

Au centre du rythme : Comment faire plus avec moins ?

Sommaire

INTRODUCTION	3
QUI S'OCCUPERA DES PATIENTS ?	4
Le médecin du 21^{ème} siècle	4
Professeur Guy VALLANCIEN	4
Chirurgien urologue, professeur à l'Université Paris Descartes, fondateur et Président de l'Ecole européenne de Chirurgie	4
Débats	5
Démographie française : le papy-boom sans baby-crash	9
Virginie RAISSON	9
Spécialiste en géopolitique et prospective	9
Débats	11
Les défis futurs de la formation médicale	14
Professeur François-René PRUVOT	14
Chirurgien et Professeur de Chirurgie	14
Débats	17
L'ERE DES PROCEDURES : DE L'ART A LA RATIONALISATION	19
Pour une diminution des coûts	19
Docteur Frédéric REY	19
Directeur Information Médicale du groupe Générale de Santé	19
Débats	21
Ethique et rationalisation	25
Professeur Christian THUILLIEZ	25
Pharmacologue spécialisé dans le domaine cardiovasculaire, Doyen de la faculté de médecine et de pharmacie de Rouen	25
Débats	28
CONFERENCE : COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE – PRATIQUES AVANCEES – NOUVEAUX METIERS : QUELS LIENS ?	31
Laurent HENART	31
Secrétaire général de l'UDI, corédacteur du rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire	31
Débats	33
CONCLUSION	37

Introduction

Arnaud DELHAYE, Président de Medtronic

Bonjour à tous. Je vous souhaite la bienvenue à la huitième édition de la journée *Au centre du rythme*, qui sera basée sur l'échange. Cette journée a été parrainée par la société française de cardiologie et sa thématique est particulièrement d'actualité : « Comment faire plus avec moins ? » En effet, nous, industriels, nous posons cette question chaque jour. Cette année, nous accorderons une large place aux débats et le programme de cette journée a été allégé dans ce sens.

Je remercie tout particulièrement le Comité d'organisation, les Professeurs et Docteurs Aliot, Cazeau, Kacel, Mabo et Piot.

Merci et très bonne journée tous.

Philippe MABO

J'ai le plaisir au nom du Comité d'organisation de vous accueillir pour cette huitième édition d'*Au centre du rythme* pour discuter des grands enjeux de la santé et de la cardiologie, tant pour notre pratique quotidienne, que pour offrir les meilleurs soins aux patients.

Le titre de cette journée, « Comment faire plus avec moins ? », loin d'ajouter à la morosité ambiante, est plein d'optimisme. Nous ne doutons pas que, compte tenu des contraintes que nous connaissons en matière de démographie médicale, de vieillissement de la population, compte tenu des contraintes économiques, aussi, nous trouverons des solutions pour avancer dans la bonne direction. C'est pour cette raison que nous devons nous appuyer sur ceux qui disposent d'un savoir-faire dans ce domaine, c'est-à-dire sur des intervenants extérieurs, outre les médecins. Cette journée sera placée sous le signe de l'échange et, après les exposés, nous aurons le temps de discuter dans une dynamique constructive et sans censure. A la fin de la journée, nous effectuerons un débriefing et verrons si nous avons atteint nos objectifs : envisager la médecine, la cardiologie et la rythmologie de demain.

Je remercie plus particulièrement Cécile de Montclin, qui nous accompagne dans ce projet, ainsi que toute la société Medtronic, qui nous accueille dans ses locaux. Je remercie également mes amis du Comité d'organisation. J'espère que notre programme répondra à vos attentes et vous souhaite à tous une très bonne édition de cette journée *Au centre du rythme*.

Qui s'occupera des patients ?

Le médecin du 21^{ème} siècle

Professeur Guy VALLANCIEN

Chirurgien urologue, professeur à l'Université Paris Descartes, fondateur et Président de l'Ecole européenne de Chirurgie

Quand on discute avec des hommes politiques, on s'aperçoit qu'ils n'ont aucune étoile polaire, qu'ils ne suivent aucune ligne directrice, ce qui est d'ailleurs particulièrement frappant dans le domaine de la médecine.

La question clé aujourd'hui est « Quel est le rôle du médecin au 21^{ème} siècle ? ». Cette question nous conduit à nous interroger sur notre valeur ajoutée par rapport aux autres professionnels de santé. Cette valeur ajoutée est énorme en qualité, mais faible en quantité ; seul le médecin est capable de transgresser les règles de bonnes pratiques. En effet, les règles, décrets et circulaires émanant de différentes instances se multiplient, qui encadrent notre pratique. Or lorsque la pratique est encadrée, il n'est plus nécessaire d'être médecin pour l'effectuer. 10 à 15 % des malades que nous traitons n'entrent pas dans ces règles de bonnes pratiques. Nous ne pouvons pas les insérer dans le protocole ni dans les bonnes pratiques, pour de multiples raisons. C'est là qu'est notre véritable responsabilité.

Cette situation induit de nombreuses questions. Nous devons réfléchir sur notre nombre, sur la façon dont nous sommes formés, sur nos modes de rémunération, etc. En menant ces réflexions, nous nous apercevons bien vite que tout le système est absurde, que l'argent est gâché, alors que nous pourrions, en agissant de façon volontaire, réviser l'organisation des professionnels de santé sur le territoire.

Nous sommes les seuls capables de transgresser, ce qui nécessite évidemment un apprentissage. Or l'université n'apprend pas à transgresser. Nous continuons à mener des études médicales, alors que ces études devraient aboutir à la certification, à la capacité, un peu à la manière des études en droit avec la certification d'avocat. Notre thèse d'état s'apparente en effet globalement à une fumisterie. Nous n'apprenons pas à nous entretenir avec un malade, ni à être dans l'empathie avec les malades. Nous apprenons des statistiques et des éléments qui ne servent à rien pour être médecin généraliste, comme le cycle de Krebs. Il faut donc mettre en place des études selon lesquelles, à l'issue de la licence, nous commençons à choisir un métier. Il faut que, dès l'entrée en master, les étudiants choisissent une spécialité, tout en prévoyant des passerelles. Il faut également universitariser les études d'infirmière, car la séparation du corps médical et du corps paramédical est catastrophique. Cette séparation a en effet engendré une scission entre ces deux corps. Les infirmiers devraient pouvoir passer des masters, pour devenir assistants médicaux, ce dont nous avons en effet énormément besoin.

Nous disposons de tous les moyens technologiques pour assurer une présence médicale dans les endroits les plus isolés. Le drame de Figeac est exemplaire à ce titre ; il s'agit d'un défaut d'organisation de transport. Nous constatons pourtant des résistances à la mise en place d'assistants médicaux, qui devraient assurer de véritables responsabilités. Dans le cadre d'une expérimentation mise en place par le ministère il y a quelques années, des infirmiers ayant reçu une formation complémentaire d'un an travaillent comme assistants en pathologies de la prostate. Ils effectuent l'interrogatoire, l'examen clinique, l'échographie abdominale et la prescription des dosages. Les médecins voient ensuite le malade, qui leur parvient « mûr ». Cette expérimentation a été évaluée et nous nous

apercevons que ces assistants ne font pas plus d'erreurs que les médecins, que les malades en sont très contents et que nous gagnons de 15 à 20 % de temps, ce qui est considérable.

Le médecin doit donc être rare, cher et réparti harmonieusement dans un système dans lequel d'autres professionnels assureront la majorité de ce qu'il fait aujourd'hui. 85 à 90 % de la production d'un généraliste doit être faite par d'autres, mais toute la chaîne de soins a été dégradée. L'infirmière joue le rôle de l'aide-soignante, le médecin généraliste, celui de l'infirmière et le spécialiste, celui du généraliste. Il faut donc injecter des métiers à valeur ajoutée dans le système.

Le schéma du médecin de campagne disponible jusque 23 heures ne fonctionnera plus, notamment car les jeunes ne le souhaitent plus. Le travail sera davantage partagé entre les médecins et les autres corps de santé au sein des maisons de santé, qui se multiplient. Elles sont environ 350 en France actuellement et 1 000 autres sont en cours de construction, alors qu'il en faut 4 000. Nous devons couvrir le territoire de ces maisons, à raison d'environ une maison par canton. Ces maisons compteront une trentaine de professionnels (7 ou 8 médecins, des secrétaires, des infirmières, des kinés, des psychologues, des podologues, un pharmacien, etc.) A partir de ces plateformes sanitaires de premier recours et de proximité, des professionnels de santé se rendront dans les villages. Je suis pour ma part un fervent militant du cabinet mobile. A partir de ces plateformes, il sera possible de couvrir tous les villages, les hôpitaux et cliniques faisant office de deuxième recours et le CHU, de troisième recours.

C'est dans les maisons de santé que l'industrie pharmaceutique doit mener ses protocoles, près qu'ils ont été contrôlés par l'université. Nous disposerions ainsi d'informations considérables et l'industrie est prête à participer à cette expérimentation. Il faudra toutefois cesser pour ce faire l'incroyable ostracisme qui sévit actuellement contre les industriels. L'industrie doit en effet entrer dans les CHU et ce n'est pas parce qu'il y a un lien d'intérêt qu'il y a conflit. L'industrie a besoin d'être au contact direct de la population pour améliorer ses produits, matériels ou médicaments.

Il convient donc de remettre à neuf la chaîne organisationnelle du système sanitaire. Toutefois, nous nous heurtons là au corporatisme et peu de syndicats médicaux sont enclins à accepter ce discours, même si cette voie est la plus vertueuse, la plus efficiente et la plus efficace. Il s'agit ainsi de réduire le nombre de médecins, de transférer certaines tâches à des personnels nouveaux et de régler le problème de la désertification. Il faudra néanmoins habituer les Français à ne pas appeler leur médecin pour un oui ou pour un non, ce qui devra passer par de la pédagogie et nécessitera sans doute une dizaine d'années. Les corps intermédiaires seront d'ailleurs très utiles pour mener à bien cette évolution.

Par ailleurs, il me semble que la chirurgie, dans le sens que nous connaissons à présent, est amenée à disparaître. Faut-il, alors que nous disposons d'instruments facilitateurs, utiliser des bacs +14 dans le domaine de la chirurgie ? Des ingénieurs opérateurs pourront dans le futur réaliser les actes chirurgicaux à leur place. Avec la robotique, nous nous dirigeons en outre vers des certifications par opérations et par appareils. Pour une grande partie de son action, la chirurgie disparaîtra donc telle que nous la connaissons.

Ces réflexions sont engagées dans tous les pays d'Europe et le rapport Attali va dans ce sens. Nous avons besoin de 70 % de généralistes et de 30 % de spécialistes, dont une partie seront des acteurs techniques purs et non médecins.

Débats

De la salle

Vous n'avez que très peu abordé la télémédecine, dont la place sera pourtant de plus en plus importante.

Guy VALLANCIEN

La télémédecine est effectivement essentielle, mais il est très difficile de la développer, notamment car les personnes les plus âgées ne sont pas toutes équipées pour ce faire. Or parmi la génération des 60-70 ans, presque tous disposent d'un ordinateur. Il sera ainsi bientôt possible d'échanger avec son médecin *via* la webcam et les mairies pourront s'équiper de petites bornes dans cette optique. Ces consultations à distance sont d'ailleurs passionnantes et n'entraînent pas de déshumanisation des rapports entre le malade et le médecin, contrairement à ce que l'on peut entendre régulièrement. De plus, internet permet des échanges écrits avec les patients, qui sont très utiles et différent des échanges oraux des consultations.

Salem KACET

Je partage votre point de vue, mais je m'interroge sur les délais de réalisation des réformes que vous avez évoquées. Combien de temps sera nécessaire selon vous pour que la révolution dont vous parlez se mette en place ?

Guy VALLANCIEN

Nous avons tous les outils à disposition pour ce faire, même si tout le monde n'est pas encore mûr. Notre appauvrissement est le facteur clé du changement, auquel nous allons être contraints. Les maisons de santé sont en train de se développer à grande vitesse aujourd'hui, la jeune génération est complètement décidée à travailler selon ce modèle et éventuellement, à être salariée. J'estime que nous devons conserver une médecine libre de ses choix et de son action personnelle avec un malade. Or la médecine générale ne l'est plus à partir du moment où elle est subventionnée. J'estime qu'en dix ou quinze ans, ce nouveau système pourra être mis en place.

Jean-Claude DAUBERT

Vous avez globalement raison, nous ne pouvons pas rester dans la situation actuelle. Certains villages qui comptaient quatre médecins au début du siècle, n'en comptent plus aucun aujourd'hui, ce qui pose problème, car nous n'avons rien prévu pour pallier cette pénurie de médecins. Pour mettre fin à cette situation, tous doivent coopérer à une œuvre commune et à une prise en charge globale. Il faut que les experts techniques participent également à cette œuvre commune.

Concernant, les auxiliaires médicaux, auxquels je crois beaucoup, les mentalités sont-elles prêtes à les accepter ? En cardiologie, nous nous rendons compte que les corps intermédiaires sont encore très timides concernant le transfert de tâches, notamment pour accroître leurs responsabilités et décloisonner différentes professions. Je ne suis ainsi pas certain qu'avec les mentalités actuelles, cette évolution puisse être opérée à court terme. Dans ce domaine, la loi HPST de 2009 ouvrait déjà quelques perspectives, qui n'ont toutefois pas été suivies d'effets.

Guy VALLANCIEN

Je vous rejoins. Si une infirmière assistante médicale dotée de véritables responsabilités travaillait dans les villages que vous mentionnez, la situation serait grandement améliorée.

En outre, des millions d'enfants sont transportés chaque matin par des bus affrétés par des Conseils généraux. Ces bus pourraient donc être utilisés pour conduire des populations isolées à des consultations.

Enfin, le corps infirmier est effectivement très réactionnaire et beaucoup d'infirmiers ne souhaitent pas exercer davantage de responsabilités. Or quelques-uns pourraient le souhaiter, notamment certains étudiants recalés à l'issue de la première année de médecine.

De la salle

J'ai apprécié votre présentation et nous pouvons en effet trouver beaucoup d'exemples illustrant l'efficacité des personnels paramédicaux lorsqu'ils sont bien formés. Toutefois, nous rencontrons des freins en matière légale dans ce domaine.

Guy VALLANCIEN

Il faut mener un combat sur la dépénalisation de l'erreur. Les associations de malades peuvent d'ailleurs nous aider à gagner ce combat car, si nous indemnisons rapidement en reconnaissant nos erreurs, tout changera.

Stéphane GARRIGUE

Je ne suis pas d'accord avec vous. Certains médecins font des erreurs, mais nous manquons de moyens de contrôles pour agir contre ces erreurs.

Guy VALLANCIEN

Il faut distinguer les erreurs et les fautes ; ces dernières sont condamnables, contrairement aux premières. Les malades comprennent leurs erreurs, qu'il faut donc reconnaître. En Suède, par exemple, de jeunes retraités médecins font office de médiateurs pour calmer les situations et d'éviter les procès. Il faut ainsi rassembler les patients et le corps médical, et non les diviser.

Virginie RAISSON

Lorsqu'on souhaite opérer un changement dans une société, il faut, outre les objectifs, également analyser les résistances. Hormis celles du corps infirmier, quelles sont les autres formes de résistance au changement que vous avez identifiées ?

Sur le rapport entre le patient et le soignant, du fait d'internet, de plus en plus de patients ont une idée du protocole qu'il faut suivre dans leur cas. Comment réfléchir à l'évolution du rapport entre patient et soignant ?

Guy VALLANCIEN

Toute personne résiste lorsqu'elle ne voit pas son intérêt dans le changement et il faut donc prouver aux corps intermédiaires l'intérêt qu'il y a à changer.

Internet permet en outre au patient de s'approprier sa maladie, mais peut le déstabiliser, du fait d'une surcharge d'informations. Le médecin de son côté dispose de l'expérience et c'est de cette expérience que le malade souhaite bénéficier. Il faut donc être ouvert lorsqu'un malade nous parle d'un médicament que nous ne connaissons pas et nous renseigner, au lieu de faire semblant de savoir. Dans notre métier, ce n'est pas le savoir qui importe, mais l'expérience.

Serge CAZEAU

Vous êtes donc favorable à une industrialisation du soin, à une augmentation de la responsabilité des corps intermédiaires, à un déplacement de la compétence du haut de la pyramide vers la première ligne ainsi qu'à une diminution du nombre de médecins, tout en augmentant la qualité.

Le concept de « transgression » m'a beaucoup plu dans votre présentation. Au sein de l'hôpital public, je suis en contact avec des jeunes médecins. Ces derniers sont presque exclusivement des femmes, qui, loin de la transgression, semblent sélectionnés sur leurs capacités à obéir plutôt qu'à réfléchir.

Guy VALLANCIEN

Il me semble personnellement que cette génération est aussi tonique que la nôtre, mais qu'elle l'est d'une façon différente. Elle évolue toutefois dans un système qui ne la pousse pas à se développer, même si elle travaillera sans doute moins que la nôtre, ce qui sera possible notamment par l'industrialisation des soins.

En outre, la féminisation de la profession est très positive, car les femmes travailleront plus facilement en équipe que les hommes.

Olivier PIOT

En marge de la transgression, vous avez également évoqué la standardisation de la nouvelle médecine. Les jeunes médecins comprennent la nouvelle médecine d'une façon très éloignée de la transgression et ne sont pas formés à ne pas suivre les standards.

Guy VALLANCIEN

C'est le patient qui amènera ces jeunes médecins à transgresser et à faire des choix.



Démographie française : le papy-boom sans baby-crash

Virginie RAISSON

Spécialiste en géopolitique et prospective

La démographie est la matrice de la prospective, comme de toutes les évolutions que nous connaissons, par exemple sanitaires, agricoles, etc.

En 1950, la population mondiale était de 2,5 milliards d'habitants, contre 7 milliards à présent et environ 3,5 fois plus vers 2035. Elle augmente de 75 millions d'habitants par an et pourrait atteindre 13 milliards d'habitants en 2065, 26 milliards en 2125, etc., si cette augmentation se poursuivait sur ce rythme. Toutefois, tout dépend dans ce domaine de la vitesse à laquelle les différents pays du monde réalisent leur transition démographique. Un scénario médian prévoit ainsi que la population mondiale atteindra 10 milliards d'habitants à la fin du siècle, puis se stabilisera. Un autre scénario prévoit une contracture autour de 6 milliards d'habitants aux alentours de 2100 et un troisième scénario, une poursuite de la croissance démographique au-delà de 10 milliards d'habitants, toujours en 2100. Ces scénarios dépendent ainsi des différentes transitions démographiques, que certains pays n'ont pas achevées.

Sur une large partie orientale de l'Europe, nous constatons une tendance à la décroissance de la population. Sur ce continent, seuls deux pays affichent une fécondité égale au seuil de renouvellement des générations : l'Irlande et la France. Le poids démographique de l'Europe diminuera donc dans le futur.

La population mondiale est amenée à vieillir au cours des prochaines décennies. Le nombre des plus de 65 ans devrait tripler en 2050 et passer de 523 millions à 1,4 milliard, dont les trois quarts vivront dans les pays du sud. Ce vieillissement sera couplé à une chute du taux de fécondité, en Europe, comme en Chine, en Thaïlande, en Tunisie, etc. L'âge médian mondial passera quant à lui de 30 ans en 2012 à 34 ans en 2030 et à 38 ans en 2050. Ces moyennes mondiales cachent cependant de grandes différences aux échelles régionales et locales. En 2030, l'âge médian sera ainsi de 23 ans en Afrique et de 44 ans en Europe. A cette date, de nouvelles classes d'âge apparaîtront, celles des plus de 75 ans.

Le vieillissement de sa population pose la question de la place de l'Europe dans le monde. Aux Etats-Unis, le profil démographique est différent et les générations se renouvellent sur ce territoire davantage qu'en Europe. La question de la compétitivité se posera également en Europe, avec la raréfaction de la main-d'œuvre. Il sera donc important d'y maintenir une politique migratoire ajustée et attractive et de développer des activités lui permettant de conserver une avance technologique et une valeur-ajoutée économique.

Nous constatons également que la population en âge de travailler augmente partout dans le monde, à l'exception de l'Europe, où elle diminue fortement. Nous pouvons imaginer deux types de scénarios : un scénario migratoire s'appuyant sur le déficit de main d'œuvre et un scénario de relocalisation, l'industrie se déplaçant vers la main d'œuvre. Nous assistons ainsi à une réorientation des investissements directs vers des régions mieux dotées en main-d'œuvre et plus dynamiques.

En 2011, la France affichait un taux de croissance démographique de 0,6 % par an, soit la moitié du taux mondial, mais plus du double du taux européen. La Grande-Bretagne connaît de son côté une croissance démographique de 0,8 % par an, alors que l'Allemagne affiche une croissance nulle. Le Royaume-Uni devrait devenir le pays européen le plus peuplé aux alentours de 2030 et la France serait plus peuplée que

l'Allemagne aux alentours de 2055. L'Italie présente de son côté une croissance de 200 000 habitants annuelle, alors que son solde démographique naturel est négatif, contrairement à la France. C'est ainsi l'immigration qui, pour la majorité des pays européens, corrige la plupart du temps les déficits démographiques ou les soldes naturels.

Entre 1940 et 2060, le nombre de naissances devrait être assez stable en France. Nous constatons 12,7 naissances pour 1 000 habitants en France en 2011, alors que la moyenne européenne est à 10,4. La Chine ou le Brésil enregistrent un recul du nombre de naissances, comme de nombreux pays émergents. Pour les prochaines décennies, nous envisageons une relative stabilité du nombre de naissances. Le taux de fécondité était en France de 1,66 en 1993, alors qu'il est remonté à 2 aujourd'hui, ce qui correspond au seuil de renouvellement des générations, pour une moyenne européenne à 1,59 enfant par femme. Le Conseil d'analyse économique a émis trois hypothèses pour expliquer cette situation, à commencer par une tolérance plus élevée en France concernant la parentalité hors mariage. Les pays présentant les taux de fécondité les plus faibles sont ainsi ceux dans lesquels les naissances hors mariages sont les moins nombreuses. La scolarisation précoce des enfants en France pourrait également expliquer cette situation, tout comme la politique familiale française, qui favorise la natalité et la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle. Toutefois, en dépit de cette politique familiale active, la situation française reste fragile.

Le taux d'emploi des femmes et leur niveau de qualification augmentent en France, tout comme l'âge au premier accouchement. Ce dernier était de 27 ans en 1972 et a dépassé le seuil des 30 ans à présent. Or plus le premier accouchement est tardif, plus le nombre d'enfants diminue. L'évolution de l'emploi des femmes pourrait donc s'accompagner d'une baisse du taux de fécondité. Nous notons une stabilité du nombre des décès de 1945 à 2007, année à partir de laquelle il augmente, et ce malgré une baisse de la mortalité infantile sur cette période. Nous prévoyons une hausse de 38 % des décès entre 2011 et 2050, en raison du vieillissement de la génération du baby-boom. Le solde démographique devrait donc s'effondrer en France dans les prochaines décennies : de 272 000 personnes aujourd'hui, il ne devrait plus être que de 30 000 personnes en 2060. L'immigration pourrait donc être un moteur de la croissance démographique. L'espérance de vie est de 81 ans en moyenne en France aujourd'hui, alors qu'elle est de 69 ans dans le monde. Celle des hommes est de 79 ans aujourd'hui, contre 85 ans pour les femmes. Ce retard pourrait être réduit en raison de l'augmentation du tabagisme chez les femmes au cours des dernières années. Nous nous apercevons ainsi que l'espérance de vie à 60 ans des femmes progresse moins vite que celle des hommes. Cette dernière progresse surtout entre 70 et 79 ans pour les hommes et entre 80 et 89 ans pour les femmes, soit par le biais de l'allongement de la durée de la vie et non du fait d'une baisse de la surmortalité précoce. Les 60 ans et plus représentent un peu moins du quart de la population française, ils en regrouperont le tiers en 2060 (12 millions de personnes en 2060). L'apparition de la nouvelle classe d'âge des centenaires correspond en outre à un autre symptôme du vieillissement de la société. En 60 ans, sur les 11,8 millions d'habitants supplémentaires que comptera la France, 10,4 auront plus de 60 ans. Les centenaires étaient 1 150 en 1970, contre 18 000 à présent. Ils seront 73 000 en 2040 et près de 200 000 en 2060. L'âge médian passe en France de 39 ans aujourd'hui à 43 ans en 2035 et à 44 ans en 2060. Selon les projections de l'INSEE, qui prévoit un taux de fécondité de 1,95, l'espérance de vie serait à cette date de 91 ans pour les femmes et de 86 ans pour les hommes.

En 1990, nous comptons près de 5 actifs pour 1 inactif (65 ans et plus), contre 3,5 à présent et 2,1 en 2060. L'âge statistique de l'inactivité devra donc sans doute évoluer à mesure des évolutions démographiques. Ce ratio d'actifs/inactifs pose la question du financement de la protection sociale et de la prise en charge. Pour l'OCDE, la part des dépenses de santé dans le PIB de l'Europe des 15 devrait passer de 7 à 12 % avant 2050 et de 9,4 à 13,5 % pour la France. Du fait des progrès de la médecine et de l'augmentation de l'espérance de vie, une personne de 60 ans n'est plus une personne âgée. Nous pourrions ainsi fort bien considérer que les personnes âgées de 60 à 75 ans ne sont pas

des personnes âgées, mais des seniors. Ils pourraient ainsi être maintenus dans l'emploi, ce qui serait crucial pour ne pas aboutir à cette pénurie de main-d'œuvre redoutée en Europe. Pour cela, il faudrait néanmoins faire évoluer les mentalités, puisqu'en France, le taux d'emploi des plus de 60 ans est de 6,32 %, contre 12,2 % en Europe. Au Royaume-Uni, 18 % des plus de 60 ans travaillent contre 30 % au Japon. Ce vieillissement pose également la question de la prise en charge financière des personnes dépendantes, qui repose sur un système d'aide informelle, apportée par les familles. Cependant, les personnes disponibles pour être aidants seront de moins en moins nombreuses, alors que le nombre de personnes dépendantes augmentera. Un problème de recrutement des aidants se posera donc, d'autant que ces métiers sont très peu attractifs, tant en termes de qualité de travail que de rémunérations. Deux solutions se dessinent : le recours à l'immigration et l'augmentation des salaires, cette dernière augmentant mécaniquement le coût de la prise en charge.

Le recours à l'immigration choisie pourrait refinancer le déficit de la protection sociale. Or selon notre modèle d'immigration choisie, la France fait venir des hommes qualifiés célibataires alors que, pour assurer une compensation démographique, il faudrait faire venir des femmes et des couples. Plusieurs études ont été menées sur ce sujet, dont l'une par l'Université de Lille, qui a décortiqué le coût de l'immigration sur le budget de la France et l'a estimé à 48 milliards d'euros, les immigrés ayant reversé 60 milliards d'euros sur la même période. Ce solde est donc positif. Cette question est entourée d'une forte sensibilité politique, mais, les emplois d'aide à la personne sont souvent acceptés par des migrants, et la population française refuse ces métiers. Une étude a été menée sur différents scénarios d'immigration en France et il semble que le scénario d'immigration choisie réponde le mieux aux problèmes de financement. Néanmoins, selon ce scénario, la sélection d'immigrés se porterait sur des individus aux revenus élevés, à l'espérance de vie longue et au faible taux de natalité. Ce scénario se contente donc de décaler le problème dans le temps. Cette étude montre également que l'immigration nulle et l'immigration de référence aggravent la situation.

Nous observons en outre que les personnes âgées trouvent les services dont elles ont besoin de moins en moins souvent dans leur proximité immédiate. Elles ont donc tendance à rejoindre les centres-villes. Or dans de nombreuses villes secondaires, cette migration de personnes âgées conduit à une hausse des loyers, les jeunes et les couples devant déménager en périphérie. Cette modification de la carte des villes conduit les élus locaux à modifier leurs politiques urbaines et à adapter leur mobilier urbain à la population âgée. Le vieillissement de la population entraînera également des arbitrages politiques délicats et nous pouvons imaginer que la solidarité intergénérationnelle sur laquelle repose notre système de protection sociale s'effritera à mesure que les intérêts entre les plus âgés et les plus jeunes divergeront. C'est donc toute la société qui est questionnée par ce déséquilibre démographique.

Certaines situations sont toutefois beaucoup plus préoccupantes que celle de la France, notamment celle de la Chine, où le taux de fécondité a commencé à s'effondrer à la fin des années 1970. Le nombre de personnes âgées augmente ainsi en Chine de façon phénoménale, alors que la protection sociale y est encore embryonnaire, la prise en charge de ces personnes âgées reposant essentiellement sur les solidarités familiales.

En Allemagne, la part des moins de 65 ans est également en décroissance, mais le taux de personnes âgées plafonnera, car le taux de fécondité s'est effondré durant la deuxième partie du 20^{ème} siècle. L'Allemagne sera ainsi touchée par une dépopulation dans les années à venir.

Ces questions liées au vieillissement nous invitent à inventer une nouvelle société et un nouveau système de protection sociale et d'accès aux soins, qui devra s'ajuster très rapidement à cette nouvelle réalité démographique.

Débats

De la salle

Quel est le pourcentage d'actifs supérieurs à 65 ans aux Etats-Unis ?

Virginie RAISSON

Je l'ignore exactement, mais il me semble que le ratio actifs/inactifs des Etats-Unis est proche de celui de la France.

De la salle

Comment expliquer la démographie particulière des pays d'Europe de l'Est ?

Virginie RAISSON

Les taux de fécondité se sont effondrés en Europe de l'Est durant les années 1970. Ils ont progressivement remonté en Europe de l'Ouest, mais pas en Europe de l'Est, car, en 1990, l'inconnue socioéconomique y était tellement grande que la fécondité a baissé sur cette zone. L'émigration des jeunes a également été très forte en Europe de l'Est dans les années 1990.

De la salle

La crise diminuera-t-elle la fécondité ou l'augmentera-t-elle selon vous ?

Virginie RAISSON

La part de l'incertitude économique dans les pays où la protection sociale est forte est moins importante que dans les pays dans lesquels ce filet de protection sociale est absent.

Serge CAZEAU

Un problème est spécifique à la Russie, celui des hommes disponibles, du fait de l'effondrement de leur espérance de vie, de la surmortalité des hommes jeunes, du taux d'alcoolisme masculin et des difficultés économiques russes.

Virginie RAISSON

En 2050, le déficit du solde naturel russe sera de 300 000 personnes, ce qui est considérable effectivement.

Serge CAZEAU

Je souhaiterais revenir sur la transition démographique. En Europe, celle-ci s'est opérée progressivement, du 18^{ème} au 20^{ème} siècle. Je ne suis pas certain de vous avoir entendue sur l'accompagnement progressif des structures : routes, écoles, prise en charge des personnes âgées, etc. A l'inverse, la Chine a effectué sa transition démographique de façon autoritaire, sans construire dans le même temps les structures nécessaires à cet accompagnement, ce qui constitue des ferments d'agitation que nous ne connaissons peut-être pas en Europe.

Néanmoins, depuis une dizaine d'années, les pays européens, souhaitant limiter les coûts liés au vieillissement, diminuent leur offre en termes de structures, notamment en faisant baisser le nombre de lits d'hôpitaux par nombre d'habitants.

Pourriez-vous commenter cette situation ?

Virginie RAISSON

Il est complexe de comparer les situations chinoise et européenne. En Chine, l'espérance de vie a fortement progressé sous Mao, puis elle a ralenti. De plus, de nombreuses études montrent que cette transition démographique a sans doute été décalée, mais pas forcée, même si elle pose effectivement des problématiques de

structures, d'accès aux soins, etc. Je reste optimiste pour ma part en ce qui concerne la Chine, car ce pays investit davantage que l'Europe en matière de recherche et d'investissement, il fait montre d'une capacité d'invention énorme, dispose de gigantesques fonds propres et conserve une forte capacité d'autoritarisme. En France, nous essayons au contraire de réformer au lieu de repenser. De leur côté, les pays émergents doivent inventer un système de redistribution ajusté à la réalité démographique, ce que nous ne parvenons pas à faire.

De la salle

Vous avez fait le postulat que l'espérance de vie allait continuer à augmenter. Cependant, est-ce si certain ? Le niveau de vie de la population risque en effet de baisser. Cette baisse du niveau de vie ne pourrait-elle pas entraîner une surmortalité dans les régions du nord ?

Virginie RAISSON

L'augmentation de l'espérance de vie est liée aux progrès de la médecine, qui a beaucoup travaillé au cours des dernières années sur la surmortalité précoce, liée à la consommation du tabac, de l'alcool, etc. A présent, cette augmentation découle de l'allongement de la durée de la vie, ainsi que des découvertes biologiques et médicales. Nous pouvons donc imaginer que certaines recherches, par exemple sur les maladies neuro-dégénératives, permettent de faire progresser encore l'espérance de vie.

Les défis futurs de la formation médicale

Professeur François-René PRUVOT

Chirurgien et Professeur de Chirurgie à l'Université de Lille

Merci aux organisateurs et notamment à Salem Kacet, grâce à qui je suis ici aujourd'hui.

J'ai été nommé coordinateur de la Commission nationale de l'Internat et du post-Internat alors que Roselyne Bachelot était ministre de la Santé, puis j'ai travaillé avec le cabinet de Xavier Bertrand et travaille désormais avec celui de Mme Touraine.

En médecine, l'insertion professionnelle est de 100 %, quoique les regroupements des plateaux techniques et les délégations de tâches fassent varier le curseur de l'insertion professionnelle. Il faut environ douze ans pour former un spécialiste en France et ceux qui commenceront leurs études l'année prochaine seront médecins aux alentours de 2025. A cette date, la question de l'insertion professionnelle se posera de façon fine et diverse selon les territoires de santé.

La question se pose actuellement des échanges entre les études de médecine et d'autres disciplines purement scientifiques. La DGESIP, l'organisme pédagogique du ministère de l'Enseignement supérieur, a proposé de susciter des expériences, notamment d'augmenter les passerelles entre la médecine, la chimie, la physique et les mathématiques, ce qui pourrait correspondre à ce qu'évoquait Guy Vallancien tout à l'heure avec les ingénieurs opérationnels.

Sélectionnons-nous en outre correctement nos étudiants ? Le concours de première année est très scientifique, mais certains de ceux que nous laissons sur le côté, même s'ils ne sont pas très bons en mathématiques ni en physique, n'auraient-ils pas faits d'excellents médecins ?

Nous pouvons en outre nous poser la question de l'évolution de notre parcours pré-professionnalisant. Ce tronc commun doit-il rester indivisible ? Quelle doit être la durée du deuxième cycle ? Nous pourrions par exemple raccourcir les vacances des étudiants entre l'ancien P2 et l'actuel D1. Ces parcours pourraient également être différenciés. A l'issue du tronc commun, certains pourront se diriger vers la pure clinique, d'autres, vers la recherche, d'autres encore vers des métiers médiatiques ou de santé publique. Nous pouvons ainsi conserver un tronc commun formalisé tel qu'actuellement jusqu'au D4, avec une sorte de filiarisation et des items pondérés selon des coefficients différents. Nous pouvons également totalement séparer les étudiants en médecine dès le D2, avec des filières différentes et des ECN différents. Cependant, dans ce système, tous les médecins n'auraient pas passé le même concours. Pour préparer les étudiants à cette phase pré-professionnalisante, nous avons favorisé le stage temps plein, qui les immerge dans un milieu professionnel et leur permet de se rendre compte de la réalité d'un métier.

Par ailleurs, comment intégrer la recherche dès le début des études pour concurrencer les sciences dures, qui nous livrent une redoutable concurrence dans les publications et les projets de recherche ? Pourquoi ne pas favoriser les doubles cursus, pour permettre aux étudiants en médecine de passer des masters 2, voire des thèses dans d'autres disciplines ? Il faut trouver des mécanismes de compensation pour que ces étudiants puissent passer des ECN dans des conditions identiques aux autres candidats. Il faut également renforcer la recherche clinique, afin d'attirer davantage d'étudiants vers ce secteur. C'est ensuite le troisième cycle qui fait la véritable richesse de la formation médicale. Il s'agit en effet d'une formation professionnalisante, qui pèse très lourd dans la formation initiale.

Le problème des médecins réside dans leur diversité, ce qui pose d'autres problèmes, concernant notamment le lieu de formation, le type d'enseignants, etc. Devons-nous nous diriger vers l'hyperspécialisation ? Les besoins de transparence sont désormais accrus et davantage de lisibilité nous est imposée en matière de formation, tant par les politiques que par les malades.

La féminisation est très inégale et chaque discipline doit s'adapter à cette augmentation de la féminisation. Depuis quelques années, nous constatons en outre un regain d'intérêt pour le métier d'anesthésiste. Parmi les jeunes cardiologues, les femmes sont beaucoup plus nombreuses qu'auparavant, ce qu'il faut prendre en compte.

La pénurie de médecins dont il est question aujourd'hui est toute relative, puisque, si nous comptons 190 000 médecins, le Royaume-Uni en compte 130 000. Il faut donc prendre du recul par rapport à nos inquiétudes dans ce domaine, d'autant plus qu'aux alentours de 2025, les jeunes médecins rencontreront des difficultés pour s'installer et que la question de la régularisation des médecins étrangers se pose. La conjoncture démographique a constitué un important coup de butoir pour les facultés, car nous avons enregistré une hausse de 36 % d'internes entre 2007 et 2012. Cette augmentation se poursuivra d'ailleurs dans les années à venir. Dans certaines régions, nous connaissons des difficultés de complétude de la maquette de formation du DESC, faute de disposer de postes de post-internat.

Devons-nous maintenir la formation en CHU ? Devons-nous l'effectuer en CH ainsi que dans les cliniques du secteur libéral ? La loi HPST a répondu de façon positive à cette question. Pour terminer leur formation, les internes doivent avoir exercé des fonctions de plein exercice et les politiques ont indiqué qu'un assistant spécialiste n'avait pas vocation à exercer exclusivement en CHU. Les conditions de positionnement de ces internes et de ces assistants dans les secteurs hors-CHU ont même été précisées. Toutefois, le cahier des charges pour accueillir des internes et assistants en formation a été mis à jour, mais ce débat est également pollué par la question du coût de la formation, qui est encore taboue en France.

D'autres défis de la formation sont liés au contexte sociétal, notamment les champs nouveaux de formation : la sécurité, le management, l'éthique, le droit, l'économie, etc. Ces champs d'études manquent dans notre formation actuellement. La chirurgie présente par exemple des risques plus élevés que ceux de l'aéronautique et notre formation n'y est pas adaptée. Il faut ainsi plutôt parler de « performances » plutôt que de « compétences » pour un médecin.

La formation porte également des enjeux : une belle intervention peut ainsi périlcliter car aucun protocole ni aucune chaîne thérapeutique n'auront été prévus. De même, les internes ne savent bien souvent pas gérer de procédures dégradées.

Le rôle du patient a par ailleurs fortement impacté la médecine depuis dix ans, ainsi que les demandes des associations de malades, qui nous ont conduits à repenser l'ergonomie des services, l'accueil du service et les durées de prestations. Nous devons aussi apprendre à nos jeunes collègues qu'ils ne sont en charge que d'un élément de la sécurité des malades ; la sécurité personnelle, en marge de la sécurité réglementaire. Nos jeunes collègues doivent ainsi apprendre à travailler en équipes et se poser la question de la continuité d'action de la chaîne de laquelle ils ne constituent qu'un maillon. Certes, l'aléa thérapeutique existera toujours, mais il convient d'augmenter la systématisation des procédures et de veiller à ce que nos actions soient reproductibles par d'autres.

La formation actuelle présente un déficit majeur. Ce n'est ainsi que l'année dernière qu'une question a été ajoutée dans les items de l'ECM, relative à la sécurité du patient et au risque iatrogène. Le comité de pilotage de la DGOS a en effet alors proposé, dans le cadre du programme national de sécurité des patients, que la formation des médecins comporte davantage d'items relatifs à la gestion des risques ainsi qu'à la place de la sécurité et que cet enseignement soit intégré dès l'accueil des internes. Ces critères de

gestion des risques pourraient en outre être pris en compte lors des embauches de praticiens.

Ces thèmes d'éthique, de management, et de droit doivent donc constituer des enseignements transversaux des 50 spécialités médicales françaises. De nombreux modules sont possibles : des séminaires nationaux ou des modules clés en main, ou bien encore leur intégration aux enseignements spécifiques. Par exemple, l'annonce de la mauvaise nouvelle doit être intrinsèquement contenue dans les programmes de formation, car elle concerne de multiples spécialités.

La société nous impose d'autres questionnements sur notre pratique. En chirurgie, nous nous sommes demandé si un prérequis ne devait pas être envisagé pour pouvoir manipuler le malade. Pour certains internes, des apprentissages techniques de base doivent ainsi être prévus. « Je pense que les malades ont le droit d'exiger qu'on ne fasse pas sur eux ses premières armes » disait le chirurgien René Leriche lors d'un discours à l'Institut de France en 1946.

Etre enseignant, c'est radoter. Il vaut ainsi mieux répéter un enseignement quatre fois en un mois que quatre fois en une semaine. De plus, l'aide apportée par les simulateurs est excellente et permet de réduire la durée d'acquisition des techniques.

La simplification des filières nous sera imposée sous peu ; nous devons délivrer des formations qui correspondent aux besoins de santé publique. Il faut aussi que ces formations soient lisibles au plan européen et que les intitulés de nos formations se rapprochent le plus possible des intitulés européens. Est-il légitime de faire émerger des surspécialités, sous la forme d'un DESC en cardiologie ? Un DESC d'échographie cardiaque a été suggéré, auquel nous n'avons pas été favorables. L'échographie cardiaque correspond-elle en effet à un véritable métier ? Néanmoins, pour la rythmologie et la cardiologie interventionnelle, ces questions peuvent se poser.

Nous revenons en outre vers les enseignements transversaux. Madame Touraine a récemment souhaité que les intitulés des DES soient simplifiés et a proposé un DES commun à l'anesthésie/réanimation et aux urgences, avec des enseignements communs. Il nous a également été suggéré qu'il serait intéressant de mettre en place un DES commun à la cardiologie et à la médecine vasculaire, avec deux options différentes.

Par ailleurs, que faut-il faire de l'*evidence-based medicine* ? Il n'est en effet pas possible de faire entrer tous les malades dans des cases, même si les normes sont nécessaires. Ces dernières doivent toujours être discutées. C'est d'ailleurs là le rôle des médecins, qu'il faut apprendre aux étudiants. Il faut effectivement former un médecin qui raisonne bien, qui donne de bonnes indications thérapeutiques, qui connaît la littérature et qui a une bonne relation avec les patients.

Nos métiers sont en évolution permanente et notre formation doit donc s'adapter elle aussi de manière formalisée. Le redoutable problème du nombre d'internes à absorber se pose et se posera durant encore au moins quinze ou vingt ans. Nous devons également nous adapter aux impératifs de santé publique : les médecins sont formés pour exercer un métier lisible et demandé.

Les axes de travail de la CNIPI étaient les suivants : modifier le socle réglementaire, les statuts et les maquettes des DES et DESC, tout en prévoyant un financement. Ces derniers devaient toutefois correspondre à un métier et nous devons veiller à ce qu'à l'issue de l'obtention du diplôme, les étudiants aient été réellement mis en responsabilité et maîtrisaient l'hyperspécialisation.

En 2010, nous avons auditionné 51 disciplines et avons notamment proposé d'intégrer une période de stage au sein du DES permettant d'exercer pleinement la spécialité, car les politiques ne comprennent pas que les médecins ne soient pas complètement formés à l'issue du DES. Nous avons également demandé que la thèse de médecine soit différente de l'examen de fin de maquette de l'internat. Pour les chirurgiens et les disciplines

médicales lourdes, nous avons proposé de réduire la durée d'étude avant la mise en responsabilité et de maintenir cette mise en responsabilité à deux ans.

Les universités françaises estiment que notre processus de sélection des élites de formation n'est pas bon et devrait se rapprocher de celui des filières scientifiques, en pyramide. Bien que ces reproches n'aient pas toujours été fondés, nous avons proposé, en puisant dans le vivier des postes de chefs de cliniques, de faire une jonction de quatre ans, sous la forme d'un titre temporaire de professeur associé praticien hospitalier, avant de pouvoir accéder au statut de PU-PH.

En ce qui concerne le financement, si nous ne faisons rien, les internes supplémentaires nous coûteraient en 2017 370 millions d'euros supplémentaires, par un simple effet mécanique. Nous avons proposé de faire passer certains cursus de cinq à quatre ans, ce qui permet en effet de payer 70% de la réforme. Cependant, dans le domaine financier, la variabilité est grande selon les régions.

Pour conclure, la formation doit être :

- efficace (un DES doit correspondre à un métier) ;
- effective (il faut trouver 3 600 postes budgétaires) ;
- efficiente en termes de ressources ;
- acceptable, après les deux propositions de réformes précédentes ;
- légitime (les hommes politiques doivent intégrer cette réforme) ;
- équitable, il s'agit là de répartir inégalement des ressources inégales à des acteurs inégaux.

Débats

Salem KACET

Cette nouvelle organisation doit-elle entraîner une modification des premières années de médecine ? Il est effet prévu de regrouper les étudiants en médecine et infirmiers en première année. Avez-vous des informations sur ce point ?

François-René PRUVOT

Sur le plan de l'universitarisation des professions de santé et des perméabilités, nous n'avons pas beaucoup progressé. Cependant, les professions paramédicales s'universitarisent et demandent des enseignements labellisés universitaires que la plupart des facultés ne peuvent pas facilement donner.

En outre, si les étudiants en médecine étaient habitués à côtoyer des infirmiers sur les bancs de la faculté, ils intégreraient beaucoup mieux les notions de délégation et de partage des tâches.

Il me semble toutefois que cette réforme du premier cycle n'aurait pas de conséquence sur le troisième.

De la salle

Concernant le DES assistantat que vous avez évoqué, avez-vous calculé les possibilités d'accueil pour les différentes spécialités ?

François-René PRUVOT

Ce travail est très complexe. En fin d'année 2011 a émergé l'idée d'une deuxième mission IAS, pour analyser ce post-internat sous cette forme. Nous espérons que ce dossier commencera en janvier ou en février et devons enquêter pour connaître la quantité de terrains de stage disponibles au niveau de l'assistantat dans les différentes spécialités.

Jean-Claude DAUBERT

Actuellement, en cardiologie, nous disposons de 235 terrains de stage, surtout dans les services de cardiologie des hôpitaux généraux. Comme le *numerus clausus* de l'internat nous attribue 170 postes par an, le prolongement du DES par une année d'assistantat ne devrait pas poser de problème.

Je souhaiterais en outre que vous nous donniez des précisions concernant les surspécialités. La discipline demande la création de trois DESC : la rythmologie, la cardiologie interventionnelle de l'adulte et la cardiologie pédiatrique et congénitale. Si nous admettons que le quota corresponde à 60 ou 70 cardiologues par an, nous devrions pouvoir mettre cette réforme en œuvre pour un coût nul.

De la salle

La filiarisation trop précoce de la médecine me paraît dangereuse, car la surspécialisation peut entraîner divers problèmes.

François-René PRUVOT

J'en suis d'accord. Quoi qu'il en soit, le ministère de l'Enseignement supérieur ne souhaite pas un enseignement en tuyaux d'orgue, ni les employeurs, d'ailleurs.

Stéphane GARRIGUE

Nous constatons une différence notable de discours entre celui de Monsieur Vallancien et le vôtre. Des chantiers relatifs à la formation des médecins en droit, en marketing, en partage du travail, qui concernent 70 % des cardiologues, sont-ils déjà en discussion au sein du Ministère ?

François-René PRUVOT

J'ai évoqué tous les enseignements transversaux, que nous appelons désormais « sociétaux ». Lorsque ces enseignements ne sont pas intégrés aux enseignements, ils doivent y être injectés de manière urgente ; éthique, médico-réglementaire, management et gestion des risques doivent constituer des programmes lourds de toutes les maquettes de formation.

Je ne suis en outre pas entré dans le détail des maquettes de formation et il importe à chaque discipline de définir la sienne ainsi que ses conditions pratiques. Il faut aussi formaliser l'enseignement pratique et enrichir la formation clinique.

L'ère des procédures : de l'art à la rationalisation

Pour une diminution des coûts

Docteur Frédéric REY

Directeur Information Médicale du groupe Générale de Santé

Comme l'a dit il y a peu notre nouveau Directeur général, GDS doit absolument faire preuve de dynamisme. De son côté, Madame Touraine n'a pas annoncé d'importantes augmentations tarifaires, alors que nos confrères réclament toujours davantage.

Nous représentons deux milliards d'euros annuels de chiffre d'affaires et sommes encore très axés sur la chirurgie. Le séjour moyen est en très faible progression et, d'une façon générale, nos progressions d'activité sont relativement stables. 75 % de nos séjours sont de niveau 1, deux malades sur trois ne dorment plus à GDS et seuls 12 % de nos séjours correspondent à des prises en charge lourdes. Dès lors, nos hôpitaux sont souvent vides et nous ne pouvons plus nous satisfaire de notre modèle.

La concurrence s'accroît et nous avons perdu 2 % de parts de marché en 2011. Dans le même temps, nos tarifs sont stables, alors que nous trouvons notre équilibre à + 2,5 %. Il faut donc trouver des solutions.

Le groupe GDS a décidé de se médicaliser et d'intégrer des médecins à son top management. Il m'a également demandé de comprendre et de contrôler nos coûts au mieux. L'endoscopie digestive est la première activité du Groupe. Notre modèle est essentiellement basé, pour des raisons historiques, sur la chirurgie et l'orthopédie, et nous ne travaillons plus dans le domaine de la traumatologie. En effet, nos jeunes confrères ne souhaitent plus guère effectuer d'urgences traumatologiques. Nous nous sommes fixé un objectif de 60 % de chirurgie ambulatoire pour 2013, ce qui est très ambitieux. De plus, toutes nos structures de soins de suite étaient basées sur l'orthopédie, ce qui ne correspond plus à la réalité de la médecine.

Nos durées de séjour sont donc déjà plutôt courtes (de nombreux centres posent une prothèse de hanche de première intention réglée en seulement cinq jours) et nous sommes en surcapacité de 800 lits, ce qui est considérable. La progression de notre activité est quasi-nulle. Or nos achats médicaux progressent chaque année de 6 %, comme ceux de nos concurrents, d'ailleurs. Il m'a donc été demandé de rationaliser nos dépenses et je dois transmettre la notion d'impératif économique à nos confrères. Notre chiffre d'affaires progresse, mais pas suffisamment pour que nous soyons à l'équilibre. La durée moyenne du séjour plafonne quant à elle. Il faut donc que nous nous adaptions.

Certains de nos sites présentent des DMS de plus de dix jours pour des prothèses de hanche, ce qui n'est pas normal. En effet, notre rentabilité est corrélée au chiffre d'affaire généré par jour. La pose d'une prothèse totale de hanche coûte environ 3 000 euros. Avec une DMS de onze jours, le chiffre d'affaires généré est de 274 euros par jour, tandis qu'avec une DMS de 5,5 jours, il est de 549 euros par jour. Nous avons donc fixé au sein du Groupe des DMS de référence et avons indiqué aux médecins que, si ces objectifs étaient atteints, nous nous pencherions à nouveau sur la question des achats médicaux.

Il faut également que nous nous améliorions dans le domaine de la chirurgie ambulatoire. Nous avons ainsi proposé de véritables mesures incitatives pour traiter les

interventions sur la prostate en médecine ambulatoire. Toutefois, pour réaliser une résection d'adénome d'un certain volume, il faut accéder à certaines techniques, comme le laser, ce qui nécessite donc des investissements. Nous avons consenti à ces investissements, à condition que les résections d'adénome soient effectuées en ambulatoire. Nous venons ainsi de nouer six contrats avec des urologues du Groupe dans ce sens.

Concernant le traitement de la cataracte en ambulatoire, nous sommes également très en retard. Nous avons en effet l'habitude de faire venir le patient à la clinique la veille de l'intervention, pour lui faire quitter les lieux le lendemain. Nous devons donc faire évoluer les mentalités.

A présent, nous sommes en mesure de suivre par établissement et même par praticien les indicateurs de la médecine ambulatoire et les DMS. Dans les années 1970, nous n'envisagions même pas de mener des opérations sur les vésicules biliaires en ambulatoire. Au sein du Groupe, nous ne les traitons guère de cette façon jusqu'à il y a peu, mais, avec les mesures incitatives, nous avons grandement progressé dans ce domaine.

Nous avons en outre mis en place la médicalisation des achats. La Direction des achats n'intervient effectivement plus du tout dans la décision d'achat, ce qui a nécessité deux ans de discussions. GDS ne procède ainsi désormais à aucune dérogation ni à aucun référencement de mise à disposition ni d'innovation sans avis médical et le processus des achats est médicalisé en central. Après quatre mois de fonctionnement de ce nouveau processus, les délais de réponse sont de quinze jours, ce qui est satisfaisant.

Par ailleurs, les 325 000 références médicales du Groupe GDS sont-elles nécessaires pour continuer à soigner nos patients aussi bien qu'auparavant ? Un Comité d'évaluation médicale a été mis en place, ainsi que des experts internes et externes, et un comité du médicament et du dispositif médical se réunissant chaque semaine, dans le cadre de cette médicalisation des achats. Lorsque les médecins nous opposent leur liberté de prescription et leur indépendance professionnelle, nous répondons que nous sommes mortels d'un point de vue économique et jouons la carte de la transparence avec eux.

Nous traitons environ 63 000 cataractes par an. Pour cette intervention, le GHS est de 800 euros, ce qui est peu, et les durées de séjour sont comprises entre 0 et 2 nuits. Nous nous sommes penchés sur les prescriptions d'implants de base ; il s'est avéré que certains praticiens prescrivaient l'implant à plus de 160 euros et d'autres, à 130 euros. En ne prenant en compte qu'une variation de dix euros, nous avons calculé que nous pourrions économiser 700 000 euros sur ce poste. Une telle somme pourrait nous permettre d'investir dans des défibrillateurs triple chambre. Toutefois, pourquoi les ophtalmologistes consentiraient-ils à des efforts pour les rythmologues ? Pour les convaincre, nous avons décidé de mutualiser ces économies, puis de les redistribuer.

Nous procédons par ailleurs à environ 300 000 anesthésies chaque année et travaillons avec deux produits : Sevoflurane et Desflurane. Nous avons mené une enquête et tous les anesthésistes du Groupe nous ont répondu que ces deux produits étaient nécessaires. Nous avons donc autorisé les acheteurs à acheter ces deux produits. Toutefois, les anesthésistes utilisent-ils des concentrations identiques ? Le débit d'oxygène varie ainsi de 0,8 litre/minute, à 3 litres/minute selon les praticiens. Nous allons dès lors demander à nos confrères de réguler au plus bas leur consommation de gaz et investir dans le monitoring de la profondeur de l'anesthésie, afin de les sécuriser. L'achat de ce monitoring représente en effet une somme minime par rapport aux économies générées.

Nous implantons en outre 600 défibrillateurs automatiques chaque année, dont les GHS sont identiques pour les simples, doubles ou triples chambres. La valeur d'équilibre de cette opération se situe à environ 13 700 euros. Cet équilibre économique passe pour nous par la répartition des chambres. A fin septembre 2012, nous prescrivions 50 % de triples chambres, 33 % de doubles chambres et 16 % de chambres uniques. Si un établissement n'implantait que des défibrillateurs simples chambres, nous dégagerions

3 000 euros par opération. Les gestionnaires ont donc demandé que nous ne posions que des défibrillateurs simples chambres, mais nous sommes intervenus, en expliquant que la pose de défibrillateurs triples chambres se justifiait. Les gestionnaires se sont toutefois étonnés des différences de taux de recours aux défibrillateurs chambres simples. Nous rencontrons donc à présent nos confrères pour leur demander d'être attentifs sur ce sujet, ce qui n'est pas simple. Toutefois, il me semble que c'est surtout l'absence d'informations qui posait problème auparavant, nos prescripteurs ne connaissant bien souvent pas nos impératifs économiques, de même que nous ne connaissions pas suffisamment leurs impératifs médicaux.

Pour prendre un autre exemple, nous posons 14 000 renforts pariétaux chaque année. Nous nous sommes penchés sur les différences de prescription de nos confrères en ce qui concerne ces hernies linguales et notamment sur les renforts collagénés ou non, les premiers coûtant 140 euros de plus que les autres. Nous avons communiqué en direction des praticiens sur ce sujet et nous sommes rendu compte que, six mois plus tard, ils posaient deux fois moins de renforts collagénés.

Récemment, nous avons reçu une demande relative à une dénervation rénale par radiofréquence dans le cas d'hypertensions artérielles sévères et résistantes. Cet acte n'est pas encore clairement identifié par la CCAM. Pour l'identifier par effet d'assimilation, nous constatons deux possibilités de facturation pour cette intervention : 1 589 euros ou 1 885 euros. Toutefois, cette intervention coûte très cher, environ 4 000 euros. Il nous manque donc plus de 2 000 euros pour l'effectuer.

Notre équipe de rythmologues souhaite par ailleurs que nous investissions dans un robot. Un tel matériel coûte environ 1,3 million d'euros et nécessite des aménagements pour l'utiliser. Nous avons donc répondu qu'un tel investissement ne pouvait pas fonctionner pour un seul établissement chez GDS et avons demandé aux rythmologues de travailler ensemble. Ces derniers ont estimé que notre proposition présentait des difficultés opérationnelles, non seulement pour eux, mais également pour les malades. Toutefois, cette technique est intéressante pour ces derniers, qui pourront donc faire des efforts pour se déplacer et y avoir accès. Nous rencontrerons à nouveau nos rythmologues à la fin du mois de novembre pour revenir sur ce sujet et avons provisionné l'achat d'un robot pour le premier semestre 2013. Nous échangeons donc à présent en totale transparence avec nos médecins et parlons d'argent avec eux. Ces derniers préfèrent d'ailleurs cette situation.

La période centrée sur l'hospitalisation complète arrive à son terme et la nouvelle période sera axée sur des durées contraintes et la médecine ambulatoire. En 2015, nous serons ainsi dotés d'UCA, mais conserverons un noyau de 30 % d'hospitalisations complètes. En 2015, nous effectuerons 88 % de l'activité sans hébergement. Nous devons donc penser différemment et changer de modèle, car une grande partie de nos revenus était issue de recettes annexes, telles que le supplément pour chambre particulière. Les charges seront également optimisées, de même que les référencements de nos prestataires, en vue de pouvoir continuer à innover. La cardiologie est majeure pour nous aujourd'hui et, si nous souhaitons nous doter d'un deuxième robot en cardiologie en 2014, nous devons opérer cette mutation.

Débats

Stéphane GARRIGUE

Vos cardiologues et rythmologues reçoivent-ils des conseils en organisation ou s'improvisent-ils gestionnaires d'investissement ? En effet, l'organisation d'une activité en ambulatoire est très différente des hospitalisations conventionnelles.

Frédéric REY

Notre GDR s'implique beaucoup dans ce domaine, car tous nos cardiologues ne sont pas habitués à la gestion des risques. Nous traitons donc ensemble ces questions

d'organisation, nous rencontrons les équipes et discutons avec elles de ces sujets. Nous apprenons et progressons ensemble.

Philippe MABO

Vous adaptez votre système économique à des règles de fonctionnement, qui sont peut-être mauvaises. Comment construire de façon durable des stratégies qui doivent dégager des bénéfices, dans le public comme dans le privé, si nous ne payons pas au juste prix une activité dont la modalité de mise en œuvre aura été définie ?

Frédéric REY

Lorsque des politiques décident de baisser un tarif de 22 %, que faire ? En France, nous n'avons pas été capables d'adapter la T2A à nos coûts, publics ou privés. En effet, nos tarifs n'ont pas été construits en fonction d'une échelle nationale des coûts. Nos grands décideurs connaissent mal le secteur de la santé, ce qui nous contraint à travailler de cette façon, au jugé. Je suis pour ma part admiratif de l'adaptation du secteur public à cette situation.

Olivier PIOT

Un mode de fonctionnement archaïque subsiste entre les structures d'établissement et les praticiens, qui s'arquent sur leurs contrats. Il s'agit là en effet selon moi d'un problème de structuration.

Frédéric REY

Nous sommes sollicités sur la question de la rétrocession d'honoraires, à laquelle je m'oppose totalement. Le COMEX du Groupe a également décidé de ne pas modifier la rétrocession d'honoraires. Il faut cependant prendre des décisions ensemble, selon un mode de fonctionnement démocratique, en faisant des concessions, ce qui ne fonctionne pas si mal, même si cela prend du temps.

Stéphane GARRIGUE

Lorsqu'un patient bénéficie d'un défibrillateur, le dispositif coûte en moyenne 13 700 euros. A partir de quel seuil ce coût est-il si bas que vous deviez faire un choix sur les marques de défibrillateurs ?

Frédéric REY

Chez GDS, nous imposons des fournisseurs pour le médicament ou certains dispositifs consommables à grande échelle, mais jamais pour la cardiologie interventionnelle. Actuellement, nous sommes à l'équilibre en ce qui concerne nos défibrillateurs, mais nous compensons sur les stimulateurs. Pour l'instant, toute marque accessible est référencée parmi les indications de défibrillateurs et tout type de défibrillateurs est prescrit.

Serge CAZEAU

Vous êtes en train de passer d'une logique de rentabilité ligne par ligne à une logique de rentabilité d'activité globale, ce qui sous-entend que l'établissement GDS pourrait investir dans certains domaines médicaux et en négliger d'autres, ce qui pourrait poser des problèmes.

Frédéric REY

Dans cinq ans, GDS ne travaillera pas dans les mêmes domaines qu'à présent. Nous souhaitons aujourd'hui mettre en vente certains de nos établissements qui sont isolés, dont la taille est moyenne (100-150 lits) ou dans lesquels nous ne pouvons pas entrer en réseau interne. De même, nous ne cherchons pas à nous doter d'établissements d'une

taille dépassant les 300 lits, pour ne pas écorner notre rentabilité. Néanmoins, nous ne proposerons pas toutes les activités médicales dans ces établissements. Par exemple, dans des maternités d'une capacité de 800 accouchements, nous ne pouvons pas réunir les meilleurs obstétriciens, pédiatres, ni anesthésistes. Il faut donc faire des choix. Nous ne croyons par exemple plus trop en l'avenir de la chirurgie, notamment en l'avenir de l'appendicectomie de confort. Le modèle de la clinique qui fait tout très bien est révolu.

Salem KACET

Je suis étonné que vous indiquiez que la chirurgie ne constitue pas un domaine d'avenir. En effet, c'est la chirurgie qui porte la rentabilité des CHU aujourd'hui. La tarification à l'activité n'en est pas une en réalité, mais correspond en fait à un budget global réparti en fonction de l'activité. Les prestations ne sont pas payées à leur juste prix. Aujourd'hui, les tarifs de la chirurgie n'ont pas été dégradés et permettent de faire vivre les CHU.

Frédéric REY

Effectivement, 50 % des actes de la GDS correspondent à des actes invasifs et chirurgicaux, notamment dans le domaine cardiovasculaire. Cependant, cette tendance sera amenée à baisser. Par exemple, au sein du Groupe, les interventions sur des varices diminuent chaque mois. Il me semble donc que nous avons trop délaissé la partie médicale et que nous devons nous y intéresser à nouveau, même si la chirurgie a bien sûr encore de l'avenir.

Salem KACET

Comment allez-vous gérer la partie ambulatoire ? Le ministère annonce la transformation de 40 000 lits d'hospitalisation traditionnelle en médecine ambulatoire, ce qui pose en premier lieu des questions de sécurité, puis des questions concernant la tarification. Le ministère met en place des tarifs incitatifs pour que nous nous dirigions vers l'ambulatoire, ce qui est positif. Or certaines pratiques réalisées en ambulatoire ne sont pas rentables et il est donc difficile de les privilégier.

Frédéric REY

Je ne suis pas certain que, sur l'ensemble de la prise en charge ambulatoire de GDS, nous soyons à l'équilibre. En effet, dans nos structures de prise en charge du patient, qui constituent une véritable révolution, les flux ne sont pas encore suffisamment bien dimensionnés ni organisés. Nous devons ainsi changer nos organisations, nos plannings de lits, nos suivis de temps opératoires, etc.

Serge CAZEAU

Cette évolution vers l'ambulatoire ne vous amènera-t-elle pas à licencier du personnel en salle d'hospitalisation ?

Frédéric REY

Nous, établissements, allons percevoir 1 800 euros pour opérer une prostate en ambulatoire, ce qui amènera les praticiens à faire des efforts d'organisation et de gestion des risques, alors qu'ils ne percevront pas davantage.

Concernant la gestion RH, le Groupe GDS ne compte pas de personnel inactif. De plus, nous avons besoin de davantage de personnel en ambulatoire qu'en hospitalisation temps plein.

De la salle

Vous adaptez votre activité au contexte en général, mais ne courrons-nous pas le risque à terme de sélectionner un certain type de patients ?

Frédéric REY

GDS sélectionne effectivement ses patients dans certaines zones, notamment en ayant établi certains niveaux de dépassements d'honoraires. Toutefois, la plus forte densité d'hospitalisations privées de GDS se situe dans le 93 et, à l'échelon d'un pôle, nous nous interdisons la moindre sélection. Sur certaines activités, nous perdons de l'argent, mais, sur d'autres, nous en gagnons.

De la salle

Si vous abandonniez ces activités qui perdent de l'argent, vous gagneriez encore plus d'argent.

Frédéric REY

Effectivement, mais notre Directeur Général est attaché à ne pas abandonner ces activités. Nous avons ainsi par exemple investi 60 millions d'euros en Seine-Saint-Denis.



Ethique et rationalisation

Professeur Christian THUILLIEZ

Pharmacologue spécialisé dans le domaine cardiovasculaire, Doyen de la faculté de médecine et de pharmacie de Rouen

Bonjour à toutes et à tous.

Le titre de cette journée, *Comment faire plus avec moins ?*, constitue un sujet brûlant d'actualité. Nous n'avons jamais autant consacré d'argent à la santé qu'à présent et il n'y a jamais eu autant de médecins qu'à présent. Il y a donc un problème, qui touche à la gestion des organismes de santé et au soin d'une façon générale. Je mêlerai privé et public dans mon exposé, car ces secteurs connaissent des problèmes identiques selon moi. Nous devons fournir des efforts dans un contexte où, en France, les progrès de la médecine continuent et où la médecine est toujours au premier plan mondial.

Lorsque nous posons cette question *Comment faire plus avec moins ?*, nous devons prendre garde à conserver en tête la notion d'éthique. Nous devons ainsi délivrer les meilleurs soins au plus grand nombre de patients, sans aucune discrimination et la rationalisation ne doit pas s'apparenter à du rationnement. Notre médecine doit être la plus efficiente possible et doit être optimisée en hommes et en matériel, ce qui nous oblige à nous restructurer et à réfléchir de façon permanente à la façon d'améliorer le système. Nous devons donc nous adapter en permanence aux progrès des connaissances, de l'innovation technologique, mais aussi aux progrès dans le domaine de la prise en charge des patients et de la structuration de notre système de soins.

Le nombre de médecins exerçant la médecine n'a jamais été élevé et a augmenté d'environ 5 % au cours des cinq dernières années. Il faut également se demander où et comment ces médecins exercent. Le Conseil de l'Ordre des médecins a fourni d'importants efforts pour identifier le mode d'exercice des médecins, qui a considérablement évolué. Les spécialités choisies par nos étudiants ne sont en effet plus les mêmes qu'auparavant, notamment du fait de leur féminisation. La durée de la vie professionnelle diminue en outre et 30 % des femmes médecins arrêtent de travailler ou exercent à temps partiel au bout de douze ans, ce qu'il faut prendre en compte pour réguler la démographie médicale.

Le nombre de médecins formés a beaucoup augmenté, puisque, de 2000 à 2012, le *numerus clausus* est passé de 3 850 à 8 000, ce qui représente un effort colossal sur le plan de la formation. Dans quelles spécialités ces étudiants supplémentaires seront-ils formés ? Où leur installation sera-t-elle facilitée ? Depuis trois ans, nous organisons l'offre par filière, en fonction des besoins des différentes régions, ce qui constitue un important progrès. Compte tenu de cette augmentation du *numerus clausus*, le nombre de médecins formés dans chaque filière a augmenté. Très peu de médecins exercent en gynécologie médicale, alors que nous en avons pourtant besoin, mais d'autres médecins, des généralistes et des gynécologues obstétriciens traitent ces patientes. Il n'est donc pas possible de réduire la gynécologie médicale aux spécialistes en gynécologie médicale. Pour l'oncologie, l'incidence du cancer augmentant, les besoins augmentent eux aussi. Il reste que l'urologue, le pneumologue et le gastroentérologue traitent également le cancer. Certaines spécialités sous-estiment en outre leurs besoins, qui sont en pleine expansion, comme la neurologie ou l'ophtalmologie. Les ophtalmologistes titulaires d'un DES partent massivement à la retraite et, à présent, tous les ophtalmologistes doivent passer par une filière de formation différente de la précédente. Même si les autorités souhaitent augmenter le nombre d'ophtalmologistes formés, les terrains de stage ne sont pas suffisants, car ces stages doivent s'exercer dans les structures capables de former à une ophtalmologie médicale ainsi qu'à une ophtalmologie chirurgicale. Néanmoins, tous les ophtalmologistes ne seront pas amenés à opérer et nous pourrions distinguer une ophtalmologie médicalisée d'une ophtalmologie chirurgicale. Enfin, nous constatons des déséquilibres

entre privé et public dans certaines spécialités, notamment pour la radiologie ou l'anesthésie-réanimation, avec une fuite importante vers le privé.

Une réflexion a porté sur la suppression du *numerus clausus* en France au plus niveau de l'Etat, ce qui a d'ailleurs été le cas dans d'autres pays. Si le *numerus clausus* était supprimé, des mécanismes spontanés de régulation se mettraient en place, en fonction de la patientèle et donc des revenus des patients. Un conventionnement sélectif est également possible, en fonction de l'endroit où les médecins s'installent. Si nous abandonnons le *numerus clausus* pour des mesures de ce type, nous courons toutefois à la catastrophe en termes de soins. Le nombre de terrains de stages a constitué un autre prétexte pour réguler le nombre de médecins. Il pourrait être intéressant d'augmenter le nombre de terrains de stages, notamment en travaillant avec d'importants établissements privés, à condition de respecter la responsabilité du public en matière de formation et en cas de besoin de formations dans certaines spécialités. Le responsable de la spécialité dans un établissement privé pourra accueillir des étudiants, mais ces stages seront placés sous l'autorité du responsable régional de la spécialité. Nous avons avancé dans ce domaine et il faut favoriser cette évolution, en prenant beaucoup de précautions et sans heurter le public.

Le problème de la répartition des médecins sur le territoire se pose également. La filiarisation permet de former des spécialistes selon les régions et en fonction des besoins. Des terrains de stages sont nécessaires pour former les spécialités, mais il n'est pas certain que les internes s'installent dans la région dans laquelle ils ont été formés. Certaines régions et certains territoires sont sous dotés en matière de médecins et il faut donc bien évaluer la répartition des besoins. Il reste que, pour que les médecins s'installent sur place, un post-internat est nécessaire. Ce dernier était assuré par le clinicat et, depuis trois ans, des postes d'assistants spécialistes offrent une porte de sortie intéressante. Ces postes sont déterminés par les responsables régionaux, puis affectés par le ministère. Il s'agit là d'un progrès considérable, qui permet à davantage d'internes de terminer leur spécialité sur place et qui améliore le maillage territorial. Lorsque ces internes sont formés au sein d'une région, ils nouent en effet des liens avec les différents spécialistes de la région et seront tentés d'y rester. Cette initiative a été couronnée de succès, car ces internes restent dans la région pour 80 % d'entre eux.

Les contrats d'engagement de service public constituent d'autres moyens de fidéliser les étudiants dans les régions. Il s'agit de bourses données à des étudiants qui s'engageront à exercer dans la région qui leur a offert cette bourse, dont le montant est de 1 200 euros par mois. 319 contrats d'engagement de service public sont en cours dans toutes les spécialités en ce moment et les étudiants en semblent satisfaits. Pour stabiliser les effectifs dans une région, il est également important de favoriser les stages dans le domaine libéral durant l'internat, voire durant l'externat. Enfin, pour ce qui concerne la valorisation de la médecine générale, nous devons faire en sorte que les étudiants effectuent des stages en médecine générale, simplement pour qu'ils la connaissent. Il y a quelques années, cette médecine générale était en effet moins pourvue en internes que les autres spécialités. Nous ne résoudrons pas ce problème avec une seule mesure et seul un ensemble de mesures permettra de former le nombre d'étudiants nécessaires dans les différentes spécialités et de faire en sorte qu'ils exercent dans les régions les plus démunies. Il ne faut donc pas raisonner de façon globale en santé publique.

Le schéma de la médecine classique, avec le patient qui se rend dans le cabinet de son médecin généraliste, est révolu. Les visites sont de plus en plus rares et les maisons de santé pluridisciplinaires constituent un concept intéressant, car elles permettent aux médecins et aux professions paramédicales d'exercer ensemble, selon un modèle coordonné. Ces maisons permettront ainsi de diminuer l'isolement et d'aménager l'emploi du temps des médecins si ces derniers le souhaitent. Cette organisation résout donc un certain nombre de problèmes, d'autant plus qu'elle est favorisée par différentes aides. 80 % de ces maisons de santé pluridisciplinaires s'installent dans des zones rurales ou sous dotées en médecins, ce qui est considérable. 250 de ces maisons de santé

pluridisciplinaires fonctionnent actuellement et les objectifs fixés pour début 2013 sont déjà largement atteints. Ces maisons augmentent d'environ 30 % chaque année.

Un autre mode d'exercice a été très valorisé au cours des années précédentes : le mode d'exercice en réseau de santé, qui existe depuis 2002. Ces réseaux de santé sont plus de 730 aujourd'hui. Ils ont pour avantage de faciliter l'accès des patients aux soins et d'organiser la continuité des soins ainsi que l'interdisciplinarité. Ils permettent également de réaliser des économies considérables. Néanmoins, nous rencontrons des difficultés pour évaluer l'efficacité de ce dispositif, qui n'est pas suffisamment valorisé, avec des indicateurs fiables.

Depuis la promulgation de la loi HPST, la coopération interprofessionnelle est valorisée et suppose une réorganisation de la prise en charge des patients. Cette coopération doit être validée par la HAS et devrait monter en charge progressivement. Ces réseaux et coopérations ont pour objectif de mieux prendre en charge les patients et sont particulièrement adaptés à des pathologies chroniques, qui font appel à plusieurs spécialités ou à des spécialités telles que l'ophtalmologie.

Il est en outre à présent question d'universitariser les professions paramédicales, ce qui nécessitera du temps cependant. La France est d'ailleurs en retard concernant cette universitarisation. Si ces professions sont valorisées de cette façon, il faut que leur métier évolue, notamment dans le domaine de la délégation. Il est clair que des professionnels paramédicaux pourraient effectuer des gestes qui aideraient les médecins et les patients, comme les échographies, des endoscopies ou des biopsies. Les médecins sont cependant un peu frileux sur ce sujet. Il faut également réfléchir à la rémunération de ces personnels paramédicaux.

Nous devons par ailleurs définir de bonnes pratiques professionnelles, ainsi que des référentiels métiers. Certaines spécialités sont en avance, mais, globalement, nous sommes en retard en France dans ce domaine. Or nous ne pouvons pas former de jeunes internes sans référentiel précis ni correspondance de référentiels pédagogiques à des référentiels métiers. Les sociétés savantes et les collèges de spécialistes sont une aide à la constitution de ces référentiels et, pour ce qui concerne le mode d'exercice, la HAS a ensuite son rôle à jouer. Elle doit ainsi évaluer précisément l'innovation et l'organisation des filières de soins, ce qui permettra de rationaliser les dépenses de santé. Cette réflexion nécessite beaucoup de temps, heurte la liberté de prescription ; toute une culture est mise à mal avec ce type de raisonnements. Néanmoins, ces bonnes pratiques sont indispensables pour le patient et la société aux plans éthique et économique.

La non qualité a un coût énorme. 4 % des hospitalisations sont dues à des effets indésirables graves et 10 % des patients hospitalisés présentent un effet indésirable. Les prolongations d'hospitalisation et les hospitalisations pourraient être évitées pour la moitié d'entre elles. Le médicament est responsable de 40 % des effets indésirables graves. La moitié des infections nosocomiales est évitable et ces infections représentent 7 % des hospitalisations, ce qui est grave et coûteux. La non qualité est liée également à des défauts de prise en charge, à des prescriptions inappropriées, certaines hospitalisations ne sont pas nécessaires, tant pour la prise en charge que pour la conduite des traitements. Les effets indésirables graves engendrés par le médicament représentent un coût d'environ 2 milliards d'euros et les hospitalisations dues à des infections nosocomiales, entre 23 et 200 millions d'euros, même si nous avons accompli d'importants progrès dans ce domaine au cours des cinq dernières années. Les études doivent donc être plus fines pour évaluer ces effets indésirables et leur coût. Les OMEDITS, qui couvrent le médicament et le dispositif médical, ont de leur côté un rôle à jouer pour le bon usage du médicament.

Le ministère de la Santé a récemment lancé un programme ayant trait à la sécurité des patients. Ce programme prévoit ainsi que les patients participent à leur prise en charge, ce qui est intéressant. Concernant la déclaration d'effets indésirables graves, nous devons nous améliorer, tout en distinguant les effets indésirables graves médicamenteux et non médicamenteux, ainsi que les effets indésirables graves et non graves, ce qui est

complexe, d'autant que toutes les instances souhaitent s'emparer de ce sujet, au niveau local comme national. Il faut en effet prendre garde à ne pas court-circuiter les acteurs locaux, tout en veillant à ce que les pouvoirs publics soient informés au mieux de ces différentes situations.

Dès le deuxième cycle, il convient par ailleurs d'inculquer une culture de sécurité aux étudiants, ce qui vient s'ajouter à des programmes de formation déjà très lourds.

Chaque établissement ne peut plus disposer de son propre appareil très sophistiqué et les plateaux techniques doivent être mutualisés, même pour les grands centres. Les schémas régionaux d'organisation sanitaire participent à cette organisation, des coopérations sont en outre effectuées entre établissements. L'offre de soins bénéficiera de cette mutualisation, du côté des spécialistes comme de celui des patients. Globalement, avec un appareillage plus sophistiqué et mieux adapté, nous pourrions en effet diminuer les durées de séjour.

La télémédecine fait également partie des innovations, mais il faut la maîtriser et la rémunérer. Elle est ainsi très intéressante pour des régions sous dotées en médecins et permet sur ces territoires d'éviter les hospitalisations et les transferts de patients. La télé-imagerie existe quant à elle depuis des années et permet d'éviter d'inutiles transferts en hélicoptère. Cependant, les acteurs opposent des résistances à ces technologies et, une fois que ces outils seront mis en place, les problèmes de la tarification et de la responsabilité se poseront.

L'innovation et la recherche sont indispensables à la médecine. En France, nous constatons beaucoup d'appels d'offres de recherche clinique, qui se chiffrent en millions d'euros. La HAS est trop lente néanmoins pour tout ce qui concerne les innovations, même si ces dernières commencent à être facilitées dans les CHU, dont les directeurs sont de plus en plus sensibles à la recherche. Il convient toutefois que les acteurs tirent des bénéfices de cette innovation.

Pour conclure, il est clair que nous sommes face à des problèmes majeurs, notamment d'argent et d'organisation. Ces problèmes évoluent néanmoins dans le bon sens. Les hôpitaux en déficit sont en effet désormais très peu nombreux. Un cercle vertueux se met donc en place, dans un souci de réorganisation de notre système de soins et de la formation, mieux adaptée aux besoins désormais. Je suis donc optimiste.

Débats

Etienne ALIOT

La définition d'un budget pour prévoir des postes d'assistants ne résoudra pas totalement le problème des zones désertiques, car la plupart des hôpitaux généraux manquent de praticiens hospitaliers. Ce sont en effet parfois les bras qui manquent dans certaines zones et structures, et non les budgets.

Christian THUILLIEZ

Il faut différencier ces postes d'assistants spécialistes des postes vacants. L'interne affecté à un poste d'assistant spécialiste dépend encore du responsable de la spécialité et du CHU. C'est pour cette raison que ces postes accentuent le maillage. Les internes vont travailler avec le CHG et nous pouvons penser qu'après l'assistantat, ils occuperont un poste libre. Pour la première fois, nous avons constaté l'année dernière que les installations étaient supérieures aux départs dans les zones sous dotées en médecins, ce qui est considérable. Il ne faut donc pas être catastrophiste, mais vigilant sur ces zones qui se dépeuplent.

Salem KACET

Je partage totalement votre exposé, mais il me semble que la politique de santé française ne suit pas.

Vous avez évoqué le rôle du CHU en matière de formation, de coordination, mais un problème majeur subsiste. Le T2A correspond en effet à présent au seul mode de financement.

En outre, il n'est pas possible aujourd'hui de travailler dans le domaine de la pathologie lourde dans un CHU sans travailler également dans le domaine de la pathologie moins lourde. Il faut ainsi que les modes de financement soient mis en adéquation.

Je suis ensuite d'accord avec vous : il faut regrouper les plateaux techniques. Toutefois, l'effet inverse s'est produit dans le domaine de la rythmologie et, à présent, chaque village dispose de son centre de rythmologie lourde, ce qui va à l'encontre de ce que nous devons faire en termes de plateaux techniques.

La télé-cardiologie existe enfin depuis dix ans et nous sommes en train de nous battre pour la faire connaître dans le domaine de la télésurveillance des pacemakers et des défibrillateurs, ce que nous ne parvenons pas cependant.

Comment faire pour sortir de des situations ?

Christian THUILLIEZ

Il est positif dans un premier temps de sérier et de formuler les problèmes. Tout le monde sait que la T2A est imparfaite. Elle est ainsi en train d'être revue.

Pour les plateaux techniques, les responsabilités sont variables. L'ARS a une part de responsabilité dans ce domaine et la situation que vous décrivez n'est pas du tout satisfaisante.

Concernant la télémédecine, il faut insister.

Olivier PIOT

Vous avez indiqué qu'en France, la concertation était à l'ordre du jour. En Angleterre, une autre approche a été choisie. Récemment, le financement d'une innovation a été refusé outre-manche. Il s'agissait du traitement d'une chimiothérapie, refusé au prétexte qu'il n'y avait pas de raison que la société prenne en charge une chimiothérapie dont les bénéfices n'étaient pas vraiment prouvés. Cette décision a provoqué un tollé en France. Je préfère pour ma part un rationnement officiel, comme c'est le cas en Angleterre, à un rationnement pernicieux, qui ne dit pas son nom, comme en France.

Christian THUILLIEZ

Le domaine du médicament est plus simple, car un médicament doit être évalué. Il ne me semble pas de plus que nous soyons rationnés en France dans le domaine du médicament, tout comme nous ne le sommes pas non plus dans le domaine de l'accès aux soins, d'ailleurs. En Angleterre, il y a quelques années, le coronarien fumeur n'était pas opéré, ce qui est impensable en France.

Olivier PIOT

Pourquoi est-ce impensable ?

Christian THUILLIEZ

Il s'agit d'une question de culture.

Stéphane GARRIGUE

J'ai beaucoup apprécié votre exposé, mais ne partage pas votre optimisme, sur deux points. Notre profession se féminise, mais, en général, d'après nos traditions, il est plus facile pour un homme de s'installer dans une région dépeuplée que pour une femme.

Les internes sont par ailleurs formés en cardiologie dans des services de CHU très performants, ce qui est très positif. Il est toutefois difficile de leur demander ensuite de s'installer dans de zones rurales. En Pologne, des services de consultation mobile très efficaces ont été mis en place et peut-être pourrions prendre exemple sur ce pays dans ce domaine.

Enfin, concernant les effets indésirables, je suis d'accord avec vous. Toutefois, les laboratoires ayant développé leurs ventes de médicaments selon l'evidence-based medicine, ces effets indésirables sont parfois difficiles à éviter. Il faut donc qu'une commission soit mise en place pour limiter le nombre de prescriptions médicamenteuses.

Christian THUILLIEZ

Nous constatons des tentatives pour améliorer l'éducation thérapeutique et, globalement, la morbi-mortalité cardiovasculaire a diminué. Nous traitons donc mieux les patients, même si nous pourrions faire encore mieux, ce qui repose en partie sur une diminution des effets indésirables.

Stéphane GARRIGUE

Il faut donc changer notre prescription.

Christian THUILLIEZ

Oui. Il faut changer de principes de prescription et ne pas envisager uniquement l'efficacité thérapeutique, mais prendre aussi en compte les effets indésirables. Je suis par ailleurs très favorable au développement de la télé-médecine en cardiologie. Or nous butons sur un problème de rétribution dans ce domaine.



Conférence : coopération entre professionnels de santé – Pratiques avancées – Nouveaux métiers : quels liens ?

Laurent HENART

Secrétaire général de l'UDI, corédacteur du rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire

Dans le rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire que j'ai co-rédigé, nous souhaitons améliorer le service de soins en nous positionnant hors des contraintes financières et en imaginant un système fonctionnant à budget constant.

Je souhaiterais tout d'abord vous entretenir des finances publiques en France et en Europe. Durant dix ans, en tant que député, j'ai siégé à la Commission des Finances de l'Assemblée nationale, où j'ai travaillé notamment sur les questions d'Enseignement supérieur, de Recherche et de Formation.

L'économiste Wagner a évoqué au 19^{ème} siècle « la loi de croissance des dépenses publiques ». Il s'était ainsi aperçu que les dépenses publiques augmentaient plus vite que la richesse nationale et que ces dépenses publiques allaient donc occuper de plus en plus de place. Cette loi s'est constatée. Au début du 19^{ème} siècle, le budget de l'Etat représentait environ 10 % de la richesse nationale, contre 20 % au tout début du 20^{ème} siècle, puis 30 % au moment de la Seconde Guerre mondiale. A présent, dans l'OCDE, les dépenses et recettes publiques représentent 40 % à 45 % de la richesse nationale. La France fait partie des pays qui présentent le niveau le plus élevé dans le domaine des prélèvements obligatoires, des dépenses publiques et du déficit public constaté.

Le déficit n'est pas un mal nouveau ; régulièrement, les états ont été en déficit, même sous l'Ancien-Régime, époque à laquelle la recette fiscale représentait 10 à 15 % des recettes publiques. Cependant, à cette époque, les revenus dits « du domaine » étaient nombreux. Au 19^{ème} siècle et dans la première moitié du 20^{ème} siècle, le budget français présentait un déficit deux années sur trois. Depuis 1946, il a été exécuté en excédent durant quatre années seulement, de 1971 à 1974, et il était en déficit le reste du temps. L'emprunt s'est donc accumulé pour atteindre les niveaux d'aujourd'hui. Les marges de manœuvre et la capacité à reprendre des politiques publiques – quel que soit le domaine – dépend des marges que nous saurons créer. Les charges de la dette représentaient le sixième ou septième poste du budget de l'Etat français il y a trente ans, contre le second poste aujourd'hui, juste derrière le budget de l'Education nationale. La baisse de la dette induit donc un effet cumulé positif : outre les intérêts, les taux baissent également. Certains états utilisent d'ailleurs ces marges de manœuvre ; l'Allemagne a ainsi baissé son déficit structurel lors des précédentes périodes de croissance et ce déficit est à présent quasiment nul. Voici presque deux ans, l'Italie a de son côté pris des mesures dures en matière de pensions, de traitement des fonctionnaires, de politique d'intervention sociale. Elle applique ainsi un plan de réduction des dépenses et de retour à l'équilibre et allège sa dette. L'Italie renégocie tous ses emprunts. Sur la seule gestion de sa dette et sur une stratégie financière révisée, elle trouve des marges pour réduire son déficit.

L'accroissement de la part des dépenses et des recettes publiques dans la richesse nationale correspond donc à un phénomène général. Tous les Etats ont en outre vécu à crédit, Japon et Etats-Unis compris. Contrairement à ces derniers, l'Europe ne dispose pas d'une monnaie faisant figure d'arme politique, ni, contrairement au Japon, d'une population qui épargne en achetant de l'emprunt national. C'est d'ailleurs pour cette raison que le niveau d'impôts japonais est assez bas. Les Etats-Unis créent quant à eux de la monnaie en gonflant au besoin leur compte de la Banque centrale. Cet état s'appuie sur un autre avantage, la monnaie de référence des matières premières. Il s'emploie à ce que le dollar soit le plus volatile possible et adossé à l'objet le plus matériel qui soit : les matières premières, dont nous avons tous besoin. La Chine adoptera selon moi le même modèle que le Japon lorsque son économie sera moins libérale. Le système asiatique repose ainsi sur l'épargne nationale, les habitants ayant l'habitude de prêter à l'Etat, ce qui diffère du réflexe européen. Nous sommes donc dans une situation très particulière par rapport aux autres grandes économies développées. De mon point de vue néanmoins, la position européenne, qui consiste à reprendre la maîtrise du déficit et à désendetter le continent constitue la bonne solution, car elle présente d'énormes marges de manœuvre. Si nous parvenons à abaisser la dette à 45 milliards d'euros en effet, le taux d'intérêt baissera de 5 à 6 dixièmes de point, soit six milliards d'euros par an. L'Europe n'a toutefois pas mis en œuvre de stratégie financière pour ses finances publiques, ce qui est cependant en train de changer avec le mécanisme européen de stabilité. Il y a donc matière à espérer.

Le rapport que j'évoquais au début de mon intervention a été co-rédigé par le professeur Berland, Président d'Université et Madame Cadet, infirmière de profession et Coordinatrice générale des soins à l'AP-HP. Xavier Bertrand nous a ainsi demandé de faire des propositions pour les professions intermédiaires. Nous avons donc analysé le contexte européen et français : un contexte de double pression démographique, avec une population ayant des besoins de santé galopants, du fait de son accroissement et de son vieillissement. Les besoins de santé en France sont durables et, étant donnée sa démographie positive, même si l'espérance de vie venait à marquer le pas, son besoin de santé global resterait à la hausse. De plus, malgré le nombre record de médecins en France, ces derniers sont de moins en moins nombreux à exercer effectivement. J'ai pour ma part été marqué par la rapide féminisation des promotions de médecins, les promotions d'internes comptant à présent presque 75 % de femmes. Ces jeunes médecins accordent également davantage de place à la vie personnelle que leurs aînés. Notre société doit ainsi peut-être passer par cette étape, les jeunes actifs souhaitant un autre équilibre entre obligations professionnelles et vie personnelle. Il reste que les professionnels de santé présentent une démographie inquiétante. Dans certains territoires, nous manquons de personnel médical disponible et rencontrons des difficultés pour offrir un service de qualité.

Globalement, les métiers socles des professions médicales nécessitent trois ans de formation initiale, contre neuf à douze ans pour les médecins. Notre pays ne compte pas de professions intermédiaires, ce qui constitue une véritable différence par rapport aux autres pays européens.

Dans le cadre de ce rapport, nous avons en outre identifié 170 organisations de médecins et de paramédicaux, avec des syndicats, des ordres, des sociétés savantes, des associations de praticiens. Les chirurgiens nous ont notamment indiqué qu'il pouvait être compliqué d'exercer leur métier dans les villes comptant des plateformes hospitalières modestes. Les oncologues nous ont également fait cette remarque et ils ont indiqué qu'il arrivait que les paramédicaux effectuent des actes normalement réservés aux médecins. Les médecins s'occupant des affections de longue durée nous ont d'ailleurs fait la même remarque. Nous pourrions donc imaginer un système plus souple, recourant moins souvent au médecin.

Deux demandes m'avaient en outre beaucoup surpris. La première émanait des médecins confrontés à une importante charge technologique, qui souhaitaient être assistés d'opérateurs techniques, dont le rôle devait être clairement défini. Nous avons également constaté un clivage entre les généralistes exerçant dans des zones qu'ils choisissent et ne souhaitant pas déléguer leurs tâches et ceux qui travaillent dans les zones rurales et les

ZUS, qui ont fait part du souhait de travailler en équipes et de déléguer leurs tâches. Nous avons donc souhaité répondre à leurs préoccupations.

Les évolutions des institutions, des formations et des politiques de santé publiques percutent complètement le champ des métiers de santé. L'article 51 de la loi HPST permet les délégations de tâches, dans un cadre défini par un protocole et avec l'autorisation de la HAS. Cet article permet également des délégations à l'échelle nationale, sans que cela relève selon moi de la volonté du législateur.

Pour définir les métiers intermédiaires, nous nous sommes basés sur les métiers socles existants. Il s'agit ainsi de proposer des formations aux infirmiers, kinés, etc., pour les amener à exercer des responsabilités de soins plus importantes. Ces professionnels deviendraient alors « des praticiens de soins ». Le métier socle correspond à un personnel paramédical disposant d'un nombre suffisant d'années d'expérience pour le faire entrer dans une procédure de VAE. Ces nouveaux métiers se situeraient dans le cadre de l'article 51 de la loi HPST et nous avons proposé des pistes de mise en œuvre de cet article 51. Les médecins déléguant leurs tâches y ont trouvé davantage d'intérêt que ce qu'ils prévoyaient et ont jugé ce dispositif bénéfique aux paramédicaux. Ces derniers, qui étaient sur la défensive au départ, ont noué un autre rapport avec le médecin pour mettre en œuvre ces nouvelles compétences qui leur étaient demandées.

Pour l'accession à ces postes de praticiens de soins en formation initiale, nous avons proposé des formations de masters professionnalisés, nécessitant une pratique professionnelle de plusieurs années lors de l'inscription pour 90 % des candidats. Nous avons fait une proposition nationale de définition de ces nouveaux praticiens, pour éviter d'interminables discussions locales. Ces praticiens exerceraient dans le cadre d'une chaîne de soins, au sein d'une équipe de santé à la tête de laquelle se trouveraient un ou plusieurs médecins. Nous avons proposé une grande discussion sur cette proposition de mise en œuvre de l'article 51 de la loi HPST et l'avons ouverte notamment aux syndicats. Il s'agissait de définir des protocoles, nationalement, sur six domaines de santé pour lesquels nous constatons une pression démographique et manquons de médecins dans certains territoires. Chaque équipe de santé aurait ainsi défini son propre protocole et l'aurait réévalué tous les cinq ans. Nous avons également précisé que nous n'entendions pas créer une liste de nouveaux métiers anarchique et avons prévu plusieurs masters spécifiques : un master de praticien de soins en oncologie, en chirurgie, en gériatrie, etc. Le système de validation des acquis de l'expérience devait être rigoureux et effectué dans le cadre de l'Université. Enfin, nous voulions intégrer les formations à l'enseignement supérieur, afin que l'Etat reprenne la main à la région dans le domaine de la formation paramédicale.

Le but du rapport était donc d'améliorer le système, mais pas de le transformer de fond en comble. Ce rapport a été présenté et débattu et la communauté universitaire s'en est beaucoup emparée. Nous avons régulièrement été invités dans le milieu de l'enseignement et de la recherche, mais une négociation nationale n'a pas pu être menée avant les élections. Elle le sera peut-être dans le futur.

Débats

François-René PRUVOT

Votre rapport est très intelligent et correspond à la solution qui doit être mise en œuvre. Il présente l'avantage de régler une partie du problème du carnage des deux premières années des études de médecine. Il s'agit également d'une méthode souple pour mettre en œuvre de nouveaux métiers. Or dans le même temps, l'Etat impose un *numerus clausus* très élevé et la question de la régularisation des médecins étrangers reste posée. De plus, certains députés affichent leur mécontentement lorsque les médecins sont insuffisants dans tel canton, alors qu'on ôte de ce canton des services tels que le bureau de poste, le centre commercial, etc. Qu'en pensez-vous ?

Laurent HENART

Notre système politique est complètement décalé par rapport à la société. L'élection du Président de la République au suffrage universel direct tous les cinq ans, avec une assemblée qui lui est acquise automatique, empêche le système de débattre et de négocier. Vous décrivez ainsi deux logiques qui se heurtent. De son côté, le ministère de la Santé ne souhaite pas que le système évolue de façon trop brusque et continue à appliquer le *numerus clausus*. Notre système est simplificateur à l'excès, il n'est pas adapté à la subtilité de vos métiers, qui requiert un temps d'analyse et de débat. Toutefois, d'autres ministères, tels que ceux de l'Aménagement du territoire, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche ainsi que celui du Budget peuvent amener le ministère de la Santé à tenter de changer ce système.

Notre rapport propose d'ouvrir une troisième catégorie de personnels, qui ne représenterait que quelques milliers de professionnels de santé. Ces derniers apporteront la souplesse et la ressource complémentaire nécessaires. Je suis optimiste quant à moi, car le grand public perçoit lui aussi la situation que vous décrivez très justement. Les habitants des secteurs délaissés que vous avez évoqués commencent ainsi également à réfléchir en termes de qualité de vie, à des systèmes de transports, à l'utilisation opportune des nouvelles technologies et au regroupement de services. Il appartient en outre aux élus locaux de savoir conduire ce débat. Nous pouvons ainsi aujourd'hui comparer les élus locaux ayant conduit ce changement dans leur commune et les autres. Les villages des premiers gagnent des habitants, notamment les anciens administrés des seconds.

Philippe MABO

Votre projet s'appuie sur l'universitarisation des professions de santé. Or nous avons le sentiment que ce processus n'est pas si simple à mettre en œuvre et qu'il dépend aussi du paysage universitaire actuel, qui est très complexe. N'estimez-vous pas que l'autonomie des universités pourrait contrecarrer votre approche centralisée du projet, qui semble très juste au demeurant ?

Laurent HENART

Comme la santé est essentielle aux yeux de nos concitoyens (à juste titre, d'ailleurs), il faut qu'elle soit cadrée nationalement. Toutefois, nous ne sommes plus en mesure de lancer de grande politique d'état planifiée, pour des raisons budgétaires. C'est pour cette raison que l'université autonome correspond au levier qui nous manquait. Nous devons donc définir une norme commune et, dans le cadre du dialogue entre l'Etat et l'Université, discuter de l'intégration des paramédicaux ainsi que des moyens que nous allouons à cette intégration. En ouvrant des masters et quelques doctorats (les paramédicaux ont en effet certainement des choses intéressantes à apporter en matière de recherche également), nous pourrions distinguer rapidement les instituts participant à cette ouverture des autres, qui seront isolés. Certains s'inscriront dans ce dispositif plus vite que d'autres, mais tous s'y inscriront selon moi, du fait de l'autonomie des universités justement.

Salem KACET

Aucun moyen ne sera donné aux universités pour cette universitarisation des paramédicaux. En matière de frais d'inscriptions également, les moyens donnés par l'Etat sont en diminution. Les idées que vous développez sont donc parfaites, mais nous manquerons de moyens pour les appliquer, ce qui constituera un important problème.

Laurent HENART

Le budget de l'enseignement supérieur a progressé jusque 2012. L'autonomie des universités représente également pour ces dernières la capacité de se doter de fonds supplémentaires. Pourquoi se priver des financements de la région dans les instituts de formation ? Pourquoi ne pas prévoir de système de conventionnement entre l'université et la région ? Des bourses sont de plus mises en place dans la plupart des départements

pour l'installation des médecins et des paramédicaux dans les zones rurales. L'autonomie des universités représente également l'occasion pour ces dernières de se doter de moyens publics supplémentaires, ainsi que de quelques moyens privés.

Philippe MABO

Que deviendront les dossiers qui remontent déjà aujourd'hui de l'ARS à la HAS dans le cadre de l'article 51 de la loi HPST ?

Laurent HENART

Ces dossiers continueront d'être traités.

Olivier PIOT

Quel modèle de rémunération avez-vous prévu pour ces métiers de santé intermédiaires ? La rémunération constitue en effet aujourd'hui l'un des freins les plus importants à cette mesure.

Serge CAZEAU

Nous pouvons distinguer deux sortes d'intervenants intermédiaires : ceux qui interviennent en présence du médecin et ceux qui le font en son absence.

Laurent HENART

L'idée reste toutefois que ces interventions soient toujours effectuées dans le cadre d'une équipe de santé. La loi stipule en effet que les interventions effectuées sur le corps humain, notamment les injections, constituent un monopole du médecin et doivent être effectuées en présence de ce dernier. Le législateur a précisé que le médecin devait être présent dans le service et superviser la salle lorsque ces interventions sont déléguées, afin d'être disponible immédiatement en cas de problème.

En ce qui concerne le financement, nous avons choisi la terminologie de « praticien de soins », pour définir une nouvelle catégorie de personnels, selon la formule la plus répandue dans les autres pays dans lesquels cette catégorie intermédiaire a été développée. Nous avons également souhaité que cette nouvelle catégorie corresponde à un indice dans la grille de classification et puisse être tracée dans la convention collective. Pour la rémunération, l'idée était de définir un acte partagé. Ainsi, sur une consultation à 23 euros, nous pourrions imaginer 15 euros pour le praticien, les 8 euros restant étant versés au médecin sous l'autorité duquel l'acte aura été accompli. La consultation aurait donc coûté le même prix pour le patient. Au bout de quelques années, une part du prix de cette consultation aurait également pu revenir à la Sécurité sociale.

De la salle

Votre rapport, remis en février 2011, a-t-il été relu comme il le mérite ? Quelles seront ses suites ?

Laurent HENART

Ce rapport a été remis un an avant l'élection présidentielle, ce qui ne constitue pas le meilleur moment pour lancer des réformes. Il a donc été mis en attente, mais j'ai cru comprendre que les services du ministère avaient travaillé sur ce sujet, même si les négociations n'ont pas encore été ouvertes. Madame Touraine aurait également décidé de le mettre en œuvre. Nous avons dressé dans ce rapport l'analyse de la situation la plus juste possible et avons effectué des propositions de bon sens, qui tirent le meilleur parti de la situation existante en matière de santé.

De la salle

En quoi vos propositions permettent-elles de lutter contre la désertification médicale ? Il n'y a aucune raison en effet à ce qu'une infirmière se rende dans les régions dans lesquelles les médecins ne souhaitent eux-mêmes pas s'installer.

Laurent HENART

Les infirmières peuvent avoir envie d'évoluer professionnellement. Du plus, ces médecins qui travaillent sur ces territoires estiment souvent que la charge de travail y est excessive. Quoi qu'il en soit, nous n'entendons pas doubler le nombre de médecins dans ces zones, mais leur apporter le renfort de professionnels dont ils ne disposent pas aujourd'hui.



CONCLUSION

Etienne ALIOT

La cardiologie a déjà pris l'habitude de beaucoup déléguer, notamment dans le domaine du contrôle des pacemakers et des défibrillateurs, ainsi que dans le cadre des réalisations d'échographie, même si l'argent constitue effectivement un frein à ce mouvement.

Au nom du comité d'organisation, je remercie tous les présents à cette journée, ainsi que Cécile de Montclin, qui en a été la cheville ouvrière.

Avec le vieillissement de la population et le déficit de professionnels de santé, il faut que nous nous habituions à une nouvelle réalité. Nous devons donc réinventer, relever le défi de la formation et déléguer. Cette réinvention pourrait nécessiter un certain temps, mais la plupart de nos orateurs se sont montrés optimistes, comme je le suis moi-même, indéfectiblement.

Document rédigé par la société Ubiquis – Tél : 01.44.14.15.16 – <http://www.ubiquis.fr> – infofrance@ubiquis.com