



# Une réforme des retraites à haut risque pour les médecins

Nous laisserons aux spécialistes de la chose politique débattre du résultat des élections européennes, déterminer quels en sont les vainqueurs et vaincus, les perspectives d'avenir pour les uns et les autres et pour le pays. Mais sans être grand clerc, un premier enseignement semble s'imposer, la transformation du paysage politique amorcée lors de l'élection présidentielle est confortée par ce scrutin, nous verrons ce qu'il en adviendra dans les prochaines élections dont l'enjeu sera plus local.

Deuxième enseignement, la politique de réforme engagée depuis le début du quinquennat va se poursuivre, ce à quoi nous n'étions plus très habitués tant les derniers présidents de la République avaient coutume d'un changement brutal de cap après deux ou trois ans de mandat. La crise des gilets jaunes, qui coutera plus de 15 milliards d'euros au budget de l'Etat, n'aura eu en la matière aucun impact.

La grande réforme qui se profile, annoncée lors de la campagne présidentielle, est celle des retraites.

Nul ne peut contester de bonne foi que cette réforme est nécessaire tant le système est devenu illisible, inégalitaire et en grande fragilité économique.

L'instauration d'un régime universel de retraite qui remplacera les 42 régimes actuels, restera un régime de répartition où les règles de calcul des droits seront les mêmes pour tous, où chaque jour travaillé sera pris un compte, où chaque euro cotisé vaudra les mêmes droits paraît logique et juste. Mais à regarder de plus près ce nouveau régime soulève nombre de craintes et d'interrogations :

- d'un système aujourd'hui géré par les partenaires sociaux et les assurés se profile celui d'un système géré par l'Etat qui se trouvera ainsi en position de conflit d'intérêt entre une fonction d'opérateur unique (est-ce bien son rôle et sa compétence ?) et de régulateur,
- difficile de concevoir un système universel tenant compte des spécificités de carrière de certaines professions. Celles des médecins étant plus courtes, la conséquence évidente, sans système correctif, sera la baisse des pensions ou un âge de départ de plus en plus reculé,
- fixer, comme il est prévu, pour le régime universel un plafond de revenus d'activité à 120 000 € revient à faire disparaître la CARMF. Ce qui veut dire des années d'effort où les médecins ont réduit leur pouvoir d'achat de 15% depuis 2000 et la confiscation des 7 milliards d'euros de réserves qui avaient été constituées pour passer le choc de la crise démographique,
- l'avenir de l'Avantage Social Vieillesse (ASV) est également incertain. Sa pérennité peut être compromise, sinon le risque est celui de sa dissolution dans l'ensemble du régime. Or il faut rappeler qu'il représente 35 % de la retraite et qu'il s'agit en fait moins d'une retraite que d'honoraires différés en échange d'une modération du tarif des actes (elle bien réelle !).

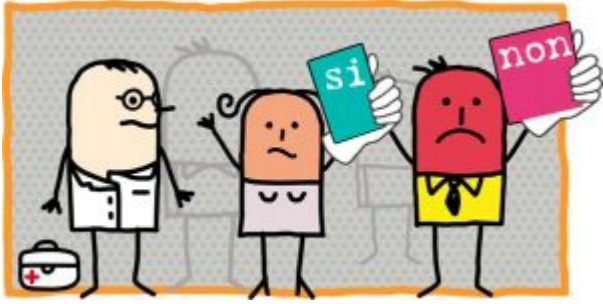
A ce stade où beaucoup d'interrogations demeurent encore, le scénario d'une dégradation de la retraite des médecins par un régime qui ne tiendrait compte ni de leurs spécificités, puisqu'il se veut universel, ni de leurs efforts passés est sérieux et préoccupant.

La morale de la cigale et de la fourmi sera-t-elle inversée par la réforme ? Espérons que non, mais restons vigilants et unis.

**Jean-Pierre Binon**

*Président du SNSMCV*

---



# La France des contraires

Dans le contexte du mouvement de contestation lancé par les gilets jaunes, le Président de la République avait annoncé au mois de décembre l'ouverture d'un grand débat national auquel il conviait tous les Français et dans lequel il s'engageait lui-même à participer. Forme moderne des cahiers de doléances de l'ancien régime...

Le débat a été organisé autour de quatre thèmes à savoir :

- la fiscalité et les dépenses publiques,
- l'organisation de l'Etat et des services publics,
- la transition écologique,
- la démocratie et la citoyenneté.

La participation n'est pas négligeable, près de 2 millions de contributions, 10 000 réunions locales, un engagement de plus de 16 000 communes et 27 000 courriels si l'on s'en tient aux chiffres officiels.

Non prévue en tant que telle, la santé s'est, au fil des discussions, imposée comme une forte préoccupation des Français ce qui était bien prévisible. Le Premier ministre l'a d'ailleurs souligné dans son récent discours, l'accès à un médecin traitant, l'organisation, l'accès au tissu hospitalier ont été des thèmes récurrents.

Sans étonnement, les Français, par le biais des réseaux sociaux, du monde politique et de la presse, se sont déchirés dans des polémiques interminables. Pour certains le débat est inutile, il est biaisé par le boycott des gilets jaunes, il est accaparé et influencé par Emmanuel Macron qui en profite pour remonter dans les sondages et préparer les élections européennes, d'autres vont même jusqu'à rejeter les annonces du Président avant même qu'il ne les aient

formulées...

Le dramatique incendie de la cathédrale Notre-Dame de Paris, survenu au moment même où le Président enregistrerait sa déclaration, a révélé une autre France. Instantanément, dans ses instants dramatiques, parisiens et provinciaux, croyants et non croyants, catholiques et autres confessions se sont réunis dans une même douleur devant cet événement effroyable. Parallèlement, dans un mouvement spontané de générosité des plus modestes aux plus fortunés, les dons ont afflué pour en permettre la reconstruction, dont le financement semble d'ores et déjà assuré.

Notre-Dame n'est pas qu'un bâtiment d'une incroyable et émouvante beauté. Elle est le point de concorde d'une France religieuse et politique, pourtant bien souvent en lutte l'une contre l'autre. Cet incendie révèle le lien qui nous unit sans en avoir toujours conscience, celui de l'histoire et de la culture de notre nation. Notre-Dame, certes cathédrale, mais aussi lieu de célébration des événements tristes ou joyeux de l'histoire de France, héroïne de romans et point de convergence de toutes nos routes !

Emettons le vœu (sans être tout à fait naïf) que ce bel esprit du 15 avril perdure.

**Jean-Pierre Binon**

*Président du SNSMCV*



# Loi Santé, attention aux dérives

Difficile aujourd'hui de savoir ce qui ressortira de la loi santé, aux termes des débats en cours au Parlement. Une chose est sûre, ce sera la troisième loi Santé votée en moins de 10 ans, un peu plus de stabilité ne nuirait pas. Beaucoup moins sûr est de retrouver son ambition initiale de porter le plan Macron « Ma Santé 2022 », plan qui avait reçu à son annonce depuis l'Elysée le 18 Septembre 2018 un accueil plutôt favorable de l'ensemble de la Profession. Il en est ainsi de la réforme des études médicales avec la suppression du numerus clausus et la fin des ECN, la recertification, la graduation des hôpitaux en 3 niveaux avec la création des hôpitaux de proximité ouverts sur la ville. De même pour le développement d'un plan numérique ambitieux pour la Santé, de la télémédecine à la création d'une vaste plateforme de données de Santé, en passant par un espace dédié à chaque citoyen.

Mais la discussion à l'Assemblée nationale est soit court-circuitée par le recours à la procédure des ordonnances, soit noyée par le dépôt de nombreux amendements. Huit mesures dont la recertification, l'organisation des CPTS, la définition des hôpitaux de proximité et la modernisation des statuts des médecins hospitaliers, passeront par la voie des ordonnances. En même temps, pas moins de 1 300 amendements traduisant l'imagination débordante de nos députés, mais pas toujours leur compétence en la matière, ont été déposés et certains retenus par la Commission des Affaires sociales.

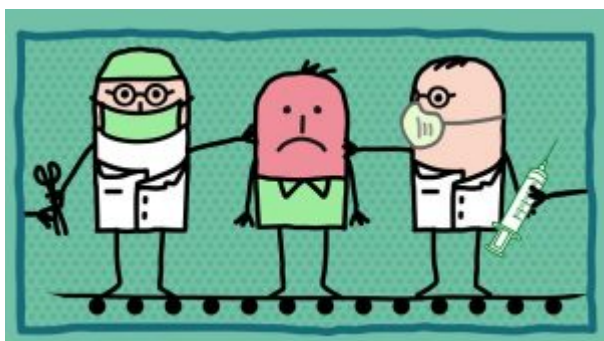
Parmi eux certains vont dans le bon sens, comme le zonage par spécialités, l'obligation pendant l'internat d'un stage en zone déficitaire même si on peut penser qu'il sera par essence difficile d'application, la suppression de la possibilité pour les ARS de créer des CPTS en l'absence d'initiative des professionnels. La médecine spécialisée libérale est enfin reconnue à travers les équipes de soins spécialisés aux côtés des équipes de soins primaires.

Mais que dire de la possibilité pour l'assuré qui n'a pas de médecin traitant, de saisir le directeur de sa caisse afin qu'un médecin traitant puisse lui être désigné parmi une liste de médecins de son ressort géographique ?

Que dire aussi de permettre aux pharmaciens de dispenser des produits de santé de premier recours pour des situations simples en suivant des arbres de décision

bâtis entre pharmaciens et médecins ?

Notre système de santé traverse une grave crise qui touche tant la médecine de ville que l'hôpital. On ne peut nier que ni l'accès aux soins, ni la qualité des soins, soient égales sur tout le territoire. Pour autant il ne faut pas se précipiter dans des fausses solutions en réponse aux sollicitations des carnets de doléances du grand débat et des médias. La solution n'est pas une sortie vers le bas où l'on confierait les tâches aussi cruciales que le diagnostic et la prescription, qui doivent rester du domaine exclusif du médecin, à des personnes qui n'en ont ni la formation ni la compétence. La liberté de choix du patient et du médecin est une valeur de notre société portée par la médecine libérale. Il serait plus opportun de s'appuyer sur son efficacité et son expertise pour surmonter cette crise, que de la faire disparaître au profit d'un modèle étatique qui a partout échoué.



## Le retour du travail à la chaîne

Il avait été exprimé dans cet éditorial la crainte de voir une bonne idée dénaturée après être passée par les strates de l'administration. Malheureusement, il n'aura pas fallu attendre longtemps pour que cette crainte ne devienne réalité. Les négociations conventionnelles sur les assistants médicaux qui viennent juste de débiter nous en apportent la démonstration.

Dans son discours du 18 septembre 2018 sur sa grande réforme du système de santé le Président de la République avait annoncé la création d'une nouvelle profession, les assistants médicaux, dont le but est de décharger le médecin d'actes simples.

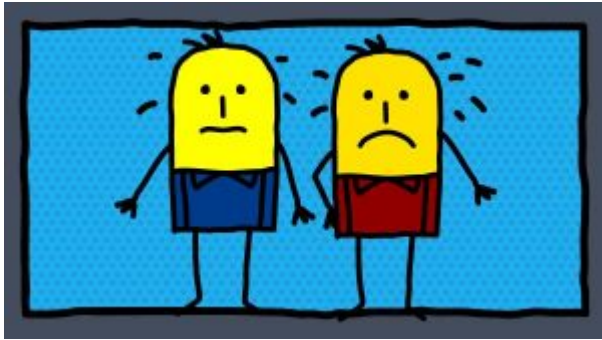
Difficile de ne pas applaudir cette idée tant les médecins ont manifestement besoin d'aide pour la gestion de leurs cabinets, pour dégager du temps afin de se recentrer sur l'essence même de leur métier et ainsi mieux répondre à la demande de soins.

Une première inquiétude est venue en apprenant que les postes étaient prioritairement réservés aux médecins de secteur 1 et exerçant en zones déficitaires. Autrement dit, exit les médecins spécialistes. Soit pour certains parce qu'ils ne sont pas dans le bon secteur, soit pour tous parce qu'il n'existe pas de zonage pour les spécialités. Les cardiologues qui, en grande majorité, exercent en secteur 1 et emploient du personnel, apprécieront ainsi d'être reconnus dans leurs efforts financiers pour avoir organisé au mieux leurs cabinets au service de leurs patients et de la population.

Une autre vient de la volonté de réserver les assistants médicaux aux médecins en exercice regroupé et coordonné. Les MSP ne seraient-elles plus l'alpha et l'oméga de l'organisation territoriale au point qu'il faille renforcer les aides dont elles disposent déjà largement et dont les médecins les plus isolés dans les zones les plus reculées n'ont pas besoin ?

Mais le plus consternant restait à venir, le comptage minuté du travail du médecin et, en regard, de celui de l'assistant médical. Le médecin devrait ainsi voir 6 patients par heure, 2 256 en plus par an et travailler 47 semaines s'il veut bénéficier d'une aide à l'emploi non pérenne de la Caisse. Quid de la qualité et de la pertinence des soins dans ce schéma ? On se croirait revenir en 1913 quand Henry Ford inaugure la première ligne de montage de l'histoire de l'industrie permettant une économie de 50 pas par jour aux ouvriers et une réduction du temps de fabrication du châssis de 728 minutes à 93 minutes !

**Et bien non, nous sommes encore des médecins libéraux avec la liberté d'organiser notre temps de travail et de l'adapter aux besoins des patients. Les centrales syndicales ont eu une saine réaction en quittant la table des négociations, il faut maintenant qu'elles persistent dans cette attitude de refus car, ce modèle d'assistant médical, nous n'en sommes pas preneurs.**



## Fièvre jaune

2019 s'ouvre donc dans une atmosphère passablement inflammable. Et il n'est pas certain - à l'heure où j'écris ces lignes - que le Grand Débat initié par le Président suffise à éradiquer cette fièvre jaune que personne n'avait objectivement vu venir.

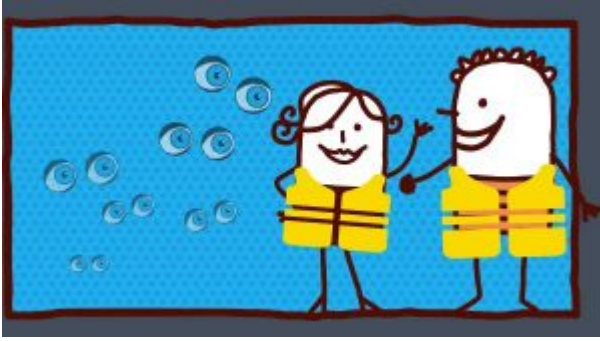
Les libéraux sont, de leur côté, confrontés à deux échéances au moins, à l'issue aussi peu lisible l'une que l'autre :

Le rendez-vous conventionnel est devenu un grand classique. Il aurait pu, il aurait dû, survenir cette fois dans un ciel serein avec des syndicats à peu près synchrones du côté médical. Dans les échanges qu'il a pu nouer avec la profession depuis quelques mois, le directeur de la CNAM semblait même ouvert à une discussion sans oukase ni préalable. Et il a suffi, pour jeter le trouble, que le grain de sable vienne de là où il n'aurait jamais dû venir, la ministre en personne, qu'on n'avait pas connue dans des habits aussi « jupitériens ». Sa lettre de « cadrage » de la négociation aboutit ni plus ni moins qu'à déterminer, par anticipation, les termes de la discussion.

Le rendez-vous politique de mise en œuvre du plan présidentiel « Ma santé 2022 » ne manquerait pas d'attrait si sa promesse n'était compromise. Son ambition initiale a été sérieusement obérée par une LFSS étriquée et son calendrier apparaît évidemment menacé par d'autres urgences. Or voilà même que le mot « Ordonnance » est évoqué, réduisant à néant toute velléité de concertation.

Mine de rien, l'explication de la fièvre jaune évoquée plus haut trouve assurément son origine dans cette « verticalité » d'une gouvernance bouffie de suffisance. Il n'est jamais trop tard pour s'amender.





# Les gilets jaunes

Fin d'année bien douloureuse pour notre pays.

Une nouvelle fois la France est meurtrie par une attaque terroriste aveugle au moment même où elle se prépare à célébrer une fête familiale et religieuse. Nous sommes tous les victimes des événements de Strasbourg et nos pensées vont bien sûr aux habitants de cette ville et plus particulièrement à celles et ceux qui ont été touchés dans leur chair.

L'histoire retiendra sans doute aussi la fronde ou la révolte des gilets jaunes. Soudainement, une frange de la population revêtue d'une même tunique descend dans la rue, envahit les ronds-points qui deviennent les nouvelles agoras, manifeste dans les grandes villes et, pour une partie d'entre elle, se livre au saccage de lieux hautement symboliques de la République, des beaux quartiers et du commerce de luxe.

Au-delà des revendications portées, certaines pertinentes, d'autres plus irrationnelles, l'analyse de ce mouvement est captivante tant elle nous apporte d'informations sur l'évolution de notre société. Il en est ainsi, mais la liste n'est pas limitative, de l'émergence confirmée de nouveaux relais de transmission des revendications et de la fracture profonde du pays.

Les relais classiques, partis politiques et centrales syndicales, ont été exclus, car vus comme une élite coupée du peuple, vivant dans son entre-soi. Les Marcheurs de 2016 avaient d'ailleurs puisé leur succès dans ce rejet des structures du vieux monde et il est cocasse de voir le sujet leur revenir en boomerang quelques mois plus tard ! Et ce sont ces mêmes réseaux sociaux qui leur avaient permis de

gagner l'élection présidentielle sans parti politique structuré, que les gilets jaunes se sont à leur tour accaparés pour mener seuls leur mouvement. Quel bouleversement profond des modes d'expression et d'organisation de nos démocraties !

Surtout ce mouvement est la révélation au grand jour d'une France oubliée. Petit à petit, à partir des années 1980, un fossé s'est creusé avec le décrochage d'une partie de la population, paysans, ouvriers, petits artisans et fonctionnaires, aggravé par l'éloignement des grandes métropoles. Cette France déclassée, les « sans-dents » de François Hollande, promise à la disparition, n'intéressait plus le monde politique, culturel et médiatique. Ce monde était plus attentif aux problèmes des banlieues et de l'immigration.

Le réveil au mois de novembre fut brutal. Il a fallu prendre dans l'urgence des mesures financières autant impératives que non financées sinon par l'impôt ou la dette faute d'avoir réalisé auparavant des économies budgétaires.

Mais le mal est plus profond et de simples mesures financières ne suffiront pas à le guérir. C'est par une approche globale, économique mais aussi décentralisatrice, culturelle et sociale que nous arriverons progressivement à redonner du sens à tous les territoires. Ils reviendront des lieux de vie où après 10 ans d'études post bac les jeunes médecins pourront aller vivre et exercer sans avoir l'impression de s'exiler et de se couper du monde moderne. Alors, et seulement alors, il sera « chébran » de vivre en Creuse !

**Jean-Pierre Binon**

*Président du SNSMCV*



# Rapport Uzan : CVP, un acronyme de plus ?

Sujet longtemps tabou, ne manquant pas de soulever l'ire à la seule évocation de son nom, la recertification des médecins a fini par être acceptée par l'ensemble de la profession, de l'Ordre à la plupart des organisations syndicales. Il est vrai que la profession pouvait difficilement rester dans une attitude d'opposition quand il s'agit d'une demande forte et logique de la population. Difficile aussi de rester l'un des derniers pays occidentaux où les médecins échapperaient à tout processus de certification. Sans oublier non plus le code de déontologie qui, dans son article 11, stipule que tout médecin entretienne ses connaissances dans le respect de son obligation de Développement Professionnel Continu.

Mais du principe aux modalités d'application, le risque courrait d'un processus contraignant et sanctionnant. Ce n'est pas la composition du Comité de Pilotage de la mission Uzan à qui la ministre avait confié la rédaction du rapport sur la recertification qui pouvait nous rassurer, aucun représentant issu du monde libéral à l'exception notable et remarquée d'un ancien président de notre syndicat.

Le Syndicat des cardiologues avait alors publiquement plaidé pour l'absence de contraintes supplémentaires, mais simplement la reconnaissance et l'attestation des différentes obligations auxquelles les médecins sont légalement astreints. Il demandait aussi que la recertification soit du seul ressort de la profession.

Satisfaction de constater à sa lecture que le rapport Uzan publié le 5 novembre est dans cette optique. La Certification et Valorisation des Parcours ou CVP, puisque c'est le terme retenu, s'articule autour du DPC, d'un exercice professionnel régulier, de l'absence de sanctions et rajoute les notions de relation avec les patients et de bien-être des médecins, tout ceci par cycle de 6 ans. Les Conseils Nationaux Professionnels seront en charge d'établir les recommandations dans leur spécialité. Le rapport insiste sur la notion d'un parcours attractif et d'évolution des compétences. Il réfute toute idée de retour à la faculté et de nouvel examen sanctionnant. Il veut un dispositif souple et simple à renseigner dans un espace numérique dédié à chaque médecin.

Mais des interrogations ou des craintes subsistent. Si l'objectif est d'élever la qualité des soins, pourquoi limiter l'obligation aux seuls nouveaux diplômés et, à l'inverse, faire courir d'éventuels tracas aux médecins volontaires qui n'auraient pas rendu copie conforme. Un temps de formation annuel de 5 à 15 jours s'il n'est pas intégré dans l'activité des cabinets est inenvisageable dans une période de crise démographique. Le rapport est trop flou sur l'indispensable compensation de l'engagement du médecin sous forme de titre et revalorisation financière. Et que penser du financement du système quand l'ANDPC, faute de crédits suffisants, arrête l'année début novembre !

Un rapport n'est qu'un rapport. L'avenir nous dira ce qu'en retiendra Madame Agnès Buzyn, ou s'il rejoindra sans autre reconnaissance les étagères bien encombrées des archives du ministère.

**Jean-Pierre Binon**

*Président du SNSMCMV*



## **Plan Macron : libéralisme ou étatisation ?**

En annonçant lui-même depuis l'Élysée son plan santé 2022, le Président de la République a clairement voulu souligner l'importance qu'il entend donner à une réforme dont l'ambition est de refondre sur le long terme le système de santé.

Les syndicats de médecins libéraux ont dans un premier temps et dans une belle unanimité, salué différentes mesures interprétées comme une reconnaissance et

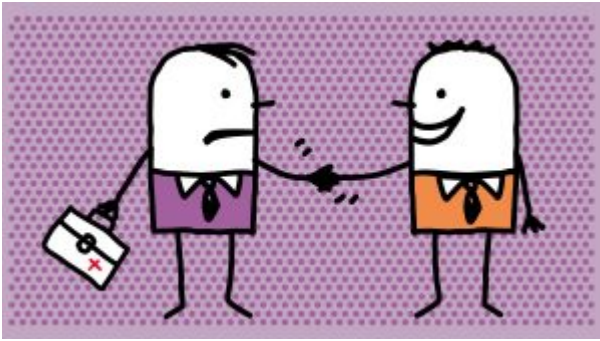
un espace de liberté redonnés à la médecine libérale. Décloisonnement du système de santé en supprimant les barrières public/privé ; initiative redonnée à la médecine libérale d'organiser les soins dans chaque territoire au sein des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé où les médecins spécialistes doivent prendre toute leur place ; graduation de l'offre hospitalière, des hôpitaux de proximité aux établissements à haut plateau technique où sont associés les établissements privés ; volonté de redonner du temps médical au médecin par la création d'assistants médicaux ; réforme des études médicales avec la fin d'un mode de sélection injuste et contournable ; absence de mesures coercitives à l'installation (pour combien de temps ?), et reconnaissance enfin des médecins spécialistes trop longtemps et scandaleusement oubliés dans les discours politiques.

Mais à y regarder de plus près, l'interprétation du plan n'est manifestement pas aussi claire. Le SNSMCV maintenant rejoint par d'autres syndicats avait d'ailleurs, dès l'annonce du plan, émis quelques craintes et réserves. Craintes pour surmonter en région le poids des habitudes, les positions dogmatiques, la lourdeur voire les freins des ARS souvent bien peu ouvertes sur le monde libéral. Réserves sur les CPTS, issues de la loi Touraine, de devenir un modèle unique et obligatoire d'exercice, aux mains des GHT et des ARS où les médecins perdront leur indépendance. Réserves aussi de voir le paiement au forfait prendre le pas sur le paiement à l'acte, dont la gestion serait confiée à l'hôpital. Réserves enfin, sur un découisonnement allant plus dans le sens public privé que l'inverse.

Le manque de moyens pour conduire une réforme d'une telle ampleur pose question. Un investissement de 3,2 milliards d'euros sur quatre ans, c'est bien, mais peu sur un budget annuel de 200 milliards d'euros, qui n'évitera pas, chaque année, un plan d'économies d'un montant proche !

Libéralisme ou étatisation, n'est-ce pas, là même, la marque de fabrique de la politique macronienne du « *en même temps* » ?

---



## Le « deal » Macron

Le 18 septembre sera sans doute à marquer d'une pierre blanche dans la longue chronique des politiques de santé :

**1945** : Sécurité Sociale pour tous ;

**1958** : réforme Debré portant création des CHU ;

**1971** : signature de la première Convention nationale ;

**1995** : réforme Juppé ;

**2018** : réforme Macron ?

Le Président aura au moins été ponctuel au rendez-vous donné aux professionnels de santé. Qui peut nier le constat formulé devant les Français du profond malaise qui s'est insinué au fil des ans et au-delà des clivages politiques dans l'ensemble de la « France en blanc » ? A l'hôpital, assommé par l'irruption de cette logique comptable que les libéraux avaient inaugurée avant lui ; en ambulatoire, miné par une logique idéologique à l'œuvre sous la majorité précédente.

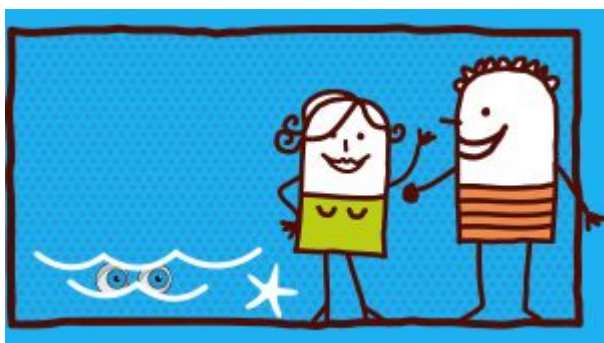
Pour une fois, l'ensemble des syndicats médicaux libéraux a salué en chœur la pertinence du propos, faisant assaut de nuances au chapitre des moyens... qui ne figurent effectivement pas sur la feuille de route.

L'inflexion est pourtant là ! Pour la première fois depuis les débuts de la Ve République, le pivot désigné du système est l'ambulatoire, renvoyant l'hôpital à son statut de structure d'appel, selon une gradation en trois niveaux que personne ne saurait contester.

Évidemment que le marqueur de la réforme sera le sort des CHU et l'on attend le maçon au pied du mur, mais laissons-lui au moins sa chance. La « tiédeur » (euphémisme) des réactions du côté de la FHF (Fédération Hospitalière de France) est révélatrice du choc reçu. Celle des organisations infirmières confrontées à l'irruption prochaine d'assistant dans les cabinets médicaux est également à lire en filigrane, comme une concurrence perçue au moment où elles espéraient s'affranchir de la prescription médicale pour investir la responsabilité du premier recours.

Reprenons la lecture du propos présidentiel : c'est en fait un deal - un authentique « marché » - que propose Emmanuel Macron à la profession organisée : montez ces fameuses Communautés de Territoires que vous avez imaginées pour garantir l'accès aux soins partout et à tout moment et on vous y aidera. Si vous y manquez, on en chargera le service public.

Le deal est brutal, mais il a au moins le mérite de la franchise : la médecine libérale de papa, seul dans son coin, sera définitivement révolue sous quelques années. La réforme annoncée est en tout cas ambitieuse ; on jugera de sa fiabilité à l'aune des textes - et des financements - de mise en œuvre.



## Sous la plage, la réforme ?

« Un train peut en cacher un autre », prétend la SNCF hors période de grève. Et si l'inertie apparente de l'actualité médico-sociale cachait la gestation d'une réforme qui ne renierait pas ses ambitions ? Et si un train de mesures avait été subrepticement mis sur rails pour démarrer au beau milieu de l'été ?

Tandis que le président de l'Ordre s'impatiente, sans doute avec pertinence, mais sur des sujets qui empiètent sur la légitimité syndicale, tandis que l'on attend, pour le courant de l'été, les conclusions des ateliers censés mettre en musique la future stratégie de santé, un document officiel, publié lui en relative discrétion en début de mois, est de nature à exciter la curiosité.

Il est donc signé du HCAAM - Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie -, un « *machin* » dont la République est féconde où siègent, à priori, toutes les parties impliquées dans la gestion de la santé et invitées à travailler par consensus. Lequel doit souvent faire défaut, car l'institution ne nous avait pas habitué aux positions les plus courageuses. Or elle vient de commettre, sur 20 pages assez denses (1), une « *contribution* » invitant les pouvoirs publics à une « *stratégie de rupture* ». La formule est jolie, les gazettes en ont d'ailleurs fait leurs choux gras sans trop s'aventurer dans le détail. A tort, car c'est une véritable architecture de projet politique qui y est esquissée. Rendez-vous compte, un projet qui ne fait des MSP (Maisons de Santé Pluriprofessionnelles) ni l'alpha du premier recours ou des GHT (Groupement Hospitaliers Territoriaux), ni l'omega du second niveau.

Ainsi peut-on y lire à propos des médecins spécialistes qu'ils doivent « *intégrer une dimension populationnelle et territoriale [et], au-delà de leurs missions d'expertise et de prise en charge spécialisée des patients, contribuer dans leur champ de compétence à la définition des conditions de mise en œuvre des référentiels de prise en charge et d'organisation des relations entre ville et hôpital ainsi qu'avec les autres professionnels. Pour un certain nombre d'entre eux, ils ont un rôle à jouer dans la facilitation de l'accès des patients aux plateaux techniques et aux expertises les plus spécialisées de leur champ.* »

Non que le libellé ne contient pas quelques épines irritatives : ainsi s'interroge-t-on sur les rôles et missions des hôpitaux de santé communautaires évoqués pour « *mailler le territoire* » ; aussi peut-on s'inquiéter du rôle dévolu aux ARS pour piloter une éventuelle réforme quand on veut bien se souvenir qu'elles ont aussi (et surtout) la tutelle de l'hôpital public, et qu'elles se retrouvent dès lors en plein conflit d'intérêts. De même, le sort réservé aux IPA (Infirmières de Pratique Avancée) mériterait-il sans doute plus de réflexion... On ne boudera quand même pas son plaisir et on restera « *branchés* » tout l'été dans l'attente d'un Plan-Macron d'autant plus paradoxal qu'il ne figurait pas à son programme.



Ultime suggestion : si un tel plan pouvait prévoir un minimum de moyens fléchés sur la coordination des soins, sans parti-pris « catégoriel », on serait même tentés d'applaudir !

*(1) Le document complet est accessible [en ligne](#) (moteur de recherche par Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, à la date du 6 juin 2018 ; télécharger l'Avis et non le Rapport de 64 pages)*

---

## **Recertification des médecins, restons simples !**

La ministre de la Santé a confié au Pr Serge Uzan une mission sur la conception d'un dispositif sur la recertification des médecins dont les conclusions sont attendues en septembre.

Portée par la Grande Conférence de Santé de 2016 et par le CNOM, mieux acceptée par les centrales syndicales que dans un passé récent, la recertification ne va pas pour autant soulever l'enthousiasme des médecins ! Et pour cause, après un long cycle d'études qui les conduit à un haut niveau de compétence, ils sont déontologiquement soumis à une obligation de formation à laquelle ils adhèrent, bien conscients que les connaissances acquises pendant les études doivent être actualisées au fur et à mesure de leur carrière. Combien de cardiologues sont-ils restés au stéthoscope avec l'arrivée de l'échographie ? Ne tombons pas dans le mythe du médecin qui jamais ne se forme en trente ans de carrière.

En outre, les exemples étrangers nous montrent qu'aucun système de certification n'est le gage d'une médecine de qualité. Sans aller jusqu'à la caricature de ce médecin anglais « serial-killer » dans l'exercice même de sa profession et que le système britannique n'a pu démasquer, la recertification se heurte partout soit à la grogne voire au refus des médecins, soit aux difficultés d'identifier les bons critères dans un métier qui évolue de plus en plus vers un travail en équipe pluriprofessionnelle.

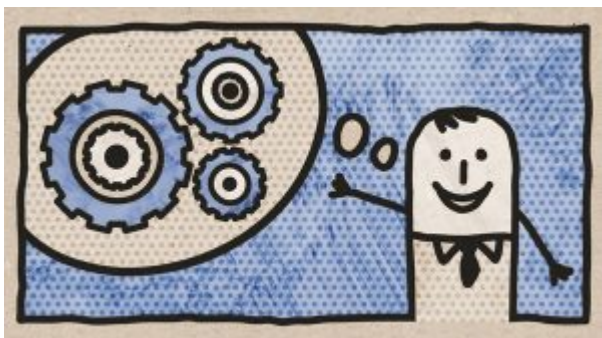
Pour autant, on peut comprendre la demande de transparence de la société et, pour reprendre la lettre de mission de la ministre, le besoin du maintien d'un haut niveau de compétence pour les médecins et du renforcement de la qualité et de la sécurité des soins. Il faut aussi craindre l'apparition ou le développement de notes ou classements sauvages des médecins qui feront les choux gras de la presse ou des réseaux sociaux à l'instar de ce qui se passe pour les établissements de santé.

La recertification ne pourra être acceptée par les médecins que s'il s'agit d'un mécanisme simple, non chronophage, ne faisant qu'officialiser l'existant. Elle doit tenir compte de l'inscription au Conseil de l'Ordre, des diplômes obtenus, du suivi d'actions de formation continue, d'évaluation des pratiques professionnelles et de DPC. Encore faudrait-il pour ce dernier arriver à un système pérenne dans ses modalités et son financement, ce qui n'est toujours pas le cas depuis les lois Teulade de 1993 !

La recertification doit être gérée par la profession pour en garantir la qualité et l'indépendance. Elle doit se traduire pour le médecin par une valorisation de son exercice et une évolution de carrière.

L'adhésion des médecins, la qualité de l'information portée à la population passent par le respect de ces grands principes et espérons que le législateur ait la sagesse de ne pas inventer une usine à gaz qui aboutirait à un fiasco de plus.

Le monde évolue et la médecine avec lui. Mais il n'est pas sûr que la société ait beaucoup à gagner de l'abandon du lien de confiance pour celui de la suspicion dans la relation patient médecin.



# Pertinence et intelligence

Le glissement n'est pas que sémantique qui a vu la politique de santé passer discrètement du second rang du calendrier à une quasi-priorité politique, affichée le 13 février par le Premier ministre à l'enseigne de la « Stratégie de transformation du système de santé ». Si les mots ont un sens, on passerait donc d'un paradigme un peu ésotérique et lointain... à l'urgence d'une authentique révolution. Et le président l'a répété à la faveur de sa double intervention télévisée, il compte en détailler les dispositions avant l'été.

Le principe de réalité - et le malaise bruyamment exprimé par l'hôpital ou les EHPAD - a donc amené le pouvoir à se pencher sur la « transformation » du système de santé qui n'était nullement au programme du candidat Macron ou de ses députés En Marche. Disons nettement notre crainte d'un calendrier intenable imposé par un exécutif qui ne s'encombre pas des formes habituellement requises par une concertation digne de ce nom.

C'est d'autant plus dommage que la maquette du chantier est intéressante avec 5 « axes » assez convaincants : qualité et pertinence, financement et rémunération, numérique, ressources humaines et formation, organisation territoriale.

Un axe nous intéresse directement : celui de la pertinence et de la qualité, des actes, des soins, des protocoles... Car il nous renvoie au sujet récurrent de l'échocardiographie et aux disparités régionales de pratique que nous oppose la CNAM avec une régularité de métronome, mais sans pouvoir/savoir en corrélérer les causes.

Si, comme l'hypothèse semble s'en dessiner, notre avis y est requis, nous défendrons donc la formule qui nous est chère, du parcours a priori « protocolisé ». Ce n'est pas à la CNAM de juger ex nihilo de la pertinence médicale de tel ou tel acte pratiqué à tel ou tel moment, mais à la profession et à la HAS de définir un parcours balisant le « bon usage » a priori de chaque intervention dans chaque situation ; ce qu'on nomme ailleurs une recommandation ou un protocole. A charge pour le praticien d'être toujours, comme dans les anciennes RMO, en capacité de justifier les motifs pour lesquels il aura dérogé à la règle commune.

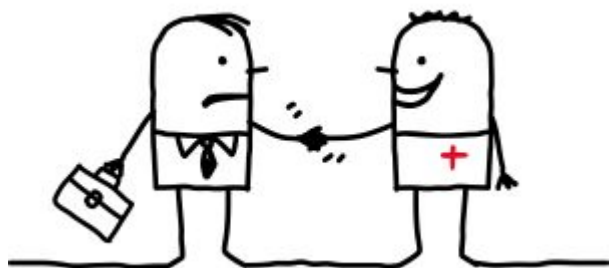
C'est l'aune de la redéfinition de la pertinence - impérativement remise dans son

contexte diagnostique et thérapeutique – que nous jugerons donc de la stratégie sanitaire de l'exécutif. Même si le chantier n'était pas au programme de la majorité sortie des urnes l'an passé, l'intelligence et le pragmatisme ne lui sont pas interdits.

**Jean-Pierre Binon**

*Président du SNSMCV*

---



## **Le retour de Charles Bovary**

Dans le cadre de l'article 119 de la loi de modernisation du système de santé de Marisol Touraine, le Gouvernement prépare une série de textes réglementaires pour définir le champ de compétences d'un nouveau corps de métier : les infirmiers de pratiques avancées (IPA).

Sur la forme on ne peut que regretter que les syndicats médicaux aient été associés fort tardivement, seulement depuis quelques semaines, aux négociations. Celles-ci ont en fait débuté en décembre 2016 sous l'égide des Ordres professionnels concernés, dont le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Sur le fond le sujet est d'importance car il remet en question l'organisation de notre système de soins. Aujourd'hui le médecin, après avoir suivi un cursus minimum de bac +9, est seul apte à porter un diagnostic, établir une prescription et en assurer en grande partie le suivi, il réalise également des gestes de haute technicité pour lesquels il a été longuement formé. Demain verra arriver un nouveau corps de métier, des infirmiers bac+5, à qui sera confié un pouvoir de prescription et d'interprétation de la plupart des actes de biologie, la prescription

directe d'examens avec la possibilité d'en assurer aussi pour certains l'interprétation. Ainsi un IPA pourra demander un ionogramme, un profil lipidique, un BNP, un ECG, un examen échodoppler des TSA, pratiquer et interpréter une gazométrie ou un holter tensionnel !

Les médecins, surtout dans un contexte de difficultés d'accès aux soins et aussi par l'évolution de leur métier, ont certainement besoin d'une assistance bien et mieux formée. Mais cela ne peut que se concevoir dans le cadre d'une délégation de tâches et sous son contrôle, sans désorganiser le parcours de soins.

Il est aussi affligeant de constater que les textes n'abordent pas le sujet pourtant crucial du financement. Sans négociation sur ce point le risque est la création d'un corps d'IPA uniquement hospitalier qui viendrait déstabiliser la médecine libérale.

Est-ce le retour des officiers de santé du XIX<sup>e</sup> siècle auquel on assiste ? Retour en arrière, en 1795 pour faire face à une pénurie de médecins, notamment pour les armées, est créé un corps d'officiers de santé formés en trois ans, théoriquement le temps que les effectifs de médecins, alors cinq ans d'études, remontent. Mais sa fermeture n'est intervenue qu'en 1892. Il est vrai qu'ils assuraient une couverture médicale dans les campagnes et banlieues où les médecins ne s'installaient pas et ce avec une disponibilité d'autant plus grande qu'ils étaient mal rémunérés. Ainsi en était de Charles Bovary et tant pis s'il avait massacré le pied-bot d'Hyppolite !

Quand on dit que l'histoire est un éternel recommencement.

**Jean-Pierre Binon**

*Président du SNSMCV*

---



# Intelligence artificielle, quelle place pour les médecins ?

L'irruption de l'intelligence artificielle (IA) dans notre environnement quotidien ne va pas sans soulever l'éternelle question du rapport de l'homme avec la machine. Les médecins sont d'autant plus interpellés que la santé est un des secteurs où les enjeux de l'IA sont les plus importants.

Le développement de l'IA est accéléré depuis quelques années par la conjugaison de la constitution de bases de données immenses dans le monde et l'augmentation permanente de la puissance de calcul des machines.

Tant que la machine effectuait des tâches répétitives, nous nous en félicitions. Elle devient aujourd'hui plus inquiétante par sa capacité à apprendre de ses propres comportements pour s'améliorer. Elle le sera encore plus demain, quand l'IA forte pourrait égaler ou dépasser le cerveau humain en acquérant des capacités décisionnaires.

Les conséquences de l'IA nous savons qu'elle interfère déjà dans le domaine du diagnostic, de la recherche et de l'imagerie médicale. En cardiologie nous connaissons la plate-forme Newcard pour la télésurveillance des insuffisants cardiaques, mais aussi Cardiologs qui, à partir d'une technologie de réseaux de neurones profonds, peut lire les enregistrements ECG de n'importe quel appareil numérique.

L'IA va aussi modifier les relations avec les autres professionnels de santé. Des infirmiers cliniciens en s'aidant d'outils informatiques suppléent les médecins pour certaines tâches jusqu'à la prescription de médicaments. Les chatbots (1) à l'image de l'expérience menée par le NHS peuvent se substituer à des

professionnels de santé pour organiser les premiers soins. On devine tout l'intérêt de ce type d'organisation dans une période de crise démographique et de déserts médicaux.

Le développement de l'IA se heurte à des problèmes, éthiques par ses capacités d'analyses génomiques, juridiques par les risques d'atteinte de la vie privée et du secret médical. L'Ordre des médecins a d'ailleurs, en deux ans, publié deux rapports sur ce sujet.

La prise de conscience et la mise en place de mesures réglementaires ne peuvent se traiter qu'à l'échelon international, car l'IA dépasse les frontières. Le risque est de laisser le champ libre aux leaders que sont les entreprises américaines et chinoises pour qui ces sujets ne sont certainement pas une préoccupation majeure. La France ne sera audible que si elle se dote d'entreprises de haut niveau, les équipes humaines existent, aux politiques de les favoriser.

Le médecin va-t-il disparaître, comme certains le prédisent aux radiologues ? Le danger existe, mais on peut raisonnablement penser que l'enjeu est plus la transformation de son métier et sa fonction que sa disparition. L'IA lui enlèvera des tâches, mais elle lui apportera dans le même temps des informations et des dispositifs nouveaux, toujours plus performants. Il sera à la fois le scientifique qui s'approprie les nouvelles technologies et l'humaniste qui transmettra son savoir à son patient. Encore faut-il qu'il soit formé dans cette perspective !

*(1) Un chatbot est un robot logiciel pouvant dialoguer avec un individu ou consommateur par le biais d'un service de conversations automatisées effectuées en grande partie en langage naturel.*



# Les chantiers de 2018

Un premier éditorial de l'année est traditionnellement voué à formuler quelques vœux pour l'exercice à venir.

Mes premiers souhaits vont donc au corps médical dans son ensemble, rasséréiné l'an passé par une alternance politique inattendue et inédite qui aura, pour nous, consacré la fin d'un monde ancien - du moins l'espère-t-on - lequel ne laissera, au bilan, d'autre sentiment que celui d'un quinquennat perdu. S'il existe un chantier majeur, à même de fédérer les énergies en 2018, il s'agit du virage ambulatoire intéressant les deux composantes, libérale et hospitalière, de la profession. Or, au-delà des propos de tribune, le chantier n'en est pas encore ouvert, je veux dire, clairement ouvert avec un maître d'ouvrage clairement désigné, État ou Assurance Maladie. Mais pas les deux. A-t-on jamais vu engin de chantier doté de deux volants ?

## **A-t-on jamais vu engin de chantier doté de deux volants ?**

Je voudrais ensuite exprimer auprès de la communauté cardiologique, et singulièrement libérale, l'espérance d'une normalisation de nos relations contractuelles avec la tutelle ministérielle, avec nos financeurs AMO et AMC et avec nos partenaires institutionnels (HAS, ...). La question posée en ce début d'année est celle d'une éventuelle signature conventionnelle par la CSMF, dernière organisation à n'avoir pas encore rejoint la table des adhérents. Il y a, à mon avis, rigoureusement autant de raisons militant en faveur d'une signature que d'arguments inverses. Le contexte a, certes, changé, ... mais il ne s'agit que de contexte ; confirmation de l'inflexion doit être donnée dans les actes.

A l'inverse, les raisons du refus initial perdurent : l'article 99 de la LFSS 2017, autorisant les directeur de l'UNCAM à statuer unilatéralement sur les honoraires d'une spécialité n'a toujours pas été rapporté ; or il constitue la négation de toute vie conventionnelle respectueuse. L'espace de liberté tarifaire pour tous a été réfuté par le même interlocuteur, et rien n'est en vue sur la valorisation financière de l'expertise, pourtant indispensable au parcours de soins des malades dits « complexes ».

Négocier l'organisation et la tarification de la télémédecine ? Mais le statut de non-signataire n'exclut pas de la qualité de « partie » à la négociation et il est peu probable que les tarifs échappent, en l'occurrence, à l'autorité gouvernementale.



Sur ce sujet comme sur d'autres, notre assemblée générale statutaire aura à livrer un avis.

Mes derniers vœux vont enfin à chacun d'entre vous : santé et qualité de vie, évidemment (les deux étant liées) ; prospérité et sérénité (idem) ; pugnacité et fidélité à nos valeurs partagées. Bonne année à tous.

---



## **La potion amère de la Cour des Comptes**

Dans un rapport de plus de 200 pages qui n'est pas passé inaperçu, publié le 29 novembre 2017, la Cour des Comptes fustige la situation de l'Assurance Maladie alors que Marisol Touraine avait tenté de faire croire que, grâce à son action, le malade était guéri de ses déficits chroniques.

Certes le déficit de la Sécurité Sociale a bien été réduit en 2016 à 7,2 Milliards d'euros contre 10,8 milliards l'année précédente, mais en grande partie par une astuce comptable et des recettes exceptionnelles non reconductibles. Le déficit de l'Assurance Maladie s'élève à lui seul à 5,5 milliards, stable par rapport à 2015. Et la dette sociale cumulée reste à un niveau dangereux de 151 milliards.

2017 devrait voir le déficit de l'Assurance Maladie continuer de se ralentir autour de 4,1 milliards mais les projections pour 2018 sont de nouveau à la hausse.

Le retour à l'équilibre, jamais atteint depuis 25 ans, est pour la Cour des Comptes impératif d'autant plus, le reconnaît-elle, qu'il faudra faire face au vieillissement

de la population, à l'accroissement des pathologies chroniques et à l'augmentation du coût des produits de santé.

Le remède proposé est radical, introduire dans la loi de financement de la Sécurité Sociale une règle d'équilibre de l'Assurance Maladie. Des économies sont attendues dans le prix des médicaments, la structuration et l'organisation de l'hôpital, mais c'est surtout la médecine libérale et plus particulièrement les spécialistes qui sont visés. Sanctions renforcées jusqu'au déconventionnement pour ceux dont les dépassements d'honoraires sont excessifs, conventionnement sélectif subordonné à la recertification et aux besoins des territoires, élargissement des paiements aux forfaits, généralisations des transferts de tâches, rémunérations des médecins conditionnées à la participation à la permanence des soins et à l'amplitude d'ouverture des cabinets, mais aussi limitation de leurs revenus par des enveloppes régionales !

La Cour des Comptes est dans son rôle quand elle nous alarme sur la dérive financière de l'Assurance Maladie et son risque de bombe à retardement pour les comptes de la Nation.

Mais les solutions qu'elle préconise sont le catalogue concentré des vieilles ficelles du passé qui ont toutes échoué.

Jamais elle ne s'interroge sur les raisons structurelles de ce déficit chronique issu d'un système essentiellement et de plus en plus géré par l'Etat et où le poids de l'hôpital public, 40 % des dépenses de santé, est un des plus importants dans les pays de l'OCDE.

Pire, alors qu'elle fait le constat de la faillite de l'Etat dans son pilotage de l'Assurance Maladie, elle préconise de le renforcer en régions par le biais des ARS et de créer une Agence nationale de santé regroupant les compétences du Ministère de la Santé et de l'Assurance Maladie. Une logique bien difficile à suivre...

**Jean-Pierre Binon**

Président du SNSMCV

---

# L'ancien monde bouge encore

Deux chiffres permettent d'évaluer le véritable enjeu du PLFSS 2018 en cours de débat parlementaire : un peu plus de 250 millions d'économies attendues d'un parcours de soins rendu plus « *efficient* ». Et cela au prix d'un investissement dans un « *Fonds pour l'innovation* » doté de... 30 millions d'euros. Dont 10 millions seulement « *à la main* » des ARS !

Toute la contradiction de la commande gouvernementale se lit dans ce fossé entre l'objectif et les moyens. Dans n'importe quel autre secteur de l'économie, assigner une telle performance aux acteurs prêterait à sourire ; c'est pourtant bien celle que le Gouvernement Philippe assigne aux médecins dans le prochain exercice budgétaire.

La conséquence en est d'ores et déjà prévisible : hors de portée, l'assignation comptable ne sera pas atteinte et la Cour des comptes en rendra le corps médical responsable dans une prochaine livraison. La mécanique infernale de la stigmatisation vient de recevoir un nouvel élan.

Ceux qui attendaient une nouvelle posture du Gouvernement dans la gestion des questions de santé en seront pour leurs frais : l'ancien monde se porte bien dans les coulisses du pouvoir politique. Je veux parler des administrations centrales qui sont généralement à l'œuvre derrière ces chiffrages aveugles.

Le paradoxe, c'est que le discours politique est d'une autre nature : on a envie de croire à la sincérité de Mme Buzyn lorsqu'elle affirme dans un entretien récent à la revue [Egora](#) : « *Le système de santé français n'est pas mauvais. Les médecins ont tous l'habitude de discuter entre eux, mais l'idée c'est de donner la possibilité, à travers des protocoles de coopération simplifiés, d'écrire et de mettre en avant l'exercice coordonné pour entrer dans une responsabilité territoriale. Le médecin isolé a un impact dans sa façon de prendre en charge les patients, et il est important d'avoir une vision territoriale de cela.* »

La coordination à la bonne échelle du territoire : comment ne pas être d'accord ? Mais comment ne pas déplorer d'en lire la traduction comptable dans le seul texte

qui vaille : la « feuille de route » budgétaire ?

---

# **Abandon du tiers-payant généralisé et obligatoire, une victoire syndicale !**

L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) avait été saisie par la ministre des solidarités et de la santé, Mme Agnès Buzyn, d'une mission sur l'évaluation de la généralisation du tiers-payant, afin d'expertiser la simplicité, la rapidité et la fiabilité du tiers-payant pour les professionnels de santé.

Ce rapport reprend très largement ce que nous n'avons jamais cessé de dire.

Il confirme que la pratique du tiers-payant est très diverse selon les professions. Les pharmaciens, les infirmiers, les centres de santé sont proches de 100 % quand les médecins généralistes et spécialistes (hors radiologues) sont autour de 40 % et les chirurgiens-dentistes moins de 25 %. Ces chiffres sont influencés par le poids des ALD et les règles juridiques de chaque profession. Mais il est aussi observé une forte disparité selon les territoires et selon les secteurs d'exercice. Il se dégage dans chaque profession deux camps nettement opposés, d'un côté celui qui pratique pas ou très peu le tiers-payant (entre 0 et 9 % des actes), de l'autre celui où le tiers-payant est quasi généralisé (entre 90 et 100 % des actes).

Il estime que, en assurance obligatoire (AMO), la pratique du tiers-payant fonctionne de manière globalement satisfaisante, mais que le principal frein à son développement est principalement un problème de confiance. Pour l'assurance complémentaire (AMC), le problème est technique, notamment pour l'identification des droits.

Il reconnaît aussi le caractère chronophage du tiers-payant, avec comme conséquence un coût financier que l'on fasse la gestion soit même ou, comme les pharmaciens, par le recours à des intermédiaires.

In fine la mission considère que, en AMO, la généralisation est un objectif techniquement réalisable à brève échéance sous réserve que soit mis en œuvre un accompagnement renforcé des professionnels de santé et que, en AMC, la généralisation n'est un objectif atteignable techniquement à compter de 2019 que pour certaines professions de santé. Et encore faudra-t-il développer de nouveaux outils informatiques, mettre en place un dispositif d'accompagnement renforcé des professionnels de santé et sans doute aussi des mesures incitatives.

Dans la foulée de ce rapport la ministre a fait voter par le Parlement un amendement dans le cadre du PLFSS 2018 pour lever l'obligation d'appliquer le tiers-payant à compter du 30 novembre 2017. A la place le Gouvernement remettra d'ici le 31 mars 2018 un rapport au Parlement détaillant les modalités de mise en œuvre du tiers-payant généralisable et ce après une large concertation.

Que retenir de tout cela ?

La victoire d'un combat syndical contre un tiers-payant généralisé et obligatoire, mortifère pour le caractère libéral de la médecine, chronophage, au coût non compensé et techniquement et administrativement irréaliste.

Un premier geste de la ministre pour rétablir la confiance avec les médecins libéraux, ce qui ne a pas manqué de soulever l'indignation de Marisol Touraine dont les échecs électoraux n'ont manifestement pas remis en cause son dogmatisme !

Et rester vigilants sur l'évolution des travaux qui doivent conduire vers le tiers-payant généralisable et non obligatoire promis par le Président de la République.

---

## **Et si on reparlait de la médecine**

# spécialisée libérale...



Depuis de trop nombreuses années, la médecine spécialisée libérale est exclue du discours des différents acteurs du système de santé quels qu'ils soient, gouvernants, élus locaux, institutions régionales ou usagers de la médecine. A l'inverse, la médecine générale est élevée sur un piédestal surtout sous le modèle d'une médecine cantonnée dans une maison de santé pluriprofessionnelle sous tutelle de l'ARS et connectée à son seul environnement immédiat, paramédical, médicosocial et social. Dans ce schéma partagé par les gouvernements toutes couleurs politiques confondues, le médecin spécialiste ne peut être que dans un établissement de santé, idéalement public.

Une telle vision dogmatique de l'organisation des soins ne peut que courir à l'échec.

Pourtant par l'expertise qu'il a dans sa discipline le médecin spécialiste apporte une valeur ajoutée à la qualité des soins dans leurs différentes étapes. Il contribue à une hiérarchisation des soins qui évite bien souvent le recours à l'hospitalisation. Quel contresens serait de se priver d'une médecine spécialisée de proximité au moment où doit s'engager le virage ambulatoire. Et peut-on sérieusement concevoir et faciliter l'installation de jeunes médecins sans leur donner une possibilité d'accès simple à un spécialiste ?

Après ces longues années d'abandon, la médecine spécialisée libérale entend reprendre toute sa place dans le système de soins en s'adaptant à ses nouvelles exigences :

**Parcours de soins**, elle apporte la pertinence médicale et médico-économique et elle peut en devenir le pilote à certains moments de la maladie.

**Organisation territoriale des soins**, elle assure l'interface ville/hôpital, en lien avec toutes les autres spécialités, dans un exercice regroupé pour faciliter l'accès aux soins de la population même dans les zones les plus reculées. Pour ce, de nouvelles pratiques devront être développées, télémédecine, consultations avancées, stages d'internes. La coordination se fera par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et plates-formes territoriales d'appui (PTA) qu'il faudra intégrer faute de quoi elles le seront par les ARS et GHT.

**Virage ambulatoire**, nous verrons à travers le futur ONDAM si le gouvernement partage la vision de l'IGAS d'un monopole de l'hôpital public ou s'il s'agit vraiment d'un transfert vers la ville qui requiert alors des moyens financiers et structureaux.

Autant de nouveaux mots et façons différentes de travailler mais par certains aspects pas si loin que cela de la pratique des cardiologues libéraux.

Si la médecine spécialisée libérale est prête à s'engager sur ces voies elle est en droit d'attendre en retour une vraie reconnaissance et le rétablissement d'un climat de confiance.

Les propos tenus par le nouveau Gouvernement semblent en rupture avec ceux des cinq dernières années. Il affiche sa volonté de plus grande écoute, de renouer les liens avec les médecins libéraux, de promouvoir la pertinence et la qualité des actes, d'impliquer les libéraux dans sa politique de prévention. Tout cela nous pouvons l'entendre et l'accompagner. Lueur d'espoir après de sombres années, certainement une chance à ne pas gâcher, mais attention, les cardiologues libéraux ne seront pas dupes, au-delà des mots ce sont les actes qu'ils attendent et jugeront.

**Jean-Pierre Binon**

*Président du SNSMCMV*

---

# La cardiologie en 10 leçons...

Et une réforme de plus que l'ancienne ministre ne nous aura pas épargnée en publiant même le dernier arrêté la veille du premier tour de l'élection présidentielle et en pleine contestation des acteurs concernés, internes, syndicats, collèges professionnels... ! Il fallait coûte que coûte mettre en place la réforme du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales comme si c'était une urgence prioritaire pour le pays.

Plusieurs voies permettent aujourd'hui la qualification à une spécialité, celle du DES par le biais de l'internat, celle de la Commission ordinale de qualification pour les médecins déjà exerçant et qui veulent changer de spécialité, celle de la reconnaissance, automatique, d'un diplôme européen et enfin celle des autorisations ministérielles pour les diplômés étrangers hors Europe.

En cardiologie, 70 % des nouveaux qualifiés sont issus du DES et, à part égale pour les 30 % restants, de la voie européenne et de celle des autorisations ministérielles.

La réforme s'appuyait initialement sur un constat partagé de simplifier le cursus, d'assurer un meilleur suivi de l'étudiant, de décroisonner les spécialités et de s'appuyer sur de nouveaux outils pédagogiques apportés par les nouvelles technologies.

Mais comme bien souvent les priorités budgétaires ont pris le pas sur les considérations académiques.

L'augmentation du numerus clausus ces dernières années se traduit en effet par un afflux d'internes qu'il va être difficile de former et financer. Résultat, la dernière phase dite de consolidation amputée, de facto, d'une année la formation. Et tout laisse penser que cette phase, qui requiert d'avoir soutenu sa thèse, se substituera à l'assistantat dont il n'est pas prévu une augmentation significative des effectifs. Le clinicat quant à lui sera réservé aux quelques futurs hospitalo-universitaires. On comprend ainsi la grogne des internes qui ont depuis avril



débuté un mouvement de grève.

Autre aberration, les différenciations des durées de formation selon les spécialités sorties du chapeau au dernier moment, alors que depuis 2014 il était imposé un cursus de 4 ans pour toutes les spécialités médicales. Et ce sans aucune transparence ni travaux d'évaluation des besoins et évolutions de chaque spécialité. Comment peut-on justifier qu'il faille 4 ans pour former un cardiologue ou un gastro-entérologue et 5 ans un pneumologue ?

Une surspécialisation pourra s'acquérir par le biais d'une option ou formation transversale mais nul ne sait combien d'étudiants (à noter que l'on ne parle plus d'interne ni d'internat mais étudiant et 3<sup>e</sup> cycle) pourront accéder à ces formations et sur quels critères ils seront choisis. En outre qui peut raisonnablement imaginer qu'un étudiant qui n'a, ou presque, jamais mis les pieds dans une salle de cathétérisme puisse en une année devenir autonome dans les procédures interventionnelles ?

Le bilan pour la cardiologie est redoutable. Elle se retrouve fortement dévalorisée par rapport à d'autres spécialités, elle devient même le parent pauvre de l'Europe avec la Bulgarie et la Lettonie alors qu'il faut 7 ans pour former un cardiologue au Royaume-Uni et en Norvège ! La formation est manifestement insuffisante pour acquérir les compétences requises pour un haut niveau de technicité. Elle enferme les futurs cardiologues dans des champs d'activité prédéfinis dont ils pourront difficilement s'échapper et le recrutement des équipes interventionnelles libérales est manifestement menacé.

Reforme bâclée, sans méthode, ni cohérence ni transparence, copie à reprendre !

**Jean-Pierre Binon**

*Président du SNSMCV*

---

# Le triste bilan des années Touraine

Au terme d'un quinquennat à la tête du ministère de la Santé, un record de longévité à ce poste sous la Ve République partagé avec Simone Veil, Marisol Touraine laissera un souvenir bien amer aux médecins.

Après la période noire de l'époque Bachelot obligeant même à un nettoyage de sa loi sous l'égide de Xavier Bertrand et Jean-Pierre Fourcade, nous pouvions espérer être sortis du totalitarisme étatique. Et de fait, les premiers pas de la nouvelle ministre étaient plutôt encourageants, signature du CAS malgré ses insuffisances et élaboration innovante de la stratégie nationale de santé même si elle était issue d'un débat pseudo-démocratique car largement biaisé par les ARS. Cette stratégie, axée sur la structuration des parcours de soins, le virage ambulatoire et la coordination interprofessionnelle, aurait pu déboucher sur une nouvelle dynamique favorable à la médecine de ville.

Mais, premier rendez-vous manqué, la loi de Santé tourne le dos à ce virage ambulatoire. Elle instaure le tout hôpital à travers le service public hospitalier et les GHT dont sont exclus les établissements privés, muselle la médecine de ville dans des MSP ou, mieux, des centres de santé et dans des communautés professionnelles locales sous tutelles des ARS. Elle nie la médecine libérale spécialisée de proximité pour ne concevoir la place des spécialistes qu'à l'hôpital. C'est d'ailleurs in extremis que les travaux de la commission coanimée par Jean-François Thébaud ont pu remettre dans le circuit les spécialistes au sein des communautés professionnelles territoriales de santé. Et cette loi porte le coup de grâce à la médecine libérale en instaurant le principe du tiers-payant généralisé obligatoire au nom du grand principe de l'accès aux soins pourtant nullement menacé pour cette raison.

Le deuxième rendez-vous manqué fut celui de la convention médicale dont les négociations pilotées par le ministère ont confirmé la dérive étatique. La déception est grande d'une convention qui n'apporte aucune mesure restructurante pour la médecine libérale, qui laisse de côté les médecins spécialistes, oublie largement la CCAM technique et pénalise les patients selon le secteur d'exercice du médecin. La convention ne sera d'ailleurs signée que par

trois syndicats sur cinq

qui n'hésiteront pas à en attaquer immédiatement certaines dispositions !

Et pour parachever cette dérive étatique l'article 99 de la LFSS 2017 qui autorise le directeur de la CNAMTS à passer outre la négociation et imposer des baisses de tarifs, ce qu'il s'est empressé d'appliquer aux radiologues dès le mois de janvier. A qui le tour maintenant ?

Ces cinq années auront été une des pires périodes pour la médecine libérale. Dogmatisme, étatisme, discours antilibéral et hospitalo-centré auront été les lignes de conduite dominantes. La ministre s'est sciemment coupée de la représentation syndicale. Elle est restée sourde au défilé contre sa loi de 40 000 professionnels de santé dans les rues de Paris le 15 mars 2015. A trois jours du scrutin présidentiel, elle publie l'arrêté portant la réforme du troisième cycle des études médicales contre l'avis de la plupart des collèges nationaux professionnels et des internes en grève. Pas étonnant dès lors qu'un récent sondage lui confère 86 % d'opinions défavorables auprès des professionnels et 4 % d'avis positifs

Et ce pour quel résultat ? L'hôpital public ne se porte pas mieux, l'Assurance Maladie garde un déficit important, l'obligation d'adhérer à une complémentaire santé et l'encadrement des contrats responsables ont contraints beaucoup d'assurés à souscrire une surcomplémentaire, et le malaise reste profond chez les médecins dont les conditions de travail se détériorent au fur et à mesure que leurs charges progressent.

Il appartiendra au nouveau ministre de rompre ce cycle infernal, de construire un système coordonné où chaque acteur sera dans son vrai rôle et à sa juste valorisation et, surtout, de rétablir la confiance avec des médecins qui connaissent leur métier et sont conscients de ses enjeux sociétaux.

---

## **Besoin d'un nouveau souffle**

Nous allons être appelés à élire le nouveau Président de la République. Jamais cette élection majeure de la V<sup>e</sup> République ne se sera déroulée dans un contexte

aussi mouvant qu'incertain.

À l'étranger les électeurs se sont ingénies à démentir tous les sondages. En Grande-Bretagne le Brexit s'est imposé, aux États-Unis l'élection de Donald Trump paraissait improbable tout comme en Italie le départ de Matteo Renzi. Et pourtant tout cela est arrivé.

En France, pour la première fois, un président sortant n'est plus en capacité de se présenter. Les élections primaires ont, elles, sorti de l'échiquier un ancien président et deux anciens premiers ministres. Les affaires viennent perturber le déroulement de l'élection et creusent le fossé entre la nation et ses élus.

Comment s'étonner de cette situation après trente ans de promesses non tenues par nos élus, un état qui se désagrège moralement et financièrement, et de plus en plus de Français en situation précaire.

Peut-on déceler un sursaut à la lecture des programmes des candidats dans le domaine de la santé ?

Certes les approches se différencient sur plusieurs points. Rationnement des dépenses hospitalières contre relance des recrutements et des investissements, création d'une armée de médecins généralistes fonctionnaires contre maintien d'une médecine libérale, un secteur 2 préservé, encadré ou aboli, les complémentaires santé refondées ou dissoutes, le tiers-payant généralisé supprimé, maintenu, ou même généralisable pour un candidat !

Tous se rejoignent pour rembourser à 100 % lunettes, soins dentaires et prothèses auditives sans d'ailleurs préciser le financement et les conditions de prise en charge.

Tous veulent des MSP, certes plus ou moins étatisées selon la sensibilité politique, ainsi élevées en nouveau dogme de l'organisation de la médecine sans ne s'être jamais posé la question de leur modèle économique, leur impact sur les territoires et leur efficacité quand on sait qu'elles réduisent le recours aux médecins spécialistes et qu'il s'agit là d'un facteur de dégradation du système de soins.

Enfin force est de constater que les lois Bachelot et Touraine ne sont pas remises en cause et qu'on a du mal à voir la médecine libérale, dans toutes ses

composantes généralistes et spécialistes, placée au cœur de l'organisation du système de santé dans les territoires aux côtés d'établissements de santé recentrés sur leurs missions d'excellence.

Manifestement si certaines mesures sont intéressantes nous sommes loin de ce virage qui permettra à notre pays riche de créativité et d'initiatives locales innovantes, en médecine comme ailleurs de se libérer de son carcan étatique.

Le prochain président aura la lourde responsabilité de rétablir la confiance et de libérer les énergies, de laisser le pays respirer...

---

## Numéro 400

Ce numéro du *Cardiologue* revêt une forte valeur symbolique puisqu'il porte le numéro 400. C'est le 1<sup>er</sup> mars 1965 que notre syndicat, fondé en 1949 sous la présidence du Professeur Camille Lian, publie le 1<sup>er</sup> numéro de son journal officiel, *Le Cardiologue*.

Depuis, la revue a continuellement paru, initialement à un rythme trimestriel puis mensuel.

*Le Cardiologue* est la seule revue cardiologique à la fois revue socioprofessionnelle et scientifique. Cette bivalence lui donne toute son originalité et son intérêt en offrant aux cardiologues une information non seulement de qualité mais aussi la plus complète et précise possible sur tous les aspects de leur métier.

Dans les pages socioprofessionnelles *Le Cardiologue* apporte informations et éclairages sur tout ce qui fait l'actualité du moment dans le monde de la santé, en sollicitant des interviews des experts des sujets concernés.

Chaque numéro inclut aussi un cahier FMC, les deux premiers numéros de l'année étant plus particulièrement consacrés aux best of des grandes études et communications des congrès américains et européens.

Nous avons tenu à poursuivre la rubrique de Vincent Guillot sur les problèmes de nomenclature. Cela nous a paru primordial car les règles des cotations demeurent complexes et les contrôles des caisses toujours prégnants.

Au fil du temps la revue s'est aussi ouverte sur l'extérieur en s'enrichissant de rubriques sur les nouvelles technologies, la culture et les arts, sans oublier les plaisirs gustatifs à travers sa page oenologique.

À l'heure d'un monde connecté, il a été fait le choix de garder une édition papier classique à côté de numéros uniquement numériques. Mais, modernité oblige, l'ensemble des publications est consultable sur notre site internet [www.lecardiologue.com](http://www.lecardiologue.com), et ce in extenso pour tous les abonnés.

*Le Cardiologue* se félicite de ne jamais quitter dans les études sur les audiences de lecture les trois premiers rangs chez les médecins libéraux ou mixtes et il est au premier rang des mensuels en 2016. Qu'en soient vivement remerciés et félicités ses collaborateurs, ses rédacteurs et ses lecteurs.

La publication d'un journal a un coût que les recettes publicitaires ne suffisent plus aujourd'hui à couvrir, son financement repose aujourd'hui essentiellement sur les abonnés.

C'est grâce à vous et à votre confiance renouvelée chaque année que nous continuerons cette belle aventure débutée il y a 52 ans et fidèle aux vœux de son fondateur d'un journal « *œuvre de l'ensemble des cardiologues* » et reflet « *de la forme la plus représentative et la plus vraie de ce qui est notre activité professionnelle* ».

---

## **Elections...**

L'assemblée générale de notre syndicat qui s'est tenue le 28 janvier a procédé au renouvellement de son Conseil d'Administration d'où sont issus nouveaux Bureau et président. Hommage appuyé a été rendu à l'équipe sortante et à son président, Eric Perchicot. C'est un double choix qui a été fait : celui du changement avec

l'arrivée de jeunes cardiologues et de la continuité avec celles et ceux qui en poursuivant leur engagement nous apportent leur expérience. La nouvelle équipe aura pour tâche de défendre et promouvoir les cardiologues et la cardiologie ; elle devra aussi préparer la cardiologie de demain, une cardiologie dans un exercice regroupé, une cardiologie de l'urgence et du chronique, toujours ouverte sur les nouvelles technologies.

D'autres élections se profilent, présidentielles puis législatives. Ce doit être l'occasion d'un grand débat démocratique, explicatif sur la situation du pays et l'exposé clair des réponses apportées par les différents candidats pour que les citoyens puissent faire un choix éclairé au moment du vote.

Le pays va mal, le chômage est au plus haut, de plus en plus de personnes passent sous le seuil de pauvreté, le commerce extérieur est déficitaire, la dette s'alourdit chaque mois avec la menace de la remontée des taux d'intérêts qui rendra son remboursement de plus en plus difficile.

La santé ne peut être exclue du débat comme ce fut malheureusement le cas lors des élections précédentes. N'en déplaise à notre ministre, les comptes restent déficitaires avec une dette de près de 150 milliards d'euros qui s'alourdit chaque année et à laquelle se rajoutent 3 milliards d'intérêts d'emprunt. Pouvons-nous laisser une telle facture à nos enfants sans risquer un conflit entre génération ? Pire encore ce déficit n'empêche pas une dégradation du système. L'accès aux soins devient une vraie préoccupation pour une frange de plus en plus large de la population qui vit l'angoisse de ne plus trouver de médecins ; la situation financière des établissements hospitaliers publics et privés est tendue et les médecins sont sous une pression qui les détourne de leur métier. Nous ne pouvons faire l'impasse sur des questions aussi cruciales que les sources de financement, la part entre assurance obligatoire et complémentaire, l'équilibre entre système public et libéral, l'organisation des soins avec une réponse graduée sur les territoires entre médecine générale et de spécialité et le maintien d'une offre hospitalière structurée et équilibrée entre ses différentes composantes. Il faudra bien trancher entre deux approches opposées, celle, qui progresse actuellement, d'un système entièrement sous la coupe de l'Etat et celle qui laisse la part à l'initiative individuelle, la liberté d'entreprendre, dans un cadre négocié.

Ce débat, nous sommes prêts à le porter, ce serait une grave erreur de l'enterrer au risque de lendemains douloureux.

**Jean-Pierre Binon**

*Président du SNSMVCV*

---

## **Fin de partie**

« *Le changement est dans l'ADN de l'Amérique* » a proclamé Barak Obama dans son discours d'adieu à Chicago, discours où il affirme son optimisme pour l'avenir du pays qu'il estime avoir transformé positivement.

En France le quinquennat s'achève. François Hollande en annonçant qu'il ne briguerait pas un second mandat a fait, lui aussi, le panégyrique de son action, bilan qu'aucun des prétendants socialistes à l'investiture, pourtant pour la plupart anciens ministres, ne semble souhaiter défendre.

Fin de partie probable pour Marisol Touraine, fidèle parmi les fidèles, qui aura réussi le tour de force d'être ministre des affaires sociales de la santé et du droit des femmes pendant tout le quinquennat, fait unique sous la V<sup>e</sup> République. Que l'on apprécie ou pas ses convictions et ses méthodes, ses décisions auront dans les années qui viennent un impact profond sur le paysage de la santé. Elle aura réussi par la création des groupements hospitaliers de territoires (GHT) à faire fondre le nombre d'hôpitaux du pays, les plus petites structures étant amenées, de fait, progressivement à disparaître sans qu'elle ait eu à affronter la fronde des élus locaux. Les GHT ont l'ambition, clairement affichée dans la loi de modernisation du système de santé publié en janvier 2016, de structurer l'offre de soins dans les territoires et pas seulement en ce qui concerne l'hospitalisation.

La même loi s'est attaquée au chantier de l'organisation des pratiques ambulatoires avec la création des équipes de soins primaires (ESP), des communautés territoriales de professionnels de santé (CPTS) et des plates-formes d'appui (PTA).

Les textes réglementaires sur ces modèles d'organisation ont été publiés au *Journal Officiel* ces dernières semaines. Ils sont suffisamment vagues pour laisser



aux Professionnels de Santé dans les territoires, quelle que soit leur forme d'organisation actuelle, la liberté de leur mise en œuvre. Ce sont toujours les individus qui font la réussite d'un projet quelle que soit la qualité de la structure imaginée sur le papier.

Madame Touraine restera l'égerie du tiers-payant obligatoire, envers et contre tout, stigmaté d'un dogmatisme quasi mystique. La raison ne peut que se briser sur le mur de l'idéologie qui peut se révéler une infirmité dans les relations sociales.

Dans *Fin de Partie*, la pièce de Samuel Beckett, les différents protagonistes, dans une atmosphère apocalyptique de fin du monde, sont des handicapés de la vie. Nous ne sommes bien sûrs pas dans les extrémités décrites par Beckett quoique... De notre ADN semblent avoir disparu les gènes du changement chers au Président des Etats-Unis. Conservatisme et individualisme sont deux infirmités, à chacun les siennes me direz-vous, qui peuvent participer à la disparition de la pratique libérale des métiers de la santé. Fin de partie ? 2017 nous le révélera peut-être.

Fin de partie en tout cas pour votre serviteur, qui, lui aussi en fin de mandat, transmettra le relais à son successeur à la fin de ce mois avec l'intime conviction que le pire n'est jamais sûr et que la fatalité n'existe pas.

**Eric Perchicot**

*Président du SNSMCMV*

---

## **Vœux pieux ?**

François Fillon aura eu le mérite de mettre en pleine lumière le débat sur l'avenir de notre système de santé. Les réactions, tant de gauche que de droite d'ailleurs, et la réprobation clairement manifestée par l'opinion publique sur ses propositions libérales l'ont promptement incité à faire machine arrière. Cela laisse mal augurer de l'avenir, car cette reculade peut donner à croire que, soit ses

positions étaient peu réfléchies, soit son courage politique est à l'aulne de la moyenne du personnel politique.

Malheureusement, la controverse n'a porté que sur le volet financement et équilibre du système de protection sociale. On a évoqué : rétablissement des comptes, panier de soins, périmètre de celui-ci (petit risque ? gros risque ?). On nous a ressorti le Conseil National de la Résistance, Pierre Laroque... bref, la politique politicienne a vite repris son cours. En revanche, personne ne s'est penché sur le problème de fond, celui qui devrait être traité en priorité : l'architecture et l'organisation du système de soins dans un monde qui a radicalement changé depuis 1945 date de la création de la Sécurité Sociale et fin des années cinquante, époque à laquelle a été mis en place notre système hospitalo-universitaire.

Le vieillissement spectaculaire de la population, l'amélioration remarquable des thérapeutiques ont totalement transformé la nature des pathologies que nous prenons en charge. Nos schémas organisationnels sont progressivement devenus obsolètes ce qui a généré des pratiques inadéquates, coûteuses et peu efficaces.

Sans ordre préférentiel chacun peut constater chiffres à l'appui :

- un surdimensionnement de l'hôpital public formaté pour la prise en charge des pathologies aiguës et non pour l'accompagnement des maladies chroniques ;
- un mode de rémunération, le paiement à l'acte qui, seul, n'est plus pertinent pour rémunérer l'ensemble des missions du corps médical, même s'il reste incontournable dans certaines situations cliniques ;
- un fonctionnement « en silo » des différents professionnels, peu à même de créer les conditions de prise en charge efficace des maladies chroniques qui nécessitent un parcours de soins coordonné et cohérent ;
- l'absence de réflexion, et une défiance évidente de chaque acteur, sur la délégation de tâches qui doit libérer le médecin de tout ce qui ne justifie pas sa haute valeur ajoutée et autoriser chaque intervenant à valoriser son métier ;
- la non-prise en compte de tous les outils regroupés sous le vocable de e-santé dont on ne mesure pas aujourd'hui ce que l'irruption dans le champ de la santé va chambouler de nos pratiques ;
- le retard à l'adaptation du mode d'exercice libéral, qui du cabinet isolé

doit évoluer vers l'entreprise médicale de proximité, regroupant l'ensemble des professionnels de santé participant aux missions de soins, de prévention et de santé publique dans les territoires. Ces structures associant les équipes de premiers recours et d'expertise ambulatoire doivent devenir la pierre angulaire de la prise en charge des maladies chroniques pour toute personne ne justifiant pas d'une hospitalisation complète :

- enfin les pouvoirs publics et les représentants de toutes les professions de santé doivent s'entendre pour stopper la déferlante de nouveaux professionnels et stabiliser la densité des intervenants, indispensable pour rationaliser l'offre de soins, mettre en place une coordination efficace et contrôler les coûts.

Voilà ce qui devrait être débattu aujourd'hui, car sujet de société concernant tous les Français qui gagnerait à être exposé sans tabou et en complète transparence.

Tout cela, vœux pieux à l'approche de Noël ?

Il n'est pas indispensable d'être croyant pour avoir foi dans les facultés d'adaptation de la société, même si dans notre beau pays il faut le plus souvent attendre d'être dos au mur pour réagir. Nous y serons bientôt.

---

## **« La démocratie est le pire des systèmes...**

*... à l'exclusion de tous les autres »*, aphorisme célèbre attribué à Winston Churchill. Certes, cette prévention envers le suffrage universel n'est pas nouvelle puisque, déjà, les philosophes des lumières le regardaient avec circonspection arguant du fait qu'un tribun brillant pouvait facilement manipuler les masses. Il est probable que Winston Churchill partageait la même vision.

La lecture est réservée à nos abonnés papier

Pour lire cet article, vous devez vous connecter

Identifiant ou adresse e-mail

Mot de passe

Se souvenir de moi

- [Mot de passe oublié ?](#)
- 

# Le mari de Madame Bovary : le retour ?

Charles Bovary, époux d'Emma Bovary, exerçait le métier d'officier de santé. Le corps des officiers de santé avait été créé en 1793 par les révolutionnaires. Dans un souci louable d'égalité entre les citoyens, l'objectif était de permettre à chacun d'être soigné quelle que soit sa condition, ce qui était loin d'être le cas sous l'ancien régime. Tout le XIXe siècle a été marqué par les conflits entre ces soignants non-médecins, aux compétences limitées, et les docteurs en médecine. La médecine académique a obtenu la fin des officiers de santé en 1892, les derniers d'entre eux cessant leur activité au début du vingtième siècle.

La lecture est réservée à nos abonnés papier

Pour lire cet article, vous devez vous connecter

Identifiant ou adresse e-mail

Mot de passe

Se souvenir de moi

- [Mot de passe oublié ?](#)

---

# Été meurtrier ?

Une nouvelle convention médicale a été signée par MG-France, la FMF et Le BLOC le 25 août dernier. À écouter la FMF c'est une « *signature de combat* », la signature de combat étant au combat ce que le play-back est à la chanson : une duperie qui ne trompe que les naïfs. Pour ancrer un peu plus son comportement dans l'ubuesque, cette centrale vient d'annoncer qu'elle allait attaquer en Conseil d'État certaines parties du texte.

Quant à MG-France, grand artisan du texte conventionnel, elle vient de demander aux spécialistes en médecine générale de poursuivre la désobéissance tarifaire... Ces postures paradoxales ne sont motivées que par la prise de conscience que, sur le terrain, une immense majorité des médecins libéraux, quelle que soit leur spécialité, ne se reconnaît pas dans un texte de peu d'ambition qui n'offre à personne, quelle que soit sa génération, un cadre professionnel rénové.

Nous n'avons que trop tardé, financeurs et acteurs, à faire publiquement le constat que nous connaissons tous : le système actuel est obsolète et n'est plus à même de satisfaire la population et les professionnels. Je ne reviendrai pas sur la longue dérive conventionnelle qui a conduit à des tarifs de consultation indignes, cause première du marasme actuel. L'effet volume, que plus personne ne nie, en est la conséquence et le facteur qui aujourd'hui gèle toute prospective. La fluidité de la prise en charge du patient dans un système de santé rénové passera par une refondation complète des types de rémunérations. Cette révolution ne sera réussie que si nous acceptons de réfléchir à une valorisation des pratiques médicales qui ne reposerait plus que sur le tarif des actes, le paiement à la pathologie apparaissant plus adapté à la prise en charge des maladies chroniques.

Le chantier est immense et demandera des années avant d'être achevé, raison suffisante pour ne plus reculer et surtout ne pas attendre la nouvelle convention pour en poser la première pierre.

Un dirigeant de la Fédération Hospitalière de France a récemment déclaré que les Groupements Hospitaliers de Territoires seront « *très ouverts sur la médecine*

*de ville* », espérons que cette ouverture ne soit pas celle des abattoirs sur les animaux d'élevage. Il n'y a qu'à voir en quelle estime sont tenus les praticiens temps partiels dans les hôpitaux depuis des décennies pour constater qu'un partenariat équilibré, pourtant indispensable, va nécessiter beaucoup de bonne volonté. Déclinant sur le terrain les articles de la loi de santé, l'hôpital public, à marche forcée, se met un ordre de bataille pour prendre une part importante dans l'ambulatoire. Ne regardons pas le train passer, les médecins libéraux doivent, dans la même logique, sacrifier l'exercice individuel et s'organiser pour faire des propositions de services, coordonnées et alternatives à l'offre publique.

Un arrêté est paru il y a quelques semaines élargissant encore un peu le numerus clausus. Ces futurs médecins et maïeuticiens n'arriveront sur le terrain que dans une dizaine d'années. Ils aggraveront la pléthore des professionnels de santé que l'on voit poindre à l'horizon des années 2020. Je le répète : il y a suffisamment d'acteurs sur la scène nationale pour prendre en charge l'ensemble de la population sous réserve d'une coordination territoriale efficace, d'une délégation des tâches efficiente et d'une relation ville-hôpital opérationnelle.

Été meurtrier pour la médecine libérale ? Ce n'est pas encore inéluctable.

**Eric Perchicot**

---

## **Bonnes vacances**

Chères Consœurs,

Chers Confrères,

Chers amis,

J'ai le plaisir de vous confirmer ce que je vous annonçais dans ma circulaire précédente : vous pouvez dès aujourd'hui, vous acquitter de votre cotisation syndicale en ligne. Il vous suffit de cliquer [ici pour vous connecter](#).

Ce n'est qu'une possibilité supplémentaire qui vous est offerte ; vous avez bien sûr la possibilité comme habituellement d'adresser directement un chèque à votre trésorier régional ou départemental.

Dernière circulaire avant quelques semaines de repos.

Hier soir (jeudi 27 juillet) vers 23 heures s'est achevée la dernière réunion de la négociation conventionnelle. Deux syndicats, MG France et Le Bloc, ont déjà paraphé le protocole d'accord. Les 3 autres structures polycatégorielles réservent leur réponse après consultation de leurs instances.

Comme je l'anticipais dès le début du rendu conventionnel, cette convention n'est malheureusement qu'un rafistolage d'un système en bout de course. Considérer comme un « triomphe » le passage de la consultation du médecin généraliste de 23 à 25 € (par le biais d'une majoration de 2 € adossé au C maintenu à 23 €) au 1<sup>er</sup> mai 2017 montre quelle était l'ambition des partenaires. Je suis un peu plus convaincu aujourd'hui encore de la nécessité d'une remise à plat complète de l'organisation de la médecine libérale. Espérons qu'il ne faudra pas attendre 5 ans pour s'atteler à cette tâche très ardue, mais qui conditionne l'avenir de notre mode d'exercice.

Nous aurons l'occasion d'en parler plus précisément mais sachez que les quelques revalorisations obtenues par les signataires ont un calendrier de mise en œuvre qui court jusqu'au 2<sup>e</sup> semestre 2018, bien au-delà d'une échéance électorale qui risque rebattre totalement les cartes.

Bonnes vacances à chacun d'entre vous.

Amicalement.

**Docteur Eric PERCHICOT,**

*Président.*

**URGENT** : Merci de nous faire parvenir votre adresse mail afin de recevoir les versions uniquement **ONLINE** de la revue *Le Cardiologue* d'une part et les

*informations syndicales plus rapidement d'autre part.*

*Votre Nom*

*Votre Prénom*

*Votre année de naissance*

*Votre année d'installation*

*Votre adresse mail*

---

## **L'esprit des lois**

La caractéristique constitutive du bouc émissaire, voué à la vindicte populaire, est qu'il doit être innocent de ce dont on l'accable. La façon dont les médecins exerçant en secteur « *à honoraires libres* » sont traités aujourd'hui en est un exemple caricatural. Par l'augmentation du prix du tabac, les Pouvoirs Publics espèrent décourager les fumeurs de poursuivre cette addiction dangereuse pour la santé et coûteuse pour l'Assurance Maladie. Dans la même logique, en augmentant le reste à charge des patients faisant confiance à leurs médecins secteur 2, la puissance publique a l'objectif de faire disparaître ce mode d'exercice. Grande différence cependant : la nocivité du tabac pour la santé est démontrée, alors que l'exercice de la médecine en secteur 2 n'entraîne aucun préjudice pour la santé et n'enfreint aucune réglementation.

En 1980, c'est l'Assurance Maladie qui a inventé le secteur à honoraires libres. Le contrat conventionnel était le suivant : libre fixation des honoraires, en respectant bien sûr tact et mesure, et cessation de la participation de l'Assurance Maladie aux cotisations sociales des médecins qui optaient pour ce nouveau secteur d'exercice.

Une diminution du niveau de remboursement des patients ne faisait pas partie du contrat. Ce n'est que progressivement à partir de la convention de 2005, aggravé par l'avenant numéro 8 de la convention 2011, que l'on a assisté à un découplage



entre le tarif des actes conventionnels et le niveau de remboursement de ces mêmes actes quand le médecin les pratiquant exerçait en secteur 2.

Rendre responsable ces médecins de l'augmentation des dépassements est une insulte au bon sens. Cet accroissement est en lien direct avec la stagnation du tarif des actes. Nous y voilà : le praticien/bouc émissaire est là pour détourner la population de la responsabilité des Pouvoirs Publics.

On ne se grandit jamais à abaisser autrui. La stigmatisation des médecins exerçant en secteur 2 est insupportable. Il est inacceptable que les patients qui leur font confiance soient sanctionnés. L'ensemble des syndicats de médecins, quelles que soient leurs convictions, doit s'élever contre cette manipulation. Le niveau de remboursement des patients ne doit pas dépendre du secteur d'exercice du médecin, pas plus que la qualité des prestations sociales auxquelles a droit ce dernier.

Cette façon de faire est un dévoiement complet de l'esprit de la création du secteur à honoraires libres et de la lettre du texte conventionnel.

*« Il serait contraire à la raison que la loi flétrit dans les enfants ce qu'elle a approuvé dans le père » Montesquieu, L'esprit des lois, 1748.*

**Eric Perchicot**

---

## **Marché de dupes ?**

Au début du mois de mai s'est achevé le 1<sup>er</sup> round des discussions conventionnelles. Il a permis à l'Assurance Maladie de faire son état des lieux de la convention précédente et mettre en avant les éléments positifs de celle-ci. Les diverses mesures d'amélioration des revenus des médecins libéraux ont été actées, en laissant soigneusement de côté les plans d'économie imposés dans le même temps à certaines spécialités ou certaines activités, d'imagerie en particulier.

Le discours, à usage de la population, est simple : les médecins libéraux ont augmenté leurs revenus sur les cinq dernières années, revenus, bien sûr largement étalés dans la presse. Le message est clair : ils ont des revenus élevés et ceux-ci s'accroissent régulièrement.

Quels sont les atouts des protagonistes de cette négociation ?

Pour ce qui est du couple ministère/Assurance Maladie, ils sont nombreux : il gère le rythme et le contenu des réunions, il a accès aux médias sans limite, il tient les cordons de la bourse et seul connaît le montant de l'enveloppe qu'il est disposé à accorder pour la signature d'un accord. Les duétistes ont de plus un bâton sous la forme d'un règlement arbitral, si une signature n'a pas été apposée par les syndicats représentatifs au texte conventionnel avant la fin juillet.

Pour ce qui est des syndicats représentatifs, le décompte des atouts est simple, il n'y a n'a qu'un : le calendrier des discussions, à moins d'un an de l'élection présidentielle et donc le caractère délétère pour le Pouvoir en place d'un échec des négociations. Ne pas se mettre à dos un nouveau corps social, dans le contexte que nous connaissons, est certainement l'élément qui peut jouer en faveur d'un accord raisonnable.

Les deux parties peuvent-elles arriver à un compromis gagnant-gagnant ? Encore faudrait-il définir ce que pourrait être ce compromis. Pour les pouvoirs publics, qui se sont engagés dans une politique des revenus, des revalorisations ciblées qui permettraient une diminution significative de l'écart de bénéfices entre les spécialités au bas de l'échelle et les mieux lotis seraient satisfaisantes.

Pour les médecins libéraux, que les spécialités ayant actuellement des revenus annuels en dessous de 60 000 € puissent les augmenter significativement est un objectif prioritaire, sous réserve que ce ne soit pas au détriment des spécialités les mieux loties.

Or, il apparaît que, en parallèle aux réunions conventionnelles, l'Assurance Maladie travaille à un plan d'économies sur « l'imagerie médicale » qui permettrait, au moins en partie, d'abonder l'enveloppe de la revalorisation des spécialités sinistrées.

Ce système de vases communicants est inacceptable. Déshabiller Pierre pour habiller Paul n'est pas une bonne politique. Espérons que les syndicats

polycatégoriels refuseront ce marché de dupes d'autant que les mêmes pouvoirs publics, quand ils sont employeurs se pliant alors à la loi du marché, font des ponts d'or aux médecins de ces spécialités « nanties », praticiens dont ils ont besoin dans les hôpitaux publics.

La négociation conventionnelle permettra de répondre à deux questions simples : les syndicats représentatifs auront-ils assez de lucidité et de courage pour refuser un accord qui stigmatiserait certaines spécialités ? L'organisation syndicale telle qu'elle est aujourd'hui représente-t-elle équitablement l'ensemble des spécialités médicales ?

Ainsi, Les semaines qui viennent nous aideront à apprécier si une refondation du paysage syndical va s'avérer indispensable dans l'avenir. A suivre...

**Eric Perchicot**

---

## **Etat de déliquescence**

Les révélations du dossier Panama Papers ne sont que le dernier avatar révélé du travail d'érosion de la base fiscale des Etats au détriment de la budgétisation des Nations mêmes les plus avancées. Ces mécanismes d'évitement de l'impôt à l'échelle mondiale n'ont pu se mettre en place sans la complicité, ou du moins la complaisance, des politiques au pouvoir. Il serait facile de jeter l'opprobre sur des paradis fiscaux exotiques si n'existaient leurs pendants dans l'Union Européenne : îles anglo-normandes, île de Man... ou aux États-Unis, l'État du Delaware par exemple.

Cette spoliation des Nations par leurs élites est la marque d'une disparition progressive des valeurs qui ont fondées nos démocraties. La République Française n'échappe pas à cette désagrégation, la politique se résumant de plus en plus à de la communication et de l'affichage. Pour vous en convaincre, je vous engage à lire le rapport à l'[IGAS](#) (\*) de l'ancien Secrétaire Général de la

Conférence Nationale de Santé avant sa démission. Vous apprécierez en quelle estime la ministre de la santé et son cabinet tiennent la démocratie sanitaire. Dans le même esprit, a été révélé, il y a quelques jours, comment n'a été pas été prise en compte une expertise du CNRS sur les méfaits du diesel dès 1997 et, dans le même registre, comment notre ministre de l'écologie, il y a quelques semaines, a crié au scandale contre une décision de l'Union Européenne assouplissant les normes de pollution des moteurs diesels, alors que la France, par son ministère, a voté pour cette décision...

Les discussions conventionnelles sont malheureusement conduites dans le même état d'esprit : ce n'est pour l'instant qu'une présentation de chiffres, souvent invérifiables, pour imposer deux idées : il n'y a pas assez d'argent pour satisfaire les médecins et la pénurie médicale impose des mesures ciblées. Peu importe que chacun sache que le niveau du tarif des actes limite toute ambition d'amélioration des pratiques. Nous allons vers une convention qui ne sera qu'un rafistolage d'un système en bout de course. Il apparaît pourtant de plus en plus clairement que tout le système devrait être mis à plat à partir de constats simples : un modèle économique raisonnable pour la médecine libérale de demain ne passera que par une réflexion globale efficacité/volumes/tarifs des actes. Cette réflexion ne pourra se mener qu'en parallèle à une régulation territoriale de l'offre de soins. Personne, et surtout pas les médecins libéraux, n'a intérêt à une pléthore de l'offre. Mieux vaut organiser cette offre, avec l'ensemble des professionnels, dans l'intérêt général.

Dans l'atmosphère crépusculaire actuelle, où le personnel politique manque à ce point de courage qu'il a peur de son ombre même la nuit, mettre en œuvre une vraie réforme peut paraître difficile. Sénèque au 1<sup>er</sup> siècle de notre ère écrivait déjà : « *Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas, c'est parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles* », pas mieux...

---

# L'avenir appartient.....

Le 15 mars, il y a eu un an que nous avons massivement manifesté à Paris contre la loi de santé en gestation...avec le succès que l'on sait. Quel contraste avec le résultat obtenu par « les jeunes » opposés à la modification du code du travail ! Ils ont imposé une réécriture du texte avant même que celui-ci ne passe en Conseil des ministres. Sur le fond, ils s'opposent à des mesures assouplissant les possibilités de licenciement, devant permettre aux entreprises d'embaucher plus facilement, en les libérant partiellement des textes en vigueur, qui font du licenciement un parcours du combattant décourageant. Bref, nous préférons sécuriser ceux qui ont un emploi plutôt que d'entrouvrir la porte aux millions de ceux qui en sont dépourvus... C'est la version moderne de *Perrette et le pot au lait*. C'est une marque de profonde défiance de l'entreprise, emblématique de l'état d'esprit de nos gouvernants, qui n'ont eu de cesse depuis plus de 40 ans que de mettre le secteur marchand sous tutelle administrative, avec les résultats que l'on connaît sur l'emploi, le pouvoir d'achat, la compétitivité, les déficits publics et la dette du pays.

Qu'attendre d'un personnel politique essentiellement issu des bancs de grandes écoles, puis de l'ENA ou de l'école de Rennes, qui après un parcours universitaire brillant, a intégré Cour des comptes, inspection des finances ou cabinets ministériels sans jamais avoir connu le monde de l'entreprise ? Comment donc le convaincre que la création de richesse est le préalable à toute redistribution équitable et que soutenir l'entreprise plutôt que de plomber son développement devrait être l'objectif prioritaire de l'Etat ?

Le secteur de la santé ne fait pas exception à la règle. Le modèle économique de l'entreprise médicale libérale où la valorisation de l'activité produite doit permettre de couvrir les charges d'investissement, de ressources humaines (par exemple affectées à la délégation de tâches), de logistiques et de fonctionnement, est en voie de destruction au profit d'aides diverses et variées forfaitaires, non pérennes et soumises à des contraintes bureaucratiques incompatibles avec la pratique libérale.

La Ministre de la Santé a imaginé un virage ambulatoire (les plus de 10 millions de citoyens atteints de pathologies chroniques en ALD passant, quand même, plus de temps dans l'année en dehors que dans les murs de l'hôpital), piloté par les

ARS... autour de l'hôpital public, dans une organisation planifiée où les professionnels de santé libéraux ne seraient que des auxiliaires supplétifs taillables et corvéables à merci, n'est-ce pas Madame Dormont ?

Actuellement se déroulent les premières réunions de la négociation conventionnelle. Les syndicats représentatifs doivent refuser un nième marché de dupes et obtenir un espace de liberté tarifaire pour tous les médecins, unique moyen pour nos entreprises libérales, en dehors d'une remise à niveau du tarif des actes à laquelle personne ne croit, de conserver un modèle économique viable.

La voie est étroite. Cependant, la proposition n'est ni provocatrice ni folle. L'existence d'une offre publique de plus en plus étoffée et la démographie médicale, qui va mener à l'abondance après 2020, réguleront mécaniquement les niveaux de reste à charge, par le jeu de l'offre et de la demande.

Il reste peu de temps aux plus jeunes d'entre nous pour imaginer et promouvoir l'entreprise médicale libérale comme offreur de soins en capacité de conventionner avec les financeurs de la santé et mailler l'ensemble du territoire.

---

## **On prend les mêmes...**

Madame la ministre de la santé, accompagnée du directeur général de la santé, a détaillé le 4 février, elle-même, le rapport d'étape de l'enquête de l'IGAS entreprise après l'accident mortel survenu lors d'un essai clinique sur volontaires sains le 18 janvier dernier.

« *Trois manquements majeurs* » ont été retenus à ce stade de l'enquête par l'institution. Est reproché à la société Biotrial, entre autres décisions malencontreuses, d'avoir attendu le jeudi 14 janvier pour informer l'ANSM de l'accident soit quatre jours après l'hospitalisation du premier volontaire, celui qui décèdera, et trois jours après décision d'interruption de l'essai.

Il est bon de rappeler qu'il a fallu près de 10 ans aux mêmes autorités pour

décider de l'arrêt de commercialisation du Médiateur en 2009, après la première alerte lancée par un cardiologue libéral en 1999. 10 ans, alors que la molécule avait progressivement été interdite dans la plupart des pays voisins. Il est instructif de voir la différence de traitement dans les deux cas. Il se vérifie qu'il est toujours plus facile de voir la paille dans l'œil du voisin que la poutre dans le sien.

De toute évidence, ce qui est indispensable à Madame la ministre de la Santé, c'est d'apparaître aux journaux télévisés comme le censeur intransigeant d'agissements inappropriés. Quel dommage que tout, depuis sa nomination en 2012, nous montre qu'elle est plus à son affaire dans la communication que sur le chantier de modernisation de notre système de santé.

Nous sommes plus que jamais dans la société du spectacle. Quel crédit aurait eu la personnalité désignée au ministère de l'écologie, après le renoncement de Nicolas Hulot, annoncé pourtant urbi et orbi comme le « *transfert du siècle* » ? Madame Royal a dû rempiler... avec quelques prérogatives supplémentaires.

Le casting gouvernemental s'avère de plus en plus, à chaque remaniement, un exercice qui n'a rien à envier aux superproductions hollywoodiennes construites autour des acteurs et actrices les plus « *bankables* ». A l'exception du remplacement de Laurent Fabius parti au Conseil constitutionnel, aucun ministère important n'a changé de titulaire ; la montagne a accouché d'une souris...

Ce dévoiement de notre démocratie n'augure rien de bon pour l'avenir. Nous risquons de le vérifier prochainement dès l'ouverture des négociations conventionnelles. En effet, le jeu des chaises musicales, perturbé par le refus de Monsieur Hulot, n'ayant probablement pas libéré de fauteuil suffisamment large, Madame Touraine conserve son portefeuille et nous une interlocutrice peu à l'écoute des inquiétudes de la médecine libérale.

Le front uni affiché par les 5 syndicats représentatifs lors des assises de la médecine libérale le 11 février convaincra-t-il Madame Touraine qu'on a rarement raison seul contre tous ?

Rien n'est moins sûr,

Soyons prêts à tout... ou à n'importe quoi, quel gâchis !

## **Pas de trêve des confiseurs**

Dans la deuxième quinzaine de décembre est paru au *Journal Officiel* le décret augmentant de 135 postes, répartis dans des académies en « zones défavorisées », le *numerus clausus* de la première année des études médicales. Cette parution est le prolongement du pacte Territoire Santé 2 présenté par la Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes le 19 novembre dernier. Hors l'effet d'annonce, que peut amener cette mesure aujourd'hui, quand on sait que les futurs professionnels entrant dans le cursus en 2017 ne seront opérationnels sur le terrain au mieux qu'en 2027, époque où la pléthore médicale sera le gros problème que nous aurons tous à gérer, si nous ne sommes pas capables de nous opposer au discours ambiant ? Quel aveuglement, quelle méconnaissance de la réalité, quel manque de lucidité. On ne fait pas de bonne politique qu'avec de la communication.

Dès les fêtes passées nous avons eu droit à une enquête montrant que les médecins, contrevenant à la réglementation en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015, ne prescrivait pas leur ordonnance en Dénomination Commune internationale ! Avec l'argument péremptoire, mais certainement pas vérifié, que cette prescription améliorerait l'observance. Il est regrettable que les prometteurs de cette analyse n'aient pas précisé qu'elle avait été effectuée au printemps 2015 quelques semaines seulement après l'introduction de l'obligation pour un corps médical à la moyenne d'âge respectable qui n'a jamais prescrit qu'en noms de spécialités. Que, après quelques semaines seulement, 25 % d'entre nous prescrivent en DCI me paraît plutôt encourageant. Combien a-t-il fallu de temps aux Français pour parler en nouveaux francs au début des années 60 ? Quel est l'objectif recherché par ce type de présentation ? Montrer du doigt le corps médical, dans quel but ?

Cette année encore la cotisation ordinale que doit obligatoirement acquitter tout médecin exerçant une activité de soins sur le territoire français va augmenter.



Qu'importe à cette vénérable institution que les tarifs des actes médicaux soient figés depuis des lustres et que l'ensemble de la profession médicale soit en souffrance. Plus de 200 000 médecins devant s'acquitter de plus de 300 euros chacun (et je ne compte pas l'imposition des sociétés d'exercice) représentent pourtant un budget annuel considérable, qui ne semble pas suffire à l'Ordre National des Médecins pour faire face à de nouvelles missions, dit-il lui-même, dont, pour certaines, il s'est pourtant autosaisi. Encore une institution qui, malgré des efforts remarquables pour apparaître à l'écoute du terrain, oublie le quotidien de ses assujettis quand il s'agit de gros sous.

Nous commémorons ce mois-ci les 20 ans de la disparition d'un Président de la République dont nous pourrions regretter que la 85<sup>e</sup> proposition, en tant que candidat à l'élection présidentielle de 1981, n'ait jamais été appliquée.

Quel dommage que les promesses politiques ne se concrétisent que rarement...

---

## **Audi alteram partem\***

Un mode de scrutin qui oscille entre majoritaire et proportionnel a accouché de résultats, qui dans certaines régions, ne laissent aucune place à la pluralité des convictions.

Dans la grande région Nord et en Provence toute sensibilité autre que de droite a disparu des assemblées nouvellement élues. Comment une société démocratique peut-elle en arriver à générer un mode de désignation aussi loin d'une représentation équilibrée de la population ? La volonté de stabilité institutionnelle, fondement de la V<sup>e</sup> République, a engendré une organisation très peu propice à une réflexion plurielle dans l'intérêt général et un personnel politique incapable d'entendre et d'écouter d'autre discours que le sien.

Les péripéties de la loi de *modernisation du système de santé*, qui ont rythmé toute l'année 2015, en sont un exemple caricatural. Au lieu d'une réflexion

partagée, qui aurait dû permettre d'aboutir à un projet novateur de prise en compte du vieillissement dans l'organisation des soins, les représentants des professionnels de santé ont subi des simulacres de réunions de concertation, en réalité petites messes à objectif de communication, sans volonté d'aboutir à un projet équilibré. Tout était écrit, rien n'a été modifié.

2016 ne s'annonce pas sous des auspices plus propices. L'élan de la réunion unitaire du 4 novembre rassemblant l'ensemble des syndicats représentant la médecine libérale a bien du mal à se confirmer. Il a suffi à Madame la ministre de la santé de convoquer les présidents des syndicats représentatifs pour discuter de la future convention pour que chacun se précipite rue de Ségur avec sa liste de revendications... au Père Noël. N'aurait-il pas été plus cohérent de décliner poliment l'invitation, en arguant que la médecine libérale souhaitait d'abord, comme elle l'avait annoncé, élaborer une plate-forme commune d'organisation et de coordination des soins autour du patient en médecine de proximité, avant d'en discuter la faisabilité et les adaptations éventuelles avec les pouvoirs publics ?

Quand la société française arrivera-t-elle à sortir du : « je suis majoritaire, vous avez donc politiquement toujours tort » et accepter une cogestion des grands domaines d'intérêt général, où l'écoute de l'autre et l'élaboration d'un compromis sont les bases de la réussite politique ? C'est une culture, celle de l'écoute de l'autre, depuis longtemps acquise chez nos voisins germaniques et dans les démocraties scandinaves, où ses résultats ne sont plus à vanter.

Je suis convaincu que la médecine libérale peut donner l'exemple d'une concertation réelle entre l'ensemble des forces syndicales, malgré des diversités de positions qui ne sont pas à occulter, aboutissant à un projet commun qui aurait une force indéniable dans les négociations à venir.

La société civile peut montrer la voie à une classe politique qui doit s'interroger lucidement sur la déliquescence du dialogue démocratique et changer radicalement son comportement. Entendre l'autre partie, admettre des compromis dans l'intérêt général, voilà ce qui manque cruellement aujourd'hui à la communauté nationale.

*\*Audi alteram partem : « entends l'autre partie », vieil adage judiciaire sur l'importance d'écouter l'autre pour un jugement équitable.*

---

# Réflexions d'automne

La loi de Santé sera votée avant la fin de l'année. Il est curieux de constater que le tiers-payant généralisé, obligatoire à l'horizon 2017, a polarisé l'attention des médias qui ont largement abordé le sujet par le petit trou de la lorgnette. Qu'il ne change en rien la prise en charge de l'optique, de l'audioprothèse et des prothèses dentaires, ni n'améliore les délais de RDV, causes principales des renoncements aux soins de la population, est passé sous silence. Que la gestion de ce TPG soit un casse-tête tel, que le rapport demandé par le Gouvernement sur sa faisabilité soit reporté à plus tard, pas un mot. Enfin, qu'il mette le médecin libéral dans les mains du payeur et dénature la relation patient-médecin, que nenni !

Le 4 novembre dernier, tous les syndicats représentatifs des médecins libéraux se sont retrouvés pour dénoncer, d'une même voix, les dangers de la loi de santé et ont annoncé leur volonté de dégager ensemble de grands axes communs et partagés en vue de la négociation conventionnelle du printemps prochain. Même, s'il y a loin de la coupe aux lèvres et si le chemin est étroit et difficile, c'est une bonne nouvelle pour l'ensemble de la communauté médicale libérale. Il est indispensable que nous arrivions à définir le canevas de la prise en charge ambulatoire libérale de la population, seule voie raisonnable si l'objectif est de soigner au mieux et à moindre coût. Espérons que l'appétence pour les présidences des Unions Régionales des Médecins libéraux ne fragilise pas cette belle unanimité.

L'abstention a été la grande gagnante de ces élections. C'est malheureusement l'indicateur d'une démotivation et d'un découragement dont personne ne doit se réjouir. L'analyse de cette abstention montre qu'elle a été de 20 % plus forte dans le collège 3, celui des spécialistes autres que ceux du bloc opératoire. On peut penser que les généralistes se reconnaissent peu ou prou dans MG France et que Le Bloc fédère chirurgiens et anesthésistes. A contrario, cette abstention record chez les spécialistes médicaux peut s'expliquer par la difficulté qu'ils ont à s'identifier à quelque syndicat que ce soit. Y a-t-il une plus-value pour les médecins spécialistes libéraux à faire confiance à un syndicat polycatégoriel ?

L'avenir nous le dira.

8 357 étudiants se sont présentés aux Epreuves Classantes Nationales en juin 2014. Le nombre de postulants titulaires d'un second cycle européen a augmenté de 26 % par rapport à l'année précédente. Ils représentent plus de 10 % des inscrits. Cette proportion va continuer à augmenter dans les années à venir. Quand on sait par ailleurs que 25 % des médecins qui s'inscrivent à l'Ordre pour la première fois présentent un diplôme obtenu à l'extérieur de nos frontières, il est clair que le numerus clausus, outil de régulation, est non seulement inefficace mais de plus totalement inique, car empêchant nombre d'adolescents ayant la vocation médicale de l'assouvir dans nos facultés, sans aucun gain pour la collectivité. C'est un immense gâchis qu'il est urgent d'arrêter. Jusqu'à quand faudra-t-il encore supporter cette réalité inacceptable ?

---

## **Et maintenant ?**

Deux enseignements émergent clairement des élections du 12 octobre pour le renouvellement des unions régionales des médecins libéraux.

L'abstention, de près de 60 %, progresse élections professionnelles après élections professionnelles. Elle s'explique par l'indifférence des plus jeunes, qui ne se reconnaissent pas dans le mode d'exercice libéral pour beaucoup d'entre eux, et des plus de 57 ans, qui représentent une part significative d'entre nous, qui se disent que l'avenir ne les concerne pas. Elle s'explique également par un sentiment de résignation générale en raison du contexte économique et de la conviction que la pratique libérale de la médecine n'a plus d'avenir.

L'autre enseignement est la très nette perte d'audience de la CSMF au profit de syndicats à l'image « plus contestataire » comme le proclame l'ensemble des médias.

Il est certain qu'aujourd'hui, aucune structure syndicale ne peut revendiquer un leadership incontestable, pour conduire les négociations qui vont prochainement s'ouvrir sur la future convention. Ce peut être un atout, car cela nous condamne à

réfléchir ensemble aux propositions que nous pourrions faire pour améliorer les conditions d'exercice de la médecine libérale ; mais cela risque être un handicap rédhibitoire si CSMF, FMF, SML, Le BLOC et MG-France sont incapables de trouver une plate-forme commune comme base à la négociation.

Il va falloir beaucoup de courage aux responsables nationaux pour intégrer les réalités économiques dans cette réflexion pour l'avenir. Le tarif des actes est devenu totalement indigent et déconnecté des réalités ; tout le monde est d'accord sur ce fait.

Pour sortir de ce cul-de-sac, il va falloir courageusement se positionner sur : la démographie médicale, la régulation et l'organisation territoriale, la pertinence des actes qui doit déboucher sur un mécanisme augmentation de tarif-diminution des volumes, un espace de liberté tarifaire pour tous les praticiens, la délégation de tâches et les relations avec les autres professionnels de santé sans dépeçage de la pratique médicale, la place de la médecine libérale dans la permanence et la continuité des soins, la coordination avec la médecine hospitalière...

Le chantier est immense, mais nous devons le prendre à bras-le-corps sans a priori et en oubliant les dogmes d'un passé révolu.

J'appelle donc solennellement l'ensemble des syndicats représentatifs à se retrouver rapidement pour réfléchir à un front intersyndical libéral et travailler à imaginer l'architecture de la médecine libérale de demain. Il est urgent de sortir de postures électoralistes et d'agir pour le bien commun.

**Eric Perchicot**

*Président du SNSMCV*

---

## **Aux urnes, citoyens!**

La croissance du PIB de notre pays a été nulle au deuxième trimestre 2015. Au mois de mai juin dernier l'inflation a été... négative, phénomène qui peut réjouir les consommateurs, moins les pouvoirs publics car, qui dit diminution des prix

sait que les recettes fiscales par la TVA sont moindres, ce qui va rendre très difficile l'exécution du budget de la Nation, toujours basé sur des hypothèses de croissance du PIB et de rentrées fiscales optimistes. Et pourtant, le Président de la République annonce urbi et orbi une baisse des impôts des ménages pour les années à venir. Personne de sensé ne peut y croire. Ce qui nous attend est une diminution des marges de manœuvre dans tous les domaines et, bien sûr, la Sécurité Sociale va, à nouveau, être mise à contribution.

C'est dans cette atmosphère très morose que s'approche le renouvellement des Unions Régionales des Professionnels de Santé. Ce scrutin aura une grande importance pour notre avenir. En effet, le résultat de cette élection servira de base à l'enquête de représentativité et assoira le poids de chaque syndicat pour le long round de négociations conventionnelles qui va s'ouvrir en 2016. Cette convention sera de tous les dangers pour la médecine ambulatoire, d'une part en raison des contraintes budgétaires que je viens d'évoquer et, d'autre part, à cause de la volonté affichée des politiques de diluer la pratique médicale dans l'ensemble des professions de santé. Il y a aujourd'hui, une volonté clairement affichée de modifier profondément les périmètres de l'ensemble des professionnels exerçant dans le monde du soin. Il va falloir y opposer une position claire de l'ensemble des syndicats médicaux sur le thème : les médecins ne sont pas des professionnels de santé comme les autres. Soyons fiers de notre différence.

Cette élection aura, dans le même esprit, une importance capitale en dessinant les nouvelles Unions Régionales qui seront les interlocuteurs privilégiés des Agences Régionales de Santé. Or, la loi de santé ambitionne de régionaliser la prise en charge médicale et la mise en place de la médecine coordonnée, qui se fera soit autour du médecin libéral soit autour de l'hôpital public. Il faut professionnaliser les Unions. L'objectif du Syndicat National des Spécialistes des Maladies du Cœur et des Vaisseaux est que, dans chaque région, soient élus des cardiologues issus de ses rangs. En effet, une réflexion nationale est souvent indispensable même dans le cas de problèmes locaux. La relation entre les unions régionales et l'échelon national devra être forte.

Cet éditorial est un appel à voter. Faites le dès que vous recevrez le matériel électoral début octobre, et choisissez les listes où figurent en position éligible les responsables régionaux et nationaux du Syndicat National des Spécialistes des Maladies du Cœur et des Vaisseaux. Nous allons être, cardiologues, en première

ligne dans l'organisation des soins pour les maladies chroniques les plus fréquentes. Nous sommes les mieux à même de défendre notre place dans le système de santé.

Essayons de ne pas laisser à d'autres le soin de définir notre avenir.

Aux Urnes !

**Eric Perchicot**

*Président du SNSMCV*

---

## **Paroles, paroles, paroles...**

Chères Consœurs,  
Chers Confrères,  
Chers amis,

À l'approche des élections, il apparaît que les syndicats de médecins libéraux ne font pas mieux que les partis politiques. La campagne est faite essentiellement de promesses improbables et d'invectives envers les structures concurrentes. Nous sommes bien loin d'un débat d'idées ou chacun exposerait sa vision de la médecine libérale dans le contexte politique, sociologique et économique de 2015.

Le Syndicat National des Spécialistes des Maladies du Cœur et des Vaisseaux va se garder participer à ce spectacle désolant. Je me contenterai de rappeler quelques idées, qui devront, de façon incontournable, structurer la réflexion sur l'avenir, car je crois à l'avenir, de la cardiologie libérale.

Nous allons devoir prendre en compte, pêle-mêle :

- le changement sociologique du corps médical et l'évolution de sa démographie,
- la part croissante dans les dépenses de santé des maladies chroniques et du vieillissement dont la prise en charge est malheureusement mal adaptée au paiement à l'acte,

- la nécessaire évolution des modes de rémunération du médecin libéral,
- la nécessité d'un travail collaboratif avec les autres professionnels de santé libéraux pour limiter le recours à l'hospitalisation et imaginer l'entreprise médicale libérale,
- la réingénierie des métiers et des compétences, enjeu majeur que le corps médical doit prendre à bras-le-corps pour éviter le dépeçage du métier de médecin...

Voyez que les idées ne manqueraient pas à un vrai débat démocratique et transparent.

Un élément positif : dans les pays que le personnel politique, de droite comme de gauche, nous donne en exemples : la Grande-Bretagne et l'Allemagne, les revenus des médecins sont très significativement plus élevés que chez nous, aussi réfléchir à une politique des revenus ne doit pas être un tabou.

**Dans l'immédiat, les cardiologues libéraux doivent suivre une consigne simple : voter pour les listes où sont, en position éligible,** vos responsables régionaux et nationaux, partant du principe simple que personne mieux que les cardiologues ne pourra défendre la place de la cardiologie libérale.

N'hésitez pas à vous rapprocher du Syndicat, au niveau régional ou national, pour prendre les renseignements nécessaires car il est fort probable que sur les listes que vous recevrez, dans la majorité des régions, la spécialité des candidats ne sera pas précisée.

Faire élire des cardiologues est indispensable, dans un premier temps pour professionnaliser les futures unions régionales et, dans un second temps, pour peser sur les négociations conventionnelles de 2016, qui vont dessiner le futur paysage de la médecine libérale.

**Soyez vigilants et, début octobre, dès que vous recevrez le matériel électoral faite le nécessaire et idéalement renvoyer votre vote par retour de courrier.**

Grâce à nous tous, la cardiologie doit participer à l'émergence d'une pratique médicale adaptée à ce siècle tout en gardant des caractéristiques d'entreprise libérale.



Très amicalement.

**Docteur Eric Perchicot,**  
*Président.*

---

## **Finies les vacances...**

Chères Consœurs,  
Chers Confrères,  
Chers amis,

C'est la rentrée ! Comme tous les ans, la remise en route est plus ou moins facile, d'autant que les échéances qui nous attendent sont importantes et ne doivent pas être négligées.

**La première échéance**, chronologiquement, est liée à la loi sur l'accessibilité des locaux recevant du public qui nous impose, je vous le rappelle à nouveau, de déposer avant le **27 septembre** prochain un *Agenda D'Adaptation Programmée* (AdAp) qui décrit les travaux à effectuer pour être en conformité avec la loi, et vous octroie trois ans au plus pour les effectuer. L'ensemble des syndicats médicaux a demandé un moratoire aux pouvoirs publics, légitime car beaucoup d'institutions publiques ont jusqu'à 2020 pour respecter la loi, mais pour l'instant la date du 27 septembre reste valide et, théoriquement, dès le lendemain des pénalités peuvent s'appliquer aux établissements n'ayant pas respecté la réglementation. En pratique, remplissez le formulaire ([http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_Reussir\\_accessibilite.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Reussir_accessibilite.pdf) ou <http://www.e-lettre.developpement-durable.gouv.fr/dma-la-lettre-de-la-dma/-annee-2015/lettre-de-l-ad-ap-n-5-16-juin-2015/rubrique26735.html> et [www.lecardiologue.org](http://www.lecardiologue.org)) et déposez-le en mairie ou en préfecture avant le 27 de ce mois.

**La deuxième échéance**, c'est le **12 octobre**, date des élections pour le renouvellement des Unions Régionales des médecins, étape qui ne doit pas être négligée car, la loi de santé, qui va être votée, donne des prérogatives et des

pouvoirs très importants aux Agences Régionales de Santé pour organiser la prise en charge médicale dans les territoires. Les URPS seront donc en première ligne pour défendre les intérêts de la médecine libérale ambulatoire. **Il faut voter**, le Syndicat National des Spécialistes des Maladies du Cœur et des Vaisseaux a obtenu que nombre de nos responsables régionaux soient en bonne position sur les listes. En effet, il faut impérativement professionnaliser les URPS pour qu'elles puissent faire face efficacement aux fonctionnaires des ARS. Or, je ne le répéterai jamais assez : seuls les cardiologues libéraux sont à même de défendre notre pratique et nos intérêts. L'objectif est simple et clair : il faut que dans chaque région, au moins un cardiologue ayant une sensibilité syndicale soit élu. Quand début octobre vous recevrez le matériel électoral, comme moi, vous scruterez les listes pour trouver des noms connus. N'en restez pas là, votez pour la liste où vous verrez un cardiologue **issu du SNSMCV** en bonne position. C'est ainsi que le Syndicat national, informé dans chaque région, pourra au mieux défendre l'intérêt de tous. En pratique, dès que vous recevrez le courrier (a priori, la première semaine d'octobre), ne le mettez pas de côté, votez par retour de courrier.

**Enfin, troisième échéance** : l'obligation au **1<sup>er</sup> janvier 2016**, d'avoir proposé à vos salariés (à temps plein comme à temps partiel) une complémentaire santé. Une fois encore, n'attendez pas le dernier moment car, pour chaque salarié déjà en place, liberté est laissée d'accepter ou pas. Il vous faut donc, en tant qu'employeur, bien éclairer ce choix et il n'est pas certain que tous vos salariés souhaitent adhérer à ces contrats groupe.

N'hésitez pas à contacter vos responsables régionaux ou le Syndicat national en cas de difficultés ; nous ferons tout notre possible pour vous aider.

Il est loin le temps où nous occupions la quasi intégralité de notre temps, à soigner nos patients...

Bonne rentrée à toutes et tous,  
Très amicalement.

**Docteur Eric Perchicot,**

*Président.*

---

# La médecine libérale survivra-t-elle à la loi de santé ?

383 - Répondre à cette interrogation nécessite que l'on s'entende sur le terme « médecine libérale ». Si c'est celle décrite par Jules Romains dans Docteur Knock en 1923 très certainement pas. Les jeunes générations de médecins ne se reconnaissent pas dans ce mode d'organisation et de fonctionnement. C'est un phénomène générationnel qui n'est pas simplement lié à la féminisation du métier. Le paiement à l'acte « avec tact et mesure » n'est pas pour les jeunes médecins un dogme tel qu'il l'était au premier quart du vingtième siècle et l'activité isolée les rebute.

Le vieillissement de la population et la part prépondérante des maladies chroniques dans l'activité médicale ont progressivement montré les limites du paiement à l'acte qui pâtit de la même faiblesse que son pendant hospitalier, la tarification à l'activité, il est inflationniste et peu efficient pour la prise en charge de la population.

Si on y réfléchit un tant soit peu lucidement, il y a incompatibilité entre le contrôle de la masse des honoraires médicaux et l'affirmation qu'il y a pénurie de médecins. Comment accroître la densité médicale sans augmentation des honoraires ? Nous devons choisir entre Charybde et Scylla : soit une lente paupérisation de la profession, soit une réflexion courageuse sur un mécanisme de régulation à l'installation, qui réglerait le problème, et d'un numerus clausus, devenu totalement obsolète, et des contraintes de la réglementation européenne. Comment justifier que la densité en cardiologues libéraux soit plus de 4 fois plus importante dans les Bouches-du-Rhône qu'en Mayenne ?

Plus de 180 milliards d'euros sont consacrés tous les ans à la santé, il est évident qu'une amélioration réelle de l'efficacité permettrait que toute la population, quel que soit son lieu de résidence, ait accès à une offre médicale de qualité, ce qui est loin d'être le cas aujourd'hui.

Toutes ces données, non contestables, doivent nous aider à dessiner le futur

paysage du monde de la santé où la coordination et la collaboration interprofessionnelles auront une place centrale.

« Il faut que tout change pour que rien ne change », déclare cyniquement Tancredi dans Le Guépard, le célèbre roman de Lampedusa. Pour le paraphraser je dirais : il va falloir que toute l'organisation médicale change pour que l'activité libérale perdure.

Eric Perchicot

---

## Bonnes vacances

Chères Consœurs,

Chers Confrères,

Chers amis,

La trêve estivale est là. Rarement le terme de trêve n'aura été aussi juste que cette année. **A la rentrée deux dossiers chauds attendent la médecine libérale :**

- **la loi de santé** qui après son passage au Sénat, très probablement en septembre sera votée avec tous ses aspects négatifs, n'en doutons pas, par l'Assemblée nationale. Madame Marisol Touraine a promis que les décrets d'application suivraient rapidement...

- **les élections pour renouveler les URPS des médecins** qui vont se dérouler le 12 octobre. Ce scrutin ne doit pas être pris à la légère, car les nouvelles assemblées seront confrontées à la déclinaison régionale de certains articles de la loi de santé loin d'être anodins pour la pratique médicale libérale ambulatoire et en hospitalisation. L'objectif affiché des pouvoirs publics est de mettre en place une organisation territoriale coordonnée et (idéalement) graduée de la prise en charge des urgences, des pathologies chroniques et/ou complexes. La cardiologie libérale est grandement concernée par ces projets, parce que notre spécialité est au centre des pathologies aiguës et chroniques les plus fréquentes, et que la part

de marché de l'hospitalisation privée, en cardiologie interventionnelle, est importante.

Sur ces deux dossiers la cardiologie libérale doit faire entendre sa voix pour imposer sa place dans le parcours de soins et exiger le principe de la subsidiarité pour l'intervention de l'hôpital public dans l'organisation future.

La médecine libérale doit être reconnue comme maître d'œuvre de l'organisation de la médecine de proximité et ses initiatives en ce sens confortées par les Agences Régionales de Santé. L'ensemble des sensibilités de la médecine libérale a légitimité à participer à ce travail de construction que personne ne doit faire à notre place : au boulot !

Le chantier est immense, la cardiologie y participera d'autant plus efficacement qu'elle sera bien représentée dans les futures unions qui seront en première ligne face aux ARS. Je vous appelle, dès maintenant, à voter le moment venu pour les listes où seront présents en bonne positions vos représentants régionaux.

C'est parce que le climat actuel n'est pas favorable à la pratique libérale de la médecine qu'il faut garder la tête haute, affirmer la qualité de notre pratique, traiter avec indifférence l'image caricaturale véhiculée régulièrement par les médias, et poursuivre le combat.

Bonnes vacances.

Très amicalement.

**Docteur Eric Perchicot,**

*Président.*

---

## **Avant l'été**

Chères Consœurs,

Chers Confrères,

Chers amis,

L'effervescence du printemps dissipée, juin nous amène vers la trêve estivale. Après les manifestations d'opposition à la loi de santé et le vote de celle-ci en première lecture à l'Assemblée nationale la fièvre est retombée. La mécanique parlementaire suit son cours, le projet de loi sera débattu au Sénat en septembre pour un vote probablement début octobre puis, en raison de la procédure accélérée, saisine de la commission mixte paritaire, enfin retour à l'Assemblée pour un vote définitif.

Personne ne se fait d'illusions : les grandes lignes de la loi de santé seront adoptées telles qu'elles et le vote sera un succès pour le Gouvernement.

Ceci dit, la mobilisation continue, nous aurons l'occasion de reparler en septembre.

**Dans l'immédiat cette circulaire a pour but de vous rappeler deux dates à ne pas négliger :**

- **le 27 septembre au plus tard** vous aurez à déposer en préfecture votre agenda programmé d'adaptation de vos locaux pour qu'ils soient accessibles aux handicapés de toutes sortes :

- [Guide - Les locaux professionnels de santé : réussir l'accessibilité](#)

- [La lettre de la DMA](#)

- **Le 1<sup>er</sup> janvier 2016**, vos salariés doivent bénéficier d'une complémentaire santé (le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 précise les nouvelles règles des contrats de santé dits responsables)

- [A lire](#)

**Ces deux dossiers nécessitent une réflexion qui mérite un peu de temps, je vous engage à ne pas les négliger.**

Par ailleurs, nous sommes responsables de nos choix et parfois les faits laissent penser que certains confrères oublient cette notion de responsabilité.

Toute opinion est respectable, on peut se méfier des génériques et ne pas souhaiter les prescrire. Il faut alors être conscient que l'Assurance Maladie peut demander des justifications.

Dans le même esprit, la prescription d'un transport médicalisé est un acte médical qui engage votre responsabilité.

Dans les deux cas, votre signature n'est pas anodine et ne doit pas être apposée à la légère.

**Important :** s'il vous arrive d'être en butte à un contentieux la première des réactions que vous devriez avoir est d'en informer votre structure syndicale pour qu'elle puisse au mieux vous conseiller et vous accompagner.

Enfin, la défense de notre métier et de nos intérêts est de plus en plus exigeante, les réunions avec les multiples structures administrant la santé sont toujours en augmentation de fréquence. L'activité syndicale a besoin de moyens : aussi je vous rappelle que s'acquitter de sa cotisation syndicale, auprès de son syndicat régional, est un acte indispensable pour votre protection et celle de la cardiologie libérale. N'attendez pas, pour partir en vacances l'esprit un peu plus libéré...

Profitez tous de la période estivale pour retrouver de l'énergie. Nous en aurons bien besoin.

Bien amicalement.

**Docteur Eric Perchicot,**

Président

---

## **Pacte d'irresponsabilité**

Le résultat des récentes élections législatives outre-Manche peut laisser songeur. Les Britanniques ont choisi le candidat qui prônait la poursuite d'une rigueur budgétaire que l'ensemble de la population, ou du moins la part la moins nantie,

endurait pourtant durement depuis déjà quatre ans. Quelle leçon, pour nous, Français, qui sommes très régulièrement abusés par des promesses mirifiques qui permettent à de brillants tribuns de se succéder à la tête de l'Etat.

Qui pouvait sérieusement croire en 1983 que ramener l'âge de la retraite à 60 ans était une mesure, bien que séduisante, un tant soit peu raisonnable alors que les évolutions démographiques et de l'espérance de vie étaient parfaitement prévisibles ?

Qui pouvait imaginer au passage de l'an 2000 que ramener la durée légale du travail à 35 heures dans une économie mondialisée se ferait sans perte de compétitivité pour notre pays ?

Qui peut penser aujourd'hui, que le tiers-payant généralisé obligatoire va régler le problème du renoncement aux soins alors qu'il ne changera rien aux coûts des prothèses dentaires auditives et de la lunetterie ?

Qui peut croire que ce tiers-payant ne risque pas dissimuler un transfert du poids de l'Assurance Maladie vers des complémentaires de plus en plus onéreuses pour chacun ?

Le Français !

Qui, raisonnant régulièrement à courte vue, aveuglé par les miroirs aux alouettes, est incapable de discerner que, à terme, c'est toujours lui qui paye les pots cassés.

En 2014, le déficit public a été de 84,8 milliards d'euros et les prélèvements obligatoires ont encore augmenté à 44,9 % du PIB. Malgré une chute historique des taux d'intérêt des emprunts, la dette du pays (2 037 milliards d'euros fin 2014) n'a toujours pas commencé à diminuer, les économies sur le remboursement de cette dette ayant alimenté des dépenses nouvelles. Les régimes de retraite complémentaire AGIRC (pour les cadres) et ARRCO (pour l'ensemble des salariés du privé) auront épuisé leurs réserves en 2018 et 2027.. Mais 47,5 % seulement des foyers fiscaux ont payé un impôt sur le revenu.

D'un personnel politique, qui, de droite comme de gauche, fait preuve d'une constance dans l'impéritie consternante, ou d'une population, progressivement déresponsabilisée, au sens critique abyssalement bas, qui est le plus à blâmer ?



Charles De Gaulle aurait dit, probablement avec irritation, que les Français étaient des veaux, le personnel politique actuel le pense en silence, mais avec satisfaction.

---

## Alea jacta est...

381 - Les dés sont jetés. L'Assemblée Nationale a adopté mardi 14 avril le projet de *loi de modernisation du système de santé* par 311 voix contre 241. Les députés UMP, UDI et communistes ont voté contre.

Le tiers-payant sera généralisé à toute la population au 30 novembre 2017. Ce sera alors un droit pour tous et une obligation pour les patients en ALD dès le 31 décembre 2016. Pourtant, la faisabilité technique simple et sûre pour le médecin n'existe pas. Il n'est pas envisageable que nous soyons dans l'obligation de contrôler l'ouverture des droits des patients. Quant au problème de fond : la modification radicale de la relation patient-médecin, elle a été balayée d'un revers de main, sous prétexte que « ça marche ailleurs ». Il n'est pas nécessaire d'être sociologue pour apprécier que les Français ne sont ni anglo-saxons ni scandinaves. La sensation erronée de gratuité de l'acte médical va profondément modifier le comportement des patients, de la même façon que jouer au poker avec des haricots ou de la vraie monnaie change totalement la donne.

Le projet de loi montre une volonté d'ostracisme antimédecin libéral spécialiste, autre que de médecine générale, révélateur de l'état d'esprit étroit, partisan et détestable des rédacteurs de cette loi.

Deux exemples :

- l'article 30 sur l'exercice en pratique avancée précise que les auxiliaires médicaux le feront sous la responsabilité du « **médecin traitant** » en ville ou « **d'un médecin** » en établissement de santé ;
- l'absence de dépassement d'honoraires est impérative pour les établissements privés souhaitant être habilités au Service Public Hospitalier alors que ce statut

est automatique pour les établissements publics où, pourtant, les praticiens hospitaliers ayant une activité libérale continueront à toucher des honoraires en plus de leur salaire. Cette pratique a rapporté près de 32 millions d'euros aux PH de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris en 2013.

Deux poids, deux mesures, tel est l'état d'esprit de cette loi inique. Pas d'angélisme, les ARS, arbitres des choix en régions, ne pèseront pas à la même balance les demandes d'autorisation d'activité des hôpitaux et des cliniques. Ce n'est pas le cas aujourd'hui, les cardiologues libéraux nantais, auvergnats ou bressans peuvent en témoigner, ce ne sera pas le cas demain.

Enfin, l'article 12 bis prévoit la création de communautés professionnelles territoriales de santé, au mieux des usines à gaz ingérables, au pire le début de l'évolution vers un système de *Gatekeeper* à l'anglaise.

Au total une loi inéquitable et dangereuse, bien loin de l'objectif de la stratégie nationale de santé de recentrer la prise en charge de la population, que nous devons continuer à dénoncer.

Pour finir, une pensée pour les dizaines de milliers d'étudiants recalés, depuis 1972 à la fin de la première année des études médicales, par un cursus élitiste qui les a écartés de leur vocation ; l'article 30 quater autorise les étudiants à diplômes étrangers (quel que soit le lieu d'obtention de celui-ci) en troisième cycle en France, à un plein exercice sur l'ensemble du territoire...

Les dés sont certes jetés, mais ils n'ont pas fini de rouler. Le combat doit continuer au Sénat et auprès de la population.

Ne lâchons rien.

**Eric Perchicot**

*Président du SNSMCV*

---

# Lendemain de fête

40 000 personnes (19 000 pour la police, à quand une réflexion sur les conflits d'intérêts de cette institution ?) ont arpenté dimanche 15 mars le centre de Paris pour manifester leur opposition à un projet de loi de Santé délétère.

380 - Le danger est réel pour la population au travers de la mesure la plus médiatisée : le tiers-payant généralisé. Derrière le côté séduisant de « l'acte médical gratuit » se cache une réalité bien plus désagréable : le transfert invisible et progressif du coût de l'Assurance Maladie de la solidarité nationale vers des organismes d'assurance complémentaire, dont le poids va peser de plus en plus lourd pour le budget de chaque Français.

Bien sûr, la communication de masse largement contrôlée par les pouvoirs publics fait une présentation complètement malhonnête d'un service annoncé comme simple, ce qui ne sera pas le cas avant longtemps, et sans retentissement sur la relation patient-médecin, ce qui est le témoin d'une méconnaissance complète de la pratique médicale.

Nous devons poursuivre la mobilisation et le combat en martelant que seul un retrait du projet de loi actuel de l'ordre du jour de l'Assemblée Nationale est acceptable. À nous de faire preuve d'imagination pour mettre à nos côtés l'ensemble de la population et montrer du doigt les élus du peuple qui jouent contre l'intérêt général.

Ce n'est pas parce que le réveil, lundi 16 mars, après un dimanche d'espoir a été difficile qu'il faut baisser les bras. Restons fiers de notre métier et dépensons notre énergie pour que les générations futures partagent ce sentiment.

Est parue au *Journal Officiel* de la République française début mars la composition de la commission des « stratégies de prise en charge » de la HAS présidée par Alain Cordier. Elle comprend 14 médecins presque quasiment tous hospitalo-universitaires à l'exception de deux spécialistes en médecine générale. N'y figure aucun représentant de la médecine spécialisée libérale. Probablement que les heureux élus ont été choisis en raison de leur expertise dans la stratégie de carrière. Quand on lit qu'une des missions de la commission sera de proposer des recommandations sur les bonnes pratiques et dans l'organisation des soins, on peut s'interroger sur la pertinence de ces choix. Autant demander à une

assemblée de prêtes intégristes de réfléchir aux problèmes de la vie conjugale... Bel exemple d'une institution de la République dont on peut s'interroger sur la pertinence.

La médecine libérale ne doit rien attendre du monde politique et des élites autodéclarées. À nous de faire preuve d'imagination et de détermination pour imposer notre place dans la future organisation de la santé.

Ne lâchons toujours rien !

Eric Perchicot

---

## Ides de Mars

**Tous à Paris le 15 mars, pour une manifestation de force pacifique.**

379 - Dans la Rome antique, les Ides de Mars étaient une journée festive où l'on honorait le Dieu de la guerre. C'était dans le calendrier romain le... 15 mars. Certes ce n'est qu'une coïncidence et, bien sûr, nous ne sommes pas en guerre. Cependant, le projet de loi de santé mérite que l'ensemble des médecins libéraux s'élève contre lui, et le 15 mars sera une date capitale dans cette lutte. Ne soyons pas naïfs : les tentatives récentes de la ministre pour amadouer le corps médical ne sont malheureusement que de la gesticulation médiatique. La chronologie est implacable, le projet de loi a été présenté le 19 juin 2014. A la stupéfaction générale du monde médical, il ne reprenait absolument pas l'esprit de la Stratégie Nationale de Santé. Pire, il ne faisait qu'aggraver un hospitalocentrisme, pourtant inefficace et coûteux, dénoncé régulièrement par des rapports institutionnels. La Cour des Comptes dernièrement, l'IGAS il y a quelques années, qui, dans une étude détaillée sur l'hôpital public, écrivait noir sur blanc que le niveau du tarif des actes pratiqués en ambulatoire n'était pas suffisant pour couvrir les mêmes activités en consultation hospitalière externe !

Or, depuis le 19 juin malgré le tollé général, notre ministre n'a rien changé. Le texte présenté au Conseil des Ministres le 15 octobre a été copie conforme de

celui de juin. Ce n'est que dans les dernières semaines de l'année qu'une concertation a été concédée, mais dans des délais qui ne laissent aucune chance à une réécriture sérieuse d'un texte de 92 pages.

Aujourd'hui, la seule vraie solution pour sortir de l'impasse et d'un rejet généralisé est le retrait du projet de loi actuel de l'ordre du jour du Parlement. Dans l'urgence, il est illusoire d'espérer trouver l'équilibre nécessaire entre l'hôpital public et la médecine ambulatoire pour refonder notre système de santé autour de la prévention, de l'éducation en santé publique et de la prise en charge ambulatoire des pathologies chroniques et de celles liées au vieillissement.

**Le 15 mars, la manifestation parisienne se doit d'être une réussite complète. Il faut qu'elle soit massive pour imposer ce que le ministère nous refuse depuis bientôt neuf mois.** Dieu sait, si les organisations syndicales ont fait preuve de sens des responsabilités, en essayant jusqu'au bout de convaincre la ministre du caractère déséquilibré de son texte. Probablement que le dogmatisme rend aveugle et que seule une épreuve de force réussie pourra imposer un rééquilibrage du texte de loi.

C'est aux Ides de Mars, celles de 44 avant J.C. que Jules César a été assassiné sur les marches du Sénat romain. Pas de malentendu, j'ai le plus grand respect pour notre ministre, sa fonction ainsi que pour les idées qu'elle défend, c'est à son texte que je ne veux que du mal, dans sa version actuelle.

**Tous à Paris le 15 mars, pour une manifestation de force pacifique.**

---

## Feux de paille ?

378 - Une bouffée d'oxygène, voilà ce qu'a été la mobilisation spontanée et générale de la population se dressant contre la barbarie. Nous ne pouvons qu'espérer que le personnel politique se hisse à la hauteur du peuple. L'avenir nous le précisera rapidement. C'est la liberté d'expression, fondement de la démocratie, qui a été attaquée, or son usage dans nos sociétés complexes n'est pas simple. Au cinéma, un film, une fois produit et réalisé, a encore besoin d'être

distribué dans les salles pour exister. De la même façon, notre liberté de parole doit pouvoir accéder aux médias, or dans cet exercice, sous toute les latitudes, c'est le pouvoir qui impose, plus ou moins subtilement, ses règles.

Comment proclamer sur la place publique que le tiers-payant généralisé obligatoire ne changera rien aux renoncements aux soins, essentiellement liés aux coûts des prothèses dentaires auditives et de l'optique? Comment affirmer en prime time, que c'est sur l'hôpital public surdimensionné que les marges d'économies sont les plus considérables ? Comment dénoncer, dans les quotidiens nationaux et régionaux, les liens d'intérêt puissants qui interdisent aux hommes politiques d'avoir une position lucide et d'intérêt général sur les hôpitaux publics, souvent premiers employeurs de leurs circonscriptions ? Comment se faire entendre sur l'indigence du tarif de nos actes médicaux ? Comment convaincre que les rafistolages proposés par la loi de santé ne sont pas à la hauteur des enjeux ? Comment proclamer que seul une réécriture complète de la loi de santé est acceptable ? De la réponse à ces questions dépend la refondation de notre système de santé.

Arriverons-nous à nous faire entendre ou bien la vague de l'émotion nationale va-t-elle engloutir le combat de la médecine libérale ? La « Société du spectacle », si bien orchestrée par notre personnel politique, réussira-t-elle, en monopolisant l'ensemble des médias, à reposer une chape de plomb sur l'exaspération de tous ?

Wolinski, Cabu, Charb, Reiser, disparus trop tôt mais de la même trempe, ont bercé ma jeunesse puis mes années d'études. Ils ont participé à la formation de mon sens critique et de mon ironie (parfois contestable, je l'admets), jusqu'au bout ils nous auront rappelé que la liberté est un combat permanent.

Continuons et ne lâchons rien !

**Eric Perchicot**

*Président du SNSMCV*