
**14^{EME} JOURNEE NATIONALE DE
LA CONFERENCE NATIONALE
DES PRESIDENTS DES CME DE
L'HOSPITALISATION PRIVEE
(CNPCMEHP)**

**NANTES,
LE 28 NOVEMBRE 2009**

SOMMAIRE

Allocution d'ouverture	3
Préambule aux deux tables-rondes de la matinée	
Annie PODEUR Directrice de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS)	
Impact de la loi HPST sur la contractualisation individuelle médecin libéral-Etablissement	12
Première table-ronde	
Impact de la loi HPST sur la contractualisation collective au travers de la CME	24
Deuxième table ronde	
Assurance en Responsabilité Civile Professionnelle : contrat individuel ou partagé avec l'établissement ?	35
Troisième table ronde	

14^{ème} journée nationale de la Conférence nationale des Présidents des CME de l'hospitalisation privée (CNPCMEHP)

Allocution d'ouverture **Préambule aux deux tables-rondes de la matinée**

Annie PODEUR

Directrice de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS)

Il est toujours difficile pour un praticien de consacrer de son temps à des projets collectifs, en dehors de ses activités, ses patients et ses centres d'intérêt, éventuellement dans le champ de la recherche et de l'enseignement. Je salue donc les membres de la CNPCMEHP pour leur contribution bénévole aux travaux préparatoires de la loi HPST.

Vous venez de décrire la genèse des dispositions vous concernant tout particulièrement.

En guise d'introduction aux deux tables-rondes de la matinée, je vais quant à moi rappeler l'ambition de la loi HPST et ses incidences sur les établissements privés, en répondant à deux interrogations majeures :

- Quelle forme la contractualisation collective prendra-t-elle ? C'est-à-dire comment la communauté médicale s'inscrira-t-elle dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) et les projets territoriaux de santé qui en découleront ? Déjà signé avec l'ARH, le CPOM sera prochainement paraphé par l'ARS.
- Quelles modifications la loi HPST impliquera-t-elle dans la relation contractuelle individuelle qui lie un médecin libéral à son établissement de rattachement ?

Lors d'une récente table-ronde à la FHP, j'ai déclaré par esprit de provocation que le temps de la clinique considérée exclusivement comme une société de moyens était révolu. J'ai également ajouté que l'exercice dans un établissement de santé impliquait désormais un engagement dans un projet collectif.

Je me réjouis de constater la présence de nombreux professionnels du secteur public et du secteur privé. J'espère que vos origines dépassent les frontières des Pays de la Loire. Il me semble très important que vous preniez l'habitude de vous réunir.

Concernant la responsabilité civile professionnelle, sachez que la DHOS n'est pas seule décisionnaire. Cette thématique fait l'objet d'arbitrages particulièrement lourds, que je ne peux vous révéler en raison de mon obligation de réserve. Je souligne que la DHOS assure le pilotage de l'ensemble des professionnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice. L'existence d'une sous-direction des ressources humaines du système de santé témoigne de notre intérêt pour tous les professionnels, via leur implantation sur le territoire, leur formation initiale et continue et leur mode d'exercice. La DHOS gère en outre les relations avec les Ordres et développera davantage de relations avec les organisations syndicales, qui ont été relativement ignorées par l'ancienne Direction des Hôpitaux. Par conséquent, la DHOS ne pourra se désintéresser de la responsabilité civile professionnelle. Mon seul commentaire consiste à préciser qu'elle ne relève pas simplement d'un problème de PLFSS, mais aussi d'un problème relatif au mode d'exercice.

I. L'inscription territoriale de la loi HPST

La loi HPST est une loi fondatrice qui doit nous permettre d'organiser et d'optimiser le fonctionnement du système de santé, dans une situation financière particulièrement tendue, que d'aucuns qualifieront de catastrophique. Elle doit nous donner l'opportunité de dépasser la contrainte financière tout en conservant un système de santé solidaire, fondé sur l'assurance individuelle mais aussi sur une mutualisation des systèmes de santé que nous envient de nombreux pays. C'est sans doute ce caractère universel qui fait de notre système de santé l'un des meilleurs au monde. Nous devons défendre cette position.

Le fil conducteur de la loi HPST apparaît clairement dans son titre 2 : il convient d'assurer à chacun un égal accès à des soins de qualité, sur tout le territoire.

La loi HPST comporte quatre titres.

Le premier, concernant la réforme de l'hôpital, a trait à l'ensemble des établissements de santé.

Le second est relatif à l'égalité d'accès aux soins. Il comprend :

- l'arsenal juridique qui va nous permettre de mieux structurer l'offre de premier recours et de sortir de l'« hospitalocentrisme » ;
- l'adaptation du dispositif de formation aux besoins d'une région et non plus à la capacité de formation des Facultés. L'objectif est donc l'égalisation du potentiel de formation sur l'ensemble du territoire, dans le système actuellement inégalitaire de la « filiérification » de l'internat et de son organisation régionale. Les coordinations des spécialités devront se faire à l'échelon interrégional ;
- les dispositifs d'incitation à l'installation. Les allocations d'engagement et de service public vont permettre à des jeunes de pouvoir, s'ils le souhaitent, être rémunérés durant leur

formation, en contrepartie d'un engagement de service pour une durée équivalente dans des zones défavorisées. Cet exercice pourra être effectué à l'hôpital comme en ville, dans le cadre de la médecine générale ou spécialisée, à la condition que les spécialités soient déficitaires ;

- le contrat de santé solidarité, qui est un amendement parlementaire qui a suscité de nombreux débats. Il concerne moins les médecins spécialistes que les médecins généralistes de premier recours. Il doit être ressenti comme l'expression des attentes de la population nationale, portée par les parlementaires, envers une structuration de l'offre de premier recours prévenant les déserts médicaux. L'absence d'offre de premiers recours organisée pénalisera tous les établissements de santé parce qu'elle ne respectera pas la nécessaire graduation des soins.
- les dispositions innovantes relatives aux coopérations entre les professionnels de santé ;
- l'incitation aux modalités d'exercice regroupé, tel que le nouveau concept de « pôle de santé ».

Le titre 3 porte sur la santé publique. Une loi de santé publique reprendra les 104 objectifs de la loi de 2004. Ce titre comprend deux dispositions importantes : l'éducation thérapeutique et la lutte contre l'alcoolisme, affectant particulièrement des jeunes.

Le titre 4 concerne les ARS, considérées comme un outil. Leur ambition est de décroquer le système de santé entre le sanitaire et le médico-social, et au sein du sanitaire entre la ville et l'hôpital. Si l'ARS est une institution, elle représente surtout un projet régional de santé qui se déclinera en différents schémas.

Pour la première fois, les schémas seront coordonnés sur les champs hospitalier, ambulatoire et médico-social. Le schéma ambulatoire, bien qu'indicatif, devra être lisible pour la population et devra dessiner l'organisation de l'offre de premiers recours de manière plus affinée que le schéma hospitalier. La structuration du secteur médico-social se retrouvera également dans une proximité beaucoup plus grande que la structuration du champ hospitalier.

De ce fait, la « granularité » de l'organisation du système de soins se rapprochera des concitoyens, grâce à une concertation étroite avec l'ensemble des acteurs de santé. Des projets de décrets sont actuellement en cours d'écriture.

De la même façon, les conférences sanitaires afficheront une représentation équilibrée entre les représentants des usagers (élus locaux, associations d'usagers) et les représentants des offreurs de soins (établissements de santé, offre de ville et médico-social).

Les médecins libéraux sont concernés par le titre 1 et par le titre 2. Leur position peut être inconfortable : ils sont solidaires des préoccupations de l'offre de premier et de second recours en libéral quand ils ont un cabinet en ville et, dans le même temps, il leur est demandé d'adhérer à un projet collectif sur un établissement de santé avec une graduation.

J'estime que ce positionnement est une richesse. Ces médecins doivent se considérer comme des ponts entre ces deux orientations, même si cela est ardu.

II. Les modifications induites par la loi HPST sur les établissements de santé

1. Incidences sur la gouvernance des établissements de santé

Dans un premier temps, je procéderai au descriptif de la gouvernance dans les établissements publics et de la simplification.

Je retiendrai deux grands axes, et deux conséquences.

a. La redéfinition des missions des établissements de santé

Le Code de la Santé Publique donnait une définition tautologique des établissements de santé et se déclinait principalement en des termes juridiques.

La loi HPST ne définit plus les établissements de santé en fonction de leur statut juridique, mais en fonction de leurs missions, des services qu'ils rendent à la population. L'hospitalisation à domicile a été plus largement prise en compte. Dans la clinique comme société de moyens, l'hospitalisation était assimilée à des lits et du personnel infirmier. Désormais, elle est appréhendée comme un des modes de prise en charge. L'ambulatoire se généralisera, avec l'octroi de soins sur un plateau technique pendant quelques heures par exemple. Cette nouvelle conception des prestations d'hospitalisation obligera à penser différemment les établissements, publics ou privés.

b. L'identification de missions de service public

Auparavant, le statut des établissements publics les obligeait à exercer des missions de service public.

Les Participants au Service Public Hospitalier (PSPH) assumaient également ces missions. Leur cadre, trop souple, a été remplacé par le label « Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif » (ESPIC). Une clinique privée pourra devenir un ESPIC si toutes ses activités satisfont les garanties attachées aux missions de service public.

14 missions de service public ont été définies. Les soins palliatifs en constituent une nouvelle.

Les deux missions qui vous intéressent particulièrement sont la permanence des soins et l'activité d'enseignement.

Au-delà d'une période transitoire qui consistera à reconduire l'existant, un appel à candidatures sur les missions de service public sera publié. Il relèvera du marché de prestations ou de la délégation de service public. En tout cas, un tel appel induit une mise en concurrence sur ces missions.

Elles seront définies à l'échelle des territoires. Par conséquent, vous serez informés de leur nature, de leur périmètre et de leurs conditions, notamment financières. Deux formes de compensations financières sont prévues par la loi :

- une intégration dans les tarifs, comme c'est le cas actuellement pour les soins palliatifs ;
- une intégration dans les MIGAC, ce qui signifie qu'un établissement du secteur privé acceptant une mission de service public pourra prétendre au montant de son financement par le MIGAC.

Les conditions d'exercice d'une mission de service public sont les suivantes :

- appel à candidatures ;
- réponse à des besoins ;
- dévolution transparente ;
- contractualisation sur la mise en œuvre ;
- rémunération homogène.

Une autre innovation fondamentale est la coopération, avec un nouvel outil intitulé « les communautés hospitalières de territoire », qui a suscité de vives craintes dans vos établissements. Il permettra au secteur public de développer une stratégie de groupe à l'échelle du territoire, voire des régions.

Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) est un outil qui continuera à vous réunir. Nous considérons à présent qu'un GCS qui choisit d'être détenteur direct d'autorisations d'activités devra assumer les obligations et les droits des établissements de santé, notamment en termes de qualité et de sécurité des soins et d'exigences d'organisation.

Cependant, l'exploitation collective d'autorisations détenues par un, deux ou trois établissements membre d'un GCS perdurera. Il s'agira alors d'un GCS de moyens, qui permettra par exemple d'exploiter en commun un bloc opératoire. Dans ce cas, le flux de recettes et de charges devra être régulé et géré collectivement par chaque établissement.

Deux conséquences découlent de la simplification de la gouvernance.

c. Le renforcement des rôles des CME

Le rôle des CME, que ce soit les Commissions ou les Conférences médicales d'établissement, sera renforcé en raison de la définition plus fonctionnelle des missions des établissements de santé.

L'élargissement de la dévolution de missions de service public oblige à mieux structurer les démarches d'amélioration de la qualité et de développement professionnel continu.

Les communautés médicales pourront contribuer aux indicateurs de résultats que la DHOS rendra publics. Ces indicateurs, sur le modèle des indicateurs sur la lutte contre les infections nosocomiales, concerneront par exemple la sécurité anesthésique et la tenue du dossier patient. Perceptibles par les usagers, il conviendra donc d'obtenir des résultats satisfaisants.

d. Le rapprochement des statuts

Que vous le vouliez ou non, le rapprochement des statuts sera effectif.

La loi permettait aux établissements publics de faire appel à des médecins libéraux, contre rémunération.

Les établissements privés pourront dorénavant recruter des médecins salariés.

Les praticiens auront par conséquent le choix d'exercer en libéral ou d'être salarié.

Dès lors, la redéfinition des tarifs correspondant à la classification des actes médicaux paraît impérieuse, car le fort différentiel actuellement observé souligne un manque d'équité. La DHOS compte participer à cette réflexion.

2. Incidences sur les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)

Il s'agit du champ dans lequel les incidences seront les plus tangibles, car les contenus des CPOM variaient fortement suivant les régions.

Le contrat d'adhésion, lié à l'Assurance Maladie, permettait simplement de bénéficier des tarifs négociés et conventionnés, et de prix de journée. Son évolution est notable.

Vos établissements signent à présent des CPOM qui les obligent à définir et communiquer leurs orientations stratégiques. Etant donné que le système de santé est solidaire, financé par des prélèvements obligatoires, la réponse aux besoins de santé devra être évaluée en tenant compte des autres offreurs de soins sur un territoire. C'est dans ce cadre que sont apparues les Objectifs qualifiés d'Offre de Soins (OQOS). Il ne s'agit pas tant d'un carcan que d'un instrument de régulation permettant d'éviter une multitude d'offres sur un même champ, et ainsi de concilier une approche nationale et tarifaire à la nécessité de répondre à des besoins territoriaux. C'est le point de rencontre nécessaire entre le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) et un système de financement national. Cet instrument va donc perdurer.

En revanche, les contrats sur la mise en œuvre des missions de service public seront régis par des exigences accrues. Vous serez explicitement consultés et informés à ce sujet, étant donné leur impact potentiel sur vos activités. Comme l'a dit Jean Halligon, il est évident que l'avis de la CME sera entendu. Si elle refuse d'accéder à des missions de service public, il sera difficile d'accepter la dévolution. Les exigences sur la mise en œuvre et les obligations sont clairement identifiées.

Les exigences seront également accrues quant au programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Les champs que les CME doivent investir sont les suivants :

- la gestion globale et coordonnées des risques ;
- les dispositifs de vigilance ;
- la lutte contre les infections associées aux soins ;
- la politique et le circuit du médicament dans l'établissement de santé ;
- la prise en charge de la douleur ;
- les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Selon les missions, le financement pourra être inclus dans les tarifs. Ce qui relève du champ de la qualité est ainsi déjà compris dans le prix du GHS qui vous est alloué, dans les prix de journée pour les établissements SSR ou psychiatriques. J'ai conscience que le niveau des tarifs doit être amélioré.

D'autres missions, comme la permanence des soins, pourront être financées en MIG, versées aux établissements. Les praticiens devront donc développer une relation financière avec leurs établissements.

Vous serez donc associés collectivement aux contenus des CPOM.

3. L'incidence sur le contrat individuel d'exercice

Votre contrat individuel d'exercice sera modifié sur deux plans.

a. Incidences sur l'exercice des missions de service public

L'intérêt pour un établissement privé d'accepter une mission de service public est la garantie de la mise en œuvre d'un débat au sein de la communauté médicale. Cependant, la dévolution est unilatéralement liée à la clinique. Si celle-ci accepte une dévolution, les médecins concernés seront tenus d'exercer ladite mission de service public. Dans le cas contraire, le contrat sera rompu.

La loi ne prévoit pas de dispositions d'application car elle renvoie au droit des contrats, c'est-à-dire aux dispositions du Code Civil. La jurisprudence permettra d'identifier plus clairement les incidences réelles de cette modification fondamentale du contenu du contrat individuel.

La dévolution de missions de service public présente également des incidences sur les conditions de rémunération. La rémunération de la MIG étant encaissée par l'établissement, la répartition interne entre les praticiens devra être définie.

Concernant la permanence des soins, le régime d'astreintes dont vous bénéficiez est exceptionnel. Il est totalement géré par l'Assurance Maladie et a été élargi à vos collègues exerçant en ville. Ainsi, les généralistes peuvent bénéficier d'astreintes en plus de leurs actes, éventuellement majorés.

Dans le cadre de la répartition et de la réorganisation de la permanence des soins hospitaliers, ce système ne sera pas compatible avec les tarifs et les modalités de rémunération des praticiens du secteur public, constitué notamment de gardes. Dans le cadre d'une mission de service public, il est logique que les modalités de compensations financières soient similaires. La DHOS a commencé à travailler avec la CNAM à ce sujet, afin que les astreintes soient incluses dans le régime des Missions d'Intérêt général (MIG).

Le champ de l'enseignement n'a pas encore été investi. Les statuts de vos confrères hospitalo-universitaires prévoient une part d'enseignement et de recherche et une part de rémunération hospitalière. Par ailleurs, la compensation financière liée à la recherche ou la formation et à

l'accompagnement d'un interne doit être réfléchi rapidement. Les Missions d'Enseignement et de Recherche, Référence et Innovation (MERRI), qui ont déjà atteint 2 milliards d'euros, ne vont pas continuellement augmenter. Les internes, s'ils contribuent à la performance d'un Centre Hospitalier, pèsent sur les coûts d'occupation du bloc opératoire.

En conséquence, les contrats devront être repensés en termes d'obligations et en termes de rémunération.

b. Incidences sur la promotion et la reconnaissance des démarches transversales, notamment de qualité, exercées dans les établissements privés.

Jean Halligon m'avait alertée sur la difficulté rencontrée par les établissements privés à se mobiliser sur les vigilances ou la lutte contre les infections nosocomiales, en raison de l'absence d'une masse d'honoraires qui aurait permis de rétribuer les praticiens. Lors du congrès de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP), il a proposé un financement ternaire.

Je réfute cette hypothèse car le financement est nécessairement binaire. Je rappelle qu'actuellement, la qualité et la sécurité des soins sont financées de deux manières : soit via les Groupes Homogènes de Séjour ou les prix de journée, soit via la perception d'honoraires.

Le financement étatique envisagé par Jean Halligon n'est pas envisageable. Le financement est toujours le fait de l'Assurance Maladie, par l'intermédiaire du canal de l'établissement ou de celui des honoraires. L'Etat ne finance pas la qualité et la sécurité dans les établissements de santé.

La rémunération de vos confrères qui s'engagent dans l'organisation ou assument des responsabilités transversales pourrait être imaginée par le prélèvement d'une redevance pour service rendu, intégrant une participation sur la mise en place de dispositifs. Un praticien pourrait ainsi être rémunéré à la hauteur de son engagement.

J'avance là une hypothèse, pas une solution.

Benoît FEGER

L'Etat impose pourtant des obligations.

Annie PODEUR

En France, l'Etat détermine les normes, mais c'est exclusivement l'Assurance Maladie qui finance de façon solidaire le système de santé.

Ma présentation est un peu longue car il s'agit de sujets qui doivent être au cœur de vos réflexions. Je serai preneuse de vos conclusions communes.

En conclusion, il apparaît que le contrat individuel d'exercice devra nécessairement être refondé.

Il faut garder à l'esprit que la logique d'utilisation de moyens (plateaux techniques et lits) est supplantée par une logique d'engagements d'activités définis par voie contractuelle. Les OQOS se répartissant entre les praticiens, les relations au sein de l'établissement devront en outre être transparentes.

Certains engagements porteront sur des prestations collectives, comme les impératifs de qualité et de sécurité des soins qui sont attendus.

D'autres, relatifs à l'exercice des missions de service public, exigeront une évolution de la contrepartie financière. Vous devrez envisager différentes solutions. Faudra-t-il revoir à la baisse la rémunération des actes pour dégager des forfaits ?

Brouhaha.

Ce n'est qu'une question, en rapport avec l'équité de l'échelle de rémunération dont j'ai parlé précédemment. Il est vrai que cette baisse a effectivement concerné certains praticiens.

Faudra-t-il différencier l'exercice en ambulatoire de l'exercice en ville, et les distinguer de l'exercice sur un plateau technique ? Les modes de rémunération sont actuellement similaires, alors que les obligations de sécurité et les coûts ne sont pas les mêmes selon que l'on exerce un acte dans un cabinet en ville ou sur un plateau technique.

Une rémunération au forfait médical par GHS pourrait-elle être envisagée dans vos établissements ?

Ou bien est-ce une masse d'honoraires qui doit être constituée puis répartie entre les praticiens ?

En clair et en conclusion, l'optimisation du système de santé portée par la loi HPST invite à des réflexions collectives sur la relation contractuelle, la contribution et les modalités de rémunération.

Si je mesure les avancées que vous avez accomplies en dix ans, je vous incite néanmoins à vous penser encore davantage dans un système de santé solidaire impliquant une nécessité d'optimisation et le renoncement à une forme d'« hospitalocentrisme » qui a été très forte en France, afin d'appliquer le principe de subsidiarité, tout en acceptant à la fois une relation concurrentielle et un équilibre des offreurs de soins sur un territoire.

Il est impérieux qu'un projet médical du territoire soit élaboré.

Jean HALLIGON

Je pense qu'un certain nombre de questions soulevées par Madame Podeur vont être abordées dans les tables-rondes.

La première sera introduite par Pierre Devallet, qui est Vice-Président de notre Conférence.

Impact de la loi HPST sur la contractualisation individuelle médecin libéral-Etablissement

Première table-ronde

Participaient à cette table-ronde :

- *Christiane COUDRIER, Directrice du CHU de Nantes ;*
- *Pierre DEVALLET, Vice-président de la CNPCMEHP ;*
- *Alain FOLTZER, Président FHP Pays de la Loire.*

Cette table-ronde était animée par Jean HALLIGON, Président de la CNPCMEHP.

Pierre DEVALLET

Je suis Vice-Président de cette Conférence depuis aussi longtemps que Jean Halligon en est le Président. Je suis par ailleurs chirurgien-orthopédiste dans une petite ville du sud-ouest. J'ai enfin été Président de CME pendant seize ans, donc je pense connaître suffisamment le système.

En raison d'un décès dans sa famille, Maître Corinne Daver est absente. Je vous présenterai ses *diapositives*, à teneur juridique.

Selon moi, Annie Podeur a produit une introduction remarquable. Je suis partagé entre une adhésion extrêmement étroite à son analyse et un atterrement quant à ses conclusions. Je pense que les médecins libéraux présents s'accordent avec moi pour dire qu'elle vient de signer la fin de l'exercice libéral dans les établissements de santé.

Annie PODEUR

Non.

Pierre DEVALLET

Vous recevrez les commentaires de la salle. Il s'agit en tout cas de ma conclusion.

I. La loi HPST : témoin et acteur d'une évolution de la conception du système de santé

Je remarque que le médecin est absent de l'acronyme HPST. En effet, les lettres le composant désignent uniquement l'hôpital, le patient, les soins et le territoire. Cela me semble symptomatique du fait que les médecins sont exclus des enjeux de la loi. Ils sont maintenant

considérés comme des producteurs de soins, à l'instar de producteurs de chaussures. Aucune référence à la relation personnelle médecin-patient, qui est quand même le fondement de la médecine libérale, n'est mentionnée.

Madame Podeur n'a par ailleurs jamais prononcé les mots d'indépendance et de responsabilité.

Le médecin est devenu un acteur parmi d'autres du système de santé.

L'indépendance professionnelle est en outre théoriquement préservée par le statut des PSPH et des établissements privés.

Or la loi HPST la remet en cause. C'est l'employeur qui est le responsable des soins à l'hôpital public. Les médecins ou les chirurgiens ne sont plus titulaires des autorisations de soins. Celles-ci reviennent aux établissements.

Il nous est suffisamment rappelé que les cliniques ont un but lucratif, commercial.

Pour elles, le schéma initial consistait en la mise à disposition de moyens par une entreprise privée de statut commercial, contrôlée par des médecins indépendants, individuellement et collectivement. Donc c'est un outil de travail, qui s'attache à être cohérent avec le patrimoine, comme dans le cas des nouvelles cliniques nantaises. Comme Madame Podeur vient de l'expliquer, ce système est révolu.

Cependant, les rapports médecins-clinique privée restent fondés sur ce même principe du point de vue juridique. Ainsi, si le système change, les modes de relation perdurent.

L'indépendance professionnelle est le fondement de la profession libérale et elle est comprise dans ses statuts. Elle ne représente pas un droit du médecin mais un droit du patient, conformément aux commentaires de l'Ordre des Médecins. Elle garantit que le médecin ne se consacre qu'à l'intérêt de chaque patient. Elle est précisée dans les cliniques, afin que la recherche d'efficacité économique ne supplante pas la déontologie médicale. Aussi le contrat d'exercice libéral est-il un garant de l'indépendance.

Ce principe d'indépendance professionnelle est en outre un principe de droit public. En conséquence, aucune convention, ni même la loi, ne peuvent y déroger, hormis si elles le remplacent par un autre principe de droit public. Ce principe, pratiquement constitutionnel, explique le rejet de certains amendements de la loi HPST.

Il ne faut pas oublier non plus que le terme libéral induit à la fois une concurrence et une responsabilité, indissociables. La loi HPST supprime la concurrence au profit d'une complémentarité régulée. Le problème à présent est d'utiliser les compétences locales en vue de l'organisation d'un système de soins, problématique en raison de la démographie.

Le coût des redondances d'équipements est également problématique. Le financement de tous les établissements de santé par ladite solidarité nationale, payeur unique, constitue une difficulté supplémentaire. Il s'agit en fait d'une gestion de la pénurie.

Si le système gère une population, nous gérons quant à nous des malades, tout en maintenant la responsabilité individuelle de médecins libéraux, qui constitue une source de rentabilité, d'efficacité et de qualité. La responsabilité est source de motivation.

La maîtrise des moyens est désormais collective, comptable, alors que la responsabilité du résultat reste médicale et individuelle.

Cette politique de santé pragmatique ne tolère le système privé lucratif que du fait de son efficacité économique, qu'elle cherche d'ailleurs à imposer au secteur public, comme l'illustre la Tarification à l'activité.

Elle repose sur des gestionnaires économiques et intègre aux profits et pertes l'abandon progressif de l'indépendance des médecins. Elle ne maintient provisoirement le paiement à l'acte et la responsabilité individuelle que dans le but d'éviter les dérives de qualité et de volume des activités du secteur public.

La nationalisation du secteur privé aurait selon moi abouti au même résultat.

Il me semble que l'efficacité du secteur privé est conservée parce que nous travaillons en moyenne nettement plus que nos collègues du secteur public, de surcroît à un coût moins élevé.

La convergence objective des gestionnaires du privé et du public observée rencontre le soutien de gestionnaires d'établissements privés qui ne sont plus les médecins qui y exercent.

La logique libérale se transforme en logique commerciale d'entreprise. Or cette dernière ne concerne pas les médecins : ils ne peuvent adapter leurs marges à l'augmentation des coûts, ce qui témoigne de l'incohérence du système.

Seul le contrat d'exercice libéral, quand il est bien rédigé, constitue une garantie du principe de droit public de l'indépendance professionnelle. L'indépendance professionnelle est retirée du contrat mais les médecins conservent la responsabilité de leurs actes.

Il se pose en outre un problème juridique de contrat avec les sociétés d'exercice, particulièrement avec les SEL, dans lesquels l'exercice doit être attribué à la SEL ou à ses associés.

Les contrats vont devoir préciser et protéger clairement le champ de l'indépendance professionnelle. Ils devront anticiper les conflits qui ne manqueront pas d'opposer une logique médicale libérale à une logique commerciale doublée d'interventionnisme bureaucratique. En effet, les contrats de l'Etat sont systématiquement des contrats d'adhésion, non pas des contrats de motivation. Le contrat synallagmatique de droit privé, dans lequel chaque partie s'engage de manière égalitaire, en toute connaissance de cause et de bonne foi, me semble préférable.

Il convient par ailleurs d'anticiper les problèmes du juge arbitre civil et de ses références en cas de conflit.

Je vous soumets deux interrogations :

- Quel nouveau statut du médecin d'établissement privé à but lucratif est-il induit de fait par la loi HPST ? Si l'objectif est la convergence privé-public, il convient de la mener à terme, dans sa globalité.
- Le contrat d'exercice libéral classique est-il encore adapté aux nouvelles relations médecin-établissement privé qui sont imposées ? Faut-il un contrat de travail ? Le contrat de travail signifie des horaires, une protection juridique, des vacances, du temps, qui ne correspondent pas à l'investissement individuel caractérisant le secteur libéral.

L'objectif de la loi est d'après moi la convergence vers le secteur public. Tandis qu'un soupçon de libéralisme est introduit dans le service public par le biais du paiement à l'acte, une proportion importante de principes de service public est introduite dans le secteur privé, à travers la dévolution de missions et le salariat.

Je m'interroge enfin sur le rôle des CME dans les relations médecin-clinique.

Les documents de Maître Daver montrent que les établissements privés ont échappé à une loi qui incluait une modification obligée des contrats.

Je rappelle par ailleurs que les fondements de la modification du projet initial sont juridiques. La qualification des dispositions d'ordre public qui risquaient d'être rejetées par le Conseil Constitutionnel a conduit à la récusation des amendements.

Les modifications concerneront les contrats à venir. Il serait peut-être préférable que nos jeunes collègues s'engagent dans un salariat bien conçu plutôt que dans une médecine libérale dénaturée.

Tout dépendra de la lecture qu'en fera le juge. La jurisprudence est déjà controversée.

Les décisions des ARH vont-elles s'imposer aux établissements et avoir des incidences directes sur les contrats d'exercice libéraux ?

Si un territoire ne comprend pas d'offre de soins publique, il me semble que la mission de service public ne sera plus choisie, mais imposée aux établissements privés. A quelles conditions les décisions pourront-elles être qualifiées de cas de force majeure ?

Pour conclure, il est clair que l'équilibre du contrat sera très difficile à maintenir, que les conflits seront sans doute importants et que le juge sera bien seul pour trancher, en l'absence d'une jurisprudence confirmée.

Annie PODEUR

J'ai simplement posé des questions et non avancé de solutions.

La loi renvoie effectivement au droit civil concernant le contrat individuel d'exercice et c'est bien la jurisprudence qui contribuera à l'évolution des contrats.

Je n'ai pas souligné les principes d'indépendance professionnelle et de responsabilité qui caractérisent ces contrats individuels d'exercice, car ils ne sont pas contestés et seront maintenus.

L'Etat n'interviendra pas dans le cadre de relations contractuelles. J'estime que vous devez collaborer avec les représentants des cliniques et les sociétés d'avocats, en vue d'adapter davantage les modèles de contrats à vos besoins.

Un intervenant

L'Etat est tout de même interventionniste puisqu'il délivrera des autorisations aux établissements.

Annie PODEUR

La négociation de contrats avec un établissement de santé est effectivement entreprise dans la limite des autorisations dont il dispose.

Pierre DEVALLET

Ce type de contrat répondant aux contraintes imposées par l'Etat est un contrat d'adhésion qui, par définition, exclut toute possibilité de négociation.

Il me semble que vous ne mesurez pas suffisamment les conséquences de la loi HPST en matière de responsabilité.

Annie PODEUR

Si.

Pierre DEVALLET

Dans le secteur privé, la responsabilité d'une erreur se produisant au cours d'un traitement d'urgence, dans le cadre d'une mission de service public, incombe au praticien, individuellement. Tel n'est pas le cas dans le secteur public.

Cette pression médico-légale, en particulier sur les spécialités à risque, est extrêmement prégnante.

Il me semble que vous avez écarté le fait que la qualité de la médecine ne repose pas sur une organisation mais sur la motivation des personnes qui l'exercent. Vous êtes en train de mettre dans le secteur privé tous les défauts du secteur public, qui rebutent les praticiens.

A terme, le résultat sur la qualité des soins sera à l'inverse de ce que vous souhaitez.

Annie PODEUR

Je considère que nous devons travailler de manière approfondie sur les sujets des incidences de la dévolution de mission de service public et de la responsabilité individuelle. Je vous invite à lister tout axe de réflexion supplémentaire.

Je rappelle que la Ministre a défendu la place de tous les acteurs dans le système de santé. Il me semble que vous ne pouvez pas sous-entendre que vos confrères du secteur public auraient une moindre motivation, comme vous ne pouvez opposer une motivation individuelle à la nécessité d'organiser un système de santé garantissant un égal accès aux soins à chaque individu de la population française. Vous ne pouvez pas reprocher à des pouvoirs publics, quand il y a un système solidaire, de s'assurer que tout le monde ait droit à un accès à des soins de qualité.

Un intervenant

Cela fait partie de notre déontologie.

Jean HALLIGON

Il nous faut à présent prendre du recul et nous interroger sur l'impact de la loi HPST dans le secteur public.

Christiane COUDRIER

Je rappelle que la loi HPST ouvre effectivement la voie de la contractualisation entre un médecin libéral et un établissement de santé, public ou privé. La loi prévoit la possibilité pour un médecin exerçant une activité libérale d'exercer au niveau d'un établissement hospitalier public et de participer ainsi aux missions du service public hospitalier. Elle prévoit également que le Directeur de l'hôpital peut, sur proposition du chef de pôle et après avis du Président de la Commission Médicale d'Établissement, admettre des médecins libéraux à participer à l'exercice des missions de service public hospitalier dans l'hôpital, par contrat approuvé par le Directeur Général de l'ARS. Ainsi, les médecins libéraux peuvent aujourd'hui disposer d'une autre forme de contrat que celui résultant de la situation de praticien attaché, dans un établissement hospitalier, avec des conditions de rémunération nécessairement différentes. C'est un élément nouveau, qui conduira selon moi à des mises en œuvre intéressantes et importantes. Cette participation se matérialisera par un contrat qui obéira à un certain formalisme, d'autant plus qu'il devra être approuvé par le Directeur de l'ARS.

Par dérogation aux règles de facturation des actes médicaux, les honoraires de ces professionnels libéraux pourront être à la charge de l'établissement public de santé, en référence aux honoraires du secteur 1, qui pourra le cas échéant demander une redevance de ces versements. Il ne s'agit pas du système de la clinique ouverte.

Dans le cadre des nouveaux contrats, le médecin libéral interviendra dans le cadre de la prise en charge de patients de l'hôpital. Dans ce cas, la rémunération versée sera contractuelle et fera référence aux honoraires découlant de la NGAP ou de la CCAM.

Il s'agit d'une disposition de la loi qui permettra le développement de missions de service public.

En lisant les articles de presse consacrés à la question de la contractualisation individuelle des médecins libéraux auprès des établissements de santé, notamment privés, je me suis rendu compte que le débat n'était pas si différent de celui relatif au secteur public. Je pense que notre approche et l'évolution de nos modes d'exercice ne sont pas si différents.

L'hôpital public, qui suit actuellement une contractualisation collective, souhaite s'engager progressivement dans une démarche de contractualisation individuelle qui s'inscrive et soit cohérente avec la contractualisation collective.

La loi HPST prévoit également le contrat de clinicien, qui permettra de définir des objectifs individuels assortis d'éléments de rémunération individualisés et ces contrats seront nécessairement cohérents et articulés avec une démarche de contractualisation collective de l'établissement, de l'institution, avec le pôle dans lequel le médecin exercera.

Concernant cette articulation de contractualisation collective et individuelle au sein de nos établissements, il me semble que l'hôpital public se dirige vers une individualisation des engagements et des objectifs dans le cadre de contrats plus transversaux. Les établissements de santé privés, quant à eux, suivent la démarche inverse, afin que nous puissions converger vers des droits et des obligations comparables et voisins, au regard de missions à exercer en commun et de façon complémentaire, voire dans le cadre de coopérations que l'exercice de ces missions rendra inéluctable. Cet élément de convergence – au-delà de la convergence tarifaire qui selon moi n'est qu'une conséquence – est l'intégration, le rapprochement de deux modes d'exercice par rapport à des enjeux de santé publique et des missions que nous devons exercer conjointement, de façon articulée entre différentes catégories d'établissements, avec les professionnels qui exercent en médecine ambulatoire et en médecine de ville. Cette articulation-là me semble parfaitement cohérente avec celle qui préside à la constitution des ARS, censée apporter une cohérence au niveau de la stratégie et de la politique régionale, dans les différents domaines d'exercice de la santé. Son objectif est de permettre la réalisation des missions de soins et de santé publique.

Le contrat individuel n'est pas encore entré en vigueur dans l'hôpital public car la loi n'est pas appliquée. Un texte précédent concernant une contractualisation des chirurgiens n'a pas pu aboutir et n'a pratiquement jamais été mis en place.

Je pense que c'est l'approche de convergence, dans l'exercice des Missions d'Intérêt Général (MIG) et des missions de service public, qui permettra peut-être de recentrer nos sujets de

préoccupations, loin de jugements caricaturaux en termes de productivité ou d'efficacité qui différencieraient entre les secteurs public et privé.

Dans la mesure où la loi nous renvoie à des missions que nous allons partager, je pense que nos approches et nos stratégies se rapprocheront, tout comme les outils que nous utiliserons. La conséquence logique me semble être la convergence, la cohérence et l'homogénéité.

Le discours de nos instances hospitalières publiques consiste à dire que la convergence tarifaire sera la déduction d'autres choses.

Ainsi, il nous importe d'abord de déterminer quelles sont les missions que nous devons assurer et quelles sont la pertinence et l'efficacité des actes que nous réalisons.

Un des éléments évoqués par Annie Podeur sur l'intérêt et la nécessité de la contractualisation individuelle inscrite dans une contractualisation collective, est la gestion de la qualité et des risques. Selon moi, il est impossible d'imaginer une approche qualitative de la pratique et une évaluation de la qualité sans une contractualisation individuelle et collective à différents niveaux.

Jean HALLIGON

Je précise que nous procéderons aux questions-réponses à l'issue des deux tables-rondes

Alain FOLTZER

Je pense que nous avons en main les éléments d'un vrai débat et de l'expression des inquiétudes.

Tout d'abord, je vais me présenter rapidement. Je suis le Président régional de la Fédération de l'Hospitalisation Privée et je suis Directeur Général d'un petit groupe régional de cliniques qui exercent en Vendée et en Mayenne.

Dans le cadre de la relation médecin-établissement, je crois que nous sommes confrontés à plusieurs éléments qui sont déclenchés par la loi mais dont le processus n'est pas issu de la loi. Nous sommes dans le cadre d'un processus évolutif long, progressif, qui modifie le positionnement des médecins au sein des établissements.

Ces évolutions ne sont pas uniquement le fait de la tutelle de l'Etat. Les établissements ont évolué, tout comme les médecins qui, auparavant attachés par un contrat individuel à un établissement, ont commencé à se regrouper et à contracter dans le cadre de sociétés d'exercice, telles que les SCP, conduisant aujourd'hui à l'émergence de sociétés d'exercice libéral. Ainsi, les évolutions ne sont pas uniquement le fait des établissements d'une part, de l'Etat d'autre part. Les médecins libéraux abordent également la pratique de manière collective.

Ainsi s'illustre la problématique du contrat individuel du praticien. Les établissements ont rencontré des difficultés à commencer des contrats avec des SCP ou avec des sociétés d'exercice libéral.

Selon moi, l'évolution de la prise en charge de population est effective. Désormais, la loi HPST exprime très clairement la volonté d'une prise en charge territorialisée. Le secteur privé de statut commercial y adhère.

Pour satisfaire les besoins de population et aussi le besoin d'indépendance professionnelle, qui est effectivement le fondement de la relation et du fonctionnement libéral des praticiens dans les établissements, il nous faut trouver des mécaniques de relations adéquates.

Voici mes interrogations actuelles :

- Que doit intégrer la mécanique contractuelle en tant que telle ?
- Comment un établissement, avec ses équipes médicales, pourra-t-il répondre à un appel à projet publié par l'ARS ?
- Comment pouvoir répondre à la fois aux aspirations des équipes et aux besoins de santé ?
- Comment les médecins seront-ils intégrés au positionnement des établissements sur un territoire ?

Nous avons abordé le sujet de l'établissement comme un outil de travail des médecins. Nous voyons bien que les médecins eux-mêmes, qui étaient historiquement actionnaires des établissements, ont cédé leur part à des structures financières.

Un intervenant

Les moyens financiers ont été retirés aux médecins pour qu'ils puissent continuer à être propriétaires de leur outil de travail. C'est différent. Ce n'est pas la même approche. Si les honoraires n'avaient pas été bloqués pendant des années, les médecins seraient encore propriétaires de leur outil de travail.

Alain FOLTZER

Je partage une partie de votre point de vue, non sa totalité. Les choses ne se sont pas déroulées exactement comme vous le décrivez.

Ceci étant, par rapport à la problématique de la rémunération, je suis parfaitement d'accord avec vous. Il s'agissait effectivement d'un phénomène mécanique très orchestré.

En outre, je rappelle que la problématique de la démographie médicale est issue d'une position des syndicats médicaux il y a une quinzaine d'années conduisant à l'instauration d'un *numerus clausus* pour organiser un peu les choses.

Il me paraît important que l'organisation de nos établissements soit le résultat d'une concertation effective entre les structures qui exploitent les plateaux techniques et les praticiens qui y travaillent.

Le champ du financement à l'acte et du salariat pourra ensuite être abordé. Il ne s'agit selon moi que de la rémunération d'une action, d'un travail.

L'identification des structures de financement d'un acte est problématique. Annie Podeur nous a dit qu'il y avait dans l'acte une partie d'activité transversale. Nous pouvons l'admettre. Je pense effectivement que les évolutions et le besoin d'organisation des structures sont tels que nous sommes obligés d'opter pour une approche transversale au niveau des organisations.

La constitution des honoraires n'intégrait pas cette logique.

Notre problématique est que nous sommes dans un environnement de pénurie, face à un besoin de soins accru de la part de la population. Il convient de parvenir à la résoudre.

Je crois que nous sommes finalement tous attachés à notre système de santé, qui se révèle tout de même efficient. Son coût est conséquent car la santé est un secteur qui est horriblement cher.

Le reproche que j'adresserais à nos gouvernants est de ne pas vouloir enclencher une mécanique de financements, pour en garder le contrôle. Il me semble qu'à cet endroit se situe le véritable problème du financement complémentaire et du financement individuel des acteurs.

Philip COHEN

En écoutant Madame Podeur, je me suis réjoui à l'annonce de la charge de travail qui incombera aux avocats. En effet, elle a énuméré des pistes de réflexion et d'action qu'il nous faut appréhender en amont. Dans le cas contraire, de nombreux problèmes sont à prévoir.

Quand j'ai examiné la loi HPST, en tant qu'accompagnateur des médecins, j'ai constaté que deux préoccupations totalement contradictoires s'étaient exprimées, en provenance du secteur public et en provenance du secteur libéral. Le secteur public revendiquait son statut de service public, en réfutant toute orientation commerciale, toute logique financière et toute intégration de la T2A.

De l'autre côté, les médecins libéraux récusait toute incursion d'éléments de service public dans leur système de soins. Ils redoutaient d'être « publicisés ».

Je me disais qu'au moins un des deux devait se tromper, voire les deux.

Lorsque nous avons rédigé les nouvelles dispositions relatives à la CME, nous avons veillé à ce que la loi, tout en organisant la complémentarité et en proposant éventuellement une administration des obligations beaucoup plus régentée au travers des ARS notamment, préserve simultanément la dynamique libérale des établissements de santé privés. Cette démarche nous a semblé indissociable de la confortation de ce qui représente l'expression des médecins dans les établissements de santé privés : la CME, censée représenter tous les médecins. Il nous a donc semblé impérieux de renforcer le rôle, la puissance de la CME, ainsi que le contrôle qu'elle exerce en amont.

Nous avons également insisté pour que les projets médicaux soient portés, organisés et contrôlés par les médecins. Il nous a semblé également impératif que le secteur libéral apprenne à diversifier sa façon de produire des soins, en les appréhendant de manière collective.

La relation médecin-patient ne peut s'épanouir que dans un cadre permettant sa qualité. Ce cadre ne peut plus être l'exercice individuel. En effet, en réduisant les coûts et les charges, l'organisation collective permet de dégager du temps qui peut être consacré à l'enrichissement de la qualité de la relation entretenue avec le patient. Cette organisation donne également l'opportunité de pouvoir mieux répondre aux besoins de soins.

D'après moi, ces éléments vont conditionner toutes les discussions contractuelles.

Les contrats feront l'objet de discussions de projets de consentement d'obligations, de devoirs et de droits. Il faut arrêter de penser qu'un contrat est abstrait. Un contrat s'inscrit forcément dans les objectifs et les intérêts que poursuit chacun des cocontractants.

Beaucoup de médecins libéraux travaillent actuellement dans le cadre d'un contrat individuel. Or la loi va imposer des missions de service public aux praticiens.

Les contrats prévoiront-ils les dispositions de la loi ? Devront-ils évoluer ? Si une clinique accepte une concession de service public, le praticien sera-t-il contraint par voie contractuelle à y adhérer ?

Les médecins devront choisir d'accepter ou non d'assumer une mission de service public.

La dévolution de mission de service public ne peut en aucun cas être considérée comme un cas de force majeure. En effet, un tel cas n'est reconnu juridiquement qu'à partir du moment où il était indubitablement imprévisible.

Un médecin pourra considérer que cela constitue une rupture de son contrat. Il conviendra d'en envisager les conséquences, et éventuellement de les inscrire dans ledit contrat.

Par conséquent, toute demande d'autorisation, toute convention et toute décision ayant un impact sur l'activité médicale nécessitera d'abord une discussion avec le corps médical. Cela veut dire que les établissements de santé vont devoir appréhender les intérêts individuels, qui s'assimilent parfois à des intérêts particuliers. Certains praticiens pourront refuser d'abandonner leurs avantages contractuels. D'autres pourront décider d'articuler leur intérêt individuel à un intérêt plus général, et en conséquence accepter des concessions et des contreparties.

Concernant le financement de la qualité et de la gestion des risques, je précise qu'il n'est pas prévu dans les honoraires, au niveau de l'établissement.

Parler d'un financement par intermédiaire me paraît inconcevable. Plus encore, il serait invraisemblable de demander que les médecins payent pour assurer eux-mêmes une prestation.

Un intervenant

Je déduis des propos de Maître Cohen que nous ne nous acheminons pas vers le salariat mais que nous pouvons amorcer le passage d'une indépendance individuelle à une indépendance collective médicale. Il s'agit précisément du sujet de la prochaine table-ronde.

Je considère que cette piste doit être envisagée, à condition que la responsabilité y soit attachée. Il est inconcevable d'abandonner l'indépendance individuelle en conservant la responsabilité individuelle.

Jean HALLIGON

Nous voyons bien que nous nous situons à la croisée des contrats collectifs et individuels et que nous avons un travail très important à mener, en toute transparence. Nous devons collaborer avec la FHP, des avocats et nous rapprocher des établissements publics, afin de construire au mieux ce système.

Impact de la loi HPST sur la contractualisation collective au travers de la CME

Deuxième table ronde

Participaient à cette table-ronde :

- *Edouard BICHIER, secrétaire national de la Conférence des Présidents de CME des CH ;*
- *Jean HALLIGON, Président de la CNPCMEHP ;*
- *Marie-Sophie DESAULLE, responsable préfiguratrice ARS Pays de la Loire ;*
- *Jean-Michel ROGEZ, Doyen de l'Université de Nantes ;*
- *Richard BATAILLE, Président de la Commission FHP « Relations avec les médias ».*

Cette table-ronde était animée par Jean-Paul ORTIZ, Vice-Président de la CNPCMEHP.

Jean-Paul ORTIZ

Je signale que Jean-Loup Dourousset, Président de la FHP, est excusé.

Madame Desaulle, je crois que vous occupez une place originale dans l'extrême variété des préfigureurs. Dans le cadre de la loi HPST, comment appréhendez-vous la construction de nouvelles relations entre les médecins pris collectivement dans le cadre des CME et les ARS qui organiseront et réguleront la médecine hospitalière et la médecine libérale ? Comment envisagez-vous les relations de l'ARS avec les CME dans le cadre de l'hospitalisation privée ? Continuerez-vous à considérer qu'un établissement de soins est représenté par le gestionnaire ? Comment la loi HPST va-t-elle vous permettre de mieux intégrer la communauté médicale dans l'organisation d'un territoire de santé ? Comment allez-vous intégrer les médecins dans vos relations avec les établissements de soins privés ? Comme l'a souligné Annie Podeur, les médecins libéraux sont attentifs à leur double appartenance : à la fois à l'intérieur de l'établissement mais aussi dans la médecine de ville.

Marie-Sophie DESAULLE

J'ai été directrice de l'ARH de Poitou-Charentes, ce qui m'a permis de connaître les relations avec les établissements de santé privés et les CME.

Je signale que je n'ai jamais rencontré les présidents de CME au niveau régional, en Poitou-Charentes, des établissements de santé privés. Si j'ai noué des échanges réguliers avec les gestionnaires des établissements de santé privés, je n'ai pas rencontré de représentants des CME.

J'ai en revanche rencontré les chefs d'établissements de santé publics et échangé régulièrement avec la Conférence des Présidents de CME du secteur public à un niveau régional. Elle a ainsi pu me transmettre son point de vue sur les questions d'organisation médicale et de démographie.

Il me semble donc important que les responsables des ARS puissent connaître votre organisation et avoir la vision de qui au niveau régional représentera vos intérêts et votre vision de l'organisation du système de santé.

Jean-Paul ORTIZ

Chaque établissement a un Président de CME. S'il peut y avoir des difficultés ponctuelles, il y a toutefois généralement une Conférence régionale de Présidents de CME qui en fonctionne correctement. A titre d'exemple, toutes les régions sont représentées aujourd'hui.

Un intervenant

Je confirme son point de vue, dans la mesure où la Conférence régionale des Présidents de CME n'est plus représentée dans le Comité régional d'organisation sanitaire, contrairement aux autres Conférences.

Marie-Sophie DESAULLE

Dans le cadre du Programme régional de santé et de l'organisation des territoires, votre intégration à la réflexion sera déterminante.

L'ARS signera les CPOM avec les responsables gestionnaires d'établissements. Je vous confirme que dans la signature des CPOM, il conviendra que les CME précisent leur positionnement, notamment au sujet de la permanence des soins. Leur avis sera obligatoire quant aux missions de service public.

Je rappelle qu'en tant que responsable-préfiguratrice, je n'ai pas de responsabilité de gestion jusqu'à la création des ARS en avril 2010.

La réflexion sur les missions de service public évoluera en fonction des travaux relatifs au projet régional de santé et aux schémas, qui aboutiront en 2011.

Nous devons définir les modalités d'association des acteurs à l'ensemble de ces démarches, qu'elles soient collectives ou entreprises établissement par établissement.

Jean-Paul ORTIZ

Richard Bataille, quelle est la position de la FHP au sujet de la représentation d'établissements dans le cadre de la loi HPST et des missions de service public ? Comment les médecins seront-ils associés à l'engagement pris par le Directeur d'établissement, vis-à-vis de l'ARS ?

Richard BATAILLE

La réponse a déjà été donnée par Madame Podeur. Les missions s'imposent aux médecins à partir du moment où l'établissement les signe. L'Etat ne dépassera pas son dispositif légal, pour vous obliger à vous organiser. L'Etat considère, en ayant rédigé les dispositions relatives à la CME, qu'il a fait son devoir. Je crois que nous devons réglementer nos échanges dans la CME. La CME suffira-t-elle à satisfaire nos exigences en termes de responsabilité et d'engagement ? Ne devons-nous pas trouver d'autres instances pour résoudre les difficultés, notamment juridiques ?

D'après ce qu'Annie Podeur nous a dit sur le financement des fonctions transversales et de la permanence des soins, nous savons ce que nous devons adopter un financement commun, qui impliquera un contrôle de l'emploi des contributions.

La loi HPST établit que la mission prévaut sur le statut d'établissement. Cela garantit la survie de l'hospitalisation privée. Je suis en revanche réservé sur le respect des engagements de la puissance publique concernant l'appel d'offres.

Jean-Paul ORTIZ

Monsieur Rogez, une des missions de service public qui intéresse beaucoup l'hospitalisation privée est sa participation dans l'enseignement, concernant les troisièmes cycles et en particulier l'accueil des internes. Je sais que dans le milieu des doyens, ce thème est discuté et diversement apprécié. Quelle est votre position à ce sujet ? Pensez-vous que des projets sont à mettre en place avec l'hospitalisation privée et les médecins qui y exercent ? Suivant quelles modalités, dans le cadre de la loi HPST ?

Jean-Michel ROGÉZ

Ma position est très claire.

Nous, les médecins, sortons tous des Facultés. Nous devrions donc avoir une base de discours commune.

Je vous signale par ailleurs que les médecins généralistes sont maintenant des spécialistes. Il me semble que de nombreux problèmes seraient résolus s'ils percevaient une rémunération égale à celle des spécialistes. En effet, la préoccupation majeure est la reconnaissance des hommes. Les médecins sont conscients de leurs devoirs et de leurs savoirs puisque leur expérience dans des locaux publics ou privés leur a permis d'acquérir des compétences. Il faut maintenant les évaluer, et les reconnaître comme il se doit.

Je ne partage pas votre opinion concernant le jugement des doyens. Les doyens sont des médecins et des personnes responsables. Notre position est claire, bien évidemment avec des sensibilités différentes. Le respect de l'autre est fédérateur.

Je suis un fonctionnaire du public, c'est-à-dire que, pour certains, je ne travaille pas et n'ai pas de compétences. Je suis chirurgien-orthopédiste, professeur de chirurgie pédiatrique, j'ai créé un service de chirurgie pédiatrique et je suis aussi doyen de la faculté.

Quand un de nos collègues intègre un établissement libéral, éventuellement commercial, il ne devient pas quelqu'un d'infréquentable. Je rappelle que les médecins libéraux ont par ailleurs été formés à l'université et dans les services du secteur public.

L'enjeu, selon moi, est de conserver la meilleure formation possible. A cette fin, il me semble qu'elle doit intégrer l'enseignement de l'histoire, de la politique, de la géographie et de l'économie locales.

Le programme de formation doit être évalué à l'échelle d'une ville ou d'une région.

Je suis fier d'être universitaire. L'Université est en France la seule structure diplômante. L'évaluation et l'authentification des compétences sont donc conditionnées à l'obtention d'un diplôme. Il faut donc que toute réorganisation du système de santé reçoive l'assentiment des structures diplômantes. Par exemple, la chirurgie de la main n'existe parfois plus à bon niveau dans les structures hospitalo-universitaires, voire dans les structures hospitalières, car cette spécialisation a été concentrée dans une structure privée. Les cliniques nantaises en sont une illustration.

Avant d'admettre un interne en apprentissage, il faut au préalable une convention, un projet pédagogique qui soient validés par le responsable universitaire de la discipline et le coordonnateur interrégional qui validera le stage. Il est en effet important qu'il y ait une évaluation à la fin et que l'agrément donné à cette convention soit formel pour un étudiant, confié à un ou deux chirurgiens qui se répartiront sa formation dans la structure libérale, et que l'évaluation ne donne pas lieu à une reconduction automatique car un internat doit dépendre de besoins.

Selon moi, la convention et l'agrément ne doivent pas être donnés à des établissements mais à des équipes, donc à des médecins, car ce sont eux qui sont responsables de la formation et de l'accompagnement.

La définition de ce que vous avez à offrir et de ce dont nous avons besoin est ensuite impérieuse.

La formation d'internes par des médecins du secteur privé ne doit pas être mal interprétée. Ainsi, la position des doyens exprimée par le Président de la Conférence des doyens à la faculté de Médecine, Patrick Deteix, a été retranscrite par un journaliste du *Quotidien du Médecin* en ces termes : « les doyens cèdent au privé ». Je le regrette, car notre position repose que l'évaluation des besoins par des professionnels qui se respectent. Nous sommes tous des médecins contribuant à une organisation de santé.

En outre, comme l'a dit Madame Podeur avec courage, nos enseignements dans les Facultés de Médecine ne doivent plus être des millefeuilles de spécialités mais des enseignements réfléchis par les doyens. Nous enseignons ce qui va permettre aux médecins de répondre aux besoins de santé d'une nation, d'une ville et d'une population.

Jean-Paul ORTIZ

Concernant les CME en hôpitaux généraux, Edouard Bichier, nous avons souvent des échanges avec Francis Fellingner, que vous représentez. Nos analyses de la gouvernance sont souvent similaires. Que change la loi HPST dans les établissements hôpitaux généraux ? Quel impact va-t-elle avoir sur la place de l'équipe médicale par rapport à la Direction ?

Il me semble que nous pourrions distinguer des points de convergence à ce sujet.

Edouard BICHIER

Je voudrais insister sur la contractualisation en interne, c'est-à-dire sur la place que vos Présidents de CME occuperont au sein des hôpitaux.

Entre 1984 et 1991, les orientations de l'hôpital vers le « département » et la « fédération » se sont soldées par un échec. Aujourd'hui, la loi HPST nous propose des contrats de pôles qui nous permettent d'organiser notre établissement, notamment par le biais de la contractualisation interne.

Dans l'ordonnance du 2 mai 2005, un lien très fort était établi entre le contrat et le projet, puisque le projet étant l'émanation d'un collectif médical. Dans la loi HPST, le projet ne précède pas le contrat de manière aussi claire. Je vous invite à veiller à ce qu'un contrat soit précédé d'un projet ou de l'élaboration d'un collectif médical en interne.

La confrontation de cultures professionnelles caractérise le milieu hospitalier.

Ce contrat en interne, chez nous, est un contrat d'engagement managérial. Les Présidents de CME doivent être capables d'impulser une initiative dans un collectif médical.

Le contrat est pour nous un outil de management interne qui consiste à trouver un langage commun entre les directeurs et les médecins. Le but est le service rendu aux patients et l'accomplissement des missions dévolues.

Nous intervenons au niveau de l'élaboration du contrat, afin de lui donner du sens et un intérêt du point de vue des acteurs médicaux. Dans sa forme, le contrat doit donc résulter d'une élaboration conjointe entre les médecins et la Direction, non pas d'une lettre de mission du Directeur qui fixerait les objectifs par contrat.

Un contrat doit également être un véritable engagement des parties, conformément aux recommandations juridiques.

Il me paraît aussi important de laisser une place à la négociation : le contrat ne doit pas être figé.

Mais notre prise de risque managériale n'est pas suffisante.

Les objectifs du contrat en interne sont des objectifs d'activité, de qualité et des objectifs financiers. Concernant les objectifs d'activité, nous n'avons pas intégré des éléments qui étaient

réglementairement opposables, comme le codage des actes. Vous, Présidents de CME, devrez déterminer ce codage.

Le contrat est évalué selon des indicateurs de résultats, comme les indices ICALIN, et des indicateurs de pertinence des pratiques.

Dans la loi HPST, la CME doit jouer un rôle dans la politique d'amélioration de la continuité de qualité et de sécurité des soins et de la prise en charge des patients.

Le contrat est un simple outil de management. Le suivi et le pilotage du contrat priment. Nous parlons de copilotage médico-administratif.

Pour faire évoluer les contrats, vous devrez définir en interne un plan de vol basé sur des objectifs, puis vous devrez déterminer une route avec des instruments de pilotage. Ces instruments vous permettront notamment d'évaluer la rentabilité de votre activité. Nous sommes actuellement en train de nous former à de tels outils, tels que la comptabilité et les tableaux de bord.

Enfin, l'adaptabilité est requise : il ne faut donc pas hésiter à modifier le tracé de la route.

Concernant la qualité des soins, il me semble que l'organisation est incontournable. A l'hôpital, 85 % des erreurs médicales évitables sont dues à des problèmes d'organisation, 15 % à un déficit de compétences.

En tant que praticiens et Présidents de CME, vous devez investir le champ de l'organisation de l'offre de soins et lui conférer une dimension collective.

La satisfaction de la prise en charge des patients relève également moins de la réussite d'un acte médical que de l'organisation du soin. Une enquête de satisfaction des patients ayant bénéficié de prothèses de genou a révélé que le facteur clé de la satisfaction était la prise en charge de la prothèse en amont. De même, la satisfaction à l'égard du traitement d'un AVC est moins liée à la thrombolyse qu'à la rapidité à procéder à un scanner.

Voici l'état des réflexions actuelles de notre conférence sur ces thématiques de contrat et d'organisation des soins dans les établissements.

Jean-Paul ORTIZ

Madame Desaulle, la loi HPST transforme les ARH en ARS, ce qui constitue conceptuellement un élargissement considérable de votre champ d'activité, donc de vos responsabilités. En tant que préfiguratrice d'ARS en Pays de la Loire, vous allez être chargée d'organiser sur des territoires de santé l'articulation entre la médecine de ville, la médecine hospitalière et le médico-social. Comment envisagez-vous cette animation ? Comment imaginez-vous cette articulation entre la médecine libérale, avec le premier et le second recours, l'hospitalisation avec ses deux dimensions publique et privée et le médico-social, sans trop s'éloigner des réalités de terrain ?

Marie-Sophie DESAULLE

Le champ d'activité est effectivement très vaste.

Actuellement, la loi ne se réfère pas aux territoires de santé mais aux territoires tels qu'ils ont été définis dans le Schéma régional d'organisation sanitaire.

Le premier travail que nous devons entreprendre sera de définir la logique du territoire de santé, qui nous permettra d'intégrer les dimensions ambulatoire hospitalière et médico-sociale.

Dans ce cadre-là, les Conférences de territoire seront des lieux de concertation. Nous devons faire un projet de santé de territoire.

La superficie et la démographie de ces territoires étant conséquentes, nous devons également entamer une réflexion sur des « zones d'action » qui permettront d'organiser la permanence des soins de premiers recours entre l'ambulatoire et les établissements de santé.

Nous devons impérativement opter pour une logique infra, de proximité, qui parvienne à réunir les structures de santé et les professionnels qui portent le sujet de l'ambulatoire.

La mise en œuvre de la logique d'accompagnement médico-social devra tenir compte des réflexions des usagers.

Ainsi, notre mode de raisonnement doit être décloisonné pour permettre la réunion de l'ensemble des acteurs concernés par une offre de soins.

Jacques CATON, Président de la Conférence régionale des Présidents de CME de Rhône-Alpes

Contrairement à ce qui a été dit, j'estime que la loi HPST ne marque pas un renouveau mais la fin d'un système.

La question qui me semble primordiale est la modification des relations contractuelles. Jean-Michel Rogez défend par exemple que les missions de service public d'enseignement ne doivent pas être négociées avec l'établissement privé mais avec l'équipe médicale.

Au lieu que l'ARS contractualise une enveloppe de soins sur l'accessibilité ou la qualité, pourquoi ne contractualiserait-elle pas avec un groupement de praticiens que l'on pourrait appeler « l'entreprise médicale », qu'elle soit libérale ou publique ? Cette entreprise médicale pourrait contractualiser d'une part avec la tutelle des ARS en ce qui concerne l'enveloppe de soins, d'autre part avec des établissements en ce qui concerne les conditions de travail.

Il me semble qu'un renversement total des propositions doit être appréhendé.

Madame Coudrier, j'estime que l'hôpital est assis sur une bombe à retardement qui va faire imploser le système avec l'introduction de GCS qui vont permettre à des praticiens du secteur privé de travailler à l'hôpital public. Les praticiens du secteur public n'accepteront pas qu'un confrère puisse gagner plus qu'un PU-PH avec sa fonction hospitalière. Vous croyez que les

praticiens de l'hôpital vont continuer longtemps à accepter ce système ? Je rappelle par ailleurs que dans les hôpitaux PSPH, avec des GCS où on paye à l'acte, un acte privé est valorisé. Il s'agit selon moi d'une concurrence déloyale, doublée d'une malhonnêteté car l'hôpital ne paye pas les cotisations sociales du praticien de secteur privé.

La contractualisation avec les praticiens me semble primordiale.

Marie-Sophie DESAULLE

Je suis assez d'accord avec vous sur le fait que nous devons inventer de nouveaux modes de contractualisation. En l'état actuel des choses, les Directeurs Généraux d'ARS appliqueront une réglementation qui appréhende la contractualisation suivant la logique CPOM, avec les établissements de santé, non avec les communautés médicales. Le mode relationnel devra être réinventé.

La contractualisation avec les Unions régionales des professionnels de santé est également à envisager. Elle permettrait le développement d'un échange autour de la pratique ambulatoire, libérale, avec les praticiens.

Concernant l'hôpital, je suis beaucoup moins pessimiste que vous.

Je pense que certains praticiens qui exercent en libéral souhaiteront aussi travailler en hôpital public sur la base d'un contrat qui définira des objectifs précis et dont la rémunération sera basée sur la rémunération CCAM ou NGAP. Ces contrats feront en outre l'objet de modalités d'encadrement qui, je l'espère, prévoiront une marge de manœuvre.

La mobilité me semble donc être un élément de stimulation de l'ensemble de la communauté médicale plus qu'un élément d'implosion.

Je crois que nous parviendrons à conclure des accords tout à fait efficaces avec des médecins exerçant en ambulatoire. Actuellement, le statut de praticien attaché qui a été revalorisé récemment présente toutefois des limites.

Selon moi, la démarche sera donc dynamisante, inscrite dans une logique collective. La contractualisation individuelle devra impérativement s'inscrire dans une stratégie d'établissement partagée par ceux qui adhéreront individuellement par contrat à cette stratégie collective et la déclineront dans le cadre plus spécifique de leur discipline ou de leur mission.

Jean-Michel ROGEZ

Je pense que la loi HPST, concernant l'opportunité d'ouvrir le libéral à la formation des collègues qui vont nous remplacer, aura l'immense mérite de dire que cela est possible. Sa concrétisation dépendra de la bonne volonté, du respect et de la confiance mutuelle des professionnels.

Cette confiance et ce respect ne seront valables que si les compétences sont d'excellente qualité.

Jacques CATON

J'ai le plus profond respect pour mes collègues du secteur public, mais je constate qu'en dehors des CHU où ils ont certaines compensations et certaines reconnaissances, ils ne reçoivent pas en revanche la confiance qu'ils méritent dans les CH.

Par ailleurs, les fonctions transversales sont imputées au temps de travail de soin dans les hôpitaux publics, alors qu'elles sont en sus dans les cliniques privées, car nous avons une obligation de soins.

Je ne parlais ni de compétences, ni de concurrence. Je vous prie de m'excuser si je me suis mal exprimé.

Quelle sera la responsabilité du Président de CME dans la contractualisation collective ? Il me semble qu'il y a un hiatus prononcé entre les délais courts imposés par la loi et un système juridique qui nécessitera du temps, en raison de son inadaptation à nos contrats et à nos besoins.

Monsieur Bichier a indiqué que 85 % des erreurs médicales seraient le fait d'un déficit d'organisation. J'ajoute qu'à la différence du secteur public, dans le secteur privé, 100 % des erreurs d'organisation à l'intérieur d'un établissement sont systématiquement imputées à chaque médecin libéral de l'établissement.

Richard BATAILLE

Je ne pense pas que la communauté médicale doive signer une mission ou un contrat.

Henri ESCOJIDO, Président des CME de la région PACA

Le patient doit être perçu comme un ensemble. Tout ce qui va dans le sens du décroisement, qu'il s'agisse de la relation à l'intérieur d'un établissement entre le management et le médecin, ou de l'aspect opérationnel entre secteur privé et secteur public, est appréciable. Les éléments de la loi qui vont dans ce sens doivent être considérés positivement.

Actuellement, deux faits m'inquiètent.

50 % de la chirurgie est effectuée en secteur libéral mais le taux d'installation des anesthésistes n'atteint pas cette proportion. Cela implique selon moi des problèmes de surcharge de travail et de sécurité préoccupants.

Le deuxième sujet qui me préoccupe est le risque de ne pas satisfaire les attentes des médecins de demain. Seuls 10 % de nos nouveaux confrères veulent s'installer de manière formelle en secteur libéral, ce qui signifie l'attachement des autres à une pratique collective. Ainsi, le décroisement est prévisible. Si le combat que nous menons actuellement est honorable, nous devons néanmoins accepter qu'il ne soit pas adapté aux attentes. Nous devons prendre en considération le fait que, dans dix ou quinze ans, les praticiens libéraux seront peut-être très contents d'être salariés dans des établissements et de bénéficier d'un exercice mixte.

Christiane COUDRIER

Je souligne que la féminisation de la profession de médecin va probablement modifier la perception de nombreuses questions. A cet égard, le développement du salariat ou de la contractualisation sera important.

Nous ne devons pas raisonner par rapport à nos schémas antérieurs, mais par rapport à la façon dont les jeunes médecins appréhendent leur métier. Leur investissement professionnel, donc leur responsabilité individuelle et collective, doivent être analysés.

Je pense que nous devons pouvoir partager nos exercices et les législations qui nous régissent mutuellement. Il me semble que dans le secteur public, la responsabilité se situe au niveau institutionnel sans toutefois exclure la responsabilité individuelle. Des ajustements permettront probablement la définition de modes d'exercice très voisins.

Un intervenant

Un étudiant qui obtient sa thèse et souhaite faire de la médecine générale attend en moyenne 7 ans avant de s'installer. Il assure des remplacements durant cette période.

Yves HEPNER, chirurgien-plasticien élu à la CME de la Clinique Jules Verne et gestionnaire de l'organisme agréé Plasti-Risques

Si une meilleure organisation, un développement de la solidarité et une gestion plus efficace de la pénurie me semblent des objectifs conceptuels louables, il me semble qu'ils se heurtent à trois principaux freins dans la réalité.

Le premier est qu'une CME n'est pas une réunion d'actionnaires.

Le deuxième est que l'accompagnement d'internes et la contribution à l'enseignement relèvent de la capacité humaine et de la transmission médicale, qui se traduisent concrètement par une charge de travail accrue et une fiabilité diminuée.

Enfin, le décalage entre les objectifs et les financements : ainsi dans le cas du plan Cancer, les mesures prises dans le cadre des tarifs de dermatologie chirurgicale ambulatoire est inquiétant.

Un intervenant, clinique privée de Cognac

Je voudrais savoir ce que Monsieur Rogez pense des étudiants en Médecine qui sont collés et le déploiement croissant des filières des pays de l'est dans nos hôpitaux généraux, avec des compétences et des diplômes qui laissent à désirer.

Jean-Michel ROGEZ

Je le regrette. Le *numerus clausus* établi en 1983 a collé des étudiants en médecine avec 14 de moyenne. C'était une erreur monumentale car nous n'avions pas anticipé le développement futur de nos spécialités. Le rapport Berland a montré que nous reviendrons en 2025 à l'étiage de l'offre de soins que nous avions en 1980.

C'est un problème mondial. Ainsi, des universités de médecine allemandes sous-traitent leurs premières années avec la Hongrie ou la Tchécoslovaquie.

Le problème des filières est catastrophique. Le déficit de formation et de compétences doit toutefois être relativisé car certaines facultés d'Europe de l'est sont très performantes. Il suffit de regarder les publications et les congrès.

Un intervenant

Davantage que les motivations financières, c'est l'absence de reconnaissance du mérite qui conduit de nombreux praticiens à délaisser l'hôpital.

Si le schéma du passage d'un mérite individuel à un mérite d'équipe est recommandé, il me semble en revanche que nous ne devons pas accepter un système monolithique reprenant tous les défauts de l'hôpital public, alors même que le dynamisme est requis pour pouvoir répondre avec de moins en moins de monde à une demande de plus en plus grande.

Edouard BICHIER

J'utilise beaucoup le secteur libéral privé pour « accrocher » un jeune praticien. Je veille à faciliter son insertion dans ce secteur.

J'estime que les CME doivent occuper une place croissante dans les cliniques. Si du point de vue de la loi HPST, la CME n'est pas décisionnaire, elle peut en revanche assurer un rôle de direction collective déterminante.

Assurance en Responsabilité Civile Professionnelle : contrat individuel ou partagé avec l'établissement ?

Troisième table ronde

Participaient à cette table ronde :

- *Olivier JOURDAIN, Président de CME, Gynécologue Obstétricien ;*
- *Jean-Yves NOUY, Directeur Général de SHAM (Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles);*
- *François BRANCHET, Courtier en Assurance ;*
- *Michel LEVY, Syndicat National des Anesthésistes-Réanimateurs ;*
- *Lamine GHARBI, Président de la Fédération de l'Hospitalisation Privée - MCO ;*
- *Philip COHEN, Avocat.*

Cette table ronde était animée par Jean-Luc BARON.

Jean-Luc BARON

Cette table ronde vise à aborder les problématiques assurantielles, en particulier à déterminer les avantages et inconvénients respectifs de l'assurance couplée avec l'établissement et de l'assurance individuelle des praticiens.

Olivier JOURDAIN

Nous sommes aujourd'hui au cœur du problème des spécialités à risques et de l'indemnisation des sinistres issus de ces spécialités, problème qui est apparu depuis un certain temps déjà. Mon objectif consistera essentiellement à poser les questions sur lesquels nous discuterons, sur le problème de la RCP des spécialités à risque et en particulier de l'obstétrique. Dans ce domaine, les tarifs sont administrés et les honoraires sont stables depuis plusieurs années. L'assurance, obligatoire, voit ses tarifs augmenter. Depuis cinq ans, alors que le prix de l'accouchement est stable – il a même légèrement décru – les primes continuent de croître. Ainsi lorsque je me suis installé en 1999, je payais un peu moins de 20 000 francs, alors que les primes avoisinent aujourd'hui 20 000 euros. Les tarifs ont augmenté chez tous les assureurs, Branchet, SHAM, Marsh... La MACSF quant à elle s'est retirée du marché.

L'une des solutions de l'Assurance Maladie et des pouvoirs publics pour résoudre le problème de la couverture assurantielle des praticiens à risque a été d'engager une démarche qualité, une démarche de gestion des risques. Elle permet d'assurer, réciproquement, une prise en charge partielle des primes d'assurance des praticiens. A ce titre j'évoquerai en particulier l'institution Gynerisq, qui a le mérite d'exister. Cet organisme agréé, créé en 2007 avec des hospitaliers et des libéraux, permet aux praticiens de mettre en place une démarche individuelle de gestion des risques. Pour l'heure, les praticiens n'y sont pas formés, et la notion d'événement porteur de

risque reste souvent mal connue. Gynerisq est donc largement perfectible, mais permet au moins de montrer l'existence de démarche de gestion du risque aux praticiens. En outre cette démarche est financée par le biais d'une réduction des primes d'assurance.

Le praticien qui remplit une fiche de Gynerisq voit sa prime d'assurance réduite : cela présente donc un intérêt au niveau individuel même si, effectivement, 500 euros de la prime d'assurance sont versés à Gynerisq. Pour une fois, la démarche de gestion du risque – individuellement pour chaque obstétricien – fait l'objet d'un financement, par le biais de sa réduction de prime d'assurance.

De la salle

Pour autant, la prime augmente.

Olivier JOURDAIN

Oui, mais ceux qui ne font pas cette démarche qualité n'obtiennent pas la réduction de 55% ou de 66 % à laquelle ils peuvent prétendre lorsqu'ils ont validé leur démarche qualité chez Gynerisq.

Le problème de la responsabilité civile est important et mérite que nous discussions ensemble, avec les gestionnaires et la FHP notamment. En effet, son impact est considérable sur les effectifs. Ce problème se pose tant en termes financiers et économiques, que psychologiques, éthiques etc. Il devient très difficile pour des jeunes de s'investir dans la médecine libérale, avec des primes aussi élevées et une menace permanente de trou de garantie.

D'après les données du Conseil de l'Ordre, les obstétriciens libéraux sont moins de 1 200 en France en 2009. Nous étions 1 600 en 2003 et près de 3 000 en 1999. Ainsi, en l'espace de 10 ans, les effectifs ont été divisés pratiquement par trois, et de très nombreuses maternités privées ont fermé. Il semble donc essentiel que tous les partenaires se penchent sur ce problème fondamental.

Les trous de garantie ont été évoqués récemment. Il en existe deux. Le problème du montant, pour l'heure, n'est pas réglé – quoi qu'en dise notre Premier Ministre. Par ailleurs, la loi « Kouchner » de mars 2002 permet à un patient de porter plainte jusqu'à 10 ans après la consolidation de l'événement initial : cette consolidation de l'événement initial de la naissance n'étant acquise qu'à la majorité (18 ans), il existe théoriquement 28 ans de délai entre la naissance et l'échéance de la possibilité de porter plainte pour un handicap congénital. Ainsi la problématique du trou de garantie n'est toujours par réglée.

Nous devons traiter dans le cadre de cette table ronde de la question du contrat individuel, ou du contrat partagé entre le médecin et l'établissement – que proposent plusieurs sociétés. Je poserai à ce stade plusieurs questions auxquelles nous chercherons à répondre. D'une part, les différences de tarifs sont importantes et ceux qui ont fait le choix de s'inscrire dans un contrat partagé ont nécessairement examiné cette dimension. D'autre part, la disparition du recours entre praticiens et établissement est-elle un avantage ? Entre établissements de santé privés,

entre praticiens et établissements, entre praticiens eux-mêmes... la question se pose également de savoir si, entre plusieurs praticiens de la même discipline, entre plusieurs obstétriciens du même établissement, il faut ou non prendre la même assurance. C'est ce que j'ai fait personnellement, puisque j'exerce dans une SCP qui est la seule équipe obstétricale de l'établissement : néanmoins cela n'est pas le cas dans tous les établissements, et certains ont plusieurs équipes d'obstétriciens – qui peuvent être assurées auprès de diverses officines. La suppression des recours entre praticiens et éventuellement entre praticiens et établissements me semble plutôt positive à certaines conditions.

Quant à l'amélioration des risques, je pense qu'elle ne doit pas relever du praticien seul : les accidents sont le produit d'un faisceau d'événements qui n'impliquent pas seulement le praticien, mais aussi l'établissement. Enfin, la CME n'a pour l'heure aucune place dans cette démarche, mais elle doit se créer cette place. Ainsi la périnatalité regroupe à la fois les obstétriciens, les anesthésistes, les pédiatres et l'établissement. Or la CME assure la connexion de ces différentes composantes, alors que pour l'instant elle n'a pas de place dans les organismes de type Gynérissq.

Ces formules d'assurance présentent aussi des inconvénients. Quels sont les risques couverts par les primes en cas de sinistre ? *Quid* du système de bonus-malus, que certains assureurs ont pratiqué ? Quel est l'impact d'un sinistre sur les primes des praticiens ? Comment est attribuée la sinistralité aux praticiens ou à l'établissement, sur un plan économique ? Pour l'heure, la situation reste très imprécise. En cas de procédure pénale, la mutualisation n'est plus possible. En outre, sur le plan du conseil juridique et de la défense du praticien ou de l'établissement, il peut se produire un éventuel conflit d'intérêt entre l'un et l'autre : cette problématique doit être clairement appréciée. Le trou de garantie est une autre problématique : qu'en est-il dans le cas d'une responsabilité partagée, et lorsque l'indemnisation dépasse le plafond ? Nous n'avons pas d'information sur ce sujet aujourd'hui, et l'avis de nos juristes et de nos assureurs me semble intéressant à cet égard.

La responsabilité civile des praticiens à risque est un sujet difficile. De plus en plus de spécialités seront sans doute confrontées à ce problème qui aujourd'hui se pose à l'obstétrique, dans la mesure où l'augmentation des indemnisations s'accéléra pour de nombreuses spécialités. Ce message n'est pas suffisamment reçu par les patients et les usagers. Il n'est pas question, bien au contraire, que nous nous défaissions de notre responsabilité, mais il est clair qu'à 1 200 obstétriciens aujourd'hui nous ne pouvons pas assurer seuls l'indemnisation de tous les handicaps liés à la naissance. Il est impératif que les pouvoirs publics en prennent conscience, car nous ne pouvons pas continuer comme à exercer dans ces conditions.

Un autre problème se pose également car les magistrats confondent le praticien fautif et la partie solvable. Ainsi, le fait que le praticien ait commis une faute ou non n'est plus forcément le critère essentiel pour attribuer une indemnisation. Aujourd'hui, les praticiens libéraux ne sont plus la partie solvable car ils ne peuvent plus faire face aux indemnisations nécessaires. La question peut se poser également de la hauteur des indemnisations. Dans un règlement de sinistre qui est actuellement jugé à Orléans, une indemnisation de 7,5 millions d'euros est en débat : cette somme représente bien plus que le patrimoine de n'importe quel obstétricien dans toute sa carrière. Quel est le sens de telles indemnisations ? Les magistrats ne se rendent pas compte des conséquences qu'elles peuvent avoir.

J'évoquerai également l'impact de ces tendances sur la médecine défensive. Il s'agit en obstétrique d'un débat sans fin, notamment sur les examens supplémentaires. Les modifications de comportement induites par le risque médico-légal sont de plus en plus fréquentes et quotidiennes. Les événements de ces dernières semaines ne feront que renforcer cette médecine défensive, qui n'est pas nécessairement une bonne médecine.

La mutualisation des établissements de santé est-elle une solution ? Je pense que nous ne pourrions pas nous en passer. De même il sera impossible d'assumer à nous seuls – en tant que médecins libéraux – la totalité des indemnisations pour tous les préjudices plus ou moins prétendus de ceux qui porteront plaintes contre nous. Une mutualisation doit donc probablement s'opérer, entre autres, avec les établissements.

Nous constatons aujourd'hui un blocage majeur qui, d'après les conseillers des divers ministères, proviendrait de Bercy. L'Office National d'Indemnisation des Actes Médicaux est-elle la solution ? Le collège des échographistes fœtaux, lesquels exercent une spécialité à très haut risque, rédige actuellement une contre-proposition : ONIAM ou non, la logique consiste à créer un fonds d'indemnisation qui puisse se substituer, au-delà des plafonds de garantie, aux praticiens. L'idée n'est donc nullement d'aller contre les décisions de justice. Et surtout, j'insiste sur le fait qu'à 1 200 obstétriciens, nous n'avons pas pu et nous ne pouvons pas obtenir ce que nous voulions sur la réparation des trous de garantie. Il est donc indispensable que nous construisions des alliances.

La première de ces alliances, que nous devons créer de toute urgence, est celle qui nous unira aux usagers. Quand bien même un magistrat déciderait d'une indemnisation de 7,5 millions d'euros, les usagers qui la demandent ne pourraient pas la percevoir dans les conditions actuelles. Nous devons expliquer aux usagers qu'il est dans leur intérêt que les praticiens de la naissance et des spécialités à risque en général puissent obtenir une indemnisation correcte.

Ainsi, le « piège » de la RCP se referme très rapidement sur les praticiens de la naissance et les obstétriciens.

Jean-Luc BARON

Merci pour cette communication fort intéressante, qui préfigure de ce qui pourrait arriver aux autres spécialités. Je donne la parole à Jean-Yves Nouy, Directeur de la SHAM. Cette dernière a été longtemps assureur des établissements publics et s'est tournée assez récemment vers les établissements privés. N'avez-vous pas été « inventeurs » du décloisonnement entre public et privé dans le domaine de l'assurance ? D'autre part, quel serait le rôle de la CME dans ce décloisonnement ?

Jean-Yves NOUY, Directeur de la SHAM

La SHAM a 81 ans d'existence. Créée par l'hôpital public en 1922, elle a d'abord couvert les établissements publics en responsabilité civile notamment. Elle s'est ouverte ensuite au secteur privé, et donc aux cliniques privées à but commercial – après avoir assuré des cliniques privées à but non-lucratif (PSPH) – lors de la crise de la responsabilité civile. Nous avons donc cette

expérience des cliniques privées. Nous assurons alors l'établissement et, en cas de sinistre, la tactique consistait à « taper » sur le libéral. Ce mode de fonctionnement, qui alourdissait les coûts, ne pouvait perdurer : pour que les prix puissent être maîtrisés en effet, il n'y avait d'autre solution que celle de maîtriser le coût des sinistres.

La responsabilité civile médicale en France représente 420 à 450 millions d'euros environ. La SHAM en assure 200 millions d'euros environ soit 45 % du marché, essentiellement des établissements, et de plus en plus de libéraux. Notre base permet de mutualiser et de faire face à la volatilité. Nous publions chaque année un panorama du risque médical des établissements de santé sur notre site Internet.

Nous recevons 5 000 réclamations par an. Ainsi le nombre de réclamations corporelles peut être estimé, en France, à 12 000. Chaque année, nous clôturons 5 700 dossiers environ : sur ce total nous ne payons que dans 25 % des cas. Lorsque nous ne payons pas, cela peut tenir au fait que la victime a abandonné ses poursuites pour différentes raisons. En particulier de nombreuses réclamations s'avèrent sans objet, compte tenu de l'état antérieur. Au niveau national, sur 100 recours aux CRCI, 20 cas seulement sont indemnisés. Nous pouvons déduire de ces chiffres que les sinistres que nous indemnisons coûtent cher.

Les données ONIAM concernant les avis CRCI montrent que les indemnisations se partagent entre aléa et responsabilité. Selon nos propres chiffres, 484 avis sur 1 539 ont donné lieu à indemnisation : 52 % de ces indemnisations ont été à la charge de l'ONIAM, et 33 % à la charge intégrale de la SHAM. Une partie des indemnisations sont en partage entre l'ONIAM et la SHAM, et une partie enfin en partage entre deux assureurs. Nous payons, hors les indemnisations en partage, 42 % des sinistres. Les autres assureurs en payent 54 %. Le fait que nous payons moins souvent signifie que le coût des sinistres est moindre, et par conséquent que nos primes sont moindres.

Nous avons recensé, par ailleurs, 682 décisions administratives et 121 décisions judiciaires. Nous portons les affaires devant le juge car nous ne souhaitons pas transiger lorsque nous ne sommes pas d'accord avec une victime sur la responsabilité. En 2008, nous l'avons emporté dans 57 % des cas. Si nous ne procédions pas ainsi, nous entrerions – comme en Angleterre – dans un système où nous indemniserions systématiquement : les coûts seraient multipliés par deux. Ainsi nous ne nous battons pas pour que les affaires se traitent à l'amiable, car cela contribuerait à augmenter les coûts. En judiciaire notre position est différente : nous sommes condamnés dans 52 % des cas.

Je pense que nous sommes là pleinement dans le débat sur les contrats « groupe », les contrats communs entre l'établissement et le libéral. Lorsque l'on défend à la fois l'établissement et le libéral, on cherche à prouver l'absence de faute. Avec la loi Kouchner, l'aléa est pris en charge par l'ONIAM à travers les CRCI, mais lorsqu'il y a d'un côté un assureur pour l'établissement et de l'autre un assureur pour le libéral, le gestionnaire du dossier recherche naturellement la responsabilité de l'un ou de l'autre. Dès lors, la victime a beaucoup plus d'arguments pour pouvoir l'emporter.

Notre stratégie consiste donc à diminuer le coût des sinistres pour maîtriser le coût des primes. Pour cela nous ne disposons que de deux solutions : la prévention en amont, et en aval l'optimisation de la défense médico-légale. Il nous faut donc nous préparer à être dans une position de force lorsqu'il y a une réclamation, par un certain nombre de moyens : dossier du patient, conservation des informations liées aux actes médicaux, gestion des risques...

Nous cherchons à assurer l'acte médical, à être un assureur unique pour l'acte médical qu'il soit pratiqué en libéral ou non. Du côté du public par exemple, les libéraux qui font la régulation du 15 sont assurés à travers l'établissement, ce qui ne pose pas de problème. De même nous cherchons à assurer simultanément l'établissement et les professionnels. Cela nous permet, d'abord, de mieux mettre en place une politique de prévention. Ainsi, nous visitons l'ensemble des plateaux techniques tous les deux ans, et nous émettons des recommandations. Il s'agit là d'un réel levier d'action : il semble qu'une diminution significative de la fréquence des réclamations se profile en 2009. Cette politique de gestion des risques, de visite de risque et de prévention commence à payer. Elle nous permet surtout de mieux organiser la défense, en amont. Elle nous permet également de réduire les coûts de gestion, lorsque nous avons un seul sinistre à gérer plutôt que plusieurs. Enfin, et surtout, nous réduisons les conflits entre la clinique et les professionnels.

Nous croyons en notre politique et nous continuerons à la mener. La prime, pour un obstétricien libéral monosite, atteint 18 270 euros pour 6 millions d'euros de garantie – contre 3 millions chez certains confrères. Lorsque nous assurons en même temps le libéral et l'établissement, dans un contrat groupe, nous accordons 10 millions d'euros de garantie avec une prime réduite de 20 %. Nous pensons donc que cette solution est la seule qui permette de maîtriser le coût des sinistres. Si tous les assureurs faisaient comme nous, le problème des obstétriciens et de ceux qui exercent des activités à risque serait limité aux difficultés survenant après les 10 ans. Enfin, en cas de sinistre, ce montant de 10 millions d'euros de garantie permet réellement de « voir venir ».

Jean-Luc BARON

Je donne la parole à François Branchet. Vous avez été un des premiers assureurs à assurer des spécialités à risque, en l'occurrence la chirurgie plastique. Quel est votre sentiment sur ces questions ? Le contrat d'assurance doit-il être couplé avec celui de l'établissement ? Quels en sont les avantages et les risques, alors que vous avez été un défenseur des contrats distincts ? Enfin, quels rôles pourraient jouer les CME dans ces schémas ?

François BRANCHET

Je suis personnellement courtier. Le courtage est un intermédiaire entre l'assuré et la compagnie d'assurance ou la mutuelle. Les intérêts des courtiers sont différents de ceux des compagnies d'assurance, et cette différence est de même ordre que celle qui existe entre un médecin et un établissement de soins. Le courtier a pour rôle de trouver le meilleur produit, la meilleure défense, au meilleur prix, pour les assurés qu'il recherche et dont il veut garder la clientèle.

Nous exerçons ce métier depuis 30 ans, avec un succès que les chiffres traduisent. En effet nous assurons 70 % du plateau technique lourd, 7 000 spécialistes du plateau technique lourd en libéral et, parmi ceux-ci, la moitié des gynéco-obstétriciens en France (600 environ). Dans le cadre de la défense des médecins nous avons imaginé la mise en place d'un contrat d'assurance qui prenne en charge la totalité des intervenants du plateau technique lourd : chirurgiens, anesthésistes, gynéco-obstétriciens. Cela permet d'éviter que ces intervenants, qui doivent travailler ensemble pour réaliser un acte chirurgical, soient incités à se battre entre eux pendant des années : une procédure représente 4 ans devant un TGI, un peu moins de 2 ans dans une CRCI. Depuis 30 ans nous avons toujours choisi de n'assurer que les médecins, et jamais les établissements de soins qu'ils soient publics ou privés. Je ne pense pas que nous remettrons en cause cette politique de défense.

Je ferai deux commentaires sur la loi médicale que vous avez longuement évoquée ce matin. Depuis très longtemps les autorités qui nous gouvernent considèrent que les médecins produisent des malades : en d'autres termes elles pensent que moins il y aura de médecins, moins il y aura de malades ! Peut-être n'y en aura-t-il plus ? Qui plus est, nos gouvernants rêvent depuis toujours de soigner sans médecin. Dans l'indifférence générale ils ont réussi à le faire, en mettant en place une vaccination sans médecin et en faisant appel à des étudiants en médecine. Les pouvoirs publics continueront dans cette même logique à l'avenir. Si la loi est adoptée dans sa version actuelle, plus aucun médecin n'interviendra pour mettre en place les programmes de soins à l'échelon national. Ce sont les ARS, qui ne comportent pas de médecins, qui en seront chargées.

Quant au rôle des CME, je rappellerai qu'aujourd'hui ces dernières n'ont pas le pouvoir de décision. Elles exercent seulement un rôle consultatif. Qui plus est, lorsqu'elles ont été conçues, les CME n'ont pas été dotées des moyens d'exercer un tel pouvoir. Ainsi les médecins sont dépourvus du pouvoir de décider de l'organisation des soins à l'échelon de leur établissement. De fait, il me semble encore plus justifié aujourd'hui de ne pas assurer dans un même contrat les établissements de soins et les médecins.

Concernant l'évolution de la responsabilité civile, nous sommes très inquiets de constater que de plus en plus, dans l'organisation des soins, le privé travaillera avec le public, au sein même des établissements. Cette tendance nous semble dangereuse. Lorsqu'un libéral travaille dans un bloc opératoire avec du personnel privé, il est payé au travers des honoraires en libéral et n'a donc pas la même garantie que l'hôpital. Il paye une prime et, lorsqu'il a terminé son intervention, les suites sont assurées par l'établissement de soins. J'ai attiré l'attention des syndicats sur ce risque, d'autant que les juridictions sont différentes : le privé dépend du TGI, le public des tribunaux administratifs. Les procédures également sont de nature et de durée différente. Les patients savent que s'ils déposent une plainte contre l'hôpital, qui n'est pas identifié en tant que personne, la procédure durera 10 ans, alors qu'ils peuvent mettre en cause plus facilement un chirurgien ou un anesthésiste nommément identifié. Dans ce cas, la procédure durera au plus 4 ans. Les patients font rapidement leur choix entre ces deux voies de recours, et les praticiens risquent donc d'être de plus en plus mis en cause.

Il faut certainement mutualiser, mais sous certaines conditions seulement. La mutualisation est prévue par les textes lorsque l'assurance devient obligatoire : c'est le cas de la vôtre depuis 2002.

Pour autant, contrairement à toutes les autres assurances obligatoires (automobile...), aucun fonds commun n'a été créé. Il profiterait pourtant à tous ceux qui s'adresseraient à un médecin qui ne serait pas assuré, ou dont le plafond d'assurance serait dépassé. Ce fonds de garantie serait alimenté par un pourcentage sur les primes d'assurance, et permettrait de faire face aux débordements de la responsabilité civile obligatoire. Il existe ainsi un fonds de garantie pour les assurances automobiles, permettant d'indemniser les victimes de conducteurs sans permis de conduire ou qui conduisaient en état d'ivresse. Inversement, aucun chauffeur en règle ne met en jeu son propre patrimoine pour rembourser les victimes d'un accident. Ainsi, c'est une aberration lorsqu'aujourd'hui, une personne qui paie relativement cher une assurance obligatoire puisse être responsable sur ses biens personnels. A titre d'exemple, le chauffeur qui est à l'origine de l'accident survenu sous le tunnel du Mont Blanc n'a jamais été responsable sur ses biens personnels.

Ainsi, telle situation est anormale, alors même que l'assurance est obligatoire et plafonnée par le Gouvernement. L'ONIAM devait à l'origine prendre en charge les excédents, au-delà de 3 millions d'euros d'indemnisation. Pendant 7 ans, l'ONIAM a assuré qu'elle ne se retournerait jamais contre un professionnel de santé : non seulement elle ne l'affirme plus aujourd'hui, mais elle écrit qu'elle pourrait remettre en cause ce principe en cas de dépassement du plafond.

Nous avons choisi de ne pas modifier notre plafond de garantie, qui reste à 3 millions d'euros, avec 10 millions d'euros par année, conformément à la loi. Augmenter le plafond des garanties ne nous semble pas en effet une solution pertinente. Il pourrait sembler à première vue qu'un plafond de 6 millions d'euros soit suffisant : pour autant, avec des événements à développement lents comme la naissance, un enfant présentant des séquelles lourdes sera indemnisé à compter de ses 18 ans ; nous devons alors payer quatre personnes pour l'assistance de tiers, ce qui représente 120 000 euros par an pendant 30 ans. Il est donc impossible de fixer un plafond aujourd'hui en se persuadant qu'il ne sera jamais dépassé. Ainsi vous ne serez jamais en garantie absolue. Nous considérons en revanche que notre rôle économique d'assureurs consiste à éviter – lorsque vous nous transmettez un risque que vous jugez insupportable, et que nous encaissons la prime en conséquence – que l'on ne puisse pas garantir en totalité ce risque là, pour vous éviter le pire s'il se produit. Il s'agit là d'une anomalie du système.

Enfin, le fait que le plafond soit fixé à 3 millions d'euros a pu inciter les juges à modérer quelque peu leurs indemnisations. Ils pouvaient en effet considérer qu'au-delà, le coût reposait sur la Sécurité Sociale. Faire évoluer le plafond de 3 à 6 millions d'euros risque au contraire d'inciter les juges à prononcer des condamnations plus sévères et, dans peu de temps, 6 millions d'euros ne suffiront plus. Dans certains des pays voisins comme l'Espagne, les médecins règlent des cotisations bien moins élevées qu'en France car la sécurité sociale espagnole s'interdit de présenter son recours et de se faire payer les indemnisations qu'elle doit aux patients. En France, je pense que nous réglons à travers les indemnisations que nous versons aux patients une partie du déficit de la Sécurité Sociale. Les médias ont souligné, par exemple, qu'une indemnisation de 100 000 euros pour une erreur de côté lors d'une intervention sur le rein d'un enfant était largement insuffisante : or lorsque nous versons 100 000 euros à la famille à ce titre, nous versons 500 000 euros de provision à la Sécurité Sociale. Cette dernière encaisse sous forme de capital l'argent qu'elle devra verser pour les soins immédiats et futurs, pendant toute la durée de

vie de la personne : ainsi dans un tel cas, 50 000 euros seront versés par an, pendant 40 ou 50 ans, pour l'entretien et l'échange du rein tous les 10 ans.

Je pense que l'indemnisation de 7 millions d'euros qui a été évoquée pour un gynéco-obstétricien à Orléans n'a pas été demandée après 2002. L'enfant en question, en effet, n'aurait que 7 ans aujourd'hui. Ce genre de condamnation repose sur des lois antérieures à la loi Kouchner, moins favorables, et les indemnités correspondantes sont plutôt versées à des enfants de 16 à 20 ans. C'est après 2002 que nous avons souscrit les gynéco-obstétriciens, donc dans le cadre de la loi Kouchner.

Je ne prendrai pas le risque d'assurer une clinique ou un établissement de soins en même temps que les médecins. Depuis toujours et de plus en plus, les intérêts des établissements de soins et ceux des médecins sont différents. Je vous renvoie pour preuve aux discussions que vous avez avec vos chefs d'établissement, le praticien souhaitant du matériel récent, l'établissement ne pouvant payer ce matériel. Les CME également sont bien placées pour savoir qu'il existe des conflits d'intérêt entre les établissements de soins et les médecins. Enfin, la loi de finances actuelle prévoit que les établissements de soins pourront résilier le contrat d'un médecin sans préavis ni indemnisation : cette disposition n'améliorera pas certainement la confiance entre les uns et les autres.

Pour l'ensemble de ces raisons, si vous avez un contrat qui est le même que celui de votre établissement, il me semble urgent que vous réfléchissiez à une autre formule.

Jean-Luc BARON

Merci pour cette analyse tout à fait différente de la précédente. Je donne la parole à Michel Lévy, qui au travers de son syndicat représente un nombre important d'anesthésistes. Or il s'agit d'une spécialité relativement transversale dans l'établissement, et attachée à dernier : vous consultez pour la plupart au sein de l'établissement, vous travaillez sur le plateau technique, et pour certains d'entre vous, vous dormez dans l'établissement. Je souhaite avoir l'avis des médecins libéraux que Michel Lévy représente au sein de l'Union.

Michel LEVY

Les anesthésistes ont eu le « privilège » il y a quelques années de se faire exclure des compagnies d'assurance, en particulier de celles que les médecins avaient créées eux-mêmes – c'est à dire le GAV, le Sou Médical et la MACSF. Des membres du conseil d'administration, et une anesthésiste PUPH de l'époque, nous avaient demandé de définir les bonnes pratiques en matière d'anesthésie. Nous avons donc réalisé une enquête sur les pratiques médicales de ces derniers. Cette personne a ensuite envoyé à tous les anesthésistes assurés au GAV un interrogatoire nominatif : tous ceux qui ne respectaient pas ce qui avait été considéré comme bonne pratique se sont fait exclure. Entre temps, nous avons contacté plusieurs courtiers : AON, François Branchet, Gras Savoye... Ces derniers, qui étaient en lien avec des assurances étrangères, n'ont pas donné suite. Nous nous sommes donc retrouvés au sein du groupement temporaire d'assurance

médicale (GTAM), qui a obligé certaines compagnies – sous la pression du Ministère – à nous assurer. Les tarifs ont alors largement augmenté.

Le Syndicat des Anesthésistes a adopté une politique quelque peu différente de celle d'autres syndicats. Nous avons cherché à devenir de bons clients pour les assureurs, à faire en sorte que nous soyons assurables, en créant une structure de gestion du risque et en incitant les anesthésistes à adopter une pratique sûre. C'est ainsi qu'a été créée ARES (Anesthésie Réanimation Risques et Solutions). Nous avons frappé à différentes portes pour pouvoir la faire fonctionner. Un seul cabinet nous a répondu, celui de François Branchet. C'est peut-être la raison pour laquelle il assure aujourd'hui environ 2 000 des 3 000 anesthésistes libéraux. François Branchet n'est peut-être pas le meilleur courtier qui soit, mais il a eu l'intelligence de se rendre compte que les anesthésistes du Syndicat souhaitaient avant tout devenir des clients bien assurables, présentant un risque intéressant. Une fois cette démarche réalisée, d'autres compagnies sont revenues nous faire des propositions, en nous proposant parfois des tarifs très inférieurs. C'est dire si l'assurance est un milieu particulier ! Le GAV notamment nous a recontactés. Certes, notre risque devenait plus intéressant pour ces assureurs, d'autant que certaines compagnies demandaient, pour équilibrer le risque global, un ratio entre anesthésistes, gynécologues et chirurgiens.

Le chirurgien, l'anesthésiste, l'obstétricien, et l'établissement de soins, doivent-ils être dans la même structure d'assurance ? Je ne répondrai pas à cette question par « oui » ou par « non ». Il me semble certain qu'une équipe d'anesthésistes, une équipe de chirurgiens de la même spécialité, a tout intérêt à être garantie dans la même structure d'assurance. En cas de problème avec un patient, il est très rare qu'une seule personne soit mise en cause. Le fait d'être assuré dans des structures séparées, dans cette configuration, est la meilleure façon de détériorer l'ambiance dans les équipes et de faire en sorte que les procès se déroulent mal.

Le problème de l'assurance est un problème de relation. Lorsqu'un courtier a ainsi ouvert la porte à une structure professionnelle, en adhérant à la politique conduite par le SNARF, nous avons tendance à faire preuve d'une certaine fidélité envers lui. Cela me semble normal vis-à-vis d'un courtier qui nous a écoutés, et qui nous aide notamment lors des journées de formation aux risques, dans le cadre des formations obligatoires du collège. J'entends que selon François Branchet, il est préférable que le praticien ne soit pas assuré dans la même structure que son établissement : personnellement je ne suis pas capable d'en juger. Monsieur Nouy nous a expliqué qu'il y avait un intérêt économique à s'assurer à la SHAM, les primes étant *a priori* réduites de 20 %. J'estime que c'est à l'individu, ou au groupe, de déterminer la formule la meilleure pour lui.

Toutefois, s'il est louable – en termes organisationnels et de sécurité – que les assureurs inspectent les établissements, la HAS le fait également. Ces thématiques sont importantes dans la V2. Je pense qu'un établissement qui est accrédité, sans aucune remarque particulière, présente un niveau de sécurité satisfaisant : si j'étais assureur d'établissement, plutôt que visiter tous les établissements, je me renseignerai auprès de la HAS sur le déroulement de l'accréditation.

De la salle

Cela ne sert à rien. Il faut plutôt réduire le coût des sinistres.

Michel LEVY

Effectivement, mais si nous voulons apporter une sécurité à nos patients et éviter les sinistres majeurs, l'organisation de l'établissement – qui est soumis à des visites et à des mesures sur de nombreux critères – me semble fort importante. Une équipe d'anesthésiste qui répond à l'ensemble de ces critères (nombre d'anesthésistes, nombre d'infirmiers anesthésistes diplômés, tenue du dossier médical etc.) est éminemment assurable. Je constate aussi que lorsque nous avons rencontré des difficultés dans les années 1992-93, je payais 30 000 francs de prime, alors que je paye 6 800 euros aujourd'hui. Ainsi nos primes n'ont pas connu la même explosion que celles des autres spécialités dites à risques. Nous avons donc amélioré la maîtrise du risque par nous-mêmes, mais aussi parce que nous employons des matériels plus sophistiqués et des produits de meilleure qualité. Alors qu'à mon installation en 1981 je payais une prime de 5 000 francs par an, je devrais payer aujourd'hui 60 fois plus à sinistralité constante : c'est dire la pression médico-juridique qui s'exerce sur nous.

Ainsi, je n'ai pas de « religion » en matière de choix d'assurance, mais je suis très attaché à la gestion du dossier. Un sinistre, c'est à la fois une victime, mais aussi une personne qui a créé l'accident. Je m'occupe, par exemple, de la prise en charge psychologique des médecins qui ont eu un problème : quatre suicides d'anesthésistes ont eu lieu cette année à la suite d'accidents, dont un dans la région – à la suite d'un rapport d'un expert peu scrupuleux, qui portait un jugement sur les actes et non pas une analyse factuelle comme cela aurait dû être le cas. Les problématiques d'assurance ne sont pas exclusivement d'ordre économique : le montant de la prime est certes un facteur important, mais nous nous situons aussi dans un contexte de prise en charge globale. Nous avons réussi dans le cadre de notre structure ARES, avec François Brancher, à obtenir pour les anesthésistes un « cocoonage » de leur prise en charge accidentelle : c'est la raison pour laquelle, je le pense, notre structure comporte une grande majorité des anesthésistes. Libre à chacun de choisir entre un « maternage » assurantiel et une vision strictement économique de la prise en charge de sa RCP.

Jean-Luc BARON

Merci. Je retiendrai une phrase importante de cette intervention. Il faudra peut-être inventer des modèles qui se tourneront plus vers les équipes que vers l'établissement ou le praticien. Je donne la parole à Lamine Gharbi. Les premiers résultats des organismes d'accréditation montrent que 25 % des Evènements Porteurs de Risque tiennent à des problèmes purement médicaux, et 85 % à des problèmes de transversalité – qui intéressent au plus haut point les établissements. Nous souhaiterions connaître la position de Lamine Gharbi sur le sujet. Par ailleurs la loi permettra à vos établissements de salarier vos médecins : êtes-vous prêts à assumer la responsabilité civile correspondante ?

Lamine GHARBI

Je reviendrai en premier lieu sur les propos d'Annie Podeur ce matin. Elle est une grande communicante et une grande comédienne ! Vous avez écouté ses messages sans particulièrement y réagir. Certes, nous n'avons pas fait mieux à la FHP la semaine dernière. Il faut faire attention à ses propos. Lorsqu'elle évoque les missions de santé publiques pour 2011, ce n'est pas demain, mais dans deux ans. Lorsqu'elle précise qu'il y aura un appel d'offres et un cahier des charges, je ne connais pas aujourd'hui en France de mission qui ne soient pas pourvue. Nous ne devons pas nous laisser faire, car nous risquons de passer « à côté ». Demain, l'hôpital continuera à assurer la permanence des soins. Pour nous, la permanence des soins représente 50 millions d'euros par an de dotation alors qu'en face, ce montant est de 800 millions d'euros. Cette situation perdurera : soyons vigilants.

Quant aux fonctions transversales, j'estime que nous les assurons bien aujourd'hui. Vous y êtes tous investis, et vous êtes d'ailleurs présents ici un samedi. Pourquoi cela changerait-il ? Pourquoi la DHOS donnerait-elle de l'argent pour que cela change ? Je pense que nous avons, vous et nous, suffisamment fait de bénévolat. Les MIGAC représentent 7 milliards d'euros par an, soit autant que les dépenses du MCO privé par an. Pourquoi ne pourrions-nous pas obtenir une partie de ces 7 milliards d'euros ? On nous demande de continuer à travailler gratuitement, tout comme nous assurons la permanence des soins. J'estime que nous ne pouvons pas continuer à exercer des missions nobles et efficaces sans être payés. Nous obtenons aujourd'hui 1 % de ces 7 milliards d'euros, soit 70 millions d'euros : si nous obtenons le double, nous pourrions agir.

Lorsqu'Annie Podeur affirme que la redevance va être augmentée, c'est un ballon d'essai pour voir comment vous réagissez. Et vous ne réagissez pas !

De la salle

Nous n'avons pas eu le droit de réagir.

Lamine GHARBI

Annie Podeur n'est pas la Ministre. Il est possible de réagir à ses propos, qui sont un ballon d'essai. Je serai intraitable sur le sujet, car je ne veux pas continuer à exercer des missions non-rémunérées. Nous l'écrivons ensemble.

Nous avons aujourd'hui un problème en médecine. Gérard Vincent fait observer qu'en chirurgie, nous sommes dominants à 70 %, mais que ce sera eux demain. En médecine nous sommes à 30 %, et je souhaite que nous atteignions 70 %, tout en continuant la chirurgie.

La médecine est sinistrée parce que la cotation n'est pas à la hauteur de votre investissement. La CNAM ne compte pas faire de revalorisation, c'est certain. Rien ne changera. Nous sommes « coincés » parce que nous souhaitons que la médecine augmente, et nous voulons conserver la chirurgie. En Languedoc-Roussillon, 20 000 actes supplémentaires de chirurgie ambulatoire sont passés dans le public. Nous en avons perdu 10 000, soit un écart de 30 000. Si nous nous contentons d'observer ce qui se passe, nous passerons « à côté », alors que du côté de chez

Gérard Vincent, ils ne sont pas plus mauvais que nous. Et pour nous, c'est les dépassements d'honoraires...

De la salle

Les dés sont pipés dès le départ !

Lamine GHARBI

J'interviendrai lundi à 10 heures sur France Inter dans une émission grand public intitulée « *Pourquoi le privé est-il plus cher que le public ?* ».

De la salle

Vous avez écrit dans un article que 60 % des établissements privés avaient subi une perte de rentabilité, et vous l'attribuez d'une part à la diminution des remboursements de l'Assurance Maladie dans votre chiffre d'affaires, et d'autre part au secteur 2 des praticiens. En ce qui concerne le premier point, nous avons fait la même analyse des années auparavant. Nos honoraires n'ayant pas été revalorisés, pour sauver notre cabinet, nous étions obligés de pratiquer des dépassements d'honoraires. Je ne pense pas que cela soit à l'origine de la chute du chiffre d'affaires des cliniques.

De la salle

Je suis membre d'un cabinet qui ne comporte que des secteurs 1 : ce n'est pas pour autant que nous sommes toujours « dans le vert », au contraire.

Lamine GHARBI

Je parle quant à moi du volume, qui est différent de la rentabilité.

De la salle

Certes nous ne baissons pas en volume...

Jean-Luc BARON

Ce débat est intéressant mais il sort du cadre de la table ronde. Emmenez-vous un médecin à la conférence de presse ?

Lamine GHARBI

Ce n'est pas une conférence de presse mais une invitation à une émission par la journaliste Isabelle Giordano.

Jean-Luc BARON

Avez-vous imposé qu'un médecin vienne avec vous ?

Lamine GHARBI

Non, nous ne maîtrisons pas ces invitations.

Je ferai deux remarques concernant la CME. Je suis d'accord pour que cette dernière s'investisse. Vous ne pouvez pas revendiquer une implication forte dans nos établissements et ne pas revendiquer votre engagement lorsque vous signez les prescriptions, que vous dépassez en volume les médicaments, en sus des GHS, et que vous dépassez le quota de transports. Ainsi, vous prescrivez, et nous payons les pénalités. Nous ne pouvons pas être d'accord. Pour les médicaments en sus des GHS, notamment les médicaments anticancéreux, nous avons droit à 10 % d'augmentation par an : au-delà, le supplément donne lieu à des pénalités. Quant aux transports sanitaires, nous avons droit à 4 ou 5 % d'augmentation de volume : s'ils sont dépassés, c'est nous qui payons vos prescriptions.

De la salle

Je m'inscris en faux contre cette information. Ces 4 % sur les transports sont prévus pour les établissements publics. Nous avons une individualisation dans nos cabinets, et ils sont incapables de déterminer si le bon de transport que j'établis l'a été dans mon cabinet ou bien en clinique.

Lamine GHARBI

Non, c'est une augmentation en volume. Il faudrait que nous nous revoyions pour évoquer ce sujet.

De la salle

La concentration des établissements produit mécaniquement une augmentation des transports.

De la salle

Vous nous demandez de rentrer dans vos prescriptions, peu importe pour vous que le patient ait ou non besoin du médicament. Il faut que les CME préservent l'indépendance de notre exercice (*cette intervention est peu audible*).

Lamine GHARBI

Ce n'est pas mon propos. Je ne veux pas que nous soyons pénalisés par votre indépendance.

Jean-Luc BARON

Nous aborderons ces sujets lors des commissions.

Lamine GHARBI

Je reviendrai à présent sur les contrats d'assurance, et les contrats groupés. Depuis la grève qui s'est produite récemment, nous avons de réelles difficultés à nous parler avec le SYNGOF. Pourtant, j'avais invité ce dernier au salon FHP-MCO. J'ai également rencontré Jean Marty, et nous avons discuté longuement. Or le SYNGOF ne m'a même pas prévenu qu'il allait déclencher une grève.

Lamine GHARBI

Je suis d'accord pour que l'on envisage ensemble des contrats d'assurance groupés, même si deux tiers des sinistres sont plutôt dus à des problèmes médicaux inter-établissements : dans ce cas *quid* de la responsabilité et de la répartition ? Je suis d'accord pour que nous travaillions sur ce thème mais auparavant, il faudrait essayer de nous parler. C'est ce que nous faisons aujourd'hui, et il me semble utile, comme nous le faisons, d'échanger certaines vérités. C'est la raison de mon préambule sur ces thématiques et sur ce problème assurantiel qui pour nous est important : en effet, si vous n'êtes plus assurés, vous ne viendrez plus chez nous, et vous seriez tous salariés à l'hôpital.

Jean-Luc BARON

Merci. Ce propos ouvre des débats futurs très animés mais on ne pourra s'exonérer des problèmes d'assurance : il faudra nécessairement les intégrer à nos discussions.

De la salle

Lorsqu'un établissement est couvert par la même assurance que les praticiens qui y travaillent, n'y a-t-il pas, pour l'assureur, un conflit d'intérêt ?

Jean-Yves NOUY

Je vous ferai observer que les établissements publics comportent aussi des médecins. Le problème du public tenait au manque de motivation des médecins à fournir des éléments de défense. La situation a changé à présent. Nous ne sommes pas en conflit d'intérêt. Je vous ai expliqué que sur 100 réclamations, 75 ne seront pas indemnisées. Notre objectif est d'augmenter ce taux, ce que nous ne pouvons faire que si nous défendons le dossier ensemble. Un rapport d'expertise peut permettre de mettre en évidence une faute : si tel est le cas, il faut la reconnaître et l'indemniser. Néanmoins les choses sont rarement aussi tranchées. Nous n'avons en tout cas jamais été en situation de conflit d'intérêt à ce niveau. Les problèmes que nous pouvons rencontrer sont plutôt du côté du pénal, de temps en temps, mais non pas du côté du civil.

Un intervenant

Le débat est ouvert. L'assureur, de son côté, se préoccupe seulement de ce qu'il va payer. Le médecin quant à lui cherche avant tout à ne pas être mis en cause. En effet le traumatisme moral, et répété, est au moins aussi blessant – et il influe sur les pratiques – que l'indemnisation. Le problème n'est pas de savoir si l'assureur va payer ou non. J'ai vécu la situation d'un proche : le rapport d'expertise lui était défavorable, à tort, mais l'assurance a préféré ne pas faire appel. En effet, elle n'avait rien à payer car la faute était reconnue mais que le préjudice ne pouvait être apprécié. Ainsi ce médecin a été condamné pour faute et l'assurance n'a pas poursuivi l'affaire en appel. Ce médecin a d'ailleurs quitté le secteur libéral pour s'installer comme médecin du travail.

Un intervenant

Un autre angle doit être considéré, qu'évoquait Madame Podeur ce matin. Je suis persuadé qu'à un certain moment les médecins feront la différence entre le surcoût d'une prime d'assurance – par exemple pour le rachis – et ce qu'ils peuvent en retirer. Je suis le seul à le pratiquer dans mon établissement : le jour où je cesse de faire des rachis, les urgentistes devront gérer eux-mêmes le transfert des personnes qui en ont besoin. Ainsi, il se produira des problèmes pour la chirurgie du rachis dans les années à venir, mais personne ne se pose ce genre de question.

Jean-Luc BARON

Je souhaite terminer la table ronde avec l'intervention de Philip Cohen. On nous a toujours expliqué qu'un préjudice devait être indemnisé, et que la seule personne solvable au travers de son assurance était le praticien. Ce concept est désormais battu en brèche du fait des trous de garantie : un praticien peut en effet ne pas être solvable. Pourriez-vous nous exposer votre analyse ? Par ailleurs il existe des différences de seuil entre les assurances : n'est-ce pas là une forme de « course aux enchères » ? Si les assureurs proposent ainsi 6 millions d'euros, puis 8 millions d'euros, les magistrats n'en profiteront-ils pas pour réviser à la hausse leur propre seuil ? Dans cette hypothèse, les seuils continueraient d'augmenter considérablement.

Philip COHEN

Aujourd'hui, en tout cas depuis la loi du 4 mars 2002 et l'assurance obligatoire, il n'existe plus aucun accident médical qui ne puisse donner lieu à une solvabilité vis-à-vis des victimes ou des patients. En effet l'ONIAM existe, qui a vocation à payer à défaut d'assurance, ou au-dessus du plafond d'indemnisation si ce plafond est insuffisant. Les juges sont compétents, et prennent cette donnée en considération. Ils prennent en compte les différences dans le temps, éventuellement sur les accidents. Ils savent très bien distinguer les périodes où il y a aléa thérapeutique indemnisable par l'ONIAM des périodes où il n'y a pas de tel aléa, et de même pour les infections nosocomiales. Nous manions ces notions quotidiennement dans le contentieux de la responsabilité médicale, et les magistrats savent aussi le faire. Par conséquent, l'idée selon laquelle les magistrats raisonneront en fonction de la seule solvabilité dans les années

à venir n'est pas fondée : ils savent qu'il y aura un payeur, c'est à dire l'assurance, le médecin, l'ONIAM.

La deuxième question qui se pose tient au fait que jusqu'à présent l'ONIAM avait affirmé qu'elle ne se retournerait pas contre les médecins en cas d'insuffisance de plafond de garantie – insuffisance qui d'une certaine manière est « autorisée » par les pouvoirs publics qui fixent le plafond minimum. Or désormais, la loi prévoit expressément que l'ONIAM le peut. Il s'agit là d'une problématique et d'un débat bien réels.

Par ailleurs, le fait que le jugement tienne compte de la solvabilité est de moins en moins vrai aujourd'hui, du fait notamment de ce système. Avant que l'on réussisse à faire prendre en charge – en tout cas pour ce qui était grave – l'aléa thérapeutique par la solidarité nationale, il est vrai que le risque était grand pour les médecins que l'on retienne une faute à leur encontre. Ainsi on obtenait une solvabilité de l'assurance du praticien, faute d'un autre dispositif. Cette configuration est de moins en moins vérifiée : dans le système actuel, le médecin est un peu moins sous pression.

J'évoquerai à présent la question de l'assurance. Y a-t-il ou non conflit d'intérêt, si toutes les parties sont couvertes par la même assurance ? Le coût est certes moindre, mais cet argument est-il suffisant ? Les médecins doivent s'interroger sur ce qu'il y a « derrière » ce prix. Ils doivent se poser les questions suivantes : Lorsque j'ai un souci, comment suis-je pris en charge ? *Quid* de la prévention ? Serais-je pris en compte, compte tenu de ma spécialité, même si nous sommes tous couverts par la même assurance ? Serais-je assisté ou non d'un avocat ? Pour l'heure, de nombreux médecins ne sont pas assistés par un avocat lors des expertises ou devant leur CRCI, parce que les assurances ne leur en fournissent pas. C'est une réalité. Or je vous assure qu'un médecin n'est pas mieux défendu lorsqu'il plaide lui-même, sans avocat.

Je citerai deux expériences personnelles. Initialement j'étais l'avocat du Syndicat des Anesthésistes. J'étais donc avocat des anesthésistes et des médecins. Au fur et à mesure j'ai vu arriver dans mon cabinet de plus en plus de médecins qui n'étaient pas assistés par des avocats lors des expertises, mais par des confrères qu'ils n'avaient pas nécessairement rencontrés avant et qui ne connaissaient pas nécessairement leur spécialité. Dans certains cas, le chirurgien – qui pourtant était dans la même compagnie d'assurance que son confrère – considérait que la responsabilité incombait à l'anesthésiste. Les primes des anesthésistes ont commencé à augmenter, alors que dans le même temps, ces derniers s'inscrivaient déjà dans une logique de gestion du risque. Nous avons pensé alors qu'il serait utile de mettre en œuvre une défense de spécialité, ce que nous avons fait avec le concours de François Branchet : c'est en effet le seul qui propose une défense de spécialité, et il me semble que les résultats sont au rendez-vous.

Une question me semble fondamentale. Quel est le rapport du médecin avec son assurance ? Cherche-t-il seulement à minimiser sa prime ? Est-il impliqué, mais aussi accompagné, géré et soutenu par son assurance à tous points de vue ? Je considère qu'un médecin n'a pas à être condamné, ou bien à se voir attribuer une faute, s'il n'y a aucune raison de retenir sa responsabilité. Le médecin n'a pas à assumer l'éventuelle responsabilité d'un autre. Et si éventuellement sa responsabilité peut être retenue, il faut que tous ceux qui entourent le

médecin – y compris l’avocat ou le médecin conseil – soient là pour identifier la nature du problème et empêcher qu’il se reproduise.

Cet accompagnement ne se mesure pas simplement en termes de montant d’une prime, en se disant « je vais gagner 1 000 euros ». Il s’agit d’une logique d’ensemble. Un médecin peut certes décider de se limiter à l’argument du coût, et choisir à s’en remettre à une structure qui offre des tarifs moindres – peu importe qu’elle soit incompétente : cette logique reviendrait, pour un patient, à demander à se faire opérer par un médecin généraliste pour que l’intervention lui coûte moins cher !

Le raisonnement doit donc se situer au-delà de la question de la prime, et de l’assurance groupée ou non. D’autant que lorsqu’une assurance contient à la fois le public et le privé, des établissements peuvent être en conflit d’intérêt dans bon nombre de dossiers. Sur un de ces dossiers en particulier, j’ai recherché avec l’assurance du public une stratégie commune favorable à tous, mais je me suis heurté à une fin de non-recevoir ; les médecins du secteur libéral ont été accablés. Ainsi, vues du terrain, certaines présentations me semblent quelque peu angéliques.

Pour autant, ce type de couverture sur une même assurance n’est pas impossible à plusieurs conditions. Il faut qu’un minimum de moyens soit garanti pour la défense du médecin, qui lui permette d’assurer la défense autonome de ses intérêts par rapport à ceux de toutes les parties prenantes. En d’autres termes, il faut au minimum un médecin conseil pour l’établissement, un médecin conseil pour le praticien chirurgien, un médecin conseil pour l’anesthésiste, voire éventuellement un avocat qui coordonne l’ensemble. Tel n’est pas l’exemple que je constate dans les expertises actuellement. Lors d’une expertise récente à Toulouse, impliquant trois établissements, le public, la clinique, et un gynécologue, tous assurés chez Axa, deux au moins étaient représentés par le même médecin conseil alors que les intérêts entre les établissements n’étaient pas nécessairement les mêmes.

Enfin, dans la gestion d’un sinistre et d’un dossier, même pour les médecins et dans un souci de gestion des risques, il y a tout intérêt à assurer l’objectivité de la sinistralité et du coût des risques. Dans de tels cas, il est absolument nécessaire d’éviter tout étalement des risques – qui réduirait à néant cette lisibilité. S’il s’agit de la même compagnie d’assurance, les experts et les juges auront tendance à ne pas opérer la distinction entre les responsabilités, et ils condamneront toutes les parties. Or je ne suis pas d’accord pour que toutes soit ainsi condamnées sous prétexte que la compagnie d’assurance est la même, et que les juges ne veulent pas approfondir leur travail. Il est dans l’intérêt des médecins et des spécialités elles-mêmes d’obtenir une étude de la sinistralité et des risques, et c’est aussi dans l’intérêt des assurances. Cela permet d’identifier les dysfonctionnements. En outre, on ne peut prétendre être libéral et fuir les conséquences de sa responsabilité : il faut savoir l’assumer et corriger sa pratique si nécessaire.

La plus grande difficulté aujourd’hui en matière d’affaires médicales, qui met en jeu la prise en charge par différents acteurs, est de pouvoir distinguer les responsabilités des uns et des autres. En effet la tendance générale consiste à considérer que « tous sont coupables ». Je pense que si nous facilitons ce raisonnement par l’incapacité de distinction des uns et des autres, nous

alimenterons le raisonnement du « personne n'est responsable ». Et lorsque tout le monde est responsable, en définitive, personne ne l'est.

Ainsi je n'ai pas de « religion » en matière d'assurance, mais je vous conseillerai, dès lors que vous souhaitez acheter un produit, de vérifier ce qu'il comporte réellement et d'en comparer les avantages et les inconvénients.

Enfin, au travers des CME, nous avons le moyen, et même l'obligation, de participer à la gestion des risques. Elle ne passe pas nécessairement par une même couverture d'assurance, qui peut si elle est mal gérée – et lorsqu'elle se résume à une pure opération d'attractivité – servir d'étouffoir de la gestion des risques. Chacun doit tenir son rôle, et convenir avec les autres de la manière d'agir ensemble : cette logique me semble la meilleure.

Jean-Luc BARON

Merci. Je retiendrai de cet exposé que, quelque soit le mode d'assurance, il faut exiger un cahier des charges de l'assureur. En outre il faudrait peut-être évoluer vers des assurances entre spécialités, plutôt que vers des assurances entre établissements et médecins.

De la salle

Je suis anesthésiste. Un de mes confrères, aujourd'hui en retraite, assurait les vigilances. L'assureur du groupe suédois Capio, à cause d'un problème de vigilance, a conseillé à son établissement de se retourner contre ce confrère. Je souhaite avoir l'avis de Philip Cohen sur ce cas, et l'avis du Président de la FHP. Je trouve profondément anormal, alors que les médecins assurent bénévolement ce risque que sont les vigilances, qu'un établissement se retourne contre eux. Donnez-moi au moins l'engagement que les directeurs d'établissements assurent leurs vigilances.

Lamine GHARBI

Transmettez-moi des précisions sur ce cas, je m'en occuperai. Cette situation me semble inadmissible car cette mission est effectuée bénévolement. Je ne suis pas d'accord pour que vous soyez pénalisés à ce titre.

Philip COHEN

Dans ce cas précis, cette démarche n'a strictement aucun intérêt. Le praticien en question agit pour le compte de l'établissement : c'est comme si l'assureur de l'établissement s'assignait lui-même.

Jean-Luc BARON

Je vous remercie et je donne la parole à Jean Halligon pour clore cette journée, qui a été riche d'enseignements. Vous pourrez poser toutes les questions que vous souhaitez sur l'adresse cnpcmehp@orange.fr. Nous tenterons d'y répondre.

Jean HALLIGON

Les présentations seront mises en ligne sur le site www.cnpcmehp.org. Merci, bon retour à tous. Nous nous reverrons l'année prochaine à Montpellier.