

Entretien avec François Châtelet, PUPH honoraire (CHU Saint Antoine), ancien membre du BN du SNESUP.

Chapeau (257 signes) : L'auteur analyse le projet de loi Santé à partir de son expérience de professeur de médecine et militant syndical, mais aussi d'habitant d'un territoire (Côtes d'Armor) où se conjuguent pénurie médicale et remaniement des hôpitaux.

Papier (19 210 signes)

1. Quel est ton point de vue sur la formation initiale et post-universitaire des médecins ?

Le numerus clausus

Tout le monde a cru qu'il n'y avait plus de *numerus clausus*, mais on s'est payé de mots car en fait, il va être organisé différemment. On dit qu'on va déterminer le nombre de médecins en fonction des capacités d'accueil et des besoins de santé publique, ce qui implique un *numerus clausus*. Certes, on annonce un accroissement de 20% du nombre de médecins. Mais il y a des raisons de penser que les universitaires n'en voudront pas ... ils diront qu'il n'y a pas assez de places formatrices. Selon les commentaires entendus au CNESER, l'article 1^{er} évoque l'accès aux études de santé par des voies diversifiées. Mais l'ensemble du processus demeurera exigeant et sélectif. Comme le disait Gilbert Béréziat, dans aucun pays au monde on ne trouve des médecins au chômage ... Et ils sont plutôt bien payés, donc il y aura un *numerus clausus*.

Historiquement, il y a eu un double lobbying : d'une part, celui des médecins spécialistes qui ne voulaient pas de concurrence, d'autre part, la Sécu qui disait qu'en diminuant l'offre de soins, on réduirait la demande. C'est pour cela que le *numerus clausus* a existé et qu'il a été si serré. Et maintenant, il y a une pression.

Cela dit, si l'on regarde le nombre total de médecins qui exercent, ceux formés ici et ceux (hors *numerus clausus*) qui viennent d'autres pays UE et hors UE (environ 20% de ceux qui s'inscrivent au Conseil de l'Ordre), on est dans une honnête moyenne par rapport aux autres pays européens au vu du nombre d'habitants. La ministre annonce + 20% mais on peut présumer que les mandarins et les médecins spécialistes vont y faire obstacle dans les arbitrages impliquant l'ARS et les universités. On peut présumer qu'il y aura un *numerus clausus*, mais qu'il sera régionalisé par les Agences Régionales de Santé (ARS). Ce sont elles qui détermineront le nombre d'étudiants qui passeront dans le goulot d'étranglement, en liaison avec les universités.

C'est pour cela que l'on reparle d'un *numerus clausus a posteriori* s'agissant de la convention du Secteur 1. Jusqu'ici, lorsqu'un médecin pose sa plaque, la Sécurité sociale le rattache sans discuter au Secteur 1, ce qui est intéressant pour les patients parce que les honoraires sont inscrits au Journal Officiel, et que cela procure le meilleur remboursement de la part de la Sécu et de la mutuelle. Cette affiliation au Secteur 1 revient à une forme de salarisation par la bande : ce sont des libéraux à qui l'on donne des avantages d'un salarié. Sachant que le Secteur 1 coûte très cher à la Sécurité sociale, son accès contrôlé est l'un des moyens de pression que pourrait avoir le gouvernement pour réguler les flux. Mais avec l'actuel cadre d'une médecine libérale à l'acte, on ne pourra jamais régler le problème de la répartition géographique contrastée.

Pour toutes ces raisons, on peut conjecturer qu'il y aura bien un *numerus clausus* quelque part. Et si le nombre total des médecins semble adéquat, le gouvernement pourra agir sur deux leviers dans une

optique libérale : soit restreindre dans certaines zones surdotées le libre accès au secteur 1, soit forcer plus de praticiens à rester généralistes, ce qui était le (second) *numerus clausus* à l'internat.

Qu'est-il prévu pour l'internat ?

S'agissant de l'*Internat national*, le SNESUP y était favorable car nous partions d'un système où il y avait un accès aux spécialités, ce qui est valorisant pour la médecine générale qui devenait (presque) une spécialité, et cela permettait de travailler dans des conditions plus confortables en étant mieux payé. Cela induisait l'arrivée des généralistes à l'internat, comme une façon de valoriser leur diplôme ; et cela devait déboucher vers une égalité des honoraires entre généralistes et spécialistes du secteur 1 (on n'en est pas très loin). À l'époque, on donnait l'exemple du Canada où le tarif du généraliste était plus élevé que celui du spécialiste, car ils disaient qu'il est plus difficile d'être généraliste que spécialiste. En tout cas, l'internat donnait accès aux spécialités. Il y avait auparavant des internats de villes de fac. Et comme les plus grosses facultés étaient à Paris, leurs étudiants trustaient les meilleures places d'internat en région. Face à ce phénomène, il y avait des systèmes de conférences (gratuites) en région et dans ce cadre, d'autres conférences pour les "*happy few*" (les fils de patron) où l'on saupoudrait subtilement à l'avance les sujets. À Bordeaux, à Lyon, à Toulouse, les professeurs de Médecine locaux trouvaient très injuste que les étudiants de Paris trustent les places du fait que les facultés de Paris étaient mieux encadrées et formaient mieux les étudiants, et ils faisaient en sorte de favoriser leurs étudiants, ou du moins certains d'entre eux, afin qu'ils aient les mêmes armes que ceux de Paris.

Or, l'internat va être de nouveau régionalisé, ce qui pourra redonner la main aux mandarins comme par le passé : l'article 2 a pour objet de revoir les modalités d'évaluation du 2^{ème} cycle, cela en supprimant les épreuves de l'*examen classant national* (ECN) et du coup les conditions objectives du concours anonyme qui avait pour "inconvenient" de laisser toutes leurs chances aux femmes (60% des reçus). Certes, avec le clinicat, on peut éliminer les femmes, mais c'est tellement plus simple de commencer au stade de l'internat ... Donc on va établir un accès au 3^{ème} cycle "*intelligent*" avec des parcours, dont le prestige pourra être assez divers selon la situation sociale des candidats. On va vers une valorisation des compétences cliniques et relationnelles des candidats, qui selon les cas pourra ressembler à une "*note de gueule*". Selon le projet de loi, l'affectation en 3^{ème} cycle "par subdivision territoriale et par spécialités" s'effectuera en prenant en compte les résultats aux épreuves ainsi que leur parcours de formation et leur projet professionnel et leurs compétences relationnelles. On peut penser que les fils de patrons seront bien placés.

Que dire de l'article qui instaure une certification régulière des médecins ?

Oui cela revient un peu à des épreuves de formation continue tous les 2 ou 4 ans avec acquisition de points. Cela fait penser aux évaluations périodiques des enseignants-chercheurs par le CNU. Aujourd'hui, la seule évaluation est binaire pour les PUPH est le passage ou non en 1^{ère} classe, parfois à la tête du client.

Pour le médecin de ville, il n'y a rien de nouveau sauf si, alors qu'il n'est pas un ancien chef de clinique, il fait un dossier en vue d'un dépassement d'honoraires permanent. Si par exemple il a passé un DU qui lui donne une compétence en Nutrition, la Sécurité sociale peut autoriser un remboursement partiel de son sur-honoraire lorsque la consultation a pour objet la nutrition. On pourrait imaginer que tout médecin puisse justifier d'un tel supplément de qualification ? Je ne suis pas contre, mais il faut en avoir le temps et les moyens, et les généralistes diront qu'ils sont structurellement overbookés. C'est un peu

ce qui est en cours lorsque l'on remplace la formation professionnelle pour adultes par un chèque-formation. Peut-on envisager une formation post-universitaire publique ? Cela paraît opportun de façon évidente, mais cela ne se négocie pas sans garanties. Une contrepartie est que cela soit compatible avec le mode d'exercice. Pour nous universitaires praticiens hospitaliers, cela nous a toujours été accessible.

3. La future loi Santé va déclasser des centres hospitaliers actuels en hôpitaux de proximité sans urgences ni chirurgie ni maternité. Quelles conséquences pour les patient.e.s ?

Cela va concerner 200 à 400 hôpitaux dotés d'urgences et de chirurgie vont être déqualifiés par suppression de leurs services d'urgences nocturnes, de chirurgie et de maternité. Ils veulent 600 hôpitaux de proximité *new look*, ce que l'on appelle jusqu'ici hôpitaux de soins de suite et de réadaptation, qui peuvent avoir des urgences de jour, un hélicoptère, parfois une radiologie avec scanner. Mais le projet pourrait ne viser que des hôpitaux de proximité minimaux. Cela suppose de déclasser environ 200 à 400 hôpitaux actuels, c'est-à-dire d'expliquer aux populations qu'il n'y aura plus d'urgences de nuit, plus de chirurgie dans l'hôpital auquel ils sont habitués. Ils savent que ce sera difficile à faire accepter par la population car cela constituera au moins pour 100 d'entre eux un appauvrissement de l'accès aux soins. Ils auront du mal tant que les actuels hôpitaux (que nous nommons hôpitaux généraux) auront un Conseil d'administration autonome et un Conseil de surveillance avec des élus du territoire. C'est principalement une question de gros sous, mais on va ressortir le fait que : « *on ne trouve pas les (bons) spécialistes à y recruter* », et par exemple on n'arrive pas à y recruter des anesthésistes. Cela renvoie à la carte sanitaire de répartition des médecins. Dire que l'on va déclasser des hôpitaux, c'est toucher à des points du réseau sans toucher à d'autres qui ont de réels problèmes de fonctionnement parce qu'ils n'ont pas les sous pour fonctionner. Et l'on trouvera toujours de « bons » arguments rationnels pour dire : « nous on veut bien garder la chirurgie, mais l'anesthésiste est incompetent, et il va vous tuer ».

Enfin, il y a actuellement une réorganisation de la gouvernance des hôpitaux en région : on a tendance à simplifier la carte hospitalière même si l'on maintient les hôpitaux en place. C'est plus ou moins laissé à la liberté des ARS ou du directeur de l'hôpital principal. Ainsi, on a dit qu'à Lorient, le Directeur de l'hôpital, main dans la main avec l'ARS, a intégré administrativement tous les hôpitaux de soins de suite et de réadaptation de son territoire.

4) quelle est la situation en Côtes d'Armor ?

En Côtes d'Armor, les structures d'accueil sont assez souples en apparence ; cela peut être un élément du millefeuille en plus. C'est une mission de rationalisation de l'offre en plateaux techniques qui est parfois très coûteuse. Cela ne requiert pas une fusion administrative des différents hôpitaux. Ainsi du côté ouest des Côtes d'Armor (de Saint Brieuc aux marges du Finistère), l'hôpital de référence est Saint Brieuc ; mais les fusions observées sont simplement entre Lannion et un hôpital de rééducation à Trestel, qui du coup a perdu son autonomie et n'a plus de directeur. On a donc Lannion qui a absorbé Trestel et Guingamp qui est au milieu. C'est comme si Saint Brieuc avait "bouffé" du point de vue administratif Paimpol, Trestel et Guingamp. Là où cela se passe mal, ils ont un instrument parfait le Groupement Hospitalier de Territoire pour calmer les récalcitrants. On peut citer le cas de Tréguier qui est un hôpital de Gériatrie, typiquement de proximité, il n'a plus d'autonomie ; il dépend complètement de Paimpol et il n'a plus de directeur. Et le Maire ne préside plus son Conseil de surveillance. Donc cette "rationalisation-coordination" territoriale, conséquence du millefeuille, sera un moyen de faire passer

le déclassement des hôpitaux. Et cette structure permet beaucoup plus facilement de faire du partenariat-public-privé sur les gros équipements. Ainsi, Saint Briec et Plérin se sont répartis les services : le *RMN* est à Plérin et le *Pet-Scan* à Saint Briec. Et les praticiens qui travaillent sur le *Pet-Scan* sont en partie des libéraux. On y voit notamment un spécialiste en Biophysique venant d'une clinique privée de Rennes par convention. Cela sans doute parce qu'on ne peut se payer un spécialiste de Biophysique rien que pour un équipement. La notion de *Groupement hospitalier territorial* (GHT) est l'instrument pour rationaliser en territoires ruraux comme les nôtres la carte des gros équipements ; et cela permet de mettre fin à l'autonomie qui était la règle dans tout hôpital depuis 1970. En fait, les déclassements vont de pair avec le GHT. On relève un contraste entre le Morbihan et les Côtes d'Armor : dans le Morbihan, autour de tout le territoire du GHT de Lorient, il a "bouffé" tous les autres hôpitaux en termes de gouvernance. Le GHT est devenu un hôpital unique¹. Inversement dans les Côtes d'Armor, on n'en est pas là car Saint Briec est l'hôpital référent du GHT, mais il n'a pas "bouffé" du point de vue gouvernance tous les autres. En ayant déplacé les lieux de décision, un GHT peut sert de levier pour imposer le déclassement des hôpitaux là où cela coïncerait.

5) Quelles conséquences pour la population ?

Concernant les équipements lourds en zones rurales, il n'y a pas eu de conséquences négatives. Cependant cela induit une obligation de mobilité pour le patient non négligeable, avec les dépenses en rapport. Si l'affection et les handicaps personnels le justifient la Sécurité sociale paye le transport sanitaire en VSL. À Lannion, il y a eu une *IRM* payée en partie par *crowdfunfing*. : ce sont les habitants du territoire qui ont mis la main à la poche à la façon d'un « *IRM-thon* » car ils savaient que l'ARS n'aurait aucun empressement à financer une *IRM* à Lannion. Pour contraindre l'ARS, il y a eu cette réaction de défense. S'ils restructurent trop, cela peut être une façon de s'interposer en retournant l'argument des équipements. Cela dit, il n'est pas sans intérêt de mutualiser les gros équipements. Et derrière la question du gros équipement, il y a celle du spécialiste. Du coup, quand on est un patient, on ne sait plus très bien si l'on est dans le public ou le privé. Du fait du télépaiement, si l'on ne consulte pas ses relevés de Sécurité sociale, on ne voit pas que le médecin ayant pratiqué le *Pet-Scan* est un libéral. Il y a de ce fait un haut degré d'intégration des deux secteurs.

6) On peine à recruter en certains endroits médecins et paramédicaux

Voici un exemple vécu. J'ai besoin de consulter en médecine libérale dans une spécialité n'existant que dans un cabinet où exercent deux praticiens à Lannion. Dans tout le Trégor, cette spécialité est sinistrée. C'est classiquement le cas de l'Ophtalmologie ou de la Dermatologie. J'ai interrogé les confrères pour leur demander s'ils avaient un poste à pourvoir. Ils font l'effort d'accueillir des internes en formation, et ils les encadrent bien car ils voudraient essayer de les garder. Mais ils disent qu'ils ne les gardent pas car ces internes ne reviennent jamais chez nous à Lannion : ils veulent exercer dans une ville de CHU (Brest ou Rennes) qui sont les deux métropoles dans le cas de la Loi NOTRE. Notamment du fait qu'ils ont un compagnon ou une compagne dont les chances de trouver un emploi sont bien plus grandes à Rennes ou à Brest qu'à Lannion. Le lieu d'installation étant libre, on butte sur cet écueil.

On voit très bien chez nous les effets de la grande politique de métropolisation : Dinan et Lamballe se portent bien – on le voit par la carte scolaire – car ils sont dans l'orbite de Rennes. Mais nous qui sommes

¹ Cela fait penser à la restructuration des universités.

à l'ouest des Côtes d'Armor, nous subissons le contrecoup d'une démographie déclinante, dont témoignent les suppressions de postes et de classes dans les écoles. Les internes vont à Dinan ou à Lamballe alors qu'ils auraient de bonnes conditions de travail à Lannion et un potentiel sans limite de patientèle ; à Rennes ils ont le contexte d'une concurrence. Mais l'attraction de la métropole prédomine. Les internes de spécialité se vivent comme rares et donc chers ... et en fait, ils vont où ils veulent. D'où un réel problème d'accès à certaines spécialités dans le Trégor pour les patients. Derrière c'est la question du retard au diagnostic qui se pose très concrètement. On ne voit pas trop la solution sauf à desserrer le *numerus clausus* dans ce système libéral. Et encore nous à Tréguier, on a la mer et les loisirs nautiques ... Ce qui n'est pas le cas à l'intérieur des terres.

7) Faut-il importer des médecins étrangers ? Des affiches disent partout que l'on recherche des médecins

FC : les médecins de l'Union européenne représenteraient 20%. C'est gigantesque. Il y a bien un flux et je ne pense pas qu'ils viennent d'Allemagne. On connaît des praticiens roumains très bien formés, des polonais aussi. Ce n'est pas tout à fait la même chose que le Maghreb. La France a été une puissance coloniale, et cela a laissé des traces dans les esprits. Donc il faut se bagarrer pour faire admettre au patient des médecins maghrébins ou africains. Et de fait, un médecin bien formé au Maroc n'a pas besoin de s'expatrier.

8) quid des praticiens hospitaliers ?

Pour rappel, un statut unique des Praticiens hospitaliers (PH) a été instauré au temps du ministère de Jack Ralite, sur l'impulsion du Syndicat de la médecine hospitalière avec le soutien du SNESUP. Selon ce statut, il y a eu un concours national sur poste : le PH était nommé sur un poste, c'est-à-dire dans un hôpital précis. Ensuite, il pouvait faire sa carrière en mutant grâce à un tour de mutation avant le tour de recrutement. Cela a constitué une révolution, car auparavant, c'était le patron qui recrutait. Mais il est prévu de recruter le PH non plus dans un hôpital, mais dans un GHT et s'il prend le poste, il ne sait où il sera affecté. Du fait du fonctionnement hiérarchisé du GHT, son patron pourra capter les meilleurs PH et envoyer les autres ailleurs. Et parmi les PH, il y a les recalés du système hospitalo-universitaire. Le recrutement régionalisé peut induire un regain de mandarinat avec en toile de fond une sélection à l'aune des spécialités les mieux cotées.

9) En maints endroits, on peine à recruter médecins et paramédicaux. Qu'en est-il des maisons médicales ?

On parle du système de financement des études de l'étudiant qui en contrepartie s'engage à exercer dans des zones en tension. Ce système qui revient un peu à créer des IPES médicaux peut améliorer des situations, tout en sachant qu'à un moment donné, il se heurtera aux limites qu'impose la médecine libérale. En fait, un autre levier réside dans le fait que désormais, beaucoup de nouveaux médecins se verraient bien exercer comme salariés.

Quant à la maison médicale, tant qu'il y a le paiement à l'acte, elle ne peut vraiment marcher car cela ne lui permet pas de se financer. Seules marchent celles qui tiennent à coup de subventions qui dépendent énormément des options politiques de la collectivité territoriale. On en trouve quelques-unes en Seine-Saint-Denis, qui coûtent une fortune car on y écoute les patients et on y accueille ceux qui n'ont même pas l'idée d'aller ailleurs. La commune paye tout (terrain, bâti, entretien, salaire de la

secrétaire, ...). Cela revient à un cabinet de groupe. De toute façon, il n'y a plus un seul médecin généraliste qui accepte de travailler seul. C'est invivable sur la base du paiement à l'acte. Il y a 2 cabinets de groupe de 3 à 4 médecins à Tréguier, qui ont été financés par le privé. Et le système du paiement à l'acte ne marche pas pour une Maison médicale en milieu difficile et avec des patients socialement trop malades. À Tréguier, nous avons deux cabinets de groupe libéraux avec 6 médecins ; au bout de trois mois, la dernière arrivée a fini par fermer sa liste des patients. Il existe à Lannion une Maison médicale d'urgence qui organise un tour de garde jusqu'à 22 heures.