

revue de presse ONALA décembre 2004

Après le double homicide perpétré au centre hospitalier de Pau Un drame qui souligne la souffrance de la psychiatrie publique Le Quotidien du Médecin du 22/12/2004

S'il relève de circonstances exceptionnelles, le drame de Pau met une nouvelle fois en lumière le manque de moyens et de personnel de la psychiatrie publique, devenue le réceptacle de tous les maux de la société.

SAMEDI MATIN, L'EQUIPE DE JOUR de l'hôpital psychiatrique de Pau (Pyrénées-Atlantiques) relève les signes d'une infraction et alerte la police. Une patrouille découvre l'horreur. Une infirmière et une aide-soignante sont retrouvées sans vie dans une mare de sang. Le corps de l'une d'elles, décapité, est allongé dans la salle de détente du pavillon de psycho-gériatrie du centre hospitalier des Pyrénées. Sa tête est posée sur un poste de télévision. Le cadavre de sa collègue gît dans le couloir. La macabre découverte crée une onde de choc.

Rapidement informé, Philippe Douste-Blazy se rend sur les lieux en début d'après-midi pour apporter son soutien aux familles et « *aux personnels de l'hôpital public qui font leur métier avec générosité et parfois avec des risques* ». A son arrivée, plus d'une centaine des salariés de l'hôpital sont déjà sur place. Le centre hospitalier des Pyrénées, qui dispose d'une capacité d'accueil de 460 lits, est réparti sur un parc d'une quarantaine d'hectares. Le pavillon où s'est déroulé le drame se trouve au centre de l'hôpital, au milieu de pavillons vides, dans un endroit relativement mal éclairé. Vingt-deux patients âgés de 65 à 103 ans y étaient présents dans le pavillon dans la nuit de vendredi à samedi, mais aucun ne semblait en mesure d'apporter des éléments aux enquêteurs.

Des mesures immédiates.

Les syndicats hospitaliers ont très vite fait part de leur émotion. Comme le ministre de la Santé, ils ne voulaient pas créer d'amalgame entre cet événement tragique, dont la nature est exceptionnelle, et les 1,5 million de personnes traitées par les psychiatres. Philippe Douste-Blazy a pressenti les effets désastreux de l'évènement. Le ministre de la Santé a organisé dimanche après-midi une réunion de crise, avenue de Ségur, à laquelle était conviée une trentaine de représentants des syndicats de psychiatres, des médecins hospitaliers et du secteur de la santé. Dans la soirée, il annonçait un « *moratoire immédiat* » pour empêcher la fermeture des lits en hôpital psychiatrique. Il indiquait que « *les services d'urgences et certains services psychiatriques qui en feraient la demande [seraient] reliés directement au commissariat de leur commune* ». Lundi à midi, tous les établissements hospitaliers publics et privés étaient appelés à respecter une minute de silence à la mémoire des deux victimes.

Dans les prochaines semaines, le ministre de la Santé va présenter le « *grand plan de santé mentale* ». Attendu de longue date, ce plan, surnommé « l'Arlésienne » par les psychiatres, doit répondre à l'inquiétude croissante des professionnels de la spécialité.

Journée d'action le 20 janvier.

Depuis de nombreuses années, les psychiatres du service public réclament davantage de moyens, à la fois pour encadrer des patients de plus en plus nombreux à passer dans leurs service, mais aussi pour faire face à la montée de la violence quotidienne qui n'épargne pas l'hôpital. La psychiatrie publique s'inquiète des difficiles perspectives démographiques qu'elle s'apprête à vivre. Selon les derniers chiffres du ministère de la Santé, entre 500 à 800 postes de psychiatres à temps plein sur un effectif théorique de 4 500 postes sont actuellement vacants dans les hôpitaux. Le nombre de psychiatres publics devrait baisser de 40 % d'ici à 2020

Face à cette double crise budgétaire et démographique, une Intersyndicale de défense de la psychiatrie publique (Idepp) a récemment vu le jour. Regroupant trois syndicats*, elle a appelé l'ensemble des psychiatres publics, syndiqués ou non, à « *une grande journée de manifestation et de grève* » le 20 janvier. S'il est maintenu, le mouvement devrait être très suivi après le drame de Pau.

L'Idepp regroupe le Syndicat des psychiatres de secteur (SPS), le Syndicat des psychiatres d'exercice public (Spep) et le Syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH).

**Après le double homicide perpétré au centre hospitalier de Pau
« Nos mises en garde n'ont pas été entendues »
Le Quotidien du Médecin du 22/12/2004**

Le Dr Denis Leguay est psychiatre, il préside la CME du centre hospitalier de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Cesame, dans le Maine-et-Loire) spécialisé en psychiatrie générale et infanto-juvénile. Il réagit aux meurtres de Pau et explique comment sa structure (850 lits et places, 60 médecins, 600 soignants), en proie à une montée de la violence, a dû s'adapter pour protéger son personnel.

LE QUOTIDIEN - Comment avez-vous réagi au drame de Pau ?

Dr DENIS LEGUAY - Je travaillais samedi : nous étions tous bouleversés. Cela aurait pu arriver chez nous. Nous avons réagi avec angoisse, horreur, et une incompréhension quant au sens de notre mission. Le soignant en psychiatrie se trouve par nature en situation de vulnérabilité : il propose son écoute, sa disponibilité, il s'expose à des situations de risque. La violence, quand elle est liée à la pathologie, n'est pas un problème en soi. Gérer l'agitation, la crise, l'angoisse, la persécution : on sait faire. On négocie, on traite. Là où ça ne va pas, c'est quand on est atteint par la violence sociale, la violence de révolte ou de délinquance : ce n'est pas à nous de régler ce problème. On projette sur nous une mission qui n'est pas la nôtre. Ce qui s'est passé à Pau est de l'ordre de la sauvagerie, de la barbarie, alors que notre rôle, c'est de traiter des situations humaines. D'où notre incompréhension et notre sentiment de terreur.

Observez-vous une recrudescence de la violence dans votre établissement psychiatrique ? Comment y faites-vous face ?

Les incivilités, les tensions sont fréquentes. La psychiatrie rencontre souvent des situations de violence. Mais il ne faut pas non plus dramatiser : l'hôpital n'est pas quotidiennement un lieu de violence. Nous avons un sentiment d'insécurité, plus que nous ne vivons une vraie insécurité. Face à la féminisation et au rajeunissement des infirmiers, il a fallu s'organiser pour faire face à des situations de confrontation qui demandent des démonstrations dissuasives. On a donc mis en place un système de protection du travailleur isolé : en cas de crise, le professionnel peut faire appel à ses collègues par un système d'alarme. Mais cela n'empêche pas certaines situations. L'autre jour par exemple, un homme est venu se faire hospitaliser de lui-même. On s'est vite aperçu qu'il n'était pas vraiment malade : on lui a demandé de sortir, mais il a refusé. Face à une tension manifeste, on a appelé la gendarmerie : elle a refusé de se déplacer, nous disant qu'on devait savoir se défendre contre ça. Mais se défendre contre un comportement de délinquance, on ne sait pas faire : on est un lieu de soins.

Quelles sont vos conditions de travail, vos éventuels besoins en effectifs ?

Ici, le temps soignant a baissé de 15 % - au minimum - au cours des dix dernières années, alors que la file active de patients a augmenté de 80 % sur la même période. La psychiatrie a dû se réorganiser de manière drastique : en dix ans, la durée moyenne de séjour a chuté de moitié, de même que le nombre de lits et de pavillons. Aujourd'hui, ce qui nous pose surtout problème, c'est la prise en charge en aval de l'hospitalisation. Les dispositifs médico-sociaux - lieux d'hébergement protégés, visites de soignants à domicile, appartements thérapeutiques - n'ont pas été développés à la hauteur des besoins.

Comment accueillez-vous l'annonce par le ministre de la Santé de la présentation prochaine d'un plan de santé mentale ?

On en entend parler depuis un an et demi : il serait temps. Mais 200 millions d'euros, c'est loin du compte : les directeurs d'établissement spécialisé ont chiffré les besoins à 1 milliard d'euros. Que penser du moratoire sur les fermetures de lits ? Il faut certes arrêter de fermer des lits, mais je crois que le problème n'est pas forcément là. Ce qu'il faut, c'est intensifier les moyens sanitaires et médico-sociaux, apporter une sécurité et une qualité de prise en charge ; raisonner globalement, et non sur un élément précis de la chaîne de la prise en charge. Aujourd'hui, je suis amer : nos mises en garde n'ont pas été entendues. On a le sentiment d'un mépris de la psychiatrie.

**Après le double homicide perpétré au centre hospitalier de Pau
Les médecins refusent l'amalgame
Le Quotidien du Médecin du 22/12/2004**

Les syndicats de médecins hospitaliers dénoncent depuis plusieurs années la crise aiguë que traverse la psychiatrie publique en France. Evitant d'exploiter le drame de Pau, ils souhaitent que le futur

plan de santé mentale apporte des réponses concrètes à la crise démographique programmée de leur spécialité.

NON, LA CRISE de la psychiatrie ne peut se résumer à la tragédie de Pau. Les syndicats de psychiatres et de médecins hospitaliers ont beaucoup insisté : ils ne souhaitent pas faire « *d'amalgame* » entre ce qui s'est passé au centre hospitalier des Pyrénées et la « *violence quotidienne* » à laquelle sont confrontés les services de psychiatrie. « *Il serait indélicat d'utiliser ce drame à mauvais escient car on ne connaît ; pour l'heure, ni la cause ni l'auteur du crime* », explique le Dr Eric Malapert, président du Syndicat des psychiatres d'exercice public (Spep).

« *La barbarie portée à un tel niveau peut arriver n'importe où ; mais elle n'a rien à voir avec la crise de la psychiatrie* », ajoute le Dr Rachel Bocher, présidente de l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers (Inph). Psychiatre au CHU de Nantes, le Dr Bocher souligne que les patients soignés pour des troubles psychiatriques ne sont pas proportionnellement plus « *criminogènes* » que la population générale. Il est vrai, en revanche, que la psychiatrie est confrontée, à l'image de la société, à la montée d'une violence quotidienne. C'est « *l'expression de problèmes relevant de la précarité, de l'absence de liens affectifs ou de liens sociaux* ». Ces situations de pressions morales ou physiques sont d'autant plus difficiles à gérer que la psychiatrie est confrontée à une pénurie de personnels médicaux et infirmiers. Et ce manque de personnel soignant est lui-même propice au développement de la violence. « *Il est difficile pour des équipes en sous-effectif de réaliser un travail de prévention, de discuter avec les patients pour détecter une éventuelle montée de violence* », analyse le Dr Malapert.

Victime de son succès.

Les Français consultent de plus en plus les psychiatres ; un sur trois souffrirait de troubles psychiques. Selon une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du mois d'octobre, les besoins en soins psychiatriques augmentent de 5 % chaque année, ce qui représente une progression de plus de 60 % depuis 1989. Plus d'un million de patients adultes et 500 000 jeunes et enfants sont suivis chaque année. « *Dans 85 % des cas, ils y ont recours en ambulatoire, pour une simple consultation chez un psychiatre libéral, dans un service hospitalier, un centre d'accueil thérapeutique ou de jour* », explique le Dr Bocher. La psychiatrie est victime de son succès et l'offre de soins n'a pas suivi la demande. « *La profession n'est pas suffisamment valorisée financièrement et intellectuellement* », explique la présidente de l'Inph.

Aussi la réaction du ministre, pour symbolique qu'elle soit, a été bien accueillie mais elle devra être rapidement suivie d'effets. « *Ce plan doit apporter de nouveaux moyens humains en médecins et en infirmiers mais aussi leur permettre de suivre des formations adéquates pour faire face à la violence* », prévient le Dr Bocher. Le Dr Pierre Farragi, président de la Confédération des hôpitaux généraux (CHG), souligne également « *l'impérieuse nécessité d'assurer la sécurité des soignants* » devant « *la capacité de violence de certains patients en unités psychiatriques* ». Le Dr Norbert Skurnik, qui préside le Syndicat des psychiatres de secteur (SPS), regrette que ce grand plan de psychiatrie n'ait pas été l'objet d'une concertation entre le gouvernement et les professionnels concernés : « *Nous nous réjouissons de connaître le calendrier du plan et le montant de son financement. Nous attendons maintenant des actes.* »

Les psychiatres ne se contenteront pas de l'arrêt de la fermeture des lits. « *Des structures alternatives manquent encore, mais c'est surtout en accordant les ratios de personnel indispensable que l'on, retrouvera des soins de qualité* », affirme le Syndicat des psychiatres français (SPF), qui se demande avec inquiétude « *par qui et où sera prise en charge la souffrance psychique demain ?* ».

Après le double homicide perpétré au centre hospitalier de Pau

Un plan de 200 millions d'euros

Le Quotidien du Médecin du 22/12/2004

Ce drame va activer la sortie du plan de santé mentale attendu depuis un an et demi par les professionnels de santé. Le ministre de la Santé fera sa présentation en tout début d'année. Au programme, 200 millions d'euros, et un moratoire sur la fermeture des lits dans les hôpitaux psychiatriques.

A L'ISSUE de la réunion de crise organisée dimanche au ministère de la Santé sur la violence à l'hôpital et la sécurisation des hôpitaux, Philippe Douste-Blazy déclarait : « *Je demande un moratoire immédiat sur les fermetures de lits en hôpital psychiatrique. La seule manière de répondre à ce que*

nous avons vécu, c'est le grand plan de santé mentale que j'allais présenter le 15 février et que je présenterai plus tôt, dans les prochaines semaines. »

Ce plan sera doté de 200 millions d'euros, a précisé le ministre le soir-même sur France 2. « *Dans ce pays, on sait que ça fait vingt ans qu'il y a un problème psychiatrique et vingt ans qu'il y a des rapports et que rien n'a été mis en place* », a-t-il déclaré. Philippe Douste-Blazy promet du changement. Il présentera un plan de santé mentale, sur lequel il dit travailler depuis cinq mois, entre le 1er et le 15 février 2005. L'actualité brûlante l'a contraint à en dévoiler les grandes lignes le week-end dernier.

Sur le plan sécuritaire, Philippe Douste-Blazy « *ne mettra pas des policiers dans les services* », mais il envisage la possibilité, pour les services d'urgences et de psychiatrie qui en feront la demande, d'être reliés directement au commissariat de leur commune. Une décision prise en accord avec le ministre de l'Intérieur, Dominique de Villepin. Lundi sur Europe 1, le ministre de la Santé a également évoqué « *le port d'un badge, un bip qui permettrait d'appuyer immédiatement sans faire de numéro de téléphone* » pour « *alerter un commissariat* ».

Deuxième série de mesures annoncées : celles qui concernent l'offre de soins en psychiatrie. Philippe Douste-Blazy s'est prononcé en faveur d'un moratoire immédiat, pour que l'on « *arrête la fermeture de tout lit psychiatrique* » (50 000 au cours des vingt dernières années). En parallèle, il souhaite que soient renforcées les alternatives à l'hospitalisation : les centres médico-psychologiques pourraient être amenés à élargir leurs horaires d'ouverture. « *Je vais demander à les laisser ouverts jusqu'à 20 heures (au lieu de 17 heures) et tous les week-ends* », a dit Philippe Douste-Blazy, insistant sur la nécessité d'assurer la permanence des soins pour les patients en crise. De même que leurs horaires, les missions des CMP pourraient être étendues.

Pour résoudre la crise de la démographie médicale - 800 postes de psychiatres hospitaliers sont vacants à ce jour ; on enregistrera une baisse de 40 % du nombre des psychiatres privés et publics en 2020 si rien n'est fait -, le ministre de la Santé, conscient des enjeux, attend un renfort des psychologues. Les délais d'attente pour une consultation en psychiatrie ne cessent de s'allonger ; il n'est pas rare d'attendre deux ou trois mois pour un premier rendez-vous, si bien que, souvent, la personne en souffrance s'adresse directement à son généraliste ou aux urgences. « *Il faut revoir cela peut-être avec les psychologues* », suggère le ministre, pas opposé à l'idée d'autoriser ces derniers à pratiquer, à titre expérimental, des psychothérapies remboursées par la Sécurité sociale.

Mais ce transfert de compétences n'est pas du goût des syndicats de psychiatres. « *Nous ne sommes pas contre les psychologues, mais ils font un autre métier que le nôtre. Ce qui fait la spécificité de la psychiatrie, c'est l'intrication indissociable à nos yeux de l'acte médical et de l'acte de soins relationnel. On ne peut pas dissocier les deux* », estimait le Dr Jean-Jacques Laboutière, président du Syndicat national des psychiatres privés (Snpp), dans nos colonnes le 14 octobre dernier.

Le plan de santé mentale ne règle pas un autre problème de taille : celui de la répartition très inégale des psychiatres sur le territoire français (88 pour 100 000 habitants à Paris, moins de 18 dans la moitié des départements).

Le soutien de Chirac

Le président Jacques Chirac a exprimé en Conseil des ministres son « *indignation* » après le double homicide à l'hôpital psychiatrique de Pau et a demandé « *de profondes évolutions* » du système psychiatrique, a déclaré le porte-parole du gouvernement, Jean-François Copé. A propos des grandes orientations d'un plan de santé mentale présentées par le ministre de la Santé dimanche, Jacques Chirac a dit, toujours selon Jean-François Copé : « *Je les approuve entièrement. Il faut en effet plus de coordination, plus de suivi des malades et plus de sécurité dans les établissements. C'est un impératif majeur.* »

Le directeur de l'Uncam commente l'accord conventionnel Le Quotidien du Médecin du 22/12/2004

Frédéric Van Roekeghem : un texte équitable qui n'oublie pas les généralistes. Commentant l'accord signé avec trois syndicats médicaux, le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance-

maladie, Frédéric Van Roekeghem, affirme que c'est un texte équitable et équilibré. Il n'oublie pas les généralistes, affirme-t-il, dans un entretien avec « le Quotidien du Médecin ».

LE QUOTIDIEN - L'accord conventionnel a été signé par trois syndicats médicaux. N'est-ce pas une déception que deux autres organisations, notamment MG-France, n'aient pas accepté ce texte ?

FRÉDÉRIC VAN ROEKEGHEM - En tout cas, je peux vous dire que j'ai vraiment tout fait pour parvenir au plus large consensus. C'était mon souhait, notamment pour permettre la réussite de la mise en place du nouveau système sur lequel nous nous étions tous mis d'accord lors du conclave de Jouy-en-Josas. Est-ce qu'il y a une chance d'augmenter le nombre de signataires ? A ce jour, je n'ai pas perdu espoir.

Quelle appréciation globale portez-vous sur cette négociation conventionnelle « nouvelle formule » ? Le directeur de l'Uncam ne se retrouve-t-il pas trop isolé face aux délégations syndicales ?

J'ai pris, dans cette négociation, toute la responsabilité qui m'incombait. J'ai été seul négociateur de l'assurance-maladie mais j'étais adossé à des orientations très fortes du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance et à un mandat du collège des directeurs de l'Uncam. Je ne me suis pas senti le moins du monde isolé. Ce que je tiens à saluer, c'est le sens de la responsabilité de l'ensemble des syndicats médicaux qui ont pris rapidement conscience que nous étions en train de bâtir ensemble un nouveau système.

Vous pensez que la convention est dans la droite ligne de la réforme de l'assurance-maladie ?

Je n'en ai aucun doute. Le résultat conforte cette réforme.

Venons-en au résultat des négociations. Certains dénoncent une usine à gaz et pensent que le nouveau système sera difficilement compréhensible pour les patients et même les médecins.

Ce n'est pas un texte compliqué. Ce que l'accord concrétise, c'est d'abord une majoration des tarifs de 25 à 27 euros pour les spécialistes du secteur I dans le cadre du parcours de soins coordonné, comme pour les médecins du secteur II qui s'engagent dans ce système de coordination des soins. Cela comporte quelques exceptions, comme pour les pédiatres ou les psychiatres, qui ont des exercices particuliers. Mais en fait, tout est relativement simple. Les patients devraient rapidement comprendre le système du parcours de soins coordonné, qui leur garanti un suivi médical organisé et un taux de prise en charge de leurs dépenses identique à la situation antérieure.

Dans ce cadre, sans doute. Mais il n'est pas certain qu'ils comprennent le système de liberté tarifaire en cas de consultation directe d'un spécialiste.

Il me semble que le patient comprendra l'avantage du parcours de soins coordonné pour bénéficier d'un bon niveau de remboursement. Quant au système de liberté tarifaire, il sera encadré. Nous informerons d'une façon très précise les patients dès le début de l'année prochaine ; de même, une première information sera envoyée aux médecins au début de janvier 2005 dans « la Lettre aux médecins » n° 4 et nous y reviendrons dans la Lettre suivante, au début de février. Il reviendra aussi aux syndicats médicaux de faire la même chose vis-à-vis de leurs adhérents et des professionnels de santé.

Cet accord est en fait gagé sur la promesse d'économies en 2005, de 998 millions. Que se passera-t-il si cet objectif n'est pas atteint ?

Je n'ai aucune raison de penser qu'il ne le sera pas. C'est la crédibilité de la maîtrise médicalisée qui est ici en cause. Chacun le sait. Il faut donc tout faire pour réussir dans cette entreprise. Les professionnels de santé de santé en sont conscients. Et pour l'instant, je le répète, je n'ai pas de raison de douter que nous n'y parviendrons pas. Il nous faut réussir en 2005 si nous voulons envisager d'aller plus loin demain.

Nombreux sont les généralistes qui pensent aujourd'hui que vous avez surtout voulu calmer la colère des spécialistes et qu'en quelque sorte, cet accord n'est guère généreux avec eux.

Nous avons un effort pédagogique à faire pour les convaincre que cet accord ne les oublie pas. Sur les 500 millions d'euros consacrés par l'assurance-maladie aux médecin libéraux par cet accord, 320 millions, notamment grâce au système du médecin traitant, sont destinés à la médecine générale et 170 aux spécialistes. Ce qui se traduit en termes d'honoraires remboursables par une enveloppe de 340 millions pour les généralistes (avec la majoration de 5 euros pour la consultation du nourrisson entre 0 et 2 ans) et 220 pour les spécialistes et ceci hors effet, je le précise, de la Ccam. Globalement, je ne pense donc pas que cet accord laisse de côté les généralistes. Il est équitable pour tous. Les signataires le trouvent équilibré.

Des généralistes vous reprochent aussi d'avoir supprimé le système du médecin référent.

La loi prévoit la mise en place du médecin traitant. Un avenant conventionnel spécifique permettra de préciser les modalités de la convergence du médecin référent vers le médecin traitant.

Les partenaires sociaux ne vous ont pas épargné leur critiques. Ne craignez-vous pas un vote hostile du conseil de l'Uncam ?

L'accord valorise une utilisation plus efficace des ressources dans la droite ligne des recommandations du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie. Les partenaires sociaux se prononceront bien évidemment au sein du conseil de l'Uncam. Il faut attendre la rédaction définitive du texte conventionnel qui est aujourd'hui en cours de rédaction et la signature des syndicats qui aura lieu après la tenue de leurs assemblées générales respectives. Le conseil de l'Uncam se prononcera à ce moment.

Enfin, comment avez-vous apprécié ces premières négociations avec les médecins ?

Les négociations ont été difficiles, mais c'est naturel. Je ne vois pas comment il aurait pu en être autrement. Chacun voulait défendre son point de vue et ses mandats. Mais j'ai apprécié le sens de responsabilités des syndicats médicaux. Nous avons des délais très resserrés mais nous avons eu la volonté d'aboutir dans les temps.

**Forfait de un euro : avis négatif du conseil de la Cnam
Le Quotidien du Médecin du 22/12/2004**

Mardi 21 décembre. Le conseil de la Caisse nationale d'assurance-maladie (Cnam) a émis un avis négatif (20 voix "contre", 14 "pour") sur le projet de décret relatif au forfait d'un euro qui sera demandé, l'an prochain, aux patients de plus de 16 ans, à chaque consultation et acte médical, et qui ne sera pas remboursé par l'assurance-maladie. Il ne s'agit que d'un avis consultatif toutefois. Cette mesure qui doit rapporter 600 millions d'euros a été adoptée dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2005, promulguée au "Journal officiel" du 21 décembre. Elle doit faire l'objet de la parution d'un décret après avis des caisses. Le ministère de la Santé avait précisé, début décembre, que les sommes demandées seront plafonnées à 50 euros par assuré et par an.

**Installation de la Haute autorité de santé
Le Quotidien du Médecin du 22/12/2004**

Mardi 21 décembre. La Haute autorité de santé devait être installée, mercredi 22 décembre, en présence du ministre de la Santé, Philippe Douste-Blazy, et du secrétaire d'Etat à l'assurance maladie, Xavier Bertrand. Cette nouvelle instance est instituée par la réforme de l'assurance-maladie votée cet été et qui entre en vigueur au 1er janvier 2005. Présidée par le Pr Laurent Degos, actuellement président du conseil d'administration (CA) de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) et président du CA de l'Etablissement français des greffes, cette structure composée de huit membres sera notamment chargée de l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent.

**Croix-Rouge française : Mattei président
Le Quotidien du Médecin du 22/12/2004**

A LA TETE de la Croix-Rouge française, comme au ministère de la Santé en mars, un médecin succède à un médecin. Le Pr Jean-François Mattei, 61 ans, a été élu pour quatre ans à la présidence du conseil d'administration, où il remplace le Pr Marc Gentilini, à ce poste depuis juin 1997 (« Le Quotidien » du 17 décembre).

« *Ma volonté de m'engager dans l'action humanitaire correspond à une logique de parcours et à une cohérence de vie : de la médecine à la politique de santé, de la politique de santé à l'action humanitaire,* expliquait le généticien, ancien ministre de la Santé, dans sa profession de foi de candidat. *J'ai la volonté, en m'y consacrant, de partager les soucis, les problèmes, les actions et la légitime fierté de tous ceux qui appartiennent à la Croix-Rouge française.* » Le conseil d'administration a élu également deux vice-présidents : le Pr Jean-Yves Pabst et le Dr Caroline Cross.

**Politique de la famille
Priorité à la réduction de la pauvreté**

Le Quotidien du Médecin du 22/12/2004

La conférence de la famille 2005 sera consacrée aux familles vulnérables, a annoncé Philippe Douste-Blazy, chargé de la famille depuis le dernier remaniement ministériel. « L'accompagnement du désir d'enfant » et la protection de l'enfance sur Internet seront aussi au menu.

« TONY BLAIR a fixé comme objectif prioritaire la réduction du nombre de familles pauvres d'ici à dix ans ; je propose que la France fasse de même » : chargé de la famille depuis le 29 novembre, Philippe Douste-Blazy a présenté au Conseil des ministres, puis lors d'une conférence de presse ses priorités dans ce domaine, qui seront au menu de la conférence de la famille 2005, au printemps.

Trois groupes de travail sont chargés de préparer la conférence ; ils réuniront les représentants du mouvement familial, les acteurs sociaux, les partenaires associatifs et des personnalités qualifiées. Le ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille installera la commission « Famille et pauvreté », dirigée par Martin Hirsch, président d'Emmaüs. Elle s'emploiera « à définir les déterminants sociaux et culturels visant à changer les regards et les comportements auprès de l'opinion sur ce thème » et surtout elle fera « des propositions permettant d'agir au plus vite afin de contribuer à restaurer une véritable égalité des chances », selon le communiqué du Conseil des ministres. Le ministre attend pour sa part « tout particulièrement des réponses concrètes » sur le surendettement, le saturnisme, « le droit à une alimentation équilibrée, l'accès familial à la culture et aux loisirs, le développement des "écoles de parents" » ou encore l'amélioration de l'accès aux services publics. La commission présidée par Martin Hirsch devra en outre se pencher sur les difficultés des familles monoparentales, alors que, selon le ministre, « 15 % des familles monoparentales sont pauvres, contre 7 % pour les couples ».

Accompagner le désir d'enfant.

Les deux autres thèmes de la conférence font suite aux orientations données en 2003 par le président de la République lors de la cérémonie des remises de médailles de la famille. Pour le thème « Les enjeux démographiques et l'accompagnement du désir d'enfant des familles », un groupe de travail mené par Hubert Brun, président de l'Union des associations familiales (Unaf), s'attachera à identifier et analyser les facteurs intervenant dans le choix des familles, notamment pour ce qui concerne le nombre d'enfants. L'adoption, l'aide à la fécondité, l'accès aux modes de garde font partie des priorités, a indiqué le ministre.

Autre thème : la protection de l'enfance sur Internet, avec un groupe de travail présidé par Joël Thoraval, ancien préfet de région et président de la Commission nationale consultative des droits de l'homme. Il devra définir les outils nécessaires à la sécurisation des usages de l'Internet par les mineurs afin de participer à la lutte contre la pédopornographie.

Les groupes de travail seront installés dans les tout premiers jours de janvier et devront remettre leur rapport dans le courant du mois d'avril.

Le Conseil des ministres a tenu à souligner l'intérêt de la conférence de la famille, « moment privilégié de concertation pour l'ensemble des acteurs des politiques familiales ». La conférence de 2003 a abouti, notamment, à la création de la Prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) ; celle de l'année dernière a proposé, entre autres mesures, le développement des maisons des adolescents.

Des soignants, pas des flics

Jean-Claude Delavigne

Rouge n°2092, 23 décembre 2004

À l'heure où ces lignes sont écrites, le (ou les) auteur(s) de l'assassinat d'une infirmière et d'une aide-soignante, dans un service de psychiatrie gériatrique de Pau, ne sont pas connus. Rouge et la LCR s'associent à la douleur des familles, ainsi qu'à celle des personnels hospitaliers frappés par ce drame. Mais cette douleur est, pour nous, également mêlée à la colère. Il aura fallu la mort atroce de deux soignantes pour que soit mis en lumière ce que dénoncent les syndicats hospitaliers depuis des années : l'insuffisance criante de personnel dans les établissements psychiatriques se traduit par un manque de temps à consacrer aux malades et par un travail dans l'urgence, les effectifs étant particulièrement clairsemés la nuit. Il faut y ajouter l'inadaptation de la formation infirmière à la psychiatrie, depuis la disparition d'une formation infirmière spécifique en 1992.

Alors que le nombre de personnes s'adressant à la psychiatrie ne cesse de croître, que les missions de celle-ci s'élargissent, les effectifs des personnels régressent ou stagnent. Cette politique de réduction des moyens, organisée par tous les gouvernements, est génératrice de violence dans les services, la parole, le temps à consacrer aux malades étant les conditions d'un soin fondé avant tout sur la relation à l'autre. Comment croire, dans ces conditions, les déclarations du ministre de la Santé annonçant un « moratoire » sur les fermetures de lits et le développement des alternatives à l'hospitalisation, avec un accroissement du nombre de centres médico-psychologiques et leur ouverture plus tardive ?

C'est pourtant le même ministre qui organise, dans le cadre de la réforme de l'assurance-maladie et du plan « Hôpital 2007 », la restructuration-privatisation du système de santé et l'étranglement des hôpitaux par l'attribution de budgets totalement insuffisants... Le risque est grand, une fois l'émotion passée, de voir les mesures prises se limiter au « tout-sécuritaire ». Les meurtres de Pau risquent de conforter l'image largement répandue du « fou dangereux » qu'il s'agit de réprimer et non de soigner. C'est cependant de soignants, non de flics, que la psychiatrie a aujourd'hui besoin.

Jean-Claude Delavigne

Entretien avec Bernard Doray *L'Humanité* 21 décembre 2004

Les grands débats des années soixante-dix sur les enjeux de la psychiatrie semblent loin ?

Bernard Doray. Après la guerre, il y a eu une véritable réflexion issue de la critique de l'univers concentrationnaire, avec des gens comme Lucien Bonnafé ou François Tosquelles. Ce dernier affirmait que l'idée de secteur est née pendant la guerre d'Espagne, sur le front d'Aragon où il était responsable de la psychiatrie et qu'il avait découpé en segments. La psychiatrie de secteur, qui met les soins au plus près de la population, a été longue à se mettre en place. C'était un peu avant les années soixante-dix. On avait cette idée de la nécessité d'une équipe de santé mentale pour une quantité raisonnable de population (entre 60 000 et 100 000 habitants). On n'imaginait pas faire de la psychiatrie en ignorant la psychanalyse. Nous avions une attention au sujet, à l'histoire singulière, avec la volonté d'immersion dans les institutions. C'était l'époque où la psychiatrie italienne, avec Franco Basaglia, prenait à bras-le-corps la question de l'asile psychiatrique et de l'enfermement. Il y avait 5 000 personnes enfermées dans l'hôpital de Gènes. Pareil à Rome. Ces grands asiles italiens ont été asséchés dans l'enthousiasme, avec des alternatives et la participation d'un mouvement culturel qui renvoyait à la cité la question de la folie. En France, Tony Lainé et Lucien Bonnafé proposaient de lier les questions de santé mentale à la démocratie locale. On se souvient des films réalisés pour la télévision par Daniel Karlin.

A-t-on avancé dans les années quatre-vingt ?

Bernard Doray. Jack Ralite, devenu ministre de la Santé en 1981, s'est véritablement pris d'amour pour ce qui bougeait dans la psychiatrie, comme il disait. En 1982, une commission, dirigée par le docteur Jean Demay, a été nommée. Ses conclusions sont passées aux oubliettes. Pourtant, ce rapport qui s'appelait « Pour une psychiatrie différente en France » commençait par définir des principes éthiques. Il ne posait pas d'abord la technique, mais la question de ce qu'est un citoyen en souffrance. Le mot maladie était évité, non pas pour nier la maladie mentale, mais pour mettre le sujet au centre. On y affirmait que tout processus psychique est évolutif, contre l'idée qu'une partie de la population serait des scories de la société. C'était le parti pris de la gestion démocratique, de la rupture avec « l'hospitalocentrisme », en s'ouvrant davantage aux ressources de la société. Au début des années quatre-vingt, la psychiatrie, c'était aussi près de 100 000 lits, le quart des lits en France, dans de très grosses unités. Deux sortes de stratégies se sont confondues : l'idée d'avoir des équipes plus mobiles, de faire réellement les secteurs psychiatriques, de se propulser dans le tissu social. Mais on a aussi récupéré le succès de la psychiatrie de secteur pour affaiblir la psychiatrie.

Cette psychiatrie a-t-elle réussi à changer le regard de la société sur la folie ?

Bernard Doray. On dit toujours que ce sont les neuroleptiques qui ont changé l'allure de la maladie mentale, mais elle a vraiment changé quand on a commencé à faire des dispensaires ouverts. On le voit bien dans la pratique quotidienne : quand on travaille de manière très soutenue avec les ressources sociales, on ne fait pas de miracle, mais on apporte de grands changements dans la manière dont les gens vivent. En Europe actuellement, la psychiatrie est une spécialité parmi d'autres, moins prestigieuse, très peu cotée, parce que moins payée, et où l'on marginalise les apports de la psychanalyse. Dans les hôpitaux généraux, les services de psychiatrie sont les parents pauvres.

Quel rôle ont joué les médicaments dans cette évolution ?

Bernard Doray. En dix ans, la consommation d'antidépresseurs a été multipliée par sept en France, ces molécules agissant sur la dimension d'inhibition, mais qui n'empêche pas la douleur psychique. Autour de la manipulation d'un médiateur chimique qui est la sérotonine, on a construit toute une industrie et toute une manière de raconter la dépression. Au lieu de faire des produits pour les tableaux cliniques qui existent, on a commencé à modéliser les tableaux cliniques sur les pouvoirs de la molécule qu'on sait produire. On assiste à un retour en force de la biologie et à la montée de la psychiatrie du comportementalisme, ces trucs états-uniens qui liquident la question du sujet. Les laboratoires pharmaceutiques investissent, voire financent, les congrès scientifiques de manière massive. Je n'hésite pas à employer le mot de corruption. Ils mettent les médecins sous influence et leur apprennent à prescrire. Même l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est dépendante des firmes pharmaceutiques, et très notoirement de la fondation Lilly (Prozac). Dans l'intervention de ses représentants, les traitements se réduisent à la description des médicaments. À un bout, il y a les électrochocs, à l'autre la psychanalyse. Entre les deux, les médicaments.

Quel chemin faudrait-il prendre aujourd'hui ?

Bernard Doray. Il serait scandaleux de monter en épingle l'affaire de Pau et d'y répondre sur le plan technique, comme on répond au terrorisme ou à toutes les formes de violence. Il s'agit d'une affaire éminemment politique. Ce sont des actes insensés mais qui ont du sens. Il faudrait avant tout avoir une gestion de la psychiatrie qui ne soit pas fondée sur la gestion comptable. Il n'existe aucune pensée de gestion publique du service de la santé mentale. Tout est ramené à l'acte, mais jamais à l'effet social alors que l'on travaille avec des individus pour les aider à retrouver leur capacité à redevenir des sujets de leur histoire. Cela est absolument ignoré de la dimension gestionnaire. Il faut aussi restaurer la notion d'équipe parce que la biologisation de la psychiatrie tend à séparer les médecins des multiples acteurs qui concourent à la santé mentale. Il est absolument scandaleux que la dimension de recherches cliniques (clinique du sujet, psychanalyse) soit absente des organismes de recherches à l'INSERM comme au CNRS. Il faudrait enfin valoriser la masse énorme de travail de santé mentale que les équipes font actuellement sur le terrain. Un travail qui reste totalement transparent.

Entretien réalisé par Françoise Escarpit

Le drame de Pau précipite le plan «santé mentale» de Douste-Blazy *Libération* 20 décembre 2004

Les syndicats dénoncent le manque de moyens • Le PS dénonce les promesses non tenues du gouvernement • Le ministre de la Santé souhaite par ailleurs que toutes les urgences hospitalières et les secteurs psychiatriques soient reliés à des commissariats •

Le président Jacques Chirac a exprimé lundi en Conseil des ministres son «indignation» après le double homicide à l'hôpital psychiatrique de Pau. «De profondes évolutions de notre système psychiatrique sont nécessaires», a dit le chef de l'Etat en rappelant que le ministre de la Santé, Philippe Douste-Blazy, avait préparé les grandes orientations d'un plan de «santé mentale» qui sera présenté en février prochain. «Je les approuve entièrement. Il faut en effet plus de coordination, plus de suivi des malades et plus de sécurité dans les établissements. C'est un impératif majeur», a conclu Jacques Chirac, alors que les circonstances du double assassinat sont encore méconnues.

«Je suis heureux de savoir que le président de la République et le Premier ministre sont derrière moi là-dessus», s'est félicité Philippe Douste-Blazy en indiquant avoir soulevé, lors du Conseil, la question de la sécurité dans les hôpitaux. Le ministre a réitéré sa demande de relier toutes les urgences hospitalières et les secteurs psychiatriques à des commissariats. «On le fait pour les bijouteries, pour les banques, il n'y a pas de raison pour qu'on ne le fasse pas pour les hôpitaux», a ajouté le ministre. A Pau, le crime s'est déroulé dans le pavillon habituellement calme de psycho-gériatrie.

Annick Lepetit, porte-parole du PS, qui refuse «toute polémique» sur ce sujet, s'est cependant demandé «pourquoi attendre un tel drame pour prendre les décisions qu'on croyait déjà prises». L'installation de liaisons téléphoniques entre les hôpitaux et les commissariats «avait déjà été annoncée il y a plus d'un an par Nicolas Sarkozy», alors ministre de l'Intérieur, a-t-elle assuré. «Nous souhaitons que cette promesse soit exécutée, de même que le moratoire sur la suppression du nombre

de lits dans les hôpitaux», a dit la porte-parole socialiste. Nous sommes lassés de ces effets d'annonce, sans que l'on sache ce qui est effectivement fait ou pas», a-t-elle-ajouté.

Une discipline qui «a évolué depuis 30 ans»

Les responsables syndicaux ont également réagi au drame de Pau et à la crise, patente et dénoncée par les personnels et les malades depuis des mois ([lire l'article de Libération de lundi](#)), de la psychiatrie publique. «Le drame qui vient de se dérouler ne saurait en aucun cas justifier le retour à une politique sécuritaire de la psychiatrie», a souhaité la Fédération hospitalière de France (FHF, qui réunit la quasi-totalité des établissements publics). La FHF a rappelé aux autorités de l'Etat que «cette discipline a su évoluer depuis 30 ans en diversifiant considérablement ses modes d'intervention». La fédération «prend acte» de l'intention de Douste-Blazy de «mettre en discussion, dès le début du mois de janvier, un plan relatif à la santé mentale qui soit à la fois «concret, efficace et budgétisé»».

Le Syndicat des Psychiatres Français (SPF) et l'Association Française de Psychiatrie (AFP) ont dénoncé lundi «la diminution programmée des moyens dévolus à la psychiatrie», «en terme de moyens de soins, en personnel médical et infirmier, socio-éducatif et d'accompagnement». «Cette évolution ne peut aboutir qu'à une détérioration désastreuse de la qualité des prises en charge médicale et à une mise en danger des patients, des personnels soignants et de la population», ajoutent-ils. «Les soins psychiatriques demandent des moyens incontournables, du temps, de la disponibilité et des personnels qualifiés et motivés», conclut le texte.

Des «forces de polices» demandées à Pau

Le syndicat FO a de son côté dénoncé «la logique comptable», «la pénurie organisée», les «fermetures de lits» auxquels la psychiatrie publique est confrontée. «Il est stupéfiant de constater que l'établissement psychiatrique de Pau est passé de 700 à 460 lits en quelques années et que 54 postes devaient être supprimés consécutivement à des restrictions budgétaires». FO fait valoir qu'«au plan national, l'hôpital public en général et la psychiatrie en particulier, subissent depuis plus d'une décennie, fermetures de lits et suppressions de postes, du fait des restrictions budgétaires ordonnées par les pouvoirs publics».

A Pau, le personnel médical de l'hôpital psychiatrique a réclamé lundi dans un communiqué le renforcement des mesures de sécurité au sein de l'établissement et réfléchit «dès maintenant aux mesures immédiates à mettre en place pour assurer la sécurité de tous». «Il est indispensable également que soit entendue notre demande d'accompagnement adressée à plusieurs reprises à la tutelle sur les difficultés du Centre hospitalier des Pyrénées sur ses moyens et son organisation», ajoutent médecins et soignants. A commencer par l'urgence en maintenant la présence «des forces de police jusqu'à l'élucidation des circonstances de ce drame».

Santé

La psychiatrie publique en état de manque

Libération 20 décembre 2004

Moins d'argent et de postes, plus de soins: la profession est en crise. Après la tuerie de Pau, Douste-Blazy annonce un moratoire sur la fermeture des lits.

La psychiatrie à l'abandon ? Philippe Douste-Blazy a convoqué hier une réunion de crise «sur la violence à l'hôpital et la sécurisation des hôpitaux», après le double meurtre au centre hospitalier de Pau (lire page 4) qui illustre, selon les syndicats, la situation catastrophique de la psychiatrie. A l'issue, il a annoncé «un moratoire immédiat sur la fermeture de lits en hôpital psychiatrique» et demandé à ce que «les services d'urgence (des hôpitaux) et certains services psychiatriques qui en feraient la demande soient reliés directement au commissariat» de leur commune. Le ministre de la Santé a également demandé une enquête de l'Inspection générale des Affaires sociales (Igas) pour savoir «comment était géré l'établissement de Pau, notamment au niveau des effectifs».

Philippe Douste-Blazy a réagi d'autant plus rapidement après le fait divers de Pau, dont les circonstances sont encore inconnues, que la crise dans le secteur de la psychiatrie est patente et dénoncée depuis des mois par les personnels et les malades. La démographie des soignants est en chute libre, quand la demande de soins est en plein boom. Depuis dix ans, les fermetures de lits hospitaliers sont drastiques et non compensées par la création d'autres structures d'accueil. Sans compter les restrictions budgétaires, les restructurations arbitraires...

Nerfs. Les psychiatres sont au bord de la crise de nerfs. Et leurs malades trinquent aussi. «Des enfants sont pris en charge à un stade plus grave parce qu'ils peuvent attendre six mois pour un premier rendez-vous», cite ainsi Eric Malapert, praticien à Paris et président du Syndicat des

psychiatres d'exercice public (Spep). *«Nous voyons revenir en consultation des patients qui devraient rester hospitalisés un mois. Faute de place, ils sortent au bout de trois jours, quand le gros de la crise est passé. Mais ils ne sont pas prêts»*, renchérit Emile Rafowicz, chef du centre médico-psychologique (CMP) de Boissy-Saint-Léger (Val-de-Marne). *«Des malades lourds, qui nécessiteraient un suivi médical, sont poussés vers le social, ça coûte moins cher»*, complète Pierre Staël, psychiatre libéral à Metz et président du Syndicat des psychiatres français. *«On constate une augmentation phénoménale de cas de psy en prison et chez les SDF»*, affirme Roger Salbreux, praticien retraité. Comment en est-on arrivé là ? *«Jusqu'à présent, la volonté, l'énergie et la mobilisation du personnel ont en partie pallié les problèmes, estime Eric Malapert. Là, on rentre dans une phase de décroissance démographique des soignants dont on ne mesure pas encore les effets.»* Comme tous les spécialistes, les psychiatres ont commencé à voir décliner leurs effectifs en 2000, après des années de relative opulence. Mais la crise démographique est particulièrement marquée en santé mentale. D'ici à 2020, la France va passer de 13 000 à 8 000 psychiatres. *«Une baisse de plus de 40 %, bien supérieure à celles des autres spécialistes (25 %), et des généralistes (9 %)»*, note Pierre Staël. Perspective d'autant plus dramatique, ajoute Eric Malapert, qu'*«en psy, contrairement aux spécialités plus techniques, le plus important ce sont les hommes»*. Et d'insister : *«Les études l'ont montré. Quand il y a des hommes, on peut se passer des murs (sous entendu les asiles, ndlr), augmenter la qualité de la prise en charge et diminuer la violence.»*

Femmes. Outre qu'ils sont de moins en moins nombreux, les hommes (qui sont des femmes à plus de 40 %) sont très mal répartis sur le territoire, dans le secteur public comme dans le privé. A Paris, la densité des psychiatres est de 88 pour 100 000 habitants ; elle est inférieure à 18 dans la moitié des départements, selon la Fédération française de psychiatrie. *«Le Nord, le Centre, le Limousin, l'Auvergne, et même la périphérie de villes universitaires sont en voie de désertification, dit Eric Malapert. A Vernon, une petite ville très agréable à mi-chemin entre Paris et Rouen, le secteur a fermé il y a deux ans quand le dernier psychiatre est parti.»* L'hôpital de Vernon confirme que les 28 lits d'hospitalisation en psychiatrie ont été progressivement fermés, par manque de médecins. *«Deux postes de psychiatres sont pourvus, sur six budgétés. Ces praticiens se partagent entre l'hôpital de jour et le CMP»*, précise un porte-parole de l'établissement.

Un exemple parmi d'autres. Même Paris, mieux loti en psychiatres, n'est pas épargné. A l'hôpital Henri Ey (XIII^e arrondissement) où ont été transférés il y a un mois les services de psychiatrie de Perray Vacluse (Epinay-sur-Orge), les locaux sont flambant neufs. Mais, faute d'infirmiers (il en manque 48 sur les 166 prévus), *«deux des unités n'ont pas ouvert, et les autres fonctionnent avec 50 % du personnel»*, constate Eric Malapert. Tant pis pour les projets novateurs sur lesquels les soignants ont planché pendant des mois.

Peau. Il y a aussi les projets plus ou moins abracadabrants de restructurations pour raisons économiques, au mépris du travail sur le terrain et du service rendu aux malades. D'abord menacé de fermeture fin 2002, puis de fusion avec un centre de l'arrondissement voisin, le Centre d'accueil de crise (CAC) de la Roquette du XI^e a bataillé pendant dix-huit mois pour sauver sa peau. Cette structure de proximité n'a dû sa survie qu'à la mobilisation de médecins, élus, et fait encore plus exceptionnel, des patients eux-mêmes. Au CMP de Boissy-Saint-Léger, installé depuis trente ans au coeur d'une cité, l'équipe se bat pour tenter d'échapper à une gestion directe par l'Assistance publique. Un projet qui concerne aussi le CMP voisin de Maisons-Alfort. Les soignants de Boissy sont unanimes. Avec une gestion par l'Assistance publique, c'est leur mode de fonctionnement qui serait menacé : le suivi au long cours, au rythme du patient ; les visites à domicile ; les liens tissés dans la cité qui permettent des actions de prévention... *«Le principe du secteur, c'est l'équité de l'accessibilité aux soins, en dehors de l'asile»*, ajoute François Hivert, l'un des psychiatres. Dans les CMP, les patients sont accueillis sans avoir à justifier d'une quelconque prise en charge sociale. *«L'Assistance publique, c'est un modèle très médicalisé. Il y a des procédures, qu'il faut optimiser au plus vite. Mais il y a un temps de parole à respecter. Ici, ce sont les patients qui disent qu'ils veulent un rendez-vous. ça semble un détail, mais c'est important»*, dit Kathy Saada, psychologue.

«La psychiatrie de secteur est un magnifique instrument qu'on est en train de casser», synthétise Eric Malapert. Mais les médecins n'ont pas encore baissé les bras. Après une première journée de mobilisation fin novembre, les syndicats de psychiatres publics comptent appeler à une grève en janvier. A moins que le plan de santé mentale réclamé depuis des lustres par la profession voie le jour. En juin dernier, Philippe Douste-Blazy avait annoncé sa présentation *«dans les mois qui viennent»*. A l'issue de la réunion de crise qu'il a tenue hier à huis clos au ministère de la Santé, en présence d'une petite trentaine de représentants syndicaux des médecins psychiatres hospitaliers, des médecins urgentistes et des salariés du secteur de la santé, il a assuré qu'il en *«avancerait»* la date *«dans les prochaines semaines»* et le doterait de 200 millions d'euros . En attendant, il a indiqué qu'il demanderait au président de la République la Légion d'honneur pour les deux victimes de Pau.

Santé

«On doit assister passivement à la rechute de nos patients»

A Aulnay-sous-Bois, le personnel bricole et gère pénurie et exclusion.

Libération 20 décembre 2004

La scène se passe au self de l'hôpital d'Aulnay-sous-Bois, un grand hôpital général de Seine-Saint-Denis, qui gère en outre trois secteurs de psychiatrie. Les médecins s'y retrouvent à l'heure du déjeuner. Le chef des urgences est fatigué. Mauvaise journée. «*Aujourd'hui, cela commence mal, on débute avec 15 patients aux urgences, pour lesquels il faut trouver un lit. Dont 5 pour la psychiatrie. Tu ne peux pas m'en prendre un ?*», demande-t-il au docteur Tremine qui dirige depuis dix ans un des services de psychiatrie. A chaque fois, ce sont des histoires terribles. Il y a ainsi, étendu sur un brancard des urgences, un père dont un enfant de 11 ans vient de se suicider. Une femme de 40 ans qui s'est jetée dans la Marne. Thierry Tremine : «*Je vais me débrouiller. Je vais faire ouvrir un trentième lit.*» Puis, en aparté : «*Je sais que si je l'ouvre, je n'arriverais plus à le fermer parce qu'il sera toujours occupé. Et on n'a pas le personnel.*»

Thierry Tremine est grand, élégant. Il est le représentant type de ce que fut la psychiatrie française, formée par la psychothérapie institutionnelle, ce grand mouvement de l'après-guerre (1). Aujourd'hui, il n'en peut plus. Il vient d'écrire une lettre à l'adjointe au maire de Sevran. «*Cela ne peut plus continuer. Lorsque l'on dépense un franc pour un patient de notre secteur, on en dépense trois pour un patient de l'hôpital voisin de Ville-Evrard et 10 pour un patient parisien.*» Il ajoute : «*Cette situation est grave, nous générons notre propre précarité. Aujourd'hui, nos secteurs sont parmi les plus mal équipés de France, nous devons assister passivement aux rechutes de nos patients, caractérisés par leur précarité, leur absence de lien social, et cela dans un département très faiblement équipé en moyens médico-sociaux d'hébergement et d'assistance.*»

Casser l'asile. Au début, il aimait bien cet hôpital. Long, immense, sans centre, avec des bâtiments étalés. La psychiatrie est au fond, avec de grands espaces autour. Il y a trois bâtiments chacun correspondant à un secteur géographique, dont deux ont déjà été rénovés. Mettre un secteur de psychiatrie dans un hôpital général ? L'idée avait plu à ce psychiatre pour tenter de casser les asiles. D'autant que cela correspondait à la profonde évolution de la psychiatrie dans les années 90 : casser les grands hôpitaux psychiatriques pour s'ouvrir sur la ville. Mais par malheur, cette évolution a rencontré la crise de tout le système hospitalier, ainsi que la précarisation de la société. Aujourd'hui, on ne sait plus qui est la cause de quoi. Et quand on arrive à l'hôpital par la gare de Sevran-Beulottes, gare délabrée où vit un monde à l'abandon avec des silhouettes en perte de vue, on ne peut qu'être frappé par le fil qui unit tous ces lieux.

«*On nous demande tout et son contraire, lâche Tremine, soigner les maux de la ville et soigner les grands malades. Mais on ne nous en donne pas les moyens.*» Dans son secteur, il a 29 lits d'hospitalisation. «*Chez nous, c'est ouvert, j'en ai pris le parti, même s'il n'y a pas assez de personnel*», explique le docteur Tremine, dont le secteur occupe un bâtiment sur deux niveaux. En bas, il y a des chambres d'isolement, pratique qui se développe de plus en plus avec la forte montée des hospitalisations sous contrainte. Et à l'étage les 15 lits d'hospitalisation, tous en chambre individuelle. «*La nuit, nous ne sommes que deux*», raconte une infirmière. «*Quand il se passe quelque chose dans les chambres d'isolement, comme tout est cassé, on ne voit rien. Alors, on est obligé d'aller voir avec le... maître-chien de l'hôpital.*»

Colonie. Le secteur de Thierry Tremine couvre une population de près de 100 000 habitants. «*On prend en charge, explique-t-il, 1 200 patients, dont un bon tiers de psychotiques.*» Prendre en charge ? Le personnel a souvent l'impression de ne faire que du bricolage. Et de gérer la pénurie : il doit jongler avec des lits toujours pleins, avec un hôpital de jour surbooké, et avec des consultations au Centre médico-psychologique où il y a... près de six mois d'attente. «*Ces jours-ci, je suis inquiet, raconte un psychiatre du secteur. J'ai un patient, disons paranoïaque. Il est dans une phase un peu délicate, il faudrait le suivre de près, soit avec des consultations plus régulières, soit l'hospitaliser. Mais on ne peut, ni l'un, ni l'autre. On sursoit, mais à quel prix ?*» Comme un leitmotiv, revient le constat du manque de personnel, en particulier de personnel soignant. «*Avec les 35 heures, nous n'avons eu aucun poste supplémentaire*», note une infirmière, *la direction privilégie toujours les autres services de l'hôpital.* «*Faux*», tonne le directeur de l'hôpital. «*S'il y a des postes vacants d'infirmières, ce n'est pas de notre fait. C'est parce que les jeunes infirmières ne veulent pas venir en psychiatrie à Aulnay.*»

Et pourtant, même dans ces secteurs laissés à l'abandon, il y a des oasis. Des lieux, des moments à part, à l'image de l'atelier d'Anne-Marie, rempli de peintures, de sculptures ou d'écritures. Chaque jour, elle dirige son petit monde de grands malades. Cela n'a rien d'une colonie de vacances : non sans

doigté, elle crée des liens, reconstruit des symboles. Puis ces malades repartent, dehors bien souvent. Pour aller où ? Quand ils ne sont pas hospitalisés, la plupart, sans famille, connaissent de terribles problèmes de logement.

(1) Pour casser la réponse asilaire, il s'est construit en France une politique de psychiatrie dite de secteur, correspondant à une aire de population (autour de 100 000 habitants). Chaque secteur compte des lits d'hospitalisation et des structures intermédiaires de prise en charge.

Le double meurtre de Pau amplifie le malaise des hôpitaux psychiatriques **Le Monde 21 décembre 2004**

Une infirmière et une aide-soignante du centre hospitalier des Pyrénées ont été tuées à l'arme blanche, samedi 19 décembre. Cinq suspects, placés en garde à vue samedi, ont été remis en liberté dimanche 20 décembre. D'autres interpellations étaient en cours lundi matin

Plusieurs interpellations étaient en cours, lundi 20 décembre, à Pau et dans ses environs, après le drame survenu dans la nuit de vendredi à samedi, au centre hospitalier des Pyrénées. De sources proches de l'enquête, on précisait que figureraient, parmi eux, des anciens patients de l'hôpital. C'est donc la piste d'une éventuelle vengeance qui semble être privilégiée après la découverte, samedi matin, dans un pavillon psychiatrique du centre, des corps de deux soignantes. Appelées pour un bris de glace, les policiers ont trouvé la première, décapitée dans la salle de repos, la tête posée sur le poste de télévision, la seconde égorgée dans un couloir.

Chantal Klimaszewski, 48 ans, était infirmière, Lucette Gariod, 40 ans, aide-soignante. Toutes deux travaillaient à "Saint-Luc", nom donné, à Pau, aux bâtiments voués aux soins psychiatriques. Situé à l'est de la ville, l'ensemble hospitalier est éparpillé dans un parc d'une quarantaine d'hectares. Le bâtiment où a eu lieu le drame est voué à la gériatrie, plus particulièrement aux personnes touchées par la maladie d'Alzheimer. Vingt-deux patients âgés de 65 à 102 ans s'y trouvaient dans la nuit de vendredi à samedi. Ces personnes n'ont pas été capables de donner beaucoup d'éléments aux enquêteurs.

Samedi, en fin de matinée, Eric Maurel, le procureur de la République de Pau, résumait les faits : *"Une infirmière et une aide-soignante ont été assassinées à l'arme blanche. Le ou les auteurs sont entrés par effraction dans les lieux."* Le carreau d'une fenêtre a été brisé sur l'un des côtés du pavillon de psychogériatrie, mais les enquêteurs estimaient que ce passage avait plutôt servi fuir.

ACCABLEMENT ET DOULEUR

Les spécialistes de la police scientifique ont soigneusement examiné les alentours en quête d'indices. L'arme du crime n'a pas été retrouvée, mais selon M. Maurel, *"les constatations laissent supposer qu'il s'agirait d'une arme blanche assez longue et large, de type sabre"*. Plus tard, dans le centre de Pau, quatre personnes ont été interpellées, des hommes décrits comme des marginaux *"connus de la police pour des problèmes liés à l'alcool"*. Dans l'après-midi un ancien patient qui avait quitté l'hôpital le lundi précédent était également placé en garde à vue. Ils ont tous été relâchés dimanche en début d'après-midi.

Le Service régional de police judiciaire de Bordeaux, chargé de l'enquête, poursuit ses recherches vers d'anciens malades du centre voulant se venger soit de l'institution, soit des deux victimes, sans écarter la piste d'un déséquilibré extérieur au site. L'analyse complète des lieux comme l'autopsie des corps des deux infirmières s'annoncent déterminantes.

Avant la venue, samedi en début d'après-midi, du ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy, des personnels de l'hôpital se sont rassemblés à proximité des lieux du drame. Ils ont été rejoints par des responsables syndicaux et des personnalités paloises, dont le sénateur et maire (PS), André Labarrère. L'accablement, la douleur et la peine le disputaient aux interrogations sur les raisons d'un tel acte. Chacun s'accordait pour estimer que ce crime touche autant les personnes que l'institution. *"Le personnel est choqué, abasourdi, démoralisé,"* déclarait Serge Foursans, l'un des responsables des soins à l'hôpital. *"Ce sont des années de travail dans un milieu très difficile qui se retrouvent par terre."* Alain Nouguez, délégué syndical CFDT de l'établissement, de déplorer : *"Le centre hospitalier des Pyrénées ne sera plus jamais comme avant, et la psychiatrie non plus."*

En présence de M. Douste-Blazy, plusieurs salariés de l'hôpital ont mis en cause le manque de postes dont souffre l'établissement. Distribuant quelque 1 100 feuilles de paie, le centre hospitalier des

Pyrénées est confronté à des tracasseries financières qui lui ont fait achever l'année 2003 sur un report de charge de 700 000 euros. Aussi l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de Bordeaux lui a-t-elle confié pour 2004 une enveloppe budgétaire plus serrée. Elle se monte à 55 millions d'euros dont 48 correspondent aux charges de personnel.

L'exercice en cours ayant toutes les chances de se clore sur des difficultés du même ordre (un report de charge chiffré l'été dernier par la direction à deux millions d'euros), les contraintes de gestion ne permettent pas de mieux doter les différents services, y compris en système d'alerte. Il y a quelques mois, un conflit avait éclaté pour refuser une réduction des effectifs : devant l'hôpital, 54 silhouettes noires avaient été dressées par le personnel. Autant de postes en moins au terme du plan de redressement envisagé. Présenté début décembre au conseil d'administration de l'établissement, le document avait été rejeté. A l'unanimité.

Michel Garicoïx

Le ministre de la santé annonce un "moratoire" sur la fermeture des lits en psychiatrie **Le Monde 21 décembre 2004**

La crise de la psychiatrie est désormais révélée au grand jour. Philippe Douste-Blazy en a pris la mesure, dimanche 19 décembre, en réunissant d'urgence des représentants des psychiatres, des médecins hospitaliers et des salariés du secteur de la santé après le double meurtre d'une infirmière et d'une aide-soignante au centre hospitalier de Pau (Pyrénées-Atlantiques).

En réponse aux praticiens qui dénoncent depuis plusieurs semaines la situation catastrophique de la psychiatrie publique, le ministre de la santé a annoncé *"un moratoire immédiat sur la fermeture des lits en psychiatrie"* ainsi qu'un renforcement de la sécurité des services hospitaliers. Il a également dévoilé les grandes lignes de son plan de santé mentale : présenté dans la première quinzaine de février et doté d'un budget de 200 millions d'euros, ce plan prévoit une vaste réorganisation de la prise en charge psychiatrique en France.

RENFORCER LA SÉCURITÉ

Au lendemain de sa visite au centre hospitalier de Pau, M. Douste-Blazy a annoncé que la Légion d'honneur sera accordée, de façon posthume, aux deux victimes, et leurs quatre enfants faits pupilles de la nation. Une minute de silence devait être observée, lundi 20 décembre, à midi dans tous les établissements hospitaliers. *"Il faut donner plus de reconnaissance, notamment en psychiatrie, à ces femmes et à ces hommes qui soignent par des gestes invisibles (...), a déclaré le ministre de la santé. Nous avons beaucoup fait pour les droits des malades, il est temps de parler maintenant des droits des soignants."*

M. Douste-Blazy a ainsi annoncé que les services d'urgence et les services psychiatriques *"qui en feront la demande"* pourront être reliés à un commissariat. Cette mesure avait déjà été promise aux médecins urgentistes par Nicolas Sarkozy, en janvier, mais n'avait pas été appliquée. Pour les psychiatres publics, qui appellent à une journée de grève le 20 janvier, la question de la sécurité des soignants dans les hôpitaux psychiatriques est indissociable de la pénurie qui touche actuellement leur discipline.

Le nombre de psychiatres et d'infirmiers psychiatriques baisse depuis plusieurs années - 800 postes de praticiens hospitaliers sur 4 500 sont vacants - alors que la demande de soins ne cesse de progresser. Résultat, les files d'attente s'allongent et les tensions dans la prise en charge des patients les plus difficiles se multiplient.

"Nous assistons à l'addition du choc de la crise démographique du personnel et d'une crise budgétaire qui entraîne des fermetures de lits et des restructurations à moyens constants ou descendants, dénonce le docteur Norbert Skurnik, président du syndicat des psychiatres de secteur. On aboutit à un isolement de plus en plus inadmissible de personnels féminins dans des secteurs très difficiles."

Le moratoire sur la fermeture des lits annoncé par M. Douste-Blazy est salué, mais les syndicats de psychiatres restent prudents : *"Aujourd'hui, on ne recourt aux soins psychiatriques qu'en cas de situation d'urgence, par l'hospitalisation, explique le docteur Rachel Bocher, présidente de l'intersyndicat national des praticiens hospitaliers. Or il faut justement prévenir la crise en développant les structures de prise en charge en amont, en ambulatoire."*

Le futur plan de santé mentale pourrait répondre en partie à ces interrogations. Alors que 50 000 lits de psychiatrie ont été fermés en vingt ans en France, M. Douste-Blazy veut mettre un frein à ce

mouvement. *"On laisse sortir des malades des hôpitaux psychiatriques car il n'y a plus de place pour les accueillir, c'est inadmissible"*, a affirmé le ministre.

Les conditions d'hospitalisation devraient être revues : au sein des unités psychiatriques, où il n'est pas rare que les patients dépressifs soient hospitalisés avec des malades psychotiques, les malades pourraient être séparés. *"Sans pour autant aller vers une psychiatrie par pathologie, on ne peut pas continuer à mélanger tous les patients"*, affirme le professeur Jean-Charles Pascal, président de la Fédération française de psychiatrie.

Le plan santé mentale devrait, par ailleurs, réorganiser les structures alternatives à l'hospitalisation : les centres médico-psychologiques (CMP) - qui tiennent des consultations de jour - devront élargir leurs horaires aux débuts de soirée et week-ends et verront leurs missions redéfinies : *"Les CMP sont des structures mal utilisées, qu'il faudrait rendre plus opérationnelles, notamment en les ouvrant à des thérapies d'inspiration autre qu'analytique"*, affirme le docteur Philippe Cléry-Melin, auteur d'un rapport sur la santé mentale en octobre 2003.

Et pour résoudre les problèmes de pénurie de psychiatres, le ministère entend désormais puiser dans le vivier des psychologues : ces derniers devraient être autorisés, à titre expérimental et dans certaines régions, à pratiquer des psychothérapies remboursées par la Sécurité sociale.

Cécile Prieur

Philippe Douste-Blazy veut lutter contre la pauvreté des familles et simplifier la procédure d'adoption

Le Monde 21 décembre 2004

Chargé du dossier de la famille depuis le remaniement du 29 novembre, le ministre de la santé devait présenter ses priorités, lundi 20 décembre. Un million d'enfants sont considérés comme pauvres

Améliorer le sort des familles pauvres, faciliter les procédures d'adoption, *"accompagner le désir d'enfant des familles"* et protéger les mineurs de la pédophilie et de la pornographie sur Internet : Philippe Douste-Blazy, qui suit le dossier de la famille depuis le remaniement ministériel de la fin novembre, devait détailler ses priorités, lundi 20 décembre. *"Dans ce domaine, il faut se méfier des idéologies et de la politique politicienne, souligne le ministre. Mon premier dossier sera la lutte contre la pauvreté des familles. Tony Blair, en Grande-Bretagne, tente de lutter contre cette injustice. Nous ferons de même car la France n'a pas encore pris la mesure de cet enjeu."*

Si l'on retient le critère traditionnel - un niveau de vie inférieur à la moitié du salaire médian -, près de 2,5 millions de personnes vivaient, en 2001, dans une famille pauvre. Selon un rapport du Conseil de l'emploi, des revenus et de la cohésion sociale, publié en février, 1 million d'enfants, soit près de 8 % des moins de 18 ans, sont considérés comme pauvres (*Le Monde* du 18 février).

Nombre d'entre eux vivent dans un habitat dégradé et un quart habitent dans un logement surpeuplé. La santé de ces enfants s'en ressent : 17,3 % des 5-6 ans scolarisés en zone d'éducation prioritaire (ZEP) souffrent d'obésité, contre 13,3 % pour les autres enfants. Et leurs parcours scolaires sont plus souvent marqués par l'échec. Les familles monoparentales sont particulièrement touchées : 23 % de ces enfants vivent avec un seul parent, leur mère dans 85 % des cas.

Pour poser les jalons d'une politique en faveur des familles en difficulté, M. Douste-Blazy a constitué une commission qui sera présidée par le président d'Emmaüs-France, Martin Hirsch, ancien membre du groupe de travail Camdessus (qui a publié un rapport intitulé "Le sursaut, vers une nouvelle croissance pour la France") et ex-directeur de cabinet de Bernard Kouchner. *"Les acteurs de terrain et les pouvoirs publics doivent unir leurs forces, au-delà des clivages"*, note M. Douste-Blazy, qui a donné carte blanche à M. Hirsch.

Un rapport devrait être rendu en mars afin que la Conférence de la famille, qui a fait de 2005 l'année des *"familles vulnérables"*, puisse se saisir du dossier, en juin. *"Nous allons nous efforcer de proposer des politiques de moyen et long terme ayant des objectifs chiffrés de réduction du nombre de familles pauvres d'ici dix, quinze ou vingt ans, affirme M. Hirsch. Nous voulons également proposer des solutions d'urgence sur les enjeux que l'on peut déjà identifier, comme la prévention du surendettement chronique, la qualité de l'alimentation ou la lutte contre le saturnisme."*

Le deuxième dossier auquel M. Douste-Blazy souhaite s'intéresser est l'adoption. En France, sur les 11000 couples qui demandent chaque année à accueillir un enfant, 8 000 obtiennent l'agrément et

5000 seulement se voient confier un enfant. Aujourd'hui, 28 000 couples sont en attente et beaucoup se tournent vers l'étranger car, en France, les jeunes enfants "adoptables" sont rares.

MAINTIEN DU PLAN CRÈCHE

Pour faciliter l'adoption, le ministre souhaite substituer à la Mission pour l'adoption internationale du Quai d'Orsay une nouvelle agence, qui pourrait traiter, à terme, 10 000 dossiers par an. Il s'agirait d'un "guichet" auquel les parents ne seraient pas obligés de s'adresser et qui disposerait d'un réseau à l'étranger, notamment en Chine, en Russie, en Haïti, au Vietnam et au Cambodge. Une politique d'information en direction des parents sera, en outre, mise en place.

M. Douste-Blazy souhaite aussi venir en aide aux parents en simplifiant les problèmes de garde : de 1968 à 2002, le taux d'activité des femmes est passé de 50 % à plus de 80 %. Pour améliorer la situation des assistantes maternelles, qui s'occupent de 20 % des enfants de moins de 3 ans, le ministre poursuivra la réforme de leur statut : elle devrait être examinée par l'Assemblée nationale début 2005. Le plan crèche, qui prévoit la construction de 20 000 places, sera maintenu.

Quant à la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), qui remplace depuis le début de l'année plusieurs prestations familiales, elle devrait concerner, en 2004, 90 % des familles pour un budget de 8 milliards d'euros.

Le quatrième chantier sera la protection de l'enfance sur Internet : selon une étude du Credoc, en juin 2003, 17 % des mineurs ont déjà été exposés à une page d'un site pornographique. Créé en 2000, le Forum des droits sur Internet devrait rendre un rapport, début 2005, sur la lutte contre la pédophilie et la pornographie sur la Toile.

Anne Chemin

Comment seront informés médecins et patients

Le mode d'emploi d'un projet ambitieux

Le Quotidien du Médecin du : 10/12/2004

Trente-huit millions d'assurés du régime général de plus de 16 ans seront invités à déclarer le choix d'un médecin traitant (avec son accord), entre le 3 janvier et le 15 mars 2005, selon un calendrier échelonné. Les médecins feront l'objet d'une communication ciblée et auront accès à une plate-forme téléphonique spécifique. La diminution du remboursement pour les patients qui refusent cette forme de coordination des soins ne sera appliquée qu'à partir du 1er juillet 2005.

L'ASSURANCE-MALADIE est dans les starting-blocks pour mettre en place, sans incident majeur, l'ambitieux dispositif du médecin traitant prévu par la réforme de l'assurance-maladie. L'opération est d'une ampleur rarement égalée : 38 millions d'assurés de plus de 16 ans du régime général (1) vont recevoir un formulaire de déclaration de choix du médecin traitant, entre le début de janvier et la mi-mars. Le calendrier de cet envoi des imprimés est conçu en trois grandes étapes : du 3 au 15 janvier pour les assurés nés de janvier à avril; du 1er au 15 février pour ceux nés de mai à août; du 1er au 15 mars pour tous les autres. L'assurance-maladie va redoubler d'efforts dans les prochaines semaines pour convaincre le maximum d'assurés de jouer le jeu. Mode d'emploi sur le médecin traitant, lettre explicative, plate-forme téléphonique nationale (0820.77.33.33 à 0,118 euro la minute) à partir du 3 janvier où devraient aboutir « deux millions d'appels », affichettes dans les salles d'attente des cabinets médicaux (février) : selon le Pr Hubert Allemand, médecin-conseil national de l'assurance-maladie, il s'agit de réussir absolument la mise en place du parcours de soins coordonnés, « une évolution majeure du système » dont l'« apport qualitatif » sera particulièrement bienvenu « à l'ère des pathologies chroniques, mal prises en charge sans continuité des soins ». Concrètement, les assurés qui décideront de prendre un médecin traitant pourront signer le formulaire de déclaration avec l'accord du praticien choisi (un généraliste dans l'immense majorité des cas) à l'occasion d'une consultation au cours des six premiers mois de l'année.

Selon la Cnam, 70 % des assurés consulteront un généraliste au cours du premier semestre. « La formalité d'inscription sera un acte gratuit », précise Frédéric van Rookeghem, directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam). S'il ne souhaite pas « aliéner la liberté » des assurés, le directeur espère que seule une petite minorité d'entre eux (environ 15 %) restera réfractaire au dispositif du médecin traitant.

Liste actualisée des patients.

Les assurés devront renvoyer le formulaire à leur caisse locale, qui enregistrera l'information dans ses bases de données. Pour permettre aux assurés d'opérer leur choix sans précipitation, et afin de ne pas « *encombrer les salles d'attente des cabinets médicaux* », la diminution du remboursement appliquée aux patients qui refusent de choisir un médecin traitant, ou qui consultent un autre médecin sans prescription du médecin traitant, ne sera appliquée qu'au 1er juillet 2005. Les médecins ne sont pas oubliés. Ils recevront un mode d'emploi « médecin traitant » à partir du 10 janvier et une plate-forme téléphonique spécifique leur sera accessible à cette même date (0820.77.30.30, 0,118 euro la minute). A partir du 15 février, les caisses transmettront aux médecins de leur ressort, tous les quinze jours, la liste des patients qui les ont choisis comme médecin traitant.

Il n'est guère surprenant que la Cnam mette les bouchées doubles sur le médecin traitant. Le gouvernement a placé ce dispositif au cœur de toute la réforme avec un double défi : améliorer la qualité des soins par une meilleure coordination, mais également, même si cela est moins revendiqué, rationaliser l'accès aux spécialistes libéraux, jugé anarchique, et donc réaliser des économies (en diminuant notamment le taux de revoyure). « *La réforme impacte notablement les conditions d'activité, mais elle propose une meilleure utilisation du temps médical* », analyse, dans un style caractéristique, Frédéric van Rookeghem.

Rappelons que le médecin traitant devra assurer le premier niveau de recours aux soins, participer directement à la protocolarisation des soins de longue durée (il rédige le Pires, en liaison avec les médecins correspondants), mais aussi, demain, synthétiser les informations transmises par les divers intervenants et intégrer cette synthèse dans le dossier médical.

(1) Les assurés du régime agricole, de la Canam (indépendants) et les fonctionnaires de l'Etat (9 millions de personnes) recevront leurs formulaires de leur caisse d'assurance-maladie.

Les urgences plutôt que le généraliste

Les ressorts du choix vus par les patients et par les médecins

Le Quotidien du Médecin du : 10/12/2004

Une étude de l'observatoire régional des urgences de Midi-Pyrénées (Orumip) montre que, sur dix patients se présentant dans un service d'urgences pour une urgence non vitale, quatre le font sur l'avis d'un médecin et, dans la majorité des cas, aux heures d'ouverture des cabinets médicaux.

POUR QUELS MOTIFS et en suivant quel parcours dans le système de soins les patients présentant une urgence non vitale arrivent-ils dans les services d'urgence ? Et y a-t-il un lien entre leur choix de se faire soigner aux urgences et non pas en ville et l'implication de la médecine générale locale dans la permanence des soins (PDS) ?

Ces questions, l'observatoire régional des urgences de Midi-Pyrénées (Orumip) se les est posées par le biais de trois enquêtes distinctes : l'une menée auprès de tous les patients ne relevant pas de l'urgence médico-chirurgicale vitale présents à une date donnée dans neuf services d'urgence (1), une autre s'intéressant à l'organisation de la PDS - et au niveau d'information des patients à ce propos - dans les mêmes secteurs, et une dernière, téléphonique, sondant cent médecins généralistes locaux. Dans des secteurs où, à une exception près, la permanence des soins libérale fonctionne la nuit et le week-end, il apparaît que 40 % des patients venus aux urgences pour un motif non vital l'ont fait après avoir pris un avis médical. Cet avis leur a été donné par téléphone (une fois sur deux par le Samu) dans 44 % des cas. Les quatre patients sur dix qui ne viennent pas aux urgences de leur propre chef disent presque tous (94 %) être envoyés par leur médecin - 57 % ont d'ailleurs un courrier de leur praticien à présenter aux urgentistes, 65 % d'entre eux se rendent à l'hôpital aux heures d'ouverture des cabinets médicaux. L'Orumip note que les patients adressés par leur médecin sont plus âgés que les autres « *et présentent plus souvent un motif non traumatique* ».

60 % d'électrons libres.

Pour le reste, la majorité des patients (60 %) décide, sans consulter de médecin, d'aller aux urgences ; 39 % d'entre eux font ce choix seuls et l'expliquent par leur souhait d'« *une prise en charge adaptée en l'absence de leur médecin* » (58 % de ces « individualistes » vont aux urgences aux heures d'ouverture des cabinets médicaux) ; 21 % (essentiellement des moins de 18 ans) prennent l'option « urgences » après qu'une autre personne, essentiellement de la famille, a fait ce choix (eux aussi viennent majoritairement - 59 % - aux urgences aux heures d'ouverture des cabinets médicaux). Changement de perspective avec le tableau de l'orientation vers les urgences que brossent non plus les patients, mais les médecins. Les généralistes expliquent que, en journée, leur attitude la plus courante quand ils sont sollicités pour une urgence non vitale est de demander au patient de se rendre au cabinet. Très rares sont ceux qui disent orienter directement les malades vers les services d'urgences : quelques-uns seulement expliquent qu'ils envoient directement et systématiquement vers les urgences

« les malades qui les appellent pour des urgences traumatiques (entorse de la cheville, plaie de l'arcade sourcilière) ». Durant la garde, les choses changent, puisque 30 % des médecins disent qu'ils orientent directement les patients vers les services d'urgences la nuit et 25 % le week-end. Pour l'Orumip, « le rapport des médecins à "l'urgence" est contrasté ». L'observatoire relève cependant des constantes dans le discours des généralistes. L'idée que les malades revendiquent une réponse « rapide, rassurante, de qualité, complète et la moins chère possible » en fait partie, tout comme l'aspiration (des médecins, cette fois) à une meilleure qualité de vie et à la reconnaissance de leur profession.

(1) 1 892 patients ont été interrogés entre le 10 et le 17 mars 2003.

Les rencontres de Flore

Débat passionné autour de la réforme de l'assurance-maladie

Le Quotidien du Médecin du : 10/12/2004

LES RENCONTRES de Flore, organisées par « le Quotidien du Médecin » et « Décision Santé », ont été l'occasion d'aborder le problème de l'évolution du système de santé français, alors que la réforme de l'assurance-maladie doit se mettre en place le 1er janvier prochain.

Pour Dominique Coudreau, ancien directeur de la Caisse nationale de l'assurance-maladie et de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France, et aujourd'hui conseiller-maître à la Cour des comptes, cette réforme innove par rapport à celles qui l'ont précédée, puisqu'elle accorde de nouveaux pouvoirs et de nouvelles responsabilités aux partenaires sociaux en matière de nomenclature et de décisions de remboursement. De plus, ajoute-t-il, les mêmes partenaires sociaux seront tenus de présenter des plans de redressement si d'aventure les dépenses dérapent d'une façon trop appuyée. Enfin, cette réforme se veut pédagogique vis-à-vis des professionnels de santé et des patients. Dans ce cadre, l'orateur a souligné l'importance du dossier médical personnel.

Pour le Dr Alain Marié, directeur médical du Groupe Quotidien Santé, à force de vouloir organiser trop les choses, ne risque-t-on pas de se diriger vers une étatisation complète du système de santé ?

Si l'on en croit cependant Jean de Kervasdoué, ancien directeur des Hôpitaux et aujourd'hui professeur de santé publique au Cnam (Conservatoire national des arts et métiers), c'est un faux problème, puisque, depuis toujours, le système français est étatisé et que cette réforme ne change guère la donne.

Dominique Coudreau pense en tout cas que notre organisation actuelle est trop centralisée et qu'il faudrait imiter certains de nos voisins européens. Pour lui, tant qu'il n'y aura pas de système de santé régionalisé, une évolution favorable des problèmes ne sera pas possible. Or, explique-t-il, il n'existe pas en France de force politique qui demande une régionalisation de la santé et les syndicats eux-mêmes y sont opposés.

Dans son récent ouvrage « Santé et Territoire » (voir « le Quotidien » du 18 novembre), Jean de Kervasdoué a cherché à établir le lien entre la santé et l'économie. « *Ce n'est pas parce que l'on dépense beaucoup que la médecine est meilleure, et ce n'est pas parce qu'on est riche qu'on vit plus longtemps* », explique-t-il.

Il n'a pas épargné ses critiques au prédécesseur de Philippe Douste-Blazy au ministère de la Santé. Jean de Kervasdoué regrette que Jean-François Mattei et son équipe se soient contentés de demander des rapports, sans apporter d'idées personnelles.

Que penser du DMP ?

Le dossier médical personnel, prévu par la réforme de l'assurance-maladie, a, entre autres, pour objectif d'améliorer la qualité des soins en facilitant l'accès des médecins aux différentes données du dossier médical du patient. Jean de Kervasdoué émet des doutes. Dans les hôpitaux, les dossiers médicaux sont exhaustifs et doivent donner accès à l'information médicale à différents médecins au même moment. Pour lui, le dossier médical personnel est une erreur dans la mesure où les questions de langage ne sont pas résolues, aussi bien les problèmes linguistiques que la codification. Il faudrait un langage très simple. Or, une semaine en réanimation, par exemple, suscite 300 pages qui vont résumer le séjour de Mme Dupont en « réa », avec des détails à terme inintéressants, comme sa température au jour le jour. Un médecin en ville, lui, passe trois minutes devant son écran pour une consultation d'une demi-heure.

Le médecin traitant.

Certes, le système du médecin traitant est intéressant. Mais pour les participants à ce débat, la médecine de demain ne doit plus être « artisanale ». Elle doit s'organiser en réseaux, comme en cancérologie, pour réunir tous les acteurs qui intéressent un patient. Dominique Coudreau en revient toujours à l'obligation de construire des dispensaires modernes. Le système qui a le meilleur rapport qualité-prix, dit-il, est le système britannique, trop pauvre, certes, mais vers l'architecture duquel il conviendrait de se diriger. Il faudrait mettre une médecine sociale en harmonie avec des espaces de liberté, préconise Dominique Coudreau

Numerus clausus

Les avertissements de l'ordre

Le Quotidien du Médecin du : 10/12/2004

En présentant officiellement les conclusions du rapport annuel du Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) sur la démographie médicale (« Le Quotidien » du 9 décembre), le Dr Jacques Ducloux, président du Conseil national de l'Ordre des médecins, est rapidement entré dans le vif du sujet : « *La démographie médicale est inquiétante chez les généralistes, mais aussi en chirurgie, en ophtalmologie, en ORL et en psychiatrie, pour ne citer que ces spécialités.* » Un constat confirmé par le Dr Boris Chatin, président de la section santé publique du Cnom : « *Même si on remontait le numerus clausus à 8 000 dès l'année prochaine, ça ne suffirait pas à rattraper le retard.* » Pour l'Ordre, si le solde entre les inscriptions et les départs à la retraite reste encore aujourd'hui légèrement positif, c'est dû en grande partie au Mica (Mécanisme d'incitation à la cessation anticipée pour les médecins), qui a fait partir beaucoup de médecins à la retraite ces dernières années, de sorte que le nombre de départs à l'heure actuelle a diminué. En revanche, il en va tout autrement pour le proche avenir, et, entre 2008 et 2010, la France va perdre environ 270 médecins par an. Mais le pire est pour plus tard, selon le Cnom, car, entre 2011 et 2015, ce seront environ 3 500 départs à la retraite annuels qui ne seront pas couverts par les nouvelles inscriptions au tableau de l'Ordre.

Quant à la période 2016-2020, il n'y a pas de calcul possible (le *numerus clausus* des prochaines années n'étant pas connu) ; mais le Cnom évalue le solde négatif annuel entre les inscriptions au tableau et les départs à la retraite à environ 3 000 médecins.

De quoi tirer le signal d'alarme et de prévenir qui de droit : « *Il incombe aux pouvoirs publics, qui gèrent le numerus clausus, de prendre les décisions qui s'imposent.* ». D'autant que pour le Pr Langlois, président d'honneur du Cnom, le risque de « *yo-yo démographique* », évoqué par certains pour ne pas agir trop brutalement sur le *numerus clausus*, n'existe plus : « *Ce qui était vrai en 1975 ne l'est plus. Nous disposons aujourd'hui d'informations statistiques fiables qui permettent aux pouvoirs publics d'être alertés presque en temps réel. On pourrait donc aujourd'hui réguler la population médicale grâce aux moyens statistiques mis en place, et il est très facile de faire le point régulièrement.* » Faute de quoi, selon l'Ordre, les problèmes démographiques de certaines régions sous-médicalisées pourraient, d'ici à quelques années, se généraliser.

Médicaments

Remboursement à 35 % pour l'ensemble des vasodilatateurs

Le Quotidien du Médecin du : 10/12/2004

IL AURA FALLU plusieurs mois de concertations et de discussions avec les laboratoires concernés avant que les pouvoirs publics ne publient au « Journal officiel » du 7 décembre 2004 l'arrêté modifiant le taux de prise en charge, par l'assurance-maladie, de douze médicaments (1). Jusqu'alors remboursées à 65 %, ces spécialités pharmaceutiques, sous leurs diverses présentations (vingt-neuf au total), seront désormais seulement prises en charge à 35 % par l'assurance-maladie. Comme les autres produits de la classe thérapeutique.

Pour parvenir à ce résultat, le gouvernement a dû recourir à une nouvelle évaluation du service médical que rendent ces médicaments par la commission de la transparence.

On se souvient que, en 2001, le gouvernement Jospin et sa ministre de l'Emploi et de la Solidarité de l'époque chargée de l'assurance-maladie, Elisabeth Guigou, avaient décidé une baisse du taux de remboursement de 148 vasodilatateurs et veinotoniques, sous le prétexte que la baisse du taux de remboursement décidée par la commission de la transparence, chargée de procéder à la réévaluation de l'ensemble des 4 500 spécialités remboursées, avait estimé que les vasodilatateurs et les veinotoniques n'étaient pas assez performants et avaient un service médical rendu (SMR) insuffisant.

Un verdict qui concernait la totalité de la classe thérapeutique mais qui avait été contesté par un certain nombre de laboratoires fabricants de ces médicaments. En toute logique, ils avaient saisi le Conseil d'Etat pour lui demander d'annuler la réduction du taux de remboursement.

Les magistrats, quelques mois plus tard, donnaient raison aux plaignants et annulaient la décision des pouvoirs publics pour des motifs de procédure mais aussi d'insuffisance de motivation des avis de la commission de la transparence. L'arrêt du Conseil créait *de facto* une inégalité entre les médicaments de cette classe thérapeutique et même entre les assurés sociaux.

En effet, les douze médicaments concernés et leurs diverses présentations retrouvaient, grâce au Conseil d'Etat, un taux de remboursement à 65 %. Mais pour les autres médicaments de la classe et leurs génériques, les fabricants n'avaient pas fait appel de la décision du gouvernement et ils étaient donc remboursés à 35 %. D'où évidemment la décision des pouvoirs publics de demander à la commission de la transparence une nouvelle évaluation des médicaments dont la baisse du taux de remboursement avait été annulée.

Cette fois, la commission a pris, semble-t-il, toutes les précautions pour qu'on ne lui oppose aucun recours : elle a reçu et entendu les laboratoires concernés qui ont présenté leurs observations et leurs arguments, et elle a motivé clairement sa décision qui confirme que ces produits avaient un SMR insuffisant. Ce qui a conduit les pouvoirs publics à publier au « JO » un arrêté qui harmonise les taux de remboursement de l'ensemble des spécialités de la classe thérapeutique concernée. Et pour couper court à toute contestation, la commission rappelle que « *la réglementation réserve le taux de 65 % aux médicaments dont le SMR a été évalué comme important* ».

Reste à savoir si les laboratoires ne vont pas déposer un nouveau recours auprès du Conseil d'Etat. Certains s'y prépareraient, semble-t-il, mais avec des chances de réussite très réduites.

(1) Cervoxan, Duxil, Fonzylane, Piracetam UCB, Gévatran, Ginkogink, Nootropyl, Olmifon, Praxilène, Tanakan, Tramisal et Trivatral.

Unocam : les complémentaires santé se mettent d'accord Le Quotidien du Médecin du : 10/12/2004

Jeudi 9 décembre. La Mutualité française (FNMF), les assureurs (FFSA) et les instituts de prévoyance (CTIP) se sont mis d'accord, après plusieurs jours de négociation, sur la composition et les statuts, de la future Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam). Instituée par la loi du 13 août 2004, l'Unocam a vocation de jouer un rôle important à l'avenir dans le cadre de la nouvelle gouvernance de l'assurance-maladie. Elle aura notamment un droit de regard sur les programmes annuels de négociation entre l'Union nationale des caisses nationales d'assurance maladie (Uncam) et les professionnels de santé (*Le Quotidien du Médecin* du 25/11/04). Son conseil sera doté de 33 membres (17 représentants de la FNMF, 8 de la FFSA, 7 du CTIP et 1 du régime local d'Alsace Moselle). Et le bureau sera composé de six membres : 2 représentants de la FNMF, 2 FFSA et 2 CTIP. Les décisions « *seront prises à la majorité simple dans le respect des propositions du bureau* », a indiqué la FNMF. L'Unocam doit voir le jour au 1er janvier 2005.

Le Plfss 2005 adopté définitivement Le Quotidien du Médecin du : 07/12/2004

LA MESSE est dite. Le Parlement a définitivement adopté le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (Plfss) pour 2005, qui traduit dans ses objectifs la réforme de l'assurance-maladie votée cet été. Seule l'UMP a approuvé le texte. L'UDF a voté contre à l'assemblée et s'est abstenue au sénat. La gauche a dénoncé un budget « *irréaliste* » tout au long du parcours parlementaire.

Il faut dire que les objectifs du gouvernement sont ambitieux. Il table sur une réduction de plus de cinq milliards d'euros du déficit de la branche maladie, qui passerait ainsi de 13,2 milliards en 2004 à 8 milliards l'année prochaine. Signe de ce volontarisme, Philippe Douste-Blazy a retenu un objectif national de dépenses d'assurance-maladie (Ondam) 2005 de 134,9 milliards d'euros, en progression de 3,2 % (la hausse réelle des dépenses devrait encore dépasser 4,5 % en 2004). Parmi les principales économies escomptées en 2005 : la maîtrise médicalisée (1 milliard d'euros) ; le contrôle renforcé des IJ (300 millions) ; un plan médicament fondé sur l'essor des génériques (700 millions) ; la

contribution de 1 euro par acte (600 millions) ; la modernisation de la gestion hospitalière (200 millions) ; la hausse du forfait hospitalier (100 millions). Côté recettes, il s'agit principalement de l'augmentation de l'assiette de la CSG (97 % du salaire au lieu de 95 %) et de la création d'une cotisation de Sécurité sociale des sociétés (C3S).

Afin de mieux contrôler les prescriptions hospitalières, les parlementaires ont établi l'identification personnelle des médecins hospitaliers, qui disposeront désormais d'un numéro distinct de celui de leur établissement.

Ironie du sort : ce budget 2005 a été voté en pleine négociation conventionnelle, alors que les partenaires débattaient âprement des marges de manœuvre disponibles et de la revalorisation des honoraires médicaux. A noter que le Parti socialiste a décidé de déposer un recours devant le Constitutionnel contre ce projet de loi de financement de la Sécurité sociale.

Pour éponger les reports de charges

Le CHU d'Angers signe un contrat de retour à l'équilibre budgétaire

Le Quotidien du Médecin du : 07/12/2004

L'AGENCE REGIONALE de l'hospitalisation (ARH) d'Ile-de-France n'est pas la seule à multiplier les contrats de retour à l'équilibre financier avec les hôpitaux en situation de déficit (« le Quotidien » du 26 octobre). La tendance se généralise sur le territoire, ainsi que le souhaite le ministre de la Santé, Philippe Douste-Blazy, qui a conditionné l'attribution d'une enveloppe de 300 millions d'euros pour combler les reports de charges au lancement par les établissements d'un plan de maîtrise budgétaire.

Le CHU d'Angers, qui accusait à la fin 2003 un report de charges de 4 millions d'euros (pour un budget annuel de 300 millions d'euros), a été prié par l'ARH des Pays de la Loire de suivre ce scénario. L'ARH apporte 2 millions d'euros au CHU. A charge pour l'établissement de faire des économies afin de combler le reste. « *Nous avons 2 millions d'euros à trouver pour respecter notre part du contrat* », résume le directeur général adjoint du CHU d'Angers, Jean-François Caillat.

Suppression de quatre ou cinq postes

La direction a donc établi un ensemble de mesures qui tiennent compte du passage à la tarification à l'activité, et qui fixent des objectifs de réduction des dépenses. La transformation d'activités complètes en hospitalisation de semaine ou de jour devrait rapporter 200 000 euros, ce qui équivaut à la suppression de 4 ou 5 postes (sur un total de 4 000 salariés), indique le DGA. Les économies attendues sur les dépenses médicales se montent également à 200 000 euros. Cela passera notamment par l'encadrement des prescriptions médicales des internes par les seniors. Certaines activités seront développées, la chirurgie cardiaque notamment. La direction table sur une hausse de l'activité globale de 1 à 1,5 % en 2005.

Le plan s'étalera sur deux ans. « *Les objectifs ne sont pas hors d'atteinte, les mesures sont raisonnables* », commente Jean-François Caillat. Le CTE a été d'un autre avis, puisqu'il s'est prononcé contre, à la majorité. Le syndicat FO dénonce ce qu'il nomme « *un plan de rationnement, qui aura des conséquences sur la qualité des soins, sur les personnels et sur toutes les dépenses de fonctionnement* ». « *On craint une baisse des effectifs et l'obligation de mobilité pour les personnels non médicaux au sein des pôles* », explique Marie-Annick Noguera, secrétaire FO.

La CME se prononcera cette semaine. Mais la seule instance dont l'avis est décisif est le conseil d'administration : il a approuvé le plan fin novembre. L'ARH et le CHU d'Angers devrait signer le contrat en toute logique ces jours-ci, de manière que la dotation de 2 millions d'euros soit débloquée avant la fin de l'année.

Médicaments remboursables

Baisses de prix et radiations

Le Quotidien du Médecin du : 07/12/2004

A la suite de l'arrêté du 12 février 2004 qui réduisait les marges des pharmaciens pour la distribution et la vente de l'ensemble des médicaments remboursables, « le Journal officiel » s'apprête à faire paraître « *de volumineuses publications* » (dont certaines iront jusqu'à 135 pages) d'ici à février 2005, concernant la baisse de prix de nombreuses spécialités pharmaceutiques. Ces publications comprendront la mise à jour de la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux avec leurs nouveaux prix, ce qui devrait permettre à l'assurance-maladie de réaliser une économie de près de 130 millions d'euros en année pleine. La direction de la Sécurité sociale au ministère de la Santé précise que cette baisse de prix « *n'entraîne aucun reste à charge pour les assurés sociaux et s'est faite au bénéfice de l'assurance-maladie* ».

Par ailleurs, une autre vague de publications au « J.O. » concernera la radiation de spécialités qui ne sont plus commercialisées depuis au moins un an. Il s'agit exclusivement de médicaments qui ne sont plus disponibles, « soit que les laboratoires en ont cessé toute commercialisation du fait de leur insuccès, soit qu'ils les ont remplacés par des médicaments équivalents ». Sur ce deuxième point, la direction de la Sécurité sociale indique que l'objectif de cette opération est « purement administratif » et que « toutes les garanties ont été prises » : la commission de la transparence a donné un avis favorable à ces radiations, et l'accord des laboratoires a été constaté. Cette opération de radiation « ne doit pas être confondue avec une opération de déremboursement » et « n'aura aucun impact sur les patients ni les médecins », précisent les pouvoirs publics. « L'objectif est purement administratif : mettre à jour les listes des médicaments remboursables pour éviter que celles-ci soient encombrées par des médicaments qui ne sont plus utilisés. »

Cotisations sociales

Le plafond de la Sécurité sociale pour 2005

Le Quotidien du Médecin du : 07/12/2004

LE PLAFOND de la Sécurité sociale, qui sert de référence au calcul des cotisations sociales, passera à 2 516 euros par mois à partir du 1er janvier, au terme d'un décret paru au « Journal officiel ». Le salaire plafond fixe la limite des cotisations à l'assurance vieillesse (salariés du régime général) de la Sécurité sociale et sert de référence au calcul d'autres prestations. Ce plafond, qui fait l'objet d'une revalorisation annuelle au 1er janvier, passera de 2 476 euros à 2 516 euros mensuels. Le décret précise que les cotisations dues dans la limite du plafond de la Sécurité sociale sont calculées lors de chaque échéance de paie jusqu'à concurrence des sommes suivantes : 7 548 euros, si les rémunérations ou gains sont versés par trimestre ; 2 516 euros, si c'est par mois ; 1 258 euros, si c'est par quinzaine ; 581 euros, si c'est par semaine ; 116 euros, si c'est par jour ; enfin 15 euros, si les rémunérations ou gains sont versés par heure pour une durée de travail inférieure à cinq heures.

Une étude de l'Atelier de BNP Paribas

Les enjeux de la cybermédecine

Le Quotidien du Médecin du : 07/12/2004

L'étude que vient de publier l'Atelier de BNP-Paribas met en avant, parmi les techniques susceptibles d'améliorer la pratique médicale, le développement des usages d'Internet, la télésurveillance pour les personnes âgées, les systèmes informatisés de données médicales, les téléconsultations d'urgence.

C'EST L'ANNONCE du dossier médical personnel (DMP) qui a poussé l'Atelier, unité technologique de BNP-Paribas, à dresser un état des lieux, au niveau européen, de l'équipement informatique des médecins et de l'usage qu'ils en faisaient. Les études statistiques disponibles montrent que les médecins européens sont bien équipés (70 à 98 %, selon les pays, sont informatisés) et que les Français se classent dans le premier tiers pour l'accès à Internet : 78 % des généralistes connectés en 2003 (98 % en Suède, 24 % en Grèce). Le premier usage reste le transfert des résultats d'analyse, moins d'un tiers des médecins ayant échangé des informations ou un dossier.

Conclusion : Les usages progressent plus difficilement que l'équipement. Sauf dans les pays qui bénéficient déjà de systèmes nationaux de partage de données (comme MedCom au Danemark). Fort de ce constat, L'auteur de l'étude, Jean de Chambure a repéré quatre enjeux baptisés les « quatre serments de la cybermédecine ». Le premier enjeu, c'est d'anticiper l'arrivée des cyberpatients qui montent en puissance. 23,1 % des européens en moyenne (et 46 % des internautes) ont utilisé le Net pour se renseigner sur leur santé (15,30 % en France contre 47,20 % au Danemark). D'où la nécessité de sites certifiés et de lutte antispam santé. C'est un phénomène récent mais 3,15 milliards de pourriels santé sont envoyés chaque jour dans le monde. Des sites Web consacrés aux relations patients/médecins (rendez-vous en ligne par exemple) sont à encourager.

Télésurveillance

Deuxième piste : le vieillissement de la population s'accompagne d'une diminution du nombre de médecins par habitant. La télésurveillance médicale des personnes âgées peut entrer dans le cadre d'une médecine de proximité. Des brassards ou des capteurs connectés tout comme les alertes SMS (minimessages sur téléphone mobile) font partie des outils déjà disponibles. Troisième point : l'amélioration des systèmes d'information médicale exigée par le partage contrôlé des données médicales. Le DMP doit rendre la médecine plus collaborative mais aussi mieux structurée et archivée. Les retours d'expérience montrent cependant qu'« un tel système met 8 à 10 ans à se généraliser », souligne l'Atelier.

Enfin, la médecine peut trouver dans ces techniques, des moyens pour faire progresser la science médicale. Les situations d'urgence peuvent bénéficier du transfert en temps réel de données cardiaques ou d'images *via* les téléphones de 3e génération (Umts). Les visioconférences pour les staffs ou l'enseignement, les téléopérations semblent appelées à se développer.