

Actes du 10^{ème} anniversaire des Unions Régionales des Médecins Libéraux

16 octobre 2004 - Lyon

*Une édition réalisée par
l'Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes*

ACTES
du
10^{ème} ANNIVERSAIRE
DES UNIONS RÉGIONALES DES MÉDECINS
LIBÉRAUX

LYON

16 octobre 2004

SOMMAIRE

<i>I – Accueil par Jacques CATON et Pierre MONOD</i>	<i>p 7</i>
<i>II – Intervention de Philippe DOUSTE-BLAZY</i>	<i>p 9</i>
<i>III – Table ronde : un peu d'histoire... les origines des Unions.</i>	<i>p 11</i>
<i>IV – Table ronde : les Unions régionales des médecins libéraux vues de l'extérieur.</i>	<i>p 13</i>
<i>V – Intervention de monsieur Xavier BERTRAND</i>	<i>p 16</i>
<i>VI – Atelier 1– démarche qualité – évaluation des pratiques professionnelles.</i>	<i>p 17</i>
<i>VII – Atelier 2 – conditions de travail : permanence des soins/maisons médicales de garde, démographie – organisation du travail</i>	<i>p 19</i>
<i>VIII – Atelier 3 – systèmes d'information : dossier médical partagé – transmission des données.</i>	<i>p 21</i>
<i>IX – Table ronde : quel avenir pour les Unions ?</i>	<i>p 23</i>
<i>X – Clôture de la journée</i>	<i>p 26</i>

(La séance est ouverte à 9 heures 55)

MOT D'ACCUEIL

Monsieur CATON

Monsieur le Ministre, Monsieur le Préfet de Région, Monsieur le Président de la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale, Monsieur le Directeur de l'UNCAM, Messieurs les Directeurs d'ARH, Messieurs, Mesdames les Présidents, Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs, chers confrères,

En tant que Président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux, je voudrais, Monsieur le Ministre et au nom des 80 élus de la Région Rhône-Alpes et des 11 000 médecins rhônalpins, vous remercier d'être venus à Lyon à notre invitation et d'avoir accepté cette invitation pour les 10 ans des Unions.

Dix ans, il s'agit, certes d'une puberté précoce ; néanmoins, tout à fait réelle pour les Unions puisque celles-ci ont acquis leur maturité et je ne doute pas que cette journée sera mémorable pour nous.

Je voudrais vous remercier d'être venu à Lyon, qui est une ville médicale et universitaire par excellence. Il faut se rappeler que François Rabelais a travaillé à l'Hôtel-Dieu et il n'est que de se promener dans les rues de Lyon pour voir des noms qui vous seront chers. Passez dans la rue Chauveau, sur le quai Claude Bernard, vous pouvez accéder à la rue Pasteur, à la rue Jaboulay, à la rue du Professeur Grignard ; à la Croix-Rousse, vous pouvez trabouler dans la rue Pouteau, de la place Gensoul, on peut aller à la rue Bichat, et je n'oublierai pas Léopold Ollier, qui fut le créateur de la chirurgie orthopédique. À propos de chirurgie orthopédique, je ne voudrais pas oublier non plus qu'en ce moment même, dans l'amphithéâtre, deux étages en dessous, se tient un congrès avec 600 chirurgiens orthopédistes qui sont réunis ici encore ce matin, pour une réunion traditionnelle des Journées lyonnaises de chirurgie du genou.

Je voudrais, pendant quelques secondes, troquer ma casquette de Président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux pour celle de Président du Syndicat National des Chirurgiens Orthopédistes. Après l'accord du 24 Août, il reste encore un problème au niveau de la chirurgie hospitalière et, pour nous, le problème de la chirurgie ne sera vraiment réglé que si on règle au mieux le problème de la chirurgie à l'hôpital, sans cela on ne réglerait pas le problème de la démographie chirurgicale.

Il faut savoir que la démographie fait partie des études innombrables menées par les Unions. Dix-huit études dans la Région Rhône-Alpes, mais je ne voudrais pas empiéter sur le discours de Pierre MONOD, à qui je cède la parole, et qui vous accueille officiellement au nom des Présidents d'Unions.

Monsieur MONOD

Rassurez-vous, Monsieur le ministre, je ne vous parlerai pas des problèmes spécifiques des rhumatologues... ! Mais, ils en ont.

Merci, Monsieur le ministre, d'avoir accepté de participer à notre anniversaire. Merci également à Monsieur Xavier BERTRAND, notre Secrétaire d'Etat à l'assurance maladie, que nous aurons l'honneur d'accueillir, ainsi que Monsieur DUBERNARD, Président de la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale qui clôturera notre journée. Merci, Messieurs les députés, sénateurs et élus d'être là. Et merci à Monsieur VAN ROEKEGHEM, nouveau directeur de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, que nous avons côtoyé lorsqu'il était directeur de Cabinet de Monsieur le ministre, et dont nous avons fortement apprécié la capacité d'écoute, et je pense que cela augure bien.

Merci à nos invités de participer à notre fête, parce que c'est quand même une fête.

Madame Simone VEIL et Monsieur René TEULADE, qui ne peuvent être à nos côtés aujourd'hui, nous ont adressé des messages de soutien qui nous touchent.

Alain COULOMB, retenu par le séminaire de réflexion sur le Dossier Médical Personnel et Philippe BOUTIN, Président de l'URML Poitou-Charentes, ne peuvent être avec nous. Nous aurions voulu témoigner ensemble de notre partenariat fort avec l'ANAES, et j'y reviendrai, Monsieur le ministre.

Merci à Claude MAFFIOLI et Patrick BREZAC d'être avec nous, nous leur devons beaucoup. Tout à l'heure, nous évoquerons l'historique de la création des Unions.

Merci à Jacques CATON, Bernard ROUGIER et leurs collaborateurs, de nous accueillir dans la capitale des Gaules et d'avoir, avec Jean-Yves HASCOËT et ses Bretons, organisé cette manifestation.

Merci à tous mes collègues de la Conférence des Présidents de leur investissement dans leurs régions pour que la fête soit une réussite. Vous avez devant vous, Monsieur le ministre, les 26 Unions que compte la France. Elles sont toutes là : de Dunkerque à Bonifacio, de Cayenne à Saint-Denis de la Réunion, des Abymes à Fort de France. Vous avez constaté leur richesse en visitant les stands.

Merci aussi à tous nos collaborateurs, à nos experts et, plus généralement, à tous ceux qui nous assistent et nous conseillent au quotidien. Merci de leur implication et de leur dévouement.

Et puis, merci à vous tous d'avoir fait le déplacement jusqu'à Lyon pour témoigner du travail accompli pendant ces 10 ans, et surtout imaginer l'avenir.

Monsieur le ministre, tout d'abord, je souhaite rendre hommage à tous les élus, hommes et femmes, qui, depuis 10 ans, jours après jour, soirée après soirée, s'investissent pour faire avancer la profession.

Leur engagement se fait en prenant du temps sur leur vie professionnelle et familiale parce qu'ils sont des médecins passionnés par leur métier.

Élus sur des listes syndicales au suffrage universel de l'ensemble des médecins libéraux, avec un taux de participation largement digne des dernières élections, ces médecins sont en contact direct avec la profession, et c'est là une des forces de nos Unions. Et tout comme les syndicats dont nous sommes issus, nous avons la volonté de mériter la confiance de nos électeurs. Notre ambition est que chaque médecin se retrouve dans nos travaux et que chacun de nos travaux rende service à la médecine libérale, mais surtout à nos patients.

Dans cet esprit, nous voulons porter la profession vers l'exigence de qualité, mission que nous avons reçue de nos syndicats.

Vous avez, Monsieur le ministre, lors de votre arrivée, je devrais dire lors de votre retour avenue de Ségur, dressé le portrait de votre médecin idéal. Je vous cite : **"Mon médecin idéal, c'est celui qui aime son métier, celui qui est prêt à tout faire pour valoriser sa place dans la société, celui qui a du bon sens, c'est-à-dire qu'il sait tirer les leçons nécessaires chaque fois qu'il s'est trompé, et cela est vrai en médecine comme en politique. Et puis, le médecin idéal, c'est aussi celui qui a un peu plus d'intuition qu'un autre et qui aime les autres, même loin des micros et des caméras."**

Oui, Monsieur le ministre, nous partageons ce portrait qui nous engage dans la démarche qualité. L'évaluation des pratiques professionnelles est un de nos grands chantiers.

Du décret de décembre 1999, sans conteste toujours d'actualité, à aujourd'hui, un long chemin a été parcouru. Avec Yves MATILLON, puis Alain COULOMB et leurs collaborateurs de l'ANAES, nous avons su construire un partenariat fort et exigeant.

L'évaluation des pratiques professionnelles, désormais obligatoire, est acceptée par la majorité des médecins ; les récents sondages le prouvent.

Cependant, certains considèrent son déploiement trop lent. Jugement inapproprié et partial.

Oui, l'évaluation des pratiques professionnelles doit être évolutive. Oui, elle doit avancer rapidement. Pour cela, nous devons nous ouvrir à d'autres formes d'évaluation et préciser les liens avec la formation médicale continue.

Je peux annoncer ici, Monsieur le ministre, de nouvelles initiatives en collaboration avec les Commissions Médicales d'Etablissement et les cliniques pour y développer rapidement l'évaluation des pratiques.

Nous vous soumettrons, très prochainement, des propositions concrètes afin que les médecins disposent d'un système souple, pragmatique, simple et valorisant.

Monsieur le ministre, l'évaluation des pratiques professionnelles peut réussir à la seule et unique condition qu'elle soit organisée et garantie par la profession, et elle seule. Et nous sommes d'accord, Monsieur le ministre, seules les Unions ont la légitimité pour garantir indépendance et transparence. Nous souhaitons donc que la mission d'évaluation des pratiques professionnelles, inscrite dans la loi de 1993 portant création des Unions, soit reconnue dans les décrets d'application à venir et dotée des financements permettant d'en assurer pérennité et rapidité de mise en œuvre.

Impossible de citer ici l'ensemble des études réalisées par les Unions, elles sont trop nombreuses et, pourtant, bien que passionnantes, elles n'ont pas eu l'écho mérité faute de communication.

Dans ce but, nous mettrons en place très rapidement un espace des URML où tous les travaux de toutes les Unions seront recensés et mis à la disposition de tous. Je suis sûr qu'ainsi la fonction d'expertise des Unions sera mieux connue, donc reconnue.

Je souhaite également aborder très rapidement quatre sujets qui nous occupent, je dirais même nous préoccupent : la démographie, les échanges d'informations avec le Dossier Médical Personnel, la régionalisation du service de santé et une relecture de la loi de 1993 la complétant. Une réelle politique de la démographie médicale peut être conduite uniquement si elle s'accompagne d'une analyse fine de l'existant en régions.

Concernés directement par ce sujet – de nombreux travaux en témoignent – nous étions pourtant absents de l'Observatoire National de la Démographie. Nous avons été entendus et sommes, par décret du 12 octobre 2004, membres à part entière du Comité de la démographie médicale. Cependant, le futur répertoire des professionnels de

santé ne sera réellement pertinent qu'à la seule condition qu'il s'appuie sur une démarche de terrain analysant précisément, et en permanence, les évolutions du corps médical. C'est donc là que notre utilité est évidente.

De nombreuses Unions ont également joué un rôle fédérateur dans la permanence des soins, par la mise en place de maisons médicales de garde, et de régulation, avec la présence de médecins libéraux au sein des centres 15 ou en relation avec eux, pour créer une structure spécifique et innovante, comme par exemple en Midi-Pyrénées, région que vous connaissez je crois. Nous avons, au printemps, organisé un colloque sur ce sujet, ici, à Lyon.

Les échanges d'informations ont été, depuis leur début, un sujet phare pour les Unions. Plusieurs expériences de Dossier Médical Partagé ont été menées avec succès dans les Unions.

C'est cette valeur ajoutée, cette expérience que nous souhaitons apporter à la mission COULOMB. Les médecins ont besoin d'un outil simple, ergonomique et professionnel, valorisant le dossier "métier" sans être vécu comme une contrainte supplémentaire car notre plus grand luxe est le temps consacré à nos patients.

Ce Dossier Médical Personnel est avant tout conçu pour nos patients. Il doit être totalement indépendant et organisé autour de la relation patient/médecin. Et sa réussite dépend de l'intérêt qu'il a du patient, de ses médecins et des autres professionnels de santé.

Soyez assuré, Monsieur le ministre, de notre engagement sur ce dossier.

Nos travaux sur le cahier des charges concernant la transmission des données aux Unions avancent et nous nous rapprochons du GIE Sésame Vitale. Nous voulons mener à bien notre mission de recueil d'informations issues de la médecine libérale. Par ailleurs, nous attendons avec intérêt la création de l'Institut des données, afin de pouvoir, par nos requêtes et par la création de départements d'informations médicales dans nos Unions, assurer nos missions d'analyse du système de santé libéral.

La création de ces DIM des Unions régionales, miroir des DIM des établissements, est essentielle pour mener à bien nos missions d'expertise au service de nos patients.

Monsieur le ministre, le développement de ces DIMUR demande des moyens qui dépassent nos capacités budgétaires actuelles ; il convient d'y remédier.

La régionalisation du système de santé doit trouver un nouvel essor. Sans vouloir co-gérer la Région - l'Etat doit garder ses prérogatives - il nous

semble indispensable que notre expertise régionale soit entendue avant de définir une politique régionale de santé publique.

Exclus des Commissions Techniques du Fonds de Dotation des Réseaux chargées de définir les priorités régionales de santé publique et d'analyser des dossiers, nous souhaitons y participer, tout comme nous participons, dans de nombreuses régions, au Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), dont nous souhaitons la pérennisation, Monsieur le directeur.

Cela dit, trop souvent, nos collègues ont l'impression de servir de caution dans les très nombreuses réunions où ils sont conviés.

Monsieur le ministre, une Commission Permanente Régionale, constituée telle que nous l'avions proposée, permettrait une vision transversale des dossiers et nous rendrait tous, nous comme les administrations, plus efficaces. Aussi, nous souhaitons faire partie à part entière des futures Missions Régionales de Santé et que cela soit reconnu dans les textes.

Monsieur le ministre, je vous sais soucieux des contraintes budgétaires de l'assurance maladie, et au-delà de la collectivité, c'est-à-dire de la Nation, sans malice de ma part. Notre apport peut être fructueux, uniquement dans la mesure où nous avons les moyens nécessaires pour décliner en régions vos impératifs nationaux qui, eux-mêmes, doivent prendre en compte au préalable la réalité du terrain que nous avons le devoir d'exprimer.

Enfin, Monsieur le ministre, nous avons deux demandes à vous faire. C'est une fête, un anniversaire ! Et je voudrais, au nom de mes confrères, qu'elles soient bien entendues. Pardon, en cet instant, de ce ton un peu solennel.

La première demande concerne la protection personnelle des élus que nous sommes. Les Unions, tout comme la Conférence Nationale des Présidents, ne sont pas dotées de la personnalité morale. Même si cette personnalité morale est de fait, nos juristes nous font remarquer que la loi de 1993 et le décret de février 2004 portant sur la transmission des données aux Unions, doivent être complétés par un texte dotant les Unions et la Conférence Nationale des Présidents de la personnalité morale protégeant les élus du risque de mise en cause personnelle.

La seconde demande concerne la Conférence Nationale des Présidents. Nous souhaitons qu'enfin son rôle de coordonnateur des Unions et d'interlocuteur national des pouvoirs publics, en ce qui concerne

son Président, soit reconnu par un arrêté de mission et qu'un financement autonome et pérenne lui soit assuré.

Monsieur le ministre, nous sommes conscients de l'importance, de l'impérieuse nécessité de réussir la réforme de notre système de santé conduite sous votre autorité. Nous savons qu'il s'agit là d'un rendez-vous majeur. Vous pouvez compter sur les vingt-six URML pour accompagner la réforme, dans le cadre des missions fixées par la loi, dont nous fêtons les 10 ans de mise en place le 16 octobre.

C'est vrai que vous, ou d'autres, pouvez trouver que nous sommes parfois un peu bruyants, voire intempestifs, d'une exigence de temps à autre maladroite, fouguese, mais nous sommes, Monsieur le ministre, des passionnés. Et puis, nous avons 10 ans, juste 10 ans !

Intervention de Monsieur DOUSTE-BLAZY

Monsieur DOUSTE-BLAZY

Il est difficile de prendre la parole après le Président. Vous avez fait un excellent discours et je vous félicite parce qu'il est mesuré, il est responsable. Mesdames, Messieurs, je voudrais vous dire combien je suis heureux de venir ici, à cet anniversaire. Bon anniversaire !

Si je suis venu, en réalité, ce n'est pas de manière obligée. Je n'ai pas senti la nécessité de venir parce que c'était les URML qui se retrouvaient. Je suis venu parce que je pense profondément que vous allez être des acteurs majeurs de ce que nous venons de construire, avec Jean-Michel DUBERNARD, que je salue ici, comme Président de la Commission des Affaires sociales et culturelles de l'Assemblée nationale. Nous avons voulu un texte de responsabilisation.

Je vais donc vous dire ce matin ce que j'attends de vous, et vous avez eu raison de dire ce que vous attendez de moi, car il n'existe pas de lien entre des personnes s'il n'y a pas d'intérêts partagés. C'est plus une réunion de travail pour moi qu'un discours comme cela, un peu classique.

Je voudrais saluer, bien sûr, en le remerciant, le Préfet de Région. Je voudrais saluer Frédéric VAN ROEKEGHEM, qui est le nouveau directeur de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, qui va être le futur directeur de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie. J'en dirai un mot parce que c'est un choix politique que nous avons fait.

Je salue Jacques CATON, le Président de l'URML Région Rhône-Alpes et je le remercie de ses mots d'accueil, Claude MAFFIOLI, tous ceux que je ne peux pas saluer, pardon. Mais, à vous, Monsieur le Président, je voudrais vous dire un mot personnel. Simone VEIL, il y a 10 ans, et j'étais son ministre délégué, j'étais à ses côtés, j'apprenais ce qu'était un grand ministère comme celui-là, vous a mis sur les fonds baptismaux. C'est elle qui a pensé à cela, et je pense à elle ce matin parce que c'est une vision positive qu'elle a eue.

Je me félicite du rôle que vous avez. Personne ne remet aujourd'hui en cause les URML. Il n'y a pas une personne qui remette en cause les URML. Différenciez toujours dans la vie, et en particulier d'élus, ceux qui veulent être à votre place, c'est normal et, par contre, je dirais, la société. Si personne ne veut être à votre place, c'est très mauvais pour vous. Si vous ne gênez personne, c'est ennuyeux. Personne, en réalité, pas de ministre, pas d'homme politique d'opposition, de majorité, ne remet en cause les URML. Vous avez votre place.

Pourquoi avez-vous votre place ? Parce qu'elle est basée sur deux éléments fondamentaux pour lesquels je suis là : la promotion de la qualité et le soutien à la gestion du système de santé.

Le nombre de fois où j'ai entendu : **“De toute façon, les médecins sont individualistes. Il n'y a que leur clientèle qui les intéresse. Ils ne s'intéressent pas à l'intérêt général”**. Vous êtes en train de prouver le contraire. C'est historique, ne vous trompez pas ! Vous avez dit que 60 à 70 % de gens participaient à vos élections : qui aurait pu croire que 70 % des médecins libéraux allaient voter pour quelqu'un, pour s'occuper de la médecine ? Il y a 10 ans, quand on a créé cela avec Simone VEIL, jamais on n'a cru que ce serait le cas. Il faut savoir que les syndicats, dans le privé, quand on dit FO, CGT, CFDT, CGC, CFTC, c'est 2 % des salariés.

Je prendrai deux exemples sur la promotion de la qualité et de soutien à la gestion.

D'abord, les études et l'action des URML dans la démographie médicale. J'en dirai un mot tout à l'heure. Je voyais tout à l'heure, par exemple la Région Centre : on sait très bien que, dans la Région Centre, il y a un problème majeur de démographie médicale. Je voyais Nord – Pas-de-Calais, ce qui se passe à Arras, le centre 15 : ce sont des choses majeures. Il n'y a que vous qui pouvez régler le problème.

Monsieur le Préfet, fermez vos oreilles un instant : les médecins libéraux ne peuvent pas penser un seul instant que le Préfet, un jour, les appelle en leur disant : il faut être là tel samedi, tel dimanche, tel lundi. Ce n'est pas dans notre culture. Ce n'est pas dans la culture des médecins libéraux. À l'inverse, les médecins libéraux ne demandent pas mieux que d'être au rendez-vous du service public. Simplement, c'est une manière de faire, une culture, et je pense que si on passe par les URML, par les médecins libéraux eux-mêmes, on arrive à des résultats qui sont bien meilleurs que par la contrainte.

Deuxièmement : l'évaluation des pratiques professionnelles. J'en dirai un mot tout à l'heure.

Alors, oui, vous devez amplifier votre action ; je suis d'accord. Il faut, vous avez raison, entamer une réflexion sur un éventuel changement de statut des URML. J'ai entendu ce que vous avez dit : la personnalité morale, les moyens financiers pour l'Union des Présidents.

Il faut le faire, et c'est là où je vois en effet la difficulté, tout à l'heure les ricanements, avec tous les partenaires médicaux. Si cela doit se passer dans mon bureau, cela se passera dans mon bureau, mais il faudra que nous ayons une discussion sur qui fait quoi. Il faut vraiment que l'on arrive à bien comprendre la

mise en puissance progressive des uns et des autres pour qu'il y ait une non-agression des différents partenaires car je me suis toujours aperçu que, chaque fois qu'il y avait, dans son milieu professionnel, des problèmes interprofessionnels, on passe tellement de temps à les régler qu'on ne s'occupe pas du vrai sujet. Vous pouvez compter sur moi, je sens qu'il y a quelque chose qui monte, je ferai tout pour régler cela parce qu'on a trop besoin de vous aujourd'hui. Je l'ai dit hier au Séminaire pour le Dossier Médical Personnel : il y a vraiment une trop grande responsabilité pour ce moment historique que vous avez pour le laisser passer.

Le seul but que nous ayons quand même, c'est l'égal accès aux soins. A ce sujet, je me permets de dire que j'ai vu, tout à l'heure dans les stands, que vous parliez de prévention. Attention ! Nous avons un système médical qui est le meilleur système du monde, tout le monde le dit, pour le système curatif. Quelqu'un est malade, il a besoin d'un médecin, très bien, c'est le meilleur système du monde. Il coûte cher, soit, mais c'est le meilleur. Nous sommes un des plus mauvais dans le système préventif. Et si on ne prend pas les médecins libéraux dans leur formation d'abord, et ensuite dans leurs pratiques, on n'arrivera à rien.

Deuxièmement, nous avons deux solutions, avec Xavier BERTRAND que vous allez recevoir tout à l'heure. Soit on faisait ce que tout le monde voulait, il y avait même une note de Bercy qui souhaitait cela, c'est-à-dire faire une régulation comptable. Il n'y a que deux solutions : une maîtrise comptable ou une maîtrise médicalisée. Si vous avez la maîtrise comptable, ne vous trompez pas : on ne fait pas la maîtrise comptable avec les médecins libéraux. On l'a vu en 1995. On ne fait pas de maîtrise comptable en laissant la médecine à la française, c'est mentir. La médecine comptable se fait en salariant les médecins, en changeant le système médical français. Ce n'est pas ce que nous avons voulu faire. On n'a pas voulu salarier les médecins, dérembourser les malades et augmenter les cotisations des Français. Là, c'est sûr que vous réglez le problème à court terme parce qu'à la sortie, la médecine est moins bien faite. Donc, cela n'a pas été notre choix.

Notre choix a été de faire une régulation médicalisée. Et je suis venu pour cela parce qu'en faisant la régulation médicalisée, nous avons fait le choix de la responsabilité. Je me permets de vous faire passer ce message parce que je le pense profondément : si les professions médicales, les malades, les politiques, les gestionnaires de l'assurance maladie ne se responsabilisent pas, ce système est foutu. Il n'y aura plus de système d'assurance maladie. Le Conseil National de la Résistance, 1945-1946, terminé !

Ce n'est pas un propos de circonstances, je le pense profondément. Le système sur lequel est basée aujourd'hui l'assurance maladie, c'est-à-dire un système universel, on ne souhaite pas y revenir dessus ; la seule solution, c'est la responsabilisation.

La responsabilisation de qui ? Des politiques, d'abord, parce que, chaque fois qu'il y a un problème, le politique arrive en tête et le politique lâche les choses. C'est-à-dire que le prix de l'électrocardiogramme ne doit plus se faire au quatrième étage de l'avenue de Ségur, dans mon bureau. C'est comme cela. Une démocratie moderne, c'est cela.

Deuxièmement, les politiques votent l'ONDAM (l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie). Il y a des gens qui, jour et nuit, des députés et des sénateurs, votent, parlent, discutent avec des convictions, et je les respecte ; l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie, on s'assoit dessus chaque fois. C'est comme s'ils ne faisaient rien puisqu'ils disent 3,8 ou 4,5 et cela passe à 6,5, 7. A quoi sert la représentation nationale ? Si les députés ne servent à rien, à ce moment-là, on le dit. C'est une catastrophe dans un pays démocratique. Il faut bien dire aujourd'hui que les députés d'opposition ou de majorité ne servent pas suffisamment sur des débats comme ceux-là.

Troisièmement : c'est la responsabilisation des professionnels, et juste avant, des gestionnaires de l'assurance maladie. Là, ne vous trompez pas : nous avons fait une révolution. On ne l'a pas trop dit parce que, sur le moment, c'est toujours difficile, quand vous faites passer une loi, vous essayez de passer le plus gentiment possible. Mais, on a fait quelque chose de lourd : on a mis en place un directeur de l'assurance maladie fort. On a mis un exécutif fort. Parce que, dans un système de 130 milliards d'euros, payé collectivement par tous les Français, on ne peut pas laisser s'en aller à vau-l'eau une maison, ce n'est pas possible. Il faut donc qu'il puisse y avoir une discussion entre vous, les professionnels et l'assurance maladie, mais il faut aussi qu'il y ait un pilote. Quand l'affaire ne marche pas, on dit : c'est lui qui ne fonctionne pas. Aujourd'hui, il n'y avait plus de responsabilisation, plus de responsabilité. Le ministre disait : c'est le directeur ; le directeur disait : c'est le ministre. Ensuite, tout le monde se mettait d'accord en disant : c'est les médecins qui continuent à prescrire beaucoup, les médecins ne pensent qu'à eux. Et c'est terminé comme cela. Et vous faisiez des grèves à des moments donnés, on vous relâchait des choses. On ne peut plus continuer comme cela. Il faut responsabiliser le système. Et je le dis aux syndicats de la même façon. Les discussions que nous avons eues avec eux étaient des discussions très dures parce qu'évidemment, c'est très facile quand vous êtes syndicat de dire : il faut

augmenter ceci, cela, il faut continuer à augmenter les remboursements. Seulement, le problème du déficit de l'assurance maladie, c'est toujours les mêmes qui sont dans la rue pour dire qu'il y a un déficit. On ne peut plus continuer l'hypocrisie.

Il y a là un rôle de l'exécutif, un rôle du directeur, qui va changer vos relations entre vous et les caisses. Pourquoi ? Parce que nous avons demandé que le directeur de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie ait un pouvoir direct sur les Caisses Primaires d'Assurance Maladie. Et je voudrais que les relations que vous avez avec les Caisses d'Assurance Maladie, qui sont mauvaises parce qu'aujourd'hui les médecins n'ont pas de bons rapports avec les Caisses d'Assurance Maladies au niveau local, s'améliorent. Ce sont souvent des rapports uniquement conflictuels. Il faut donc les améliorer. Et la seule manière pour les améliorer, c'est la confiance. Et la meilleure solution pour les améliorer, c'est une bonne convention.

Et vous allez avoir, dans les mois qui arrivent, une convention entre vous et nous, pouvoirs publics. Cela fait 10 ans qu'il n'y a pas de contrat entre vous et les pouvoirs publics. C'est totalement anormal. La dernière convention, c'est quand j'étais au Ministère de la Santé. De là à dire que quand je ne suis pas là, il n'y a pas de contrat, je n'irai pas jusque-là. Mais, ce n'est quand même pas normal.

Cette nouvelle convention est importante parce qu'elle va permettre de faire de la maîtrise médicalisée : mise en place du médecin traitant, le médecin de famille... Je crois beaucoup au médecin qui connaît le patient, qui connaît les ennuis de la famille, qui connaît un peu les enfants, ses antécédents, ses problèmes, ce qui permet d'éviter des actes redondants.

L'objectif est que ce parcours des soins soit opérationnel au début de l'année, 1er janvier 2005, et que la maîtrise médicalisée puisse faire l'objet d'engagements réciproques entre les parties conventionnelles. Ces engagements devront être suivis et déclinés au niveau local. Et si vous voulez expérimenter régionalement ou localement, nous sommes demandeurs. Si vous pensez qu'à certains moments, sur certaines maisons médicales, sur certaines manières de faire, il faut aller vers des expérimentations très originales, je vous remercie de me les proposer. Et je vous suivrai parce que c'est un pays qui, lorsque vous le réformez globalement, vous avez des risques majeurs de dysfonctionnement. Lorsqu'à l'inverse, vous essayez régionalement des choses, vous avez beaucoup moins de presse nationale, vous êtes plus tranquilles pour le faire et vous regardez, au bout de 2 ou 3 ans, s'il faut le nationaliser ou pas.

Cela s'appelle le droit à l'expérimentation ; Pierre MEHAIGNERIE l'a fait passer d'ailleurs au niveau de la loi, y compris au niveau de la Constitution.

L'amélioration de la qualité des soins, qui est au centre de la réforme, passe aussi par la généralisation de l'évaluation des pratiques. Je sais les efforts que les URML ont faits, mais il faut aller beaucoup plus loin. La loi du 13 août 2004 a rendu obligatoire cette évaluation des pratiques. Cette démarche de qualité est indispensable pour assurer à chaque patient qu'il sera soigné dans les meilleures conditions possibles. Elle permet ainsi de rénover le contrat de confiance entre le patient et le médecin. Elle devra s'articuler avec l'accréditation des équipes médicales et des établissements, ainsi que de la formation médicale continue. Tout cela ne forme qu'un.

La différence qu'il y a entre aujourd'hui et hier, c'est que les malades, les Français, sont informés en permanence. Nos métiers d'élus au niveau de la Nation ou de l'agglomération ou de la région ou de la ville, vous, au niveau des médecins, changent parce que l'information est là. Et, malheureusement, parfois, en plus, l'information est mauvaise. Quand on voit le nombre de sujets médicaux traités dans un 20 heures de TF 1, c'est incroyable. Parfois, on a l'impression que c'est une émission médicale, avec des choses quand même très limites. On doit faire avec. Mais ne vous trompez pas : ce que dit le journaliste de TF 1 est pris pour argent comptant, totalement. Il faut donc faire avec, et si on n'évalue pas les pratiques médicales, si on ne fait pas la formation médicale continue, si on continue à laisser dire aux Français que les pilotes d'Airbus sont en formation continue, que tous les métiers de France font de la formation continue et que seuls les médecins ne font pas de formation, ce n'est pas possible. On ne passera pas parce que les gens seront contre vous et contre nous. Il faut jouer la formation médicale ; ce que vous faites. Et je salue ici les responsables de la formation médicale. On les aidera.

Mais, en même temps, il faut évaluer les pratiques. Or, je ne permettrai pas que quelqu'un qui n'a jamais fait de clientèle, qui ne sait pas de quoi je parle, m'évalue. Parce que la vie d'un médecin libéral, c'est comme dans tous les métiers, il y a la pratique. Si on ne connaît pas la pratique, on ne peut pas se faire évaluer par quelqu'un qui ne connaît pas la pratique. À l'inverse, si on se fait évaluer par quelqu'un qui connaît la pratique, c'est pratiquement la plus belle journée du mois quand on se fait évaluer parce que c'est très bien de pouvoir parler avec quelqu'un. Je ne connais pas un médecin qui n'ait pas envie d'échanger parce que c'est sans arrêt une autocritique, sans arrêt un doute, sans arrêt la peur de mal faire, sans arrêt la peur de laisser passer quelque chose. C'est cela la vie

d'un médecin ; ce que les gens ne savent pas. Il ne vaut mieux pas d'ailleurs parce que, parfois, on ne leur dit pas.

Je crois donc à l'évaluation. Le problème, c'est que vous évaluez très peu, quand même. Il faut trouver une idée avec les URML pour élargir cette évaluation, cette auto-évaluation. Regardons comment on peut faire. S'il faut participer financièrement, regardons comment on peut le faire. Mais, c'est à partir de cette évaluation-là que vous verrez la diminution du coût des actes médicaux. Vous verrez la qualité de la médecine aussi remonter. Et là, pourquoi pas, s'il y a une diminution des actes médicaux, je ne demande pas mieux que de revaloriser les actes. La pire chose pour moi, c'est de voir qu'un médecin augmente le nombre d'actes pour gagner mieux sa vie. Cela, c'est pire que tout. On le voit dans d'autres secteurs : les actes baissent quand il y a une revalorisation. Le sujet n'est pas tabou, la seule chose, c'est qu'il faut commencer. La seule solution pour commencer, c'est l'évaluation pour que le nombre d'actes redondants baisse.

Autre outil fondamental de la maîtrise médicalisée : le Dossier Médical Personnel, qui fait l'objet à l'heure où je vous parle d'un séminaire. Nous avons enfermé 50 personnes pendant 2 jours et demi dans un hôtel parisien pour travailler, avec beaucoup de professionnels, des gestionnaires de l'assurance maladie, des professionnels de l'informatique. Sa logique est seulement médicale. J'ai bien aimé l'idée de dossier "métier". J'ai trouvé que c'était une très bonne idée. C'est la première fois que je l'entends : c'est une très belle définition. Il faut que le dossier médical soit un dossier "métier". Si c'est un dossier "métier", cela gagnera. Si, chaque médecin, devant son ordinateur, se dit : "C'est encore une idée de Douste, ras-le-bol, c'est la dernière trouvaille du ministre", c'est une catastrophe, cela ne se fera pas. Si les gens pensent que c'est une idée administrative, cela ne se fera pas. Si, à l'inverse, c'est un outil efficace pour le médecin (parce que je me permets de dire que j'y crois beaucoup pour l'amélioration de la pratique médicale des médecins), cela se fera. Vous le faites déjà, vous faites déjà un dossier, il n'y a pas un médecin qui n'écrive pas quelque chose, cela n'existe pas. Autant l'écrire sur le dossier médical et vous avez d'un coup les antécédents, la vision globale et aussi la vision des autres médecins qui se sont occupés du malade. Et deuxièmement, on peut vous donner aussi une aide au diagnostic, une aide au traitement, une aide à la bonne pratique, via les URML, et vous avez un rôle double à jouer : en tant que praticiens, mais aussi en tant qu'édicteurs de bonnes pratiques.

Pour que l'usage de ce Dossier Médical Personnel se développe au cours des trois prochaines années, il faut que les patients et les professionnels se

l'approprient. Le dossier médical doit répondre aux besoins des médecins, à leurs attentes, à faciliter leur exercice. Il ne doit pas générer un alourdissement des tâches administratives, mais au contraire, être un outil intégré à l'exercice du métier du praticien. Sa définition et son développement ne peuvent donc se faire qu'avec vous. C'est pourquoi nous le développerons dans le cadre d'un véritable partenariat.

La question est de savoir comment développer le dossier médical. J'aimerais avoir l'avis de l'Union, d'ailleurs. Soit nous décidons de faire quelque chose d'exhaustif et on commence progressivement dans toutes les régions de France, chez tous les médecins, et on a un risque à la sortie d'avoir un taux faible ; soit on montre l'efficacité de cette affaire en prenant des bassins de vie et en allant exhaustivement dans ces bassins de vie et en tirant de l'expérimentation de ces bassins de vie des enseignements pour l'avenir.

Je crois beaucoup au Dossier Médical Personnel. Est-ce que cela sera fait en 2007 ? Je l'espère. En tout cas, il faut le faire le plus vite possible.

Pour réussir la maîtrise médicalisée, vous devez pouvoir, comme les autres professionnels, c'est-à-dire l'assurance maladie, vous reposer sur des références médicales incontestables et sur des référentiels de traitement. Je salue ici Monsieur MATILLON, Alain COULOMB qui est à ce séminaire. Il ne faut pas se tromper : soit on a des références médicales sur des monopathologies et, à mon avis, sur au moins encore cent monopathologies, on doit pouvoir arriver, à partir des conférences de consensus, à des références médicales qui soient vraiment des vraies références médicales. Et je demande à l'ANAES d'aller le plus vite possible. Il faut se dépêcher. Moi, j'y crois. Un grand nombre de travaux existe déjà, notamment dû à l'activité des sociétés savantes, à l'ANAES et à l'AFSAPS.

Dès l'instant où on a avancé sur les références médicales, on peut aller sur la Haute Autorité en Santé. Son rôle sera fondamental pour l'évaluation de l'efficacité médicale des actes et des produits de santé, pour l'accréditation des professionnels et des établissements, ainsi que pour la définition des référentiels. Ce que j'appelle "le syndrome du lundi de Pâques". Le syndrome du lundi de Pâques, c'est le lundi de Pâques 2003, je n'étais pas au Gouvernement, j'étais tranquillement chez moi, et je vois la télévision LCI. Et je vois, tous les quarts d'heure : "Le ministre de la Santé dérembourse 300 médicaments". Je me dis : ce n'est pas possible. Le journaliste qui venait derrière disait : "C'est affreux ! Qu'est-ce que c'est qu'un ministre de la Santé qui dérembourse des médicaments ? " En fait, c'était tout simplement dû à un décret pris par Martine AUBRY, puis par Madame GUIGOU, qui vise à dire qu'il y a des médicaments qui,

régulièrement, sont réévalués ; il y en a qui sont, à service médical rendu, importants, d'autres moyens et d'autres inefficaces. Et quand c'est inefficace, évidemment on dérembourse le médicament. C'est la seule solution d'ailleurs pour rembourser les nouveaux. C'est un truc très simple. Cela avait abouti à la télévision à : "Le ministre de la Santé dérembourse pour des raisons d'économie, et pour des raisons d'économie, vous serez mal soignés". En gros, c'est cela. C'est scandaleux ! Ce n'est pas cela une démocratie apaisée sur le plan de la santé.

Nous avons décidé, pour lutter contre "le syndrome du lundi de Pâques", de faire la Haute Autorité de Santé. La Haute Autorité de Santé, c'est 8 personnes scientifiquement reconnues de très haut niveau médical, qui vont définir quels sont les actes médicaux efficaces et pas efficaces, quels sont les médicaments qui sont efficaces ou pas, qui vont le faire en toute indépendance du politique, en toute indépendance des médecins, en toute indépendance des lobbies pharmaceutiques, et qui nous donneront leur avis médical, scientifique, tout simplement, comme une grande démocratie.

Cette autorité sera le garant du nouvel équilibre de notre système d'assurance maladie indépendant de l'Etat. Ces avis s'imposeront par leur légitimité scientifique à tous les acteurs. Elle collaborera, comme le fait aujourd'hui l'ANAES, avec l'ensemble des professionnels de santé et les représentants des patients. Vous serez des partenaires privilégiés de cette haute autorité. Et on peut regarder si on ne peut pas trouver, au sein de la Haute Autorité, un système qui permette aux URML de se rencontrer régulièrement.

La maîtrise médicalisée nécessite aussi une bonne connaissance pour les acteurs de ce qui se passe réellement dans le système de santé. Le partage des données est primordial. La création d'un Institut des données de santé favorisera ce partage. Cet Institut regroupera l'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé, des patients et des assureurs complémentaires. Il organisera la transmission des données de soins à l'ensemble des acteurs. Vous avez besoin des données de santé. J'ai vu tout à l'heure deux ou trois Unions régionales qui me faisaient part de leurs études de prévention des maladies cardio-vasculaires en Auvergne ou ailleurs. Quand vous aurez le dossier médical, vous vous rendez compte des études épidémiologiques que vous pourrez faire ? Vous vous rendez compte des études épidémiologiques descriptives, mais aussi analytiques, et encore mieux d'intervention que vous pourrez faire ?

Je pense que cela devient évidemment très important sur le plan scientifique et médical. Ces données seront, bien sûr, anonymisées au niveau de l'ins-

titut, afin de donner toutes les garanties nécessaires de confidentialité et de respect du secret médical.

Vous l'avez compris : cette réforme qui se fait avec vous réussira uniquement grâce à vous. Comment, en effet, réformer le système de santé et changer les comportements de chacun durablement sans vous ? C'est impossible.

La question de l'installation des professionnels illustre cette démarche. Certains nous demandaient de contraindre l'installation des médecins. Nous ne l'avons pas voulu. Nous avons travaillé avec Charles DESCOURS longuement, et Jean-François MATTEI avant moi. Nous préférons inciter à l'installation et à l'activité dans les zones où la densité médicale est faible avec des moyens d'aide matérielle. Cela n'a jamais été réellement essayé. Il y a eu un beau décret disant : pour les zones qui sont médicalement désertifiées, on va pouvoir donner des aides, 10 000 euros par médecin, avec la Caisse d'Assurance Maladie, 10 000 euros directement par l'Etat ou les Collectivités locales. Ce décret est parti du ministère des Affaires sociales, il est allé au ministère des Finances et, au ministère des Finances, un fonctionnaire a fait en sorte qu'à la sortie plus aucun département n'était éligible à ce genre de chose. Le décret est passé, oui. On me dit qu'il ne sert à rien, c'est trop court. Il ne sert à rien parce qu'entre-temps, il a été réécrit, donc personne n'est éligible, même dans le Centre. Nous sommes en train de l'écrire et nous allons faire en sorte que Bercy nous suive.

Ainsi, la réforme modifie profondément les mécanismes d'aide.

La définition des aides éligibles doit être assurée par la Mission Régionale de Santé, regroupant les ARH, l'URCAM et les URML. Cette définition se fera avec tous les partenaires, en prenant en compte l'ensemble de l'offre de soins. Les aides seront apportées par l'Etat, par l'assurance maladie dans le cadre conventionnel, et par les Collectivités territoriales. Elles pourront prendre différentes formes : des aides financières, des mises à disposition de locaux, des contrats avec les étudiants.

J'aimerais que vous travailliez sur un sujet - à mon tour de vous demander une chose - : je vois poindre, dans différents pays du monde quand je me déplace, l'idée intelligente de mettre en place des call centers ou des webs Santé. De plus en plus, les gens nous considèrent, nous médecins, comme un produit de consommation. Ils veulent le médecin, en trois secondes il doit être là. C'est pour cela que les urgences hospitalières sont totalement embolisées. Et c'est pour cela qu'on vous demande, à 3 heures du matin, de venir alors qu'il n'y a rien. L'idée est de voir comment on pourrait organiser un web Santé ou un call center Santé où il n'y aurait pas obligatoirement un médecin au bout, mais quelqu'un qui a 40 ques-

tions et, à la fin, on finit par savoir s'il faut un médecin ou pas, s'il faut un médecin tout de suite ou pas, s'il faut envoyer à l'hôpital tout de suite.

(Brouhaha dans la salle)

C'est une affaire importante. A condition, message direct à la salle, que ce soit vous qui le préemptiez parce que, si vous ne le préemptez pas, cela se fera de toute façon, obligatoirement. Je sais que cela vous a été refusé ; je souhaite que cela se fasse. Ne croyez pas que les politiques ne servent strictement à rien ; on peut avoir de temps en temps des idées et les faire passer. Je pense qu'il faut le faire. Il vaut mieux que ce soit vous, c'est l'histoire d'Arras, des médecins libéraux qui font eux-mêmes la régulation.

Nous avons également entendu la demande des médecins sur la nomenclature des actes. L'assurance maladie, les syndicats médicaux poursuivent leurs travaux sur la CCAM, et j'ai demandé que l'on fasse le plus vite possible les conclusions de la CCAM, qui dure maintenant depuis 14 ans. Il faut en sortir par le haut le plus vite possible. Cette réforme est basée sur la confiance et l'engagement et ne concerne pas uniquement la médecine de ville. L'hôpital est aussi concerné dans le cadre du Plan Hôpital 2007 et de la réforme de la tarification à l'activité. Cette dernière est un véritable levier de changement. Ne vous trompez pas : la moitié des dépenses d'assurance maladie est dans l'hôpital, et l'hôpital, aujourd'hui, doit être évalué.

(Applaudissements)

J'ai demandé que le Dossier Médical Personnel soit exactement le même à l'hôpital qu'en ville, sinon je ne le ferai pas. Il n'y aura pas un Dossier Médical uniquement pour la ville et pas pour l'hôpital.

(Applaudissements)

Mais c'est déjà dans les tuyaux puisque je l'ai demandé à tous les directeurs d'hôpitaux, tous les Présidents de CME, je salue ici d'ailleurs la Présidente de la CME des Hôpitaux Civils de Lyon-. C'est quelque chose qui sera fait parce que l'avantage, c'est que lorsqu'on le demande à ce niveau-là, on est sûr qu'on aura des résultats. Et d'ailleurs, ce n'est pas le dossier médical d'un médecin, c'est le dossier médical d'un malade. Dans la mesure où c'est le dossier médical d'un malade, il est évident qu'il doit être effectué dans les deux secteurs.

Enfin, je voudrais terminer sur le fait que le patient sera également associé à la rénovation du système de santé en étant mieux responsabilisé. C'est très compliqué : on avait devant nous plusieurs choix,

on a fait le choix d'un euro. J'ai le plaisir de vous annoncer d'ailleurs que, ne serait-ce que psychologiquement, en en parlant, en brisant le tabou du silence sur les arrêts de travail, on va avoir l'occasion de présenter très prochainement, pour la première fois depuis 20 ans, une diminution des arrêts maladie. Puisqu'en expliquant aux Français qu'il y a une différence entre les arrêts maladie et les RTT, en le disant dix fois, vingt fois, trente fois, on commence à avoir des résultats, tout en respectant évidemment le système des arrêts maladie.

Je crois donc à l'engagement de chacun des acteurs, qu'ils soient gestionnaires, patients ou professionnels de santé. Ce pari de la maîtrise médicalisée que nous faisons est notre dernière chance de sauvegarder le système de santé tel que nous le connaissons et qui assure à chaque Français un égal accès à des soins de qualité.

Notre action en 1993 et 1994 montre que nous pouvons réussir. Après la conclusion d'une convention médicale qui instituait, à l'époque, notamment les références médicales, mon cher Claude, nous avons vu le rythme de progression des dépenses s'infléchir. J'ai donc décidé de prendre un risque une nouvelle fois en faisant ce choix d'une réforme qui ne bouleverse pas le système que nous connaissons : c'est tout simplement le risque de la confiance en chacun de ses acteurs. J'ai été critiqué parce que je faisais confiance aux médecins. Mais je sais pouvoir compter sur votre esprit de responsabilité pour réussir. Nous serons jugés sur les résultats que nous obtiendrons d'ici 2007. Si nous échouons, d'autres, ne vous trompez pas, transformeront notre système de santé. Regardez ce qui s'est passé cette année : depuis 2 ans, le Président de la République et le Premier ministre, et les deux ministres des Finances, ont décidé de baisser les impôts sur le revenu. Ils l'ont fait. Ils se sont fait critiquer. Il y a eu des risques politiques pris. Mais, les prélèvements obligatoires à la sortie ont augmenté. Pourquoi les impôts ont baissé et les prélèvements obligatoires ont augmenté ? Parce que ce sont des prélèvements sociaux qui ont augmenté. Et je ne veux pas vous culpabiliser parce que ce n'est pas vous, c'est nous tous. Nous devons aujourd'hui prendre conscience que nous sommes en train de nous abîmer sur le plan économique. Nous sommes en train de nous abîmer parce que nous sommes avec ces prélèvements obligatoires et que n'importe quel chef d'entreprises choisit aujourd'hui l'Irlande, l'Angleterre, l'Italie, pour les problèmes de prélèvements obligatoires. Et dans les prélèvements obligatoires, c'est nous, les prélèvements sociaux qui augmentent.

Il faut à tout prix que nous sauvions le système parce que, sinon, il y aura un jour quelqu'un qui fera une réforme, qui sera une réforme qui mettra en

cause notre système à la française. Et parce que je crois trop à votre sens des responsabilités, je sais qu'on peut y arriver. Avec Hélène MONARD, qui est avec moi ici, et toute l'équipe au ministère de la Santé, nous avons prévu de communiquer vers tous les médecins. Je voudrais vous présenter avant, et je voudrais qu'on vous présente à vous, Monsieur le Président, comme on le montrera aux Présidents des syndicats médicaux, la campagne. On veut avoir votre avis sur la campagne que l'on va faire auprès des médecins, la manière dont on va leur parler, pour ne pas qu'on se trompe dans la façon de leur dire les choses. Je vais leur écrire, on va faire des affiches, on va essayer de parler aussi aux médecins.

Je crois, mes chers collègues, que nous avons lancé une réforme majeure avec la loi sur l'assurance maladie du 13 août 2004. Nous devons maintenant, ensemble, la mettre en œuvre. Je sais que vous êtes, en tant que médecins, en tant que membres des URML, prêts à vous y engager. J'ai confiance en notre succès. Il est indispensable pour assurer la pérennité de notre système de santé. Je pense qu'on pourra tous arriver à sauver notre système à deux conditions.

La première, c'est que tout le travail que l'on fait permette quand même, pas de diminuer les dépenses d'assurance maladie, parce que ce n'est pas vrai, c'est de la foutaise, évidemment les dépenses d'assurance maladie continuent à augmenter, ne serait-ce qu'avec les progrès médicaux, mais plutôt que de faire 7,2, faisons 3, 3,5, 4, 2,5, au moins que l'on casse cette augmentation parce que sinon c'est le système qui va changer.

La deuxième chose qu'il faut voir, c'est que nous devons faire passer auprès de nos concitoyens une seule idée : vous allez être mieux soignés. Et aux médecins : vous allez être mieux considérés. Avec un seul espoir, c'est qu'au moment où je parle, les gosses qui sont dans les lycées en terminale continuent à rêver quand même à être médecins parce que sinon, le nombre d'amis que j'ai qui sont médecins et qui disent à leurs enfants "surtout ne fait pas médecine", c'est la pire chose qui peut nous arriver. C'est cet équilibre qu'il faut que l'on trouve ensemble, et une fois que cet équilibre sera trouvé, la médecine sera sauvée.

(Applaudissements)

TABLE RONDE :

Un peu d'histoire... Les origines des Unions.

Monsieur LION

J'ai l'honneur de participer à cette première table ronde de cette journée consacrée au 10ème Anniversaire des Unions. J'ai aussi le plaisir de retrouver Claude MAFFIOLI et Patrick BREZAC. Claude MAFFIOLI, je vous le rappelle, gastro-entérologue de formation est l'ancien Président de la CSMF, du CNPS ; il est actuellement Président de l'UNAPL et membre du Conseil Economique et Social. Patrick BREZAC, médecin généraliste, ancien co-Vice-Président de la Confédération, au même moment que Monsieur MAFFIOLI, Président de l'URML des Pays de la Loire de 1994 à 2003, et Président de la CNP de 1996 à 2003. Donc, dès l'origine de cette CNP. Il est actuellement Président honoraire de la CNP.

Sans remonter à la guerre des Gaules, nous allons faire 10 ans d'histoire contemporaine en une demi-heure. Je vais donc donner la parole immédiatement à Patrick BREZAC concernant l'origine des URML, comment ces URML ont été pensées, comment elles ont été imaginées, notamment dans leurs rôles et leurs missions.

Monsieur BREZAC

J'ai le redoutable honneur de faire l'histoire des Unions régionales.

Les Unions régionales viennent d'une réflexion, et je buvais du petit-lait en entendant le Ministre, et Claude aussi sans doute, car notre réflexion a commencé en 1990, nous sommes en 2004 : il aura fallu 14 ans pour redécouvrir la poudre qui a été mise sur les fonds baptismaux dès 1990. Le projet de 1990 : pourquoi, dans cette réflexion, avons-nous mis les bases des URML, mais pas uniquement de cela ?

En 1990, c'était un constat. Il y avait, dans le système en particulier conventionnel, mais au-delà, dans le système de santé en général, une absence de coordination et une anarchie, pour ne pas dire une déresponsabilisation des acteurs. Et quand je dis "des acteurs", cela va jusqu'aux patients.

Une absence d'outils d'adaptation du système de santé et l'absence de données statistiques parce que celles que nous avions étaient uniquement quantitatives et c'était les caisses d'assurance maladies qui les avaient.

Et enfin, il n'y avait pas d'incitation à la performance de tous les acteurs.

Pour qui a été fait le projet de 1990 ?

Pour la santé des patients et la santé publique. Le Ministre a bien fait de relever le fait que nous sommes là, nous médecins, non pas pour nous-mêmes, mais pour l'intérêt du patient et de la santé publique. Sans lui, nous n'existerions pas ; malheureusement, beaucoup trop l'oublie.

Pour dynamiser l'exercice de chacun, en l'amplifiant de la force de tous et de tous les médecins libéraux. On le voit aujourd'hui, j'ai vu avec une certaine émotion les vingt-six étalages d'actions des vingt-six Unions, et je suis à la fois ému et fier de la réalisation depuis 10 ans de la Conférence et des Unions. Mais, ceci n'aurait pas été possible si nous n'avions pas eu, à côté de notre exercice individuel, cette dimension et cet outil collectif.

Et enfin, pour offrir à nos partenaires, et on voit bien qu'ils sont très demandeurs, l'organisation d'une profession répondant à un défi d'une médecine moderne de qualité. Le système que nous avons en 1990, et que nous avons toujours actuellement, n'est pas un système moderne.

Le projet de 1990, comment ?

Il fallait sortir d'une gestion quantitative aveugle, centrée sur l'intérêt sanitaire du patient. Nous avons imaginé trois outils. Vous voyez que ces trois outils, le Ministre les a tous cités : le dossier médical, les Unions régionales, l'évaluation des besoins et des pratiques.

Si je prends l'historique bref de la mise en place : au bout de 3 ans, après une réflexion de la profession, nous sommes arrivés à un projet qui a pris forme dans la loi. Trois ans, c'est court, et on se disait qu'au bout de trois ans tout serait mis en place.

1995 : définition, par texte réglementaire, du rôle respectif des Unions et de l'ANAES. On a perdu 2 ans.

Création de la Conférence des Présidents en 1996. Le fait de faire une évaluation, même expérimentale de niveau national, nécessitait une coordination des Unions.

2003 : 10 ans après le décret, alors que la loi prévoyait, en 1993, le partage des données.

2004 : dossier médical et évaluation obligatoire.

Voilà, en gros, l'historique de ce qui s'est passé. Je voudrais remercier tous ceux qui ont travaillé pour l'élaboration de ce projet de 1990. Je n'ai pas cité André DAUGUET et Albert BRUYERE, qui nous a quittés. Je n'ai pas cité tous ceux qui, à l'UMESPE, y ont travaillé aussi.

Je dois dire qu'il n'a pas été facile de faire passer le projet au sein de nos instances. J'ai des noms,

je ne les citerai pas aujourd'hui. Nous en avons pris parfois plein la figure, mais vous voyez que nous avons raison. Même les politiques mettent du temps à recueillir les bonnes idées, mais mieux vaut tard que jamais.

Monsieur MAFFIOLI

En complément de ce qu'a dit Patrick BREZAC, on a l'impression que les Unions sont sorties de terre un beau jour et que tout est facile, et que c'était logique. En fait, c'était le fruit d'une réflexion qui a d'abord été syndicale. C'est une réflexion faite par la profession qui a abouti à une réalisation concrète. Quand on est en train de se plaindre de beaucoup de choses qui nous sont imposées, en particulier par les politiques, là, pour une fois, on peut dire que cette réflexion a été démarrée au niveau de la profession, au niveau syndical.

La deuxième chose : elle a été plurielle à l'intérieur de ce syndicat. Patrick a dit effectivement qu'il avait une liste rouge de gens qui n'étaient pas d'accord avec nous, il n'a cité personne, mais il a cité quelques personnes qui y ont travaillé : lui a travaillé dessus, André DAUGUET et quelques membres de l'UMESPE également. C'est-à-dire que cela a été plusieurs îlots au travers du même syndicat, et c'est cette réflexion plurielle qui a abouti au concept que l'on connaît.

Le troisième qualificatif de cette réflexion est qu'elle a été très longue. La loi, c'est la loi de janvier 1993, mais nous avons commencé facilement 4 ou 5 ans avant à réfléchir et à parler de cet outil. Et nous avons été confortés par un voyage que nous avons fait, avec le Bureau de la Confédération, en Allemagne. Nous avons découvert les unions régionales des médecins allemands, où nous avons vu qu'il était possible qu'il y ait une structure appelée "union", mais l'élément important qui nous a confortés dans ce que nous cherchions, c'est que les unions allemandes ne sont que des unions qui traitent quantitativement l'exercice professionnel, et jamais qualitativement. Or, nous étions sur une autre logique. Mais, ce voyage en Allemagne a été quelque chose d'extrêmement fort dans notre décision.

Et dernier qualificatif : ce concept-là a été un concept qu'on a dû imposer par la pédagogie, certes, mais une pédagogie active, itérative et parfois un petit peu cognante. Parce que, manifestement, créer quelque chose de neuf, cela dérange beaucoup. Et nous avons, aussi bien effectivement des oppositions à l'intérieur de la CSMF, et à l'extérieur, pratiquement de tout le monde, au niveau des autres syndicats médicaux, au niveau des syndicats des professionnels de santé, des syndicats des professions libérales, des

politiques. Cela a été une bagarre extrêmement longue à mener pour convaincre les gens de cette nécessité. Et il faut bien savoir que l'on a fait sortir de terre quelque chose qui n'existait pas. Il y a 11 ans, il n'y avait pas d'unions régionales de médecins libéraux ; elles sont sorties de terre. Pour sortir de terre, il faut être convaincu de l'importance et de la nécessité et arriver à convaincre les autres.

Pour terminer sur le problème de l'historique, effectivement, Monsieur BREZAC l'a dit, nous avons milité, et c'est paru dans la loi TEULADE. Je reviendrai sur l'importance de cette loi de 1993 et de la convention de 1993. Donc, la loi TEULADE de janvier 1993 est la mise en pratique concrète de ces éléments avec Simone VEIL comme ministre et Philippe DOUSTE-BLAZY comme ministre délégué à la santé. Et il a fallu pratiquement un an et demi pour tout mettre en place.

Dernier point : pourquoi a-t-on senti la nécessité de créer ces Unions ? L'organisation de la profession comporte trois éléments : l'Ordre, avec ses champs spécifiques, les syndicats qui sont là pour défendre la vie professionnelle et les sociétés savantes pour tout ce qui est pratique professionnelle, mais sur un plan méthodologique et un plan scientifique, nous avons senti qu'il nous manquait une structure. Cela allait depuis ceux qui participaient à l'époque aux négociations conventionnelles ou aux partenariats conventionnels, et Dieu sait si on a entendu dire qu'on découvrirait sur table les chiffres des caisses d'assurance maladie et que nous n'avions aucun moyen de répondre. Nous n'avions pas de structure qui soit une structure d'expertise, qui soit au service de la profession et qui appartienne à la profession. La différenciation entre ces différentes structures et les champs de compétences, je pense que le sujet reviendra, est qu'il faut revenir aux fondamentaux, c'est-à-dire quelle est la place des uns et des autres ; il n'y a aucune raison qu'il y ait chevauchement si chacun respecte son champ d'investigation.

Monsieur LION

À l'origine, au moment où elles ont été imaginées, comment on pouvait concevoir leur positionnement par rapport à ces structures professionnelles existantes et aux institutions régionales déjà existantes ? Et quel était l'accueil que l'on pouvait attendre ?

Monsieur MAFFIOLI

Deux ou trois choses importantes. La première : si on a créé ces Unions, c'est parce qu'on considérait qu'il nous manquait quelque chose. Il nous manquait une structure d'expertise, c'est-à-dire un outil pour la

profession. Et les Unions Régionales de Médecins Libéraux, c'est un outil pour la profession ; cela n'a pas du tout les mêmes missions que les syndicats qui sont là pour gérer la vie professionnelle. On a mis beaucoup de missions dans la loi parce qu'on a voulu être le plus large possible pour ne pas être ennuyé après si on avait envie d'élargir les missions des Unions. Mais, je vois deux missions fondamentales à remplir pour les Unions : l'évaluation des pratiques professionnelles - et nous y arrivons, mais il faut aller vite pour ne pas que les choses nous soient imposées par les autres - et un deuxième volet, dont on ne s'occupe pas tout à fait encore correctement au niveau des Unions, mais qui me semble important, c'est l'évaluation des besoins. Ces deux chapitres-là sont deux piliers fondamentaux. Si les Unions remplissent leurs missions jusqu'au bout dans ces deux volets, c'est-à-dire qu'elles deviennent l'acteur incontournable dans l'évolution des pratiques professionnelles, en disant que c'est notre affaire, et l'évaluation des besoins régionaux, je pense que les Unions ont du travail devant elles, et cela suffit amplement à remplir leur temps de travail avec les moyens qu'elles ont.

A partir du moment où on dit : « les Unions, c'est cela », il n'y a aucun chevauchement possible avec les autres structures, que ce soit l'Ordre ou que ce soit les syndicats. Il faut que chacun reste à sa place. Il est logique que chacun se positionne, mais le syndicat sans l'expertise et le travail de l'Union, ce sera un syndicat amateur. Et l'inverse est valable également. Il faut que le syndicat vive avec l'expertise de l'Union, et l'Union n'a pas à remplir le rôle du syndicat. Le syndicat reste un interlocuteur engageant la profession dans les décisions. Je crois qu'il faut toujours revenir à ces fondamentaux-là et il faudra le faire régulièrement parce qu'il faut savoir qu'en face, on essaiera toujours de nous prendre en défaut ou de nous faire dévier un petit peu et créer un peu la lutte et le conflit à l'intérieur même de la profession.

Monsieur LION

Toujours à l'origine, la réflexion a également porté sur la compétence géographique des URML. Qu'est-ce qui a prévalu, dès le départ, au choix d'une compétence plutôt régionale que départementale, surtout quand on voit aujourd'hui que d'autres nous ont suivis, avec l'existence des ARH, des URCAM et du GRSP, par exemple ?

Monsieur BREZAC

En 1990, nous étions encore très marqués par l'aspect conventionnel des choses. Les CCPL, les CNPL étaient au niveau des caisses primaires. En prenant un document de l'époque que j'ai en main, la première

appellation des Unions fut "Associations qualitatives départementales".

Pourquoi département ? Parce que culturellement c'était plus proche. Pourquoi passer au niveau régional ? Claude et moi nous sommes un petit peu opposés sur l'échelon national parce que Claude voulait le créer d'emblée et moi, j'étais plus réservé sur le sujet. En fait, il y a eu un problème de masse critique parce les Unions sont financées par les médecins libéraux et que, dans le cadre d'un potentiel de travail, la région s'imposait, d'autant plus que l'Europe se construisait et que la région était une unité qui pourrait avoir une capacité à exister sur le plan de l'avenir. On n'a pas pour autant abandonné l'échelon départemental puisque, dans la loi de 1993, il est prévu éventuellement un échelon départemental, mais si on est arrivé au niveau de la région, c'est parce que la raison l'a emporté sur la culture et le cœur.

Monsieur MAFFIOLI

Il y a eu des discussions pendant de longs mois. Je crois que l'échelon régional était accepté par tous les deux. Le problème était de savoir si on mettait vraiment un échelon départemental et un échelon national. C'était le choix : à côté de l'échelon régional, qu'est-ce qu'il fallait faire du reste ?

Je pense que le syndicat doit être au niveau du département. Le syndicat rend service à ses membres et il doit être ancré départementalement. Ce n'est pas tout à fait nécessaire au niveau des Unions avec les deux missions que j'ai rappelées tout à l'heure.

Quant à l'échelon national, c'est vrai que j'y étais assez favorable, et toi, peu, mais je pense que tu avais raison. Raison pourquoi ? Parce qu'en fait Patrick disait : « si on crée un échelon national d'emblée, dès la création des Unions, on va encore une fois avoir la France jacobine qui va se manifester, les décisions seront prises au niveau national, et cela va s'imposer au niveau des régions ». Effectivement, nous restons profondément jacobins, et je pense qu'il faut un peu contrer cette tendance. Je pense que tu as eu raison de venir à la région, et uniquement à la région.

Cela étant, prenez bien conscience qu'en 1993, on fait voter une loi sur les Unions Régionales de Médecins Libéraux alors que n'existent pas encore les ARH et les URCAM. C'est-à-dire que, là aussi, nous avons anticipé l'évolution dans ce pays dans l'organisation du système de santé. On ne se rend pas bien compte de cette anticipation. Si on veut être fort, il faut anticiper. Nous étions au niveau régional avant les autres. Donc, il faut que l'on tire avantage de cette anticipation. Cet avantage que nous avons d'être là avant que les autres y soient est extrêmement important.

Monsieur LION

Est-ce qu'on peut aborder le problème du mode d'élection, du mode de scrutin, du choix qui avait été fait à l'origine et de sa pertinence ?

Monsieur BREZAC

Je veux bien aborder la réflexion parce que je me rappelle, chez Albert BRUYERE, avec André DAUGUET, nous avons eu une réflexion philosophique que je vous livre : on se demandait qui allait élire. Il y avait plusieurs solutions : soit tous les médecins pouvaient se présenter à l'échelon régional pour être élus, et on serait arrivé à une mosaïque d'individus, qui ne représentaient éventuellement qu'eux-mêmes, et qui ne permettaient pas d'avancer, d'organiser et de structurer la profession.

Deuxième interrogation : l'Ordre ? Nous avons eu des discussions avec l'Ordre qui n'a pas souhaité.

Troisième solution : le syndicalisme ? Albert BRUYERE disait : « on va créer un collège d'illuminés, de gens qui n'ont aucune appartenance médicale professionnelle et les trois quarts, ce seront des représentants syndicaux ».

Et, au final, pour avoir une structuration pleine et entière, on s'est rendu compte qu'il nous fallait des gens formés d'avance parce qu'on aurait pris un temps extrêmement long avec des élus qui n'étaient pas compétents pour prendre de telles fonctions et innover. C'est donc les syndicalistes qui se sont imposés dans nos têtes.

Et deuxièmement, cela a été toute la discussion de marchands de tapis pour savoir comment se faisaient les élections. Mais, en gros, le syndicalisme s'est imposé parce que c'était le plus pertinent et le plus efficace pour mettre en place les Unions régionales. La journée d'aujourd'hui le prouve : on ne s'est pas trompé dans le choix.

Monsieur MAFFIOLI

Je n'ai rien à ajouter sur ce que vient de dire Patrick. La discussion était ouverte à l'époque, mais le fait qu'il y ait des listes syndicales, cela évite le fait que des candidatures soient multiples, désordonnées, non cohérentes et sans politique générale à mener ensuite.

Monsieur BREZAC

L'historique des Unions régionales est indissociable de l'historique de la réflexion sur le dossier médical et sur l'évaluation car il nous fallait un

regroupement de la profession pour avoir les moyens de recueillir des données, d'évaluer ce qui se passait au niveau des besoins et de permettre à chaque médecin de faire de l'évaluation de sa pratique. Les trois piliers sont complémentaires. L'un sans l'autre, le système est détruit. J'ai l'impression aujourd'hui de revivre quelque part 1993. Ce que je ne voudrais pas, c'est que 1993 soit suivi aujourd'hui de 1995.

Monsieur LION

Pour terminer, Claude voudrait nous apporter quelques précisions de sa vision sur la loi de 1993.

Monsieur MAFFIOLI

Si 1995 suit 1993, le syndicalisme peut faire face aussi à 1995 !

Je voulais dire deux choses. La première, c'est : ayez toujours en mémoire l'importance de ces Unions Régionales de Médecins Libéraux. Je vous l'ai dit tout à l'heure : elles ont anticipé notre présence, mais la présence des autres, au niveau régional. Nous étions là avant les ARH et avant les URCAM ; ce qui nous donne une certaine légitimité régionale.

La deuxième chose, c'est que nous avons, de par le suffrage universel, une légitimité et une représentativité qui ne peuvent pas être contestées.

Ce sont des structures qui appartiennent à la profession. Retenez bien cela parce que quand on regarde les autres professions non salariées (les commerçants, les artisans, les agriculteurs), elles ont également des structures, mais qui sont des chambres consulaires où l'Etat est présent. Là, nous avons la chance d'avoir des structures de droit privé. L'Etat n'a rien à voir à l'intérieur de ces structures. Cela appartient totalement à la profession.

Et puis, le quatrième point qui est important, c'est qu'avec de multiples péripéties, les Unions détiennent la formation. Je pense que cela va se faire vraiment un jour. Et qui détient la formation détient vraiment le pouvoir.

On doit avoir tout cela en mémoire pour se dire qu'on a quelque chose qui appartient à la profession, dont on peut faire un truc extraordinaire et, en tout cas, la mise en route, pour nous, a été une expérience phénoménale.

Deuxième point : je ne dissocie pas la création des Unions Régionales des Médecins Libéraux de la loi de janvier 1993. Cela fait un peu rétro, mais j'ai conseillé au nouveau Directeur de la CNAM, avant de commencer à élucubrer ce qu'il va pouvoir faire comme textes conventionnels, de relire la loi de janvier 1993 et de relire la convention de 1993. Quand

vous lisez la convention de 1993, vous vous apercevez qu'il y a quatre pages complètes sur le dossier médical unique du patient. Et ce n'est pas mal. Plutôt que de vouloir monter des tas de sujets, des tas d'outils... C'est important d'avoir la mémoire et de se repencher sur l'histoire. Il ne faut pas recommencer tout à zéro ; il y a des gens qui ont réfléchi à proposer des choses, et c'est à cela que servent les anciens. Relisez la convention de 1993, il y a les objectifs de dépenses, mais non opposables. Vous avez le dossier médical. Vous avez l'évaluation. Vous avez toute la maîtrise médicalisée. Tous les outils y sont. Cette loi de janvier 1993 aurait pu être presque la loi de cette année. Et ne dissociions pas les Unions de cette autre partie de la loi. Ce matin, en fermant les yeux, on avait l'impression d'être en 1993.

Monsieur LION

La conclusion de cet atelier revient à Patrick BREZAC.

Monsieur BREZAC

Quand on a créé la Conférence des Présidents, cela n'a pas été une tâche facile parce que notre esprit gaulois fait que, pour réunir tout le monde, ce n'est pas évident, d'autant plus que les Unions étaient d'abord régionales.

Alors que tout le monde dit que les médecins libéraux sont des conservateurs, qu'ils n'ont aucun projet, nous prouvons aujourd'hui que c'était faux et que la médiatisation qui en a été faite était erronée. On a peut-être mal communiqué, je veux bien, mais c'est toujours la bonne conclusion que l'on donne. Impartialement, nous avions ce projet depuis 10 ans. Est-ce qu'on a donné les moyens aux Unions d'être efficaces rapidement ?

Deux exemples. Je rappelle, ici même, que lorsque nous avons fait un projet de communication et un film pour passer à la télévision pour nous faire connaître auprès de ceux pour qui nous existons, c'est-à-dire les patients, le film que nous avons fait et que nous avons payé de nos propres deniers, avec une campagne de communication de 4 millions de francs, le Gouvernement de l'époque a refusé que les chaînes publiques nous permettent de passer ce film. Et c'est pourtant dans nos missions d'essayer d'informer les patients. Et le Ministre se plaignait tout à l'heure que l'information sur TF 1 ou la Semaine de Suzette était parfois, au plan médical, un peu juste, pourquoi nous a-t-on empêchés d'accomplir notre mission avec une information crédible ?

Deuxième exemple : celui du partage des données. Il aura fallu 10 ans entre la loi de 1993 et la sortie du décret permettant le partage des données. Par contre, je me réjouis qu'avec Yves MATILLON et l'ensemble des Unions, nous ayons pu faire avancer l'évaluation des pratiques. C'est faux de dire qu'on n'est pas allé assez vite. Les moyens donnés, en particulier au niveau nombre de médecins habilités, sont totalement insuffisants à l'heure actuelle. Il faudra que l'Etat prenne sa part de responsabilité en la matière. Et que, deuxièmement, on trouve une solution.

À l'époque, nous avons proposé le secteur promotionnel où ceux qui choisissaient à la fois de faire la FMC, de se faire évaluer et de participer au recueil des données, etc, aient le droit à un acte clé de secteur promotionnel supérieur au C de base. Ceci n'a pas été suivi d'effet ; il faudra bien trouver une solution car l'évaluation des pratiques coûte cher en temps et en moyens, de même d'ailleurs que le dossier médical devra aussi être vu comme un gain de productivité, mais il faudra investir pour que le temps passé par les praticiens soit reconnu et ne passe pas par pertes et profits.

TABLE RONDE : **Les Unions Régionales des Médecins** **Libéraux vues de l'extérieur.**

Monsieur BRUGERE

Il est intéressant d'essayer de voir ce que pense les interlocuteurs avec qui on a affaire de manière régulière depuis 10 ans. Pour discuter de cela avec moi, se trouvent autour de cette table : Joseph LOSSON, qui est le Président de la Conférence des URCAM, qui est Directeur de l'URCAM d'Alsace ; Alain GARCIA, qui remplace la seule intervenante qui était prévue ce matin, Madame PODEUR, qui est Directrice de l'ARH Bretagne et Présidente de la Conférence des ARH. Alain GARCIA est Directeur de l'ARH Aquitaine. Est présent aussi Bertrand GARROS, Directeur des stratégies de santé à la Mutualité Française et responsable des relations avec les professionnels de santé.

Pour démarrer cet atelier, j'aurais bien commencé par quelques images. Ces images sont tirées d'une enquête qu'a faite l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Aquitaine auprès des professionnels de santé, des médecins, de nos mandants. Il y a un panel de 668 médecins, qui étaient des médecins représentatifs de la région. On leur demandait ce que représentaient pour eux les Unions, en l'occurrence l'Union d'Aquitaine.

32 % des médecins définissent parfaitement, en octobre 2003, ce que sont les Unions.

32 % des médecins ne connaissent pas du tout les Unions, ne savent pas ce qu'elles sont.

Et le dernier tiers a une connaissance un peu partielle de ce que sont les Unions.

Cela veut dire que deux tiers des médecins libéraux, 10 ans après, ont au moins entendu parler des Unions.

Quand on leur demande à quoi devraient servir ces institutions, en tout cas ce qu'ils voudraient voir investiguer, les médecins nous disent qu'ils ressentent une pression importante des caisses et de l'administration en général, et qu'ils ont besoin d'une aide pour sortir de cette pression.

Ils souhaitent, d'autre part, que les Unions soient plus proches d'eux.

Et une question qu'ils posent fondamentalement et qu'ils répètent : est-ce que leurs confrères subissent de la même manière ces pressions ?

Ensuite, les médecins demandent aux URML de développer les échanges entre confrères, les possibilités de contacts. Ils demandent plus de moyens pour se défendre face à l'administration en général, en particulier face aux caisses d'assurance, mais aussi

face aux attaques des tribunaux, face aux problèmes que leur posent les assurances privées.

Et puis, ils demandent des aides pour améliorer et revaloriser leurs pratiques.

Une chose qui est étonnante, au passage : on leur a posé la question du financement. Quasiment 50 % savent qui financent et, en plus, ils ne posent aucune objection au fait de financer une structure comme les Unions.

En conclusion de cette enquête et en introduction de cette table ronde, parce que ce rapport que je vous fais de cette enquête en Aquitaine est une manière de voir les Unions de l'extérieur par les médecins, les Unions, en fait, sont connues par plus d'un tiers des médecins en Aquitaine et, en plus, il semble exister un lien fort entre la connaissance des Unions et le fait que les médecins ont le sentiment qu'elles répondent à leurs attentes. Plus ils ont le sentiment qu'elles répondent à leurs attentes, plus ils les connaissent, ou inversement. Et ils demandent de manière forte qu'elles les représentent, qu'elles les défendent, qu'elles les sortent de l'isolement et qu'elles leur apportent de l'information. Cela veut dire aussi qu'on va un peu au-delà des attentes de certains. Bien sûr que les Unions doivent faire de l'évaluation, et c'est leur domaine. Bien sûr qu'elles doivent évaluer les pratiques et les besoins, c'est leur domaine. Mais, elles doivent s'impliquer dans l'organisation du système, et c'est aussi dans leurs missions. Elles doivent rentrer en relation avec les partenaires, c'est aussi dans leurs missions. Elles doivent être à l'écoute et agir.

Je vais donc donner respectivement la parole à l'un et l'autre des interlocuteurs, avec une règle du jeu qui est très claire : 7 minutes par intervention, à tour de rôle et, ensuite, un échange avec la salle.

Je vais demander d'abord à Alain GARCIA, Directeur de l'ARH Aquitaine, d'intervenir.

Monsieur GARCIA

Merci, Monsieur le Président. Je représente ici Annie PODEUR, mais aussi l'ensemble des Directeurs des ARH et, je peux le dire parce que ce n'est pas un scoop, je suis ici avec le Directeur de l'ARH Rhône-Alpes, qui est le futur Président de la Conférence. Vous n'avez pas l'ancienne Présidente, mais le nouveau qui est là.

Bon anniversaire ! C'est un clin d'œil de l'ARH Aquitaine à l'URML A. C'est un petit dessin, et je suis quelque part par là.

L'URML a 10 ans, nous avons 8 ans. Cela veut dire que, dans deux ans, il faudra peut-être qu'on vous invite.

Des expériences partagées. Voilà ce que nous avons ensemble : la régulation libérale au centre 15. Là, je suis obligé de dire qu'avant même les URML, les médecins libéraux s'étaient impliqués dans cette participation à la régulation des urgences avec l'ASSUM 33. Aujourd'hui, cela fonctionne. Je crois que cela peut servir de modèle et on peut dire aussi que l'ARH finance, avec des difficultés pour la suite, mais aujourd'hui l'ARH finance, et je trouve que c'est plutôt une bonne chose après tout, l'important c'est la mission, et c'est cela qui reste l'essentiel.

Les permanences médicales. Comme je l'indique, c'est encore à conforter. Il y a des projets. On a déjà pu mettre en place ensemble une maison médicale à La Réole, qui sera certainement quelque chose d'intéressant à regarder et à suivre de près dans son évolution vers une plus grande cohérence ville/hôpital. Cela reste à conforter.

La télésanté. C'est, en fait, parler du projet de télésanté Aquitaine, co-piloté par l'ARH et l'URCAM, que nous menons pour toute la santé et pour l'ensemble des institutionnels, que ce soit Conseils généraux, Conseil régional, et puis Préfecture de Région. Nous sommes pilotes là-dedans. C'est au service de la qualité des soins qui seront donnés aux usagers, avec un site web d'informations aux citoyens parce qu'il faut aussi responsabiliser les citoyens, acteurs de leur santé. Et, bien entendu, cela vise à permettre l'ensemble des échanges d'informations et aussi de compétences entre professionnels de santé. C'est un outil pour des usagers et pour les professionnels, et si l'ARH le fait, c'est pour aider aussi les uns et les autres à pouvoir mieux travailler ensemble.

Participation aux volets du SROS, à travers l'ensemble de l'implication des professionnels dans les différents groupes thématiques, qui nous permettent d'élaborer les schémas. Si le Directeur de l'ARH l'arrête, il ne fait que, à un moment donné, considérer l'ensemble du travail fait par les professionnels puisque c'est eux qui, de toute façon, élaborent l'ensemble des recommandations du SROS.

Et enfin, dernière initiative : le Comité Régional du médicament, des dispositifs médicaux et des bonnes pratiques. On ne peut que se féliciter que les médecins libéraux participent à ce comité. Je pense qu'on devrait pouvoir annoncer, dans quelque temps, qu'en Aquitaine, entre l'ensemble des professionnels de ville et d'hôpital, sur l'antibiothérapie notamment, on pourrait montrer un peu le chemin de ce qu'une implication des uns et des autres dans une meilleure prise en compte des référentiels et de protocole d'antibiothérapie nous permettrait de faire en matière de meilleur service rendu à la population et peut-être de maîtrise des bactéries résistantes.

Des expériences partagées. Des travaux aussi de bouche qui font que, chaque mois, nous nous réunissons ensemble et nous discutons de tout ce qui nous reste à faire.

Voilà ce qui nous reste à faire ensemble, et bien d'autres choses certainement : les problèmes de démographie médicale, et comment conforter ces médecins libéraux qui travaillent dans certaines zones rurales et dans certains endroits défavorisés de ville. C'est des vrais sujets, et l'expérience de chacun est utile pour nous aider à mieux traiter de ces problèmes.

Les SROS 3 vont nous impliquer. Plus que jamais la médecine de ville sera associée à leur élaboration. En matière de définition des territoires, aujourd'hui il y a un projet Aquitaine constitué par l'URML A sur 12 territoires. J'ai regardé cela avec beaucoup d'attention. Les territoires que nous allons certainement proposer partent des zones d'attractivité des médecins libéraux, puisqu'après tout, de toute façon, il faut bien concevoir que, demain, l'organisation des soins doit aussi traiter de la médecine de proximité. La médecine de proximité, c'est bien la médecine ambulatoire. Il faudra que l'on arrive à travailler sur toutes ces articulations.

Définition pour travailler là-dessus sur les projets médicaux et projets de santé. C'est un travail que nous aurons à conduire ensemble.

Urgence et permanence des soins en sachant qui fait quoi, et on confond bien cette médecine de proximité qui sera la médecine du premier recours à la médecine ambulatoire. Parfois, c'est là que l'on a un petit débat entre Nicolas et moi sur "qui fait quoi et comment trouver à remobiliser un peu la médecine ambulatoire", quand je trouve qu'elle s'en dessaisit, et comme le demande Nicolas, que l'on ne soit pas trop hospitalo-centré. Je crois que chacun d'entre nous a aussi du travail à faire avec les siens.

Prise en charge à domicile : parce que notre objectif, c'est que le temps à l'hôpital soit le plus court possible, et pour que chacun puisse rester chez soi en meilleure santé. Cela nécessite que cela se fasse en bonne articulation parfois avec l'hospitalisation à domicile et aussi avec la médecine libérale. Les coopérations public/privé, qu'elles soient institutionnelles entre établissements de santé ou avec des sociétés civiles de moyens et des professionnels libéraux.

Des plateaux techniques : là aussi un travail important a été fait par l'URML A pour voir quel était le ressenti des professionnels au niveau de la région, qui nous sera utile aux uns et aux autres pour savoir comment accompagner et comment aider. Vous verrez, peut-être dans les plaques suivantes, quelles sont les attentes des uns et des autres et les

équipements parce qu'il n'est plus question aujourd'hui de considérer qu'un équipement appartient à quelqu'un, il appartient à tous dans le souci d'une meilleure utilisation au service des usagers. En fait, je dois avouer que le statut des uns et des autres est indifférent, ce qui m'importe c'est l'engagement et la compétence des professionnels de santé et qu'il faut un peu abattre ces murs du public et du privé. Nous sommes tous au service de la population, il n'y a pas plus de service public ou moins de service public, nous sommes tous au même service de la santé de nos concitoyens.

Filières et réseaux de santé. En sachant que cela doit être centré sur des objectifs de soins, de santé, et qu'il faut simplement peut-être faire attention à ne pas vouloir les généraliser, les éparpiller et faire des petits réseaux de partout, ce qui voudrait dire que tous les professionnels sont pris dans des temps de réseaux et n'ont plus le temps de soigner leurs propres patients.

J'ai indiqué télésanté et le DMP, parce qu'autour du projet de télésanté, pour le faire vivre, il faut qu'il y ait un Dossier Médical Personnalisé. J'ai mis DMP parce que c'est personnel, mais c'est aussi partagé.

Et enfin, la santé publique puisque le curatif ne vient que quand on a échoué en matière de prévention. Il faudrait peut-être que nous nous organisions un peu plus autour de prévention, éducation pour la santé et puis, envisager non plus que les soins, mais la santé dans sa globalité.

Les enjeux de la réussite : travailler ensemble, partager les expériences et les compétences, reconnaître les valeurs, les engagements des uns et des autres à travers le temps. Le seul problème que nous connaissons, c'est comment financer le temps passé, ce qui n'est pas si simple.

L'évaluation des pratiques professionnelles parce que, de plus en plus, nous avons à rendre compte de nos bonnes pratiques et à rendre compte des moyens qui nous sont alloués, et à rendre compte aussi de la façon dont nous nous comportons vis-à-vis des attentes de nos concitoyens, mais aussi des attentes des politiques et des économiques.

Et enfin, en conclusion, la Mission Régionale de Santé et notre participation à ses missions et à leurs déclinaisons, avec un mot que nous avons inventé en Aquitaine : "Qualitéévaluation". C'est-à-dire qualité des soins, qualité des pratiques et, bien entendu, il ne peut y avoir de qualité sans évaluation.

En conclusion, demain, les URCAM, les ARH, les URML, l'ARS. Vivement demain !

Monsieur BRUGERE

Merci, Monsieur GARCIA. Vous avez beaucoup insisté sur l'Aquitaine, mais on a fini par comprendre que vous étiez là pour parler des relations entre les ARH et les Unions et cette conclusion recentre bien le problème qui est posé : comment sont vues les Unions de l'extérieur ?

Monsieur LOSSON, est-ce que vous voulez bien prendre la parole ?

Monsieur LOSSON

Je crois que, dans la commande que vous nous aviez passée pour préparer cette table ronde, vous nous aviez demandé de voir un peu ce qui s'était passé et comment on était arrivé à travailler ensemble et puis, de s'interroger sur les difficultés actuelles et d'ouvrir sur les perspectives. Je vais essayer de respecter ces trois temps dans mon intervention.

Première chose qui est importante : Monsieur MAFFIOLI et Monsieur BREZAC l'ont dit tout à l'heure, les URML, pour nous URCAM, étaient préexistantes. C'était une structure qui existait, qui était déjà organisée. Je voudrais vous rappeler que l'interlocuteur des professions de santé, notamment des médecins désignés pour les URCAM dans les textes qui nous ont créés, c'était vous, les URML. Dans ce cadre-là, il fallait qu'on apprenne très vite à se connaître et à travailler ensemble.

Il a fallu apprendre à se connaître. Je rappelle qu'on est dans les années 98 puisque c'est à cette période-là que les Unions Régionales de Caisses d'Assurance Maladie se mettent en place. On est dans un débat : maîtrise des dépenses, maîtrise comptable, sanctions, les dispositifs conventionnels, puis les dispositifs législatifs. Et on est, à ce moment-là, moins dans des relations d'instance ou de structure à structure, mais on reste dans une relation plus politique entre des instances dans les URML qui continuent à apparaître comme des représentants des syndicats, et dans les URCAM qui continuent à être les représentants de l'assurance maladie.

Deux décisions des plus hautes autorités judiciaires de notre pays vont débloquent le débat. Le Conseil d'Etat annule les dispositifs conventionnels de sanction et de maîtrise comptable, pour employer un terme qui vous est cher, je crois. Et d'autre part, dans la foulée, le Parlement vote une loi mettant en œuvre un dispositif de sanctions dans la loi de financement de Sécurité sociale. Et le Conseil constitutionnel rejette le dispositif. Il a donc bien fallu avancer.

Compte tenu de cet aspect qui était aussi dans nos missions initiales, de veiller à la mise en place

d'une maîtrise médicalisée et des dépenses dans nos régions, l'absence de dispositifs de contrôle rigoureux, nous avons développé un certain nombre d'études sur l'analyse et l'évaluation des pratiques des professionnels de santé, la consommation de soins, la consommation de médicaments. Nous avons trouvé progressivement des interlocuteurs intéressés puisque nous étions sur des terrains communs aux missions des URML.

Assez rapidement, nous avons pu, dans un certain nombre de régions, trouver les champs communs d'intervention et discuter, négocier région par région la manière dont on allait avancer sur ce terrain.

Il a été rappelé tout à l'heure, et c'est une question qui n'est pas tranchée puisqu'elle revient de temps en temps dans nos relations : vous considérez toujours qu'il y a une asymétrie d'information entre celle qui est disponible pour l'assurance maladie et celle que les décrets n'ont jamais prise pour vous permettre d'en disposer. Je pense qu'on avance quand même ; les discours de ce matin montrent un certain nombre d'ouvertures. J'ajouterai, à titre technique, que le système national interrégime d'assurance maladie a beaucoup de mal à se mettre en place, mais qu'il a expressément prévu un accès des professionnels de santé aux informations disponibles.

Quel a été le facteur déterminant du renforcement de la coopération entre les URML et les URCAM ? Je crois que c'est le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville. Nous nous sommes retrouvés là en position de co-gérer un fonds d'innovation, et nous nous sommes trouvés assez rapidement et très majoritairement dans les régions, on ne peut pas toujours avoir une unanimité partout, dans un dispositif, au sein des Comités de gestion, où les URML ont pris le leadership des professions de santé, et nous nous sommes retrouvés en position de négociation pour élaborer ensemble un certain nombre de règles d'utilisation de ces fonds d'innovation.

Le sujet était assez facile. On dispose de fonds pour financer de l'innovation, pour financer des initiatives de professionnels de santé. Je crois qu'il y a le fondement d'un accord facile à trouver. Mais, l'accord, on l'a trouvé et on a réussi à mettre en place les règles du jeu. Je ne connais pas beaucoup de cas où nous avons été obligés d'utiliser des procédures lourdes du type voix prépondérante du Président pour faire aboutir des dossiers.

Cela a abouti au constat suivant, et je voudrais souligner l'intérêt de ce travail : comme nous nous sommes mis d'accord, dans le cadre du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins sur les règles du jeu, notamment en matière de coordination des soins, nous avons été

à même de financer un certain nombre d'initiatives en matière de réseaux de soins. Ce qui, lorsque la dotation de développement régional des réseaux a été mise en place, a permis dans les régions de mettre en œuvre immédiatement un certain nombre de dossiers. Parce qu'ils avaient été expérimentés sur des bases communes au sein du FAQSV, et de proposer tout de suite à nos partenaires parce que nous sommes en co-décision avec les directeurs d'ARH sur les dossiers réseaux, un certain nombre de dossiers déjà expérimentés où eux-mêmes étaient déjà intervenus puisqu'ils avaient soutenu, à travers leur propre dotation, la participation des hôpitaux dans le cadre de cette coordination des soins. Cet exemple-là, c'est le moment où on a compris qu'on pouvait travailler ensemble.

J'aurais pu citer un certain nombre de travaux qui ont été menés en commun, ce n'est pas le but aujourd'hui.

Vous allez me dire que je suis en train de dresser un tableau idyllique. Non ! Je crois que c'est un tableau clairvoyant. Je préfère souligner la manière dont nous avons réussi à travailler ensemble, même si, ici ou là, un certain nombre de difficultés demeurent. Je pense qu'il y a un certain nombre de problèmes de préséance, un certain nombre de problèmes d'arrière-pensées politiques, et je ne les mets pas que du côté des médecins, sur la manière de développer les questions. Par moments, on a, ici ou là, des blocages qui sont essentiellement liés à ces problèmes-là.

Que nous réserve l'avenir ? Monsieur le Ministre, ce matin, vous a expliqué comment il souhaitait que vous participiez à la mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie. Je voudrais ici distinguer deux choses.

Je crois que vous avez un volet qui est très important dans cette réforme de l'assurance maladie, qui concerne un certain nombre de mesures que je qualifierais de contraignantes ou qui sont destinées à réduire la dépense. Et là, ce sont des mesures comptables : lorsque le Parlement vote un euro de ticket modérateur d'ordre public sur chaque acte médical ou sur chaque consultation, on est clairement dans un dispositif de maîtrise financière.

Il y a un certain nombre d'autres dispositions de ce type qui sont prises, même si elles ont un caractère médical, elles ont aussi une incidence financière forte : c'est lorsqu'on veut renforcer le rattachement des dépenses à l'état de maladie de longue durée, et donc la prise en charge à 100 %.

Nous avons, dans cette perspective-là, une négociation qui s'ouvre à la fin du mois. Laissons, pour votre part, les organisations syndicales, pour nous - et c'est de leur compétence - nos autorités nationales et le nouveau Directeur de la Caisse Nationale et de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

s'est engagé dans cette voie, définir le cadre commun des relations.

Par contre, la loi, à mon avis, apporte un progrès important qu'on ne souligne peut-être pas toujours assez, qui est le fait de souligner la nécessaire coordination des soins et le parcours du patient dans le système des soins. L'organisation des soins, le médecin traitant, le Dossier Médical Personnel sont à l'évidence les supports et les deux grandes mesures pour organiser ce parcours du patient et cette coordination des soins. Je crois que nous aurons avec les URML, au niveau de l'information, au niveau de la sensibilisation des professionnels de santé, un vrai travail.

L'autre aspect a été évoqué par Monsieur GARCIA, et je voudrais revenir sur ce sujet-là pour en souligner l'importance : c'est les Missions Régionales de Santé. On n'est pas encore aux Agences Régionales de Santé. Monsieur GARCIA a toujours l'habitude de mettre les choses en perspective. On doit lancer la réflexion à partir de l'année prochaine en tentant des expérimentations, mais nous avons des étapes intermédiaires qui s'appellent les Missions Régionales de Santé sur un certain nombre de sujets où les URML, avec nous et avec les agences, vont avoir un rôle important.

Si on veut faire des propositions cohérentes sur la permanence des soins, il faut que les professionnels de santé soient dedans et il va être de notre responsabilité de proposer. Si on veut avancer sur la coordination des soins et les réseaux, il faut qu'on développe ce qui a été mis en place, insuffisamment si j'ai bien compris certaines de vos interventions, mais en tout cas, dans la plupart des régions, les URML sont associées aux Comités régionaux et vous participez à la réflexion et à l'orientation des soins. Si on veut avancer sur les questions de démographie des professions de santé, il faudra aussi que vous vous impliquiez.

Enfin, dernier point : si la loi renforce le rôle des URCAM à rentrer dans la prise en charge de la qualité (Monsieur DUBERNARD a eu l'occasion de dire dans un colloque qu'il souhaitait que l'on parle d'un égal accès à des soins de qualité pour tous), vous êtes nos référents dans ce domaine et nos interlocuteurs, mais il faudra avancer. Il faudra nous dire comment nous pouvons prendre nos décisions et développer notre organisation pour que vous nous assuriez que nous prenons bien en charge la qualité.

Monsieur GARROS

Merci de cette invitation. Je suis très heureux d'être là parce que cela me permet de retrouver certains d'entre vous que j'ai pu rencontrer dans les

régions où je me déplace beaucoup.

On me demande de parler des URML vues par la Mutualité. Je voudrais commencer par un petit mot sur la Mutualité vue par les professionnels libéraux, en vous racontant une petite anecdote.

Vous savez que, depuis plusieurs mois, il y a beaucoup de contacts entre tout le monde, notamment entre la Mutualité et les professionnels libéraux, et il m'arrive assez régulièrement d'aller accueillir ou de raccompagner des groupes de professionnels, et plusieurs fois, certains de vos confrères ou consœurs m'ont dit : si un jour, on m'avait dit que je serais rentré dans la maison du diable, je ne l'aurais pas cru. Merci, non pas d'avoir invité le diable, parce que je ne me permettrais pas de me comparer au Président de la Mutualité, mais en tout cas, merci d'avoir invité un petit diabolotin.

Quelques mots effectivement sur tout ce qui s'est passé. Je rejoins des propos qui viennent d'être tenus. La Mutualité a appris à découvrir les Unions au fur et à mesure qu'elles grandissaient. 10 ans, dans la vie, c'est le temps de l'apprentissage et de la découverte. Et les URML ont émergé à travers, précisément, le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville, les réseaux, les programmes de santé, le dépistage, les actions de prévention. On a vu toute cette dynamique émerger et on y a été partie prenante de plusieurs façons. La première à travers notre participation dans les Conseils d'administration des URCAM, voire même des présidences d'URCAM puisque la Mutualité a des élus mutualistes qui président quatre URCAM.

On a eu déjà tous ces contacts, et on les a eus d'autres manières à travers des développements de programmes de santé, à travers des réseaux de promotion de la santé que nous avons. On a eu toute cette dynamique et il est clair que les URML sont devenues pour nous des partenaires de plus en plus visibles. D'autant plus que la Mutualité, comme les autres, était concernée par toute la problématique de la régionalisation et que, nous-mêmes, en même temps, et durant ces 10 ans, avons aussi évolué sur ce plan-là et avons créé des Unions régionales, à un niveau régional d'organisation.

Ce qui est peut-être moins évident, c'est la perception que l'on a de l'évaluation, mais c'est aussi un peu logique pour toutes les raisons qui ont été exprimées puisque c'est une activité qui ne s'est pas encore développée de la même manière que celles que je viens d'évoquer. Et puis, par contre, beaucoup d'intérêt souvent pour les travaux que vous avez menés dans l'analyse des pratiques, les problèmes de démographie, etc. Nous avons été, comme les autres acteurs, tout à fait intéressés par tous ces

développements, tout cet approfondissement et tout cet enrichissement à la connaissance régionale. C'est un peu le passé de ces 10 ans.

Maintenant, qu'est-ce qui va se passer dans les 10 prochaines années qui vont être un peu le temps qui va permettre de grandir ?

Je crois qu'il y a différentes attentes à la fois des acteurs dans la Mutualité et puis peut-être des professionnels. D'abord, bien sûr, le développement de l'évaluation. Je crois que, là, on se rejoint tous. La Mutualité est très attachée à cette pratique. Très clairement, les URML et les professionnels de santé ont un rôle majeur à jouer, c'est bien évident. Plus généralement, tout ce qui va concerner l'amélioration de la qualité des soins.

Deuxième point : l'accès aux données. C'est une problématique à laquelle nous sommes aussi très sensibles parce que nous sommes dans la même situation. Peut-être même, maintenant que le décret est paru, dans une moins bonne situation pour l'instant puisque nous n'avons pas accès aux données et donc nous sommes dans une situation qui est aussi difficile par rapport à l'analyse de nos propres pratiques, de nos propres activités.

On attend beaucoup de ce qui va se produire dans l'avenir, bien sûr dans le respect du secret médical, avec toutes les garanties déontologiques. On attend beaucoup notamment de la création de cet établissement des données de santé, en sachant aussi – et cela peut être un thème de réflexion commun – que tout ce qui concerne l'analyse de données est quelque chose qui est extrêmement lourd, qui coûte extrêmement cher. On peut réfléchir à des formes de mutualisation ou d'association de ressources parce qu'il y a des niveaux d'analyse qui, avant d'en tirer des conclusions, seront évidemment communs à tous. Il y a un vrai enjeu, et nous sommes aussi très sensibles à cet enjeu.

Mais, je voudrais insister plus longuement sur un enjeu nouveau qui me paraît arriver et être celui des années à venir : la structuration des acteurs de l'ambulatoire. On vient d'évoquer les Missions Régionales de Santé qui, en principe, doivent voir le jour au 1er janvier 2005, qui vont associer, pour les compétences communes, l'ARH et l'URCAM et qui, dit la loi, seront dirigées alternativement par le Directeur de l'ARH et le Directeur de l'URCAM. Je ne me prononcerai pas sur le côté opérationnel des choses. Je sais que les directeurs d'ARH et d'URCAM ont quelques réserves à ce sujet. Je voudrais juste évoquer la symbolique de cette chose.

Cela veut dire qu'on met le Directeur de l'URCAM au même niveau que le Directeur de l'ARH puisqu'ils peuvent, alternativement, se remplacer.

Et, plus généralement, cela veut dire qu'on met les soins ambulatoires au même niveau d'importance que les soins hospitaliers. Cela est une évolution majeure dans la manière dont nous considérons les choses. Cela ne veut pas dire que l'on n'a pas besoin de l'hôpital et que l'hôpital n'existe plus ; cela veut dire qu'on met les soins ambulatoires au même niveau d'importance, et cela me paraît fort pour l'avenir.

Comment cela va se produire ? D'abord, je crois qu'il y a toute cette structuration des acteurs ; elle va se faire sur le plan territorial. C'est très important. Je crois qu'on a évoqué, Alain GARCIA, le SROS 3. Oui, le SROS 3, c'était quelque chose d'important dans cette dimension d'émergence de territoires de santé. C'est aussi l'articulation des soins hospitaliers avec les soins de ville ou le secteur social et médico-social. L'élaboration de projets médicaux de territoire : cela aussi me paraît important.

Et deuxième point, pour ne pas être trop long : dans la loi du 13 août sur l'assurance maladie, il y a, par exemple, des possibilités pour l'URCAM de passer des accords avec les professionnels de santé libéraux exerçant dans des territoires géographiques définis. Donc, des possibilités d'accords qui se font, non pas sur une base de pathologie, mais sur des bases d'organisation territoriale, et ces accords peuvent, si l'URCAM en prend l'initiative et que les professionnels n'y sont pas opposés ou le souhaitent, associer aussi des organismes complémentaires. On a aussi un levier qui me paraît tout à fait important et qui a été complété tout récemment à l'Assemblée nationale, dans le cadre du débat sur le développement des territoires ruraux où un amendement a été adopté, qui permet à des communes et à des communautés de communes de définir aussi des projets territoriaux de santé.

On voit que toutes ces nouvelles dimensions sont autant d'outils à saisir pour structurer territorialement les acteurs de l'ambulatoire.

Mais cette structuration, c'est aussi celle de l'activité. Pour faire face aux enjeux, notamment démographiques, il faut retrouver du temps médical. C'est le moyen le plus rapide de faire face à l'évolution de la démographie. On sait qu'il faut beaucoup de temps pour former des médecins, donc retrouver du temps médical, c'est une manière très rapide de faire face aux enjeux. Et là, on voit bien le rôle des Unions, avec d'autres acteurs, pour mettre en place des solutions innovantes, pour réfléchir à d'autres formes de pratiques, pour faire de l'expérimentation, et répondre à de nouveaux besoins, notamment à tout ce qui est en train d'émerger en termes de prévention. Le Ministre l'a dit, mais prévention pas

seulement au sens de la prévention primaire, c'est-à-dire le stade le plus en amont, mais aussi dans tout ce qui concerne la gestion de maladies chroniques. Au jour d'aujourd'hui, nous avons une structure épidémiologique qui fait que les personnes que vous prenez en charge sont de plus en plus atteintes de maladies chroniques avec lesquelles elles doivent apprendre à vivre, et la prévention, c'est aussi de faire en sorte qu'elles gèrent avec nous, avec vous, avec tous les acteurs, leur maladie de la meilleure manière possible, de la manière qui va en limiter le plus possible l'aggravation et les conséquences. Cela ne va pas sans une vraie réflexion sur l'articulation entre protection sociale et organisation de l'offre.

Aujourd'hui, il y a des types d'offres et de prestations qui n'existent pas, notamment parce qu'ils n'ont pas de symétrie dans le champ de la protection sociale, ils ne sont pas à la nomenclature. Je pense à tous les dispositifs d'accompagnement. On peut faire des call centers, mais on peut aussi développer un certain nombre de dispositifs qui permettraient un accompagnement au plus près des personnes. Il y a là des choses tout à fait intéressantes et innovantes à faire ensemble.

Dernier point sur ce qui pourrait être un enjeu pour les URML : la dimension de la formation et de l'information, d'abord des professionnels, mais aussi des usagers. On est dans un changement extraordinaire. Ce n'est pas que la loi sur l'assurance maladie, j'ai fait allusion au SROS, donc c'est l'ordonnance de septembre 2003 ; au mois d'août, en plus de la loi sur l'assurance maladie, il y a eu la loi de santé publique, la loi sur la liberté et responsabilité locale, la loi sur le développement des territoires ruraux, ce qui nous attend sur la Caisse Nationale Solidarité Autonomie. Nous sommes dans un profond bouleversement, et si on veut que cette réforme passe sur le terrain, il faut que tout le monde s'approprie ces informations. Nous avons eu récemment des journées de rentrée à Pau des responsables mutualistes qui étaient consacrées à toutes ces évolutions et on se rend compte qu'il y a énormément à faire, et le souhait qui est remonté de ces journées, c'est vraiment la formation, formation au sens large, information. On peut avoir, après, un jugement, mais déjà il faut comprendre ce qu'il y a dans les textes.

Au final, et pour conclure, je dirais qu'aujourd'hui, à de nouveaux enjeux tels que je les ai un peu évoqués doivent correspondre de nouvelles relations. Ces nouvelles relations doivent se bâtir sur le principe affirmé, c'est clairement la position de la Mutualité, que la réforme ne se fera pas sans les professionnels de santé. Si on veut la faire tous ensemble, parce

qu'elle nécessitera une mobilisation commune, je crois qu'il faut d'abord mieux se connaître pour mieux se comprendre et, une fois qu'on s'est mieux compris, on peut espérer mieux agir ensemble dans un contexte que l'on doit tous s'approprier également ensemble.

Monsieur BRUGERE

J'avais demandé à Pierres MONOD de nous donner le regard en retour du Président de la CNP par rapport à ces trois interventions, mais le Secrétaire d'Etat vient d'arriver, donc il est allé l'accueillir.

Il serait quand même intéressant que certains d'entre vous puissent poser des questions par rapport aux trois interventions qui viennent d'avoir lieu.

Monsieur SAPENE (URML A)

Si j'ai bien compris, c'est une table ronde sur le regard extérieur. Il manquait quelques regards extérieurs et pas des moindres, en particulier les autres professionnels de santé et les patients, les usagers.

La question que j'aimerais poser plus aux institutions, à vous qui vous êtes exprimés, c'est : comment voyez-vous au niveau régional, en particulier dans la perspective des Missions Régionales de Santé, l'articulation des médecins avec les autres professionnels de santé et la représentation des usagers et des patients ?

Il y a 20 ans, il y avait moins d'une dizaine d'associations de patients en France ; actuellement, il y a plus de 5 000 associations de patients. On n'a pas du tout parlé de cela. Comment le voyez-vous ? Comment le ressentez-vous ?

Dernière question : vous avez parlé de façon un petit peu administrative, mais vous n'avez pas parlé de votre ressenti, de votre vécu. Comment les médecins des Unions sont ressentis quand vous êtes en dialogue ou en travail avec eux ? Comment voyez-vous leur changement, puisqu'ils sont tous issus du syndicalisme ? Quelle différence ? Les sentez-vous comme fiables du fait du mode d'élection ? Un ressenti personnel.

Monsieur GARCIA

Une fois qu'on a dit qu'il faut mettre les usagers au cœur du débat et les faire participer, ce n'est pas si simple. Une formule avait été inventée à un moment donné et qui a bien marché, c'est les états généraux de la santé.

Il reste, je pense, à savoir mieux faire fonctionner les Conférences Régionales de la Santé qu'elles n'ont fonctionné jusque-là puisqu'elles étaient le lieu de l'expression de tout le monde. À travers, les Conférences Régionales de Santé, si on arrive à susciter une certaine animation tout autour d'informations et de débats, je pense que ce seront aussi des lieux de l'expression des professionnels et des usagers.

On a mis en place avec l'ARH un Comité Régional des Usagers, qui nous sert d'accompagnement pour le Schéma Régional d'Organisation Sanitaires. Il devrait nous permettre de réfléchir sur les accompagnements que l'on aura à faire en matière de santé publique à travers le GRSP ou qu'on aura ensemble à travers les Missions Régionales de Santé puisque la difficulté que vous connaissez, c'est : une fois qu'on a dit qu'on fait la santé pour les patients, comment peut-on arriver à organiser l'expression des besoins ? Cela se fera, comme on l'a déjà fait à Générac, en Aquitaine, au niveau des territoires de santé où on pourra organiser aussi des débats publics.

Prochainement, je ne sais pas si vous y serez, je pense qu'en tout cas que l'ARH sera présente, il y a un territoire de santé qui aura un débat, samedi matin, sur le territoire de La Réole. De toute façon, on aura à débattre avec la population sur : qu'est-ce que pourrait être la santé dans ce territoire ? Voilà une réponse par rapport à l'implication des usagers.

Sur l'implication de la médecine libérale à travers tous nos travaux, j'ai envie de dire d'abord que c'est de plus en plus important. Et je crois qu'on a appris à se connaître tous les deux. Lui, c'est le nouveau médecin. Je lui dis toujours : il y a trente ans, voilà comment je faisais. Lui, il me dit : il y a trente ans, la médecine ambulatoire, cela n'a rien à voir avec ce que je fais aujourd'hui.

J'ai tendance à penser que je ne suis pas si vieux que cela. Je crois savoir, pour m'être impliqué suffisamment, monter les escaliers, faire les dix ou onze étages, courir toute la campagne pour aller voir des malades, je suis désolé, je continue à le vivre. On l'a vécu une fois, on le vit toute sa vie. Et je pense que d'autres pourraient le dire : on ne peut oublier qu'on a été médecin une fois dans sa vie. A partir de là, je crois qu'on peut commencer à se parler parce qu'on se comprend et on sait de quoi on parle.

On a tout à construire. On a à construire ensemble cette compréhension de ce qui est le souhait, les convictions intimes des uns et les attentes des autres.

(Monsieur Xavier BERTRAND arrive dans la salle)

Et puis, quel est le sentiment que je vais porter directement sur ces relations entre nous ? Je dirais qu'elles sont des relations de moins en moins institutionnelles. En tout cas, c'est le sens que j'ai voulu donner tout à l'heure à nos points de rencontre mensuels où on a l'occasion de se voir, de parler. Peut-être d'ailleurs de parler de tout autre chose que de la santé puisque pour apprendre à se connaître, il faut savoir aussi, de temps en temps, se détendre et penser à autre chose. Et ensuite, construire à travers des groupes de réflexion et la participation des uns et des autres dans nos groupes de travail.

Je pense que l'on va avoir, à travers les SROS qui sont innovants, qui ne seront pas uniquement hospitaliers, qui seront fondamentalement de ville et d'hôpital, des rencontres intéressantes. Et puis, un autre enjeu pas facile, mais c'est un véritable enjeu : l'articulation avec le médico-social et le social.

J'ai envie de dire que le problème de la santé dans notre pays, qui est un pays dont on peut dire qu'il est d'un niveau très important, ce n'est pas tellement le niveau de soins. Le Ministre l'a dit : on a certainement un des meilleurs systèmes de santé, qui peut être amélioré dans l'efficacité, j'en suis persuadé. C'est pour cela que l'évaluation des pratiques est importante. Mais on oublie trop que l'état de santé global de la population française va dépendre de plus en plus de notre capacité ou pas à prendre les personnes qui ne recourent pas au système : les démunis et les exclus. C'est un véritable défi de pouvoir commencer à prendre en compte ce problème. Il s'agit là tout autant de santé que d'environnement et de social.

Monsieur LOSSON

Sur l'organisation de la représentation des usagers, je n'ai pas d'idées beaucoup plus originales que celles qu'a évoquées Monsieur GARCIA, et je crois que c'est dans la multiplication ou en tout cas, du moins, dans l'organisation des consultations que l'on va pouvoir faire émerger la parole des usagers.

Je voudrais attirer votre attention sur la Conférence Régionale de Santé renouvelée, telle qu'elle apparaît dans la loi de santé publique et dans la loi de réforme de l'assurance maladie puisque, notamment dans le cadre de ce qui nous a préoccupés ce matin des Missions Régionales de Santé, il nous est demandé, Directeurs d'ARH et Directeurs d'URCAM, de consulter et de solliciter l'avis de ces Conférences Régionales de Santé. Si on arrive à faire un vrai lieu d'expression des problèmes de santé et des problèmes sanitaires en régions, on aura fait un vrai progrès.

Sur la manière dont on vous perçoit le plus directement, en tant qu'interlocuteurs, il y a déjà un aspect qui est très personnel. Il y a un certain nombre d'endroits où la relation s'est faite plus facilement qu'ailleurs. Je l'avais un peu abordé dans mon exposé, je n'ai peut-être pas assez insisté : je pense que nous devons avoir une relation professionnelle, et cette relation professionnelle est réalisable dès lors qu'on est sur des sujets où on a un vrai partenariat pour faire avancer un certain nombre de choses.

A ce moment-là, je pense que les réticences individuelles ou politiques ou politico-syndicales s'effacent. L'étiquette syndicale, c'est l'intérêt d'avoir une structure élue, je le disais en introduction de mon exposé, disparaît parce qu'il faut que la structure Union prenne position. Elle a un mode de fonctionnement, un Bureau, un Conseil d'administration, comme d'ailleurs nos organismes. Nous avons un Conseil d'administration qui définit les orientations. Il y a une Commission exécutive au sein des Agences Régionales d'Hospitalisation, comme nous avons des modes de collaboration et de décision en commun. Il sera intéressant de tester ce que je viens de dire si, ce que je ne souhaite pas, il devait y avoir des difficultés dans le cadre de la nouvelle convention professionnelle de santéassurance maladie qui va être négociée dans les jours qui viennent.

Monsieur GARROS

A la Mutualité, nous avons une situation particulière puisque nos adhérents sont des usagers, ils nous rappellent à l'ordre quand il le faut.

Deux petits éléments d'information : on va retrouver les usagers dans les caisses d'assurance maladie, dans les Conseils des caisses. Et n'oublions pas que cette logique de structuration territoriale, notamment à travers les pays, qui sont des nouvelles formes d'organisation, où il y a des Conseils de développement, les usagers sont représentés et il y a des dynamiques autour des projets de santé dans ces Conseils de développement.

En ce qui concerne les relations avec les élus, je voudrais prolonger l'interrogation. Je crois que la question passe par une amélioration des relations telle que l'a décrite Alain GARCIA, mais l'enjeu n'est pas tellement que quelques personnes, aussi compétentes soient-elles au niveau régional, partagent, se retrouvent, se connaissent et apprennent à se connaître. L'enjeu, c'est que vraiment cela aille jusqu'aux fins fonds les plus éloignés de la capitale régionale. Et, à mon avis, c'est un enjeu autant pour le mouvement mutualiste que pour les professionnels de

santé et autres. Comment pourrions-nous faire pour faire évoluer un certain nombre de représentations au plus près des acteurs de terrain et pas seulement au niveau des états-majors ? C'est un vrai problème culturel. C'est pour cela que j'ai beaucoup insisté sur la dimension de formation et d'information. Je crois que c'est sur les territoires que cela peut se faire, et c'est un travail très lourd et très astreignant.

Monsieur BRUGERE

À travers le nombre considérable de travaux présentés dans tous les stands et à travers le remarquable travail qui a été fait par la Région Bretagne, je vous conseille de contacter Jean-Yves HASCOËT, et de partir avec ce document, qui est un travail sur l'ensemble des travaux réalisés par toutes les Unions en 2003, on se rend compte du considérable travail fait par les Unions, qui n'est pas assez connu. Et ce débat nous montre bien qu'il y a des interfaces indispensables à trouver entre nos structures pour le bienfait du système et des patients. Les Missions Régionales de Santé ne pourront pas se développer en l'absence des URML. C'est mon avis et celui d'un certain nombre de Présidents, du reste.

J'avais demandé à Pierre MONOD de nous donner son regard en retour par rapport à cette table ronde. Ce regard en retour va nous servir de conclusion, si tu le veux bien, Pierre.

Monsieur MONOD

Pardon de m'être éclipsé quelques minutes pour accueillir le Ministre. Merci d'être là, Monsieur le ministre. Tout à l'heure, on en reparlera, de la région. Nous en attendons beaucoup.

Je dirais que nous ne devons jamais oublier, parce que si la Mutualité a ses adhérents, nous, les Unions, nous avons nos médecins et ils ne sont pas plus faciles que les adhérents de la Mutualité. Ils sont là pour nous rappeler que nous avons avant tout le souci du patient, quel que soit le lieu de sa prise en charge. C'est la qualité de la prise en charge qui l'intéresse. Et je crois que, réellement, en régions, il faut réussir à abattre les murs entre l'hôpital et la ville.

Le Dossier Médical Personnel doit nous aider ; les réseaux doivent nous y aider. A partir du moment où on a considéré que l'on a abattu les murs, les structures évoluent aussi. Quand je suis arrivé, j'ai été élu en 2000, je connaissais un peu les Unions en tant que syndicaliste, mais en tant que Président, pas du tout, et la première réunion à laquelle j'ai assisté, j'ai été

très impressionné parce qu'il y avait l'ARH, le Préfet, l'URCAM, et il y avait la DRASS, et ce monde s'est presque entredéchiré devant moi, j'avais presque honte. Les choses ont évolué mais je crois qu'il faut que les institutions évoluent autour du patient. On nous demande de nous occuper du patient, occupons-nous du patient et occupons-nous un peu moins des institutions qui doivent totalement se décroïsonner.

Deuxième chose : il faut apprendre à travailler sous le regard des autres. L'évaluation des pratiques professionnelles, c'est travailler sous le regard des autres, à la condition de travailler de façon indépendante et qu'on se respecte les uns les autres. Quand on aborde un projet ensemble, par exemple dans ma région, nous avons abordé la démographie médicale en se disant : on ne sait pas se compter. Ce n'est pas pour dire que telle ou telle administration fait n'importe quoi, c'est pour dire : ensemble, nous ne savons pas faire. Donc mettons-nous d'accord sur une méthodologie et montrons qu'on peut avancer. Travailler sous le regard des autres, cela fait du bien à tout le monde. C'est pour cela que je dis toujours, et je rappelle, que les Unions sont hors convention. Nous sommes "fluctuat nec mergitur" parce que nous nous inscrivons forcément dans la durée, nous n'avons pas à nous inscrire dans un schéma de défense, d'opposition nécessaire, voire parfois de chaise vide qui est absolument nécessaire dans certains cas, lorsqu'il s'agit d'un combat syndical. Il est juste, de temps en temps, de claquer la porte. Nous, nous sommes des institutions et, à ce moment-là, il faut apprendre à travailler avec les autres, sous le regard des autres.

La troisième chose : il faut du pragmatisme. Je m'adresserai tout d'abord aux politiques : il faut, en matière de santé, qu'assez rapidement on nous dise ce qu'est la région. Je suis frappé de l'hétérogénéité des réponses des Collectivités territoriales sur la santé. On a eu une période extrêmement difficile où, autour des personnes âgées, on n'a pas très bien compris, dans les départements, qui fait quoi. Il y a l'échelon départemental sur les personnes âgées, maintenant on comprend que c'est le Conseil général, un peu la DDASS, mais les professionnels de santé ont été un peu perdus.

Ensuite, sur un certain nombre de lignes de vie du patient au niveau régional, on aimerait, là aussi, avoir des précisions et qu'on nous dise s'il y a des arbitrages qui sont difficiles à faire entre les institutions ; recentrons-nous sur le dossier. Je sais bien qu'on nous dit régulièrement : vous, les Unions, vous réclamez toujours d'être reconnues, la Conférence des Présidents veut être reconnue... D'accord ! Je suis entièrement d'accord pour dire : concentrons-nous sur des dossiers. Et, Monsieur le ministre, je vous le dirai

tout à l'heure, je suis d'accord pour que la reconnaissance passe sur des missions. Mais, à la condition que tout le monde soit au même niveau sur les missions et qu'on me dise en face qui fait quoi en régions. Je crois qu'il est indispensable qu'on définisse la responsabilité de chacun, le champ de compétences et jusqu'où on va. C'est indispensable parce que, sinon, d'une part on se fait quelquefois balader de structure en structure et, surtout, nous nous épuisons dans un certain nombre de réunions où soit nous sommes les faire-valoir, soit on ne sert pas à grand-chose.

Je souhaite, parce que nous avons des moyens financiers, mais surtout humains, que la région se recentre sur une sorte de commission permanente, sur une structure permanente qui recueille les institutionnels, - je souhaite que la Mutualité y soit également présente parce qu'elle intervient dans notre métier de médecin - et où nous fassions le point régulièrement sur un certain nombre de dossiers qui sont de notre compétence.

Je pense que si nous arrivons, en régions, à être beaucoup plus clairs sur ce que nous faisons, le niveau national coulera de source.

(La séance est suspendue à 12 heures 50)

(La séance est reprise à 14 heures 15)

Monsieur MONOD

Merci, Monsieur le ministre, d'avoir accepté de participer à notre anniversaire. Je sais qu'aujourd'hui c'est jour de marché à Saint-Quentin... Je sais votre agenda chargé, mais nous savons votre souhait d'aller à la rencontre des acteurs de terrain.

Avec nos invités, vous avez devant vous les vingt-six Unions que compte la France, et nous voudrions vous parler de nos régions.

Les Unions Régionales des Médecins Libéraux sont régionales, c'est leur raison d'être, leur champ de compétences.

Nous sommes très régionalistes parce que nous croyons qu'en matière de santé, la région est l'espace pertinent d'approche des problématiques. La région doit être l'espace où le décroïsonnement entre la ville et l'hôpital doit s'opérer. Il faut, dans les cinq ans à venir, décroïsonner la ville et l'hôpital. Nous

sommes favorables à la création des Agences Régionales de Santé regroupant les compétences des différents services déconcentrés de l'Etat et en charge de la définition et de la mise en œuvre d'une politique régionale de santé, quel que soit le lieu géographique ou fonctionnel, j'insiste encore, que ce soit la ville ou que ce soit l'hôpital. Mais, ce que nous demandons, Monsieur le ministre, c'est une démocratie participative.

Nous n'avons pas à nous substituer aux prérogatives de l'Etat ou de l'assurance maladie. Mais, trop souvent, Monsieur le ministre, nos collègues ont l'impression de servir un peu de caution dans les très nombreuses réunions où ils sont conviés. À force de réclamer d'y être, nous y sommes, mais on en arrive maintenant à être un peu dépassé par l'ensemble des réunions. Et sans vouloir co-gérer la région – et encore une fois l'Etat doit garder ses prérogatives – il nous semble indispensable que notre expertise régionale soit obligatoirement entendue avant de définir une politique régionale de santé publique.

J'ai eu l'occasion de le dire à Monsieur le Président de la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale, Monsieur DUBERNARD, qui nous fait l'honneur et la joie d'être là, je crois qu'il faudra avancer dans les textes sur ce sujet. Une commission permanente régionale, constituée telle que nous l'avions proposée, permettrait une vision transversale des dossiers ; ce qui nous rendrait tous, et pas uniquement les médecins, plus efficaces. J'observe que tout le monde est assez dur avec les médecins, c'est normal, mais encore plus dur avec leurs organisations professionnelles, qui mettent du temps, qui sont toujours très lentes, etc. Je ne parlerai pas, devant Monsieur le sénateur honoraire, d'un train de sénateur, mais je crois que certaines administrations ne sont peut-être pas à un rythme que nous souhaiterions. Je crois que, pour le bien de tous, une commission permanente régionale ferait avancer les choses. Nous souhaitons ainsi faire partie des futures Missions Régionales de Santé et que cela soit reconnu dans les textes.

Parce que nous sommes avant tout des élus de terrain, parce que nous travaillons dans nos cabinets, dans nos cliniques au contact de nos patients, nous voulons être utiles à la profession qui nous a élus, à nos patients, et donc à la collectivité.

Merci, Monsieur le ministre, de nous faire confiance, et merci, avec Philippe DOUSTE-BLAZY, de l'écrire dans les textes.

Intervention de Monsieur Xavier BERTRAND

Monsieur BERTRAND

Merci, Monsieur le Président, pour votre invitation déjà pour cette journée, et merci aussi pour votre invitation pressante dans votre conclusion. Je voudrais vous dire que je suis très heureux d'être ici parmi vous pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, parce que vous êtes, à mon sens, des acteurs incontournables de cette réforme de l'assurance maladie et donc, du paysage de notre système de santé, déjà depuis 10 ans, et pour de nombreuses années que nous avons à écrire ensemble. Et puis aussi parce que j'ai eu l'occasion ici de retrouver "le régional de l'étape", Jean-Michel DUBERNARD, avec lequel j'ai une forme de complicité parlementaire parce que c'est auprès de lui que j'ai appris le travail de parlementaire et que j'ai appris à m'intéresser à ces questions sociales et de santé, vu que j'avais été rapporteur déjà du texte sur les retraites, et que nous avons pour habitude, avec Jean-Michel DUBERNARD, de passer nos étés ensemble. Et dans cet hémicycle, où après avoir passé ensemble 157 heures pour les retraites, nous en avons passé 143 cette année sur la réforme de l'assurance maladie. Et puis aussi parce que cet après-midi, je retrouve "mes régionaux de l'étape", avec les Picards (je suis Picard), avec celles et ceux vis-à-vis desquels, en toute confidentialité, aux prémices de cette réforme, j'avais pu tester un certain nombre d'idées. Ils m'avaient garanti la confidentialité, et c'est avec eux qu'on a pu voir naître certaines formules et voir quelles pouvaient être les difficultés d'application.

Quand on n'est pas spécialiste de cette question depuis des années - c'était mon cas, je me suis souvent présenté comme un mécanicien de la réforme-, on a aussi à cœur, en toute confiance, de demander à celles et ceux qui savent, à celles et ceux qui sont, sur le terrain, leur regard parce que c'est à la fois un regard prospectif et pragmatique.

Et la dernière raison pour laquelle je suis là, c'est que quand on est invité à un anniversaire, cela ne se refuse pas parce que c'est aussi un peu une fête de famille.

Voilà pourquoi, pour toutes ces raisons, j'avais vraiment à cœur de me retrouver parmi vous aujourd'hui.

Et puis aussi pour vous délivrer un message parce qu'avec Philippe DOUSTE-BLAZY, je parcours en ce moment toute la France, dans le cadre de ce que j'ai appelé le fameux service après vote, la réforme de l'assurance maladie. J'étais avant-hier à Tourcoing,

dans le Nord, j'étais hier dans la Sarthe, je suis aujourd'hui à Lyon avant de reprendre la semaine prochaine. Tout simplement parce qu'à chaque fois que je fais ces déplacements, j'ai à cœur d'illustrer un des points de la réforme et de dialoguer avec les professionnels de santé.

Le dialogue ne s'est pas arrêté au début du débat parlementaire, il s'est poursuivi durant le débat parlementaire, mais nous continuons à jouer très clairement la carte de la concertation pour la publication de toute la partie réglementaire, les décrets et les arrêtés.

Aujourd'hui, notre mission aux uns et aux autres, c'est de faire en sorte que la réforme de l'assurance maladie soit bel et bien complètement sur les rails au 1er janvier 2005. Il y a une vie après la loi, et c'est toute cette vie que nous sommes en train aujourd'hui d'écrire ensemble.

Si je suis ici, c'est parce qu'avec ce dixième anniversaire, nous sommes à la fois à l'âge de la maturité, l'âge des premiers bilans, des vrais bilans, mais aussi, encore et toujours, des projets, et des projets forts ; nous allons en avoir besoin.

Vous êtes, Philippe DOUSTE-BLAZY vous l'a dit ce matin, des vecteurs de qualité et aussi de bonnes pratiques dans l'offre de soins. Et comme la réforme de l'assurance maladie est centrée autour de cette démarche qualité, il est évident que vous êtes bien évidemment des acteurs et des partenaires à part entière de cette réforme de l'assurance maladie. Mais il est vrai, et j'y reviendrai tout à l'heure, que nous avons souhaité privilégier la démarche fonctionnelle plus que la démarche structurelle. Il y a un temps pour tout, et il était important, au travers des missions qui sont aujourd'hui précisées dans la loi, de voir comment vous pouvez nous accompagner et prendre toute votre place dans ces nouvelles missions.

Aujourd'hui, je tiens à le dire par rapport à ce progrès, à cette réussite que nous avons besoin d'écrire ensemble, il était évident que c'était avec vous qu'il fallait que nous puissions en parler.

Je voudrais tout d'abord vous dire que, lors des débats à l'Assemblée nationale, il y a un certain nombre de points qui ont été soulevés, qui montrent que toute la classe politique n'a pas forcément la même vision de l'avenir du système de santé. Et pour que les choses soient bien claires parce que j'assume tout à fait ce choix, même s'il a pu nous être reproché, la réforme que nous avons mise en place avec Philippe DOUSTE-BLAZY préserve la médecine libérale et donne toute leur place aux médecins libéraux. Il y en a aujourd'hui qui s'interrogent sur la place de la médecine libérale, j'avais même cru lire qu'on risquait de parler de fin de vie de la médecine libérale. Je ne partage absolument pas ce sentiment. Au contraire, je pense que l'avenir de notre système de santé ne peut

s'écrire qu'avec le maintien de l'exercice libéral de la médecine. Toute autre voie serait vouée à l'échec compte tenu de notre histoire, compte tenu de l'attente de la population et compte tenu des attentes sanitaires.

C'est vrai que certains ont avancé dans le débat, sur certaines travées qui n'étaient pas tout à fait celles de Jean-Michel DUBERNARD, l'idée du paiement à la capitation et donc de la remise en question du paiement à l'acte. D'autres ont parlé de rémunération forfaitaire. D'autres ont parlé de coercition sur des questions comme la démographie médicale. D'autres ont parlé de salariat. Je ne partage absolument pas ces options, et nous avons eu à cœur, dans le vote de cette réforme, d'affirmer clairement nos convictions : le maintien et l'avenir de l'exercice libéral de la médecine.

Nous ne voulons pas remettre en cause ces valeurs fondamentales. C'est un choix philosophique pratique, et surtout un choix politique, encore une fois, que nous avons fait en pariant, il est vrai, sur la responsabilisation, l'incitation et l'évolution des comportements.

Philippe DOUSTE-BLAZY vous l'a dit : il y a toujours le choix de la maîtrise comptable qui semble susciter des envies chez certains acteurs politiques. Eh bien ! Pas nous. Nous avons fait le choix de la maîtrise médicalisée parce qu'il nous semble que c'est non seulement la seule voie de l'avenir, mais surtout la seule qui puisse marcher.

Il est vrai que, dans le domaine de l'assurance maladie aujourd'hui, l'Etat fixe les règles, il détermine des principes pour orienter l'action, il est le garant en dernier ressort, mais il ne saurait aujourd'hui se substituer aux acteurs qui vont engager une partie très importante dans les semaines qui viennent. Je veux bien évidemment parler de la partie conventionnelle.

Mais, il est vrai aussi que, par rapport aux objectifs que nous nous sommes fixés, et je pense notamment au Dossier Médical Personnel, c'est ensemble que nous allons l'édifier, étape par étape, dans une vraie démarche à la fois de partenariat et une démarche progressive. Monsieur le Président, vous étiez hier avec moi, plus longtemps que moi, à Roissy, pour ce séminaire de travail très important dans lequel nous fondons beaucoup d'espoir. Je crois que, là encore, nous l'avons dit, mais nous le mettons en pratique, ceci se mettra en place ensemble, et j'ai bien entendu votre message qui consiste à dire que la Conférence nationale doit être associée à ce groupe de pilotage afin de nous faire profiter de votre expérience, et surtout de votre vécu. Parce que s'il est vrai que nous avons beaucoup d'expériences locales et régionales, qui doivent être des accélérateurs du DMP en nous faisant profiter de leurs expériences, nous ne devons pas avoir des expériences locales qui pour-

raient constituer des freins à la progression du DMP. Fixons-nous des objectifs simples et à portée de la main.

Je voudrais aussi vous montrer que ce rôle de partenaire est aussi un rôle de promoteur de la réforme que vous allez être appelés à jouer dans différents domaines, dans les mois et dans les années qui viennent. Tout d'abord, les URML sont un interlocuteur important dans la réforme. Certains voudraient me faire croire que les URML n'ont pas leur place dans la réforme, que les URML seraient les grandes oubliées. Je souhaite vous livrer clairement ma vision sur cette question. Non seulement vous avez toute votre place dans cette réforme, mais en plus, vous avez de nouveaux champs d'action, vous avez de nouvelles missions clairement définies.

La première, c'est au titre de la qualité des soins. La fameuse EPP (l'Evaluation des Pratiques Professionnelles) qui permet, à mon sens, un nouveau contrat entre le patient et le praticien. Nous savons que cette évaluation est rendue obligatoire dans la loi du 13 août 2004. Ce nouveau contrat entre le patient et le praticien, dont nous devons toutes et tous saisir l'opportunité, permet l'amélioration de l'offre de soins.

Vous savez aussi que l'EPP, c'est l'affaire des professionnels. Nous avons entendu les craintes qu'il pouvait y avoir en se demandant si l'assurance maladie n'allait pas jouer un rôle qui n'était pas le sien. Les choses sont claires : l'EPP, c'est clairement l'affaire des professionnels, même si nous avons souhaité être assurés que ce caractère obligatoire serait bien respecté. Mais, là encore, nous avons adopté un certain nombre d'amendements, de façon à ce que toutes les garanties soient apportées aux professionnels de santé.

La loi prévoit également l'accréditation des praticiens exerçant dans les établissements de santé. Les médecins ou les équipes médicales d'une même spécialité peuvent demander à ce que la qualité de leur pratique soit accréditée. Jean-Michel DUBERNARD a beaucoup pesé sur cette partie spécifique de la loi, ce qui nous a valu un débat intéressant mais aussi homérique où parfois on aurait pu craindre que la sémantique ne l'emporte sur la raison et la pratique. Les choses sont claires : cette démarche qualité se fera avec vous et au profit des patients.

Nous savons également que les URML ont, depuis plusieurs années, travaillé dans ce domaine. Vous avez fait vos preuves en la matière et c'est ce qui nous permet d'apporter cette cohérence indispensable à la démarche qualité.

Je voudrais aussi insister sur le développement du juste soin, qui est au cœur de la réforme. Vous en êtes à la fois les courroies de transmission et les ambassadeurs dans les régions, auprès de vos

confrères. Et dans l'organisation aussi de l'évaluation rendue obligatoire, il y a une question essentielle pour laquelle je dis clairement, en tant que Secrétaire d'Etat à l'assurance maladie, que nous avons besoin d'y voir parfaitement clair : c'est l'articulation des instances et l'articulation entre la FMC et l'évaluation des pratiques professionnelles. Vous êtes des acteurs de la formation médicale continue. Vous savez que c'est un élément prépondérant de la qualité du système de santé, c'est devenu aussi une réalité dans l'exercice de la profession médicale, et que la finalité de cette FMC, maintenant étendue à l'ensemble des professions de santé, s'inscrit toujours dans la même démarche d'amélioration de la qualité des soins.

Il s'agit d'une politique incitative de responsabilisation des acteurs de santé, et c'est aussi une façon pour l'ensemble de la profession de s'adapter à l'évolution rapide et continue du progrès médical.

Les Conseils Nationaux de Formation Médicale Continue ont été mis en place par l'arrêté du 26 janvier 2004, des instructions ont été données afin que l'enveloppe financière permettant le fonctionnement de ces Conseils soit débloquée. Deux lois récentes redéfinissent le cadre général de cette formation continue : la loi relative à la politique de santé publique qui définit les obligations de formation, et la loi portant réforme de l'assurance maladie qui donne à la Haute Autorité en Santé la responsabilité de l'évaluation des pratiques. Il s'agit bel et bien de deux dispositifs complémentaires, mais il s'agit bien d'une seule et même obligation.

L'Etat a pris ses responsabilités en faisant figurer ces orientations ; il s'agit maintenant que chacun prenne les siennes en portant des propositions constructives, en multipliant les rencontres et en nous permettant d'y voir parfaitement clair pour que nous puissions passer véritablement dans le vif du sujet et pour que ceci devienne vraiment réalité.

Vous êtes donc un partenaire décisif dans ce domaine, et c'est vous qui jouerez un rôle moteur dans la définition des bonnes pratiques et des référentiels de qualité. Le nouveau pilotage du système de santé vous place dans une position à la fois de relais, mais aussi d'interface privilégiée entre les instances chargées de l'évaluation et les territoires. C'est en quelque sorte une nouvelle forme de légitimité qui vous est aujourd'hui dévolue.

J'ai bien compris, Monsieur le Président, votre insistance pour dire très clairement que la démarche territoriale était une obligation, une nécessité, une forme de logique, et que c'était la démarche régionale qui devait aujourd'hui s'inscrire comme notre nouvel horizon. Mais, vous êtes, vous, déjà depuis longtemps, avant même la loi, partie prenante de cette politique de rééquilibrage territorial. La loi portant réforme de l'assurance maladie a créé un

Comité de démographie médicale ; il devra prendre en compte les travaux d'études et de projections réalisés sous l'égide de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, notamment en ce qui concerne les besoins des populations et les disparités qui existent sur le territoire. Philippe DOUSTE-BLAZY et moi-même avons tenu à ce que quatre représentants des URML siègent dans ce comité, et ces professionnels, au sein de ce comité, pourront œuvrer par leurs connaissances du terrain en faveur du nécessaire rééquilibrage de l'offre de soins. Je sais le travail de qualité, en quantité également, qui a été apporté dans certaines régions sur ces questions-là.

L'important, quand nous avons des outils d'une telle qualité, c'est surtout de savoir nous en servir. Et, avec votre représentation au sein de ce Comité de démographie, je pense que toutes les conditions sont réunies pour que l'on aboutisse à des résultats attendus par l'ensemble des Français.

Nous n'avons pas souhaité, concernant la démographie médicale, aller dans la voie de la contrainte et de la coercition, comme certains acteurs politiques nous y invitaient de façon pressante, parce qu'il nous semble que c'est aux antipodes du système français, ce système qui consiste à sacraliser, à dire toute l'importance de l'exercice libéral de la médecine.

Nous avons pensé que si on voulait rétrécir la liberté d'installation des professionnels de santé, cela ne marcherait pas. Et là encore, nous avons fait le choix de l'incitation. Nous avons décidé que, sous la responsabilité de l'Etat et des collectivités locales, il y aurait la possibilité d'attribuer des aides à l'installation, et que d'autres dispositifs, comme la modulation des charges sociales et le forfait annuel, seraient de la responsabilité des partenaires conventionnels.

Nous croyons à l'incitation, mais derrière l'incitation, il y aura forcément l'évaluation de ces pratiques pour voir si, oui ou non, nous avons raison de faire confiance à l'incitation. Mais, je le répète et j'assume très clairement ce choix : la coercition, la contrainte, non, l'évaluation, oui. La seule chose, Mesdames et Messieurs : donnons enfin sa chance à l'évaluation. Laissons à l'évaluation le temps et les moyens de faire ses preuves car il n'y a que comme cela que nous réussirons à répondre à ce défi et à maintenir ce qui fait votre spécificité : cet exercice libéral.

La mise en place des Missions Régionales de Santé donne par ailleurs un cadre légal qui va permettre une collaboration accrue entre les acteurs de la politique de santé dans les régions. Et je partage votre sentiment, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs : c'est certainement au niveau régional que l'on pourra commencer à mettre un terme à ce

cloisonnement du système de santé qui nous empêche, le plus souvent, de travailler dans la meilleure efficacité possible, et qui nous permet d'améliorer la qualité au service des patients.

Mais, c'est vrai que si l'on va dans une démarche fonctionnelle, cela me semble être plus porteur que d'aller tout de suite dans une démarche structurelle parce qu'il y a un mal français que vous ne serez pas les seuls à pouvoir guérir : c'est la réunion-nite. Passer son temps dans des réunions qui ne mènent à rien, cela permet de se connaître et d'échanger, mais cela ne fait pas avancer les choses, et surtout, cela vous fait perdre votre temps. Quant à accepter de ne pas être en face du patient pour améliorer le système de santé, il faut que cela serve à quelque chose et que vous ne perdiez pas votre temps dans des réunions sans fin, sans dessein et sans autre ambition que de pouvoir réunir les différents acteurs. Réunir les acteurs, c'est bien ; en faire sortir quelque chose, c'est quand même mieux, me semble-t-il.

(Applaudissements)

Mais, je crois qu'en associant de manière efficace le travail des ARH, des URCAM et des URML, l'échelon régional répondra aux impératifs de proximité et de réactivité dont nous avons besoin.

Il y a aussi une autre étape : c'est le cadre de l'expérimentation des ARS, ces Agences Régionales de Santé qui permettent l'existence d'un seul acteur régional dans la politique de santé publique. Les URML auront aussi un rôle de coordination pour le secteur libéral et constitueront une force de proposition de premier ordre, du fait de votre proximité avec les patients et parce que vous avez fait vos preuves depuis maintenant 10 années.

Certains pourraient dire : mais que veut le Gouvernement ? Je vais vous dire : que veulent véritablement les partenaires ? Derrière cette idée de la régionalisation, vous ne mettez pas forcément la même chose. Certains n'ont pas la même vision de la finalité de cette régionalisation. Vous êtes certainement d'accord sur les moyens, et encore aimerais-je en avoir la certitude, mais encore une fois, vous ne pouvez pas reprocher à ce Gouvernement et à sa majorité d'avoir eu le courage de mener à bien cette réforme, nous n'avons pas peur de prendre nos responsabilités, mais, pour faire les bons choix, nous avons besoin de savoir précisément ce que vous voulez et ce dont ont besoin nos concitoyens. Quand les choses seront suffisamment claires – et je souhaite qu'elles le soient le plus rapidement possible –, nous saurons avancer et vous nous trouverez présents.

Je voudrais dire aussi que les URML sont des partenaires incontournables de la politique de santé publique, et je sais que c'est un sujet qui tient particulièrement à cœur à Jean-Michel DUBERNARD.

La participation des URML aux différentes instances régionales est renforcée. Les URML se voient confier de nouvelles missions dans le domaine de la santé publique. Pour la première fois, les médecins libéraux sont associés à la réflexion et à la définition des politiques de santé publique. Penser "santé publique" sans en parler avec vous, cela n'a pas grand sens, il faut en convenir. C'est à ce titre, comme nous l'avons vu, que les URML seront destinataires des données de l'Institut National des Données de Santé et qu'elles seront aussi des partenaires importants des GRSP, dans le cadre des Groupements Régionaux de Santé Publique, qui ont été créés par la loi du 13 août 2004.

Acteurs de terrain, dépositaires d'expériences, d'expertises et d'études, vous ne sauriez être contournés dans un domaine aussi transversal, comme certains voudraient le croire. Nous, en tout cas, nous ne le croyons pas. Vous avez l'expérience, vous avez le savoir-faire, autant que vous soyez partenaires.

Je voudrais vous dire, juste pour conclure, que cette réforme que l'on disait impossible voilà encore quelques mois, nous l'avons menée à bien, nous l'avons même votée. Il nous reste aujourd'hui à la mettre complètement sur les rails au 1er janvier. Comme quoi, même en matière de système de santé, impossible n'est pas français. Mais, nous sommes aujourd'hui dans la phase décisive, celle où rien n'est encore terminé, celle où beaucoup reste encore à faire. Nous sommes aujourd'hui dans la phase de mise en œuvre, celle qui sollicite tout le monde au moins autant que dans les étapes précédentes. Parce que cette réforme est fondée sur la qualité avant tout, parce qu'elle place le médecin au cœur de l'offre de soins, parce qu'elle se fonde aussi sur un pilotage renforcé, avec les acteurs de terrain et les besoins du terrain, je pense qu'elle répond tout à fait aux attentes formulées par les URML depuis leur création. Nous sommes en phase comme rarement vous avez pu l'être avec les acteurs publics. En associant les professionnels de santé aux certifications, aux évaluations, aux perspectives en matière de l'installation, la réforme accorde toute leur place aux médecins libéraux dans le pilotage et la gestion de l'offre de soins dans la dimension la plus opérationnelle qui soit.

Dans le cadre des expérimentations régionales qui auront lieu dans les mois à venir, que ce soit pour la mise en place d'une question structurante comme le médecin traitant, vous serez consultés, associés et entendus.

Avec Philippe DOUSTE-BLAZY, nous allons aller à votre rencontre dans les régions. Quatre déplacements sont d'ores et déjà programmés. Et j'aurai à cœur, dans les vingt-cinq déplacements que j'ai encore prévu d'effectuer d'ici la fin de l'année, d'aller à la rencontre des URML à chaque fois que vous

souhaiterez me rencontrer, pour que l'on puisse parler, échanger, travailler et avancer ensemble. Vous êtes, je l'ai dit, des relais, des vecteurs importants afin de changer les comportements.

Je vous le dis, la loi du 13 août 2004 n'est certainement pas un rendez-vous manqué entre les URML et le législateur, et le Gouvernement, bien au contraire : toutes les perspectives nous sont aujourd'hui ouvertes.

Vous êtes des acteurs privilégiés d'une médecine moderne de qualité, centrée sur le patient, mais il nous faut aussi continuer dans la voie de la concertation parce que je sais qu'après avoir fait le choix d'une démarche fonctionnelle, nous avons besoin aussi d'une concertation pour notamment réfléchir à la manière de faire évoluer votre statut et, donc, votre place.

Vous avez fait vos preuves, vous avez parcouru en 10 ans un chemin important, il reste un chemin encore très important à parcourir. Je pense que si nous le parcourons ensemble, nous pourrons répondre encore mieux aux besoins de santé qui sont face à nous. Il est temps que chacun prenne la mesure de ses responsabilités ; vous le faites en vous réunissant aujourd'hui. Je crois que ce qui est en jeu, en même temps que l'avenir de notre système de santé, c'est bien l'enjeu et l'avenir de la liberté d'installation, de la liberté de prescription du praticien, de la liberté du patient de choisir son médecin. C'est bel et bien l'enjeu qui nous rassemble, c'est l'avenir de la médecine et de son exercice libéral dans ce pays.

En d'autres termes, face à l'avenir de notre système de santé, face à l'avenir de l'exercice libéral de la médecine en France que nous avons voulu et dont nous voulons assurer la pérennité, je serais tenté de reprendre cette phrase du philosophe Alain, qui disait : "Le pessimisme est d'humeur et l'optimisme est de volonté". Comme vous, je veux être optimiste, et je suis certain que l'avenir dira que nous avons eu raison de l'être.

(Applaudissements)

(La séance est reprise à 15 heures 45)

ATELIER 1

Démarche Qualité – Evaluation des Pratiques Professionnelles.

Monsieur HIRSCH

Notre premier exposé concerne l'EPP à laquelle notre ami LE MAGUET a su nous convertir.

Monsieur LE MAGUET

Vous avez ici une partie du groupe Contact qui a travaillé sur l'Evaluation des Pratiques Professionnelles depuis quelques années.

Je voudrais d'abord présenter Marielle LAFONT, qui représente aujourd'hui Alain COULOMB et qui représente l'ANAES, et par le fait, la haute autorité en santé.

Jean MARTY est là pour une approche qu'on a vue un petit peu en dehors du groupe Contact avec l'ANAES, qui est l'approche RESIRISK.

Bernard ORTOLAN est là pour le Contact URML Ile-de-France, et pas trop pour la formation continue.

Rémy UNVOIS est un pur et dur.

Je ne peux pas commencer sans parler de Nicolas BRUGERE, qui était le pilote de ce groupe avant qu'il ne se retire, et j'ai pris sa suite.

L'EPP : décret décembre 1999, mise en place très rapidement dans certaines Unions, dès 2000, avec une partie réelle : des buts à marquer, des gens qui sortent de temps en temps, des portes qui claquent, et un groupe dont je vous donne lecture des personnes qui le compose. (Lecture)

Nous avons commencé, en octobre 2002, à faire des premières évaluations officiellement dans quatre régions pilotes.

Mars 2003 : extension aux autres régions.

Depuis septembre 2003 : nous sommes partis dans une dynamique plus avancée et plus rapide.

Il a fallu commencer par faire des référentiels. Quand on a commencé, il n'y avait pas de référentiels quasiment pour les spécialistes, donc l'obligation de se mettre au travail ; aujourd'hui, il y a à peu près 60 référentiels et bientôt presque toutes les spécialités seront concernées.

Comment cela s'est-il passé dans l'engagement pour l'EPP ?

L'état des lieux de cette année : les deux tiers des URML se sont engagées dans la démarche. Une vingtaine pour cent se disent prêtes et se sont même

engagées puisque j'ai appris hier que l'Alsace s'était engagée. Et quelques petits moins 10 % restaient quand même encore frileux sur la mise en place par l'URML d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles.

Qu'est-ce qui s'est passé dans les financements ?

Financement propre pour plus de 60 %. Quelques Unions ont pu faire du financement mixte, c'est-à-dire avoir un peu de FAQSV et, souvent, par ailleurs, leur propre financement. Et très peu d'entre nous (17 %) n'ont pu se financer que sur de l'argent externe.

Pour les formes, vous avez tous déjà entendu parler des évaluations individuelles, collectives, en groupes, etc. Je ne rappelle pas tout cela. Mais, depuis le départ, cela a été assez diversifié, avec des Unions qui ont proposé du mixte, c'est-à-dire à la fois de l'individuel et du collectif. Certaines n'ont proposé que des spécialistes pour des spécialistes ; d'autres des spécialistes pour des généralistes ou l'inverse.

Quelques formes "groupe de pairs", dans une forme déjà un peu historique, ont été mises en place. Et certaines régions se sont franchement engagées dans du collectif, et c'est un petit peu la tendance aujourd'hui.

L'état des lieux :

Vous savez que le facilitateur de l'évaluation des pratiques s'appelle le médecin habilité. Il est missionné par l'Union et formé par l'ANAES.

Les médecins que nous avons vus : en Ile-de-France, première vague ; Midi-Pyrénées, Pays de Loire, Rhône-Alpes, deuxième vague

Et troisième vague : d'autres régions qui ont rejoint.

Il y a encore des demandes qui viennent d'être faites et je pourrais dire que nous débordons aujourd'hui de médecins habilités à former, et on se demande si l'ANAES va pouvoir le faire.

Dans notre démarche, on commence par un travail avec l'ANAES, on met en place des outils, on fait de l'expérimentation pendant quelques années. Puis, au fil du temps, sont mis en place des outils de communication, avec de la communication propre à l'ANAES parfois, et de l'autre côté, de la communication propre aux Unions. Nous avons essayé de conserver une communication au fil du temps très proche du terrain et donc proche des Unions. Chez nous, par exemple, nous avons été à la base des films sur l'évaluation des pratiques, mais aussi sur des CD-Rom qui ont été installés.

La communication, aujourd'hui, aboutit au besoin de mettre en place ce que l'on va appeler un tableau de bord commun sur une plate-forme web,

indispensable pour retrouver les éléments documentaires, les référentiels utilisables par chaque spécialité au fur et à mesure qu'ils sortent et, enfin, tout ce qui est le support méthodologique avec les BFES et les recommandations, ainsi que les noms des médecins habilités. Souvenez-vous que les médecins habilités sont sur une liste nationale et n'appartiennent pas forcément à la région dans laquelle ils sont.

La question s'est posée tout de suite de savoir ce qu'on devait penser de cette démarche. Aussitôt a été installée une démarche d'évaluation de l'évaluation elle-même, du processus et du ressenti des patients.

La démarche a été faite autant du côté du médecin engagé que du médecin habilité, avec des questionnaires par région, des synthèses régionales et un retour au national. Sur ce dossier exemplaire au niveau de notre processus collectif, on a pu avoir un groupe commun pour travailler dès le départ et, à la fin, avoir un groupe commun pour récupérer les données et avoir une impression d'ensemble sur les régions.

Que retirer de cette évaluation ?

D'abord, les critères de la spécialité n'ont pas d'importance. C'est une méthode qui est utilisée : qu'un dermatologue évalue un généraliste ou qu'un chirurgien soit évalué par un psychiatre, apparemment ce n'est pas un frein à la démarche.

Les médecins engagés ont estimé que la démarche était bonne, qu'elle était confraternelle, que l'EPP permettait de faire le point sur ses pratiques (c'était le but) et permettait d'identifier des points à améliorer que l'on n'avait pas soupçonnés.

Des démarches plus poussées sont en cours et ont été proposées, notamment par Jean-François THEBAUT (?) : il s'agit de montrer si l'appropriation d'un processus pédagogique d'auto-évaluation collective peut améliorer la pratique des cardiologues libéraux. Il a mis en place, à partir d'un financement FAQSV, une méthode d'évaluation et de comparaison. On est déjà dans une démarche d'évaluation comparative.

L'interface FMCIEPP :

Les outils d'évaluation se sont considérablement diversifiés. Chaque système de formation continue a eu, peut-être même avant nous quelquefois, sa démarche d'évaluation des pratiques. Et vous voyez tous les systèmes qui, actuellement, peuvent être candidats à rentrer dans une démarche d'évaluation et aussi à proposer des formes ou des formules d'évaluation.

Tous ces outils permettent de mesurer l'impact de la FMC sur les pratiques professionnelles.

C'est plutôt conçu dans un esprit de s'assurer que la formation est efficace et qu'il y a un impact sur les pratiques. L'autre approche que nous avons eue était plus méthodologique puisque cela consistait à mettre en place une forme pour s'arrêter, regarder son métier et effectivement évaluer sa pratique professionnelle.

Si on revient à la discussion qu'a proposée tout à l'heure notre ministre Xavier BERTRAND, quand il parle de la FMC, nouveau mot qui vient d'apparaître : la formation n'est plus seule, c'est la formation évaluative. On peut tout mêler comme cela en inventant un nouveau mot.

Ce qui ressort du minimum commun que nous avons pu mettre au point et apprécié : on a prouvé que c'était faisable dans les Unions, et que la méthode doit être, de toute façon, validée. La procédure utilise une comparaison avec des données validées : c'est le minimum commun que tout le monde a admis maintenant. Il existe des intervenants extérieurs qui accompagnent les utilisateurs de l'évaluation et il existe en plus une évaluation externe. C'est, en gros, l'ossature de ce qui, semble-t-il, sera dans le futur.

À côté, certaines Unions avaient mis en place, même avant nous, des réflexions sur des évaluations. La Bretagne s'est engagée dans des groupes de qualité qui sont des outils de comparaison de pratiques, mais qui sont peut-être un peu plus économiques que l'évaluation des pratiques pure. Et Poitou-Charentes avait eu une approche informatique avec une auto-évaluation en ligne.

L'évolution du processus :

Expérimentation volontaire non sanctionnante.

Alain COULOMB arrive : objectif business plan 10 000.

2004 : la loi du 13 août arrive, objectif 100 000.

Voilà donc la rapidité à laquelle la profession se trouve confrontée dans l'évaluation de ses pratiques. Depuis une journée, on ne parle que de qualité, je me demande si vraiment on n'a jamais bien travaillé auparavant. C'est surprenant.

L'évaluation entre dans une phase de diversification. L'EPP classique telle qu'on la connaît, je ne la décris pas. La collective, c'est l'individuel dans des groupes. Apparaît maintenant, à partir de la médicalisation, des accréditations et des certifications dans les établissements, une médicalisation de la certification et de l'accréditation, une accréditation en plus des groupes de professionnels. C'est les groupes eux-mêmes qui regardent leurs pratiques au sein des établissements et qui vont évaluer leurs pratiques.

Et enfin, à partir des événements malheureux, en parallèle, les Unions ont considérablement travaillé sur l'évaluation proche des systèmes assuranciers, c'est ce que l'on a appelé RESIRISK, qui est aujourd'hui passé dans la loi.

Le positionnement, les enjeux :

Il faut que les URML se positionnent, qu'elles restent élément de référence dans l'évaluation des pratiques professionnelles où qu'on soit, y compris sur les établissements, y compris dans les réseaux. Je ne vois pas qui le fera, d'ailleurs.

Eviter la double peine : comme il va y avoir peut-être cinq portes pour entrer dans l'évaluation des pratiques, il faudra quand même que l'on ait validé son entrée et sa procédure, quelle que soit l'entrée par laquelle on rentre dans le système.

Et puis, nous souhaitons renforcer les compétences du trio URML, le médecin habilité et la Haute Autorité en Santé.

Je rappelle que, deux fois en trois mois, nous nous sommes réunis pour mettre en place ce qui nous semblait être le minimum commun, celui sans lequel on ne pouvait pas avancer dans l'évaluation des pratiques professionnelles. Vous avez tous vu ce manifeste écrit il y a peu de temps par la Conférence des Présidents.

Madame LAFONT

Tu as demandé si l'ANAES était prête à former encore des médecins habilités. Au jour d'aujourd'hui, je te réponds "oui". Nous répondrons à toutes vos demandes quand elles seront là. Il est certain que l'on se prépare aussi à une formation qui sera diversifiée parce que, clairement, le champ s'ouvre. Si on veut que tous les médecins (n'oublions pas que la loi concerne aussi les médecins salariés, les médecins hospitaliers, on arrive peut-être à 170 000 ou 180 000 médecins) aient envie de rentrer dans ces démarches, il faut que l'on soit attractif, qu'on propose des choses variées, diversifiées, qu'on soit un peu séducteur aussi. Il y a toute une réflexion à construire et une formation des médecins habilités qui doit être dépendante de cela. On attend avec tout le monde de voir ce qui va sortir des textes qui viennent. Mais, en tout cas, nous sommes prêts.

ATELIER 2

Conditions de travail : Permanence des soins/Maisons Médicales de Garde – Démographie – Organisation du travail

Monsieur MERLENGHI

Il se trouve que la permanence des soins est quelque chose qui a beaucoup agité le monde médical. Vous savez que, depuis le mouvement des médecins généralistes en octobre 2001, le problème de la permanence des soins a été posé de façon très remarquable dans toutes les régions et a donné lieu à une effervescence légitime de la part des médecins libéraux. Différentes questions ont été posées sur le volontariat, sur la nécessité d'établir une répartition plus homogène au niveau des gardes dans la mesure où la pénibilité ayant été démontrée et la manière de procéder au niveau de la permanence des soins étant ce qu'elle était, plus personne ne voulait assumer les gardes telles qu'elles étaient assurées jusqu'à présent.

A partir de ce mouvement, le Gouvernement a pris la disposition de mettre en place la Commission Descours. Cette Commission, qui réunissait l'ensemble des professionnels de santé et les autres intervenants, s'est penchée sur la manière dont il faudrait faire en sorte que l'article 77, qui faisait obligation, puisse être transformé. Les libéraux avaient réclamé des missions d'intérêt public. On a conclu sur une mission d'intérêt général. On a fait droit au volontariat en l'inscrivant dans le texte. Il restait à définir, dans les départements, à travers d'autres structures qui étaient les CODAMUDS, une nouvelle façon de prendre en compte la permanence des soins dans les départements.

Sur un plan plus général, on ne pouvait définir une permanence des soins véritable qu'en passant par une sectorisation modifiée, ce qui a été fait au niveau des CODAMUDS et ce qui a donné lieu à pas mal de discussions dans tous les CODAMUDS de France et de Navarre.

Si on se réfère à l'obligation, qui avait été retirée du texte, au volontariat admis à la prise en compte par les CODAMUDS de la présence des médecins libéraux à travers leurs structures représentatives, à la fois syndicales mais aussi à travers les associations de permanence des soins, cela permettait d'imaginer qu'on pourrait avancer plus rapidement dans la permanence des soins.

Auparavant, la participation des médecins libéraux à la garde était caractérisée par l'obligation. La modification de l'article 77 du Code de déontologie introduisant la notion de volontariat constituait un

acte fondateur majeur dans la relation des médecins libéraux et des institutionnels.

Les travaux de la Commission Descours :

Tenir compte des différents constats déclinés par les médecins libéraux (charge de travail excessive, démographie médicale déficitaire, particulièrement rurale, missions dévolues au service public, absence de définition des moyens).

Des définitions qui sont importantes au départ : la garde est une réponse à tous moments à une demande en situation d'urgence réelle ou ressentie présentée par un patient sur un territoire donné, et non la satisfaction de toutes demandes émanant des usagers. Ce qui était très important parce qu'au niveau déontologique, très souvent, les patients, lorsqu'ils appelaient un médecin, se cachaient souvent derrière la notion d'obligation au niveau de l'assistance à personne en danger. Par ce simple texte, on éliminait cette notion.

La PDS n'est pas la continuité des soins, qui est une obligation déontologique. Elle se définit de la façon suivante : organisation mise en place par des professionnels de santé, afin de répondre, par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmées exprimées par le patient.

Elle couvre des plages horaires en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence du médecin traitant.

Son organisation :

Au niveau départemental, je vous ai dit tout à l'heure qu'il s'agissait des CODAMUDS, instances dédiées de rencontres et de débats entre tous les professionnels de santé qui s'intéressent à la PDS. Les usagers y sont représentés.

Elle émet un avis sur le cahier des charges définissant l'organisation de la PDS. Le cahier des charges départemental procède d'un état des lieux de l'offre des soins en lien avec l'hospitalisation et une évaluation des besoins de la population.

Je rappelle que, dans l'évaluation des besoins, l'ONDAM n'en fait pas partie. Elle est définie à travers un chiffre au niveau national. L'évaluation des besoins ne se fait pas au niveau des besoins de santé, mais par rapport à un chiffre précédent auquel on rajoute un quota tout simple. Il ne faudra pas se plaindre si le quota de l'ONDAM est dépassé.

Les médecins de garde :

Les médecins de secteur établissent, sur la base du volontariat, une liste de médecins de garde, qui est transmise au CDO, qui la valide et la transmet au CODAMUDS, au centre 15 et aux Caisses. En cas de carence dans l'autorégulation collective, l'Etat garde son pouvoir de réquisition. C'est un des domaines où

il y a beaucoup de soucis dans certaines régions.

La mise en application a été définie par la circulaire et fait suite aux propositions formulées par le groupe de travail.

Les propositions de la Commission Descours :

L'organisation de la PDS répond aux principes suivants :

La participation des médecins libéraux repose sur le volontariat. En l'absence de volontaires, des niveaux de concertation et de dialogue sont mis en place. En cas de carence, cette mission incombe au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

Un cahier des charges définit au niveau départemental l'organisation retenue de la PDS spécifique à ce département. Cela veut dire que cela peut se gérer par région ; ce qui se fait actuellement pour certaines zones. Ce cahier des charges est élaboré par une instance, un sous-comité médical du CODAMUDS, composé des représentants des médecins concernés par la PDS.

Les usagers deviennent des acteurs de la PDS. Des campagnes de communication au niveau national et au niveau départemental les informeront sur l'utilisation des dispositifs de PDS et sur l'organisation retenue dans le département. On n'en a pas vu beaucoup.

La PDS doit s'organiser autour de plusieurs acteurs. L'acteur majeur est le centre 15, qui est le centre de régulation et de réception des appels. Si l'on veut une véritable permanence des soins qui soit au service du public et qui fasse aussi la part qui revient aux libéraux, il convient que l'appel soit régulé médicalement ; ce qui n'est pas toujours le cas actuellement et ce qui est une source de problèmes dans tous les départements.

La régulation doit obéir à certaines règles particulières. Actuellement, les libéraux sont admis dans cette régulation. Cette régulation se fait sur la base de 3 C de l'heure, et ceci est un fait admis. Dans la mesure où les médecins libéraux participent au centre 15, ils sont ipso facto inclus dans le processus. Par contre, dès l'instant où les médecins libéraux en ont la volonté, il peut y avoir un centre 15 libéral qui sera interconnecté avec le centre 15 normal.

La réponse du centre 15 est la suivante :

Il y a trois niveaux : le conseil, l'appel à des structures lourdes, l'appel au médecin effecteur, après médicalisation. Le médecin effecteur est celui qui effectue la garde, qui se fait au cabinet médical, en maisons médicales de garde, en déplacements du médecin ou par l'utilisation de transports sanitaires privés.

Sur le fond, actuellement, ce qui a changé, c'est que régulateur peut être payé 3 C de l'heure. Par contre, au niveau des effecteurs, un problème demeure : c'est celui du paiement de l'astreinte. Vous avez vu que l'avenant 14 a été supprimé et qu'on reste sur des bases qui sont celles qui étaient auparavant. Ce qui est souhaitable, in fine, c'est que le médecin d'astreinte soit payé 3 C de l'heure. Il existe actuellement, dans beaucoup de CODAMUDS, des discussions qui tournent sur ce niveau. Le dernier en date, c'est le 14 octobre où une discussion a eu lieu dans ce sens. Comme dans d'autres départements, on ne désespère pas de la faire aboutir sur une garde entre 8 heures et 24 heures pour les médecins libéraux ; la deuxième partie de la nuit étant effectuée par le centre 15.

Parmi les effecteurs, il existe les maisons médicales de garde. Il s'en est développé beaucoup depuis quelque temps.

Les conditions d'exercice de la pénibilité, je passe.

La maison médicale de garde constitue une possibilité d'effecteur.

De la première, qui était celle du Havre, à la plus récente de Gap, et à la dernière qui est Clamart, elles ont pour ambition d'être des outils mis à la disposition des médecins libéraux pour répondre à la PDS. Elles fonctionnent sur des bases qui ont été déterminées par les participants. Elles doivent assurer la PDS dans des créneaux horaires déterminés, en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux. Et, bien sûr, elles doivent réguler par le centre 15. L'accueil des consultants se fait après régulation.

Les modalités financières sont variables. Dans tous les cas de figure, la PDS doit être attractive si l'on veut espérer que les médecins libéraux y participent. Je vais vous donner l'exemple de la dernière maison médicale de garde, celle de Clamart : 2 médecins pour 6 communes de 200 000 habitants sont d'astreinte. Sur le secteur : un hôpital civil, un hôpital militaire et une clinique chirurgicale. La régulation se fait par le centre 15. Il y a une coexistence avec SOS 92 et SOS 75, qui sont non régulés.

Les moyens :

85 volontaires sur 200 médecins potentiels. Objectif : 120 volontaires dans les deux mois. Indemnisation : 3 C de l'heure par vacation de 4 heures garantis. Rétrocession de 20 euros par acte à partir du deuxième acte. Je vous parle finances évidemment parce que ce sont des chiffres qui intéressent les médecins. Un exemple : pour trois actes effectués en nocturne, 240 euros d'astreinte, 55 euros pour la première et ensuite, une déclinaison de moins 20 euros par acte pratiqué. Apparemment, cela ne marche pas trop mal, il y a beaucoup d'adhérents

puisque'il y a 85 volontaires sur 200 ; ce qui est un chiffre très honorable.

Restent maintenant les problèmes qui sont ceux du centre 15 et de la régulation. Restent aussi les problèmes de l'évaluation des maisons médicales de garde qui devrait être faite puisque c'est un outil qui vient d'être mis en place et les FAQSV ont stoppé, pour l'instant, toute nouvelle maison médicale de garde. Ce qui pose le problème de la pérennité du financement par le FAQSV. Et c'est un des soucis.

Monsieur HIRSCH

Jacques CATON, veux-tu nous entretenir de démographie ?

Pendant que tu montes à la tribune, je souligne le plaisir que j'ai eu à travailler sur cette thématique au sein de la Commission Nationale de la Conférence des Présidents dont tu faisais partie.

Monsieur CATON

La démographie médicale est un des piliers des travaux des URML. En créant les Unions régionales, le législateur leur a confié six missions principales que l'on a vues. Le socle de ces six missions, c'est surtout : l'évaluation des pratiques professionnelles, l'évaluation des besoins. Et s'il est un dénominateur commun à toutes ces missions, c'est bien celui de la démographie médicale.

En effet, lors de l'analyse du travail sur la présentation des URML en 2003, 10 ans après la mise en place des Unions, il faut relever que douze URML travaillaient encore sur le thème de la démographie médicale et ont réalisé quinze travaux sur ce thème, en partenariat avec les DRASS, l'URCAM, les conseillers de l'Ordre, les syndicats, les universités ou les ARH.

La Conférence des Présidents d'Unions a constitué un groupe de travail sur la démographie médicale, qui était présidé par Jean-Pierre HIRSCH. C'était donc un des thèmes des travaux de la Conférence Nationale. Et le législateur, en créant l'Observatoire National de la démographie des professions de santé, s'il a oublié les Unions, les Présidents d'Unions ont un poste de fait dans les Observatoires régionaux puisqu'ils en sont aujourd'hui membres de droit.

Il s'agit donc pour les Unions d'une mobilisation qui est importante, autour d'une préoccupation professionnelle qui est très forte.

Si l'on regarde le travail de l'Union régionale que je préside, il est difficile d'analyser les travaux de toutes les Unions, de 1996 à 2004, nous avons réalisé

quinze enquêtes sur la démographie médicale, trois enquêtes sont encore en cours. J'ai essayé de les classer en fonction de leur intérêt : des enquêtes sur la problématique générale comme l'expertise de la littérature internationale sur les besoins de la démographie médicale qui nous a montré que les problèmes étaient les mêmes partout et qu'aucun pays n'avait résolu ce problème. D'ailleurs, aux Etats-Unis, par exemple, lors du dernier congrès de l'American Academy de chirurgie orthopédique, il y avait un panneau sur une autoroute, qui indiquait "chirurgien orthopédiste 50 kilomètres "barré", 150 kilomètres "barré", 300 kilomètres". Ce qui vous prouve qu'aujourd'hui la problématique de la démographie se retrouve partout, y compris dans un pays comme les Etats-Unis où on pourrait penser que ces problèmes seraient réglés.

Il y a ensuite des travaux sur la modélisation de l'offre de soins par spécialité. Vous voyez les différentes modélisations que nous avons mises en place. Des travaux sur les glissements de tâches et de compétences. Par exemple : transfert de compétences en ophtalmologie. On s'est aperçu, en faisant ce travail et en interrogeant à la fois les patients et les médecins, que l'interrogation des patients était la suivante. On leur avait posé la question : si vous devez vous faire faire un examen tout de suite par un collaborateur non médecin de l'ophtalmo ou par l'ophtalmo lui-même, que choisissez-vous ? La réponse a été unanime : nous préférons entendre six mois un rendez-vous et avoir l'examen par le médecin ophtalmologiste.

Enfin, des études sur le temps de travail et sur les aspirations des médecins, notamment sur la féminisation des professions de santé.

L'objectif des travaux de la CNP, que nous avons essayé de réaliser en collaboration avec CEMKA EVAL, c'est tout d'abord une analyse précise de la problématique générale de la démographie médicale. Ensuite, nous avons recensé les travaux existants en matière de démographie médicale. Et nous avons fait une analyse prospective sur des pistes de travail qui ont été peu explorées par les différents organismes qui s'intéressent à ce problème de la démographie.

Les travaux réalisés en démographie médicale en fonction d'un certain nombre de thèmes.

Des projections à partir des bases de données. On sait ce qu'elles ont donné, si je puis dire, puisque beaucoup d'erreurs se glissent dans les fichiers et qu'il est difficile d'y retrouver ses enfants.

Des modélisations par zone géographique. Il s'agit souvent d'évaluations grossières qui ne prennent pas en compte les besoins réels de la population.

L'étude sur le temps de travail des médecins, avec les évolutions et les aspirations des étudiants en médecine. Ces études sont très importantes. Ce sont des études qui, souvent, ont été très bien documentées dans les différentes URML.

Beaucoup portent sur la pratique libérale, peu de travaux portent sur des enquêtes hospitalières.

Les modélisations de l'offre de soins par spécialité : ce sont des travaux intéressants puisqu'ils permettent de faire des projections à 10 ans ou à 20 ans. Par exemple, en fonction du vieillissement de la population, le nombre de pédiatres ; en fonction de l'augmentation du nombre de tâches administratives, quel est le nombre de médecins qu'il faudra prévoir pour cela ? Si, par exemple, on transformait les astreintes en gardes sur place, en fonction aujourd'hui de la loi européenne sur le repos de sécurité et de la récupération du temps de travail, quelles en seraient les conséquences ?

Les travaux sur la complémentarité, sur la substitution des professionnels : j'en ai dit un mot. C'est une des missions qui avaient été confiées à Yves MATILLON.

Enfin, des comparaisons de densité médicale entre différents pays. Ces études, pour intéressante qu'elles soient, ne peuvent suggérer que des pistes de réflexion.

Quels sont les facteurs d'ajustement en matière de démographie médicale ?

Il est intéressant d'intégrer dans la réflexion la caractéristique des besoins en fonction d'un certain nombre de critères, notamment la féminisation. En matière de féminisation, on s'aperçoit qu'il y a trois conséquences. Nos consœurs ne travaillent pas du tout comme les confrères de sexe masculin. On partait sur l'idée que les étudiantes en médecine réussissaient mieux aux examens que les étudiants en médecine puisqu'il y a de plus en plus de femmes dans les études médicales. On s'est aperçu que ce phénomène s'est rééquilibré et que si ceci était une vérité il y a quelques années, aujourd'hui les étudiants de sexe masculin réussissent aussi bien que les étudiantes de sexe féminin. Par contre, ce qui explique l'augmentation du nombre de nos consœurs dans le cursus des études médicales est le fait que les garçons se désintéressent de plus en plus de ces professions et s'inscrivent de moins en moins en Faculté de médecine, alors que les filles s'inscrivent de plus en plus.

Enfin, le troisième aspect de la féminisation est le suivant : aujourd'hui, nos consœurs travaillent un tiers de temps de moins que les confrères de sexe masculin. Mais, cette évolution a également été intégrée par les jeunes médecins de sexe masculin qui raisonnent exactement comme leurs consœurs en termes de temps de travail. Ce qui n'est pas sans poser

de problème sur la démographie médicale. Si on veut augmenter le numerus clausus, il faudra l'augmenter beaucoup plus et tenir compte de ces phénomènes.

La caractéristique de l'activité du médecin, on l'a vue, par exemple, la récupération du temps de travail, a une influence directe en matière de démographie médicale. Le contenu des métiers : on en a parlé, c'est aussi une des missions d'Yves MATILLON.

Et enfin, un certain nombre d'éléments extérieurs qui peuvent influencer sur la démographie, notamment la perte d'attractivité de la profession. On a vu les conséquences de cette perte d'attractivité sur des spécialités comme la gynécologie obstétrique, l'anesthésie ou la chirurgie, avec le mouvement des chirurgiens, cet été.

Il y a un certain nombre de recherches qui sont peu explorées : les modalités de recours aux soins et trajectoires par pathologie, les motifs de consultation par spécialité, les filières de prise en charge et les densités selon les situations locales.

Il faut également mettre en perspective les études démographiques avec des enquêtes de pratique et de morbidité. On ne peut pas aujourd'hui découpler complètement les enquêtes démographiques de ces enquêtes de pratique et de morbidité, si l'on veut avoir une idée exacte du nombre de médecins dont on a besoin.

Par ailleurs, il est impératif, dans toute étude, d'avoir une modélisation de l'offre par spécialité, notamment en fonction du vieillissement de la population, de l'augmentation des charges de travail et de la récupération du temps de travail ou d'un certain nombre de directives, comme le repos de sécurité.

En conclusion, je dirai que, malgré les observatoires, l'apport des URML en matière de démographie médicale restera fondamental et complémentaire sur les aspects que nous avons décrits. Nous nous félicitons que, depuis trois jours, il y ait quatre représentants des Unions dans le nouveau Comité National sur la démographie médicale, et nous espérons pouvoir faire passer ces idées dans les travaux que nous pourrions développer avec ce futur Comité National.

Monsieur HASCOET

Vous comprendrez aisément que les problèmes évoqués par Jacques CATON et par Sauveur MERLENGHI ont des conséquences importantes sur l'organisation de notre travail et sur nos conditions d'exercice.

Les Unions régionales se sont penchées depuis longtemps sur ces conditions d'exercice, compte tenu des évolutions de la société et des évolutions des aspirations des jeunes confrères. Je crois que c'est une des priorités des actions des Unions. Elles sont traduites par deux types d'actions.

D'une part, les enquêtes qui ont été menées : il est important de rester près du terrain, il faut qu'on puisse toujours représenter ces médecins de terrain. Douze Unions régionales se sont intéressées à ce problème. Trente enquêtes ont été faites. Ces enquêtes concernaient l'état de santé des médecins, la prévalence du burn out et les facteurs d'épuisement professionnel, la charge de travail des médecins, la nature des tâches réalisées et le transfert de certaines tâches. Il faut comprendre ce qui se passe, sinon on ne peut pas faire évoluer les choses.

L'organisation de la permanence des soins, Sauveur vous en a parlé. Le vécu des dispositifs mis en place. Les motifs de recours aux urgences et les attentes des médecins. Le statut économique des médecins est également important en établissements privés ou le statut des médecins coordinateurs dans les maisons de retraite. C'est des préoccupations que l'on a rencontrées sur l'année 2003.

La contribution des médecins libéraux au système de soins : c'est un problème important et les Unions ont leur véritable place là-dedans, notamment dans la mise en place des SROS et lors de cette période où la réforme de l'assurance maladie se met en place.

L'informatisation des médecins libéraux est également un problème important, qui a été évoqué par plusieurs Unions.

Dans les actions qui ont été menées, neuf Unions y ont participé.

Quatre d'entre elles dans le cadre d'un travail soutenu par la Conférence des Présidents d'URML. Ils ont mené une analyse concernant la responsabilité civile et professionnelle des médecins libéraux, et Dieu sait si cela nous a inquiétés et nous inquiète encore. À partir d'une analyse des situations rencontrées par les médecins et une expertise juridique, une dizaine de propositions a été élaborée. Voilà une action concrète des Unions régionales, ce qui montre que, contrairement à ce que l'on peut voir ou entendre parfois, les Unions sont au travail, et vous travaillez.

Quatre Unions ont mis en place des groupes de sensibilisation des médecins, formation des médecins à T2A, à la CCAM.

Une autre a élaboré et diffusé un document d'information relatif aux sociétés d'exercice libéral. Une URML a développé, en partenariat avec le Conseil

de l'Ordre des Médecins, un groupe d'aide aux médecins en difficulté.

Une autre URML a mis en œuvre, en partenariat avec l'URCAM et la Faculté de médecine, des actions destinées à accompagner et favoriser l'installation des jeunes médecins.

L'organisation de notre travail et l'amélioration de nos conditions d'exercice sont importantes, et je veux vous dire un peu ce que l'Union de Bretagne a pu essayer de mettre en place.

C'est important parce que demain sera ce que nous en ferons. N'attendons pas toujours des autres, essayons de nous mettre au travail, essayons de faire avancer les choses. Chacun a sa place. Les Unions ont leur place et doivent la prendre dans sa totalité.

C'est important parce qu'il y aura deux fois plus de médecins en burn out que les autres professionnels.

C'est important parce qu'il y aura bientôt deux fois moins de médecins dans certains lieux. On s'en rend compte déjà dans certaines zones rurales.

C'est important parce qu'il y a 38 % de médecins en moins dans certaines spécialités.

C'est important parce que, demain, il y aura des villages sans généralistes. Ils existent déjà et se multiplieront demain. C'est une difficulté des zones rurales.

C'est important parce que nos jeunes confrères et consœurs ont d'autres souhaits de vie. On s'en rend compte tous les jours auprès des jeunes praticiens que nous rencontrons dans nos stages. Il faut donc s'adapter à leur requête, il faut s'adapter à leur mode de vie. Demain sera donc différent d'aujourd'hui. A nous de nous adapter, à mettre en place une médecine moderne, une médecine libérale qui prendra toute sa place.

C'est important parce que, depuis trop longtemps, nous sommes incapables de diffuser des innovations positives. Les Unions travaillent, notre difficulté c'est que nous ne mettons pas assez en avant nos travaux, nous ne savons pas les valoriser. Nous devons faire un effort dans ce sens.

C'est important parce que la formation permanente concerne 15 % des médecins, ce qui montre qu'il reste du travail à faire. Et je crois que, là aussi, les différents travaux qui ont été faits, les groupes qualité, les évaluations des pratiques permettront d'améliorer ces chiffres.

C'est important parce que l'évaluation des pratiques est indispensable et obligatoire. A nous de la prendre en charge : ne laissons pas faire par les autres ce que nous savons faire nous-mêmes.

C'est important parce que les demandes de la société évoluent. L'artisanat a ses limites, et nous les subissons tous.

L'URML Bretagne a décidé de prendre plusieurs mesures.

D'abord, de faire de l'organisation du travail et de son évolution la priorité des trois ans à venir.

D'associer d'emblée les partenaires régionaux à cette recherche action. Nous avons organisé quatre séminaires de formation en 2004/2005 et nous avons intégré d'emblée à ces groupes de travail les différentes organisations professionnelles. Cela me paraissait important, au niveau régional, de pouvoir montrer que l'on sait construire une plate-forme qui permettra de mettre en place la médecine libérale de demain.

Les thèmes abordés sont : la compétence et la qualification, la délégation de tâches et le partage des compétences.

Prestataires de soins ou acteurs de santé : quelle commande sociale ?

Il est important de répondre à cette question. Quelle place avons-nous actuellement dans la société ? Quelle est l'attente qu'en ont les citoyens et les assurés sociaux ? Il faudra se définir par rapport à cela et que nous sachions apporter une réponse.

D'autre part, rémunération et économie générale de l'entreprise médicale de demain : oui, je crois que nous sommes des chefs d'entreprise, je crois que l'on doit se comporter comme cela, et si nous voulons exister demain, il faut faire la preuve de nos compétences.

Notre façon de faire est une démarche tout à fait locale puisque nous allons repérer dans chaque département les acteurs innovants. Nous savons tous que, dans nos régions, dans nos départements, dans nos cantons, il y a des médecins qui ont plus de place que d'autres dans la mesure où ils sont hyper actifs et qu'ils participent à tous les travaux sur le terrain.

Nous allons les inviter à travailler au sein de l'Union régionale à mûrir leurs projets par rapport au travail qu'on a pu faire dans les différents séminaires. Nous allons écrire ensemble un cahier des charges expérimental avec les différents partenaires sociaux (l'ARH, la DRASS, l'URCAM, les Conseils régionaux et les Conseils généraux).

Nous allons accompagner et financer quelques sites pour tester des organisations nouvelles. C'est le but du FAQSV, et je crois qu'il faut utiliser ces fonds pour essayer de mettre en évidence tous les progrès que l'on peut faire au niveau des régions, et éventuellement pouvoir, demain, les mutualiser.

Alimenter une réflexion avec nos responsables politiques en leur fournissant les évaluations de nos réalisations. Je crois que c'est ce qu'on disait tout à l'heure : ce que l'on pourra faire, c'est éventuellement concentrer nos moyens pour améliorer la demande de

nos mandants, on doit rester à leur écoute, mais on doit aussi pouvoir attendre du niveau national des consignes claires et savoir où l'on va. Il ne suffit pas de travailler dans les régions, encore faut-il que les directives soient très claires. Je pense notamment à la permanence des soins où actuellement on ne sait pas trop quelles sont les règles du jeu.

ATELIER 3

Systèmes d'information : Dossier Médical

Partagé – Transmission des données.

Monsieur BRULET

J'ai à vous présenter assez sommairement le projet de partage d'informations médicales, médecine hospitalière et médecine de ville en Rhône-Alpes. C'est un projet qui est DPPR : Dossier Partagé Patient Réparti. C'est le module hospitalier de notre dossier "partagé" Rhône-Alpes ; Odyssée étant la partie "ville". Programme prévu sur 2005 à 2007.

Les objectifs du projet globaux, c'est de partager de l'information entre la médecine de ville et la médecine hospitalière, en particulier pour nous, en médecine de ville, on en fait un outil d'abord de coordination des soins qui nous permet de rester avec l'existant et de pouvoir coordonner les soins et de partager avec l'hôpital.

Les promoteurs de ce dossier sont une force politique très marquée entre les quatre grands acteurs de la santé en région qui sont : l'ARH, l'URCAM, le Conseil régional, qui met son poids dans la balance, et l'URML, bien entendu. C'est cette force politique, et bien sûr de financement, qui va créer cet outil.

Les outils existants sont :

- Du côté hospitalier : un serveur d'identification régionale et le fameux DPPR qui leur permet de faire un dossier partagé qui, pour eux, est un rassemblement de documents un peu comme on le fait au niveau national dans les DMP. Et puis, il leur reste à finaliser leur développement.

- En médecine de ville, vous savez tous qu'on a des outils multiples et pas de liaison entre nous. Il faut qu'on installe un outil de coordination qui nous permette de communiquer entre nous.

Et puis, on fait une passerelle entre les deux qui nous permet de créer ce que l'on appelle un dossier d'échange partagé entre nous tous.

J'explique ici comment, en ville, nous allons faire. En fait, on a chacun son logiciel de cabinet. Episodus est un outil de recueil d'informations qui permet d'aller chercher l'information dans les logiciels existants, à travers notre serveur d'identification, que l'on appelle le PIDS, qui nous permet d'aller créer une coordination des soins. Et puis, le deuxième élément important, c'est de pouvoir rassembler des documents, des pièces jointes, dans des hébergeurs, qui sont de diverses natures. Et puis, enfin, les équipes de santé travaillent entre tout cela.

Voilà à quoi on arrive dans notre projet régional. La médecine hospitalière a donc son serveur d'identification STIC et héberge des documents en se servant d'un modèle de stockage qui passe par le fameux DPPR.

La médecine de ville a son serveur d'identification PIDS. On héberge nos documents dans des hébergeurs habilités. Nous avons, d'autre part, notre gestion des projets de soins à travers nos serveurs de ligne de vie, mais qui ne rentrent pas dans le dossier partagé régional, et le dossier partagé régional sera un contrôle d'accès qui sera une liaison entre ces deux serveurs d'identification. Si l'accord est bon, on fait des transmissions de documents d'un serveur à l'autre. Ce qui permet à la ville d'avoir les documents de l'hôpital, et à l'hôpital d'avoir les documents de la ville et, éventuellement, les lignes de vie, s'il le désire.

Monsieur HUYNH

Brillante démonstration de ce que l'on peut faire en expérimentation.

Je vais maintenant vous expliquer quelles sont les bases de ce type d'organisation et ce qui amène les Unions et les autres partenaires à se réunir sur le problème du Dossier Médical Personnel.

Je vais vous présenter les problématiques interrégionales. On a vu, ce matin, avec Monsieur DOUSTE-BLAZY, qu'il y avait un large consensus de principe en termes d'outils de coordination des soins, qui puissent éviter les redondances, respecter le secret, sous la responsabilité d'un médecin traitant, contrôlé par le patient et avec la garantie de la loi. C'est un large consensus de principe qu'il n'est pas nécessaire de développer.

Comme tous les consensus et comme tous les principes, cela rencontre des obstacles pratiques qui sont :

La définition des informations stockées. Vous avez vu que le Docteur BRULET avait une proposition d'extraction de ces informations à partir de dossiers normaux, qui permettait de choisir les informations qui seraient partagées.

Une sécurisation des échanges, avec des annuaires de professionnels de santé.

Des procédures de consultation : qui a le droit de regarder ? La loi définit un certain nombre de choses, elle ne définit pas tout. Comment est-ce que le médecin peut regarder les données ? Comment est-ce que le patient peut regarder les données ? Quelles sont les garanties pour le patient ? Les garanties pour le médecin ? Et enfin, obstacle pratique important : quel est le financement ?

Cela a abouti à un cahier des charges réfléchi. Cela nécessite plusieurs réflexions convergentes. Cela nécessite une volonté politique claire. Cela nécessite un monde industriel qui ait la volonté de participer puisque les développements des logiciels, dans certaines parties du monde, sont impossibles, et même si la volonté politique est là, s'il n'y a pas d'industrie du logiciel et de l'informatique, il n'y a pas de cahier des charges réfléchi. Et enfin, les moyens de rechercher sur le terrain, d'expérimenter.

Expérimenter sur le terrain veut dire probablement, en médecine libérale, utiliser l'atout que sont les URML. Ce n'est pas parce qu'on est à Lyon, mais je dirais que les URML sont des rassemblements de médecins du progrès, à Lyon comme ailleurs. Des médecins en exercice, des médecins en relation avec les structures d'hospitalisation comme avec tous les professionnels de santé. C'est ce qui caractérise les médecins libéraux qui sont actifs au niveau du terrain. Et enfin, des médecins qui ont des volontés d'expérimentateurs locaux et/ou régionaux, ce qui n'est pas toujours évident parce qu'expérimenter avec un ordinateur, cela aboutit souvent à des heures et des heures de plantages et de problèmes compliqués qui méritent une volonté assez forte.

Et enfin, les Unions sont des institutions de la diffusion interrégionale, c'est-à-dire qu'aujourd'hui toutes les Unions sont réunies, tous les travaux sont présentables et échangeables entre régions. Je pense donc que la Conférence est un lieu d'échanges techniques extrêmement important et qui a déjà donné beaucoup de résultats.

Ma conclusion est évidente : le Docteur BRULET devrait faire participer l'URML de Rhône-Alpes à ses projets.

Nous allons passer rapidement sur la transmission des données aux Unions. Vous savez que c'est une revendication très importante et très ancienne des médecins libéraux. Elle a été exaucée par un décret qu'il s'agit maintenant de mettre en pratique, et le Docteur VEILLARD va nous dire en un mot quelle est la théorie qui regroupe les médecins libéraux sur ce plan-là. Je vous prie d'excuser le Docteur Philippe BOUTIN dont on vous a dit qu'il était encore aujourd'hui au séminaire sur le Dossier Médical Partagé.

Monsieur VEILLARD

Étant donné le retard qui a été accumulé, notamment par la venue des ministres, notre ami le Docteur HUYNH m'a demandé de résumer à l'extrême

les travaux du GTR-TDU, qui est ce Groupe de Transmission Technique Restreinte - Transmission de Données des Unions, qui est chargé d'épauler la CNP sur le plan technique pour le respect du décret.

Je vais vous présenter deux idées. La première idée, c'est qu'on aura le droit, nous Unions, d'aller voir dans le SNIRAM ce qui s'y passe, mais avec un risque absolument énorme, qui est la même différence que celle que vous pouvez voir si vous voulez faire l'erreur d'acheter un pavillon chez un promoteur qui vous fait visiter son pavillon témoin et qui vous livre un pavillon dont les qualités sont très inférieures à ce que vous aviez vu.

C'est ce risque d'écarts énormes que l'on risque d'avoir si nous nous limitons politiquement aux données que la Caisse voudra nous donner comme cela, mais dans lesquelles, finalement, elle nous montrera ce qu'elle voudra bien nous montrer.

C'est la raison pour laquelle le GTR-TDU réfléchit, depuis pratiquement un an, sur les différentes formules techniques de captage de traitement de l'information. Pour se résumer à l'extrême, voici un tableau extrait de Libéralis. Il a une manière statistique de traiter les choses, et vous voyez sur ce tableau, tout à fait en haut, vous avez tous les items qui sont possibles par un simple clic pour pouvoir chercher une information. Vous avez, en dessous, des menus déroulants qui vous permettent d'aller chercher des paramètres. Et là, vous avez un seul exemple qui vous donne une idée d'activité.

On est, par exemple, sur des généralistes en Auvergne. Vous avez le nombre d'actes, le poids relatif, c'est-à-dire le pourcentage de ces actes par rapport aux actes totaux, la variation du poids relatif par rapport à la même période, un exemple qui est celui des honoraires (poids relatifs des honoraires et les écarts sur les tarifs conventionnés). Je m'arrête là pour vous dire qu'en réalité, l'outil est extrêmement puissant, rapide, facile d'usage et que, sur une diapo comme celle-ci, si elle avait été appliquée par exemple aux médecins parisiens, au moment de la canicule, on était capable de dire, en temps réel, quelle avait été exactement l'activité des médecins parisiens lors de la canicule par rapport à l'année précédente.

Monsieur HIRSCH

Nous rappellerons qu'il s'agit d'un projet d'Union et pas d'un projet individuel. Je vous propose de donner la parole à la salle pendant 10 minutes.

Madame RAVAUT (DRASS Rhône-Alpes)

J'avais une question sur la dernière diapo. Je suppose que c'était pour aller vite, mais est-ce qu'il y a une réflexion sur la manière de remonter les données épidémiologiques aux Unions ?

Monsieur VEILLARD

Là, nous sommes dans la partie description de l'activité à travers les feuilles de soins électroniques. Le GTR-TDU a bien, dans sa réflexion, remarqué que ce type de renseignement était une information très précieuse, mais qu'elle ne suffirait pas et que, pour cette raison-là, il sera nécessaire de mettre en route deux autres types d'action qui pourront être déclinés région par région, selon les volontés de chaque Assemblée générale. Ces deux types d'action seront la constitution de panels de médecins investigateurs, qui seront en somme des carottages prêts à fonctionner, et des études de type épidémiologique descriptives ciblées telles que nous en avons déjà fait dans différentes URML.

Monsieur LICHTBLAU (Haute-Normandie)

Vous avez parlé, dans la permanence des soins, d'évaluation : d'évaluation des pratiques par les maisons médicales, d'évaluation de la régulation. Nous avons, en parallèle, SOS Médecins qui est accessible en direct. Qu'est-ce qui est prévu pour que nous soyons tous sur le même niveau ?

Monsieur MERLENGHI

Effectivement, cela pose problème dans la mesure où la seule régulation qui s'applique pour l'instant s'applique aux médecins libéraux, qu'ils soient médecins de garde ou en médecine de ville ambulatoire.

A priori, la Commission Discours travaille dessus actuellement et un décret devrait paraître dans les jours à venir, qui sera soumis à la profession et qui viendra en discussion. Il faudra ensuite faire part de nos remarques et de nos réflexions. Mais, je crois qu'il faut être très mobilisés sur cette problématique dans la mesure où, sur la permanence des soins, rien n'est acquis, et les pouvoirs publics, les institutionnels contestent grandement les émoluments qui sont réclamés par les médecins.

Monsieur PENCOLE (Bretagne)

Sur la permanence des soins, la question est intéressante sur nos quelques confrères de SOS, qui représentent peu de volume. La même question me paraît plus importante et plus significative sur la régulation de l'accès aux centres hospitaliers et à l'accueil des urgences hospitalières. Aujourd'hui, on voit s'instaurer une régulation qui se renforce sur le secteur libéral. Dans l'avenant 14, qui n'a pas été signé par le ministre, il était prévu que toute activité de garde de médecine libérale soit préalablement régulée et, parallèlement, l'hôpital reste toujours grand ouvert.

Or, on va voir inévitablement, dans le simple fait du toboggan et de la pente la plus facile, une partie de l'activité glisser du libéral vers l'hôpital, alors que la réorganisation du secteur libéral avait comme un des objectifs de désengorger l'hôpital. J'aimerais avoir votre sentiment sur ce point.

Monsieur MERLENGHI

Le problème de fond qui se pose actuellement est de savoir qu'il y a une notion de transfert important de l'hôpital sur la médecine de ville. Autrement dit, l'hôpital émerge sur la médecine ambulatoire de ville autour de 20 %, d'après une enquête faite en Languedoc-Roussillon. Ce qui fait que cela vient grever un peu nos dépenses.

Par contre, il y a une tentation très grande de la part de certains secteurs de faire en sorte que la permanence des soins libérale disparaisse au profit du secteur hospitalier. Il va falloir leur opposer des coûts qui sont importants. Lorsqu'on veut rémunérer un médecin 3 C de l'heure, sur la base de quatre heures entre 20 h et 24 h, et si on prend les actes qui sont pratiqués aux services des urgences, sur le moindre traumatisme d'un membre supérieur sans aucune lésion particulière, ils se traitent autour de 200 euros. Je crois qu'il n'y a pas photo et que les pouvoirs publics devront se pencher sur cette alternative et faire une évaluation du coût de l'accès aux soins en médecine de ville et du coût de l'accès aux soins en médecine hospitalière.

INTERVENTION (Basse-Normandie)

Une question sur l'EPP : on a entendu ce matin, de manière récurrente, la question du financement. Pour les médecins habilités de base, nous serions intéressés de savoir quelles sont les pistes de

réflexion actuellement sur ce plan, même si nous sommes conscients que tout cela est en devenir.

Et deuxième partie : qu'est-ce qui sera prévu pour les médecins habilités, pour ceux qui l'ont été il y a déjà 2 ou 3 ans ? Est-ce qu'il y aura des formations complémentaires ? Quel sera le devenir de l'EPP classique présenté tout à l'heure par Alain LE MAGUET, à côté d'autres modalités ?

Madame LAFONT

J'ai dit tout à l'heure, effectivement très rapidement, que nous envisageons, en fonction de ce qui va se passer, une adaptation des formations des médecins habilités. Il n'y a pas de problème : les formations continues seront prises en charge. Par contre, sur ce qui est du financement, je n'ai pas la réponse. Je peux la renvoyer à Alain : as-tu la réponse ?

Monsieur LE MAGUET

Non ! On demande de l'argent. On a effectivement plusieurs possibilités. Un des derniers papiers que l'on a passé au conseiller du ministre, c'est d'essayer de nous aider sur l'organisationnel de la mise en place de l'EPP sur les Unions. L'autre versant qui court ou qu'on espère, c'est qu'il y ait soit de l'avoir fiscal, soit une meilleure défiscalisation dans la prise en charge ou l'organisation de son EPP l'année où on la fait.

Apparemment, chacun va la payer quelque part, cela me paraît presque incontournable. Reste à savoir quels financements on va récupérer dans les Unions pour mettre en place l'organisation.

Pierre MONOD a peut-être plus d'informations récentes, mais pour le moment, c'est encore tout à fait flou.

Monsieur CATON

C'est bien la problématique aujourd'hui des Unions de trouver des fonds pour financer l'Evaluation des Pratiques Professionnelles puisque le minimum nécessaire pour faire une évaluation est de 1 000 euros. Si je regarde en Rhône-Alpes, 11 000 médecins, cela fait 11 millions d'euros : cela dépasse largement les possibilités financières des Unions. S'il n'y a pas des crédits fléchés pour cela, à disposition des Unions, sachant que ce sont les Unions qui organisent cette Evaluation des Pratiques Professionnelles, on n'y arrivera pas. Il est important que soit le législateur, soit l'Etat, ait des idées pour essayer de trouver des crédits fléchés pour financer

cette Evaluation des Pratiques Professionnelles, tout en maintenant l'indépendance des Unions régionales.

Monsieur LABARRIERE (Haute-Savoie)

Concernant le dossier partagé et l'expérience Odyssée de Rhône-Alpes, est-ce qu'on a une idée de l'échéance à laquelle c'est démarrable ? Et est-ce qu'il y a des sites pilotes qui sont déjà retenus ? Comment faut-il faire pour être candidat éventuel ? Est-ce qu'il y peut y avoir un interfaçage avec les outils qui existent déjà, comme celui que l'on a sur notre département, de messagerie sécurisée ?

Monsieur BRULET

C'est en préparation pour début 2005 ; donc, pour l'instant, on n'a aucun site d'expérimentation ni préalable. Pour rentrer dans le jeu, rapprochez-vous de l'Union. L'Union est le driver dans cette histoire.

Quels sont les délais de mise en place ? Ce sera le plus vite possible, mais je ne me fais pas d'illusion : c'est une culture à changer ; donc, on fera au gré des vagues et au mieux. Je crois que le jeu est lancé.

Concernant l'interfaçage, l'outil que j'ai présenté, qui a déjà été présenté par ailleurs, est d'abord interfaçable avec tous les outils du marché, quels qu'ils soient. C'est la première qualité de cet outil ; c'est pour cela qu'il a été conçu au départ.

Monsieur MENU

Est-ce qu'il n'y a pas un risque de voir les MH être utilisés par des méthodes d'EPP autres que celle sous la responsabilité des URML ?

Monsieur LE MAGUET

Oui ! Forcément. Nous proposons la formation à des médecins pour devenir médecin habilité, mais ils sont sur une liste nationale "médecins habilités" ; donc, c'est à nous d'être assez cohérents et ensemble professionnels pour dire que les démarches doivent passer par les Unions. Si nous missionnons toujours les médecins habilités, on peut imaginer de fournir à des cliniques des médecins habilités sous notre autorité et notre contrôle pour mettre en place des procédures d'accréditation. Le tout est de savoir si on va réussir à garder cette originalité d'avoir des médecins qui sont formés, en sachant que le médecin habilité du futur aura plusieurs facettes de formation. On ne peut pas imaginer qu'il ne sache qu'aider à l'auto-évaluation ;

il faut qu'il entre aussi dans la démarche à partir de la sinistralité ; il faut qu'il entre aussi dans une démarche d'accréditation de groupe dans les établissements ; il faut qu'il soit formé à l'animation de groupe. C'est une ressource énorme à partir des Unions, à condition que l'on sache le garder et que l'on sache garder le contrôle. Pour le moment, il n'y a rien d'affirmé au niveau écriture, les décrets ne sont pas précis sur ce sujet.

Pour le moment, les médecins habilités étaient formés dans le cadre de l'EPP avec l'ANAES, donc forcément mobilisés jusqu'à présent par les Unions. Mais il faut le garder, c'est sûr.

Monsieur HIRSCH

Je crois que nous arrivons au terme de notre débat. On a eu le courage de respecter l'heure.

TABLE RONDE

Quel avenir pour les Unions ?

Monsieur CATON

Nous allons maintenant passer à la table ronde et j'appelle le modérateur de la table ronde, Jean-Pol DURAND, et les intervenants : Michel CHASSANG, Jean-Gabriel BRUN, Jean-Claude REGI et Pierre MONOD. En sachant que Jacques REIGNAULT doit être excusé pour des problèmes personnels. Quant à Dinorino CABRERA et Pierre COSTES, ils ont choisi de ne pas participer à cette table ronde.

Monsieur DURAND

Il va m'appartenir, en tant qu'animateur, de jouer l'empêcheur de penser en rond. Je vais le faire, comme je le fais parfois, en lançant trois ou quatre idées qui vont permettre à nos interlocuteurs de réagir très vite.

Sur cette thématique-là, qui est l'avenir des Unions : qu'est-ce qui apparaît, à vos yeux, prioritaire ?

Quand on est là depuis ce matin, on a compris qu'il y a un certain nombre de chantiers qui sont ouverts à l'activité des Unions. Il y en a un que je vais citer d'emblée parce qu'il les domine tous, c'est l'EPP.

Il fut un temps, pas très lointain, où j'étais à une conférence de presse au MEDEC 2004, j'ai vu Alain COULOMB et Pierre MONOD s'engager ensemble sur l'évaluation de 10 000 médecins d'ici fin décembre 2005.

Est-ce que votre message, en tant que syndicalistes, c'est de dire aux Unions : oui, on a vraiment besoin de ces 10 000 médecins évalués d'ici la fin de l'année prochaine ?

Quand je dis cela, c'est que c'est un énorme chantier, et si vous souscrivez à cette ambition-là, cela veut dire que vous dites aux gens de se mobiliser là-dessus largement, y compris financièrement. Et c'est là-dessus que j'aimerais avoir votre avis et vos explications.

Deuxième chantier qui est ouvert aux Unions : celui qui procède du décret de mission de l'évaluation des besoins collectifs, de l'organisation des soins au plan local. Je pense, parce qu'on en a aussi beaucoup parlé et il y a simultanément le fameux conclave de Roissy qui doit nous dire s'il y a une fumée blanche qui se lève sur le Dossier Médical Personnel. Je voudrais avoir votre avis là-dessus. Est-ce que c'est le vrai job des Unions ?

Est-ce que, comme les y exhorte Philippe DOUSTE-BLAZY ce matin, elles doivent investir dans les call centers, qui sont des outils assez utiles et assez performants aux Etats-Unis, que j'ai vu poindre à l'initiative des organismes d'assurance complémentaire ? Est-ce que c'est le job des Unions d'investir là-dedans ?

Troisième sujet, qui ne me paraît pas prêter trop à controverses parce qu'il est aussi dans leurs missions : il y a la planification régionale qui montre le bout de son nez et, ce matin, la table ronde nous a assez bien montré tout l'enjeu des SROS 3. Et donc, là-dessus, je vous attends aussi, Messieurs les syndicalistes : est-ce que vous dites à vos représentants dans les Unions d'y aller à fond ?

Un autre sujet me paraît plus compliqué : est-ce que vous les incitez à investir ce dans quoi les deux ministres les ont incités à aller, c'est-à-dire la mise en œuvre de la réforme ?

Là-dessus, il semble qu'il y a un sujet qui vous concerne directement parce que mise en œuvre de la réforme, cela veut dire contractualiser avec les URCAM. J'aimerais vraiment avoir votre opinion, pas définitive, mais enfin ferme à la date d'aujourd'hui : est-ce que les Unions sont autorisées à signer un contrat de bonnes pratiques avec telle ou telle spécialité, à mettre en œuvre localement un réseau de prise en charge de telle ou telle pathologie ?

Monsieur REGI

Avant de répondre ponctuellement à vos questions, j'aurais souhaité intervenir pour faire un portrait de ce que nous considérons qui a été fait aux Unions jusqu'à ce jour et ce que nous ne souhaitons pas qu'elles deviennent, et pour se projeter un peu dans l'avenir. Et ensuite, je répondrai point par point aux questions qui sont plus de nature du travail d'ateliers qui a été fait tout à l'heure et qui a été un peu éludé, pour nous laisser le soin d'y répondre.

Pour parler du devenir des Unions, nous ne pouvons pas faire l'économie d'un retour en arrière pour évoquer l'état d'esprit qui a prévalu à leur création et le cadre qui leur est dévolu. En 10 ans, moins de deux mandatures, les URML se sont inscrites dans le paysage institutionnel. On pourrait en tirer la conclusion qu'elles étaient indispensables.

Enfin, une loi donnait une visibilité à une réalité trop longtemps ignorée, à savoir que la médecine générale de premier recours, depuis la fin des dispensaires, est exclusivement libérale et que l'activité de la médecine libérale spécialisée dépasse celle du secteur hospitalier public.

La reconnaissance institutionnelle de la médecine libérale au travers des Unions régionales

comme composantes incontournables du système de soins n'allait pas tarder à porter ses fruits. Fruits de qualité très inégale sans doute, mais le temps et la patience ne sont-ils pas nécessaires à des cultures de qualité ?

Le bilan que nous pouvons faire est que les Unions ont eu la volonté de satisfaire aux objectifs fixés par la loi. A savoir contribuer à l'amélioration du système de santé, à la promotion de la qualité des soins - engagements plus ou moins forts - afin de réaliser analyses et études relatives au fonctionnement du système de santé. Contribuer à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie, ainsi qu'à l'évaluation des besoins médicaux, évaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins, organisation et régulation du système de santé, prévention et action de santé publique, coordination avec les autres professionnels de santé, information et formation des médecins et des usagers.

Les Unions assument les missions qui leur sont confiées à cet effet par la ou les conventions nationales et celles qui leur sont confiées par les organisations syndicales représentatives des médecins.

Les SROS seraient-ils concevables sans une représentation institutionnelle et opérationnelle de la médecine libérale ? Aujourd'hui, les évaluations des pratiques professionnelles ne débutent-elles pas sous la responsabilité des professionnels eux-mêmes ?

Bref ! Les Unions sont venues combler un vide que les autres institutions existantes n'avaient pas vocation à remplir.

Pour autant, alors que la deuxième mandature arrive à sa dernière ligne droite, on ne peut faire l'économie d'une interrogation essentielle : la profession se reconnaît-elle vraiment aujourd'hui dans les Unions ? Et demain, qu'en sera-t-il ? Assurément, la satisfaction n'est pas aujourd'hui totalement de mise.

Les grands principes de la maîtrise médicalisée sont inscrits dans la loi TEULADE du 4 janvier 1993. Le codage des actes et des pathologies que les professionnels devaient utiliser pour permettre le remboursement des assurés est resté jusqu'à aujourd'hui lettre morte. Par cet outil, les Caisses auraient eu ainsi connaissance de la nature des actes pratiqués ; ce qui leur est nécessaire en prétendant juger de leur adéquation à l'état du malade. Le décret d'application de décembre 1993 permettait la mise en œuvre de la loi TEULADE.

La loi relative à la santé publique et à la protection sociale du 18 janvier 1994 a créé le dossier de suivi médical tenu par le médecin habituel, et le carnet médical du patient, éléments d'une authentique coordination des soins, qui ont eu le même destin que celui des ordonnances JUPPE.

Cette loi VEIL du 18 janvier 1994 complète l'article 8 de la loi TEULADE, en permettant aux médecins libéraux conventionnés de faire parvenir aux Unions les informations relatives à leur activité sans que ces informations puissent être nominatives à l'égard des assurés sociaux ou de leurs ayants droit. Ces informations ne sont pas nominatives à l'égard des médecins, l'anonymat ne pouvant être levé qu'afin d'analyser les résultats d'études menées dans le cadre de l'évaluation des pratiques. Ceci suscite une méfiance à l'égard d'un dispositif qui peut être dévoyé en outil de contrôle.

Ainsi, par cette loi, la distorsion qui existait dans les connaissances des données issues du codage des actes et des pathologies entre les Caisses et les médecins libéraux, s'effaçait. Aujourd'hui, ce champ d'activités essentiel des Unions va devenir enfin opérationnel avec la mise en œuvre de ce volet, qui devrait être le plus important pour la défense de la médecine libérale.

Tâche nouvelle, certes, mais les Unions sont aussi confrontées à un choix non encore explicite, mais proche : soit dériver vers une instance politique avec le risque de la mise en œuvre d'une politique partisane par une formation majoritaire, soit rester des vigies, des gardiennes de la médecine libérale, plus conformes à l'esprit de la loi.

Dans ce contexte politique général de régionalisation de la santé, les Unions régionales doivent, et c'est fondamental, conserver leur vocation régionale. Elles seront le relais de la politique de santé publique négociée au plan national entre les pouvoirs publics et les organisations syndicales représentatives.

Si l'on peut admettre qu'une certaine communication entre les Unions puisse présenter un intérêt, pour autant il serait contraire à l'esprit et à la vocation des Unions régionales qu'elles se regroupent implicitement dans une fédération telle une Conférence Nationale des Présidents. Cette entité, par son caractère national et du fait des moyens qui sont donnés par la loi aux Unions, tendrait en quelque sorte à se substituer aux syndicats représentatifs.

Les termes de la loi du 13 août 2004, qui lie désormais la représentativité des syndicats au seul résultat des élections aux Unions, font courir un risque majeur au syndicalisme médical. La réalité syndicale, l'importance de son utilité ne peuvent se réduire au résultat d'une seule élection.

Si le bilan de 10 ans de fonctionnement des Unions n'est pas à la hauteur de l'espoir que d'aucuns portaient en elles, il n'est pas cependant négatif et plaide pour leur pérennisation. Cependant, leur avenir n'est pas totalement clair, menacé d'un côté par le risque d'instrumentalisation politique de syndicats majoritaires et, de l'autre, celui de dilution

de l'action syndicale dans la seule gestion du quotidien.

Les Unions, instances consultatives, mais aussi opérationnelles, auront de plus en plus à mettre la main dans le cambouis de la gestion du système de soins. De quel poids pèseront-elles alors face aux autres institutions ?

Quoi qu'il en soit, l'institution existe. Le législateur a voulu donner une visibilité à la médecine libérale dans l'organisation du système de soins, dans la logique d'une régionalisation de la santé. A nous de ne pas oublier que cet outil peut être l'un des meilleurs instruments de la pérennisation de la médecine libérale, à laquelle nous sommes tous ici, bien évidemment, attachés.

Monsieur DURAND

Vous avez choisi, Monsieur REGI, ce que je trouve tout à fait respectable, de répondre à mes questions par une déclaration d'intention. C'était un choix : on ne peut pas faire l'un et l'autre, ne serait-ce que pour une question d'équilibre de temps de parole.

Je propose à Michel CHASSANG de prendre la suite, sur le terrain qu'il veut.

Monsieur CHASSANG

Rassurez-vous, je vais dire deux ou trois mots, et je vais répondre précisément à vos questions.

D'abord, merci de nous accueillir ici. Je crois que, tous les trois, nous partageons le même plaisir d'être ici parce qu'on est bluffé incontestablement quand on écoute les différents rapports qui ont été faits, la communication, les moyens que vous avez, et comment vous savez bien les utiliser. On voit quand même, quelque part, non seulement que vous êtes ici une grande famille, la famille des médecins libéraux, mais on voit que la formation que vous avez eue dans les écuries syndicales est quand même très positive, et je ne peux que m'en féliciter personnellement. Je crois que c'est la même chose pour les autres.

Je vous ferai passer deux ou trois petits messages, et cela, c'était le premier.

Le deuxième, c'est que les Unions doivent être tout sauf un terrain de lutte syndicale et d'affrontement syndical. Nous avons vécu trop cela dans la première mandature des Unions. Toute structure nouvellement créée a des difficultés. Je crois qu'on a un rythme de croisière depuis l'an 2000 qui est très positif. Je crois que personne ne le conteste. On a assez l'occasion ailleurs, avec mes confrères ici et ceux

qui ne sont pas là, de s'affronter, et Dieu sait que l'on s'en donne à cœur joie, et donc ce n'est pas, à mon avis, le but et ce n'est pas le lieu dans les Unions. En tout cas, la CSMF ne le souhaite pas.

Dans les Unions, les choses peuvent bien fonctionner. Je crois que les choses marchent bien lorsque chacun remplit ses missions et que l'un n'empiète pas sur l'autre.

Le syndicalisme a des missions, elles sont claires. Les unions professionnelles ont des missions, qui sont plutôt des missions d'expertise, au service de la profession.

Trois missions essentielles sont contenues dans la loi : la mission de recueil des besoins, la mission d'évaluation des pratiques, la mission d'information et de formation.

Il y a beaucoup de travail qui a été fait par les unions professionnelles, et je suis stupéfait d'entendre certains dire que les Unions n'ont pas fait leur travail. Je trouve que c'est assez stupéfiant. Quand on regarde dans le concret, beaucoup de choses ont été faites, mais il y a peut-être un petit manque de coordination pour faire savoir. C'est bien de faire, mais c'est aussi bien de faire savoir. Il y a d'ailleurs ceux qui se contentent de faire savoir sans faire. C'est un autre problème. Il faut que vous fassiez mieux savoir ce vous savez faire et ce que vous avez fait, parce que vous avez fait un boulot de titan, et cela mérite d'être souligné.

L'action que vous avez est complètement complémentaire de celle des syndicats : il ne doit pas y avoir entre nous de lutte de pouvoir. Quand j'ai dit cela, inévitablement, il y a dans le quotidien, des petites anicroches par ci par là, et c'est bien naturel. Je crois que les choses sont assez claires.

Je vais vous raconter une petite histoire. Les anciens confédérés sont allés faire un voyage en Allemagne, dans les années 80, et quand nous sommes revenus d'Allemagne, nous sommes revenus avec un concept nouveau : celui des unions professionnelles. Elles ont vu le jour grâce à l'action de la CSMF. À l'époque, c'était Monsieur TEULADE qui était aux commandes. Ensuite, c'était Madame VEIL. Vous en avez largement parlé ce matin. Je tenais à le dire.

Et la deuxième histoire, c'est que nous sommes allés, en 1993, au Québec. Nous sommes revenus avec la certitude qu'il fallait mettre en place dans ce pays une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, au moins pour les libéraux. On peut se féliciter que, depuis, du chemin a été fait et, aujourd'hui, nous sommes dans le concret. L'évaluation des pratiques professionnelles est devenue réalité. C'est devenu une obligation, et c'est une des missions essentielles des unions professionnelles.

Il faut bien sûr continuer à faire ce que l'on a déjà fait et continuer à entretenir le travail qui est en cours, mais je pense qu'il ne faut pas s'éparpiller et qu'il faut se concentrer sur 2005, sur deux sujets.

Le premier des sujets, et cela répond à la question de Jean-Pol DURAND, c'est l'évaluation des pratiques professionnelles. L'évaluation des pratiques professionnelles, c'est un véritable défi qui nous est donné aujourd'hui. C'est la mission pleine et entière des unions professionnelles. Il nous faut absolument occuper le terrain. Il nous faut passer le turbo. On a dit 10 000, 100 000. C'est 115 000 médecins libéraux très exactement qu'il vous faut (puisque c'est votre mission et je tiens à ce que cela le reste), dans les cinq ans qui viennent, avoir évalués. Croyez-moi, ce n'est pas une mince affaire, c'est un travail de titan qui nous attend, et cela nécessitera une mobilisation de toutes les énergies et de tout le monde. Et pour cela, nous aurons l'occasion d'en reparler, il faudra le financement. Ce n'est pas aux médecins à financer, et ce n'est pas aux unions professionnelles, avec des ressources qui ne sont pas extensibles à l'infini, de financer ces évaluations des pratiques. Il nous faudra mettre en place le financement, mais avant de parler de ce sujet-là, il faut enclencher dès à présent le dispositif sans perdre une seule seconde parce qu'il nous faut rester crédibles.

Je ne développe pas parce que vous êtes convaincus de cela : formation médicale initiale, formation médicale continue, évaluation des pratiques professionnelles : c'est la démarche qualité. C'est de votre responsabilité ; c'est de la responsabilité de personne d'autre.

Deuxième sujet : l'évaluation des besoins. Je crois qu'il y a trois domaines. Il y a l'évaluation des besoins médicaux : je crois qu'il faudra qu'on en finisse une bonne fois pour toutes un jour, avec un ONDAM qui est calculé un peu de façon pifométrique (le "un peu" vous pouvez l'enlever si vous le souhaitez, d'ailleurs), et que l'on puisse être à même de construire de façon médicalisée un ONDAM. Cela repose sur vous. C'est vous qui aurez cette mission de construire, à l'aide de l'évaluation des besoins médicaux, cet ONDAM régional et qui sera donc ascendant, selon la procédure ascendante que l'on décrit depuis 10 ans dans cette maison.

L'évaluation des besoins démographiques. Notre ami CATON en a parlé tout à l'heure. La démographie est un sujet qui concerne pleinement les unions professionnelles, notamment dans l'évaluation des besoins démographiques d'une région, parce que c'est au niveau régional que l'on voit la démographie, ce n'est pas depuis Paris, pour régler les problèmes à Lyon, à Marseille, ou ailleurs.

Et enfin, l'évaluation des besoins en permanence des soins, en garde. C'est au niveau régional

que l'on peut mettre cela en place. Je sais qu'en Midi-Pyrénées, ils ont une expérimentation qui est utile ; il faut regarder cela avec attention, avec une régulation régionale. Nous comptons vraiment sur vous parce qu'on a besoin de vous, on ne peut pas organiser cela sans que les unions professionnelles s'y impliquent pleinement.

Très rapidement, pour les questions qui sont posées auxquelles je n'ai pas répondu. Le Dossier Médical Partagé, oui, mais toujours sur le versant expertise et jamais, à mon avis, quand je dis jamais, c'est : « évitons de mélanger les genres », vous n'êtes pas et vous n'avez pas été désignés pour cela et ce n'est pas votre mission, pour prendre une décision politique en matière de dossier médical, partagé ou personnel. C'est du domaine de l'Etat avec les syndicats médicaux. Mais, sur le plan de l'expertise, sur le plan de la mise en œuvre pratique, nous avons besoin de vous pour mettre en place ce dossier médical. Un certain nombre d'entre nous était à un séminaire à Roissy sur le Dossier Médical Partagé. Je crois que les choses sont complexes, mais elles avancent, pour peu que l'on veuille mettre cela en place de façon très simple. Je ne développe pas parce que nous n'avons pas le temps.

Les call centers, pourquoi pas ? Mais, si on se disperse et si on part dans toutes les directions, cela me paraît difficile.

Quant à la planification régionale et l'implication dans les SROS, c'est une demande très forte que nous faisons vis-à-vis de l'Etat depuis très longtemps : il faut que les médecins libéraux soient représentés dans les SROS de façon plus importante qu'ils ne le sont aujourd'hui. Et je crois que les unions professionnelles ont pleinement leur place.

La dernière question que vous posez concerne la contractualisation avec les URCAM ou d'autres structures : je suis très réservé. On n'a pas débattu de ce sujet en interne, mais je crois pouvoir m'avancer un petit peu pour dire qu'il est extrêmement délicat d'envisager qu'une structure d'expertise puisse contractualiser sur le plan politique avec une structure décisionnelle comme l'est l'URCAM.

Personnellement, je n'y suis pas tout à fait favorable. Cela ne veut pas dire que, dans le cadre des missions des agences régionales, les Unions régionales n'aient pas leur rôle à jouer et qu'elles ne puissent pas travailler en relation avec les ARH et les URCAM. Mais, c'est un autre problème. Entre cela et contractualiser sur un plan professionnel pour engager la profession dans une démarche vis-à-vis de l'assurance maladie, cela ne me paraît pas évident. Je pense que c'est le rôle des syndicats régionaux de contractualiser avec ces partenaires-là.

Monsieur DURAND

Merci de cette franchise. Sur les mêmes sujets, avec l'angle qui sera le sien, la réponse de Jean-Gabriel BRUN.

Monsieur BRUN

Je voudrais répondre au chairman, Monsieur DURAND, plus particulièrement sur le point n° 3. C'est un point qui correspond parfaitement à l'activité que j'ai puisque je suis chirurgien. Je rappelle que je suis syndicaliste, je suis également à l'Union Ile-de-France. Vous n'avez pas été sans remarquer ce gigantesque coup de chapeau que nous a envoyé Xavier BERTRAND, ce matin, à l'égard de la médecine libérale. La médecine libérale dont on reconnaît absolument la nécessité du paiement à l'acte. Mais, cette médecine libérale est représentée à l'extrême par le médecin de famille, par le médecin traitant qui n'a aucun équivalent à l'hôpital. Je vais vous raconter une petite anecdote que j'ai vécue concernant la planification régionale SROS 3 où je pense que les URML doivent prendre un rôle important par leur connaissance du tissu local et des situations qui se créent aussi bien à l'hôpital public que dans les cliniques privées, au niveau de ce qu'on appelle les groupements de coopération sanitaire.

Cet été, en arrivant à Biarritz, le mardi 17 août, pour rencontrer le négociateur du Gouvernement, je l'ai trouvé collé au téléphone avec Maignon qui lui disait : d'accord, les chirurgiens, donnez-leur tout ce que vous voulez, mais collez-leur les trucs, c'est-à-dire que les chirurgiens libéraux doivent opérer sur des blocs hospitaliers. Il raccroche, il me dit : c'était CHARPY, qui était très excité, je mets cela de côté.

Rien ne sert à ce qu'il reste une médecine de famille, un généraliste libéral payé à l'acte, et je ne conteste pas la médecine hospitalière qui a son rôle, l'hôpital public dont on est issu et où je travaille encore, mais comme l'école, je pense qu'il y a l'école publique et l'école privée. Je pense que dans la réorganisation du tissu hospitalier, qui ne doit pas se faire exclusivement au profit de l'hôpital public, les situations doivent être investiguées par les acteurs locaux. Il y a eu le cas de Saint-Affrique, qui n'est pas réglé. Je vois des médecins généralistes ruraux du Loiret, ils connaissent bien le problème de Pithiviers. La médecine libérale a son droit de cité en médecine de famille, etc, mais il faut absolument que les Unions puissent faire une expertise sur les plateaux techniques, et j'irais même plus loin puisque maintenant l'imagerie va être dépendante des plateaux d'hospitalisation et même des lits. Et donc, je

plaiderais assez pour qu'à côté du Conseil National de la Chirurgie Française, qui va s'investir dans ces missions-là, pour aller voir dans les régions ce qu'on fait pour l'hôpital de Villefranche-sur-Saône, etc, les Unions s'investissent dans cette mission d'expertise aux côtés du Conseil National de la Chirurgie, en particulier du rapporteur GIUDICELLI, qui est proche de votre région et qui voudrait bien s'intéresser à ces problèmes afin que l'offre de soins hospitalière privée ne disparaisse pas.

Monsieur DURAND

Sur un autre sujet, brièvement de façon à ne pas avoir de redondances avec son discours de tout à l'heure : Pierre MONOD.

Monsieur MONOD

Merci, en tout cas, à nos dirigeants des centrales syndicales d'avoir accepté cette rencontre.

Je suis toujours un peu mal à l'aise parce que je n'aime pas me dire qu'on a plusieurs casquettes. Je crois qu'on est d'abord et avant tout des médecins, qu'ensuite on est des élus sur des listes syndicales et qu'ensuite, on prend des fonctions dans les URML. Et que, quelque part, quand on essaie de bien faire, on se mélange un peu les pinceaux : on oublie d'où on vient, on oublie qu'on est médecin, on oublie tout, parce qu'on est des hommes, tout simplement. Je crois que c'est à nous, par nos rapports, de définir ce que sont nos missions et je crois que nous ne nous parlons pas assez.

Certaines centrales nous diabolisent parce qu'il y a une hégémonie de la CSMF. Il se trouve que les Présidents de l'Union sont démocratiquement élus et qu'il y a une majorité, c'est comme cela. Au régional, je crois que l'Alsace n'est pas Socialiste, chez nous elle est SML.

Nous avons des missions, et la loi actuelle, j'espère, va sensiblement clarifier la situation en nous recentrant. Nous sommes toujours à écouter, que ce soit dans nos Unions, dans nos cabinets ou à la maison d'ailleurs, qu'il faut se recentrer, arrêter de se disperser. Oui, on va avoir à se recentrer sur ce que l'on voit clairement maintenant : les trois grands chantiers dont a parlé Michel, sur l'évaluation des pratiques, l'évaluation des besoins et puis, sur toute cette mission d'expertise, d'analyse de la région et de ce qui se passe en régions.

Oui, le caractère des URML est essentiellement régional. Mais, je pense qu'en se parlant, au-delà des missions qui nous sont proposées, voire indiquées par les pouvoirs publics, il y a quelqu'un qui s'appelle

Claude MAFFIOLI qui, quand il était Président de la CSMF, et Michel CHASSANG le rappelle régulièrement, disait : il faut aussi venir sur notre terrain. Et je pense que tous les syndicats ont à passer des commandes aux Unions. Passer des commandes aux Unions, c'est dire : on a un problème, est-ce que vous êtes en mesure de pouvoir nous donner un avis, de nous faire une expertise là-dessus ? Quand le Gouvernement a besoin d'être éclairé sur un sujet, ou quand il veut l'enterrer d'ailleurs, il crée une mission. Je pense qu'il faut qu'on arrive à avoir ces rapports beaucoup plus adultes.

Qu'il y ait une vie politique, de politique syndicale, au sein des Assemblées, dans le côté électif, c'est normal. C'est un peu l'ambiguïté du fait que l'importance des élections aux Unions, c'est, pour les syndicats, leur représentativité. Pour nous, les Unions, cela devient de plus en plus d'avoir des gens qui vont travailler et qui vont être efficaces, tout en ayant bien entendu une origine et une sensibilité syndicale.

Cela explique ma conception du national. Le national ne doit pas être diabolisé. Nous en avons souvent parlé entre nous, et Dieu sait que j'ai des difficultés à gérer le troupeau d'indiens que représentent les Présidents de régions. Ce sont tous des individualistes, et ils ont raison d'être individualistes et régionaux. Ils ont raison de dire qu'il faut se méfier du supra régional. Mais, il y a nécessité d'avoir une instance de coordination. Et je peux vous rassurer, je ne vise pas la présidence de la CSMF, loin de là, je mesure déjà, à mon niveau, ce que cela représente et j'admire, Messieurs les Présidents nationaux, tout ce vous faites.

Je crois qu'il faut que l'on ait des relations beaucoup plus adultes. Nous ne sommes pas en compétition. Le niveau national est nécessaire pour pouvoir valoriser et faire du lobbying sur les missions régionales. Si on n'avait pas fait du lobbying sur la démographie, on a été exclu de l'Observatoire national, on ne serait pas dans le Conseil National de la Démographie. Quand vous ferez une commande nationale, il faudra que nous puissions réunir l'ensemble des Unions et voir comment on organise pour décliner en régions. Mais, bien entendu, que les URML sont régionales. Cela me paraît évident. Mais le niveau national doit être reconnu parce que, sinon, on nous contournera, et quand on nous contourne, on contourne l'ensemble de la profession.

Deux mots sur la région. Je pense qu'il ne faut pas avoir peur d'institutionnaliser un certain nombre de structures régionales.

Soyons très clairs : quand on parle de contractualisation, nous n'avons pas à contracter avec l'URCAM pour tout ce qui touche la vie professionnelle du médecin. Effectivement, c'est de l'ordre des syndicats, et puis il faudrait qu'on ait une discussion

de savoir s'il peut y avoir des conventions régionales ou, s'il y a convention, elle ne doit être que nationale. C'est une discussion qui regarde les syndicats, qui ne nous regarde pas au niveau des Unions. Par contre, je crois que notre place, en tant qu'experts représentants de la profession, sur un tas de sujets techniques, et les syndicats y sont absents de fait dans les régions puisque ce sont les gens qui sont dans les Unions qui y sont, cette place doit être reconnue. Et il me paraît indispensable – je le dis à Monsieur le Président de la Commission des Affaires sociales – que l'avis des Unions soit obligatoirement recueilli avant que les pouvoirs publics prennent une décision. A partir de ce moment-là, sur ces sujets-là, on aura l'habitude de s'adresser aux Unions et on aura suffisamment à faire pour ne pas donner l'impression à l'extérieur que les Unions s'occupent de ce qu'il ne faut pas.

Et j'aurai une dernière demande : nous avons d'énormes chantiers que vous avez fixés. En 2006, il y a des élections qui vont permettre d'établir la représentativité des syndicats. Elles sont donc fondamentales pour les syndicats. Je souhaite que, jusqu'à la fin 2005, on puisse travailler dans la sérénité, dans ce qui fait notre unité dans les Unions, malgré tout ce qu'on dit. Et quand on travaille, on travaille en général sans se demander d'où on est issu. Qu'ensuite, quand on rentre en campagne, on mouille la chemise, on descende dans l'arène et que le meilleur gagne, je suis tout à fait d'accord. Mais ne démarrons pas la campagne électorale dès maintenant.

Monsieur DURAND

Je vais maintenant donner la parole à la salle. Monsieur ROUGIER (Secrétaire général de l'Union Régionale Rhône-Alpes, Secrétaire général de l'UNOF-CSMF).- Effectivement, les rôles des syndicats et les rôles des URML sont complémentaires et ne doivent pas s'opposer. Nous avons chacun notre rôle. Cela nous donne notre légitimité dans une période que l'on va qualifier d'électorale.

Sont présents dans la salle et sur la tribune trois syndicats médicaux sur cinq. Deux ont choisi d'être absents, c'est leur droit.

Je crois qu'il ne faut pas nous disperser. La profession médicale attend autre chose de nous en tant que syndicats médicaux et de nous, en tant qu'union professionnelle, que des querelles de chapelles. Il y a un clivage qui existe, je sais où il se situe personnellement, entre une conception de la médecine libérale et une médecine étatisée.

Les unions professionnelles peuvent être l'interface et l'apport technique pour les syndicats médicaux qui veulent défendre une médecine libérale. Je ne pense pas que les trois Présidents de syndicats qui sont présents là soient très loin de notre conception de la médecine libérale. Et je voudrais leur demander d'éviter, en période électorale, de dire ce qui les sépare, mais plutôt ce qui les unit. Et la question que je pose à Jean-Claude REGI, à Michel CHASSANG et à Monsieur BRUN : qu'est-ce qui unit les syndicaux médicaux au travers des unions professionnelles ?

Monsieur DURAND

Avec votre autorisation, Monsieur ROUGIER, je ne vais pas leur redonner le micro tout de suite parce que je voudrais qu'ils vous écoutent, mais je le leur donnerai après pour faire un tour de piste et répondre aux questions.

Monsieur PENCOLE

Je voudrais signaler à mes confrères qui ont des responsabilités nationales que l'ensemble des questions qu'ils se posent, il n'y a qu'eux à se les poser ; il n'y a que le niveau national qui a un souci sur la relation avec les Unions régionales. Nous sommes issus des listes syndicales en régions, nous sommes tous rattachés à un syndicat. La schizophrénie est une maladie répandue, mais pas plus chez les élus des Unions régionales qu'ailleurs et on arrive encore à avoir une certaine homogénéité de pensée, que l'on ait la casquette syndicale ou la casquette Union régionale.

Le travail que nous fournissons en tant qu'élus régional est un travail qui se construit dans tous les thèmes que vous avez rappelés, et bien plus encore parce qu'il y a quelque chose qui n'a pas été évoqué aujourd'hui : les Unions régionales, depuis qu'elles existent, sont des laboratoires d'innovation et de recherche pour la profession entière. Je ne crois pas qu'il faudra perdre cette dimension au profit de tout ce qui est très important et que vous avez rappelé, mais revenons-en à la problématique qui avait l'air de tellement inquiéter nos représentants nationaux. Monsieur REGI, il n'y a que vous que cela inquiète d'être remplacé par Monsieur MONOD, un jour. Nous, en régions, on s'en fout. Ce n'est pas le problème. Cela ne concerne que cinq personnes. Revenons-en peut-être à des problématiques plus intéressantes, à savoir ce que nous pouvons faire en régions, quelle que soit la casquette que nous avons. Lorsque nous

sommes dans nos réunions syndicales, nous avons la vie conventionnelle, qui est le lien entre les syndicats et les partenaires. La vie conventionnelle est morte, pour beaucoup d'entre nous, depuis plusieurs années. Heureusement que nous avons eu les Unions régionales pour faire vivre toutes les valeurs que nous défendions parce que nous avons pu les faire vivre à cet endroit-là. Et si, demain, nous devons les faire revivre dans la convention, nous le ferons. Mais, de grâce, arrêtez de vous poser des questions qui n'existent que pour vous et laissez les gens en régions travailler. Quand ils prennent la parole, ils prennent la parole au nom de la profession qu'ils représentent. Qu'ils aient, ce jour-là, le label "Unions régionales" ou le label syndical auquel ils appartiennent, peut-être que pour vous cinq, c'est important...

Monsieur LICHTBLAU (Union Régionale Haute-Normandie)

Michel CHASSANG a utilisé le mot "politique" à travers le Dossier Médical Personnel : soit je suis naïf, soit je n'ai pas compris, soit c'est plus compliqué que cela. J'espère quand même que cela ne veut pas dire que derrière les travaux faits par beaucoup d'Unions à travers ce sujet, (travaux que nous avons terminés avec notre système Dopamine qui fonctionne), il y a des sociétés industrielles qui sont attendues, qui ont déjà fait aussi quelque chose, pas meilleur que nous. Mais comme elles s'appellent "sociétés industrielles", qu'elles sont considérées parce qu'elles ont en parallèle des logiciels médicaux, qu'elles en ont vendu 10 000, j'espère que cela ne veut pas dire qu'on est mis sur la touche et que le mot "politique" a une signification que je n'accepterais pas dans ce type de sujet.

Monsieur DURAND

Est-ce qu'il y aura une fumée blanche ou pas sur le DMP ?

Monsieur CHASSANG

A Roissy, le séminaire était hyper intéressant, réunissant des gens qui connaissaient bien les sujets, de différents horizons, avec une méthode moderne de réflexion. Est-ce que cela va déboucher sur quelque chose de concret ? La conclusion qui se dessine c'est que, finalement, il va falloir faire simple, ergonomique et qu'il va falloir être très pragmatique dans cette affaire. C'est l'idée générale.

Monsieur DURAND

Qu'est-ce qui reste de Dopamine et d'un certain nombre d'exemples que je connais dans d'autres régions ?

Monsieur CHASSANG

L'idée générale, ce n'est pas de fabriquer quelque chose de nouveau qui s'impose à tout le monde. L'idée, c'est que cela s'adapte plutôt à ce qui existe déjà. Dire cela, c'est prendre une option politique. Et quand j'emploie le terme "politique", c'est cela que je veux dire. Il y a des orientations générales du dossier médical qui sont des orientations politiques : qui va avoir accès au dossier médical, dans quelles conditions, est-ce que le médecin va être tenu de regarder le dossier médical partagé avant de consulter, etc. Ce sont des décisions politiques.

Après, tout le travail technique qui a été fait est tout à fait utile et nous servira pour le mettre en place. Mais, là aussi, il faudra que l'industrie s'adapte au concept politique et non pas l'inverse. Il faudra que l'industrie, notamment les éditeurs de logiciels, s'adapte parce que ce Dossier Médical dit personnel ou partagé est la continuité de ce Dossier Médical Personnel.

Monsieur BRUN

Une personne a posé la question : qu'est-ce qui nous unit ? Je pense qu'il y a des choses qui nous unissent, et quand on a lancé l'Union Ile-de-France avec Bernard HUYNH, on a décidé qu'il y avait des choses qui nous unissaient, il y a 5 ans. La défense de l'exercice libéral, c'est ce qu'on dit, mais je crois que je le sens encore mieux maintenant et je vais vous expliquer pourquoi. C'est le colloque singulier entre le médecin et son patient car tout le temps j'ai fait de l'exercice libéral depuis que j'ai quitté l'hôpital, chef de clinique, et suite à une promesse avec KOUCHNER, je suis retourné à l'hôpital public pour montrer que, nous, les seniors de l'hospitalisation privée, nous pouvions apporter notre savoir-faire à l'hôpital public.

Quelle est la chose que je regrette à l'hôpital public : c'est que j'ai un chef de service qui dit : « le malade est opéré par le service, il sort par le service » ; il est vu par quelqu'un, il est opéré par un autre, il est suivi par un troisième. Heureusement que le corps des infirmières est là pour me permettre d'opérer les malades que j'ai vus, de les suivre, de les revoir en consultation, contrairement aux indications

du service. Un petit service qui est à la lisière de l'Ile-de-France et de la Picardie. Et qu'est-ce qui nous lie ? C'est de maintenir le colloque singulier qui nous est très précieux.

Monsieur REGI

Pour moi, l'utilité des Unions et de ce qui nous rassemble au sein des Unions, ce n'est pas cela que je vais expliquer, cela me paraît tellement évident... Quand j'ai essayé de vous dire que le législateur avait enfin reconnu la médecine libérale, ce qui m'intéresse par-dessus tout puisque je suis là pour la défendre, c'est que c'est reconnu d'une manière institutionnelle maintenant et que c'est à nous de prendre cet outil que l'on nous donne et de l'exploiter au mieux, dans l'intérêt de la médecine générale.

Pour répondre au confrère qui me fait des leçons de morale, je voudrais dire que je suis convaincu de l'utilité des Unions, mais si nos problèmes ne concernaient que trois ou quatre personnes ici autour de la table, on n'aurait pas la place pour que tout le monde soit là. J'ai préféré venir ici dire ce que je pensais d'une manière démocratique, clairement, sans agressivité, plutôt que de faire des non-dits parce que la campagne aux élections, elle a commencé, que le veuille ou non mon ami MONOD. Elle n'a pas commencé de mon fait, elle a commencé du fait d'autres personnes. Voilà ce que je suis venu dire, et je suis convaincu qu'on peut arriver à travailler parce que je suis dans une Union où je travaille et où l'Union travaille. On n'a pas à faire la démonstration de cela.

Ceci dit, il y a un problème, je suis venu le dire calmement, et des interventions me faisant de la morale, essayant de m'expliquer que cela ne concerne personne... Je suis persuadé que cela concerne beaucoup de monde. Mon désir aurait été que tout le monde soit autour de la table parce que l'Union est un lieu où on doit faire progresser la défense de la médecine libérale.

Je retourne chez moi comme je suis arrivé ici, avec le même sentiment de persévérer parce que c'est une arme extraordinaire et, vraiment, le législateur nous met tout dans les mains en ce moment ; à nous de l'exploiter.

Monsieur DURAND

Je vous propose d'applaudir Monsieur REGI parce qu'il a raison. Il vaut mieux venir dire cela publiquement et en toute sérénité que de ne pas le dire.

Monsieur CHASSANG

Deux mots de conclusion parce que le temps presse. J'ai pu constater aujourd'hui que les Unions étaient mures, je l'ai vérifié par moi-même. Je vous l'ai dit tout à l'heure, mais je le pense vraiment sincèrement.

Je repars, non pas rassuré, mais conforté sur le fait que nous partageons quand même l'essentiel des préoccupations. C'est-à-dire que nous avons pour ambition d'améliorer l'exercice libéral de la médecine, ce n'est déjà pas une moindre ambition. Nous avons les mêmes priorités : l'évaluation des pratiques et des besoins pour cette année, sans remettre en cause tout le travail qui est fait par ailleurs et sans interrompre brutalement tout ce travail.

Mais le message que je voulais vous faire passer, parmi les messages que j'ai essayé de vous dire, c'est : n'abandonnez pas vos syndicats, ils ont besoin de vous. Ce sont vos syndicats qui ont permis d'accéder aux unions professionnelles, nous sommes très fiers que vous soyez dans des unions professionnelles, et vous montrez, par votre travail, que vous êtes tout à fait dignes de notre respect. N'abandonnez pas le syndicalisme parce que nous avons absolument besoin de vous.

Je crois que l'on peut vous dire tous les trois la même chose : n'abandonnez pas votre mission essentielle de militantisme syndical, c'est essentiel. Nous en aurons besoin, non seulement pendant la période électorale... Mais, vous savez, c'est la fable de La Fontaine : il y a ceux qui courent avant même que la course ait démarré et il y a ceux qui arrivent les premiers sur la ligne. On verra qui arrivera le premier sur la ligne. Personnellement, je suis relativement serein, mais j'aurai l'occasion de le dire dans d'autres lieux, ce n'est certainement pas le lieu ni le moment de donner le top départ de la campagne aux unions professionnelles.

Continuez à travailler comme cela, nous sommes très fiers de vous. Renouvelez ce genre d'initiative, de vous rencontrer entre vous. Je crois qu'il ne faut pas attendre 10 ans pour se revoir à nouveau, et nous viendrons avec plaisir vous rencontrer.

Monsieur DURAND

Si vous permettez de finir sur un mot personnel, mais qui est professionnel aussi parce que je n'oublie pas que je suis journaliste, y compris à cette tribune, mais dans les salles :

Vous avez assez réussi dans le savoir-faire, mais alors, je vais vous dire : il faut venir ici pour le savoir. Cela veut dire que vous avez complètement échoué dans le faire savoir.

CLÔTURE DE LA JOURNÉE

Monsieur CATON

Merci d'avoir respecté le temps. Nous allons conclure avec deux interventions. Tout d'abord, nous avons le plaisir d'accueillir Jean-Michel DUBERNARD, député de Lyon et Président de la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale, qui nous a fait l'honneur de passer la journée avec nous, qui a écouté nos débats, qui va nous livrer ses réflexions. Ensuite, Pierre MONOD fera la clôture de ces 10 ans.

Avant que nous nous séparions, parce que je n'aurai peut-être pas le temps de le faire, je voudrais que vous remerciez par vos applaudissements toute l'équipe qui a organisé cette manifestation, aujourd'hui. MCI avec qui nous travaillons au niveau de l'Union, mais aussi le Secrétaire général, Bernard ROUGIER, toute l'équipe des secrétaires de l'Union qui ont fourni un travail considérable pour l'organisation de ces 10 ans.

(Applaudissements)

Monsieur DUBERNARD

En premier lieu, je veux vous remercier d'avoir organisé une telle journée. Et puis, après tout, comme je suis le régional de l'étape, faire un peu de chauvinisme et remercier toute l'équipe de l'URML Rhône-Alpes, Jacques CATON, bien entendu, Jean DERRIEN aussi, sans oublier le collège des généralistes qui est représenté ici par Monsieur ROUGIER.

Je parle de Rhône-Alpes, en premier lieu. Je trouve que le boulot qui est fait est vraiment impeccable. Vous avez trouvé un document dans vos serviettes, et franchement, quand vous voyez la liste de ce qui a été fait dans cette région - et je sais que cela l'est dans d'autres régions aussi - en termes d'organisation de colloques, en termes de travaux et de publications... Tu me parlais de la religion et de la maternité en aparté tout à l'heure. Je sais qu'il y a eu des documents dans le domaine de la santé publique : le diabète non insulino-dépendant, la pilule du lendemain sont des exemples. Je sais qu'il y a eu des travaux sur la démographie. Je sais qu'il y a eu des travaux sur l'urgence, des travaux sur la médecine de montagne qui est une des spécificités de notre région et qui pose des problèmes très particuliers. Je sais qu'il y a eu des travaux sur la contribution de la médecine libérale à l'économie de la Région et de la Nation. Tout cela a quand même une énorme signification et cela entre pile dans les missions des URML. On voit, en

tout cas au niveau Rhône-Alpes, que la notion de partenariat s'est bien implantée et que le partenariat entre des URML et les autres structures qui sont impliquées dans la santé (les DDASS, les DRASS, les ARH, les URCAM, le Conseil régional, etc, les structures de santé publique) est un partenariat efficace, effectif et qui fait que les URML sont aujourd'hui des structures qui sont respectées et reconnues indiscutablement. D'ailleurs, il n'y avait qu'à voir, ce matin, il y a des gens qui ne sont pas venus que pour le ministre. Quand DOUSTE est parti, il y a des gens qui correspondaient à ces structures qui sont restées et j'en vois encore qui sont dans la salle.

Le deuxième point, c'est quelque chose de plus général. En 1993, j'étais déjà député et si on m'avait demandé de parier sur l'avenir des URML, je n'aurais jamais imaginé qu'elles deviennent ce qu'elles sont devenues aujourd'hui. Je le dis haut et fort. Je connais bien le syndicalisme médical libéral. Je le vois fonctionner, je le rencontre régulièrement dans toutes ses composantes. Je vois l'état d'esprit des médecins. Jamais, je n'aurais imaginé que ces URML atteignent le niveau qu'elles ont atteint, notamment en remplissant leurs missions. Je crois qu'il y a un intérêt majeur dans les missions que vous effectuez au niveau régional. Mais, au niveau national, ce sont les mêmes. Il est vrai que, dans le domaine de l'évaluation des besoins, de la démographie, dans le domaine de l'évaluation des pratiques professionnelles, dans le domaine de la formation et de l'information des médecins et des usagers (n'oublions pas les usagers, les assurés, les patients, les malades, les parturientes), vous avez parfaitement répondu à la mission.

Deuxièmement, je trouve qu'il y a un grand intérêt aux URML, et on l'a découvert tout à l'heure. Vous êtes bien sûr dans une phase un peu particulière et il ne faudrait pas que 2005 soit polluée par 2006, chez vous comme dans d'autres endroits. Mais, il est vrai que l'indépendance des URML existe et elle est présente, même si ceux qui les constituent appartiennent à des structures syndicales. Vous êtes représentatifs, les médecins libéraux votent pour vous à un pourcentage élevé - je crois que c'est Philippe DOUSTE-BLAZY qui rappelait que, par rapport aux grands syndicats ouvriers, il n'y avait aucune comparaison, 60 % contre 10 %, c'est dix fois plus de représentativité. C'est vrai que cela a beaucoup de sens. Et vous avez cette indépendance qui fait votre force. Le jour où vous perdrez cette indépendance, vous perdrez la considération que vous avez su construire depuis une dizaine d'années. Indépendance des syndicats, chacun à sa juste place. Le ministre l'a dit, et je crois que c'est vraiment quelque chose d'essentiel.

Je vous parle en tant que Président de

Commission. Mon rôle, c'est de recevoir les gens, de faire des synthèses et, surtout, de porter des textes de loi en les modifiant en fonction de ce que pensent les députés. C'est nous qui faisons la loi et qui la modifions fortement. Pour la santé publique, on l'a changée à 80 % ; pour l'assurance maladie, on n'a fait qu'un certain nombre d'adaptations, dont certaines sont significatives.

L'indépendance des syndicats, le Conseil de l'Ordre, vous avez parlé des Caisses d'assurance maladie, c'est vrai qu'il faut être complètement indépendant des Caisses d'assurance maladie, même si un jour il faudra travailler avec elles dans le cadre de la régionalisation. Je suis un fervent partisan de la régionalisation. Pas de n'importe quelle régionalisation. Nous avons eu un colloque national où j'avais entendu des prises de position qui me paraissaient un peu extrêmes, logiques mais irréalistes, sur la régionalisation.

Je me suis battu pour qu'on mette en place ces Missions Régionales de Santé. Le décret va sortir bientôt. Les Missions Régionales de Santé, cela rapproche les ARH des URCAM. Ceux qui connaissent bien le fonctionnement des URCAM et des ARH savent que cela va être quelque chose de très complexe, en tout cas dans certaines régions, et qu'on ne pouvait pas aller aux Agences Régionales de Santé tout de suite ; d'ailleurs, il faut expérimenter dans ce domaine, et on l'a fait passer dans la loi. On a mis en place des expérimentations d'Agences Régionales de Santé qui seront beaucoup plus intégrées, où l'URCAM et ARH, par exemple, seront plus intégrées. C'est quelque chose qui, à mon sens, est très significatif, et je sais qu'il y a actuellement au moins cinq candidatures, sinon six, pour mettre en place des ARS. Si on arrive à en avoir six qui sont significatives, on aura gagné parce qu'on en aura 21 ou 22 dans les cinq ans qui viennent et le passage sera fait.

Il est évident que le rôle des URML me paraît vraiment très important, et c'est un point qui me paraît avoir beaucoup de sens.

Si j'ai à réagir sur ce que j'ai entendu ce matin, je n'ai pas beaucoup de réactions sur ce qu'a dit le Docteur MONOD parce que, finalement, il a eu les réponses qu'il attendait. Il les a eues de Philippe DOUSTE-BLAZY. Qu'a-t-il dit ? Il a dit : la réforme ne se fera pas sans vous. Je crois qu'il a raison.

A partir du moment où on dit que la réforme ne se fera pas sans nous – parce que moi aussi je suis médecin – à l'hôpital, en ville ou à la campagne, cela nous donne une responsabilité majeure et franchement, il faut que l'on mesure le poids de cette responsabilité. Je parle là très solennellement. Dans le cadre de la Commission, on travaille avec des Allemands. On a une relation qui fait que je rencontre la Commission de la Santé, qui est d'ailleurs présidée

par Madame Ulla SCHMIDT. On les rencontre régulièrement. J'ai des réunions de travail régulières avec les Anglais, avec les Québécois, avec les gens du nord. Très franchement, je pense que la dernière chance de sauver notre système et ses valeurs fondatrices basées sur la solidarité, basées sur l'existence d'une médecine libérale, est entre nos mains. Entre les mains des patients et des assurés, bien sûr, mais entre nos mains essentiellement parce que nous avons le colloque singulier avec les patients, que nous pouvons leur expliquer un certain nombre de choses. Nous pourrions leur expliquer, si je prends l'exemple du Dossier Médical Personnel, à quoi cela correspond, comment cela va dans l'intérêt du patient. Je sais que cela va être pénible, que cela va demander des efforts. Je me rappelle pour les carnets de santé, vous en avez tous eu.

Vous aviez des malades qui n'en voulaient pas et puis, l'obsessionnel qui demandait de marquer qu'il avait eu une angine en 1912... Il est vrai que quand vous avez une salle d'attente qui est pleine, c'est pénible de faire cela. Cela ne va pas être simple, mais je crois que nous avons une responsabilité majeure dans ce domaine.

Je suis d'accord avec DOUSTE-BLAZY : si on ne réussit pas cette réforme, on est mort. Je nous vois plus évoluer vers le système britannique, qui n'est pas si mauvais que cela, pour la médecine de ville en tout cas, plutôt que vers le système américain, les assurances privées, mais on ne sait jamais, les assurances privées me semblent plus prêtes que l'Etat au jour d'aujourd'hui.

D'autre part, Philippe DOUSTE-BLAZY a parlé de la Haute Autorité de Santé et du syndrome du lundi de Pâques. Je crois qu'il va falloir suivre de très près ce qui se passe et que vous travailliez en connexion étroite avec la Haute Autorité de Santé qui va être constituée de huit personnalités nommées par le Président de la République, le Président du Sénat, etc, mais qui s'appuieront sur les sociétés scientifiques.

C'est l'esprit du texte de loi. C'est là aussi que les études qui peuvent être faites dans certaines régions spécifiquement ou au niveau national peuvent avoir beaucoup de signification. Je crois qu'il ne faut pas oublier qu'à côté des sociétés scientifiques, qui sont très bonnes et qui vont apporter de vraies réponses, il peut y avoir aussi des réponses de terrain de sociétés qui ont une vision plus généraliste des choses.

Il vous a tendu la main, Monsieur MONOD, de façon très claire avec la notion d'expérimentation, notamment au niveau des zones dites désertifiées. Allez-y ! Actuellement, on entend tout et n'importe quoi dans ce domaine, et on voit se préciser - c'est mon sentiment personnel - la notion d'implanter des centres de santé, dont on connaît les échecs dans les

grandes villes où ils ont été tentés, à la campagne. Je crois que c'est le contraire de l'intérêt des patients et le contraire de l'intérêt de la médecine libérale.

Et il vous a tendu la main pour les centres d'appel. Là encore, foncez ! Il y a des pressions dans tous les sens et on voit déjà des structures se préparer à s'engouffrer dans le système, alors qu'il doit être très bien fait. Je ne connais pas l'exemple américain, mais à Londres, il y a des modes de fonctionnement qui sont vraiment impressionnants. Le jour où j'y étais, c'était une infirmière qui répondait, il fallait voir comment la fille répondait, arrivait à faire le tri de façon très intelligente.

Je trouve que Xavier BERTRAND a dit des choses qui me vont très bien parce qu'il a positionné les URML comme partenaire. Il est allé plus loin : partenaire et promoteur de la réforme. Je crois que c'est évident : vous devrez jouer un rôle clé là-dedans.

Il y a l'évaluation des pratiques professionnelles : si ce n'est pas vous qui la faites, elle ne sera pas faite ou mal faite. Il y a un coût. Au passage, je dis que la semaine prochaine, puisqu'on va passer trois jours et trois nuits en Commission sur le projet de loi de finances de la Sécurité sociale, je vais essayer de faire passer l'amendement intelligent qui m'a été proposé, qui flèche un certain nombre de crédits du FAQSV sur cette évaluation des pratiques professionnelles. On ne peut pas faire de bonnes évaluations si on n'a pas d'argent.

(Applaudissements)

Xavier BERTRAND m'a mis en cause sur l'accréditation. Je vais être clair et net. Depuis le début, par incompetence, les structures, qui s'appelaient l'ANDEM puis l'ANAES, mais toutes ces structures qui essayaient de copier sans copier tout en copiant le système américain, avaient fait une erreur majeure : on accréditait les établissements. Ce n'était pas par hasard. Accréditer les établissements, quand on pense à l'hospitalisation privée et publique, c'est accréditer l'administration et pas accréditer les médecins. Or, quand on donne crédit à un établissement pour faire des greffes de rein, pour faire du cancer, cela veut dire qu'on s'assure que la politique médicale de l'établissement correspond à l'accréditation qu'on va lui donner. Cela me paraît un élément essentiel. Dans tous les pays du monde, c'est comme cela : on accrédite les équipes médicales, on accrédite les médecins, quelquefois individuellement ; par contre, on certifie que l'hôpital ou la clinique x ou y est bien chauffé, est bien ventilé, a des systèmes de stérilisation corrects. Et on ne reviendra pas – j'ai des tas de pressions pour qu'on revienne – tant que je serai Président de la Commission des Affaires sociales sur ce système. Je sais qu'en réalité c'est parce qu'il

faut balayer le Code de la Santé Publique et que ce n'est pas si simple. Voilà l'état d'esprit qui m'a poussé à changer ce système.

On a parlé des relations formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles, la réponse était claire. Je pense qu'elle est satisfaisante pour vous.

Finalement, les deux ministres vous ont apporté des réponses.

La participation au Comité de la démographie médicale où vous êtes présents.

Tout cela me paraît avoir beaucoup de sens. De même que votre présence en santé publique. Je sais qu'il y a eu des problèmes. Le hasard a fait que j'ai rapporté à la santé publique et à l'assurance maladie, pour des raisons bizarres parce que les responsables de Commission ne sont pas rapporteurs en général. Mais le texte de santé publique était tellement mal fagoté qu'une discussion avec Jean-François MATTEI m'a conduit à le prendre en main. On a essayé de simplifier : on a mis d'un côté les financeurs et les décideurs ; de l'autre côté, les acteurs, ceux qui signent des contrats avec ces décideurs. Or, vous pouvez être amenés à en signer. Et on a rétabli la Conférence Régionale de Santé, qui va fonctionner pour de bon sur un nouveau mode, alors qu'elle avait été supprimée dans le texte initial. Je crois que les URML devraient trouver là une place significative.

Si on réfléchit à ce qui va se passer dans la Mission Régionale de Santé, lorsque tout fusionnera dans les Agences Régionales de Santé, à l'évidence vos structures prendront de plus en plus de signification.

Je voulais dire aussi que vous avez 10 ans. C'est bien. Mais il faut aussi peut-être penser à ce que vous deviendrez dans les cinq ans à venir. Je crois qu'on n'avance jamais si on ne fait pas de prospective et si on ne se projette pas. A titre personnel, j'ai toujours dix ans devant moi, cela commence à devenir inquiétant, mais c'est comme cela que je fonctionne et je table sur cinq ans pour préparer les dix ans. Vous avez l'obstacle de 2006 que vous allez sûrement sauter facilement parce que vous avez tellement de force et de puissance qu'il serait dommage que vous chutiez en cours de route.

Je crois qu'il y a deux directions à prendre. Un rapprochement avec la médecine hospitalière. Oui, il y a une médecine libérale. Oui, on défend la médecine libérale. On peut travailler à l'hôpital public et défendre la médecine libérale. On ne peut pas non plus oublier le rôle des deux médecines. On a fait les mêmes études, on a passé les mêmes concours, maintenant on passe les mêmes examens, on ne peut pas s'opposer, ce que certains continuent à essayer de nous faire faire.

Je crois donc qu'il faut trouver un moyen de se

rapprocher. Que vous deveniez des Unions Régionales de Médecins Libéraux et Publics ou de médecins tout court, il faut garder peut-être le "L" qui porte l'origine de la naissance des Unions, mais il y a quelque chose qui doit être fait.

Deuxième évolution qui semble nécessaire : se rapprocher des autres professions de santé. Je sais que ce n'est pas simple. Au niveau national, sous mon impulsion - et c'est un de mes amendements - on a créé l'Union Nationale des Professions de Santé. Je pensais que cela se passerait très bien, tout le monde était content, tout le monde me garantissait que c'était une idée géniale et que je laisserai mon nom dans la médecine française par ce biais. Je vois le résultat aujourd'hui. J'espère que cela ne va pas se terminer ainsi, mais je pense qu'on aura peut-être le CNPS qui persistera et l'URPS qui apparaîtra. Ce n'est pas comme cela que cela se passera parce que si je garde ces fonctions, on ira dans le sens de la loi. Mais je crois quand même qu'au niveau régional, il est nécessaire d'anticiper et de préparer ce type de structure. C'est bien sûr trop tôt. Mais, après 2006, je pense qu'il faut vous rapprocher parce que le jour où il y aura des Agences Régionales de Santé, et on va y arriver plus vite qu'on ne le croit, il faudra que les ARH et les URCAM discutent et travaillent avec les URML, mais aussi avec les autres professions de santé. Et on risque de tomber dans une division et une rivalité professionnelle qui nous feront perdre la belle unité que l'on peut porter.

Je souhaite un bon anniversaire aux URML. Revenez dans 10 ans à Lyon. CATON sera encore vivant. Je ne sais pas s'il sera encore à la tête de l'URML, mais vous pourrez lui rendre son éloge, lui donner une médaille et un bouquet de fleurs. Et puis, réfléchissez à ces deux rapprochements avec la médecine hospitalière et avec les autres professions de santé.

Monsieur MONOD

Merci, Monsieur le Président. Je peux vous assurer : CATON est éternel ! Il sera Président de l'URML, mais le "L" est pour Lyon, il n'est plus pour le monde libéral, vous le savez bien !

Merci à toutes et à tous pour cette journée. C'est un remerciement extrêmement sincère parce que je ne suis pour rien dans l'organisation de cette journée, et je voudrais vraiment remercier tous ceux qui ont contribué à sa réussite parce que c'est une réussite. J'étais un petit peu inquiet, au mois de mai, parce que je trouvais que cela ne bougeait pas beaucoup et Jean-Yves me faisait peur. Et puis, les choses se sont mises en place, sans doute parce que quand on a un peu le feu... on va plus vite.

Je pense que nous avons pris conscience aujourd'hui de notre existence commune, de tout ce qui nous réunit. Et l'idée d'avoir fait des stands avec nos produits régionaux a ajouté cette note conviviale qui fait que l'on peut s'intéresser et s'investir dans des dossiers techniques sérieux, mais, en même temps, cela montre que nous sommes des humains et que nous souhaitons avant tout rechercher ce qui nous rassemble.

Cette journée sera vraiment historique parce que c'est une prise de conscience d'une certaine forme de la représentativité médicale que sont les Unions, et je crois que la famille professionnelle médicale en sort réellement grandie.

J'ai bien retenu qu'il fallait que l'on fasse mieux savoir ce que nous faisons. Vous avez peut-être remarqué, depuis quelque temps, qu'on parle plus souvent des Unions. On nous dit qu'il faut mieux faire savoir ; dans six mois, on va nous dire qu'il faudrait un peu baisser d'un demi-ton.

Je voudrais remercier Floriane AUGER, chargée de communication à la Conférence des Présidents, et l'équipe de Lyon parce qu'elles ont fait un travail de mise en page et de publication de ce que l'on a fait qui est tout à fait remarquable. J'espère que tout cela va déboucher sur notre espace inter URML où tout le monde pourra venir piocher les travaux et ensuite être renvoyé vers les sites de nos Unions régionales parce qu'il ne s'agit pas de faire le site de la Conférence Nationale supra URML. Dieu m'en garde !

La dernière chose que je voudrais dire, c'est qu'on ne va pas refaire une université d'été, mais je crois très sincèrement qu'il faut qu'on réfléchisse à une réunion annuelle, peut-être pas sous cette forme, à moins que l'on soit sponsorisé parce que, là, les finances sont à plat. Monsieur le Président, il va falloir nous aider.

Mais, je crois qu'il faut que, d'ici la fin 2005, on refasse une réunion sur une journée, cela coûte cher, cela mobilise, mais j'y vois deux intérêts. Le premier, c'est que cela permet d'échanger et de faire une synthèse, et de nous rencontrer. C'est quand même plus agréable de mettre un visage sur des noms pour des gens qu'on a au téléphone. Et ensuite, on s'engueule un peu moins facilement ou, du moins, on est un peu plus prudent.

La deuxième raison, c'est que cela va nous occuper. Quand on est en préparation de ces journées-là, c'est un peu comme le bromure, on pensera peut-être un peu plus à nos travaux et un peu moins aux élections.

Merci encore, et à tout à l'heure, pour la soirée.

(La séance est levée à 18 heures 20)



 **N° Vert 0 800 880 607**

URML RA - 20, rue Barrier 69006 Lyon
Tél : 04 72 74 02 75 - Fax : 04 72 74 00 23 - Mail : urmlra@urmlra.org - www.urmlra.org
