de la santé à l'Association des maires de France, je vous assure que les élus n'en peuvent plus de ce vide qui se produit.

Il est évident que le maintien de petits hôpitaux est difficile avec le manque de médecins et de compétences.

Ce que nous demandons c'est qu'il existe encore des consultations avancées dans ces lieux, c'est absolument primordial. Ce n'est pas un caprice d'élus, nous sommes capables d'entendre que l'on manque de médecins, qu'il faut se réorganiser, mettre de la compétence et surtout garantir et maintenir l'accès aux soins. Les premiers GHT — ils n'avaient pas ce nom à l'époque sous la première loi de Roselyne BACHELOT — étaient sur la base du volontariat et il y a des exemples magnifiques comme à l'île d'Oléron, mais ce n'est pas ce que nous vivons dans nos territoires.

Les conseils d'administration des hôpitaux ne sont plus du tout présidés par les élus, ce sont les conseils de surveillance, mais on se demande ce que l'on y fait. C'est le sentiment général, nous ne sommes pas entendus, écoutés et je pourrais donner beaucoup d'exemples. (Discussions dans la salle.) C'est vrai, je vous invite à venir à une commission.

La demande des élus est de revenir à des conseils d'administration où l'on se parle et où on est dans le vif du sujet. La bonne entente, c'est toujours la question de l'humain, entre l'hôpital de la ville moyenne avec les médecins de la médecine de ville, et si en plus il y a une bonne entente, comme je le vis sur mon territoire, entre l'hôpital et la clinique, et surtout avec l'ensemble des élus, a permis la création d'une MSPU portée par la communauté de communes à toute vitesse pour justement pouvoir accueillir davantage d'internes.

Tout ce travail de concertation doit se faire avec les élus, je parle pour l'Association des maires, mais je pourrais parler pour l'Association des régions parce qu'on va ouvrir les portes des universités, c'est très bien depuis le temps qu'on le demande, seulement en 3 mois s'il faut créer des nouveaux locaux, mais qui va-t-on chercher ? Ce n'est pas l'État, mais les collectivités. C'est ce sentiment d'exclusion que nous vivons.



Pour conclure, je voudrais dire qu'on réalise un travail formidable avec le Conseil national sur la territorialisation et il faut être ensemble et force de proposition pour faire évoluer les choses.

### Mme Ruth ELKRIEF

Merci d'avoir introduit ce sujet avec la demande des élus de participation plus grande. Quelle est la réaction du Conseil de l'Ordre parce qu'il y a quand même dans cette loi l'élaboration de projets territoriaux de santé, des communautés professionnelles territoriales de santé et des directions qui vont dans le bon sens ?

### M. Patrick BOUET

Oui c'est encore là un des paradoxes de la situation. Finalement ce travail mené depuis maintenant plusieurs années, en coopération avec différents acteurs et avec une évaluation d'impact sur les initiatives, montre bien que le territoire ne doit pas être hyper-réglementé, c'est-à-dire qu'il faut que la territorialité que nous construisons soit innovante, imaginative, partenariale avec beaucoup de démocratie sanitaire dans un contexte d'environnement qui donne bien aux acteurs la capacité à agir.

Ce sont des interrogations parce qu'aujourd'hui les dispositifs évoqués dans la loi sont remis pour une bonne partie à des explications ultérieures lors de l'élaboration des ordonnances, ce qui ne crée pas la compréhension du mécanisme coopératif dans les territoires. Nous ne comprenons pas comment va fonctionner ce mécanisme coopératif, l'hôpital de proximité, la CPTS, la façon dont les équipes vont fonctionner, avec des éléments qui semblent contradictoires comme la concentration vers une commission médicale de regroupement. Nous n'avons pas de lisibilité sur les outils coopératifs. Il faut donc de façon indispensable que l'on ait de la lisibilité parce qu'elle va conditionner la capacité de définir des territoires de santé,

de répondre à la responsabilité populationnelle des acteurs, à l'engagement des partenaires des acteurs et tout ceci dans un domaine qui ne doit pas tomber dans l'hyper-administration et l'aspect normatif de l'application des règles.

Il y a donc pour l'Ordre un challenge majeur, comme celui de la formation d'ailleurs, notamment dans ce que le Parlement pourra apporter comme éclaircissement au dispositif et surtout dans la façon dont on va pouvoir construire des outils coopératifs. Les territoires n'existeront pas si des outils à la disposition des acteurs territoriaux ne sont pas mis en place de façon très claire. Il est nécessaire dans cette discussion sur les territoires, de comprendre de quels outils les acteurs ont besoin parce que c'est à partir de cette compréhension que nous pourrons porter des messages forts, vers nos partenaires parlementaires, le législateur et le Gouvernement.

### M. François RICHARD

Concernant l'intervention de Madame le maire, l'Académie est tout à fait en phase puisque la commission de l'Académie de médecine a beaucoup travaillé sur les GHT et on pense que l'un des points importants est le problème des consultations avancées. On va probablement, et notamment pour les spécialités chirurgicales ou médicales, régler le problème dans les hôpitaux de proximité d'injecter des consultations avancées qu'on voit davantage et de se rapprocher des populations. Je rappelle que la plupart des spécialités notamment chirurgicales, parmi 10 malades vus en consultations seuls 2, 3 ou 4 seront opérés, et éventuellement devront être emmenés avec le chirurgien ou le spécialiste dans un hôpital supérieur, mais 6 ou 7 autres pourront être traités localement.

Je pense que cette organisation des consultations de spécialité, parce qu'on peut être spécialiste et humain, est vraiment quelque chose d'important qui doit être organisé localement avec l'ensemble des communautés de médecins, les médecins généralistes car ce sont eux qui savent dans les territoires ce dont ils ont besoin exactement.

Je pense que c'est important et il y a certaines spécialités chirurgicales, par exemple l'urologie, où on l'a mis en pratique et cela fonctionne très bien. Cela permet ainsi de regrouper des équipes de spécialistes dans certains hôpitaux du GHT qui sont multi-sites, mais si le multi-sites est bien organisé et valorisé correctement ce peut être une solution.

Pour tout ce qui est plateau technique, notamment pour la chirurgie, mais aussi la biologie et imagerie, je pense que là aussi au niveau des effecteurs de proximité, la discussion devrait intégrer le secteur libéral parce qu'on peut avoir une IRM ou un scanner qui fonctionne très bien dans le secteur libéral et avoir des organisations pratiques.

Ce sont deux propositions que l'Académie appuie fortement parce que, sur l'exemple pratique de ce que font certaines régions ou villes, on s'aperçoit que cela fonctionne bien.

#### **M. Christian LEHMANN, médecin généraliste**

Je suis médecin généraliste depuis 35 ans ce qui veut dire que j'ai survécu à une palanquée d'économistes et ministres de la Santé. Si je suis toujours là, je n'en dirai pas autant de mes collègues. Je suis à Poissy en région parisienne, zone où l'on devrait avoir beaucoup de médecins, mais on est quand même passé de 37 à 15 en l'espace de 3 ans et les députés nous disent « écoutez, vous avez une responsabilité territoriale et populationnelle ». Vraiment ? Il y a eu beaucoup de grandes idées au fil des années.

Je me souviens de Françoise TENENBAUM, ponte de la santé au PS, qui avait dit que dans les régions rurales en province où il n'y a plus beaucoup de généralistes, on pourrait former un petit peu les vétérinaires pour qu'ils s'occupent des vieux dans les EHPAD.

Vous n'êtes pas encore à ce niveau mais, avec la responsabilité populationnelle, les assistants médicaux pour faire 6 consultations à l'heure tout en parlant d'humain, on s'en rapproche.

Il n'y a plus assez de médecins parce que tout a été fait pour rendre l'exercice en ville, comme ailleurs, pénible. Les jeunes ne s'installent pas parce qu'il y a un grand flou et pas de sécurité sociale si vous êtes malade ou si les femmes ont des enfants et on nous dit, un peu comme les gilets jaunes, il ne faut pas que la population se tourne vers les gouvernants et leur disent « qu'avez-vous fait de notre santé ? » On nous demande alors d'accélérer le mouvement, ce qui ne sera pas difficile parce qu'on nous promet des assistants médicaux pour cela, qui vous permettra de doubler la cadence et de passer à 6 par heure, mais on ne nous les payera pas. On va vous les payer un an ou deux ans et puis, comme nous serons montés en charge, vous paierez vous-mêmes. C'est gentil, mais je suis le chef malhabile d'une entreprise mono-personnelle et c'est encore moi qui décide d'engager ou non des personnes. Je ne vais pas engager des personnes pour faire de la médecine à l'abattage pour qu'on vous laisse tranquille à l'Assemblée nationale encore quelques mois !

Il y a quand même un problème majeur, ces personnes nous disent que nous ne sommes plus formés à faire la médecine qu'il faut, que c'est fini maintenant le soin, qu'on va nous payer au forfait parce que nous allons prendre sur du long terme des diabétiques, etc., et les mêmes nous disent « ceci dit, si vous restez ouvert jusqu'à 22 heures en faisant du 6 par heure c'est pas mal » parce qu'en fait l'aigu existe toujours.

Donc responsabilité populationnelle et territoriale, oui, mais cela me fait penser au film *Danse avec les loups* où l'armée envoie Kevin COSTNER seul avec « sa bite et son couteau » au milieu d'un territoire plein d'Indiens et lui dit « démerde-toi ». Nous ne pouvons plus nous « démerder » parce que vous nous avez tiré des flèches dans le dos.

**M. Jacques BATTISTONI**, *Président MG France (syndicat des médecins généralistes)*

Concernant l'organisation des soins, un système de santé organisé repose effectivement sur des niveaux de recours qui sont identifiés et organisés. Nous savons bien, beaucoup le disent depuis pas mal d'années, qu'en France on a organisé les soins à partir de l'hospitalier, des CHU, ce qui était une nécessité à l'époque, mais qui aujourd'hui se retourne un peu contre l'organisation des soins puisqu'on a quelque part construit le système sur la tête et pas sur ses jambes. Donc le premier recours organisé doit être un des objectifs de la loi de santé, en tout cas nous veillerons, en tant que syndicat, que ce soit effectivement inscrit dans les textes. Ce n'est pas gagné.

On a effectivement deux visions des choses. On a deux visions notamment des hôpitaux de proximité qui peuvent se mettre en place. Il y a une vision qui les conçoit comme étant quelque part l'hôpital qui vient sur les territoires et il y a une autre vision qui consiste à dire ce sont les besoins des territoires, et les besoins notamment de la population des territoires, qui sont pris en compte et auxquels les hôpitaux de proximité peuvent répondre.

Nous voyons plus les hôpitaux de proximité comme un prolongement du maintien à domicile des personnes avec des recours, quelque part pour les équipes de soins primaires sur les territoires, un élargissement de la palette de leurs interventions qui vont certainement aller dans le sens de plus de technicité,

mais aussi la capacité à maintenir les patients proches de leur domicile en ayant des hospitalisations de répit comme ça a été fait quelquefois ou aussi des hospitalisations qui permettent de répondre un épisode aigu et de remettre rapidement les personnes chez eux en leur évitant d'aller dans un CHU qui n'est, de toute évidence, pas adapté à leurs besoins.

Ensuite, si on a le premier recours organisé, on a le second concours organisé et on a un recours hiérarchisé à des soins de deuxième, voire de troisième concours car on n'a pas un système hiérarchisé dans ce pays.

Quant à l'intervention de l'Association des maires de France, on attend effectivement que les élus locaux soient au rendez-vous. Cela fait longtemps que nous sollicitons de notre côté un rendez-vous avec vous car nous avons des choses à nous dire et à construire ensemble. Certaines régions font des choses intéressantes et ont mis dans la boucle les élus locaux, territoriaux et régionaux avec les représentants des syndicats professionnels. Ils font des choses intelligentes et il est temps de les généraliser et de ne plus faire du coup par coup par endroits. Il faut avoir des actions concertées.

Nous avons le souhait de construire des CPTS qui devront être en relation directe avec les élus de leur territoire, quand on aura des problèmes d'accès aux soins, c'est avec les élus locaux qu'on les mettra en place. Avoir un assistant médical n'est pas possible sans local pour le recevoir. Il faudra que nos cabinets et MSP se construisent en concertation avec les élus des territoires.

**M. Aurélien ROUSSEAU**

Pour répondre à ce que disait le Président Bouet, je crois que la loi ne vise pas à essayer d'élaborer une sorte de jardin à la française où tout serait pareil partout. L'idée est de donner des outils qu'on va utiliser en fonction des réalités du territoire aussi parce que, vous l'avez dit Madame le maire,

on se tromperait tous en considérant que cela peut partir d'autres acteurs que les professionnels. On a tous en tête des MSP avec des superbes murs, mais aucun professionnel à l'intérieur. Donc le sujet qui est devant nous est d'éviter de tomber dans le jeu de rôle. L'État, l'Assurance maladie, tous les échelons de collectivités travaillent à essayer de faire venir les professionnels, mais la seule chose que l'on puisse espérer faire, c'est qu'un professionnel qui aurait l'envie de s'installer dans certains territoires sache qu'il sera accompagné. Ce n'est pas l'aide à l'installation qui va le décider à venir à tel ou tel endroit. On essaie de s'organiser au mieux, beaucoup plus avec les différents acteurs afin que ce soit nous qui endossions la complexité terrifiante de notre système, et pas les jeunes professionnels qui ont autre chose à faire que de remplir des dossiers.

Je crois aujourd'hui qu'on fait des choses innovantes, imaginatives et parfois un peu discutables. L'ARS d'Ile-de-France est la seule qui finance le foncier pour l'installation des médecins. Nous avons considéré que c'était indispensable. Depuis un an et demi, on a créé et accompagné 67 cabinets de groupe et MSP sur le foncier.

Enfin, je ne peux qu'entendre ce qui est dit sur le dialogue avec les élus. Aujourd'hui, je constate, ce qui n'est peut-être pas vrai partout, que dans la structuration, notamment des GHT, on passe de plus en plus d'un moment où c'était un outil technique technocratique de performance et de maîtrise de la dépense à un outil où les médecins ont repris leur place centrale pour définir des parcours pour que ce soit au service de la médecine. Nous affirmons que le point central ce sont les médecins. Objectivement aujourd'hui dans les opérations qui sont toujours difficiles de recombinaison hospitalière — je pense aux grandes opérations qu'on a autour du futur grand hôpital du Nord du Plateau à Saclay ou à Pontoise —, les premiers à s'exprimer ce sont les médecins parce qu'ils parlent de leur exercice professionnel et de la médecine qu'ils veulent faire.

En effet, le plateau technique n'est pas partout, on peut faire des consultations avancées, mais le but est de redonner la cohérence médicale, le projet médical et la gouvernance médicale des grandes recombinaisons hospitalières. Je dois dire qu'il y a beaucoup d'endroits où ce n'est pas le cas. Ce dialogue existe entre les professionnels, les directeurs d'hôpitaux, les ARS, les élus et souvent le Président de conseil de surveillance qui se sent investi pour son hôpital et puis les médecins.

Finalement, vous dites c'est soit on se décroïonne soit on va dans le mur collectivement. Il est insupportable aujourd'hui de voir que des personnes qui veulent faire des choses en sont empêchées par la complexité du système. Le projet de loi nous donne des outils pour simplifier et que cela parte des territoires.

#### **M. Michel TRIANTAFYLLOU**

Je suis ravi d'entendre le discours du Directeur général de l'ARS, ceci étant il me semble dans ce projet de loi que si les choses sont ouvertes, elles le sont parfois trop génériques. D'un autre côté sur certains points elles sont très précises comme la gouvernance des établissements de santé et plus particulièrement la constitution d'une CME de groupement. Le texte indique que « la commission médicale de groupement contribue à l'élaboration de la stratégie médicale et concourt à la gestion des ressources humaines médicales ». Nous estimons que c'est très flou pour ne pas dire que ce n'est pas acceptable en l'état.

Je rappelle que les commissions médicales d'établissement, partie jusqu'à maintenant, donnent un avis souvent conforme — à une époque c'était même opposable sur certains points comme la stratégie médicale ou les recrutements. On passerait maintenant d'un avis conforme opposable à une contribution à la stratégie médicale et à la gestion des ressources médicales.

Nous pensons que c'est une approche technocratique qui éloigne le praticien hospitalier de la gouvernance des GHT et du groupement, sans compter que l'on crée une CME de groupement avec des relations assez inexistantes. C'est extrêmement préoccupant pour nous.

### M. Emmanuel DAYDOU

Le Président BOUET rappelait que cette loi renvoyait beaucoup d'éléments à des ordonnances à venir et il faisait référence à ce besoin de définition et de précision auquel nous souscrivons et l'ARS a dit qu'on irait dans le mur si on ne décroisonnait pas.

La question de ce qui s'appelle aujourd'hui dans la loi les hôpitaux de proximité me paraît fondamentale. On aurait peut-être intérêt à les appeler « établissements de santé de proximité » pour s'écarter de modèles anciens qu'on ne souhaitera peut-être pas reproduire pour réussir notre ambition sur la proximité.

Nous pensons qu'il y a un enjeu énorme sur la définition des missions de ces établissements de santé de proximité. Cela doit être une occasion réussie de décroisonner et articuler l'offre privée qu'elle soit libérale ou celle des établissements de santé privés avec les autres acteurs. De ce point de vue, on considère que les mots qui sont utilisés aujourd'hui ne sont peut-être pas ceux que l'on devrait retenir et on devrait avoir le courage de dire « établissements de proximité ».

Je partage entièrement ce qu'a indiqué l'Académie de médecine, il faut de l'imagerie et de la biologie parce qu'à défaut on fera de la gradation des soins en expliquant que dans certains territoires on a de la médecine de seconde zone et que le recours c'est la médecine de première zone, donc achetez une voiture et transportez-vous. Il faut absolument éviter cet écueil. La proximité n'est pas la baisse de la qualité, mais c'est la capacité à projeter la qualité partout et on ne le fera pas dans un modèle cloisonné en utilisant des vieux mots

et en ne permettant pas aux acteurs privés de participer à la définition de ce que doivent être demain ces établissements de proximité.

### M. Jean-Marie WOHL

Pour répondre à l'enjeu des consultations que vous évoquez, je suis Président du Collège médical de mon GHT et on promet autant que faire se peut ces consultations avancées. La difficulté est que nos jeunes collègues ont trois obstacles à l'attractivité médicale du monde hospitalier public, ce sont les rémunérations, mais ce n'est pas le principal ; la permanence des soins ; et l'activité multi-sites. C'est-à-dire que cela peut être attractif par bien des côtés, mais cela peut aussi être un repoussoir à l'accueil de ces jeunes praticiens parce que ce sont souvent ce sont les jeunes que l'on va envoyer dans cette activité multi-sites.

D'autre part, si on veut réussir ce décroisonnement ville-hôpital, l'hôpital public a besoin d'interlocuteurs. En tant que Président de mon Collège médical, j'ai beaucoup de mal entre l'URPS, l'Ordre et les différentes composantes du monde de la santé à trouver les interlocuteurs avec lesquels dialoguer et travailler au quotidien.

### M. Jérôme MARTY

On est dans une dynamique d'échec terrible avec l'effondrement du système, que ce soit la médecine de ville ou hôpital, avec des mains qui manquent partout. Face à cela, il faut se méfier des certitudes établies. Or, on a un Gouvernement qui nous dit les CPTS doivent être partout ; les médecins auront des assistants ; le paiement au forfait au parcours de soins doit devenir majoritaire et être principal pour le financement de l'hôpital de la ville, c'est-à-dire que le paiement à l'acte doit disparaître ; et face à tout cela on ne crée pas du tout la dynamique enthousiaste parce qu'on a des médecins qui sont dans un profond doute.

Les maisons médicales face à un problème qui est protéiforme ne peuvent être la seule solution.

On a réalisé une étude et on s'aperçoit qu'il y a des maisons médicales qui vont de 80 000 € jusqu'à 8 M€ pour des médecins qui sont à 25 €. On subventionne l'exercice à des professions qui sont des professions libérales et qui n'entendent pas être subventionnées et de pouvoir eux-mêmes rémunérer leur secrétaire ou leur assistant. On les met en péril parce que le jour où les subventions tombent, ils ne peuvent faire face au départ d'un ou deux confrères et donc s'en vont et ne vont pas dans ces maisons médicales. On a des maisons médicales qui n'ont pas de médecin, même des « fake-med » énergéticiennes, magnétiseurs, etc., vont dans les maisons médicales. C'est de la folie totale. Dans les CPTS qui sont après tout un bon modèle, on ne sait pas du tout ce qui va être contractualisé, on nous parle déjà d'un indicateur, de réunions, de comité de pilotage, etc. Rien qui ne va, en tout cas, avec l'exercice libéral.

Enfin, dans un modèle dont le Président lui-même nous dit qu'en 2022 le paiement au parcours devra devenir le mode de financement principal de la médecine de ville comme de l'hôpital, on ne sait pas du tout qui sera à la gouvernance, c'est-à-dire qui aura l'enveloppe qui fera qu'en bout de chaîne, le médecin de ville, le kinésithérapeute, l'infirmière sera rémunérée. On est dans un flou total, je suis désolé et la ministre présente demain son projet qui n'a pas été préparé avec la profession. (Applaudissements.)

#### **M. Jean-Pierre DOOR, Député du Loiret**

Je suis député d'une circonscription en difficulté et je soutiens Mme MAINCION parce qu'on fait partie de la même région. La région Centre Val-de-Loir est peut-être la plus pauvre des régions en France.

Or, c'est celle qui a soutenu le plus possible soutenu financièrement les MPS et les contrats d'engagement de services publics dans les départements. Si les départements et la région font des efforts majeurs, on connaît une désertification importante avec plus de départs que d'arrivées.

Une des questions qui s'est posée, comme cela a été indiqué pour la formation, c'est la régionalisation au niveau des facultés et en particulier la Faculté de Tours où il faudra probablement revoir le nombre d'étudiants admis en fonction de la démographie qui n'est pas celle d'aujourd'hui, mais celle de demain, car la démographique évolue et malheureusement à la décroissance. Il faudrait donc revoir une régionalisation plus importante ce qui rejoint la question de M. LEDUC qui parlait de la sélectivité et après le numerus clausus que fait-on ? On n'a pas eu de réponse encore.

Comme cela a été indiqué également, à une époque les communautés hospitalières de territoire étaient quelque chose de volontaire en fonction des territoires. Aujourd'hui, les GHT sont devenus une obligation. Un GHT qui rayonne, je suis d'accord, mais les GHT qui siphonnent nos territoires, c'est beaucoup plus difficile. Il y en a notamment un qui aspire les autres services des autres hôpitaux régionaux dès l'instant qu'il y a qu'un GHT. Il faudra le revoir sur un plan de l'assouplissement des règles des GHT et je soutiens l'idée des conseils de surveillance et autres où les élus sont effectivement mis de côté. Nous faisons partie des conseils stratégiques, mais nous n'avons aucune décision à prendre et c'est bien regrettable. C'est devenu trop technocratique et il faudra probablement le revoir.

#### **Mme Dominique Le GULUDEC, Présidente de la HAS (Haute autorité de santé)**

Vous ne serez pas étonné que je parle de qualité, mais je voudrais tout d'abord répondre sur la parité.

Oui, il est encore très difficile de faire carrière quand on est une femme, même dans nos universités pendant deux mandats au conseil de gestion sur les 9 rangs A, comme on le dit, j'étais la seule femme et il a fallu la loi pour qu'enfin il y ait parité. D'ailleurs aujourd'hui, nous nommons encore beaucoup moins de femmes PU-PH que d'hommes nous sommes encore très loin de la parité.

Pour répondre sur les deux aspects qui sur le plan qualité seront majeurs dans les années qui viennent, sont — et on en parle beaucoup parce qu'il en faut beaucoup et partout — la structuration des soins primaire et la médecine ambulatoire, mais en même temps on ne peut pas laisser le deuxième volet : la gradation des soins. On ne peut pas laisser penser à tous nos concitoyens qu'on pourra avoir des plateaux techniques complexes parce que maintenant la médecine, pour être de qualité, est complexe. On ne pourra pas avoir les équipes nécessaires partout quand on ferme une maternité ou que l'on ne certifie pas une maternité parce que très loin du niveau qualitatif, ce ne sera pas une révolution sur le territoire. À la fois, il faut aider au décloisonnement, ouvrir et structurer les soins primaires, mais il faut accepter cette gradation des soins qui est indispensable pour des établissements de qualité.

### M. Emanuel LOEB

Je plussoie ce qui a été dit par Christian LEHMANN sur les injonctions paradoxales qui sont envoyées par l'administration et le politique plus ou moins coordonnées ou non. Par exemple, la question des assistants médicaux et du numerus clausus. On nous dit qu'on va supprimer le numerus clausus qui se fera en fonction des besoins des médecins des territoires. Sauf que là où les territoires ont le besoin le plus de médecins c'est là où le nombre d'enseignants au sein des UFR est le moins nombreux. Donc, on va en fait augmenter le nombre d'étudiants là où il y a le moins d'enseignants ce qui va probablement entraîner une dégradation de la qualité de formation

dans ces territoires et tout le monde dit régionalisation. C'est donc bien un retour en arrière puisqu'à un moment il y avait un internat des régions et on va dire que tel médecin qui a été formé sur tel territoire est moins bon puisque le nombre d'enseignants pour le nombre d'étudiants sera moins important.

Dans 20 ans, on va nous dire que la population refusera de se faire soigner par ces médecins qui ont été formés sur ces territoires en disant qu'ils sont moins bons et préféreront aller à Paris pour se faire soigner.

D'autre part, on entend souvent à peu près les mêmes propositions depuis longtemps, il y a certes une problématique de régulation, mais elle ne se fait pas en termes de territoire, mais en termes de mode d'exercice. Aujourd'hui, on est sur un paradigme ancien qui est 50/50, c'est-à-dire qu'on fait 50 % médecine générale 50 % autre spécialité. Or, il a été dit que 50 % des postes de médecine générale ne sont pas pourvus, donc ce n'est pas 50 % du contingentement des internes qui va faire de la médecine générale. Et au sein de ceux qui vont faire de la médecine générale, beaucoup n'auront pas un exercice de généraliste. Donc forcément, on ne renouvelle pas les médecins généralistes qui sont aujourd'hui sur les territoires.

Nous ce que nous proposons c'est d'orienter très majoritairement, voire jusqu'à 70 %, le nombre d'internes qui vont être formés en médecine générale à qui on va dire que l'exercice sera forcément ambulatoire, salarié ou libéral. On veut permettre une libéralisation de l'exercice de la médecine générale et aux généralistes de faire tout ce que font les spécialistes de ville. Il faut arrêter aussi de vouloir cloisonner en ville entre la médecine générale et les autres spécialités.

Nous considérons que la seule spécificité de premier recours c'est la médecine générale et c'est elle qui doit donc prendre en charge tous les soins de premier recours qui doit orienter vers le second recours qui n'aura plus besoin d'être aussi pléthorique que ce qu'il est aujourd'hui. On a vraiment comme cela a été dit un système qui marche sur la tête où on a plus de spécialistes que de médecins généralistes.

Par ailleurs, on est beaucoup ici à participer depuis longtemps à des débats, je crois qu'il est temps aussi dans la communauté médicale de faire son autocritique et de réfléchir à pourquoi on en est toujours aux mêmes constats dix ou quinze ans après alors que les mêmes personnes qui sont ici en discutaient sur des débats antérieurs il y a bien longtemps. Je pense qu'à un moment il faut peut-être changer de logiciel et au lieu de dire les jeunes ceci, les jeunes cela, laissez les jeunes prendre la place et nous laisser aussi transformer le système de santé.

#### **M. Patrice DIOT**

On évoque le sujet de la place de la médecine générale dans l'offre de soins, je pense qu'il faut qu'on réfléchisse bien à ce qu'est la médecine générale. Elle est définie, comme vient de le dire Emanuel LOEB, comme l'offre de soins de premier recours en ambulatoire. Je crois en effet que le chiffre de 40 % qui est maintenu depuis quelques années est insuffisant. La médecine générale est le pivot de l'offre de soins de notre pays, donc je pense qu'il faut l'augmenter, 60-70 % est peut-être beaucoup, mais il faut augmenter.

Je pense aussi qu'il faut que la médecine générale accepte de se réinterroger sur son rôle, que veut dire ambulatoire ? Est-on d'accord sur le fait qu'ambulatoire veut aussi dire possibilité d'intervention pour un médecin généraliste dans ce qu'on entend aujourd'hui par hôpitaux de proximité — je suis d'accord aussi pour les appeler établissements de santé de proximité ?

Parce que si on est d'accord là-dessus et si on considère bien que c'est le champ ambulatoire alors, oui, il faut augmenter et de façon très significative, mais peut-être pas jusqu'à 70 %. C'est un choix politique majeur qui nécessite aussi une ouverture d'esprit de la spécialité depuis 2004 qu'est la médecine générale, qui doit accepter que son rôle soit revisité parce que la définition de la médecine générale est sociétale. Elle n'appartient pas aux spécialistes de la médecine.

#### **M. Thomas MESNIER, Député LaREM, Rapporteur du projet de loi Ma santé**

Beaucoup de choses ont été dites et on partage tous le diagnostic de l'état de notre système de santé. On pourrait rester dans la critique constante et se lamenter, mais je préfère être de ceux qui sont optimistes et se retroussent les manches pour avancer et essayer de transformer le système de santé et je crois que nous sommes nombreux dans ce cas dans la salle.

J'ai entendu beaucoup de choses concernant l'organisation sur le terrain de la médecine de ville, des hôpitaux ou établissements de santé, les attentes des élus et comme le disait M. BASTITONI, l'objectif de ce projet de loi est de remettre le système sur ses jambes et de le remettre en marche.

Le Président BOUET disait qu'on manquait de lisibilité, je pense que l'on a quand même bien défriché le terrain avec les nombreuses concertations que nous avons eues. En effet ce projet de loi est issu de plus d'un an de travail et de concertation sur les différentes briques et j'en ai animé au moins deux et à chaque fois j'ai vu les élus, les professionnels de santé, les jeunes étudiants, les établissements, pour donner une réponse cohérente.



J'espère que la lisibilité va arriver des auditions ainsi que du débat parlementaire. La première réponse c'est la formation dont a parlé tout à l'heure. Il est justement utile de former davantage de médecins peut-être un peu différemment, de recruter différents profils, de changer aussi ce statut du PH qui était quand même un carcan et qui à mon sens ne voulait plus rien dire. Il faut aussi laisser le pouvoir aux professionnels sur le terrain, par définition le médecin libéral est libéral. Il ne s'agit donc pas de faire en sorte que les CPTS soient des modèles uniques répliqués à l'infini sur le territoire, mais que ce soit une boîte à outils dont les professionnels s'emparent en fonction des médecins inquiets sur place, des autres professionnels sur place, des besoins de santé qui ne sont pas les mêmes partout sur le territoire. L'objectif est de faire le lien avec le médicosocial avec les établissements de santé et avec les élus, Madame le maire. C'est ce qui est ressorti des travaux qu'on a menés depuis un an, les élus sont essentiels dans ce schéma et l'idée est justement de les mettre avec le projet territorial de santé, le PTS, autour de la table avec les ARS avec les professionnels de santé. C'est déjà dans l'article 7, peut-être qu'on sera amené à le développer davantage.

Quant aux hôpitaux de proximité ou établissements de proximité, le but est vraiment de mettre en lien, à mon sens, les besoins de la population et les moyens des établissements pour remettre du soin le plus adapté possible sur le territoire dans la proximité. Ce sont les soins du quotidien en fait. On va parler effectivement des services d'urgence, des services de médecine de ville, des consultations avancées, comme cela a été évoqué. L'idée est justement de mettre de la consultation partout sur le territoire pour amener de l'offre de soins qui nous manque cruellement.

Je crois que c'est de façon concertée entre les professionnels de santé de ville, avec le lien qui devra se faire entre les CPTS et les hôpitaux de proximité pour vraiment les ancrer dans le territoire, que l'on va arriver à créer une réponse coordonnée toujours en lien avec les élus parce qu'après cela recoupe d'autres choses. C'est là que l'on voit toute la cohérence du projet : la formation, il faut des intervenants ruraux pour emmener les jeunes sur le terrain.

Je pense que c'est un mouvement qui est déjà amorcé et qu'il faudra continuer. J'espère qu'une partie des doutes ont été soulevés. Les auditions permettront d'aller encore plus loin pour préciser certains points de détails et surtout le débat parlementaire qui arrivera après. Je tiens à la concertation. Il a été plusieurs fois reproché que certains points soient traités par ordonnance, c'est justement notamment pour les établissements de proximité, dans l'objectif d'aller plus loin dans la concertation jusqu'à l'été pour avancer sur le sujet en ce qui concerne leurs missions socles, leur ancrage dans le territoire, et leur financement parce que pour des raisons de formation on veut voter la loi avant la rentrée universitaire.

### III. LE NUMÉRIQUE EN SANTÉ

#### Mme Ruth ELKRIEF

Le numérique a mis un peu de temps à s'installer dans le domaine de la santé, mais est aujourd'hui très présent avec la téléconsultation, les télésoins, l'e-ordonnance. On entend toute sorte de choses : la multitude d'applications, les propositions de coordination des soins, etc., néanmoins des questions se posent. Comment garantir la sécurité des données, s'assurer que la téléconsultation, ou téléexpertise, s'inscrit bien dans l'organisation du système de soins ? Le respect du principe de solidarité nationale de l'ordonnance de 1945 ? Comment prévenir le risque d'ubérisation de la santé ?

**M. Jean-Martin COHEN SOLAL**, *Délégué auprès du Président de la Mutualité française*

Bonjour, je travaille auprès du président de la mutualité française, mais je suis aussi médecin généraliste, certes récemment retraité, mais on reste toujours médecin, c'est un état d'esprit d'être soignant. Nous regrettons trop de passages par ordonnance, je comprends le souci de vouloir aller vite et d'efficacité, mais cela mériterait d'être débattu. Je partage l'opinion de M. DIOT, il ne faut pas simplement penser de façon corporatiste quant au nombre de médecins, c'est vraiment l'accès aux soins qui compte. Comme l'a indiqué M. UZAN, on a vécu la génération d'avant le numerus clausus et on a vécu aussi un plus grand nombre de médecins, ne gérons pas les choses de façon ponctuelle, voyons en perspective pour pouvoir offrir aux Français un accès aux soins et diminuer les inégalités et je trouve que dans ce projet de loi on ne parle pas suffisamment l'égalité, augmenter et améliorer la prévention. Globalement le projet de loi va dans le bon sens, mais il mériterait peut-être plus de débat et démocratie, ce que le débat comme aujourd'hui permet.

Je ferais remarquer à M. MESNIER, qui indiquait que sur les ronds-points on parlait beaucoup de santé, qu'on n'abordait pas le sujet de la santé dans le Grand débat lancé par le Président de la République alors que dès que l'on parle avec les Français c'est un des premiers sujets qui vient.

Un point important de ce texte concerne le numérique et on n'a pas l'impression que l'aspect soit totalement saisi. C'est une formidable avancée pour notre système de santé, mais il y a un risque majeur en effet sur la protection de la vie privée, sujet à la fois sociétal, politique et même philosophique. Comment trouver le juste point entre le progrès qu'apporte l'utilisation des données, le progrès qu'apporte le numérique et le progrès qu'apporte l'intelligence artificielle avec le reste de la vie privée ?

Ce texte de loi comporte quatre articles, et d'abord celui concernant la création d'une plateforme de données de santé ce qu'on appelle un health data hub data. La France a une source de santé absolument formidable qu'elle n'utilise pas suffisamment bien aujourd'hui alors que tout le monde à l'étranger nous envie cette source. Comment faire pour l'utiliser mieux et être plus actif pour prévoir, comprendre le système de santé et l'anticiper à la fois au niveau technique et au niveau de l'organisation ?

Nous sommes tout à fait favorables à cette mesure en insistant sur le juste point d'utilisation des données et la protection de la vie privée de chacun. Dans ce domaine, l'Assurance maladie a des données formidables probablement les meilleures données au monde, les complémentaires les ont aussi dans les secteurs où elles couvrent plus de soins que l'Assurance maladie obligatoire. Comment tous peuvent-ils tous travailler ensemble dans l'intérêt des patients et dans l'intérêt de la lutte contre les inégalités en matière de santé ?

Deuxièmement, il s'agit de doter chaque usager qui le souhaite d'un espace numérique de santé au-delà du DMP, pour qu'il ait un espace santé propre où il puisse notamment mettre toutes ses données de santé et aussi échanger avec les professionnels de santé et les établissements. Cela favorisera la coordination des soins, la médecine de parcours, la prévention individuelle de chaque patient. Nous pensons effectivement que c'est une très bonne mesure à condition encore d'encadrer les risques de dérives et risques d'atteinte à la vie privée. Il est prévu dans ce texte, si j'ai bien compris, que chacun puisse rouvrir son espace à son initiative, il faut qu'il puisse aussi le fermer à son initiative. C'est quelque part rendre l'utilisateur sa propre santé à travers des outils modernes et c'est une très bonne chose.

Dans un troisième article, on autorise les professionnels de santé non médicaux à réaliser une activité à distance et au-delà de la télémédecine ce qu'on appelle les télésoins pour les pharmaciens ou professionnels de santé. Là encore, on ne peut qu'être favorable à tout ce qui peut faire gagner du temps médical. On voit bien pour en avoir parlé ce matin que tout le monde s'intéresse à ce que les médecins gagnent du temps médical, du temps d'activité et donc tous que d'autres professions de santé peuvent faire aussi bien ou parfois mieux. Donc permettre de l'e-soin ou de l'e-santé est pour nous une bonne formule.

Il y aura un problème comme on l'a pour l'e-santé de facturation de ces actes que je vais creuser et on verra ce que les ordonnances et décrets d'application prévoiront, mais nous pensons que tout ce qui peut favoriser une prise en charge de proximité et peut favoriser du temps médical disponible est une bonne chose. Le quatrième point concerne le cadre de la prescription dématérialisée. Là encore, comme vous disiez tout à l'heure c'est l'application à la médecine des techniques modernes. Objectivement, beaucoup de médecins dans la salle peuvent dire qu'ils le font déjà, c'est en tout cas mon cas. Donc favoriser, encadrer et réguler l'e-prescription constitue aussi une bonne mesure, une mesure d'utilisation moderne comme on le fait pour d'autres activités. Là encore, cela doit être encadré et cela nécessite de bons échanges d'informations entre tous les acteurs de la santé, l'Assurance maladie obligatoire, les complémentaires, les professionnels de santé, les établissements et surtout les patients.

C'est ce que comporte globalement ce texte sur le numérique et nous pensons que c'est tout à fait utile, mais je répète il faut trouver le juste équilibre entre l'utilisation intelligente de l'intelligence artificielle et du numérique et le respect de la vie privée qui est fondamental.

### Mme Ruth ELKRIEF

Il y a des inquiétudes ou en tout cas des questions sur la protection des données.

### M. Patrick BOUET

Effectivement des questions se posent entre inquiétude et interrogations puisque nous attendons aussi des clarifications de la part de l'exposé politique des principes.

En tout cas, aujourd'hui on voit bien que le numérique est un outil qui va contribuer de façon puissante à une dynamique nouvelle et que dans ce sens, bien sûr, l'Ordre des médecins est totalement engagé. Le traitement des données de santé et le développement de la mise à disposition des données santé va nécessiter de protéger au maximum le citoyen dans cette mise à disposition. Il y aura là dans le débat parlementaire des conditions très fortes qui devront être posées de façon à ce que nous garantissions la sécurité. Cela nous paraît vraiment indispensable parce que c'est une inquiétude que les professionnels de santé comme le citoyen ont aujourd'hui.

D'autre part, le numérique en santé est probablement le meilleur outil au service des coopérations professionnelles et je ne doute pas que M. CHAMBOREDON en parle pour l'Ordre infirmier. C'est probablement un outil majeur qui va pouvoir mettre en place une réelle coopération interprofessionnelle et un réel partage des compétences au travers de ces outils nouveaux.

Le troisième point, et c'est ce qui est absent dans le dispositif législatif qui est proposé, c'est que le numérique en santé est probablement le plus grand danger en matière de rupture de solidarité.

L'Ordre des médecins attire l'attention des parlementaires, si demain l'utilisation du numérique en santé permet, je dirais l'institutionnalisation du « coupe-file » par rapport à la solidarité nationale, les parlementaires porteront une responsabilité majeure. Il faut aujourd'hui que le mécanisme solidaire en matière de protection sociale soit garanti et assuré aux citoyens. Il faut prévenir ce que nous avons appelé le risque d'ubérisation, le risque de sombrer dans la dépendance à des plateformes ouvertes par tel ou tel acteur privé en matière de santé qu'il soit français ou européen d'ailleurs. Il faut être vigilants aujourd'hui parce le numérique peut être la porte ouverte à une rupture du mécanisme solidaire. On voit bien les tentations à créer des coupe-files par rapport au parcours de soins, les tentations à créer des espaces captifs contractualisés pour un certain nombre d'usagers et donc par définition des risques d'iniquité, voire d'inégalité, qui naîtraient de la mise en œuvre de ce dispositif.

Il y a donc à là pour nous un troisième point majeur et qui rejoint les deux autres et doit être tout à fait intégré par le législateur parce qu'il n'y a rien dans le projet de santé qui aujourd'hui nous garantisse que le citoyen est protégé de cette dérive.

### **M. Jacques LUCAS**, *Délégué général au numérique et Vice-président du CNOM*

Bonjour à tous. Beaucoup de choses ont été dites. Je compléterai les propos tenus sur trois points : la formation, l'organisation des soins et la recherche. Au niveau de la formation, il est très important que les étudiants en médecine soient formés au numérique d'autant que lorsqu'ils arriveront dans leur exercice, nous serons dans une société dans laquelle le numérique se sera très largement déployé. Actuellement la formation au numérique dans le cursus universitaire est insuffisante. On le voit bien car, par exemple, alors que la télémédecine et la téléconsultation entre dans le droit commun, des médecins estiment nécessaire se former ne l'ayant pas été.

Un autre aspect au sujet de la formation n'est pas suffisamment abordé, bien que nous l'ayons souligné dans notre dernier le livre blanc sur « Les médecins et les patients dans le monde des datas, des algorithmes et l'intelligence artificielle ». Un certain nombre de métiers médicaux seront directement impactés par l'arrivée du machine learning et de l'intelligence artificielle. Je pense aux métiers de l'imagerie, mais également la pratique, non pas de la médecine générale sur le plan humain, comme Julien BOROWCZYK l'a évoqué tout à l'heure, mais de la saisie de données dans des dispositifs intelligents qui donneront une probabilité diagnostique voire une orientation thérapeutique, peut-être même directement au patient. Par conséquent, il est important au niveau de la sélection ou du *numerus clausus* — car même s'il n'existe plus il y aura quand même une sélection —, que l'on se projette au moins dans les 10 ans et que l'on ne forme pas des médecins qui dans 10 ans ne trouveraient plus matière à exercer parce que les technologies actuellement en plein essor pourraient non pas les avoir supplantés, mais avoir limité le nombre de ces médecins dont nous aurions besoin.

Ensuite, quand on parle du numérique dans l'organisation des soins, il faut évidemment avoir du haut débit partout et en particulier dans les zones appelées commodément déserts médicaux. Actuellement, on s'aperçoit, lorsqu'on recoupe les cartes des déserts médicaux et la couverture numérique des territoires, que l'on arrive à une concordance absolument étonnante.

D'autre part, la télémédecine peut bien évidemment être vue comme un apport de l'expertise distante par des médecins spécialistes à l'appui et au secours de la médecine de proximité. On a parlé des consultations avancées qui constituent un élément très important au niveau des territoires, mais il peut y avoir aussi des consultations avancées qui peuvent se réaliser par télémédecine.

Enfin, concernant l'organisation des soins dans les territoires, le Président BOUET l'a évoqué, il ne faut pas que le numérique accentue des inégalités sociales parce qu'il y aurait une certaine catégorie de la population, et probablement celle qui aurait le plus besoin du recours à la santé, qui n'aurait pas accès à ces moyens s'ils n'étaient pas assurés par notre modèle solidaire de protection sociale.

C'est bien pour cela que le Conseil national a élevé des objections sur la révision du décret télémédecine de 2010 qui a supprimé toute régulation pour des offres de soins privées en matière de téléconsultation ou en matière de télémédecine. Il faut être attentif afin d'éviter une marchandisation de la médecine à travers des plateformes. Cependant, en même temps, quelle solution apporter lorsqu'il existe des zones où il n'y a plus de médecins où les médecins sont submergés d'activité ? Une organisation territoriale de télémédecine pourrait apporter un premier secours plutôt que le patient se dirige directement dans le service des urgences parce que c'est le seul endroit sur le territoire où on peut le recevoir.

Enfin et en conclusion, le numérique n'est pas la solution à tout et partout. Je me souviens avoir conduit une mission dans l'Océan indien à Mayotte où je m'étais retrouvé devant 80 médecins, c'est-à-dire quasiment toute la population médicale de l'île, à qui j'avais dit qu'ils pourraient faire de la télémédecine avec l'île de La Réunion. Je me suis fait huer et j'ai dû ensuite, bien évidemment, nuancer mon propos, car le numérique doit venir au secours, mais ne peut pas remplacer les médecins.

Au niveau de la recherche, la Plateforme de données de santé en français est d'une très grande importance, et l'Ordre est engagé dans cette voie. Cependant, nous avons une interrogation importante car la loi est muette au sujet de la gouvernance de cette Plateforme, et indique simplement que cela sera précisé par la convention constitutive du GIE qui pilotera la Plateforme.

Notre demande, comme la demande générale d'ailleurs, parce que c'est là que s'expriment la démocratie sanitaire et la protection des données c'est que la gouvernance de la Plateforme soit calquée sur la gouvernance qui avait été mise en place pour l'Institut national des données de santé. Il y aura là une forme numérique de démocratie sanitaire, une forme de surveillance du traitement des données, comme on dit en termes informatiques, car il ne faut pas que le traitement soit de la manipulation des données personnelles de santé qui pourrait conduire à des discriminations individuelles ou collectives d'ailleurs d'une certaine catégorie de nos citoyens atteints d'une maladie rare ou de maladie qui malheureusement peut encore être considérée comme stigmatisante dans notre société.

**M. Patrick CHAMBOREDON**, *Président de l'Ordre national des infirmiers*

Bonjour, c'est le seul sujet sur lequel l'Ordre infirmier pouvait intervenir puisqu'on a effectivement vu arriver dans cette loi le télé-soin qui est l'élargissement du décret de télémédecine de 2010. Jusqu'à présent les infirmiers étaient totalement écartés de cette pratique.

Or, on sait très bien que les infirmiers sont les professionnels qui se déplacent H24 au pied des patients à leur domicile. Cela peut donc très facilement être complémentaire d'une pratique médicale et jusqu'à présent les infirmiers qui essayaient de se lancer dans de telles pratiques n'étaient pas rémunérés et n'avaient pas de motivation particulière à utiliser cette technique qui reste une technique. On pense que le numérique peut être simplement un outil parce que nos métiers respectifs sont des métiers de contact et, comme l'a rappelé le député, l'humain est au centre de notre pratique et cet outil ne peut être qu'un outil de mise en relation éventuelle. Je partage tout à fait ce que dit M. LUCAS sur l'humain au milieu et la technique autour, mais pas que la technique.

### **M. Antoine REYDELLET**

Beaucoup de choses ont été dites avec lesquelles nous sommes d'accord, notamment sur la place du numérique dans nos formations. Malheureusement pour l'instant nos formations n'ont pas encore vraiment pris l'évolution de nos métiers et la part du numérique dans nos formations notamment au niveau du deuxième cycle est quasiment inexistante. On milite énormément pour la formation au moins aux outils tels que la télémédecine puisque cela fait partie des choses qui pourront éventuellement répondre aux besoins de santé de demain.

Attention quand même, le virage vers le numérique demande aussi qu'on ait les moyens de prendre ce virage. Dans les hôpitaux, il reste quand même des soucis au niveau des matériels, l'accès à l'internet dans certains territoires reste malheureusement un frein notamment pour les internes pour faire de la recherche puisqu'ils ont besoin de ces outils numériques pour pouvoir avancer. La réforme du troisième cycle a permis d'avoir des cours en ligne ce qui nécessite bien évidemment des outils pour pouvoir suivre ses cours. Donc oui au virage du numérique, mais il faut se donner les moyens de pouvoir prendre ce virage.

Autre point de vigilance, l'année dernière nous avons été auditionnés sur une commission parlementaire sur la maltraitance des soignants envers les patients où il nous a été reproché de ne pas passer assez de temps au chevet des patients. Actuellement, le constat est que l'on passe beaucoup plus de temps devant notre écran que devant un patient. Le patient le ressent et c'est vécu comme un réel abandon de leur part. Il faut donc y faire attention et notamment aussi au niveau des infirmiers qui à l'hôpital sont devant l'écran à rentrer les presses et autres et finalement passent deux minutes devant le patient et 10 minutes devant leur écran. Il ne faut donc pas oublier l'humain.

### **M. Jean BELLAMY, chirurgien retraité, bénévole au secours populaire des Yvelines**

Concernant le numérique, il faut faire attention au problème de fracture numérique. Les populations défavorisées dont on s'occupe ont souvent un accès assez limité, voire nul, au numérique et ces populations sont plutôt en demande de contacts humains et de rencontrer leur médecin-traitant. Leurs deux grandes inquiétudes, c'est premièrement qui va remplacer leur médecin qui part à la retraite, et ensuite, on n'en a pas parlé, c'est l'accès aux spécialistes parce qu'ils sont tous en secteur 2 et prennent des dépassements d'honoraires.

### **M. François ZANASKA, Président de la Conférence nationale des présidents de CME du privé non lucratif**

Je voudrais parler du numérique et de la gestion et de la coordination hospitalière en transversalité. Il me semble qu'il n'y a pas assez de relations organisées et presque imposées, ce que pourraient faire les ARS, pour que les établissements, que soient les publics, les privés, les CSPH, évaluent entre eux en transversalité leur fonctionnement au niveau des régions qui sont de plus en plus grandes.

Les régions les plus grandes sont celles où il est de plus en plus difficile et coûteux de se déplacer. Le numérique doit donc aider à cette transversalité et en réalité, il n'y a que le téléphone qui fonctionne entre les établissements. Il n'est absolument pas institutionnalisé d'avoir des salles de téléconférence dans chaque établissement, ce qui pourrait être le cas. Cela permettrait, s'il y avait une évaluation avec une discussion entre les établissements peut-être trimestrielle, par exemple sous l'initiative des ARS puisque la santé est organisée en France avec le ministère de la Santé et les ARS qui sont les émanations du ministère en région et qui ont l'autorité et potentialités de réunir ces personnes, de mettre en place une vraie transversalité avec des personnes qui se connaissent et se parlent.

Ce n'est pas le cas actuellement, en dehors des CRSA ou des CSOS, ce qui n'est pas suffisant.

D'autre part, on n'a assez évoqué le problème des logiciels médicaux que l'on utilise dans les établissements. Ces logiciels ne sont pas toujours compatibles entre eux ni avec les médecins que les utilisent et ne sont pas toujours à disposition sur des matériels hardware fonctionnel et hygiénique. Je ferais un petit aparté sur l'hygiène des claviers d'ordinateurs, et des écrans de téléphones, à peu près proche de celle de la lunette des toilettes non entretenues et à partir desquels même si on se lave les mains 10 fois dans la matinée, on lâche le clavier pour examiner le patient.

Il y a beaucoup de choses qui ne relèvent pas simplement du changement de fonctionnement avec le numérique entre le patient et le médecin, mais aussi de l'organisation concrète du numérique qu'on a déjà à disposition depuis plusieurs années et qui effectivement éloigne beaucoup le médecin hospitalier du patient avec un dialogue qui se réduit, du temps médical de soins qui est pris par des charges administratives et numériques ce qui est dommage que l'on ne travaille pas dans ce sens.

**M. Stéphane LE MASSON, SNJ-France (Syndicat National des Journalistes)**

M. LUCAS a évoqué la problématique des zonesanches qui s'ajoutent, selon moi, à celle des déserts administratifs, plus ou moins partiels de la désertification médicale.

Un autre point me semble être un frein au développement de la e-santé : le droit de la responsabilité. Je souhaiterais avoir votre position sur la nécessité, ou non, de faire évoluer la responsabilité médicale dans le cadre de la téléconsultation, car il me semble compliqué de partager des tâches sans en partager la responsabilité.

Par ailleurs, quant à la problématique de la sécurisation des données, je souhaiterais savoir s'il vous semble toujours opportun de maintenir la position de la CNIL qui aujourd'hui considère comme conditionnelle l'inscription au dossier pharmaceutique des informations concernant les patients ou s'il ne conviendrait pas finalement de passer d'une obligation ?

**M. Jacques LUCAS**

Cela mériterait toute une table ronde pour y répondre, on s'écarte de la confection de la loi qui ne pas portera de dispositions spécifiques relatives à la responsabilité. La responsabilité sur le plan de la médecine dépend de la personne qui la pratique. Donc la responsabilité médicale sera évidemment impliquée en matière de télémédecine comme elle l'est en pratique traditionnelle. Le législateur a d'ailleurs indiqué que la télémédecine est une forme de pratique médicale et qu'à partir de là les règles juridiques, comme les règles déontologiques s'appliquent.

**M. Jérôme MARTY**

Face à ce monde qui change, on a l'impression qu'on n'est pas prêt. Face au numérique, le désert c'est maintenant parce que s'il y a des déserts sanitaires, il y a des déserts numériques et on n'a pas l'impression qu'on mette véritablement les moyens pour résoudre ce désert numérique. On n'entend pas parler de création de supra-ministère du numérique qui regrouperait à la fois l'Éducation nationale, le Sanitaire, la Recherche, l'Industrie, etc. On n'a pas entendu parler de grande cause nationale du numérique qui devrait être chaque année face à ce monde qui change. Sur les hôpitaux on a parlé de cette gêne de l'écran vis-à-vis du patient, du problème finalement d'ergonomie au travail. Là encore, il faut se donner les moyens.

On ne peut pas éviter l'utilisation du numérique. On sait ô combien il est difficile dans un établissement de grande taille de maintenir l'utilisation du numérique par l'ensemble du personnel soignant, de l'aide-soignante jusqu'au chirurgien, etc., cela demande de la formation en permanence et de revenir sur les personnels. Moi je suis directeur d'un établissement de faible importance (52 lits), et on a informatisé le dossier patient depuis 2002. L'ensemble des soignants y interviennent, mais c'est un travail permanent.

Quand vous voulez avoir ce résultat sur un établissement de la taille d'un CHU, c'est presque une cause impossible. Donc cela signifie qu'il faut véritablement des moyens et ces moyens on n'a pas l'impression aujourd'hui qu'ils y soient.

Enfin sur la problématique de la téléconsultation qui est un autre problème, on n'a pas assez parlé de ce que l'on voit apparaître aujourd'hui, une certaine financiarisation et marchandisation du soin. Des plateformes commerciales ont tendance à prendre la main et il faut être très vigilant. La téléconsultation, la télémédecine, la téléexpertise et télésurveillance doivent rester à la main des médecins, des médecins traitants et doit amener plus de qualité médicale pour les patients et plus de facilité d'exercice pour les médecins, mais on ne doit pas tomber dans une ligne qui serait uniquement une ligne de marchandisation.

**M. Nicolas BRUN**, *Coordonnateur du pôle protection sociale et santé de l'UNAF (Union Nationale des Associations Familiales)*

Je suis aussi membre de France Assos santé qui regroupe 85 associations de patients, de consommateurs, de familles, de personnes handicapées et personnes âgées. Le numérique en santé est pour nous un sujet extrêmement important et intéressant pour la prise en charge des patients.

Nous rejoignons aussi certaines interventions, il faut associer dès le départ les patients à cette évolution. Je déborde un peu sur le débat de démocratie en santé, mais il faut expliquer aux personnes quelles sont ces évolutions et quels peut être leur intérêt de pouvoir utiliser ces outils-là, parce que l'objectif est que ce ne soit pas simplement les médecins ou les professionnels de santé qui utilisent ces outils, mais aussi que les patients se les approprient pour pouvoir les intégrer dans leur parcours de soins ou de leur parcours de vie.

Il y a un véritable enjeu d'éducation, mais aussi d'information de tous les publics et de veiller à ce que l'on ne crée pas de nouvelles inégalités. On a parlé d'inégalité liée au territoire sur des zones blanches, mais il y a aussi l'utilisation de ces outils pour des personnes qui ont parfois des difficultés à comprendre ce qu'il en est.

Il faut aussi de l'éducation sur la portée et la valeur des données de santé, de ses données de santé c'est-à-dire que le patient est propriétaire de ses données santé, ce qui lui donne aussi une responsabilité. Comment utiliser cette responsabilité et en être conscient puisque aujourd'hui on voit bien qu'il y a de nombreuses offres et d'ailleurs les personnes n'ont pas forcément le sentiment de donner véritablement des données de santé. Or, par des croisements multiples et variés, on peut arriver à une donnée de santé. Par conséquent, il faut, dès le plus jeune âge, éduquer la population sur la valeur de ces données santé et la responsabilité que l'on a sur l'utilisation de ces données.

**Mme Ruth ELKRIEF**

Il y a effectivement la question du risque de ré-identification individuelle quand on manipule un certain nombre de données générales.



## M. Jacques BATTISTONI

Je voulais apporter le témoignage des médecins de terrain sur l'utilisation du numérique. On a beaucoup parlé de l'hôpital et de la place de l'infirmière ou du médecin hospitalier qui passe beaucoup de temps avec son ordinateur. J'ai 30 ans d'exercice professionnel, on a vu arriver le numérique dans nos cabinets et notamment de médecine de ville et de médecine générale, et le ressenti et le vécu est que cela prend une place de plus en plus importante. De temps en temps, cela peut effectivement devenir un écran au sens premier du terme entre le patient et le médecin. On doit avoir une grande vigilance sur l'usage que l'on fait de cette technique en sachant qu'aujourd'hui, pour beaucoup de médecins, on a des outils qu'on n'utilise pas à 20 ou 30 % de leur capacité. Il y a donc plein de choses que l'on doit pouvoir faire.

D'abord approprions-nous nos propres outils. Après, il faut effectivement qu'on ait du temps qui se dégage par rapport à cela. J'ai envie de faire le lien avec l'assistant médical dont on nous a dit qu'il allait permettre de dégager du temps médical. Aujourd'hui le temps médical, c'est beaucoup d'utilisation du numérique qui n'est pas forcément spécifiquement à faire par un médecin. Je passe beaucoup de temps aujourd'hui à saisir des données dans mes logiciels et pas assez de temps à utiliser correctement mon logiciel pour faire du dépistage, de la prévention, des rappels pour les vaccinations, etc. Donc utilisons les outils que l'on a à notre disposition, optimisons notre temps médical, déléguons ce qui peut l'être et profitons des outils que l'on a pour faire quelque chose de mieux avec les systèmes dont on dispose.

## M. Philippe LEDUC

Ne croyez-vous pas que le plus gros risque du numérique en santé est qu'il ne soit justement pas appliqué et utilisé pour la santé ?

Il y a eu rapport préfigurateur de Dominique PON et c'est un jeu de massacre, c'est-à-dire qu'il n'y a de gouvernance, pas d'outils socle, pas d'opérabilité, le territoire numérique a été une catastrophe, etc. Ce rapport d'une quinzaine de pages est assez catastrophique. On peut imaginer que la loi va améliorer les choses, mais que faire pour que le numérique en santé pénètre vraiment la santé et soit utile aux médecins, aux pharmaciens et aux patients ?

Pour être concret puisqu'on est à l'Ordre des médecins, pourquoi les médecins refusent-ils d'utiliser le DMP ? Est-ce parce que ce n'est pas utile pour eux, pas adapté ou est-ce dogmatique ? Il y a manifestement des freins dans tous les secteurs.

## M. Patrick BOUET

Ils ne refusent pas. Ce DMP aujourd'hui ne répond pas à tout ce qui est attendu. Le DMP se déploie et nous avons contribué à ce qu'il soit plus adapté. Ce qu'il faut aujourd'hui, c'est que le législateur comprenne qu'il faut que dans le dispositif législatif des orientations et des réponses précises à ces questionnements puisque, tel que nous lisons, le dispositif législatif aujourd'hui cela demande à être précisé, complété, et il faut remplir des cases qui restent vides dans cette utilisation du numérique et des différents outils du numérique. C'est là qu'il y a un intérêt premier à ce que tous les acteurs soient forces de propositions vers le législateur pour compléter ceux qui sont encore des trous, voire des béances dans la raquette. C'est en partie pour cela que cet échange est important et intéressant.

**Mme Élisabeth Hubert, FNEHAD (Fédération nationale des Établissements d'Hospitalisation À Domicile)**

M. LUCAS me rappelait qu'il y a effectivement bientôt 10 ans dans un rapport, un de ceux qui s'est retrouvé dans un tiroir profondément enfoui, j'évoquais comme les deux mesures majeures à prendre sans attendre, la formation nous en avons parlé tout à l'heure, et pour laquelle un texte va arriver 10 ans après, et d'autre part, tout ce qui concernait les systèmes d'information avec un point qui n'a pas été abordé et pourtant je pense qu'il répondrait pour une large part aux inconvénients qui viennent d'être soulignés et qui est tout simplement l'interopérabilité de nos systèmes d'information. C'est-à-dire que lorsque les uns ou les autres, de façon tout à fait légitime, nous évoquons le côté inhumain ou le risque de déshumanisation de l'utilisation du numérique devant les patients, nous parlons surtout du temps qui est consacré à la saisie, et cela a été évoqué pour les infirmiers et pour les médecins, on oublie que nous sommes dans des systèmes qui font que nous saisissons et nous renouvelons régulièrement les saisies de ce qui aurait pu être utilisé par chacun d'entre nous, de renseignements d'ores et déjà saisis par d'autres.

J'avoue que je suis un peu désespérée de voir que finalement depuis des années on dit et redit la même chose, qu'on a sacralisé dans ce pays le DMP, vous savez cet outil qui devait faire économiser trois milliards et demi dans les années qu'ils allaient immédiatement suivre 2004. C'était il y a quinze ans et je n'aurais pas la cruauté de rappeler qui a proféré ces propos. Je suis désolée de dire — et ce n'est pas du tout contradictoire avec l'interopérabilité, ce n'est pas le même usage ni le même outil ou le même objectif poursuivi — que l'activité d'hospitalisation à domicile est finalement au confluent de l'ambulatoire et de l'hospitalisation conventionnelle, ne pouvant exister que parce que d'autres acteurs sont présents dans le dispositif (infirmiers libéraux, médecins hospitaliers, médecins généralistes, officinaux, etc.).

C'est parce qu'il y a cette production qui existe et qui est faite autour et pour le patient que l'hospitalisation à domicile existe.

Nous nous sommes à la fois au premier chef pour développer ce numérique et le télé soin parce que je pense que la télémédecine aujourd'hui ce n'est plus le sujet, on est dans le télé soin. Je dis toujours que je prendrai ma retraite le jour où nous pourrons à distance, non pas simplement porter un diagnostic, mais véritablement soigner, c'est-à-dire que quand mon établissement d'HAD en Lozère, où les domiciles sont coupés du monde parce qu'il y a de la neige, nous puissions néanmoins ne pas couper du soin un patient tout simplement parce qu'on pourra intervenir à distance, parce que nous pourrons faire une injection à ce moment-là. Cela ne voudra pas dire qu'il n'y aura pas besoin de l'infirmière, du médecin, à tout un tas d'autres moments.

Nous pouvons effectivement ne pas être en contradiction entre l'usage du numérique et de la connectique, et s'approprier cette innovation. Cela peut ne pas être une rupture avec l'humain, au contraire cela peut être un élément formidable pour dégager de l'humain, davantage de temps. Je suis sûre que dans 10 ans, on se dira qu'on s'est bien inquiété pour rien et que cette innovation a permis de libérer du temps médical et que nous aurons résolu nos problèmes.

**M. Emanuel LOEB**

Je me permettrais une comparaison un peu cavalière entre l'exercice médical et le transport de personnes parce que les chauffeurs de taxi représentent une profession qui a été impactée par le numérique. On peut donc regarder un peu ce qui s'est passé pour savoir ce qui va, à mon avis, se passer chez nous.

Premièrement, la question de l'accès à un transport de personnes n'est que la première étape vers l'autonomisation puisque la volonté des transports de personnes numériques,

ce sera la conduite autonome, et donc de se passer de la nécessité même d'avoir un chauffeur dans le véhicule. C'est un premier point de vigilance.

D'autre part, il faut aussi se poser la question de l'usager. Quel est l'usager aujourd'hui qui reprendrait un taxi ? G7 a essayé de faire des choses, mais demain qu'est-ce qui contraindra un usager à passer par un médecin si un offreur de soins numérique lui propose un accès aux soins différenciés ? Je ne sais pas comment on va pouvoir contraindre les gens, aujourd'hui le débat se fait plutôt entre Uber et Chauffeur privé, en disant que Chauffeur privé paye ses impôts en France, mais je n'ai entendu personne dire qu'ils iraient vers les taxis parce que les taxis c'était bien et c'était le bon temps.

Ensuite, qu'est-ce qui a empêché les chauffeurs de taxi de créer leurs propres entreprises ? C'est cela la problématique actuelle, qu'est-ce qui empêche des professionnels, des médecins et professionnels de santé de créer leur entreprise et d'être eux-mêmes les acteurs du numérique de demain ? On se fait effectivement imposer des plateformes, et aujourd'hui c'est très compliqué pour un médecin d'être entre « probusiness » et de pouvoir créer sa propre entreprise puisqu'il y a justement une réglementation qui empêche d'être détenteur à plus d'un certain nombre de pourcentages d'une entreprise.

Enfin, le fait de pouvoir faire face aux GAFAs se fera au niveau européen. Il faut arrêter de penser que nous, Français, on pourra empêcher les gros fonds de pouvoir rentrer dans le monde de la santé. On le voit dans les cliniques privées, par exemple, où il y a très peu de médecins qui détiennent encore leur établissement de santé privé, il n'y a donc pas de raison que le numérique soit différent. Concernant l'humain, une étude a été réalisée sur l'accès au dépistage du cancer du sein dans les populations en fonction de leur niveau socioéconomique.

La mammographie fait partie du dépistage du cancer du sein et il a été demandé si on mettait une mammobile à disposition de la population à savoir une mammographie au plus proche de la population, est-ce que cela augmenterait le taux de dépistage du cancer du sein, sachant que c'est un examen qui est gratuit avec en plus une information qui aurait été faite en amont. Cette étude a montré que, même si on mettait en place une mammobile, les personnes issues des classes socioéconomiques les plus défavorisées ne sont pas dépistées. La seule chose qui permet d'augmenter le taux de dépistage du cancer du sein, c'est de mettre en place des travailleurs sociaux qui vont rencontrer la population et vont expliquer la nécessité de pouvoir avoir accès à ce type de dépistage.

Donc, c'est bien de parler des soignants dans leur ensemble, mais il faut aussi parler d'autres professions que sont les travailleurs sociaux, du champ du social, qui est très important aussi dans l'accès aux soins.

#### **Mme Ruth ELKRIEF**

Concernant Uber et G7, quand vous prenez un taxi, il connaît la carte de Paris, il n'a pas besoin de regarder Waze et peut-être que pour les médecins et la plateforme c'est pareil. L'humain, comme vous dites, et la connaissance resteront un capital fondamental, c'est peut-être plus rassurant et c'est cela qu'il faut travailler à mon avis. Il y a peut-être une grande différence entre un médecin qui a été un praticien toute sa vie et qui va vous parler et quelqu'un qui sera derrière une plateforme. C'est à creuser, mais c'est une intrusion personnelle dans le débat.

#### **M. Serge SMADJA, Secrétaire général de SOS Médecins France**

Le domicile est évidemment une des composantes particulière et spécifique de notre pratique à SOS Médecins.

Moi aussi, comme M. BATTISTONI, je suis médecin généraliste depuis 30 ans. Il faut faire attention dans la loi qui va être discutée de tenir compte aussi des autres modes de pratique du médecin généraliste et de ne pas exclusivement écrire des lois autour du médecin traitant. Ce n'est pas une provocation de ma part et je ne mets absolument pas en cause le rôle pivot central et indispensable du médecin traitant, mais il y a aussi d'autres modes d'exercice comme le nôtre à SOS Médecins.

Il risque d'y avoir dans la loi des textes qui nous mettent à l'écart. On a parlé de la formation, à SOS Médecins c'est parfois extrêmement compliqué pour nos médecins d'être maître de stages parce que certains ont une définition de la médecine générale qui leur est propre. On a parlé des territoires, des communautés professionnelles de santé et là encore, on ne sait pas trop comment les médecins qui pratiquent comme nous, vont pouvoir s'inscrire dans ce dispositif.

On a parlé du numérique et écrit des textes conventionnels et heureusement qu'on a pu dialoguer avec la profession et que l'on a tenu compte de notre spécificité, mais il eût été dommage, par exemple, d'exclure les médecins comme nous, qui travaillons évidemment 24 heures sur 24 et particulièrement aux heures de permanences de soins, parce que le médecin-traitant n'est pas toujours disponible 24 heures sur 24 et il y a aussi de personnes aujourd'hui qui n'ont pas de médecin-traitant.

#### **M. Julien ARON**

Je prends le contre-pied de ce qui a été dit, je trouve que la télémédecine est pratique car permet d'éviter de parler des questions politiques de désertification des territoires et notamment de fermeture des services publics. C'est bien, continuons à parler de télémédecine comme solution aux déserts médicaux, mais je pense que le problème est plus structurel.

Je dirais même qu'il serait bien que Messieurs les Députés ne mettent pas trop de lois pour encadrer la télémédecine parce que j'ai pour projet de fonder une start-up qui permettrait de faire de la télémédecine de façon transnationale dans d'autres pays. Pourquoi ne pas imaginer, par exemple, que les médecins au Cambodge, qui sont bien formés et très compétents, puisque formés en France, puissent aussi participer à la télémédecine ? Cela permettrait de faire des économies et ils seraient un peu moins à même de se plaindre, de faire grève, ou de demander une protection sociale, une retraite ou des conditions de travail dignes. Pourquoi pas envisager cela à l'avenir ? Donc, n'encadrez pas trop la télémédecine.

#### **M. Jean-Pierre DOOR, Député LR**

En conclusion, on parle effectivement de la télémédecine dans cette loi santé et c'est parfait. On la transforme même en télésoin. Je souhaite intervenir sur une expérimentation locale et particulièrement la téléconsultation que j'ai pu mettre en place dans un territoire désertifié : 140 000 habitants ; plus de départs à la retraite que d'arrivées de médecins ; un afflux à l'hôpital de 60 000 urgences au lieu de 15 000 il y a quelques années, dont 50 % ne sont pas tout à fait justifiés, et les médecins de ville ne sont pas là pour pouvoir prendre ces urgences. Depuis deux ou trois ans avant le PLFSS, j'avais une dérogation de la part de l'ARS pour créer des centres de téléconsultation dans les communes en mettant en avant le maire de la commune et son conseil municipal qui à l'unanimité ont accepté de mettre à disposition un cabinet de consultation avec une salle d'attente avec évidemment du très haut débit et de prendre en charge l'électricité, le chauffage, etc., et de mettre dans ce cabinet de consultation une infirmière libérale. Toutes les infirmières libérales des communes ont validé le principe en se disant que c'était un acte médical formidable qui leur plaisait.

Ainsi, toutes les infirmières se relaient. Nous avons un appareillage de télé-médecine avec tous les appareils de mesure connectés (thermomètre, oxygène, glycémie, tension, électrocardiogramme, autoscope, laryngoscope, doppler), tout est connecté et à distance nous avons des médecins en particulier les médecins de la région (retraités, étudiants, médecins salariés médecins ou de la sécurité sociale, etc.). Nous avons donc un personnel médical infirmier et médecin. M. LUCAS tout à l'heure en parlait, cela évite d'aller dans la marchandisation puisque c'est lié par une mairie, l'ARS a donné son accord pour indemniser les infirmières, et le conseil régional a permis de subventionner tous les appareils électroniques qui valent environ par cabinet 25 000 à 28 000 euros. Donc nous en sommes à six communes, huit communes à la fin du mois de février, et une dizaine de communes à la fin du premier semestre. Ces communes recensent environ deux à trois mille personnes, donc plus de 30 000 à 35 000 personnes qui peuvent avoir accès la journée à un centre de téléconsultation.

Élisabeth HUBERT a rappelé qu'elle voulait qu'il y ait un diagnostic et un traitement. Oui, il y a un diagnostic par l'infirmière et le médecin, donc du personnel médical, le patient étant au milieu. Le médecin, ayant fait son diagnostic, adresse le traitement par le mail immédiat et la carte Vitale est prise en compte, puisque depuis le mois de septembre les médecins peuvent être honorés au même titre que dans le cadre des consultations normales de leur cabinet à 25 euros. Nous avons donc un système qui fonctionne, pris en charge plutôt par les collectivités locales et par le public, par les médecins, et par les infirmières libérales ce qui permet d'éviter la marchandisation dont on a parlé tout à l'heure et qu'il faut impérativement éviter. J'étais allé voir cela en Suède et au Canada où cela fonctionne parfaitement bien.

Je ne dirais pas que c'est la panacée, mais simplement une alternative à la désertification actuelle et un outil qui permet de compenser l'absence de médecins sur le territoire et de réduire déjà un peu les accès aux urgences de l'hôpital puisque nous sommes en contact avec l'hôpital. Par exemple, l'ARS indemnise les infirmières à la vacation. En revanche, l'ARS ne peut pas payer au maire ou à l'association télé-médecine, elle paye donc à l'hôpital, par convention, et c'est l'hôpital local qui rémunère les infirmières en ville. C'est un système juridiquement valable qui fonctionne et je pense que cela va faire des émules et cela commence d'ailleurs à apparaître dans d'autres régions, comme dans les Hauts-de-France.

On pourrait avoir là un outil numérique qui permet de compenser certaines difficultés territoriales. Dans ce territoire, il y a quand même 85 communes, 140 000 habitants. J'ai exercé 40 ans la médecine dans ces territoires et je n'avais jamais vu ce départ de médecins comme aujourd'hui.

On le voit bien avec la « fièvre jaune » actuelle, les maires sont les premiers à être agressés par leurs citoyens qui leur demandent « que vous faites-vous » ; « on n'a pas de médecin, cherchez en un » ; « comment on va faire ? » ; « on ne peut pas se faire soigner », etc. Les maires sont donc parties prenantes et les conseils municipaux votent à l'unanimité le principe de créer des centres de téléconsultation dans leur commune. Le Président BOUET souhaitait que je vous partage cette expérience et je pense qu'elle sera reprise dans la loi santé avec le télé soign. Nous souhaitons maintenant pouvoir avoir des indemnisations des infirmières par les Caisses d'Assurance maladie au même titre que les médecins alors qu'aujourd'hui ce sont des dérogations par l'intermédiaire des ARS qui ont pris cela sur le fonds d'investissement régional.

## IV. DÉMOCRATIE SANITAIRE

### Mme Ruth ELKRIEF

Contrairement aux trois premiers sujets, la démocratie sanitaire ne figure pas au projet de loi qui sera déposé demain au Conseil des ministres. Pourquoi avez-vous souhaité l'ajouter ? Qu'entendez-vous par démocratie sanitaire ? À qui cela s'adresse-t-il puisque c'est aussi une forme de volonté de prise en charge par tous les acteurs présents ici.

### M. Patrick BOUET

Je dois dire que tout ce qu'on a dit ce matin confirme la nécessité d'au moins se poser la question et co-construire les outils de la réponse. Je pense que M. BRUN pourra en parler pour les usagers et les patients. La démocratie sanitaire est un grand mot qui se prononce depuis quelques années dans lequel nous ne savons finalement pas aujourd'hui quoi y mettre, si ce n'est des convictions.

La première de ces convictions c'est que la démocratie sanitaire ne peut pas être qu'une démocratie de concertation, ce que d'aucuns d'entre nous diraient de la « concertationite aigüe ». Dieu sait que le monde de la santé, et vous l'avez exprimé à différents moments, est aujourd'hui pris dans la concertation permanente : le groupe de parole, le groupe de travail, le rapport à mettre en œuvre, etc.

Aujourd'hui, on résume démocratie sanitaire à démocratie de concertation. Mais nous avons sentiment qu'il y a deux niveaux supplémentaires et qu'à tout le moins le législateur devrait s'emparer de cette réflexion sur ces outils participatifs. Démocratie de concertation, c'est « fait » ; démocratie de participation et d'élaboration, c'est une question différente qui consiste à se poser la question de savoir comment les acteurs peuvent ensemble travailler, non pas à réfléchir, mais à élaborer et construire les outils répondant aux questions que nous nous sommes posées toute la matinée.

Il y a ensuite un troisième étage qui est la codécision, le moment où la démocratie de concertation et la démocratie de participation permettent de construire une codécision qui va aboutir à la mise en œuvre cette fois-ci d'un certain nombre de dispositifs.

Cela veut dire aujourd'hui qu'il faut que la loi clarifie ses différents moments pour ne pas donner le sentiment à l'ensemble des acteurs que passé certaines étapes, la décision est une décision hyper administrée ou une décision normative. On a entendu Aurélien ROUSSEAU dire tout à l'heure qu'il voulait construire les outils avec les acteurs de proximité et il n'y a pas de doute de la volonté de certains, mais se pose la question de l'égalité sur le territoire en la matière.

Parler de démocratie sanitaire, c'est finalement essayer de voir comment, dans l'esprit de la loi, nous pouvons y ajouter des éléments positifs qui permettent à l'ensemble des acteurs d'être coassociés à ces trois niveaux. C'est le sens finalement de ce que l'Ordre essaie de dire depuis plusieurs années maintenant à ce niveau.

### Mme Ruth ELKRIEF

Comment un patient, un usager santé, peut-il être acteur de sa santé ?

### M. Nicolas BRUN

Je veux d'abord vous dire l'inquiétude de la population. Nous avons un peu regretté que dans le Grand débat annoncé il n'y ait pas cette question de la santé, alors même que tous les sondages que l'on peut voir et tous les débats que nous avons pu animer montrent bien que les questions ayant trait à la santé, pas simplement à sa propre santé, mais également à l'organisation du système de santé, constituent un sujet qui intéresse la population et la population veut en débattre.

On peut reprocher aujourd'hui que ce débat n'ait que très peu eu lieu. Il y a eu les états généraux de la santé en 1998, mais depuis il n'y a pas eu grand-chose, mais pour pouvoir participer il faut comprendre et pour pouvoir comprendre il faut participer. Donc, on voit bien qu'il y a une nécessité d'une pédagogie et d'un débat sur ces grands enjeux que l'on a évoqués ce matin.

Lorsqu'on parle de télémédecine à la population, la réaction pour une partie, quand on anime ce genre de débat, c'est « vous nous proposez de remplacer notre médecin par une caméra », parce qu'on n'a jamais expliqué aussi l'intérêt que peuvent avoir ces nouveaux outils dans leur prise en charge. On est toujours sur une vision très négative de ces évolutions technologiques et on ne montre pas au public l'intérêt que cela peut leur apporter. Il est vrai qu'il peut y avoir un décalage dans leur vision et leur ressenti quotidien. On leur parle de technologie, de neurotechnologie, biotechnologie, intelligence artificielle, etc., mais, eux, dans leur quotidien quand ils doivent appeler un médecin on leur dit qu'il n'y a plus de médecin parce qu'il est parti à la retraite.

Il y a donc là un vrai enjeu de pédagogie de monter des débats publics sur les grandes questions de ces évolutions. Je prendrais l'exemple de la mise en place des communautés hospitalières de territoire pour lesquelles il n'y a pas eu un débat public sur cette transformation, comme pour la mise en place du groupement hospitalier de territoire.

À part peut-être en Franche-Comté, il n'y a eu quasiment pas de débat du public, alors même que ce sont des éléments qui vont impacter la relation quotidienne que peuvent avoir les usagers vis-à-vis de leur système de santé.

On leur parle de graduation de l'offre, mais qu'est-ce que la graduation de l'offre s'il faut faire 20 km ou 30 km et qu'on n'a pas de voiture ?

Qu'est-ce que la graduation de l'offre si quand on appelle la nuit ou le week-end et qu'on n'a pas de médecin ? Donc, il faut expliquer et démontrer que ce ne sont pas des éléments qui vont de soi et qu'effectivement les propositions qui sont faites pour transformer l'organisation du système de santé auront des conséquences sur la prise en charge.

Quant à la participation, oui il y a la participation et la codécision, mais il nous semble extrêmement important, notamment sur l'élaboration des parcours de soins, que les patients puissent participer à l'élaboration ces parcours. Là encore, nous sommes effarés que l'on puisse mettre en place des parcours de soins sans demander à des malades, qui sont souvent des malades chroniques qui vivent depuis 10 ans, 15 ans, 20 ans, 30 ans ou 40 ans avec une pathologie et qui ont passé tous les échelons de ce parcours, d'être associés à l'élaboration de ces parcours et alors même qu'ils sont un formidable observateur de ce qui va bien, mais aussi ce qui va mal.

Je terminerai sur les indicateurs qualité, ce sont des éléments prévus dans le projet de loi. L'objectif n'est pas d'en faire 40, parce qu'ils ne seront pas suivis, mais qu'il y ait, selon nous, quelques indicateurs de qualité comme à l'étranger qui proviennent des usagers, c'est-à-dire qui proviennent de la façon dont le patient a vécu le parcours. Il nous semble extrêmement important que le destinataire final de toute cette organisation puisse s'exprimer et pas simplement à travers un questionnaire de satisfaction, et puisse cocréer avec les professions de la santé ces indicateurs qui puissent permettre après d'évaluer les propositions qui leur sont faites.

Enfin, la participation des patients à la formation des professionnels de santé qui se développe dans le social et le médico-social doit se développer dans le sanitaire.

On voit bien aujourd'hui qu'il y a un mouvement, et nous l'avons porté dans le cadre de la démarche Associations nos savoirs, avec un appel de beaucoup de signataires à ce que les personnes puissent participer à la formation des professionnels. Cette participation ce n'est pas simplement à travers le côté classique du témoignage qui a son intérêt et qui doit demeurer, mais également de participer comme co-enseignant. C'est ce qui se fait par exemple à l'université Paris 13 sur la formation de médecin généraliste en fin de parcours où il y a un professionnel de santé et un patient, qui a été formé à cela, qui enseigne justement la relation au patient, cette vision que peut avoir le patient d'une prise en charge. Quand on voit les évaluations faites par les étudiants, c'est une plus-value extrêmement importante.

Donc, participation, information, pédagogie.

#### **Mme Ruth ELKRIEF**

Je pense que les médias ont leur part dans toute cette réflexion.

#### **M. Jérôme MARTY**

Je remercie le Président BOUET d'avoir osé aborder ce problème qui n'est jamais abordé et qui au fond est à la tête de tous les échecs comme il peut être à la tête de toutes les réussites.

On ne peut pas parler démocratie sanitaire sans parler de gouvernance. Cela fait des années et des années que nous avons une gouvernance verticale malgré les ARS, une gouvernance qui est faite d'administration et qui oublie les patients et les soignants. Nous sommes dans un système où ceux qui font le soin, ceux qui sont le soin et ceux qui vivent le soin, c'est-à-dire l'administration, les soignants et les patients, sont en silo et chacun se méfie de l'autre. Nous sommes dans une espèce de dynamique de défiance qui fait tous les échecs.

Nous devons entrer dans une dynamique de confiance et pour cela il n'y a qu'une seule solution dont Patrick BOUET a parlé, c'est la cogestion et la vraie cogestion. Tant que nous n'aurons pas compris qu'à chaque étage décisionnel du soin, nous devons avoir une gestion tripartite, à la fois par les patients et leurs représentants, les soignants et leurs représentants, et l'administration à égalité de pouvoir et avec droit d'opposition, nous ne réussirons pas. À chaque fois que l'on dit cela, on nous répond que c'est utopiste, sauf que le système va tellement mal que personne ne prendra la responsabilité de le bloquer. Par contre, en donnant la cogestion à chaque étage du soin, nous aurons gagné la confiance et si nous avons gagné la confiance nous aurons gagné.

#### **M. Olivier VERAN, Député LaREM de l'Isère**

Merci pour l'invitation, je suis heureux de revenir pour parler de démocratie sanitaire. Il est vrai que d'habitude quand on parle de démocratie sanitaire en politique, on parle de la place de l'utilisateur dans le système de soins parce que l'accès aux soins et la santé en général sont devenues de vraies revendications politiques. Je parle volontiers de la métamorphose du patient en usager. Le patient, c'était le modèle « ancien » qui était plutôt passif dans une relation asymétrique entre celui qui savait écouter, le médecin, et celui qui ne savait pas, le patient. Puis les choses ont changé, le patient est devenu beaucoup plus actif dans la connaissance de sa maladie. Il y a beaucoup de médecins dans la salle et je consulte régulièrement encore au CHU et on a des patients qui viennent avec la fiche Orphanet de la maladie dont ils ont fait eux-mêmes le diagnostic et qui sont de plus en plus soucieux de la façon dont on va les soigner et c'est très bien. Néanmoins la santé, c'est aussi un secteur qui est peuplé de représentations.



Canguilhem disait « la santé a remplacé le salut », c'est devenu presque un dogme et il faut faire très attention quand on fait de la politique de santé parce que parfois un mot peut devenir une crise.

Il faut être capable d'entendre et de donner la place que souhaitent prendre aujourd'hui les usagers dans le système de soins. Nicolas BRUN a parlé des patients experts, c'est très bien. Les universités de patients commencent à former des usagers pour qu'ils puissent intervenir directement dans les formations et les parcours. Il y a de plus en plus d'usagers intégrés dans les conseils d'administration des grandes agences, on en parle pour le CEPS, c'est aussi le cas à la Haute autorité de santé.

Je crois que le virage numérique est un virage qui permettra aussi aux usagers d'avoir davantage de place. D'une part, ils ont une autre source d'informations que celle de leur médecin et d'autre part, ils ont une source aussi pour exprimer leurs revendications et faire remonter un certain nombre de sujets, certaines crises de communication comme le Levothyrox et d'autres choses. Probablement qu'on aura moins de scandales sanitaires demain quand ils seront détectés plus tôt grâce à cela.

Vous m'interrogez sur la question de la démocratie sanitaire sous l'angle de la participation des professionnels. Hier soir à Grenoble dans ma circonscription, j'ai organisé un grand débat sur la protection sociale et la santé ce n'est pas dans le thème, mais c'est mon dada. 200 personnes sont venues, dont beaucoup de sachants et de personnes qui ne sont pas du milieu. Cela s'est un très bien passé, il y a eu beaucoup de choses constructives. Je vous conseille vraiment de l'organiser dans vos territoires respectifs car cela attire énormément de monde et c'est passionnant. Comment est-ce qu'on concerte les professionnels et jusqu'où va-t-on dans la concertation des acteurs de terrain ?

Nicolas BRUN parlait des états généraux de l'organisation de la santé, c'était 2008 pas 1998 parce que j'y étais, mais côté syndical à l'époque. Je venais donc avec les revendications corporatistes de mon syndicat des internes. J'étais à la table à l'époque et ai suivi le déroulé de tout cela. On était en fait souvent d'accord sur les diagnostics, on pouvait même tomber d'accord sur un langage commun sur les solutions à proposer, mais c'était dans le passage à l'acte et la mise en place pratique que cela devenait compliqué. Je citerai l'exemple de la coordination des parcours de soins, on avait une demi-journée sur le parcours du patient en ophtalmologie et le patient diabétique, tout le monde était d'accord pour dire qu'il faut mieux coordonner. On disait qu'il fallait donner les moyens à la structure de coordonner les soins de ne plus être payé à l'activité et d'avoir une vision plus globale. Quand on demandait qui serait le coordonnateur, les médecins généralistes levaient la main, il est le médecin pivot du patient, le diabétologue aussi parce qu'il fait le diagnostic et suit souvent les cas complexes et l'hôpital aussi parce qu'il a le plateau technique et que le plus gros des dépenses sera réalisé au sein de l'établissement de santé, tout comme le pharmacien qui cherchait depuis longtemps à avoir une consultation pharmaceutique experte dans les territoires et pouvait s'occuper du diabète et l'infirmière libérale disait que c'était elle qui allait chez le malade et assurait le lien entre tout le monde. Tout le monde s'est quitté bons amis à la fin de la discussion, tout le monde était d'accord pour coordonner, mais quand il faut passer à l'acte c'est plus compliqué.

Quand on est côté politique publique, c'est dans le passage à l'acte qu'on est très regardé et attendu. On ne peut pas mettre tout le monde d'accord, c'est très compliqué. Il y a une modalité qu'on a prise depuis le début du mandat, c'est plus girondin que ce qu'on était auparavant, puisqu'on a dit finalement aux gens — puisqu'ils nous disent qu'il y a des carcans, des rigidités et qu'ils ont plein d'idées,

qu'ils allaient faire leurs territoires, mais qu'aujourd'hui la loi, le droit, les normes, les règles, les empêchaient — qu'on supprime toutes règles « en théorie » et qu'on leur confie le soin de nous dire comment ils souhaitent organiser les soins demain. Après la technostructure reprend ses droits et je pense que c'est beaucoup plus compliqué, hélas, que ce qu'il faudrait que ce soit. Il faut qu'on travaille à la certification, mais dans le principe c'est l'article 51 et autres, c'est dire aux professionnels organisez-vous dans les territoires, faites-nous remonter des propositions, je vois plein des équipes hospitalières et libérales partout qui ont des propositions superintéressantes qui vont permettre d'expérimenter demain de nouvelles façons de soigner.

Finalement, on est en train de dire aux acteurs qu'on est tous d'accord sur le diagnostic, mais sur la mise en place pratique on n'est pas sûr d'avoir la vérité, donc peut-être qu'ils ont, eux, la bonne façon d'innover. Je pense qu'il faudra être très vigilant pour voir si effectivement cela produit ou non des résultats.

Après on n'a pas un système de santé si mauvais en France si vous lisez le Lancet et les journaux économiques qui se satisfont de l'organisation des soins en France, même si on peut toujours faire mieux. Il faut évidemment faire mieux et pour cela on a besoin des professionnels. Je sais que le Président BOUET est extrêmement attentif avec l'Ordre, comme les syndicats dans leurs responsabilités, sur la façon dont les politiques publiques se saisissent de ces grandes questions et vous associent. Vous êtes très actif et c'est très bien de nous piquer quand vous estimez qu'on n'est pas suffisamment à l'écoute ou que l'on ne va pas suffisamment dans la bonne direction. Je sais aussi que vous savez très bien que l'art est difficile que mettre tout le monde d'accord est extrêmement complexe et que c'est dans les faits qu'on sera jugé demain.

Je crois qu'on a là un bel exercice législatif et le côté ordonnance nous permet en plus de faire durer le plaisir entre guillemets sur plusieurs mois puisque entre le moment où on habilite le Gouvernement à prendre des ordonnances et le moment où l'on ratifie ces ordonnances, il y a des mois de concertation.

Ne le voyez pas comme une façon d'é luder le débat, c'est une façon de vous dire ce débat-là ne doit pas avoir lieu dans l'enceinte du Parlement entre 577 personnes qui portent l'écharpe tricolore, mais entre les instances dirigeantes de notre pays et les acteurs dans les territoires. Je vous remercie.

#### **Mme Ruth ELKRIEF**

C'est le moment de la conclusion, je vous remercie tous d'avoir contribué à ce grand débat sur la médecine qui mériterait d'être télévisé et d'être aussi porté à la connaissance de tous.

#### **M. Patrick BOUET**

Je vous remercie tous de ce moment intense de participation parce que c'était un peu aussi une espèce de défi de se dire que la Santé devait s'intégrer dans des grandes interrogations qui sont celles du moment. Aborder et regarder tous ensemble certaines priorités et de questions et n'é luder aucun propos était aussi, pour nous, une façon de nous inscrire dans cette démarche. Monsieur le Député, Cher Olivier, nous avons bien sûr interpellé les parlementaires, ils étaient quelques-uns à nous accompagner.

Comme beaucoup d'acteurs aujourd'hui il faudra qu'avec le Parlement, même si les enjeux seront collectifs, nous puissions faire évoluer certaines imprécisions, questionnements, réticences ou inquiétudes, mais en même temps certains espoirs et certaines grandes attentes. Je crois que notre débat aujourd'hui a démontré qu'il n'y a pas d'immobilisme dans le monde de la santé.

Finalement, alors que depuis de nombreuses années on disait que le monde de la santé était un monde qui s'autoprotégeait et qui cherchait à rester dans un environnement de stabilité, on voit bien — et cela s'illustre ce matin — qu'il veut que cela change et évolue, parce que même si vous dites que notre système de santé est encore un système de santé bien classé et bien analysé par les acteurs, il y a dans la pratique quotidienne de ce système de santé des angoisses et inquiétudes qui ne sont pas bien sûrs que celles des professionnels de santé et Mme MAINCION l'a dit pour les maires et les élus départementaux et régionaux, comme un grand nombre de représentants professionnels pour les professionnels de santé.

Il y a des interrogations fortes pour les usagers de santé et la responsabilité du parlementaire est d'entendre tous ces éléments pour écrire et préciser un texte qui, même s'il sera complété par des dispositifs ultérieurs — et j'entends bien votre message —, s'il n'est pas précis et clair dès le départ, nous savons ce qui peut advenir des textes qui seront écrits. Je conclurai comme j'ai commencé, il y a quelques jours, on a signé un décret de la loi HPST qui date de 2007. Bien sûr, les délais sont écrits dans la loi, mais il serait dommage que, nous ayant disparu, vous, qui serez encore là, ayez à rédiger et signer ce type de texte dans une dizaine d'années.

Merci à tous et bonne fin de journée.

[www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)

CONSEIL NATIONAL  
DE L'ORDRE DES MÉDECINS  
4 rue Léon Jost  
75017 Paris  
Tél. : 01 53 89 32 00

[conseil-national@cn.medecin.fr](mailto:conseil-national@cn.medecin.fr)

 [@ordre\\_medecins](https://twitter.com/ordre_medecins)