

De quoi le libéralisme médical est-il le nom ?

Quelques réflexions d'un politiste sur l'avenir du système de santé en général et de la médecine générale en particulier

Frédéric Pierru
(CNRS-IRISSO-Paris Dauphine)

Il semble paradoxal, à première vue, que l'une des principales composantes du « front libéral » parti à l'assaut de notre assurance maladie solidaire depuis maintenant plus de dix ans - à savoir les syndicats de médecins libéraux dominants (CSMF, FMF) - se soit prononcée contre une réforme, dite HPST, promulguée par une majorité de droite très soucieuse, depuis la déconvenue du plan Juppé, de ménager leurs intérêts. L'on a donc vu certains syndicats dénoncer, fort classiquement, les menaces d'étatisation de la santé que ferait planer une loi foncièrement liberticide. Disons le sans détour : pour qui connaît la longue et tumultueuse histoire des relations que la médecine libérale entretient avec l'Etat et la Sécurité sociale, il s'agissait là d'une énième représentation d'une pièce de théâtre dont les dialogues sont archiconnus. Un classique en quelque sorte. Roselyne Bachelot fut donc boycottée, lors du congrès de la CSMF, pour l'ensemble de son œuvre, le fiasco de la vaccination contre la grippe A venant encore ajouter à l'ire des porte-parole de la médecine libérale. Xavier Bertrand lui fut préféré et l'on verra d'ailleurs dans sa récente nomination au ministère de la Santé et du Travail un geste d'apaisement à l'égard de la frange la plus libérale de la médecine de ville en vue des élections nationales de 2012. Xavier Bertrand avait été apprécié lors de son premier passage au secrétariat d'Etat à l'assurance maladie (2004 - 2005) puis au ministère de la Santé et de la solidarité (2005 - 2007). Cette époque scella en effet l'évolution libérale de notre système de santé, amorcée depuis 2003, avec la décision de financer les hôpitaux par la T2A (MCO) puis la réforme de l'assurance maladie de 2004 du (non) regretté Philippe Douste-Blazy. La solidarité fut alors prise en étau entre un néolibéralisme, un peu honteux il faut le dire, préférant à l'augmentation des ressources publiques le transfert aux ménages et aux malades, au nom de leur « responsabilisation », de la charge du redressement des comptes sociaux d'un côté ; et une acception intégriste du libéralisme médical dont les hérauts entreprirent une révolution conservatrice visant à restaurer ses principes originels, parmi lesquels la liberté de fixer le montant de ses honoraires, de l'autre. Par ailleurs, notons-le, la nouvelle secrétaire d'Etat à la santé, Norra Bera, est médecin de formation. Encore une « main tendue » vers les médecins libéraux, destinée à rétablir la « confiance » et le « dialogue ».

La loi HPST constitue-t-elle une rupture par rapport à cette dérive libérale amorcée depuis le début des années 2000 ? Nous ne le pensons pas. Soulignons d'abord que cette loi a été accusée de tout et de son contraire, c'est-à-dire d'étatiser et de « marchandiser » la santé. Les ARS ont été d'abord perçues comme le symbole éclatant d'une étatisation en voie d'achèvement, ce qui n'est pas faux : désormais, au niveau régional, les services de l'assurance maladie et de l'Etat sont fusionnés au sein d'établissements administratifs. Plus globalement, le système de santé finit de se verticaliser et de se centraliser, exhibant fièrement une chaîne de commandement allant du ministre au chef d'établissement, en passant par les DG ARS. Ces exécutifs très personnalisés disposant de pouvoirs étendus et concentrés sont sans doute recrutés pour leurs compétences, y compris dans le secteur privé ; mais il est surtout exigé d'eux qu'ils fassent allégeance à leur supérieur

hiérarchique direct, laissant au final une curieuse impression de vassalisation et de caporalisation de l'action publique. Pourtant, en matière de médecine de ville, le reproche d'étatisation nous semble quelque peu exagéré. En effet, le SROS ambulatoire n'est, pour l'instant du moins, qu'opposable tandis que les audaces en matière d'encadrement de la liberté d'installation ou encore de moralisation des dépassements d'honoraires ont été promptement suspendues avant d'être purement et simplement supprimées. De surcroît, pour le moment, les règles du jeu conventionnel, posées en 1971, semblent préservées : l'UNCAM continue de négocier avec les syndicats jugés représentatifs, même si l'on parle déjà en haut lieu de fusionner au sein d'une ANS les attributions des services de l'Etat et de l'Assurance maladie qui le sont au niveau régional au sein des ARS. L'Assurance maladie semble décidée à défendre ses attributions en matière de régulation de la médecine de ville et il se pourrait fort que les ARS ne soient que de supers ARH, en charge de l'hospitalisation et du médico-social. Bref, plus de peur que de mal pour les principaux défenseurs de la médecine libérale qui sortent d'ailleurs renforcés des récentes élections professionnelles. La résolution de certains des problèmes clés du système de santé – les déserts médicaux, les dépassements d'honoraires – semble devoir toujours être repoussée pour des raisons politiques. Plus que jamais, le face à face entre des syndicats de médecins divisés et rivaux et les financeurs publics semble déboucher sur la préservation du *statu quo*.

Accusée d'étatiser le système de santé, la loi HPST a été aussi dénoncée pour sa visée de « marchandisation ». Là encore, les partisans de cette lecture ne manquent pas d'arguments. En matière hospitalière notamment, la suppression de la carte sanitaire, le fétichisme dont la T2A est l'objet de la part des pouvoirs publics, les clin d'œil à destination des porte-parole du secteur privé lucratif poussant, avec force de campagnes d'opinion, à l'harmonisation tarifaire, la célébration de l'hôpital entreprise, et, plus récemment, la prise en otage des budgets destinés aux missions d'intérêt général en cas de déficits persistants des établissements laissent accroire à une politique clairement favorable aux intérêts privés.

En matière de financement de l'assurance maladie, le refus obstiné, et pour tout dire idéologique, d'augmenter les ressources publiques (notamment la CSG), permet, de déremboursements en hausses des tickets modérateurs, de l'instauration de franchises en hausses du forfait hospitalier, de révision de la liste des ALD en laxisme coupable à l'égard des dépassements d'honoraires, de précipiter une dérive silencieuse de notre assurance maladie : cette dernière se désengage peu à peu du financement des soins courants (hors hospitalisation et hors ALD) pour les plus grands profits des assurances maladie complémentaires pour se recentrer sur le financement des soins aux plus modestes et aux plus malades des plus malades. Entre 2004 et 2008, ce sont ainsi plus de 3 milliards d'euros qui ont été transférés aux AMC et, pour l'essentiel, vers les malades, générant une explosion des phénomènes de renonciation aux soins pour des raisons financières. Pour la petite histoire, je rappellerai ici que l'idée de séparer le « petit risque », qui serait privatisé, et le « gros risque », pris en charge par l'AMO, n'est certainement pas une nouveauté. Elle date de la fin des années 1970, lorsque deux inspecteurs des finances – Simon Nora et Jean-Charles Naouri – sortirent un rapport retentissant prônant la fin de l'universalité de l'assurance maladie. Je rappellerai, dans le même mouvement, que l'auteur du plan français de Sécurité sociale, Pierre Laroque, jugea cette préconisation contraire aux principes posés en 1945. Quelle ironie d'entendre celles et ceux qui plaident en faveur d'un tel recentrage de l'AMO se poser en défenseur de l'héritage de 1945 ! Toujours cet art de l'antiphrase : on casse la solidarité au nom de sa sauvegarde, que ce soit en matière de retraite, d'assurance maladie ou de minimas sociaux. Quoi qu'il en soit, c'est ici que la révolution conservatrice menée par les syndicats de médecins libéraux dominants produit ses effets les plus délétères. La généralisation des pratiques de refus de soins aux bénéficiaires de la CMU, la banalisation des dépassements d'honoraires, la défense intégriste de la liberté d'installation au prix de la multiplication des déserts médicaux, entre autres, redoublent les effets du désengagement de l'assurance maladie du financement des soins courants dont l'accès dépend de plus en plus de la possession d'une AMC et, plus encore, de la qualité de celle-ci. Les populations les plus modestes sont ainsi chassées de la médecine de ville – qui devrait pourtant être une médecine de premier recours – vers l'hôpital public et ses services d'urgence, eux-mêmes soumis à une diète sans précédent.

En fait, étatisation et marchandisation ne s'opposent pas dans un jeu à somme nulle : le marché perdrait ce que l'Etat gagnerait, et inversement. Au contraire, Etat et marché avancent de conserve. L'Etat

possède désormais les principaux leviers de décision et le paritarisme d'après guerre, longtemps moribond, semble définitivement enterré sans fleurs ni couronnes. Plus généralement, les contre-pouvoirs traditionnels semblent devoir être condamnés à regarder passer les trains : élus locaux, populations locales, syndicats de salariés sont clairement court-circuités, perçus qu'ils sont comme des « sources de blocage » et des facteurs de « résistances au changement ». Le patronat, lui, n'a pas besoin du paritarisme pour être entendu du gouvernement : les cabinets ministériels lui sont ouverts au plus haut niveau. Mais si c'est l'Etat qui s'arroge les pleins pouvoirs, c'est aussi un Etat pris dans les fourches caudines des critères du pacte de stabilité et de croissance, des exigences des prêteurs internationaux et des marchés financiers, et, in fine, des déficits et de la dette publics. Toutes les politiques publiques, pas seulement de santé, sont désormais dominées par la rationalité budgétaire. La réforme HPST a été moins préparée avenue de Ségur qu'à Bercy et ce n'est pas un hasard si Eric Woerth, alors ministre du Budget, des Comptes publics et de la réforme de l'Etat, flanquait Roselyne Bachelot-Narquin dans presque toutes les conférences de presse autour de la réforme en gestation.

Plus généralement, les « réformes » sont des déclinaisons sectorielles de la fameuse Révision générale des politiques publiques (RGPP) dont l'alpha et l'omega sont la réduction de la dépense publique et du périmètre d'intervention de l'Etat. Cette RGPP est à la fois très politique et très technocratique, avec un mélange de centralisation et d'opacité. Très politique car ce sont les plus hauts sommets de l'Etat qui sont impliqués dans les décisions. Très technocratique car la RGPP est réalisée par des petites équipes d'audit dont sont parties prenantes des très hauts fonctionnaires et des cabinets de conseil privés. Très centralisée et très opaque car tout cela se déroule dans le plus grand secret. Et quel que soit le secteur, la logique de la RGPP est la même : caporaliser l'action publique, notamment en assurant la prééminence des préfets de région, pour accélérer la réduction des effectifs de fonctionnaires, de la dépense publique et l'externalisation vers le privé de ce qui peut l'être. On voit bien que la loi HPST est la variante sanitaire de la RGPP, à laquelle appartenait son principal artisan, le préfet Philippe Ritter : cette loi affirme des lignes hiérarchiques claires, elle donne tous les pouvoirs à des super-préfets sanitaires que sont les DG ARS, alliés aux préfets de région, et leur donne comme feuille de route la restructuration accélérée du parc hospitalier. Bref, on a bien plus d'Etat et plus de privatisation et de libéralisation. Inutile de vous dire que la question de la réduction des inégalités sociales de santé et d'accès aux soins n'est pas la priorité de cette nouvelle configuration politique. Les exigences de Bercy sont relayées par le politique et son bras armé qu'est le corps préfectoral : les préfets sont en effet les hauts fonctionnaires les plus politiques, comme l'ont montré à l'envi les limogeages exprès par le Prince.

Voilà donc où nous sommes rendus : un pouvoir politique dominé par la logique budgétaire à court terme et qui fait, volontairement ou non, le jeu des intérêts privés décidés à capter une partie de la manne financière transitant par la solidarité : assureurs, industries de santé, cliniques privées ; des porte-parole de la médecine libérale engagés dans une révolution conservatrice ; enjeu de ce champ de bataille, l'assurance maladie solidaire et publique ; perdants de la bataille : les catégories modestes, les malades, le contribuable et le cotisant. Arrêtons-nous un instant sur la médecine libérale car s'il y a un domaine où les actes sont en complet décalage avec les évolutions observables sur le terrain d'un côté, et les discours de l'autre, c'est bien celui-là.

Qu'observe-t-on sur le terrain ? Tout d'abord, une désaffection de jeunes médecins, privilégiant leur qualité de vie et leurs conditions de travail, pour l'exercice libéral traditionnel. Cette désaffection se traduit par une prédilection pour le salariat et, surtout, pour des formes collectives d'exercice de la médecine. D'autres facteurs entrent ici en jeu : les évolutions de la demande sociale (avec des patients mieux informés et porteurs d'exigences de qualité et de sécurité des soins) ; une profession médicale dont la morphologie se transforme substantiellement avec sa féminisation progressive et surtout une baisse programmée de ses effectifs. Néanmoins, ces évolutions « spontanées » n'empêchent pas la France, faute de politique volontariste en la matière, d'être l'un des pays où la pratique de groupe des médecins généralistes est minoritaire : 39% contre plus de 90% en Finlande, 98% en Suède, 92% au Royaume-Uni.

Les discours ensuite : que n'a-t-on pas entendu, dans la bouche de nos décideurs, depuis des années sur la nécessaire revalorisation de la médecine générale dans le cadre d'une politique de santé publique

volontariste et ambitieuse ? Sur la nécessité d'organiser les soins primaires de façon à désengorger les hôpitaux et à favoriser une « médecine de proximité » s'exerçant en groupe et de façon pluridisciplinaire ? Tout ministre de la santé fraîchement nommé doit sacrifier à ces figures rhétoriques désormais incontournables, avant que le principe de réalité politique ne le rattrape. Très vite, il s'aperçoit que la médecine libérale française a construit son identité contre, tout contre l'Etat et la Sécurité sociale. L'une des particularités françaises vient que les syndicats de médecins libéraux n'ont jamais réellement accepté le principe des assurances sociales, dont ils craignaient qu'elles soient liberticides pour eux-mêmes et déresponsabilisantes pour les assurés sociaux. La plongée dans les archives de la Sécurité sociale est édifiante : les mêmes mots, les mêmes slogans, les mêmes revendications, les mêmes peurs reviennent de décennie en décennie. On trouverait ainsi sans peine dans le premier tiers du XXème siècle, puis après la seconde guerre mondiale, des équivalents aux contemporains « certains assurés sociaux se comportent comme des assistés ingrats », « les plus pauvres ont vocation à être soignés à l'hôpital », « on croule sous les contrôles et les charges administratives », « nous sommes sous payés pour la charge de travail », etc. Certains thèmes connaissent en revanche des éclipses : très longtemps, les syndicats de médecins ont dénoncé la « pléthore » et l'invasion des médecins étrangers, depuis quelques années ils dénoncent volontiers la pénurie et une politique de numerus clausus qu'ils ont pourtant soutenue activement. Evidemment, la question de la rémunération reste centrale : depuis des décennies, elle cristallise des griefs très divers, sur les conditions de travail, l'attitude changeante des patients, la solitude de l'exercice libéral, la « concurrence » des autres médecins (hospitaliers ou spécialistes). Tout se passe comme si les carences et les défauts de l'exercice de la médecine en petit entrepreneur indépendant, qui n'est pas questionné en lui-même – l'on peine à imaginer un au-delà -, devaient trouver une forme de « compensation » financière via des hausses substantielles de tarifs. Il y a une semaine environ, un médecin réagissait à une interview que j'avais donnée dans un quotidien, non sans un agacement certain, je le cite :

« Vous voulez payer les médecins aux forfaits : ok mais pourquoi ne pas salarier les médecins généralistes dans ce cas : mais attention qui dit salariat dit 35 h, repos compensateur en cas de gardes, RTT, 5 semaines de congés payés et bien sur un salaire en conséquence des services rendus et de la responsabilité. Si vous faites paiement au forfait avec maintien d'un pseudo libéralisme, plus personne ne voudra s'installer. J'ai une autre solution renversons le problème, gardons le paiement à l'acte mais avec une rétribution digne : de 22 euros passons à 40 euros et vous aurez des consultations digne de ce nom avec bonne prise en charge des patients. Voyez nos voisins européens et vous verrez qu'ils sont mieux rétribués que nous. »

Préservez (voire restaurons) la médecine libérale tout en augmentant le tarif de la consultation de 22 à 40 euros, et la et le système de santé sera sauvé : l'on aura alors des consultations plus longues, moins prescriptrices, où le dialogue et les préoccupations de santé publique auront enfin toute leur place. Tout ne serait donc qu'une question d'argent dans un système dont il conviendrait de restaurer les principes libéraux mis à mal ces vingt dernières années. A-t-on affaire ici à un spécialiste exerçant en secteur II, partisan d'un libéralisme médical pur et dur, refusant *a priori* toute relation avec l'Assurance maladie ? Que nenni. Il s'agit d'un médecin généraliste, exerçant en secteur I, dans l'Oise, dans une zone pas forcément favorisée (j'ai résidé dans cette ville). Il précise plus loin dans son courriel :

« J'ai 54 ans, 30 de médecine de ville, je me suis impliqué dans le DMP opérationnel selon certains en 2007, j'ai pris le capi, et je fais des gardes au centre 15 pour la pds, je pense être crédible quand je parle de la médecine de ville et je prends 8 jours de vacances par an. »

Autrement dit, ce médecin généraliste est de bonne volonté, engagé qu'il est dans la rénovation des relations entre médecins de ville et assurance maladie. Pourtant, même pour lui, il n'y a pas un au-delà de la médecine libérale telle qu'elle a été définie en France : le salariat, hors de question ; la capitation et le forfait, c'est la porte ouverte à la mentalité de fonctionnariat ; le paiement à l'acte, voilà la bonne formule ; l'exercice en groupe ? Trop compliqué et dévalorisant... A la lecture de ce type de courriel, on mesure les difficultés auxquelles s'affronte d'un syndicat comme le SMG à mobiliser les médecins, y compris les plus « progressistes », autour du thème du dépassement ou, à tout le moins, de l'aménagement, du libéralisme médical. Au passage, on notera à quel point les médecins méconnaissent la situation des pays voisins ; ils ignorent sûrement que la médecine libérale à la française est de plus en plus une exception dans une Europe où l'exercice en groupe,

rémunéré au salariat ou à la capitation, ou selon des formules mixtes paiement à l'acte – capitation, devient dominant, ce qui n'empêche pas les médecins de mieux gagner leur vie qu'en France.

A l'inverse, on saisit immédiatement l'audience que peuvent recevoir les syndicats qui luttent sur le terrain du « plus libéral que moi tu meurs », à cette réserve près que, comme dans la représentation politique en général, l'abstention devient massive (plus de 50% aux dernières élections professionnelles). Comme si les médecins savaient intérieurement que l'exercice libéral traditionnel n'est plus adapté aux impératifs économiques, sociaux, de santé publique du temps au contraire de ce que prétendent les syndicats dominants mais qu'ils refusaient d'en tirer les conclusions pratiques. Prisonniers d'une concurrence délétère, confrontés à un corps médical de plus en plus éclaté du point de vue de sa sociologie et de ses conditions d'exercice, les syndicats en viennent à se replier sur le plus petit dénominateur commun, quitte à entretenir les réflexes intellectuels les plus passéistes et à bloquer les évolutions nécessaires voire même inéluctables. Il faut dire que la politique de l'Etat leur facilite grandement la tâche en précipitant l'évolution marchande de l'assurance maladie au nom de la « responsabilisation » des assurés sociaux. Pourtant, ils font un contresens historique et, surtout, ils ne voient pas que la politique actuelle est comparable à un baiser de Judas. Succombant à la confusion entre libéralisme médical et libéralisme économique – alors que ces deux libéralismes sont antinomiques et ne peuvent coexister durablement –, certains porte-parole médicaux en viennent à réclamer la fin de la Sécurité sociale et sa mise en concurrence avec les assurance maladie complémentaires. Avec elles, au moins, l'on pourra négocier entre « entrepreneurs », au lieu de subir les oukases bureaucratiques d'une CNAMts sclérosée et inefficace. Quelle erreur ! Si l'Etat a enclenché le désengagement de l'AMO du financement des soins courants au profit des ANC, ce n'est pas uniquement pour faire des économies budgétaires à court terme pour rentrer dans les clous du pacte de stabilité et ne pas à avoir à augmenter les prélèvements obligatoires. Non, l'Etat est en train de se défausser du sale boulot de la mise au pas gestionnaire du corps médical. En effet, lorsque c'est l'Etat qui le fait, il s'attire inévitablement le courroux d'une profession médicale qui sait refaire son unité pour l'occasion ; et il n'y a rien que les acteurs politiques craignent plus que de se mettre à dos les médecins, de ville en particulier. Le plan Juppé est, à cet égard, un cas d'école : la droite a imputé la défaite aux législatives de 1997 aux réactions politiques d'un corps médical surpris et fâché par un gouvernement censément « ami ». Je n'ai pas parlé à un seul responsable politique, de droite comme de gauche, qui ne m'ait pas parlé de ce souvenir traumatisant. Les syndicats de médecins savent d'ailleurs instrumentaliser cette mémoire douloureuse pour prendre l'avantage dans les séquences politiques pré-électorales. Nul doute que les élections de 2012 n'échapperont pas à la règle.

Dès lors, il est tentant pour eux de sous-traiter à des opérateurs privés le travail de rationalisation gestionnaire de la pratique médicale. Le front médical sera fragmenté en autant de négociations avec les organismes complémentaires. Surtout, les « opérateurs privés », tout entier focalisés sur leur *bottom line*, n'auront pas d'autre choix que de normaliser la trajectoire des patients, de promouvoir des protocoles et autres guides de bonne pratique, de coder pathologies et actes à des fins d'évaluation comparative et de standardisation des pratiques... Un autre pays a suivi cette stratégie, les Etats-Unis : dans les années 1960 et 1970, sa médecine de ville était assez proche de la médecine libérale française actuelle. Puis les entreprises et l'Etat poussèrent les assureurs à prendre les choses en mains. Vint alors le temps de la gestion des soins ou *managed care* qui mit fin à l'indépendance, multiplia les restrictions d'accès et les contrôles tatillons sur les pratiques médicales, voire qui fit du conflit d'intérêt le levier de la « modernisation » de la médecine : certains médecins furent rémunérés en proportion des économies réalisées ou se virent distribuer des actions de l'assureur qui les employait. Telle est la leçon étatsunienne : le libéralisme des assureurs annihile le libéralisme médical en le bureaucratissant et en le salariant. Si encore la bureaucratiation de la médecine par les assureurs se traduisait par des bénéfices collectifs notables, mais c'est le contraire qui se produit : le financement privé ne permet pas de maîtriser la dépense au niveau global, les inégalités d'accès aux soins explosent et les indicateurs de santé publique plongent.

Bref, que les syndicats de médecins libéraux dominants le veuillent ou non, que les partisans du déploiement du marché dans la santé l'admettent ou non, le monopole public de la Sécurité sociale est à la fois plus juste socialement, plus performant du point de vue de la santé publique et plus efficient sous le strict

rapport économique. Prôner la libéralisation et la privatisation n'a aucun fondement empirique : il ne s'agit que d'un parti-pris idéologique et/ou d'une logique d'intérêt privé bien compris. Et encore, l'intérêt bien compris... On vient de voir que l'intérêt des médecins libéraux est plutôt de défendre la Sécurité sociale que de passer une alliance ponctuelle avec les marchands de la santé, qu'ils soient assureurs ou actionnaires de cliniques.

Alors, comment sortir de cet engrenage délétère ? Tout au moins, quel rôle doit jouer la médecine de ville dans cette sortie ? Je n'évoquerai ici qu'une seule piste. L'Etat sanitaire se renforce en même temps qu'il se régionalise. C'est un fait, incontournable. A mon sens, revenir en arrière en restaurant purement et simplement les principes posés en 1945 - le « paritarisme » - est une utopie, de surcroît pas forcément positive. La régionalisation du système de santé peut fournir au contraire une opportunité de poser des règles du jeu à la fois plus démocratiques et plus propices à la défense de l'intérêt général et au progrès social. Je sais très bien que ce n'est pas le cas pour le moment et j'ai rapidement abordé la dynamique de verticalisation, de centralisation et de technocratisation du processus décisionnel. Mais il faut voir plus loin. La concurrence entre syndicats de médecins libéraux favorise, on l'a dit, l'abstention en même temps que les surenchères autour des principes consacrés en 1927. Ces surenchères rendent impossibles la conclusion d'accords favorables aux assurés sociaux, surtout les plus modestes, à la qualité des soins et à la santé publique. Il faut donc repenser des institutions capables de faire émerger, du côté des médecins, une parole collective cohérente et de susciter une attitude de partenariat, plutôt que d'opposition, avec les pouvoirs publics. Les URPS pourraient être l'armature de telles institutions, en régionalisant le jeu conventionnel. Il faut évidemment les refonder, avec peut-être comme exemple les chambres régionales allemandes. De même, autre idée, instaurer des « chambres régionales de santé », dans lesquelles siègeraient les médecins libéraux, adossées aux conseils régionaux permettrait de susciter un débat public autour des orientations des ARS et ce faisant, de mobiliser toutes les parties prenantes - les populations et les professionnels en particulier - en faveur de l'amélioration de la santé de toutes et tous. Unifier et publiciser : voilà deux voies à privilégier pour sortir du face à face délétère entre la technocratie néolibérale et les intérêts privés.