

revue de presse *ONALA*

février 2005

La politique de santé sous la dictature du fait divers **Jean de Kervasdoué, *Le Monde* 26 février 2005**

L'ERREUR peut conduire au drame. Ainsi en est-il des patients qui se vengent de leur mal-être sur ceux qui tentent de les soigner sans que l'institution qui les emploie soit parvenue à les protéger. L'exception n'est pas la règle et il n'est pas toujours facile de déceler ce qui sera lourd de conséquences : en effet, le drame revêt le plus souvent l'habit de la routine.

Tous les malades mentaux ne sont pas des assassins, même si certains sont parfois dangereux ; tous les adultes qui s'occupent d'enfants ne sont pas pédophiles ; tous les ingénieurs ne font pas de coupables erreurs de calcul... Quand des faits regrettables se produisent, après une procédure contradictoire élaborée après des siècles de mise au point, les tribunaux condamnent, le cas échéant, les coupables quand l'erreur s'avère être aussi une faute.

Ces propos d'une grande banalité ne semblent malheureusement plus gouverner la vie politique française. Le fait divers commande le calendrier et donne à notre vie collective une impression de mouvement brownien. On peut craindre qu'il ne produise plus de dépenses inutiles que d'efficacité pérenne, le gâchis n'étant d'ailleurs pas le plus grand des dangers de cette manière - à la Zorro - de concevoir des solutions nouvelles à nos très sérieuses questions de société.

Le cas récent des décisions dans le domaine de la santé mentale illustre, après d'autres, cette tendance. Un crime horrible se produit dans un hôpital psychiatrique. La police émet rapidement l'hypothèse que le coupable a fréquenté l'établissement. Quelques semaines plus tard, effectivement, un ancien patient est arrêté. Le ministre annonce alors son "plan de santé mentale". Doit-on s'en féliciter ? Son plan va-t-il contribuer à améliorer la prise en charge des malades mentaux et, plus généralement, démontrer que la réactivité immédiate est la manière sinon de faire parler de soi, du moins de résoudre les problèmes ?

On peut tout d'abord s'étonner que la question de la santé mentale n'ait été évoquée par l'actuel ministre qu'à l'occasion de ce drame. Son prédécesseur, le professeur Jean-François Mattei, comme ceux qui avant lui ont occupé ce poste, a demandé son rapport sur ce thème et obtenu un "plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale". Il devait être encore, avec beaucoup d'autres il est vrai, toujours sur le bureau du ministre.

Outre ces rapports, il est de notoriété publique que la France détient le record mondial de consommation des psychotropes et qu'elle partage, avec l'Autriche, celui des suicides au sein des pays de l'Union européenne. En outre, certains départements manquent de psychiatres, et même dans ceux qui en ont plus, beaucoup plus que les autres, comme Paris, il faut attendre plus de six mois pour qu'un psychiatre accepte une nouvelle prise en charge.

La police, comme le personnel du Samu social, indique que nos SDF sont pour une proportion significative - de l'ordre de 30 % - aussi des malades mentaux, et quand ils ne sont pas à la rue on les trouve... en prison, et donc pas là où ils devraient être, c'est-à-dire pris en charge par des secteurs psychiatriques. Les malades mentaux demeurent les exclus parmi les exclus de notre société du "chômage à 10 % de la population active", du bien-être et de l'éternelle jeunesse. Il était donc non seulement possible d'en parler à l'occasion du débat au Parlement du projet de loi sur le financement de la Sécurité sociale (PLFSS), mais aussi naturel de le faire à ce moment-là et à celui-là seulement. Notre Constitution prévoit en effet que des engagements de cette importance doivent recevoir l'aval du Parlement. Il n'en a rien été.

Cette précipitation est d'autant plus étonnante que le volet "investissement" (750 millions d'euros) du plan ne s'applique qu'à partir de 2006. On pouvait donc attendre le PLFSS, qui sera débattu en octobre. En ce qui concerne les crédits de fonctionnement, il était à la fois possible et impératif d'agir dans l'enveloppe votée par le Parlement. Tout gouvernement peut en effet, s'il le souhaite, privilégier une activité, mais ne doit pas engager de dépenses nouvelles. Une fois encore l'argent ne semble pas

compter dans ces décisions, et les annonces d'une éventuelle rigueur budgétaire de l'automne paraissent oubliées. Cette générosité, aussi répétée (elle suit celle - 800 millions d'euros - à l'égard des spécialistes) que non budgétée, se manifeste pourtant dans une situation financière encore plus dramatique que prévu. Le gouvernement, même s'il ne l'a pas annoncé, sait que les comptes de 2004 sont mauvais : le déficit de la Sécurité sociale dépassera des prévisions déjà pessimistes de plus de 2 milliards d'euros pour excéder 14 milliards. L'année 2005 commence mal.

Ce mépris total des finances, du calendrier et de la concertation se manifeste également dans l'annonce de l'augmentation du nombre d'étudiants en psychiatrie, qui intervient d'habitude au printemps après une consultation des doyens des facultés de médecine et du ministère de l'éducation nationale. Le fait divers commande donc le calendrier politique. Mais cela n'est pas le plus grave.

Les outils dont la France dispose dans le domaine de la santé mentale font, une fois n'est pas coutume, l'admiration profonde des étrangers. Le secteur psychiatrique, qui englobe ville et hôpital dans une seule équipe et un seul budget, permet d'adapter, en principe, chaque prise en charge à la situation médicale, affective, économique et sociale de chaque patient. Contrairement à ce que dit le ministre de la santé, le secteur est aussi un réseau de soins. Il ne s'agit donc pas d'inventer de nouveaux outils, mais de les faire vivre, et peut être de revenir sur une politique qui a tenté de nier les particularités de la psychiatrie en s'efforçant de prétendre qu'elle était une spécialité comme les autres. La crise actuelle est une crise d'absence de directive opérationnelle, une crise de gestion des frontières entre le sanitaire et le social, comme entre le normal et le pathologique. Avant d'être une crise des moyens, elle est d'abord politique, au sens le plus essentiel.

Le rôle premier des équipes des secteurs psychiatriques est la réinsertion de leurs patients. Or la réaction naturelle du public à l'occasion des drames comme celui de Pau est une demande d'enfermement. Protégez-nous de ces malades ! Gardez-les, de manière humaine certes, en améliorant leurs conditions d'hébergement éventuellement, mais surtout ne les laissez pas sortir ! Or ces drames devraient être l'occasion d'expliquer cette politique qui fait que le secteur psychiatrique n'est plus l'asile clos du XIXe siècle et que c'est un progrès considérable, un signe exemplaire d'humanité. Les équipes de secteur protègent les malades d'eux-mêmes d'abord. Elles les aident, tentent de soulager leur souffrance et celle de leurs proches, les soignent toujours et parfois les guérissent.

Parler de moyens et de locaux renforce, consciemment ou non, la demande du public - protégez-nous ! - mais est bien loin d'essayer d'expliquer en quels termes se posent aujourd'hui la difficile réinsertion des malades mentaux et de comprendre pourquoi eux-mêmes et leur famille sont rejetés d'une structure à l'autre, parfois par manque de moyens, souvent par manque d'organisation, toujours par manque de soutien et d'explication à une société d'adultes de la difficile mission confiée à ceux qui consacrent leur vie à s'occuper des exclus parmi les exclus : nos malades mentaux. Pour cela, il fallait du courage.

Jean de Kervasdoué est titulaire de la chaire d'économie et gestion des services de santé au cnam.

Les effets pervers de la réforme de l'assurance-maladie *Le Monde 25 février 2005*

Les tarifs de consultation de huit spécialités augmentent le 1er mars. D'autres suivront le 1er mai et le 1er juillet. En cas de succès du plan Douste-Blazy, ces augmentations pourraient creuser le déficit de la Sécurité sociale. Les ménages verront croître la part des dépenses restant à leur charge

L'application progressive de la loi du 13 août 2004 réformant l'assurance-maladie, telle qu'elle est prévue dans la CONVENTION MÉDICALE du 12 janvier 2005 et qu'elle s'esquisse dans les décrets publiés au Journal officiel, suscite des INTERROGATIONS croissantes. Les médecins spécialistes vont bénéficier de majorations d'honoraires échelonnées entre le 1er mars et le 1er juillet. A partir de cette date, la conjonction de ces hausses tarifaires et de l'entrée en vigueur des DEUX DISPOSITIFS-CLÉS de la réforme, le choix d'un médecin traitant et le parcours de soins coordonnés, peut peser sur l'assurance-maladie. Mutuelles et sociétés d'assurances prévoient de FORTES HAUSSES de leurs cotisations et de leurs primes en 2005. Toutes sont persuadées que

les ménages vont devoir prendre en charge une part croissante de leurs dépenses de santé.

Le "succès" de la réforme de l'assurance-maladie menace-t-il de se retourner contre ses auteurs ? Peut-il creuser le déficit de la Sécurité sociale au lieu de le réduire ? Et renchérir très sensiblement le coût des soins pour les patients ? C'est possible et, dans certains cas, vraisemblable. Le gouvernement Raffarin avait pourtant fait voter la loi du 13 août 2004 sans difficulté. La préparation du texte n'avait pas provoqué de manifestations monstres comme celles suscitées, au printemps 2003, par la réforme des retraites. Dès la fin août, le ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy, se réjouissait : *"Les difficultés sont derrière nous"*, assurait-il.

Rien n'est moins sûr. La mise en œuvre de la réforme, telle que la prévoit la convention médicale du 12 janvier 2005 et telle qu'elle se précise au fur et à mesure de la publication des décrets au *Journal officiel*, s'apparente au contraire à un exercice à haut risque pour le gouvernement. A l'origine, les pouvoirs publics s'étaient fixé deux objectifs : *"responsabiliser"* les patients en accroissant la part des dépenses de santé qui reste à leur charge, et contribuer au retour à l'équilibre des comptes à l'horizon de 2007, notamment en limitant l'accès direct à la médecine de spécialité.

Un troisième objectif est apparu à l'automne pendant la négociation conventionnelle : renouer le dialogue avec des spécialistes pénalisés par le blocage de leurs tarifs pendant plus de dix ans. Au nom de la rationalisation et de la qualité du système de soins, la réforme a prévu, à partir du 1er juillet 2005, de faire bénéficier de la meilleure prise en charge les patients s'inscrivant dans un parcours de soins coordonné par un médecin traitant (le plus souvent leur généraliste). Les autres s'exposeront à une double peine : de moindres remboursements - probablement 60 % ou 65 % au lieu de 70 % - et des consultations plus chères. Au nom de la restauration de la confiance avec les spécialistes, la convention a programmé une cascade compliquée de revalorisations tarifaires. Elle a aussi laissé subsister le secteur 2 (à honoraires libres) et assoupli, en les encadrant, les possibilités de dépassement.

Le tout ne contribue pas à freiner la progression des dépenses. A partir d'hypothèses de travail élaborées par la Caisse nationale d'assurance-maladie, la Mutualité française a cherché à mesurer l'impact du succès de la réforme sur les remboursements de soins de spécialistes. Dans le cas où 75 % des actes médicaux seraient effectués à l'initiative d'un médecin traitant, les dépenses de l'assurance-maladie en soins de spécialités augmenteraient de 2 %. En revanche, si le dispositif rencontre moins de succès et ne concerne que 50 % des actes médicaux, elles diminueraient de 3 %. Autrement dit, sur le seul poste des soins de spécialistes et à comportement constant des patients, le succès de la réforme creuse le déficit.

UN SYSTÈME INFLATIONNISTE

Certaines mesures prévues dans la convention médicale, comme la consultation d'un "médecin correspondant" pour avis d'expert, fixée à 40 euros et possible deux fois par an, sont potentiellement ruineuses pour l'assurance-maladie. Pour qu'elles ne le soient pas, il faudra que des dizaines de millions d'assurés et plusieurs dizaines de milliers de professionnels de santé acceptent de se discipliner et de jouer le jeu de la réforme.

La convention, elle, et c'est là que le bât blesse, n'a pas prévu d'incitations fortes à la vertu. Et les caisses n'auront guère de moyens de contrôler effectivement le bien-fondé des déclarations des médecins. A partir du 1er juillet, il suffira aux généralistes de secteur 1 (à tarifs opposables) de cocher la case "médecin correspondant" pour voir augmenter leur consultation de 10 % à 22 euros. Tentant.

Les dérives possibles sont donc légion. Elles nourrissent des inquiétudes dans les rangs syndicaux et suscitent de multiples commentaires dans les caisses et dans les organismes complémentaires. Le premier à avoir jeté un pavé dans la mare est le président de la Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles (FNIM), Romain Migliorini. *"Nous commençons à mesurer l'impact du parcours de soins et de la convention médicale sur les cotisations des mutuelles, qui sera très lourd, de l'ordre de + 7 %, auquel s'ajoute l'augmentation des dépenses de 5 % pour une année moyenne, soit une hausse des cotisations de 12 %"*, a-t-il déclaré le 16 février. Au grand dam de M. Bertrand, qui avait jugé *"inacceptable"* une telle évaluation. La Mutualité française et la Fédération française des sociétés d'assurances tablent, en revanche, sur des augmentations de 3 % à 5 %.

Tous sont persuadés que les patients devront payer davantage pour leur santé, comme l'avait souhaité le premier ministre. La FNIM s'attend à une *"augmentation massive"* de la part qui restera à la charge des ménages : + 16,6 % avec la participation de 1 euro par assuré ; + 166 % quand la consultation d'un spécialiste sera systématiquement précédée de celle d'un médecin traitant. La Mutualité, moins alarmiste, prévoit toutefois une hausse *"importante"* de ce reste à charge : + 10 % dans le parcours de soins coordonnés, et + 20 % en dehors dudit parcours. De quoi nourrir le débat sur le pouvoir d'achat.
Claire Guélaud

Jean-Pierre Davant, président de la Mutualité française (FNMF)
"Un risque de renchérissement considérable des soins"
Le Monde 25 février 2005

La mutualité française, que vous présidez, continue-t-elle à soutenir le dispositif du médecin traitant critiqué par une partie des médecins généralistes ?

Bien sûr. Nous n'avons jamais caché que nous étions favorables à ce dispositif, qui est au cœur de la réforme de l'assurance-maladie. Nous sommes persuadés que la réorganisation et la régulation de notre système de santé passent par l'organisation de l'offre de soins de médecine de ville. J'observe d'ailleurs que tous les grands pays développés ont suivi ce chemin et que la France est l'un des derniers à l'emprunter.

L'amélioration de la qualité, de la continuité et de la permanence de notre système suppose, à nos yeux, un recours accru au travail en équipe. Pour nous, l'exercice traditionnel de la médecine de ville a atteint ses limites. Il nous paraît raisonnable d'envisager à l'avenir des démarches moins individuelles, pour les généralistes comme pour les spécialistes, qui ont choisi d'exercer en libéral.

Dans notre esprit, l'instauration du médecin traitant et du parcours de soins coordonné est de nature à contribuer à une meilleure organisation de la médecine de ville.

Vous avez participé activement aux consultations qui ont précédé la rédaction de la loi du 13 août 2004, mais sévèrement critiqué la convention médicale qui a suivi. Pourquoi ?

Contrairement à ce que nous étions en droit d'attendre, la convention médicale ne fait pas vivre la réforme. Elle a créé un maquis tarifaire dans lequel on peine à se retrouver et qui n'a pas prévu d'outil valorisant le dispositif du médecin traitant. Elle me semble davantage avoir été conçue pour répondre aux revendications de différentes catégories de médecins. Il aurait fallu, au contraire, valoriser de manière plus importante le parcours de soins coordonné. Cela supposait au minimum de traiter sur un même pied tous les médecins traitants, qu'ils soient généralistes ou spécialistes.

Où en êtes-vous des discussions avec les pouvoirs publics sur la définition de contrats complémentaires dits "responsables" ?

A vrai dire, les discussions ne sont pas encore véritablement engagées. Mais leur enjeu futur est clair : il s'agit, ni plus ni moins, du succès de la réforme. Il faut que le gouvernement sorte du flou et précise ses intentions. Il doit prendre, d'ici à la fin du mois de mars, un décret définissant les contours des contrats responsables. S'il adopte un texte mi-chèvre mi-chou laissant la possibilité aux organismes complémentaires de prendre en charge une partie des dépassements d'honoraires hors parcours de soins, cela signifiera qu'il est décidé à brader la réforme.

Dans ce cas-là, changerez-vous d'attitude ?

Lors du dernier conseil d'administration de la Mutualité française, nous avons dit que nous étions prêts à prendre en charge les dépassements d'honoraires dans le cadre de la coordination des soins et que nous ne les rembourserions pas hors parcours de soins. Nous n'avons pas de raison, pour l'instant, de changer de position.

Mais les assureurs privés veulent, eux, pouvoir prendre en charge une partie des dépassements hors parcours de soins. Si elles jouent le jeu, les mutuelles ne risquent-elles pas d'être pénalisées face à des assureurs qui viendront démarcher leur clientèle ?

C'est un risque. C'est la raison pour laquelle je continue à penser qu'il faut mettre tous les partenaires - les professionnels de santé, l'assurance-maladie et les complémentaires - autour d'une table. Nous prenons en charge, en moyenne, 40 % des dépenses de médecine de ville. Il n'est pas raisonnable de nous tenir à l'écart des discussions. Je sais que les partenaires sociaux membres du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam) n'ont pas fait ce choix. Mais c'est une faute sociale grave.

Pourquoi ?

Mais il faut bien organiser le système correctement. Une prise en charge systématique des dépassements d'honoraires par les complémentaires ne peut qu'aboutir à un résultat contre-productif. Le risque existe d'une course effrénée à la hausse des cotisations et des primes, et d'un renchérissement considérable des soins. Faute de régulation et d'organisation du système, les Français ne pourront plus financer leurs complémentaires santé. Une partie croissante d'entre eux devra soit renoncer à se soigner, soit, si leur situation empire, basculer dans un système d'assistance. Ce n'est pas la politique que nous devons suivre.

Propos recueillis par C. Gu.

Une "usine à gaz" avec une trentaine de tarifs et de sigles... Le Monde 25 février 2005

C'est une fiche cartonnée de 15 centimètres sur 10, dans les tons vert et bleu. Intitulée "Ménotarifs", elle a été confectionnée par l'assurance-maladie pour les médecins. Elle récapitule à leur intention les changements d'honoraires qui vont intervenir entre le 1er mars et le 1er juillet 2005, en application de la convention médicale signée à la mi-janvier. C'est peu dire que cet effort de pédagogie était nécessaire pour aider les professionnels à apprivoiser un système dont la complexité a été critiquée par le Conseil de l'ordre des médecins.

"L'usine à gaz est en place", ironisait, en janvier, le docteur Guy-Marie Cousin, président du Syndicat des obstétriciens gynécologues de France, en énumérant avec délectation les consultations C (généraliste), CS (spécialiste), CSC (cardiologue), C2 (consultant), CNPSY (psychiatres) ; les majorations MCG (coordination généraliste), MCS (spécialiste), MCC (cardiologie), MNO (nourrisson) ; les dépassements : DA (autorisés), DE (exceptionnels), DP (permanents), DM (maîtrisés)... Avec moins d'humour, l'assurance-maladie s'est efforcée de mettre de l'ordre dans ce maquis en attirant d'emblée l'attention des médecins sur l'échelonnement des augmentations d'honoraires ; *"mars, mai ou juillet 2005, selon les cas"*, avertit-elle, énigmatique.

COMPRENDRE ? UNE GAGEURE

Pour plus de précisions, les professionnels sont invités à repérer, au recto, les dates des revalorisations prévues dans le parcours de soins coordonnés (qui ne concerne que les patients de 16 ans et plus) : le 1er mars pour huit spécialités cliniques (dermatologie, ophtalmologie, endocrinologie, rhumatologie, gynécologie, médecine interne, psychiatrie et neuropsychiatrie), dont la consultation (en secteur 1) va passer de 23 à 27 euros ; le 1er juillet pour les autres spécialités. Le 1er mai pour les médecins traitants, qui percevront une rémunération annuelle de 40 euros par patient en affection de longue durée.

Au verso de ces ménotarifs figurent les dépassements autorisés pour les spécialistes de secteur I hors parcours de soins coordonnés - incompréhensibles pour le commun des mortels -, les dispositifs spécifiques à certaines spécialités (cardiologues, stomatologues, pédiatres de secteur 1 et généralistes recevant des enfants de 0 à 2 ans), le rappel des augmentations de la consultation des spécialistes pour les patients de moins de 16 ans (27 euros à compter du 1er juillet ; 39,70 euros pour les psychiatres, neuropsychiatres et neurologues). La probabilité pour que les patients comprennent la logique des tarifs qui leur sont appliqués est quasi nulle. D'autant que les médecins de secteur 2 continueront à fixer librement leurs honoraires, sous réserve de tact et mesure, et que les médecins de secteur 1 pourront exercer une partie de leur activité hors parcours de soins coordonnés. Les caisses d'assurance-maladie vont devoir apprivoiser des tarifs, des bases et des taux de remboursements changeants. Une gageure.

Une loi pour que le budget de la Sécurité sociale soit transparent Le Monde 25 février 2005

Le Sénat devrait examiner, à partir du 24 mars, la réforme des lois de financement de la "Sécu"

Donner *"plus de lisibilité, de crédibilité et de sens"* à la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) votée chaque année par le Parlement depuis la réforme Juppé de 1996. Tel est l'objectif du projet de loi

organique que le secrétaire d'Etat à l'assurance-maladie, Xavier Bertrand, a présenté, mercredi 23 février, en conseil des ministres. Ce texte, qui se propose de moderniser le pilotage financier de la Sécurité sociale, se situe dans le prolongement de la réforme de l'assurance-maladie et de l'adoption, en 2001, de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) qui a complètement transformé la confection du budget de l'Etat. L'examen du projet de loi doit débiter au Sénat le 24 mars 2005. S'il est adopté, ses principales dispositions *"entreront en vigueur à compter de la loi de financement pour 2006"*.

UN CADRAGE PLURIANNUEL

Le projet de loi organique poursuit *"plusieurs objectifs"*, notamment celui de *"donner un cadre pluriannuel aux objectifs de dépenses"*. Il devrait permettre au Parlement d'y voir plus clair dans le budget, passablement touffu et compliqué, de la "Sécu", tout en le poussant à engager une démarche d'évaluation permanente.

"Un rapport soumis au vote présentera pour les quatre années à venir des prévisions de recettes et des objectifs de dépenses par branche" (assurance-maladie, vieillesse, famille, accidents du travail, maladies professionnelles), a précisé le secrétariat d'Etat, qui en attend un *"vrai débat sur l'équilibre"* de chacune des branches *"ainsi que sur les différentes composantes de l'objectif national de dépenses de l'assurance-maladie (Ondam)"*.

S'inspirant de la LOLF, le projet de loi préconise aussi de *"définir une démarche objectifs-résultats"* (diagnostic, objectifs, indicateurs de performance...) qui permettra de mieux mesurer l'efficacité de la dépense sociale. Le texte prévoit par ailleurs que *"le Parlement soit amené à se prononcer sur les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses"* du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et du Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA).

Il vise aussi à *"renforcer sensiblement la portée du vote sur l'Ondam"* en conférant à la LFSS le pouvoir de fixer les sous-objectifs tels que les dépenses hospitalières, jusqu'ici déterminés par le gouvernement. Enfin, il sera assorti d'une annexe *"rendant compte de l'application de la règle de compensation intégrale de toute perte de recettes ou transfert de charge par le budget de l'Etat vis-à-vis de la Sécurité sociale"*. M. Bertrand y voit une sorte de *"sanctuarisation des recettes"* de la "Sécu" qui ont souvent été, dans le passé, détournées de leur objet.

C. Gu. (avec l'AFP)

Critiques autour de la répartition des postes d'internes en médecine Elle prévoit une baisse en pédiatrie, médecine du travail et santé publique Le Monde 25 février 2005

Les 4 393 étudiants en sixième année de médecine l'attendent avec impatience. Le 15 mars, l'arrêté fixant la répartition par spécialité des postes d'internes sera publié au *Journal officiel*. Les futurs médecins, candidats aux prochaines épreuves classantes nationales (ECN, remplaçant l'ancien concours d'internat), découvriront alors combien de places sont offertes dans chaque discipline médicale pour 2005. Mais la liste proposée par la direction générale de la santé (DGS) suscite une levée de boucliers.

Publiée par le *Quotidien du médecin* du 18 février, elle prévoit notamment d'ouvrir quasiment autant de postes de spécialistes (2 200) que de généralistes (2 193), de supprimer les filières spécifiques de gynécologie-obstétrique et de gynécologie médicale - la première étant intégrées dans les spécialités chirurgicales et la seconde dans les spécialités médicales - et de diminuer de manière importante le nombre de postes en pédiatrie (110 contre 224 en 2004), en médecine du travail (10 contre 73) et en santé publique (10 contre 83).

La réaction ne s'est pas fait attendre. Les syndicats ou les collèges nationaux des disciplines mal loties, mais aussi l'Association nationale des étudiants en médecine (ANEMF) ont fait part de leur *"stupéfaction"* face à des choix qui, disent-ils, *"ne répondent pas aux besoins de santé publique"*. Pour tenter de calmer les esprits, le ministre de la santé affirme que la répartition n'est pas définitivement arrêtée et a décidé de reconvoquer, dans quelques jours, la commission nationale des études médicales

(CNEM). La semaine dernière, cette commission avait entériné les propositions de la DGS, tout en critiquant le sort réservé à la pédiatrie.

"Nous allons proposer d'autres scénarios, dont l'un maintiendrait les filières de la gynécologie", explique-t-on au cabinet du ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy. L'exercice promet d'être difficile. 4 293 postes sont à pourvoir, et pas un de plus puisque le nombre d'étudiants - lié au *numerus clausus* à l'entrée des études médicales - n'est pas extensible. Pour les répartir, la DGS s'est appuyée sur les projections fournies par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, sur les besoins exprimés par les commissions régionales des études médicales (CREM) et sur les promesses du ministre.

Or, pour mener à bien la multitude de plans lancés par M. Douste-Blazy (plan chirurgie, plan santé mentale, plan périnatalité, plan cancer, plan maladies rares...), il faut créer des postes. Les 550 promis pour la chirurgie et les 300 pour la psychiatrie sont au rendez-vous, mais forcément au détriment d'autres disciplines. C'est donc la quadrature du cercle. En outre, les CREM ont unanimement réclamé des places de médecine générale. Le nombre de postes a bien été augmenté mais sans certitude que cette spécialité fasse davantage recette que l'année dernière. En 2004, sur les 1 841 places offertes en médecine générale aux candidats des ECN, plus de 600 n'ont pas été pourvues. Des étudiants n'ayant pas obtenu, du fait de leur rang de classement, la spécialité qu'ils souhaitaient, ont préféré invalider leur deuxième cycle et redoubler pour retenter leur chance plutôt que de prendre médecine générale.

Le ministère de la santé promet de revoir sa copie mais l'entourage de M. Douste-Blazy prévient qu' *"on ne pourra s'en sortir que si l'ensemble des spécialités médicales font un effort"*. Et, ajoute-t-on, *"il est essentiel de respecter les engagements du ministre"*. Pas question, notamment, de toucher à la chirurgie et à la psychiatrie, ni d'oublier l'oncologie, pour le plan cancer, ou la gériatrie, pour faire face au nombre grandissant de personnes âgées.

Au mieux, 50 postes pourraient être "grappillés" en faveur de la pédiatrie mais, quoi qu'il en soit, il paraît impossible de répondre à tous les mécontentements. *"Il ne faut pas regarder la démographie médicale sur une année"*, souligne-t-on à la DGS. L'augmentation du *numerus clausus*, qui atteindra 6 200 places à la prochaine rentrée (contre 5 600 en 2004 et 5 100 en 2003) devrait permettre, dans quelques années, de desserrer l'étau. *"N'oublions pas que la situation actuelle de la médecine découle du yo-yo appliqué au numerus clausus dans les années 1990"*, rappelle l'ANEMF. Reste que, pour améliorer la régulation de la démographie médicale, il ne faut pas seulement agir sur le nombre d'étudiants en médecine formés mais aussi sur leur répartition géographique. *"Tout le monde ne peut pas être radiologue à Cannes"*, résume-t-on au cabinet du ministre.

M. Douste-Blazy ne cache pas qu'il souhaiterait reprendre l'une des préconisations de l'Observatoire, qui consisterait à régionaliser l'examen national classant des internes. *"Je suis favorable à l'instauration de sept concours interrégionaux pour pallier le problème d'aménagement du territoire en terme d'installation des médecins"*, a-t-il expliqué il y a quelques mois.

Sandrine Blanchard

Budgets de la Sécurité sociale

Le gouvernement entérine les lois pluriannuelles

Le Quotidien du médecin 25 février 2005

LE CONSEIL des ministres a entériné le projet de loi organique visant, *via* un toilettage des lois de financement de la Sécurité sociale (Lfss), à « *moderniser le pilotage financier* » de la Sécu, selon les termes du secrétaire d'Etat à l'Assurance-maladie, Xavier Bertrand. Les sénateurs examineront à partir du 24 mars cette réforme qui, si elle devait être adoptée, s'appliquera pour la plupart de ses dispositions dès la prochaine Lfss.

La mesure la plus spectaculaire du projet de loi organique est le caractère pluriannuel dorénavant attaché aux Lfss. Un choix qui, selon Xavier Bertrand, répond à une exigence « *de cohérence* » : « *Chaque loi de financement fixera les perspectives de recettes et de dépenses de la Sécurité sociale pour les quatre années à venir* », a précisé à l'Élysée le secrétaire d'État ; on pourra désormais, dans une Lfss, prendre des dispositions affectant l'équilibre financier de la Sécurité sociale non seulement pour l'exercice à venir, mais aussi pour les exercices ultérieurs. Quadriennaux, les objectifs nationaux des dépenses d'assurance-maladie (Ondam) seront aussi plus « *transparents* » : leurs « *sous-*

objectifs », relatifs aux dépenses de la médecine de ville, de l'hôpital... figureront dans la loi. Toujours dans le but d'améliorer la « *visibilité* » des lois de financement de la Sécu, il est prévu que se tienne dorénavant au Parlement « *un vrai débat sur l'équilibre de chacune des branches de la Sécurité sociale* ».

Par ailleurs, un dispositif inspiré de la dernière réforme, en 2001, des lois de financement projette d'introduire une démarche liant objectifs et résultats dans le domaine du financement de la Sécu. « *Une annexe très substantielle de la loi présentera ainsi les programmes de qualité et d'efficience de la politique de Sécurité sociale pour chacune des branches qui comporteront un diagnostic de situation, des objectifs retracés au moyen d'indicateurs, les moyens mis en œuvre pour atteindre ces objectifs et les résultats atteints* », explique Xavier Bertrand. Cerise sur le gâteau, les comptes présentés par les Lfss seront à partir de 2008 certifiés par la Cour des comptes.

Avec cet arsenal, le gouvernement espère « *donner plus de lisibilité, de crédibilité et de sens aux lois de financement de la Sécurité sociale* ». Il répond aussi aux critiques qui, depuis plusieurs années, dénoncent les limites du rôle et de l'information du Parlement en matière de Sécurité sociale.

Formulaire du médecin traitant

Dix généralistes déposent aujourd'hui un recours devant le Conseil d'État Le Quotidien du médecin 25 février 2005

C'EST aujourd'hui que dix généralistes (1) vont déposer devant le Conseil d'État un recours contre le formulaire du médecin traitant (« le Quotidien » du 17 février). « *Notre argumentaire s'appuie, dit l'un des recourants, le Dr Philippe Sopéna (membre de MG-France et qui a créé au sein de cette organisation un mouvement de contestation interne MG-VA, Vigilance et Action), sur le fait « que des lacunes importantes ont été découvertes dans le formulaire et qu'à l'évidence le souci de communication du ministre et des syndicats qui ont adopté ce système a été plus important que leur souci de respecter le droit et les règles juridiques* ».

Selon le texte de ce recours, « *l'information fournie aux patients et aux médecins par ce formulaire (du médecin traitant) est partielle et partielle* » et « *elle ne donne pas aux parties concernées (patients et médecins, ndlr) la totalité des informations nécessaires à un choix éclairé* ».

Ce document, ajoute encore le Dr Philippe Sopéna, laisse entendre que le système est obligatoire, alors qu'il ne l'est pas ; il fixe une date butoir pour le renvoi des formulaires, le 1er juillet, alors que rien n'oblige le patient à choisir son médecin traitant à cette date ; il ne dit pas les sanctions que peut courir le patient s'il ne choisit pas de médecin traitant. Le formulaire, poursuit-il, « *ne dit mot sur les conséquences du choix d'un médecin traitant pour les patients qui ont déjà un médecin référent, alors que l'article de la réforme de l'assurance-maladie instituant le formulaire du médecin traitant indique clairement que l'assuré qui choisit un médecin traitant différent de son médecin référent perd les avantages attachés à ce dernier système* ».

D'autres arguments sont avancés par les dix généralistes : en particulier, le fait que ni le médecin ni le patient ne peuvent conserver une copie du formulaire qu'ils doivent renvoyer à la caisse. « *Ce qui les prive, commente encore le Dr Sopéna, de la possibilité de faire valoir leurs droits si jamais on les conteste. D'ailleurs, le patient et le médecin ne reçoivent pas davantage une copie ou une attestation de la caisse primaire dont ils dépendent qui pourrait prouver leur engagement et leur choix.* » Pour les généralistes qui ont déposé ce recours, la déclaration de choix d'un médecin traitant « *constitue un contrat au sens du code civil et, en conséquence, il doit respecter les dispositions de droit commun, pour les contrats de ce type* ». Ce qui n'est pas le cas, aujourd'hui, selon eux.

Et en tout état de cause, commente le Dr Philippe Sopéna, « *il est aberrant de demander aux médecins et aux patients de s'engager dans un système dont ils ne savent pas, objectivement, s'il sera efficace, s'il servira réellement la coordination des soins et quelles en seront les conséquences au niveau des soins, mais aussi concernant leur participation financière* ».

Le verdict appartient maintenant au Conseil d'État. Il ne sera sans doute pas prononcé avant plusieurs mois. On sait que les magistrats qui composent cette chambre ont l'habitude de prendre leur temps et il y a donc fort à parier que la réforme sera entrée en application bien avant que ne soit rendu le

jugement. Cela ne dérange guère Philippe Sopéna. « *Je n'imagine pas, dit-il, que le Conseil d'État ne nous donne pas raison dans cette affaire, tant les lacunes du dispositif sont grandes et le système, contraire à la loi. Si tel est le cas, toutes les sanctions qui pourraient avoir été prononcées devront alors être annulées, même rétroactivement. Et toutes les déclarations de choix de médecins traitant déjà parvenues aux caisses devront être également annulées.* » On aura compris que cette hypothèse ne contrarierait par vraiment Philippe Sopéna et ses amis.

JACQUES DEGAIN

(1) Il s'agit des Drs Philippe Sopéna, Bernard Becel, Thomas Bourez, Claude Bronner, Sandrine Buscaïl, Jean-Marie Gendarme, Jean-Paul Hamon, Marie Kayser, Christian Lehmann et Bernard Pledran.

Le tour de France des syndicats et de l'assurance-maladie Comment « vendre » la convention aux médecins Le Quotidien du médecin 25 février 2005

L'assurance-maladie et les syndicats signataires de la convention (Csmf, SML et Alliance) ont décidé d'entamer un tour de France afin d'informer les médecins libéraux des dispositions du texte signé le 12 janvier. L'affluence n'est pas toujours au rendez-vous, mais les organisateurs s'accordent à dire que de telles rencontres sur le terrain sont nécessaires pour dissiper les inquiétudes. De son côté, MG-France continue de mobiliser pour expliquer son opposition.

L'ASSURANCE-MALADIE, la Confédération des syndicats médicaux français (Csmf), le Syndicat des médecins libéraux (SML) et Alliance se sont promis d'aller à la rencontre des médecins pour « *expliquer* » la convention médicale qu'ils ont signée le 12 janvier. La première réunion du genre a eu lieu à Nanterre, à la fin de janvier. Le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam), Frédéric van Roekeghem, et les Drs Chassang et Cabrera, présidents de la Csmf et du SML, avaient fait le déplacement pour répondre aux questions de la cinquantaine de praticiens présents. Depuis, de nombreuses autres soirées-débats ont été organisées à l'initiative des syndicats et de l'assurance-maladie auxquelles participent le plus souvent des représentants de MG-France pour « *apporter une contradiction* ».

Un programme plus ou moins chargé pour les syndicats.

Une vingtaine de soirées en région sont inscrites sur le planning de la Csmf pour les deux prochains mois. Selon le Dr Michel Chassang, ces rencontres sur le terrain avec les professionnels sont « *la meilleure occasion de dissiper des malentendus* » sur l'accord conventionnel : « *Les médecins ne comprennent rien au texte car ils ont subi une profonde désinformation. Ils ne sont pas hostiles à la convention, comme certains voudraient le faire croire mais sont simplement dans l'attente d'explications. Quand on les leur apporte, tout rentre dans l'ordre. Attention, notre rôle s'arrête là. Nous n'avons rien à vendre et n'allons pas nous transformer en VRP de la réforme* », insiste le président de la Csmf.

Le Dr Dinorino Cabrera a pour sa part « *mis un frein* », depuis quelques jours, à ses déplacements en région pour boucler le dossier de la Classification commune des actes médicaux (Ccam) techniques. Le président du SML se rendra en mars aux réunions pilotées par son syndicat dans l'Essonne, à Nice et à Bordeaux. « *Il y en aura d'autres* », assure le Dr Cabrera, qui s'attend à une demande plus forte des médecins en juin, juste avant l'entrée en application de la réforme. « *Comme à chaque convention, il règne une certaine incompréhension. Nous avons quatre mois pour expliquer les modalités du texte aux 120 000 libéraux* », explique le président du SML. Ce sont souvent les mêmes questions qui reviennent aux oreilles des leaders syndicaux. Elles portent sur des thèmes bien précis : le dispositif du médecin traitant et le parcours de soins, les nouveaux tarifs et les dépassements d'honoraires. « *Il y a encore une réelle confusion entre le médecin traitant et le médecin référent*, confie le Dr Félix Benouaich, président d'Alliance. *De nombreux spécialistes pensent que les patients devront obligatoirement passer chez leur médecin traitant avant de les consulter, comme avec le médecin référent. Clarifions les choses, il n'y a aucune obligation !* »

Le rôle primordial des Cnam.

Consciente du chantier qui l'attend, l'assurance-maladie doit préciser dans les prochains jours comment elle entend informer les médecins des dispositions de la nouvelle convention. La Cnam a

d'ores et déjà annoncé que près de 700 délégués de ses Cpm seraient « recyclés » pour « vendre la réforme et expliquer le contenu de la convention, les priorités de la maîtrise médicalisée, leur pourquoi », selon les termes de Frédéric van Roekeghem (« le Quotidien » du 8 février). La Cnam lancera « un appel d'offres » pour confier la gestion de cette opération à une société privée. Les 128 caisses locales devraient pour leur part être incitées à organiser des débats. Ce sont pour l'heure les réunions organisées par les caisses qui semblent attirer le plus grand nombre de médecins.

À Chartres, une cinquantaine de généralistes et spécialistes de l'agglomération (sur 140 invités) ont assisté lundi au débat organisé par la Cpm d'Eure-et-Loir et la Csmf 28. « Nous avons présenté le parcours de soins puis les objectifs attendus avec la maîtrise médicalisée », précise Raynal Le May, directeur de la Cpm. Les discussions ont duré deux heures et demie en présence d'une dizaine de membres de MG-France « qui ont exprimé leurs convictions sans agressivité ». « Beaucoup de questions pointues ont été posées par les médecins, notamment ceux qui ont un exercice particulier. C'est grâce à ces échanges que les médecins s'approprièrent la philosophie du système », analyse Raynal Le May. Trois nouvelles réunions sont prévues dans le département à Chateaudun, Nogent-le-Rotrou et Dreux. D'autres rencontres seront organisées partout en France par des Cpm, notamment en Seine-Maritime, Haute-Saône, dans le Loiret et le Doubs.

Encore beaucoup de questions.

En plus des réunions de l'assurance-maladie, MG-France programme ses propres soirées pour expliquer les raisons de son opposition à l'accord. Le Dr Pierre Costes, président du syndicat, constate que la nouvelle convention suscite chez les médecins un moindre intérêt que les précédentes. « Certaines réunions ont dû être annulées, faute de combattants et les signataires ne s'exposent pas. Aujourd'hui pourtant, les médecins doutent, car rien n'est clair », analyse le Dr Costes.

En effet, la convention n'a pas livré tous ses secrets. La preuve : la plateforme téléphonique à destination des professionnels mise en place en janvier près d'Orléans (1) par l'assurance-maladie continue de recevoir « 200 à 250 appels par jour ». « Une recrudescence de questions pourrait survenir avec la parution de la convention au « Journal officiel » et la probable mise en œuvre de la Ccam technique au 1er mars. C'est pourquoi la Cnam a décidé de prolonger de trois mois l'existence de la plate-forme jusqu'à la fin du mois de juin », explique Patrick Rouyer, directeur-adjoint de la Cpm du Loiret.

(1) Pour toute question relative à la convention, les professionnels de santé peuvent contacter le 0820.77.30.30 du lundi au vendredi de 8h00 à 18h00 jusqu'à la fin du mois de juin.

Statut des PH

Deux organisations syndicales prêtes à signer un accord Le Quotidien du médecin 25 février 2005

REVIREMENT de situation tout à fait inattendu dans le monde hospitalier : alors que la situation semblait complètement bloquée du côté des quatre organisations syndicales de praticiens hospitaliers (PH) qui négocient depuis le début de l'année la réforme du statut de PH, deux d'entre elles (le Snam et la CMH) se disent désormais prêtes à signer un accord avec le ministère de la Santé.

« On estime être arrivé au bout des négociations. Le protocole d'accord est finalisé, on a abouti à un tout cohérent », explique le Pr Roland Rymer, le président du Syndicat national des médecins des hôpitaux publics (Snam). Le Snam et la Coordination médicale hospitalière (CMH) ont transmis le protocole d'accord à tous leurs adhérents. « On attend les retours : si tout le monde est d'accord avec les propositions, on pourra signer prochainement », précise le Pr Rymer.

Il y a quelques jours pourtant, la CMH parlait d'« échec des négociations ». Cette stratégie de mise sous pression semble avoir porté ses fruits : la CMH et le Snam n'ont pas rompu les discussions avec le ministère de la Santé, et ont réussi à obtenir de nouvelles avancées, jugées décisives. Ainsi, les deux organisations disent avoir acquis le passage progressif de la part variable, introduite dans le revenu des PH, de 5 % à 10 %, puis à 15 % de la rémunération statutaire de base. Autre mesure appréciée par le Snam et la CMH, cette part variable, adossée à l'activité et à la qualité, concernera toutes les spécialités un an plus tôt que prévu.

Restait le problème de la gouvernance hospitalière, qui semblait prendre du retard, au grand regret de ces deux intersyndicats qui soutiennent cette réforme. Le ministère de la Santé assure qu'il a fait le nécessaire pour relancer la mécanique : le projet d'ordonnance qui pose les principes de la réforme est enfin parvenu au Conseil d'Etat, selon la Direction de l'hospitalisation.

Si leurs adhérents approuvent les propositions du ministère de la Santé, le Snam et la CMH se disent donc prêts à signer prochainement un accord.

Une position que ne partagent pas du tout les deux autres intersyndicats de PH. Pour la présidente de l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers (Inph), « *le texte n'est pas finalisé, il reste beaucoup de modification à apporter* ». Les dispositions qui concernent la part variable et la nomination des PH sont « *trop floues, trop imprécises pour emporter une adhésion* », dit le Dr Rachel Bocher.

Quant au Dr Pierre Faraggi, qui préside la Confédération des hôpitaux généraux (CHG), il estime « *inacceptable* » toute la partie relative à la nomination des PH, et exclut fermement toute signature de sa part sans un remaniement en profondeur du projet de protocole d'accord. La pétition que diffuse la CHG sur son site Web (www.chgweb.org) pour dire « *non à la condamnation du statut de PH* » recueille des signatures très nombreuses, affirme le Dr Faraggi, qui compte la déposer au ministre de la Santé et au président de la République dans les tout prochains jours. « *La majorité des PH sont en phase avec notre position. Dans ces conditions, je ne signe pas* », prévient le Dr Faraggi.

La FFSA réfute la hausse de 10 % des complémentaires en 2005 Le Quotidien du médecin 25 février 2005

Mercredi 23 février. La Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) réfute la présentation des chiffres publiés, ce mercredi, par le quotidien La Tribune qui affirme, citant une note interne de la FFSA, que "les tarifs des assureurs santé pourraient augmenter d'environ 10%" en 2005, notamment en raison de l'impact de la réforme de la Sécurité sociale et de la hausse des dépenses de santé. "Celle présentation relève d'un amalgame entre évolution estimée des prestations et augmentation des cotisations", indique la FFSA dans un communiqué. "Concernant l'impact direct de la réforme, la FFSA (...) rejoint les estimations des pouvoirs publics, qui prévoient une augmentation des prestations des complémentaires santé comprise entre 3 et 4% pour l'année 2005", précise la Fédération, sans toutefois avancer d'évaluation des "autres facteurs d'évolution des dépenses", selon elle "trop entachés d'incertitude". La FFSA "s'engage" néanmoins "à faire connaître début 2006 les évolutions des dépenses de santé réellement constatées par les assureurs".

Un rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie Les charges des complémentaires devraient croître « modérément » Le Quotidien du médecin 25 février 2005

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie a finalisé hier son avis sur la la protection sociale complémentaire. Il estime notamment que les décisions prises par les pouvoirs publics et les partenaires conventionnels ne devraient se traduire que par des hausses modérées des charges des complémentaires.

LE HAUT CONSEIL pour l'avenir de l'assurance-maladie (Hcaam) devait enfin adopter hier son « *projet d'avis sur la protection sociale complémentaire* ». Les 53 membres de cette instance (parlementaires, partenaires sociaux, représentants de l'assurance-maladie, des complémentaires et du monde de la santé) avaient déjà planché il y a un mois sur ce sujet, mais la discussion avait été si vive que la validation du projet d'avis avait été reportée (« *le Quotidien* » du 1er février). Assortie d'une volumineuse « *note d'accompagnement* », la dernière mouture du document de travail fait le point en dix pages sur la répartition du financement des prestations en nature (remboursements de soins) entre l'assurance-maladie et les complémentaires santé, sur l'accès à ces complémentaires et la gestion du risque.

Les opérateurs en couverture maladie complémentaire font des appréciations diverses de l'impact de la réforme de l'assurance-maladie et de la convention médicale, combiné à l'évolution « naturelle » des dépenses de santé. Dans une note interne de la Fédération française des sociétés d'assurance (Ffsa) dévoilée par « la Tribune », les assureurs prévoient pour 2005 des « hausses de prestations des complémentaires comprises entre 8,5 % et 10,6 % », dont 3,8 % du fait de l'augmentation des dépenses de santé, le reste incombant à la réforme et à la convention. Les taux de croissance indiqués par la note de la Ffsa concernent les prestations et non les primes d'assurance elles-mêmes, mais l'évolution des premières donne nécessairement une indication quant au rythme d'évolution du coût des contrats à l'avenir. Quelques jours plus tôt, la Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles (Fnim, deuxième fédération mutualiste derrière la puissante Mutualité française) annonçait que les cotisations pouvaient augmenter de 12 %, au grand dam du secrétaire d'État à l'Assurance-maladie qui trouve ces augmentations de complémentaires santé injustifiées (« le Quotidien » du 21 février).

De son côté, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie fait un pronostic très mesuré qui ne prévoit « pas de déplacement majeur [des régimes obligatoires vers les complémentaires, ndlr] dans le système de prise en charge », lequel fait déjà payer aux complémentaires plus de 21 milliards d'euros pour les prestations en nature. « Dans la phase actuelle, les décisions prises par les pouvoirs publics et les partenaires conventionnels ne devraient se traduire que par des hausses modérées des charges des complémentaires », écrit le Hcaam, les dépenses de ces dernières devant connaître « sur les deux ou trois prochaines années une marche d'escalier de l'ordre de 4 points (...) en plus de la tendance de la dépense de soins ».

Message clair.

En matière d'accès à la protection complémentaire, le Haut Conseil estime que « l'organisation actuelle des aides publiques [aides fiscales et couverture maladie universelle complémentaire, ndlr] a des conséquences ambivalentes en termes d'équité », les dispositifs en faveur des contrats collectifs se limitant aux salariés actifs « globalement en meilleure santé », alors que la Cmut s'adresse aux ménages les plus modestes. Le Hcaam considère que « l'effort public actuel aboutit à des taux d'effort (des ménages) dans l'ensemble acceptables », y compris pour ceux qui ne sont pas couverts par des accords collectifs de prévoyance. « Ce n'est que si l'évolution du système de protection sociale mettrait en œuvre un déport caractérisé des prises en charge sur les couvertures complémentaires qu'on devrait se poser de façon directe le problème de l'élargissement des systèmes d'aide à l'acquisition », notent les sages du Haut Conseil.

« Les aides publiques aux contrats de couverture complémentaire doivent être plus que maintenant un levier pour garantir l'équité du système, mais aussi pour améliorer son efficacité », note le Hcaam. Un message clair vers les opérateurs d'assurance-maladie complémentaire qui ont des positions différentes sur la prise en charge des dépassements d'honoraires hors parcours de soins et ont engagé des discussions avec le gouvernement sur le contenu des contrats responsables. Prévus à compter de 2006 par l'article 57 de la loi du 13 août 2004, les nouveaux contrats responsables bénéficient d'aides publiques, en contrepartie du respect d'un cahier des charges. Ces contrats sont tenus notamment d'exclure le remboursement de la participation de 1 euro des patients sur chaque acte. À ce propos, le Hcaam souligne que « cette participation financière devrait cependant rester d'un montant raisonnable (ou être associée au plafonnement du reste à charge) pour ne pas affecter la capacité des ménages les plus modestes d'accéder aux soins ».

Deux écueils guettent ceux qui vont fixer le cahier des charges des contrats responsables selon le Hcaam : d'autre part, « un excès de réglementation qui limiterait abusivement la marge d'action des complémentaires [dans la gestion du risque, ndlr] et le jeu de la concurrence » et, d'autre part, « le contournement des options définies par la loi avec le développement de contrats de "surcomplémentaire" (où seraient cantonnés, sans aide, des risques dont la loi a entendu freiner la prise en charge) à côté de contrats classiques dont l'orthodoxie permettrait de conserver les aides fiscales et sociales sur le principal ».

Pour une meilleure gestion du risque, le Haut Conseil encourage « la concertation souhaitée entre les régimes de base et les organismes complémentaires sur des champs étendus ». Il reste que le calendrier de la mise en place de l'Union des complémentaires (Unoc) n'a pas permis cette concertation pour la convention.

La machine à privatiser la santé est en marche **L'Humanité, 19 février 2005**

Souvenez-vous, c'était il y a huit mois. Cherchant à préparer l'opinion à sa réforme de l'assurance maladie, Philippe Douste-Blazy faisait assaut de communication, avec, il est vrai, un savoir-faire certain. Son discours se déclinait alors sur deux tons. Rassurant, séducteur : il s'agit, expliquait-il, de « soigner mieux en dépensant moins ». Moraliste, culpabilisateur : il faut « responsabiliser » les assurés sociaux. Dramatisant à outrance le déficit de la Sécu et la montée des dépenses maladie, le ministre de la Santé pointait du doigt les « gaspillages » dont se rendraient coupables les utilisateurs du système de soins.

après huit mois, le vernis craque

Avec cet emballage médiatique, le ministre de la Santé parvenait à évacuer du débat des données cruciales pour comprendre la situation de la Sécu : le fait, par exemple, que la croissance des dépenses de santé est essentiellement due aux progrès de la médecine ; que la majorité de ces dépenses sont occasionnées par un petit nombre d'usagers (10 % environ), ceux qui sont victimes de maladies graves et coûteuses, le plus grand nombre d'assurés n'entraînant que peu de frais... Superbement ignoré également, le poids sans cesse grandissant des atteintes à la santé au travail, et la responsabilité des employeurs qui s'en lavent les mains, reportant la charge de la « réparation » des dommages sur la Sécu.

Bref, en quelques semaines, à coups d'intox et de rideau de fumée, avec le soutien de quelques syndicats de salariés, de la Mutualité, du patronat, et d'une majorité automatique à l'Assemblée nationale, Douste-Blazy faisait avaliser son projet. Huit mois plus tard, le vernis du discours craque, de dures vérités apparaissent. Pièce après pièce, c'est un véritable nouveau système d'assurance maladie qui se met en place.

Il y a d'abord eu, fin 2004, la « nouvelle gouvernance » de la CNAM, désormais entièrement sous le contrôle du gouvernement par l'entremise d'un super-directeur doté de larges pouvoirs, nommé par le ministre, les partenaires sociaux étant réduits à un rôle quasi décoratif.

les généralistes livrés à eux-mêmes

Et puis, début janvier, le deuxième acte : au terme d'une négociation pilotée par ce nouveau patron de la CNAM, la conclusion d'une nouvelle convention médicale liant les professionnels de santé et l'assurance maladie. Ce texte, qui concentre aujourd'hui les critiques de toutes parts, chamboule les conditions d'accès aux soins. Au motif d'améliorer l'efficacité du système, il prétend le réorganiser autour du médecin traitant et du « parcours de soins ». Deux belles idées, en réalité complètement dévoyées, comme le dénonce le syndicat de médecins MG France, qui a appelé ses adhérents à boycotter le dispositif, et comme le constate aussi Jean-Pierre Davant, le président de la Mutualité française, l'un des plus chauds supporters de la loi Douste-Blazy l'été dernier : « La convention s'appelle médecin traitant, mais en réalité elle règle des problèmes tarifaires des professionnels de santé, elle n'est pas adossée à un vrai dispositif de parcours de soins coordonnés. » Ni les patients ni les toubibs ne sont en effet incités à jouer le jeu. Les médecins généralistes, censés être des pivots - les patients devront les consulter avant d'aller voir un spécialiste -, ne reçoivent aucun moyen pour tenir le rôle. Les spécialistes, eux, bénéficient de copieuses revalorisations d'honoraires et sont même encouragés à se placer hors « parcours » : ils pourront recevoir des malades n'étant pas passés au préalable chez leur généraliste, et leur appliquer des dépassements de tarifs, non remboursés par la Sécu.

Les patients, eux, vont être confrontés à un système d'une complexité rare, rebutante, comprenant pas moins de trente-trois situations tarifaires. Bien malin celui qui saura, avant d'entrer dans un cabinet, le prix qui lui sera demandé, et le niveau de remboursement qu'il peut escompter. Les patients « vertueux » risquent de subir de longs délais d'attente pour obtenir un rendez-vous chez des toubibs... financièrement plus intéressés à recevoir des malades « indisciplinés », en « accès direct ». Vertueux ou pas, tous paieront beaucoup plus cher l'accès aux soins.

inéluçtable hausse des cotisations

Les calculs faits par une fédération de mutuelles, la FNIM (voir le tableau en page 6), sont édifiants : selon les cas, le reste à charge (après remboursement de la Sécu, avant intervention des assurances complémentaires), augmentera de 16,6 % pour une consultation de généraliste, jusqu'à 166 % pour la

visite chez un spécialiste ! Les quelque trois millions de Français incapables de se payer une couverture complémentaire prendront cette facture de plein fouet. Les autres la subiront indirectement, sous forme d'une hausse de cotisation des mutuelles et des assurances.

Les mutuelles ne cachent pas leur inquiétude. Cette convention va aggraver une tendance constatée depuis une vingtaine d'années : la part des dépenses de santé prises en charge par la Sécurité sociale obligatoire diminue (de 78 % en 1980 à 75 %), tandis que la part couverte par les mutuelles croît rapidement (de 8 % en 1985 à 12 % en 2001), les poussant sans cesse à revoir leurs tarifs à la hausse. « Ça ne sera pas tenable très longtemps, souligne Jean-Pierre Davant à la Mutualité française. On pourrait se dire : "Ce n'est pas grave, on va se contenter de garder les populations les plus aisées, les autres iront à la CMU." Parce que la Mutualité a pour fondement la solidarité, elle ne peut tenir ce discours-là. » Pour tenter de limiter cette dérive, la Mutualité a invité ses organisations à ne pas rembourser les dépassements tarifaires liés à des soins hors « parcours ». Et elle espère que les autres acteurs de l'assurance complémentaire (sociétés privées, instituts de prévoyance) adopteront la même règle. Elle compte, pour cela, sur un dispositif prévu par la loi Douste-Blazy : l'obligation pour les assurances complémentaires de respecter un cahier des charges « responsable », qui interdirait de prendre en charge les nouveaux dépassements ainsi que la franchise d'un euro sur chaque acte médical, sous peine de voir leurs contrats perdre le bénéfice d'avantages fiscaux et sociaux.

véritable aubaine pour les assureurs

Mais le son de cloche est différent du côté de la Fédération française des sociétés d'assurances privées (FFSA). Tout en se déclarant « favorable à la meilleure coordination des soins » - ça ne mange pas de pain -, la FFSA a invité le gouvernement, qui prépare actuellement le décret fixant le fameux cahier des charges, à ne pas « interdire » la couverture des dépassements d'honoraires. Libre concurrence oblige...

Car si, pour la Mutualité, tout désengagement de la Sécu annonce « une augmentation des difficultés d'accéder aux soins, et donc des inégalités de santé », pour les assureurs, c'est d'abord une aubaine : la perspective de conquérir de nouvelles parts d'un marché de la complémentaire maladie estimé à 20 milliards d'euros. Quelle que soit la teneur du cahier « responsable », on voit mal ce qui pourrait les empêcher d'offrir de nouveaux contrats garantissant les dépassements. Une sorte de troisième étage de l'assurance maladie, surcomplémentaire, ouvert bien sûr à ceux qui en auraient les moyens. On le voit, grâce à la réforme Douste-Blazy, les Axa et Cie se rapprochent de leur objectif, inscrit en toutes lettres dans les « propositions de la FFSA » remises au ministre l'an dernier : « recentrer » la Sécu sur son « coeur de métier », à savoir les maladies graves, représentant 50 % des dépenses globales, et donc ouvrir tout le reste à « l'assurance volontaire », aux forces du marché.

Déjà essentielle dans les domaines de l'optique et des soins dentaires (où la Sécu ne rembourse qu'à hauteur de 30 %), l'intervention des complémentaires pourrait ainsi s'étendre, selon la FFSA, à la prise en charge « totale des médicaments prescrits et non remboursés tels que les tests diagnostiques, les dispositifs médicaux en attente de remboursement (stents, défibrillateurs...), certains vaccins... ». Et même, « à plus long terme », aux « domaines médicaux où les assureurs disposent des importants savoir-faire que sont la traumatologie et la rééducation (accidents de la route, accidents du travail) ». Il y a bien, on le voit, urgence à enrayer la machine infernale mise en route avec cette réforme, qui sourit aux marchands de santé, et menace de décupler le nombre, déjà en pleine croissance (lire ci-après), des exclus du droit à la santé.

Yves Housson

« Il faut un financement nouveau pour le système solidaire »

***L'Humanité*, 19 février 2005**

Entretien avec Jacqueline Fraysse, cardiologue et députée des Hauts-de-Seine. Elle était le porte-parole du groupe communiste durant le débat sur la réforme de l'assurance maladie à l'Assemblée.

Six mois après le vote de la réforme de l'assurance maladie par le Parlement, quel regard portez-vous sur ses effets ?

Jacqueline Fraysse. Malheureusement, ce que nous avons dit sur le fond de la logique à l'oeuvre dans le projet de loi se trouve confirmé dans les faits. Cette « réforme » met gravement en cause le système solidaire. On développe une médecine et un - accès aux soins à plusieurs vitesses, en fonction des moyens des patients. On est en marche vers la privatisation du système. Le seul point « positif » dans

cette affaire, c'est que se développe en même temps la prise de conscience des dégâts que cela - engendre. Cela stimule les mobilisations, à l'exemple de celle des médecins généralistes. J'ai rencontré - récemment, à sa demande, le Dr Christian Lehman, auteur avec le Dr Martin Winckler d'un « manifeste » qui a recueilli 20 000 signatures ! Les médecins prennent conscience de la gravité des effets de cette réforme. Le gouvernement nous dit : le généraliste est le pivot de la réforme. Mais rien n'est prévu pour conforter le rôle des généralistes ! On revalorise les honoraires des spécialistes. Et pour le reste, c'est l'autorisation de dépassement des honoraires pour tous, laissé à l'appréciation des professions. En clair, on fait endosser aux médecins la responsabilité des économies à réaliser en faisant payer toujours plus les assurés, à qui ces nouvelles charges ne seront pas remboursées. Non seulement c'est inefficace, car on ne fera pas d'économies de cette façon, mais on se trouve là au coeur de la logique de privatisation, où règne le système de la débrouille : pour les médecins, les familles, les hôpitaux à qui on impose la stratégie de la productivité pour « faire du chiffre », etc. Ce que propose le gouvernement, in fine, c'est la fin du médecin qui ne raisonne qu'en fonction de l'intérêt de son patient, et qui faisait la force du système, pour faire primer les considérations financières. C'est cette voie que le corps médical refuse aujourd'hui, quelles que soient les sensibilités des uns et des autres par ailleurs. On ne choisit pas ce métier au hasard. Les médecins ne veulent pas être transformés en marchands ou en banquiers.

Les propositions alternatives que vous avez avancées durant le débat parlementaire sont-elles toujours d'actualité ?

Jacqueline Fraysse. Tout à fait. La question de fond, c'est celle du financement du système : a-t-on les moyens de conserver notre régime au financement collectif et solidaire ? Oui, au moins autant qu'en 1945, quand la Sécurité sociale a été mise en place. Il faut un financement nouveau. Celui-ci doit évidemment rester assis sur le travail, où se produisent les richesses, avec la contribution du salarié et de l'employeur. Mais il est non moins évident que la structure financière des entreprises, les conditions de la production de richesses ont profondément évolué. Dans notre système, les PME, où les salaires tiennent une part importante dans le chiffre d'affaires, paient lourdement la note, pendant que des grandes entreprises, où cette part est moins grande au profit de placements financiers, s'en tirent avec une moindre contribution. Nous plaiderions pour une réforme de l'assiette des cotisations. Les contributions patronales continueraient d'y avoir toute leur place - on voit aujourd'hui comment le déficit de la Sécurité sociale est orchestré par les exonérations à tout va accordées aux employeurs, sans résultat sur l'emploi. Mais il faut y intégrer une taxation des placements financiers. Pour dissuader les investissements qui font de l'argent en dormant plutôt que d'être investis dans le travail, mais aussi pour une question de justice : tous les autres revenus sont mis à contribution, même les pensions des petites retraites.

N'y a-t-il pas un débat à mener à gauche sur cette question ?

Jacqueline Fraysse. C'est effectivement un point central de débat à gauche. Quand nous affirmons la possibilité de conserver le système solidaire, c'est un choix politique. Si on ne touche pas au financement, on ne pourra pas conserver le système solidaire. Or force est de constater que le Parti socialiste, aujourd'hui, ne fait pas de propositions très différentes de celles du gouvernement en la matière. Il ne suffira pas, demain, de s'engager à revenir sur les mesures prises par la droite, ou à abroger la « réforme » Douste Blazy : il faut faire des propositions. Les nôtres sont connues, et quand nous étions au gouvernement, nous n'avons cessé de nous battre pour un nouveau financement du système de soins. Cela rejoint le débat en cours sur le projet de constitution européenne : organise-t-on l'Europe en fonction des besoins humains, ou en fonction d'impératifs de rentabilité ? La casse du système de santé participe de la logique de ce texte, qui décline dans les différents secteurs d'activité les mesures concrètes sur la base de cette philosophie. Pour moi, ce débat sur la constitution est un fabuleux débat : il pose les vrais sujets sur la table, qui permettent de débattre de ce que signifie être de gauche.

Entretien réalisé par Sébastien Crépel

Prendre le secteur dentaire comme modèle ?

***L'Humanité*, 19 février 2005**

Dans cette branche, le coût important des soins constitue de longue date un obstacle de taille pour les populations pauvres.

En imposant aux assurés sociaux un forfait de 1 euro à chaque consultation et la hausse du forfait hospitalier de 3 euros sur trois ans, Philippe Douste-Blazy assure jouer la carte de la responsabilisation des Français, supposés trop dépensiers quand il s'agit de leur santé. Mais, comme le souligne l'association Médecins du monde, « les seuls qui seront effectivement "responsabilisés" sont les personnes à faible revenu dont toutes les études démontrent qu'elles consomment déjà moins de soins malgré une moins bonne santé ».

En fait de responsabilisation, le risque est donc grand de voir les plus démunis, reculer devant les soins dont ils auraient besoin. Le mécanisme est connu. Dans le secteur de la santé bucco-dentaire, parent pauvre de l'assurance maladie, le coût important des soins, lié à une faible couverture des dépenses par le régime de base, constitue de longue date un obstacle de taille pour les populations qui n'ont pas les moyens de se payer une assurance complémentaire solide. La mise en oeuvre de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) a permis de solvabiliser les plus précaires, et de résoudre en partie le problème. Cependant, une frange non négligeable de la population reste en difficulté : elle gagne quelques euros de trop pour bénéficier de la CMU, mais se trouve aussi trop désargentée pour contracter une mutuelle. Ou alors, elle est dotée d'une couverture complémentaire bas de gamme, qui prend mal en charge les soins dentaires. « Environ 25 % des gens qui fréquentent le centre sont dans cette situation », explique Isabelle Thiébot, chirurgien dentiste au centre de la Croix-Rouge de Villeneuve-la-Garenne (Seine-Saint-Denis). S'ils ne reculent pas devant les soins de base, en raison d'un ticket modérateur pas trop élevé, ils sont plus facilement dissuadés de se lancer dans la pose d'une prothèse. « Ils renoncent souvent à ce type de soins », précise Isabelle Thiébot. « Leurs pathologies s'aggravent, et c'est la porte d'entrée à leur exclusion sociale. » La complexité du système ne facilite pas les choses : « Le tarif d'une consultation chez le médecin, c'est clair pour tout le monde. Pour déterminer le prix d'une prothèse dentaire, il faut faire un devis, calculer combien on va être remboursé. Dans l'esprit des gens, il y a l'idée que les soins dentaires, ça n'est pas accessible », analyse la dentiste.

Déficit de la Sécurité sociale oblige, les pouvoirs publics négligent de prendre à bras-le-corps cette carence de l'assurance maladie. Au contraire, en jalonnant le parcours de soins de péages, ils semblent calquer de plus en plus l'évolution de la prise en charge générale sur celle du bucco-dentaire. « Ce qui nous est aujourd'hui proposé avec la réforme de l'assurance maladie, c'est de généraliser ce qui se passe dans le dentaire », explique Fabien Cohen, dentiste au centre de santé municipal d'Ivry (Val-de-Marne) et président du Syndicat national des chirurgiens-dentistes de centres de santé. « Nous sommes poussés vers un système de santé à plusieurs vitesses, dans lequel le médecin est incité à faire la différence entre le patient qui peut payer et celui qui ne peut pas. »

A.-S. S.

Coût de la réforme

***L'Humanité*, 19 février 2005**

La nouvelle convention médicale prévoit une multiplicité de situations pour l'accès aux médecins, avec, à chaque fois, des tarifs différents. Dans tous les cas, comme le montre le graphique, le « reste à charge » (RAC) pour les patients augmente.

Pour la visite chez le généraliste, désormais médecin traitant, c'est l'application de la contribution forfaitaire d'un euro sur tous les actes médicaux, décidée par Douste-Blazy, qui fait passer le RAC de 6 à 7 euros. Dans les autres cas, à cette franchise vient s'ajouter la hausse des honoraires des spécialistes, qui passent de 25 euros, tarif le plus fréquent avant la réforme, à 27 euros (pour le « correspondant », en cas de soins répétés) ou 40 euros (pour le « consultant »). S'il reçoit un patient hors parcours de soins (n'étant pas passé par le généraliste avant de venir le voir), le spécialiste peut majorer son tarif à 32 euros ; l'assuré ne sera remboursé que sur la base de 23 euros. Ces calculs, établis par la Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles (FNIM), font apparaître un effet paradoxal du nouveau dispositif : par rapport à la situation précédente, l'augmentation du RAC pour les patients ne s'inscrivant pas dans le « parcours de soins » n'est pas significativement plus importante, et est même parfois moindre. Il leur restera ainsi à payer 16,90 euros s'ils accèdent directement au spécialiste, et 16,10 euros ou 20 euros s'ils suivent le « parcours de soins ». Autre effet paradoxal : l'assurance maladie verrait ses dépenses diminuer si la majorité des assurés ne respectaient pas ce parcours « vertueux », puisqu'elle baisse alors ses remboursements...

Un « docteur d'à côté » contre une médecine à deux vitesses

***L'Humanité*, 19 février 2005**

Installé depuis vingt-deux ans dans un quartier populaire, le docteur Serge Cini s'inquiète des conséquences de la réforme.

Marseille, correspondance particulière.

« La convention de janvier 2005 et la notion de médecin traitant, nient la spécificité de mon métier de généraliste, alors qu'il fait désormais l'objet d'une spécialité à la faculté. Je suis déshabillé de mon rôle social. Cette réforme se résume ainsi : les patients cotisent, les généralistes maîtrisent et les spécialistes encaissent. On commence à habituer les gens à l'idée qu'ils vont devoir payer pour leur santé. Je n'aurais jamais cru que l'on se rapprocherait autant du modèle américain de santé. » Installé depuis vingt-deux ans dans un quartier extrêmement populaire de Marseille, le docteur Serge Cini est médecin généraliste, médecin du sport et délégué départemental du syndicat MG France. Comme 78 % des praticiens, selon une enquête IPSOS, il est inquiet des conséquences de l'application de la convention sur son activité et l'offre de soin à laquelle pourront prétendre ses patients. Surnommé « le docteur d'à côté » ou « le dispensaire » par une population largement originaire du Maghreb ou des Comores, frappée de plein fouet par le chômage, son corollaire de misère, et « un retard sanitaire colossal », il craint que cette convention ne soit pas « destinée à faire faire des économies à la Sécurité sociale, mais à la tuer ».

« Si nous continuons dans cette direction, il ne restera plus rien du système solidaire qui permet aux malades, aux personnes âgées et aux plus démunis d'avoir accès aux soins », explique-t-il lors d'une courte pause dans une journée bien remplie. « L'abolition du tiers payant, cumulée au 1 euro, pour l'heure, à charge est un frein financier au suivi des soins et à leur qualité, pour tous les foyers à bas revenu qui dépassent le plafond de la CMU. Cela concerne toutes les personnes qui ont le statut de handicapé, les chômeurs indemnisés qui ont perdu leur mutuelle salariale, les retraités, qui sont pourtant ceux qui ont le plus besoin de soins, mais aussi les petits salaires. Déjà, certains de mes patients peinent à payer leurs consultations ou préfèrent les reporter à plus tard, pour des raisons financières, et non sanitaires ».

Dans son cabinet, Serge Cini fait face aux maladies de la pauvreté : avec une dizaine de cas de tuberculose en cours de traitement, il peut témoigner du retour en force de cette affection que tous avaient cru vaincue définitivement. « J'ai été bouleversé par une de mes patientes qui m'a avoué qu'elle n'avait pas acheté ses médicaments car elle devait payer son loyer, la nourriture de ses enfants et son Cofidis, comme elle dit », poursuit le médecin. « Les 8 % de Français qui n'ont pas de mutuelle, ils sont ici, dans nos quartiers. Il y en aura d'autant plus quand on sait que les tarifs des mutuelles vont fortement augmenter dans les deux prochaines années. Quelqu'un qui dispose de 650 euros mensuels, s'il est atteint d'une maladie qui nécessite deux ou trois consultations par semaine, l'avance - représente vite 10 % de ses revenus. »

Les bénéficiaires de la CMU sont majoritaires parmi les patients du docteur Cini. Si cette population n'est pas officiellement touchée par ce nouveau train de mesure, il est de notoriété publique que certains spécialistes et certaines cliniques refusent d'accueillir cette clientèle pauvre et peu rentable. « Dans la convention actuelle, le médecin traitant n'a aucune garantie d'obtenir un rendez-vous rapide chez un spécialiste chez qui il aurait orienté son patient », reprend Serge Cini. « Quelqu'un qui pourrait assumer financièrement le dépassement d'honoraire et le remboursement moindre sera assuré d'une consultation rapide. C'est là qu'on peut parler de médecine à deux vitesses. »

Pour l'heure, la déclaration du médecin traitant à la CPCAM des Bouches-du-Rhône ne remporte pas un franc succès. Sur 787 739 documents envoyés aux assurés sociaux de ce département début janvier, seulement 4 % ont été retournés un mois et demi plus tard. À combien se montera ce chiffre au mois de juin, date limite de renvoi, nul ne le sait. Quant aux généralistes affiliés à MG France, ils attendent toujours d'être reçus par le premier ministre et maintiennent leur grève de la permanence des soins entre minuit et six heures du matin.

Marc Leras

« Nous vivons de véritables reculs »

***L'Humanité*, 19 février 2005**

Entretien avec la Dr Françoise Jeanson, présidente de Médecins du monde, pour qui l'augmentation du « reste à charge » pour les patients va aggraver les difficultés financières d'accès au système de soins et les inégalités sociales.

Quelle évolution constatez-vous dans l'accès aux soins de ceux qui vivent dans la précarité ?

Dr Françoise Jeanson. Après vingt-cinq ans d'existence, et en nous basant sur le travail de centres d'accès aux soins ouverts depuis 1986, nous avons désormais l'expérience suffisante pour juger de l'évolution de l'accès aux soins. Et on peut dire que l'instauration de la couverture médicale universelle (CMU) et de l'aide médicale d'État (AME) en 2000 a été un pas en avant considérable. Mais nous vivons maintenant de vrais reculs. Le plus frappant concerne l'AME que peuvent obtenir gratuitement les personnes en situation irrégulière. La procédure d'admission immédiate a été supprimée. Il faut désormais prouver trois mois de résidence en France avant d'en bénéficier. Or, lorsque les gens nous sollicitent pour se faire soigner, c'est qu'ils sont déjà malades et qu'ils ont besoin d'une prise en charge rapide. Le ministre de la Santé nous avait donné des garanties sur l'accès aux soins en urgence, mais le texte n'a toujours pas paru.

La loi réformant l'assurance maladie ne va-t-elle pas, elle aussi, entraver l'accès aux soins ?

Dr Françoise Jeanson. Pour l'instant, nous ne voyons pas très bien les conséquences de cette réforme. Le système qui se met en place est très complexe, et son illisibilité risque d'ailleurs de brouiller les cartes pour les patients. Mais nous sommes d'ores et déjà inquiets des effets de la franchise d'un euro, qui va probablement être rapidement revue à la hausse, et dont les bénéficiaires de l'AME ne sont pas dispensés. Elle va inévitablement bloquer l'accès aux soins des plus démunis, de la même façon que l'augmentation programmée du forfait hospitalier, que tout le monde paie, y compris les « CMUistes ». Le problème, c'est que, pendant qu'on est à l'hôpital, on paie aussi son loyer. Tout cela va grossir le « reste à charge », d'autant que l'aggravation des inégalités, la dégradation des conditions de vie et de logement se traduisent aussi par des problèmes de santé plus fréquents. Ceux qui sont juste au-dessus du seuil nécessaire pour avoir la CMU, et qui n'ont pas les moyens de se payer une complémentaire santé, vont être particulièrement sensibles à ces difficultés financières d'accès aux soins.

Comment se traduit la restriction de l'accès aux soins sur la santé des personnes ? Y a-t-il retard de soins ou renoncement aux soins ?

Dr Françoise Jeanson. Je rappelle simplement que, dès qu'elles ont un peu d'argent, les personnes en grande précarité l'utilisent pour manger. La santé n'est pas leur priorité. Du coup, si elles doivent payer pour leur santé, elles vont avoir tendance à laisser tomber les soins, et à attendre jusqu'au dernier moment, jusqu'à ce qu'elles aillent très mal, avant de voir un médecin ou de se rendre à l'hôpital. Elles vont donc présenter des pathologies aggravées et multiples. La responsabilisation des assurés sociaux, par la multiplication des barrières financières, va inciter les plus pauvres à se passer de soins. C'est l'inverse de la prévention, vers laquelle on devrait pourtant tendre. L'impression que nous avons, c'est que tout est grignoté de partout. Il n'y a plus de marges. La politique de santé est trop axée sur les pathologies, elle ne prend pas suffisamment en compte les situations de précarité.

Que pensez-vous de la mise en place du parcours de soins autour du médecin traitant ?

Dr Françoise Jeanson. Je ne sais pas comment vont faire les gens du voyage pour choisir un médecin traitant. Le système est confus, et pas seulement pour les plus démunis. Cette illisibilité va rendre plus aigu encore le problème de l'information, qui constitue un obstacle important à l'accès aux soins. Par expérience, nous savons que l'accès aux droits doit être simple pour que l'accès aux soins soit effectif. La complexité administrative est un véritable repoussoir, en particulier pour les étrangers. Humainement, déontologiquement, est-ce acceptable ? Quant au parcours de soins en lui-même, nous n'avons pas de garantie que ceux qui le respecteront, parce qu'ils n'ont pas les moyens de le contourner, ne passeront pas après ceux qui peuvent aller directement chez le spécialiste.

Quelles sont vos demandes pour améliorer l'accès aux soins ?

Dr Françoise Jeanson. En termes de droits, il faut fondre l'AME dans la CMU, et restaurer l'ouverture immédiate des droits. Il faut également hisser le seuil d'obtention de la CMU au niveau du seuil de pauvreté, c'est-à-dire le fixer à 750 euros. Pour ce qui concerne les soins, nous défendons le développement d'une médecine de proximité et en réseau, qui favorise la coordination, la prévention, et la prise en charge globale - y compris sociale - des personnes.

Le gouvernement réforme la santé au travail
Cinq ans pour « réduire sensiblement » les risques professionnels
Le Quotidien du Médecin du : 18/02/2005

Porté hier sur les fonts baptismaux par deux ministres - Jean-Louis Borloo et Gérard Larcher -, le plan Santé au travail se donne cinq ans pour faire reculer les risques sanitaires en milieu professionnel. Il s'appuie sur un arsenal de vingt-trois mesures, dont la plus spectaculaire est la création d'une agence indépendante chargée de l'évaluation des risques ; la mobilisation de la recherche et le renforcement de la formation des professionnels de santé sont également au programme.

LOURDE TACHE que celle de l'amélioration de la prévention des risques professionnels, surtout après que l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) a sévèrement condamné les carences de l'État dans le domaine de la santé au travail (« le Quotidien » du 26 août 2004). Pas moins de deux ministres - Jean-Louis Borloo, ministre de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, et Gérard Larcher, ministre délégué aux Relations du travail - s'y sont attelés qui viennent de rendre public le fruit de leurs travaux : un plan Santé au travail visant à « *réduire sensiblement* », d'ici à 2010, « *les risques auxquels sont exposés les salariés* ».

Vingt-trois mesures ont été arrêtées, articulées en quatre objectifs : le développement des connaissances des dangers, des risques et des expositions en milieu professionnel ; le renforcement du contrôle sur le terrain ; la refondation du pilotage de la santé au travail ; la prévention dans les entreprises.

Cinquante experts pour une agence.

L'évaluation des risques nécessite « *une expertise scientifique indépendante* », affirme le plan. D'où la décision de créer, dans le cadre de la sécurité sanitaire, une agence publique chargée de la santé au travail. Dans un premier temps intégrée à l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (Afsse), où dix experts seront spécialement recrutés, la future agence, constituée à terme d'une équipe de cinquante scientifiques, sera totalement opérationnelle en 2009. Trois missions lui sont confiées : la veille scientifique et technique sur les dangers et les risques en milieu professionnel ; l'évaluation de ces risques pour l'homme ; la fixation des valeurs limites d'exposition aux substances dangereuses.

Parallèlement à cette structure nouvelle, les moyens de l'Institut de veille sanitaire (InVS) vont être renforcés dans le domaine de la surveillance des risques en milieu professionnel. L'InVS est en particulier invité à travailler davantage avec la Cnam (Caisse nationale d'assurance-maladie) et à consolider le réseau Sentinelles des médecins du travail exerçant la surveillance sanitaire en milieu professionnel. Une enveloppe de 5,7 millions d'euros va dès 2005 financer et les travaux de la nouvelle agence et ceux de l'InVS. Le programme, pour cette année, est fixé avec précision ; il concerne, entre autres, l'évaluation des expositions aux « *substances les plus préoccupantes* » (fibres minérales artificielles, formaldéhyde, éthers de glycol...), le lancement d'appels à projets de recherche en santé au travail.

Recherche et formation sont le deuxième axe du plan de Jean-Louis Borloo et Gérard Larcher. Constatant « *la relative faiblesse de la recherche - tant dans les domaines santé et environnement que santé et travail* » et la dispersion des forces, notoirement « *insuffisantes* », dans ces secteurs, les ministres prônent « *un rapprochement des chercheurs et des entreprises par la création de "pôles scientifiques pluridisciplinaires"* ». Pour attirer les chercheurs dans des programmes, tels que les risques industriels, les facteurs psycho-sociaux des risques professionnels, le vieillissement au travail, etc., le plan prévoit la création ou le renforcement de parcours universitaires sur les disciplines concernées ainsi qu'un fléchage annuel des postes.

Les études médicales s'adaptent.

La formation en santé au travail des professionnels de santé paraît également indispensable : les futurs médecins vont y consacrer plus de temps que leurs aînés dans leur cursus dès la rentrée universitaire 2006, ce qui suppose un ajustement des effectifs des enseignants dans la spécialité médecine du travail (l'idée est d'atteindre un professeur par faculté de médecine assisté de deux maîtres de conférences).

Réponse de l'État aux critiques de l'Igas : le contrôle du respect de la réglementation est le troisième chapitre du plan. Il s'agit de le rendre plus efficace, et cela passe notamment par la mise en place de « cellules » d'appui territoriales de l'inspection du travail. Ces cellules régionales (voire

départementales dans les bassins d'emploi « à risque »), animées par des ingénieurs de prévention et par des médecins-inspecteurs du travail, fourniront des experts aux contrôleurs et inspecteurs dans le cadre de leurs interventions touchant à la santé et à la sécurité. D'abord expérimentales dans quelques régions, elles couvriront tout le territoire en 2007. Par ailleurs, la formation initiale et continue des contrôleurs et inspecteurs en santé-sécurité va être renforcée : à partir de 2006, les fonctionnaires de l'inspection du travail vont suivre des sessions de formation ou de perfectionnement sur l'appréciation des risques et des pathologies d'origine professionnelle, et sur les moyens mis en place par l'employeur.

Dernier volet du plan : la prévention dans les entreprises. Les médecins du travail sont directement concernés par une mesure qui prévoit de faire évoluer les services de santé au travail par le biais de contrats d'objectifs conclus avec les directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle. Dans ces contrats pourront être mis en œuvre des programmes de prévention des risques émergents en entreprise ou d'adaptation de l'organisation du travail. Plus largement, des « *conseils régionaux de la prévention des risques professionnels* » dans lesquels siègeront les médecins du travail au côté de l'État, des partenaires sociaux, des ingénieurs... vont être créés l'an prochain dans chaque région. Ils devront mieux coordonner les intervenants publics et privés de la santé et de la sécurité au travail.

Trois fois moins d'accidents mortels qu'en 1970 ***Le Quotidien du Médecin* du : 18/02/2005**

Chaque année en France, on recense 760 000 accidents avec arrêts de travail et 35 000 maladies professionnelles sont reconnues. Des chiffres en baisse sensible depuis les années 1970. En trente ans, en effet, le nombre des accidents du travail avec arrêt a été divisé par 1,5, celui des accidents graves par 2,3 et celui des accidents mortels (700 en 2003) par 3. La fréquence des accidents a également diminué, passant de 46 pour mille à 43 pour mille au cours des seules sept dernières années. Certaines maladies professionnelles sont toutefois en forte croissance, comme les troubles musculo-squelettiques et les cancers professionnels. Et certains risques, comme les accidents routiers du travail survenus en mission (à l'origine de 37 % des accidents mortels du travail), deviennent prépondérants.

Quelque 2 900 agents travaillent pour l'inspection du travail, qui ont réalisé en 2003 plus de 250 000 interventions en entreprises. Les services de santé au travail regroupent, eux, près de 7 000 médecins du travail.

Réformes de la gouvernance et du statut des PH **Le retard de l'une perturbe la négociation de l'autre** ***Le Quotidien du Médecin* du : 18/02/2005**

L'ordonnance portant réforme de l'organisation interne des hôpitaux publics n'a toujours pas été transmise au Conseil d'Etat, contrairement à ce qu'affirmait encore récemment le ministère de la Santé. Les syndicats de médecins hospitaliers s'étonnent de ce retard. Le Syndicat national des médecins des hôpitaux publics, partisan de la nouvelle gouvernance hospitalière, ne signera rien sur le statut des praticiens hospitaliers, tant que l'ordonnance ne sera pas au Conseil d'Etat. Les autres syndicats sont aussi réservés.

APRES QUATRE MOIS de difficiles négociations avec les syndicats, le ministère de la Santé espère boucler ces jours-ci le dossier du statut des praticiens hospitaliers (PH), mais un élément nouveau pourrait gripper la dynamique, déjà bien fragile.

Le projet d'ordonnance sur la gouvernance hospitalière n'a pas suivi le parcours que croyaient les syndicats. Le texte n'est pas au Conseil d'Etat. Il serait coincé au secrétariat général du gouvernement, pour réécriture. Une réécriture de la forme, mais pas du fond, assurent les pouvoirs publics. Cette étape, indispensable, précède le passage au Conseil d'Etat, qui rendra un avis au gouvernement sur la régularité juridique et sur la forme du projet d'ordonnance, avant que celui-ci ne soit soumis en conseil des ministres. La transmission au Conseil d'Etat doit intervenir ces jours-ci, certifie le gouvernement.

La Fédération hospitalière de France (FHF) s'accommode de la raison qui lui a été fournie pour justifier ce retard - « *encombrement au Conseil d'Etat* » -, et estime qu'il n'y a « *pas de blocage* » de la réforme. « *Le texte n'est pas remis sur la table* », affirme la FHF.

Un syndicat de médecins hospitaliers, en revanche, juge ce retard « *dommageable* ». Il s'agit du Syndicat national des médecins des hôpitaux publics (Snam), qui, depuis le départ, soutient la réforme de la gouvernance hospitalière - tout comme la FHF. Son président, le Pr Roland Rymer, s'explique : « *On nous avait promis cette transmission au Conseil d'Etat pour le 1er janvier dernier. Je n'étais pas au courant de ce problème de "tuyauterie". C'est embêtant. Tant que l'ordonnance n'est pas transmise au Conseil d'Etat, je ne signerai rien sur le statut des PH.* »

Quel rapport entre les deux réformes ? « *Elles sont étroitement liées*, répond le Pr Rymer. *Le projet d'accord sur le statut des PH est une déclinaison de la nouvelle gouvernance.* »

Effectivement, le projet d'accord statutaire reprend les grands principes de la gouvernance. Dès le premier paragraphe, il est question de « *médicalisation de la gestion* ». Création du conseil exécutif, réorganisation des activités autour des pôles : le protocole invite les PH à s'engager dans cette voie. Leur nouveau statut va les y aider - il prévoit notamment une indemnité de 200 euros brut mensuels pour les responsables de pôle, à compter du 1er janvier 2005. Quelques lignes plus loin, on retrouve les notions de contractualisation et d'intéressement financier.

Des précisions encore « trop floues ».

Les praticiens qui s'engageront dans une démarche d'accréditation et d'efficacité des soins recevront une part complémentaire variable, égale, dans un premier temps, à 5 % de leur rémunération statutaire de base. En 2005, la priorité sera donnée à la chirurgie et à la psychiatrie.

Cette part variable « *sera modulée à compter du 1er janvier 2007 dans la limite de 10 %. Ce plafond pourra ultérieurement être porté à 15 %.* » Ces deux dernières précisions sont trop « *floues* », aux yeux du Snam, qui voit là une autre réserve, en plus de celle liée au retard de la réforme de la gouvernance. « *Je n'envisagerai une signature (sur le statut des PH) que si ces phrases sont modifiées : il faut que la part variable passe progressivement à 10 % et à 15 %, sans réserve* », dit le Pr Rymer.

De son côté, la Coordination médicale hospitalière (CMH) fait monter la pression en critiquant la politique de Philippe Douste-Blazy. « *Faute de présenter sur des sujets aussi importants que la permanence des soins, la part complémentaire variable du revenu, le statut et la retraite, des propositions financées et crédibles, faute de les appuyer sur des calendriers acceptables, le ministère de la Santé porte la responsabilité de l'échec de ces négociations* », estime la CMH.

Déception.

Pour sa part, l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers (Inph) a publié un communiqué où pointe également la déception. « *Où est M. Douste-Blazy ? Désinvolture ou désintérêt ?* », questionne l'intersyndicale. « *L'indifférence du ministre et la méconnaissance des dossiers concernant les problèmes de l'hôpital public et l'attractivité des carrières des praticiens laissent pantois* », écrit la présidente, le Dr Rachel Bocher, qui ne claque pas la porte pour autant. « *En l'état, nous ne signons pas, mais nous poursuivons les négociations* », dit la psychiatre.

Le quatrième intersyndicat de PH, la Coordination des hôpitaux généraux (CHG), porte le jugement le plus sévère sur les négociations statutaires. « *Notre refus de la contractualisation de l'hôpital est sans appel* », déclare le Syndicat des praticiens hospitaliers des hôpitaux généraux (Snph-CHG), membre de la CHG, qui parle d'« *atteinte grave à l'indépendance médicale des praticiens* ». L'Association des médecins urgentistes de France (Amuf), autre membre du collectif piloté par la CHG, appelle quant à elle à un mouvement unitaire début mars pour exiger l'abandon du projet de réforme du statut des PH.

Au vu des nombreuses réactions hostiles à son protocole d'accord, le gouvernement, s'il veut conclure rapidement avec les PH, a tout intérêt à revoir sa copie. Et à donner un coup d'accélérateur à la réforme de la gouvernance, pour satisfaire le Snam et la CMH.

Permanence des soins

MG-France renvoie la balle aux établissements de santé

Le Quotidien du Médecin du : 18/02/2005

MG-France estime que les praticiens ne sont pas assez nombreux pour assurer la permanence des soins, 24 heures sur 24 et qu'elle devrait être du ressort des « établissements de soins ».

« La diminution observée sur tout le territoire de la demande de soins non urgents après 20 heures, et la diminution déjà engagée, et qui va s'aggraver sur les dix années qui viennent, du nombre de médecins généralistes en France, impose une nouvelle organisation de l'astreinte et de la permanence des soins de nuit », affirme l'organisation présidée par le Dr Pierre Costes.

En effet, poursuit MG-France, *« l'évolution démographique ne permet plus de demander aux médecins généralistes libéraux, en nombre insuffisant, d'assurer une offre de soins de qualité à la population le jour, et, simultanément, une astreinte pour les rares soins de la nuit ».*

En conséquence, ajoute MG-France, *« la prise en compte des rares actes de permanence de soins de 20 heures à 8 heures doit dorénavant se concevoir en structures spécifiques ou en établissements de soins, avec, le cas échéant, déplacement des malades par des moyens médicalement adaptés et imposant, notamment dans les endroits les plus éloignés, une meilleure utilisation du prompt secours ou des transports sanitaires ».*

Ce que doit prévoir l'avenant conventionnel.

Cette prise de position arrive alors que le décret sur la permanence des soins (« le Quotidien » du 14 janvier) doit prochainement être publié et que l'avenant conventionnel sur la PDS doit être prêt dans quelques semaines, puisque la convention, conclue le 12 janvier entre l'Union des caisses nationales d'assurance-maladie (Uncam) et trois syndicats médicaux (SML, CSMF et Alliance), prévoit que les signataires *« définiront au plus tard le 15 mars, par voie d'avenant constitutionnel, un nouveau dispositif de permanence des soins conformément aux modifications réglementaires attendues ».*

Selon MG-France, qui n'a pas signé, on le sait, le texte conventionnel, cet avenant *« devra doter de moyens pérennes les centres libéraux de régulation des appels et les maisons médicales de garde ».*

« Sauf à voir disparaître les généralistes des zones de campagne ou de montagne, l'avenant devra définir les modalités, notamment économiques avec une astreinte portée à 228 euros, de la participation des médecins volontaires à l'aide médicale urgente, en articulation avec les dispositifs des Smur ou des sapeurs-pompiers », conclut MG-France, qui précise que le texte devra aussi définir *« les conditions d'une garde médico-administrative, reposant sur l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'Ordre, quels que soient la spécialité et le mode d'exercice ».*

Hôpitaux

Douste rassure les directeurs

Le Quotidien du Médecin du : 18/02/2005

Le Syndicat national des cadres hospitaliers (Snch) a souhaité rencontrer le ministre de la Santé pour lui transmettre les interrogations, les inquiétudes et la colère des dirigeants hospitaliers. *« Depuis plusieurs mois, dans diverses circonstances, ils ont été implicitement mis en cause. Deux fois, à Pau et à Evry Corbeil, ils ont dû se soumettre et se démettre. Ailleurs, ils sont mis en cause et leur départ est ouvertement évoqué dans les couloirs du ministère »* alors qu'*« aucune faute ne peut leur être reprochée »,* estime le Snch. Les équipes de direction refusent d'être des *« fusibles »* ou des *« boucs émissaires »* lorsqu'une crise survient, a fait valoir Jean-Olivier Arnaud, le président du syndicat.

Au cours de l'entrevue, Philippe Douste-Blazy a réaffirmé sa *« confiance pleine et entière »* aux directeurs d'hôpital. Le ministre s'est engagé à réunir dans les toutes prochaines semaines le comité consultatif national paritaire pour réfléchir sur l'évolution du métier et les enjeux de la formation. Il a aussi pris l'engagement d'organiser prochainement une rencontre avec les élèves directeurs en formation pour parler de la transformation de l'école nationale de la santé publique (Ensp) et pour échanger sur les évolutions du système hospitalier et du métier de ses cadres dirigeants. Philippe Douste-Blazy a également confirmé *« sa volonté de faire aboutir et publier, dans les meilleurs délais, le nouveau statut des directeurs d'hôpital conformément au protocole du 25 mai 2004 ».*

Crispations autour du statut des PH

Mercredi 16 février. Les négociations sur le statut des praticiens hospitaliers (PH), entamées il y a quatre mois, peinent à se conclure. Alors que le ministère espère pouvoir boucler le dossier ces jours-ci, plusieurs syndicats ont menacé de ne pas signer en l'état la dernière version du protocole d'accord. Ainsi, le Syndicat national des médecins des hôpitaux publics (Snam-HP) ne signera rien tant que l'ordonnance portant réforme de l'organisation interne des hôpitaux publics ne sera pas transmise au Conseil d'Etat, a-t-il expliqué. *"Ces deux textes (statut des PH et réforme de la gouvernance hospitalière) sont étroitement liés, ils forment un tout cohérent"*, estime le Snam-HP. La CMH, l'Inph, et surtout la CHG se montrent également très critiques. De son côté, le gouvernement assure que la transmission au Conseil d'Etat de la réforme de la gouvernance (promise pour le 1er janvier dernier) doit intervenir ces jours-ci.

Rénovation du statut des PH

Les syndicats s'échauffent

Le Quotidien du Médecin du : 03/02/2005

LES NEGOCIATIONS sur le statut des praticiens hospitaliers (PH) s'enchaînent au rythme d'une réunion par semaine, « *pour rien* », disent les syndicats. Lundi dernier, nouvelle séance de discussion pendant dix heures d'affilée, en présence de membres de la Dhos (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins) et du cabinet de Philippe Douste-Blazy. « *Le résultat est complètement nul, on a travaillé pour rien* », commentait le lendemain le Dr Pierre Faraggi, président de la Confédération des hôpitaux généraux (CHG).

Au plan catégoriel, aucune avancée n'a été enregistrée : l'enveloppe proposée pour la revalorisation des astreintes ou le paiement d'une part variable en fonction de l'activité du PH est « *insignifiante* », se désespère Rachel Bocher, présidente de l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers (Inph). Les retraites, quant à elles, « *ne sont pas du tout prises en compte* », ajoute le Dr Bocher.

La gestion du corps professionnel des PH est également au cœur du débat. Les propositions du ministère de la Santé ont été rejetées en bloc lundi par les syndicats. « *Notre position est unanime pour défendre la nomination et l'affectation ministérielle des praticiens* », indique Pierre Faraggi. Or, « *le ministère reste sur sa position d'affectation locale*, explique Rachel Bocher. *En clair, cela veut dire contractualisation, perte d'indépendance professionnelle et démantèlement du statut* ».

La présidente de l'Inph, comme les autres représentants syndicaux, attend un projet de protocole d'accord remanié ces jours-ci. Au vu de son contenu, elle décidera de se rendre ou non à la prochaine séance de négociations, lundi prochain, à Paris. « *Je ne suis pas sûre d'y aller, dit-elle, car aujourd'hui, j'ai le sentiment qu'on brade l'hôpital public. Les négociations montrent qu'on laisse les choses pourrir en l'état. Mon analyse, c'est que l'hôpital ne fait pas partie des priorités de Philippe Douste-Blazy. Il n'y a plus qu'un secteur, le libéral. La preuve, avec les astreintes, payées 150 euros en libéral, et seulement 40 euros à l'hôpital en 2007 sur proposition du ministère.* »
> D. CH.

Bail emphytéotique hospitalier

Un guide pour comprendre la démarche juridique

Le Quotidien du Médecin du : 03/02/2005

Une partie des 10 milliards d'euros consacrés à la relance de l'investissement hospitalier aidera les hôpitaux qui recourent au bail emphytéotique hospitalier (BEH) pour se rénover. La mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (Mainh) publie un guide explicatif sur ce nouvel outil juridique, pratique et efficace pour mener à bien des projets architecturaux d'envergure.

SUR L'ECHELLE de la complexité architecturale, les hôpitaux se situent en deuxième position juste derrière les centrales nucléaires, d'après les spécialistes. Il n'est pas rare de voir certains grands chantiers hospitaliers s'étaler sur plusieurs décennies. En cause, les contraintes multiples - séparation des flux de personnes, de matières, diversité des installations -, mais aussi les limites imposées par les outils juridiques classiques de passation de contrats publics.

Pour simplifier et accélérer la procédure, il fallait doter le monde hospitalier d'outils juridiques adaptés. C'est dans ce but que l'ordonnance du 4 septembre 2003 a créé le bail emphytéotique hospitalier (BEH). Actuellement, quatorze projets faisant appel au BEH sont en cours, pour un montant total de 700 millions d'euros. Une quinzaine d'autres devraient être lancés dans les tout prochains mois, pour un montant équivalent.

Le BEH est un outil « *efficace, pratique, bien adapté aux projets d'envergure* », mais aussi « *complexe à manier* », selon la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (Mainh), rattachée au ministère de la Santé. La Mainh publie un guide (1) qui explique comment mettre en œuvre ce nouveau montage juridique.

Entre 18 et 99 ans.

En résumé, un BEH est une sorte de contrat de très longue durée (de 18 à 99 ans) passé entre un hôpital et un consortium privé, qui se voit confier le financement, la construction, la maintenance et l'exploitation du projet pendant toute cette période. A charge pour ce dernier de trouver les compétences dont il a besoin pour la réalisation du projet, selon ses propres procédures d'appel d'offres. Pour l'hôpital, les avantages sont multiples : ce n'est plus à lui de lancer des appels d'offres en cascade au maître d'œuvre puis à l'architecte, à l'entreprise de BTP, au contrôle technique etc. L'établissement n'a plus qu'un seul interlocuteur, responsable de l'intégralité du projet.

Le « preneur » du projet se rémunérera en percevant un loyer dans la durée. L'hôpital reprendra possession de son bien au terme du bail. Ce bail ne peut être souscrit qu'en vue de l'accomplissement, pour le compte de l'établissement, d'une mission concourant à l'exercice du service public dont il est chargé, ou en vue de la réalisation d'une opération d'intérêt général relevant de sa compétence. « *Le BEH ne concerne donc en aucun cas les missions de soins* », précise la Mainh.

L'esprit de ces nouveaux contrats est modifié. Un hôpital ne dira plus : « *Nous souhaitons acquérir tel type de chaudière* », mais « *nous voulons telle température dans les pièces été comme hiver* ». Le contrat s'accompagne d'une notion d'engagement, d'atteinte de résultats, dans la durée. Le guide aidera les hôpitaux à n'oublier aucune clause pour s'assurer que tous les objectifs seront tenus.

« *L'intérêt numéro un d'un BEH est de garantir une meilleure maîtrise d'un projet complexe, à tous les niveaux : financier, technique, planning, etc. L'établissement sait dès le départ ce qu'il devra payer, pour quelles prestations, sans risques de dérives, qui restent souvent l'écueil des grands chantiers* », précise la Mainh. A ces atouts, s'ajoute un certain nombre de contraintes - la lourdeur du pilotage, essentiellement -, ce qui fait dire à la Mainh que l'intérêt du BEH se justifie pleinement pour des projets d'un coût supérieur à 10 millions d'euros.

(1) Le guide pourra bientôt être consulté sur le site www.mainh.sante.gouv.fr

L'arrestation du meurtrier présumé de Pau

Après le drame, la crise continue

Le Quotidien du Médecin du : 03/02/2005

Après l'arrestation du meurtrier présumé de l'infirmière et de l'aide-soignante de l'hôpital psychiatrique de Pau, les équipes de l'établissement affichent un sentiment général de soulagement. Mais, sortant de six semaines de « craintes, de tensions et d'émotions », les professionnels de santé éprouvent « une immense fatigue » et attendent maintenant un plan de santé mentale qui soit à la mesure de leur désarroi, pour sortir de la crise par le haut.

« *L'ATROCE au-delà du représentable.* » La formule est du Dr Christian Poulmart, PH depuis quinze mois au centre hospitalier des Pyrénées, l'hôpital psychiatrique de Pau. Pour les 1 100 collaborateurs de l'établissement, l'assassinat à l'arme blanche, le 18 décembre dernier, d'une infirmière et d'une aide-soignante, de garde de nuit dans un pavillon de gériatrie, a produit « *comme un cataclysme* », toujours selon ce praticien.

D'où le soulagement que tout le monde ressent depuis deux jours. « *J'ai reçu lundi à 17 h 30 un appel de Philippe Douste-Blazy, raconte au « Quotidien » le Dr Jacques Durand, président de la commission médicale d'établissement (CME) ; le ministre voulait m'informer directement qu'une piste très*

sérieuse avait abouti à l'arrestation d'un jeune homme et il me donnait l'autorisation d'en informer tout de suite le personnel. »

Ce qui fut fait séance tenante, dans le cadre du forum du lundi, un espace de libre expression qui se tient depuis le drame justement tous les lundis, de 18 h à 20 h. Et même si le procureur a rappelé les précautions d'usage en matière de présomption d'innocence, plusieurs indices concordants (tests ADN, armes blanches, dont un sabre, retrouvées au domicile de l'intéressé) accablent le suspect, Romain Dupuy, 21 ans, titulaire d'un CAP de cuisinier, sans emploi. Il a été interpellé samedi dernier après avoir tiré sur des policiers, sans les atteindre, au cours d'un contrôle d'identité de routine effectué à proximité de son domicile, dans le quartier du Hédas, à Pau. Le jeune homme, dépourvu d'antécédents judiciaires, hormis un délit de fuite commis lors d'un accident de la circulation, avait, semble-t-il, été suivi à l'hôpital psychiatrique de Pau pour des problèmes de schizophrénie, en 2003 et 2004.

Enfin un peu de sérénité.

« La nouvelle de son arrestation et de son admission au centre psychiatrique de Cadillac (Gironde) va nous permettre de retrouver enfin un peu de sérénité, confie une secrétaire médicale, Sandrine Garguilo. Car, pendant six semaines, nous avons vécu dans la suspicion générale et l'angoisse collective. Certains fouillaient les placards. Beaucoup d'entre nous avaient perdu le sommeil. »

Chef du service de réadaptation et de réinsertion, le Dr Pierre Godart, vice-président de la CME, confirme que, *« dans l'ignorance où on restait sur le point de savoir si le meurtrier était venu du dedans ou du dehors, soignants et administratifs gambergeaient dans tous les sens et quand les langues se déliaient, c'était généralement dans le mauvais sens : c'était à qui dénoncerait tel ou tel dysfonctionnement, dans l'alarme, ou dans n'importe quel dispositif. Les uns et les autres échafaudaient des scénarios qui, jour après jour, nous minaient tous un peu plus ».*

La psychose, six semaines durant, a gagné les esprits. Six semaines durant lesquelles, témoigne encore Sandrine Garguilo, *« nous avons pris conscience que, les uns et les autres, nous formions un seul corps de métier, les barrières entre les qualifications, les degrés de la hiérarchie ont été abolis, surtout parmi les femmes qui se sont regroupées et épaulées, jusqu'à s'accueillir et s'héberger mutuellement quand on ne trouvait plus le sommeil. »* Mais, ajoute la secrétaire, *« ce corps que nous formons souffre d'une blessure profonde. Nous ressentons une immense fatigue. On nous a proposé d'aller consulter des psychiatres libéraux gratuitement et la demande a été tellement massive que les cabinets ont été très vite débordés ».*

Les personnels ont tenu.

Les personnels, dans l'ensemble, ont tenu. En dehors de quelques arrêts de soignants terrorisés dans les jours qui ont suivi le double meurtre, les services ont même pu être renforcés, quitte à ce qu'il soit fait appel à des concours extérieurs, pour que les tours de garde de nuit soient assurés à trois, au lieu des deux habituellement requis. Les retraités ont été mis à contribution, ainsi que des personnels venus d'autres hôpitaux. On a même enrôlé des jardiniers. Et toutes les nuits, deux cars de CRS commençaient leur ronde autour des bâtiments, quadrillant l'immense parc qui couvre 42 hectares.

Bref, les félicitations de Philippe Douste-Blazy, rendant hommage au *« courage des personnels qui ont continué à assurer leur mission dans des circonstances particulièrement pénibles »* n'ont pas été usurpées.

Tous ces jours de *« craintes, de tension et d'émotion »*, comme les qualifie le directeur de l'hôpital, Jean-Paul Busch, vont-ils maintenant pouvoir prendre fin? *« La priorité, désormais, c'est de tranquilliser les gens pour qu'ils puissent retrouver la sérénité nécessaire dans la relation avec les patients, estime le Dr Durand. Certes, nous sommes soulagés par ce dénouement, mais les problèmes ne sont pas réglés. »*

Comme le souligne Gilles Dupau, cadre infirmier et délégué CGT, *« le drame que nous avons vécu révèle l'état de délabrement du dispositif psychiatrique en France : manque de personnel soignant, absence de formation spécifique des infirmiers, diminution des budgets, conditions d'accueil indécentes, abandon progressif d'une psychiatrie de secteur au plus près des besoins de la population pour garantir la prévention, le dépistage, les soins et la réinsertion ».*

A cet égard, c'est peu dire que médecins et soignants palois sont dans l'attente du plan de santé mentale que Philippe Douste-Blazy devrait dévoiler dans les prochains jours. D'aucuns proposent

même que les syndicats viennent en débattre ici-même, tant leur conviction est grande que l'affaire de Pau ne saurait être reléguée à la rubrique des faits divers, mais qu'elle est révélatrice d'une profonde crise de la prise en charge de la santé mentale.

Une crise dans laquelle le paramètre de la sécurité ne saurait évidemment être isolé. Après l'arrestation de Romain Dupuy, il continue de hanter les esprits : « *Les gens sont conscients que, si un tel acte a pu être commis, note le Dr Durand, il peut l'être à nouveau, ici comme ailleurs.* »

L'arrestation du suspect ne devrait donc pas conduire à renoncer au renforcement des effectifs de gardes et à la présence policière nocturne, du moins jusqu'à la fin des travaux de sécurisation des locaux (réfection des huisseries et des portes, pose de vitrages de sécurité). Et ces travaux ne dispensent pas d'autres reconstructions : « *Est-ce que nous avons envie de reprendre le travail comme avant, demande le Dr Godart ; qui pourrait faire comme si rien ne s'était passé ? Autrement dit, sommes-nous en état aujourd'hui de nous reconnaître dans un nouveau projet d'hôpital ?* »

La tentation sécuritaire

A chaque fait divers tragique mettant en cause un patient psychotique, le débat est rouvert : faut-il revoir les modalités de la prise en charge des patients dangereux ? Faut-il refermer les portes asilaires qui ont été ouvertes ces dernières années ? « *C'est l'éternelle question, résume le Dr Marc Mignonat, psychiatre libéral à Pau : faut-il relâcher les fous dans la nature ? Ou enfermer les gens sains ? Comme si la question se posait en ces termes ! Il est certain qu'en France, depuis les années 1960, on a renoncé à enfermer des patients à vie. Aujourd'hui, on hospitalise les schizophrènes tout au plus quinze jours tous les trois ans, le temps de rééquilibrer leurs traitements. D'autres pays, comme la Suisse ou la Russie, ont fait des choix différents, qui privilégient la contrainte et recourent beaucoup plus au signalement dès qu'il y a un risque de passage à l'acte qui se profile, pour le patient ou pour la société.* »

« *C'est l'éternelle tentation de la bunkerisation de l'hôpital psychiatrique, remarque le Dr Christian Poulmarch, PH à Pau. Mais si l'on veut veiller à la sécurité avec les patients dits à risque, il y a certes lieu d'augmenter le nombre de lits hospitaliers, mais aussi de travailler aux alternatives sociales destinées aux patients qui vivent dans la cité.* »

« *De toute manière, souligne un PU-PH, qui préfère garder l'anonymat, si l'on veut réduire les risques attachés à certaines pathologies, il y a surtout urgence à régler les crises politique, budgétaire et morale dont souffre la psychiatrie. Actuellement, la désertification gagne, avec 20 % des postes hospitaliers qui restent vacants. Cela entretient une précarisation des services qui est un réel facteur d'insécurité.* »

Dans ce débat, le plan santé mentale que présentera, la semaine prochaine, Philippe Douste-Blazy ne devrait pas céder aux sirènes sécuritaires, en revenant à des modalités d'enfermement archaïques. Mais, dit-on Avenue de Ségur, il devrait tenter de dégager les moyens budgétaires à la hauteur de la crise. Le drame de Pau, à cet égard, aura aidé à la prise de conscience et permis l'accélération de l'histoire.

Parcours de soins coordonnés

La Mutualité craint des dérives

Le Quotidien du Médecin, 2 février 2005

Daniel Lenoir, le nouveau directeur de la Mutualité française (qui fédère 95 % des Mutuelles santé), fait part de ses doutes sur la valorisation du parcours de soins coordonnés à travers la convention. La Mutualité regrette l'absence de négociations tripartites avec les complémentaires sur ce texte, ainsi que les divisions de la nouvelle Union nationale des professions de santé (Unps).

LA CONVENTION médicale laisse toujours dubitative la Mutualité française qui protège « *plus de 38 millions de personnes* » à travers son réseau de mutuelles et possède 2 000 structures de soins. Son nouveau directeur général, Daniel Lenoir, se déclare « *encore plus circonspect* » après avoir lu l'avis de l'Ordre national des médecins. Si le texte a des « *conséquences financières positives pour les médecins* », explique l'ancien directeur de la Caisse nationale d'assurance-maladie (Cnam), il suscite

aussi « des doutes et interrogations du côté des médecins généralistes et des spécialistes ». Surtout, affirme-t-il, la convention instaure « un maquis tarifaire » et l'« on ne voit pas très clairement apparaître le parti pris d'un parcours de soins coordonnés car les risques sont très importants ». Parmi ces risques, Daniel Lenoir redoute « un effet d'éviction du parcours de soins », dès lors que les spécialistes de secteur I sont « mieux rémunérés » avec les dépassements d'honoraires auxquels sont soumis les patients en accès direct et hors parcours.

Même s'il « ne se place pas sur le terrain de la polémique avec le secrétaire d'Etat à l'Assurance-maladie », le directeur général de la Mutualité française est revenu sur le débat concernant la hausse des tarifs des complémentaires santé pour 2005. Sa fédération « ne conteste pas les estimations du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (Hcaam) dans une hypothèse vertueuse », soit une hausse des primes et cotisations de « 4 ou 5 points » liés à l'application de la réforme, selon un projet d'avis du Hcaam qui n'est pas consensuel à ce jour (« le Quotidien » d'hier). Le coût d'une couverture maladie complémentaire représente « une charge pour les ménages équivalente à leurs dépenses EDF-GDF », rappelle Daniel Lenoir, et « quand celles-ci augmentent de 4-5 points, cela suscite des interrogations ». De toute façon, ajoute-t-il, la moyenne d'augmentation des cotisations mutualistes étant déjà de « + 5 % » l'an passé, il note qu'« on ne peut pas durablement avoir une évolution de ce niveau-là, sinon se pose le problème de l'accès à une couverture complémentaire (et de) l'exclusion des soins ». Il pense notamment que le dispositif du médecin traitant et les parcours de soins n'auront d'« effets réels (qu') en 2006 », compte tenu de leur mise en place au 1er juillet 2005.

Le directeur général de la Mutualité française souligne surtout « la forte incertitude sur les comportements », alors même que leurs variations « vont être déterminantes sur les résultats positifs ou non de la convention ».

La Mutualité regrette que la convention n'ait pas fait l'objet de négociations tripartites avec l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance-maladie (Unoc), qui était censée être mise en place au 1er janvier. « Les conditions dans lesquelles se sont passées les négociations, y compris le calendrier, n'ont pas permis cela », déplore son directeur général.

Dans ce contexte, la Mutualité mise beaucoup sur les contrats responsables (1) pour « mettre en place une dynamique vertueuse, y compris en termes de concurrence [entre les opérateurs de complémentaire maladie, ndlr], permettant de participer au financement de la dépense ». Le contenu du cahier des charges de ces contrats responsables devrait être discuté jusqu'à la « fin mars » entre les représentants des complémentaires santé (mutuelles, institutions de prévoyance et assureurs) et le ministère. Pour Daniel Lenoir, ces contrats doivent « venir renforcer et donner un contenu au parcours de soins coordonnés », car, en l'absence d'« un certain nombre de limites », il pronostique « un effet inflationniste en faveur de dépenses qui ne sont pas indispensables ». Rappelons que l'amendement Leclerc à la loi de Finances rectificative prévoit déjà que, dans ces contrats responsables, la prise en charge par les complémentaires des dépassements d'honoraires hors parcours de soins sera nulle ou partielle.

Un siège pour la Ccam.

Au lendemain de la signature de la convention, le directeur général de la Mutualité espère en tout cas des négociations tripartites entre assurance-maladie, complémentaires et professionnels pour « la suite des opérations ». En particulier, il estime que « les complémentaires doivent être étroitement associées aux négociations sur la Ccam » (Classification commune des actes médicaux, dont le versant technique démarre le 1er mars). De façon générale, ces négociations tripartites ne doivent pas, selon lui, se limiter aux seuls médecins libéraux. Face à l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam) et l'Unoc, qui ont « des intérêts convergents », la future Union nationale des professions de santé (Unps) a un rôle « extrêmement important », dans la mesure où elle « doit être amenée à arbitrer au profit de l'intérêt de l'ensemble du système de santé », cela afin d'éviter le phénomène de « désir mimétique » et « l'ouverture de surenchères » entre professions.

Mais, constate Daniel Lenoir, « la mise en place de l'Unps se fait dans la douleur et les grincements de dents », dès lors que cette instance « est en train de se diviser comme l'empire de Charlemagne au moment du traité de Verdun ! ».

La Mutualité va s'employer, quant à elle, à « tout faire pour éviter le scénario catastrophe » de la réforme, cumulant « effet d'éviction du parcours de soins », « prise en charge de tous les

dépassements tarifaires sans contraintes » par certaines complémentaires santé (et obligeant les autres à les « suivre peu ou prou »), et, *in fine*, « baisse des taux de remboursement »...

(1) Contrats bénéficiant d'aides publiques, comme le crédit d'impôt, l'exonération de la taxe de 7 % sur les conventions d'assurances, ou les exonérations de charges sociales sur les contrats collectifs et obligatoires.

L'Union des complémentaires suspendue à un décret

La Mutualité française (Fnmf), le Centre technique des institutions de prévoyance (Ctip) et la Fédération française des sociétés d'assurances (Ffsa) étaient parvenus à un accord, au début de décembre, sur la composition de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance-maladie (Unoc), qui prévoit 33 sièges, dont 17 pour la Fnmf, 8 pour la Ffsa, 7 pour le Ctip et 1 représentant du régime local d'Alsace-Moselle. Officiellement présenté le 19 janvier au secrétaire d'Etat à l'Assurance-maladie, cet accord est maintenant « *en attente d'un agrément par décret* », précise le directeur général de la Fnmf. La parution de ce décret pourrait intervenir à la mi-février. S'il est acquis que le président de l'Unoc sera mutualiste, le choix de ce représentant de la Mutualité française s'effectuera sans doute le 11 février, à l'occasion de son prochain comité exécutif.

Les présidents de CME de CHU sont inquiets

Le Pr Fuentes redoute que les réformes rigidifient l'hôpital
Le Quotidien du Médecin, 2 février 2005

La Conférence des présidents de CME de CHU sollicite l'attention du ministre de la Santé. Son président, le Pr Pierre-Antoine Fuentes, qui préside la CME de l'AP-HM (Assistance publique-Hôpitaux de Marseille), regrette que l'esprit des réformes lancées par Jean-François Mattei ait été en partie abandonné pour répondre à des pressions catégorielles.

LE QUOTIDIEN - Quel regard la Conférence des présidents de CME de CHU porte-t-elle sur les réformes hospitalières en cours et à venir ?

Pr PIERRE-ANTOINE FUENTES - *Beaucoup d'arbitrages n'ont pas été rendus sur la tarification à l'activité (T2A), comme le financement des missions d'intérêt général et des aides à la contractualisation (Migac). Quant à la gouvernance, on a le sentiment que cette réforme, qui visait à assouplir le fonctionnement des hôpitaux, va faire remonter beaucoup de choses au plus haut de l'Etat. Nous sommes donc préoccupés. La Conférence que je préside demande à être davantage entendue par le ministre. On aimerait le rencontrer pour attirer son attention sur les spécificités universitaires qui ressortent mal de ces réformes, et sur le manque de souplesse en général que tout cela va apporter. Nous voulons renforcer l'attractivité des CHU par une meilleure gouvernance, par une T2A adaptée et par des statuts appropriés.*

Les réformes hospitalières vous semblent mal parties, et en particulier celle de l'organisation interne des établissements. Pour quelles raisons ?

Parce qu'on se retrouve aujourd'hui avec un projet d'ordonnance qui ne répond pas, ou mal, à sa vocation initiale - que nous soutenions -, c'est-à-dire la déconcentration de la gestion pour donner de la souplesse dans le fonctionnement des hôpitaux et injecter de la médecine dans le management hospitalier. Je relève plusieurs exemples contradictoires dans ce texte. On n'a pas obtenu que le vice-président de la CME soit à la fois membre du conseil exécutif et du conseil d'administration, comme le président de la CME. C'est embêtant, car ces deux personnes forment un duo complémentaire. Ce refus introduit un certain degré de mauvaise humeur catégorielle chez les praticiens hospitaliers (PH) qui peuvent se sentir exclus du conseil exécutif ou du conseil d'administration au nom d'une dynamique d'inspiration libérale (dans la majorité des CHU, les vices-présidents de CME sont des PH). Ça n'est pas notre souhait. D'autres sujets ont été arbitrés de façon complètement opposée : ainsi, des listes nationales d'aptitudes pour diriger les pôles et les services font leur apparition. Pour satisfaire d'autres pressions, on a fait remonter au ministre la décision de créer ces listes. C'est à la fois très lourd au plan administratif, et un non-sens au plan médical. Les médecins et la structure administrative d'un hôpital sont les mieux placés pour connaître les gens et ce dont ils sont capables. Je ne comprends pas ce que l'Etat vient faire dans la nomination des chefs de pôle et de service. C'est un problème de fond, mais aussi de forme, car on ne sait pas sur quels critères, et avec quel jury, ces aptitudes seront prononcées.

Les CHU, compte tenu de leur taille, sauront-ils se réorganiser rapidement ?

On se pose la question, et particulièrement dans les CHU anticipateurs de la réforme (une quinzaine). Car ceux-là devront tout revoir - le conseil exécutif, le découpage - du jour au lendemain. La dynamique entamée est rompue. Si bien que je me demande si certains CHU ne vont pas faire traîner la réorganisation en pôles, pour ne la valider qu'à la fin de 2006, afin de laisser les présidents de CME finir normalement leur mandat. C'est d'ailleurs ce que je préconise : les CME de CHU ont tout intérêt à aller jusqu'au bout de leur mandat, vu que la composition de la CME est appelée à être modifiée après le découpage en pôles. Un décret dit en effet qu'après la mise en place des pôles les hôpitaux ont quatre mois pour refaire leur CME : cela va interrompre les mandats en cours dans bon nombre d'hôpitaux.

Quelle place donner aux PH dans cette recomposition ?

La Conférence que je préside estime raisonnable de revoir la composition de la CME pour donner aux PH une place plus importante. Nous pensons qu'il faut augmenter le nombre de sièges mis à disposition des médecins hospitaliers non universitaires, mais qu'il faut garder une majorité d'hospitalo-universitaires. La Dhos (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins) est allée beaucoup plus loin et propose un décret où les hospitalo-universitaires ne sont pas assez représentés dans les collèges de médecins qui composent les CME de CHU : cela ne nous satisfait pas du tout. Nous espérons que cela n'est pas tranché et qu'une modification du projet de décret est encore possible.

Votre Conférence s'est associée aux autres conférences de CH et de CHU, et à la Fédération hospitalière de France (FHF), pour exprimer des inquiétudes sur le tour que prennent les négociations statutaires des PH. Que craignez-vous au juste ?

Notre rôle n'est pas de participer à ces négociations. Mais on veut être tenu informé et pouvoir apporter nos commentaires sur les sujets en débat. C'est la même chose pour la réduction du temps de travail : on a été exclu du comité de suivi national, or c'est au président de CME qu'on demande d'organiser les choses sur le terrain. Nous avons plusieurs remarques à apporter sur le statut des praticiens hospitaliers. Que le concours des PH soit national, cela, personne ne le discute. Mais pour nous, leur nomination et leur affectation doivent être locales. C'est logique, car le recrutement et le contrat sont locaux. Il ne faut pas s'enfermer dans une structure étatique. Si, pour chaque médecin, il faut remonter au ministre pour faire évoluer la structure, ce n'est pas viable. Autre remarque : on est favorable au tandem contractualisation-évaluation. S'il n'y a pas de contractualisation, il semble difficile d'envisager une évaluation et des sanctions, qu'elles soient positives ou négatives.

Arrestation de l'assassin présumé de Pau Le Quotidien du médecin 1er février 2005

Lundi 31 janvier. Philippe Douste-Blazy, le ministre des Solidarités de la Santé et de la Famille se réjouit, dans un communiqué, de l'arrestation de l'assassin présumé de l'infirmière et de l'aide-soignante, sauvagement tuées à l'hôpital psychiatrique de Pau, quelques jours avant les fêtes de Noël. Adressant « ses premières pensées aux familles des victimes », le ministre « salue le courage des personnels qui ont continué à assurer leur mission dans des circonstances particulièrement pénibles » et « félicite chaleureusement les services de police pour leur efficacité ». L'assassin présumé a été interpellé samedi soir après avoir tiré sur des policiers dans un quartier de Pau, précise l'AFP. Il a effectué plusieurs séjours à l'hôpital psychiatrique de Pau et figurait sur les listings des personnes suspectées.

La FMF vote contre la convention Le Quotidien du médecin 1er février 2005

Lundi 31 janvier. La Fédération des Médecins de France (FMF) a confirmé, samedi en assemblée générale, son hostilité à la convention médicale, conclue le 12 janvier entre l'assurance-maladie et trois syndicats de médecins (CSMF, SML et Alliance). Les instances départementales ont voté à 82 % contre le texte, qui instaure le nouveau parcours de soins autour du médecin traitant comme le prévoit la réforme de l'assurance-maladie.

Un enjeu important de la réforme
Trois hommes prennent le DMP en main
Le Quotidien du médecin 1er février 2005

Le ministre de la Santé a récemment nommé trois experts pour piloter la mise en place du dossier médical personnel (DMP), pilier de la réforme de l'assurance-maladie avec le dispositif du médecin traitant. Le défi est de taille pour la nouvelle équipe, qui devra respecter un calendrier ambitieux. Le gouvernement mise sur la généralisation du DMP à l'ensemble de la population en 2007 et en attend 3,5 milliards d'euros d'économies par an.

L'ACCOUCHEMENT DU DOSSIER médical personnel (DMP) promet d'être long et difficile. Pour assurer la périlleuse mission, Philippe Douste-Blazy a fait appel il y a quelques jours à trois spécialistes. Dominique Coudreau, ancien directeur général de la Caisse nationale d'assurance-maladie (Cnam) et de l'ARH d'Ile-de-France, aujourd'hui à la Cour des comptes, s'est vu confier la présidence d'un conseil de surveillance. Il sera assisté de Jacques Beer Gabel, directeur des systèmes d'information (DSI) au ministère de la Santé, et de Pierre Bivas, ingénieur des Mines et ancien conseiller technique d'Hervé Gaymard et de Jacques Barrot, qui assurera la direction technique du projet.

Le premier travail de cette équipe sera de « *mettre au point au cours des prochains mois l'organisation et le programme de déploiement du DMP* », selon le ministre de la Santé. Elle pourra obtenir le concours d'experts de la Caisse des dépôts et consignations (CDC). L'institution pourrait assurer « *le rôle de tiers de confiance pour préserver l'indépendance et la sécurité de la transmission des données médicales* », confie-t-on à la CDC. La maîtrise d'ouvrage devrait quant à elle revenir à un groupement d'intérêt public (GIP) dans lequel siègeront les professionnels de santé, les usagers, ainsi que les régimes d'assurance-maladie obligatoires et complémentaires.

Les enjeux du DMP.

Ces derniers mois, Philippe Douste-Blazy a souligné à plusieurs reprises l'importance qu'il accorde au DMP, mesure phare de la réforme de l'assurance-maladie, dont aura la charge le médecin traitant. Son objectif est que « *chaque bénéficiaire puisse disposer, à la mi-2007, d'un dossier ouvert et enrichi progressivement* ». Les 6,5 millions d'assurés atteints d'une affection de longue durée (ALD) sont considérés comme prioritaires et « *devraient bénéficier au début de l'année 2007 d'un dossier opérationnel et déjà renseigné* ». En septembre 2005, les premières expérimentations doivent être menées dans six régions pilotes. Les enjeux économiques sont énormes, puisque le DMP devrait entraîner 3,5 milliards d'euros d'économie par an, pour un coût estimé entre 300 et 600 millions d'euros.

Beaucoup d'attentes.

Médecins, assurance-maladie et industriels se réjouissent de la nomination d'une équipe pour le DMP. Certains l'attendaient même avec impatience. « *On n'a pas avancé depuis le séminaire organisé par l'Anaes à Roissy en octobre* », confiait un participant à la réunion de concertation des professionnels de santé, des usagers et de l'assurance-maladie. Le Dr Jean-Claude Régi, président de la Fédération des médecins de France (FMF), souhaite que le triumvirat mette en place un DMP utile pour la profession. « *Restons modestes et construisons un dossier qui n'aille pas au-delà de ce pour quoi il est fait* », commente-t-il. Denis Richard, responsable de la mission DMP à l'assurance-maladie depuis fin 2003, constate qu'une nouvelle étape est franchie avec la nomination ministérielle des membres de la mission. Il juge les échéances à venir « *très dures à tenir, mais pas insurmontables* ». « *Nous avons deux ans et demi pour conclure le travail entrepris depuis plusieurs années.* » L'expert de la Cnam assure que le DMP français ne peut être comparé au dossier médical anglais ou américain, dont la mise en place a nécessité de 7 à 10 ans de travail. « *Nous ne partons pas dans l'inconnu. Nous avons l'acquis de Sésame-Vitale et une vision aboutie de ce que peut être le DMP en terme de produit, de contenu et d'utilisation.* »

Le Dr Philippe Boutin, président de l'union régionale de Poitou-Charentes et responsable du groupe Guep@rd (Groupe inter Urml pour l'essor du partage des données de santé du patient), est du même avis : « *Le test régional de septembre prochain n'est pas un passage obligé, mais il permettra d'affiner les économies à attendre du dispositif.* » Pour les industriels, la nomination de pilotes pour le DMP est aussi une bonne nouvelle. « *Cela devrait accélérer le lancement de l'appel d'offres auprès des opérateurs* », expliquait l'un des candidats.

La colère du comité de sauvegarde de Saint-Vincent de Paul Le Quotidien du médecin 1er février 2005

Lundi 31 janvier. Le comité de sauvegarde de l'hôpital Saint-Vincent de Paul a dénoncé, lundi dans un communiqué, le transfert annoncé du ministère des Affaires étrangères sur le site de l'hôpital pédiatrique, d'ici à 2010. Le comité, qui revendique 30.000 membres, personnel et usagers, s'inquiète des conséquences pour la prise en charge des urgences des enfants des XII^e et XIV^e arrondissements de la capitale ainsi que des municipalités de Montrouge, Bagneux ou encore Malakoff. Il dénonce par ailleurs *"l'éclatement et la disparition de la prise en charge coordonnée des enfants handicapés à Saint-Vincent, pôle sanitaire unique en Ile-de-France"* et critique *"l'absence totale de concertation"*, alors qu'en 2002, le conseil d'administration de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), dont dépend Saint-Vincent de Paul, a *"validé le maintien des activités pédiatriques et périnatales et voté la création d'un pôle médico-social du handicap"* sur le site. Près de 1.300 personnes travaillent à Saint-Vincent de Paul. 6.000 enfants y naissent annuellement, selon le comité.

Place des assurances complémentaires Le Haut Conseil reporte son avis Le Quotidien du médecin 1er février 2005

LES MEMBRES du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie n'ont pas réussi, lors de leur dernière réunion, à trouver un accord pour adopter le « projet d'avis » préparé par leur président, Bertrand Fragonard, sur la place des complémentaires santé au lendemain de la réforme de l'assurance-maladie.

« Nous n'avons pas conclu, mais cela n'a rien de dramatique, souligne le président du Haut Conseil. Il y a eu un débat intéressant, positif, et il faut revoir la copie. On n'est pas à un mois près. » Selon Bertrand Fragonard, il y a eu en fait débat sur trois grandes questions soulevées par le projet d'avis qui comprend sept pages : *« Quel est l'avenir financier du partage des dépenses entre régimes obligatoires et les complémentaires ? Jusqu'où doit-on organiser l'aide aux familles modestes pour l'accès aux complémentaires ? Jusqu'où peut-on aller dans la gestion du risque ? »*

Quatre-vingt-douze pour cent des Français bénéficient aujourd'hui d'une protection complémentaire maladie grâce aux mutuelles, institutions de prévoyance et compagnies d'assurance, qui distribuent plus de 25 milliards d'euros. La dernière mouture du projet d'avis considère que les dispositions de mise en œuvre de la loi du 13 août 2004 sur la réforme de l'assurance-maladie *« n'impliquent pas (de) départ caractérisé des prises en charge sur les couvertures complémentaires »*. La progression des dépenses des organismes complémentaires, *« de 5,1 % par an en euros courant entre 1998 et 2003 »*, signifie que *« les complémentaires ont en gros suivi la courbe des dépenses de soins »*, et non *« pas un désengagement global de l'assurance-maladie »*, souligne le document de travail du Haut Conseil. *« Cette progression va se poursuivre sans rupture marquée sur les prochaines années »*, poursuit-il, dès lors que le périmètre de biens et services pris en charge devrait rester *« de haute qualité »* et suivre le progrès des sciences et techniques.

Hausses de tarifs modérées.

Faisant écho aux déclarations du secrétaire d'Etat à l'Assurance-maladie, Xavier Bertrand, sur le sujet, le texte préparé par Bertrand Fragonard estime que les complémentaires ne peuvent justifier autre chose que *« des hausses modérées des cotisations - de l'ordre de 3 à 4 points - en plus de la tendance de la dépense de soins dont on peut espérer, au demeurant, qu'elle connaîtra une inflexion significative »*. Cette analyse part du principe que les transferts de charges devraient se faire dans les deux sens à partir de 2005 : tantôt au détriment des complémentaires (hausse du forfait hospitalier, meilleure application des règles liées aux ordonnanciers bizonnes pour les personnes en ALD), tantôt à leur avantage (participation de 1 euro non remboursable, remboursement nul ou partiel des dépassements tarifaires dans le cadre des contrats responsables...). Pourtant, certaines complémentaires santé ont déjà annoncé des hausses de prime/cotisation à deux chiffres pour cette année.

Quoi qu'il en soit, le projet d'avis, qui résulte d'une note de 125 pages (« le Quotidien » du 25 novembre), sera à nouveau à débattu lors de la prochaine réunion des sages du Haut Conseil, programmée le 24 février.

A Davos, M. Douste-Blazy n'effraie pas "les friqués"

Le Monde 1er février 2005

Davos (suisse) de notre envoyée spéciale

Pour sa première participation à Davos, le ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy, s'était promis de ne pas mâcher ses mots. Invité par le Forum économique mondial à plancher sur le thème *"mettre un terme à l'épidémie de dépenses pour la santé"*, il ne céderait pas un pouce de terrain à l'orthodoxie. *"A Davos, c'est des gens friqués, des riches. Je leur dirai que les dépenses de santé peuvent être une bonne chose pour la croissance"*, prévenait-il dans l'avion qui le conduisait à Zurich, soucieux de l'accueil qui serait réservé à tant d'audace.

Comme Jacques Chirac, comme le ministre de l'économie, Hervé Gaymard, également présent dans la station de ski pour soutenir la proposition présidentielle de taxe internationale pour le développement, M. Douste-Blazy se devait donc de faire entendre une autre voix. Samedi 29 janvier, le ministre est ainsi monté au front. Pour se rendre compte, finalement, que la question faisait consensus.

Est-ce par conviction ? Par conformité à "l'esprit de Davos 2005", qui voulait que la lutte contre la pauvreté apparaisse au cœur des préoccupations du forum ou encore par accoutumance à une certaine rhétorique française ? En tout cas, l'assistance n'a pas bronché quand le ministre a pris des accents quasi-altermondialistes en déclarant que *"la santé n'était pas un marché comme les autres"* et que *"les plus pauvres devaient être soignés comme les riches"*. Evoquant l'avenir des systèmes d'assurance-maladie, M. Douste-Blazy a, cette fois, indiqué que le grand enjeu était de *"définir de nouvelles frontières"* entre ce qui est *"du domaine de la santé"*, qui *"doit être remboursable"*, et ce qui est du *"domaine du bien-être"*, relevant *"de la sphère privée"*.

Le ministre a été félicité par Louis Schweitzer, le PDG de Renault, qui a jugé que son propos sur les dépenses de santé aurait été inaudible il y a dix ans. *"C'est une évolution politique majeure"*, a estimé M. Schweitzer. Bref, tout s'est bien passé. Le matin, M. Douste-Blazy a pu exposer le système d'assurance-maladie français au président ukrainien, Viktor Iouchtchenko, et l'après-midi, faire la bise à Angela Merkel, présidente de la CDU. Son seul regret était que personne n'ait rebondi sur le passage de son discours consacré aux pays du Sud. Quand on lui a fait remarquer qu'il pourrait toujours dire à M. Chirac qu'il avait essayé, le ministre s'est renfrogné. *"Je ne fais pas cela pour ça"*, a-t-il protesté.

Caroline Monnot

La poussée de fièvre des corporatismes médicaux

Les jeux syndicaux risquent de mettre à mal la réforme de l'assurance-maladie

Le Monde 1er février 2005

Douste-Blabla, où sont les économies ?, *"Douste aux affaires, la Sécu au cimetière !"* : le 22 janvier, blouses blanches et pancartes étaient à nouveau de sortie. Principale pomme de discorde entre le ministre de la santé et les manifestants, la nouvelle convention médicale, qui instaure le dispositif du médecin traitant. D'ici au 1er juillet, chaque assuré de plus de 16 ans choisira un praticien qu'il devra consulter avant d'aller voir un spécialiste, sous peine d'un moindre remboursement et d'un dépassement d'honoraires.

Signée le 12 janvier entre l'assurance-maladie et trois syndicats de médecins libéraux (CSMF, SML, Alliance), la convention provoque particulièrement les foudres du syndicat de généralistes MG France, qui juge que l'accord pénalise la médecine générale. *"Ce texte est taillé sur mesure pour la médecine spécialisée. Il demande aux généralistes de produire 1 milliard d'euros d'économies pour revaloriser d'autant les honoraires des spécialistes"*, accuse Pierre Costes, président de MG France. *"Jouer la carte de l'opposition entre les différentes catégories de médecins est stérile"*, rétorque de son côté Michel Chassang, président de la CSMF, dénonçant un *"combat d'arrière-garde"*. La brouille syndicale est à son comble.

Manifestations, appels à ne pas assurer les gardes après minuit, "gel total des formulaires" que les assurés doivent retourner à l'assurance-maladie pour désigner un médecin traitant ou encore pétition sur Internet, tout l'arsenal contestataire est déployé par les opposants pour essayer d'obtenir des pouvoirs publics une renégociation du volet concernant les généralistes. L'hypothèse paraît pourtant peu probable, compte tenu, notamment, de la ténacité des trois syndicats signataires, ainsi que du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam), Frédéric Van Roekeghem, ancien directeur de cabinet de Philippe Douste-Blazy, qui mettent en avant le retour à un rythme plus rapide que prévu de plus de 400 000 formulaires de choix de médecin traitant. Reçue par le ministre de la santé, mercredi 26 janvier, la délégation de MG France n'a, de fait, rien obtenu. Mais persiste néanmoins en demandant un rendez-vous au premier ministre, Jean-Pierre Raffarin, et en réunissant, le 5 février, une assemblée générale extraordinaire.

Reste que le ministre de la santé n'aura pas obtenu - un échec également imputable à ses prédécesseurs - l'unanimité de la profession médicale sur une réforme visant à modifier ses pratiques, condition pourtant indispensable sinon à une diminution de la progression des dépenses de santé, au moins à une amélioration de l'efficacité de ces dépenses. Cette profession, caractérisée par l'individualisme, sait paradoxalement réagir collectivement lorsque ses intérêts lui paraissent en jeu, et suivre alors le mot d'ordre qui lui paraît le plus adéquat sur le moment, sans être pour autant affiliée à un syndicat en particulier. De plus, les organisations non signataires sont en mesure d'attaquer en justice, comme elles l'ont fait à plusieurs reprises et avec succès, les textes signés par leurs concurrents, les rendant ainsi inapplicables.

Autrement dit, la mise en place effective du dispositif du médecin traitant, et surtout les effets financiers que le gouvernement en attend, à savoir une économie de 1 milliard d'euros par an, n'est pas gagnée d'avance. D'autant que la négociation de cette réforme a vu un étrange chassé-croisé entre les positions syndicales. En 1998, MG France avait souhaité et signé la mise en place du dispositif du "médecin référent", dont le rôle dans l'organisation des soins ressemblait comme deux gouttes d'eau à celui du "médecin traitant", alors que les autres syndicats, aujourd'hui supporters enthousiastes du "médecin traitant", l'avaient violemment rejetée... Cet étrange renversement de la ligne de front n'a pas d'autre origine que la profonde division de la corporation médicale entre généralistes et spécialistes, qui se surajoute à un paysage syndical déjà passablement morcelé.

En 1998, le gouvernement de Lionel Jospin avait offert, pour attirer les médecins généralistes vers la fonction de "médecin référent", 23 euros par an et par patient abonné au dispositif, une prime doublée en 2001. Sachant que le revenu moyen par an et par patient est de 69 euros, ces 46 euros représentaient un plus considérable. Mais, pour que le dispositif amène le changement des pratiques médicales à l'échelle escomptée, il aurait fallu le généraliser en le rendant obligatoire, alors qu'il est basé sur le volontariat. La perspective d'offrir à chaque médecin référent 46 euros par patient "abonné" a fait reculer le gouvernement, préoccupé avant tout par la lutte contre les déficits.

La suppression aujourd'hui du "référent" au profit du médecin "traitant", qui, lui, ne percevra aucune rétribution spécifique à cette fonction, ne pouvait que susciter l'ire des généralistes qui avaient accepté de jouer le jeu en 1998. D'autant que les spécialistes se sont vu offrir dans le même temps par le nouveau texte la possibilité de dépasser le tarif conventionnel... s'ils n'entrent pas dans le jeu de la coordination des soins ! C'était la condition posée par les syndicats de spécialistes pour signer l'accord.

L'embrouillamini des corporatismes a ainsi conduit le ministre de la santé à créer une incitation positive à la non-application du dispositif par les spécialistes, parallèlement à une pénalisation dont la seule victime est le patient : ce dernier sera en effet moins bien remboursé s'il ne passe pas par son médecin traitant qui, lui, n'est incité... à rien du tout.

Antoine Reverchon et Catherine Rollot

**Entre les médecins et l'Etat, l'éternel jeu de la carotte et du bâton
la fragilité juridique des conventions médicales a souvent annulé leurs effets
Le Monde 1er février 2005**

L'histoire des relations entre la profession médicale, l'Etat et les caisses d'assurance-maladie n'est pas un chemin pavé de roses, loin s'en faut. L'ordonnance du 19 octobre 1946, qui crée la Sécurité sociale, heurte déjà l'un des cinq points de la charte de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) - à savoir l'entente directe entre médecin et patient sur les tarifs -, puisqu'elle prévoit que ces derniers seront négociés au niveau de chaque département entre le syndicat et les caisses régionales. Mais la signature n'est pas obligatoire : les patients des médecins des départements non conventionnés ne se voient alors remboursés qu'un "tarif d'autorité", alors qu'ils le sont à 80 % dans les départements conventionnés. Ce qui crée une forte inégalité d'accès aux soins, de plus en plus insupportable dans une France en plein boom économique. Par décret du 12 mai 1960, l'Etat gaullien invite les médecins à adhérer individuellement aux conventions. La carotte est un abattement fiscal, le bénéfice de... l'assurance-maladie pour ces indépendants, et un "droit à dépassement" (DP) octroyé à certains d'entre eux sur la base de leurs "titres et travaux" - histoire de récompenser le mérite. En 1970, 80 % des médecins se sont laissé séduire : la convention a, en effet, l'avantage de solvabiliser une demande en pleine explosion.

Jusqu'à-là, il s'agissait pour l'Etat d'inciter les médecins à accompagner sa politique d'extension de l'accès aux soins. Mais comme celle-ci entraîne une montée en flèche des dépenses de santé, les priorités des acteurs changent. Pour contrer la tentation gouvernementale de multiplier les centres de santé où travaillent des médecins salariés plus aisés à gérer que les libéraux, mais aussi pour restaurer son rôle d'arbitre dans un contexte d'émiettement syndical, la CSMF propose aux caisses la signature de conventions nationales, impliquant tous les médecins par le biais de leurs "organisations représentatives". L'Etat saute sur l'occasion, et la première convention est signée en 1971. Elle introduit une nomenclature des activités, outil derrière lequel se profile déjà le souci d'y voir plus clair dans les pratiques médicales.

Mais la croissance des dépenses incite les caisses et la profession à négocier la rupture du lien entre rémunération du médecin et niveau de remboursement en créant, par la convention de 1980, le "secteur 2", à honoraires libres, dont les patients ne sont remboursés que sur la base du tarif conventionnel du secteur 1. A la différence du DP, le choix de passer en secteur 2 est libre. En échange de cette "carotte", les syndicats acceptent que des "comités paritaires locaux", réunissant syndicats et caisses, surveillent l'évolution des actes médicaux. Mais les médecins sont de plus en plus nombreux à fuir vers le secteur 2, alimentant l'inflation des dépenses et menaçant l'égalité d'accès aux soins. D'autant que les comités sont paralysés par les divisions syndicales.

La convention de 1985 essaie de corriger le tir, en prévoyant de mieux rémunérer les "bonnes pratiques", mais cette incitation reste insuffisante. Il faut à nouveau sortir le bâton : la convention de 1990 gèle quasiment les transferts vers le secteur 2, dont les médecins sont contraints d'effectuer un quart de leurs actes en "tarifs opposables" ou gratuits. Mais la convention, contestée par les syndicats non signataires, est annulée par le Conseil d'Etat.

Une nouvelle convention, signée en 1993, tente de reconstruire un contrôle des pratiques médicales : elle institue les "références médicales opposables" (RMO), les "contrats locaux de maîtrise de dépenses" et le dossier médical, pour favoriser la coordination des soins. Dès 1994, l'envolée des dépenses est ainsi ralentie.

Mais, crise économique aidant, les déficits se creusent à nouveau. Les ordonnances Juppé de 1996 visent alors à sanctionner financièrement le non-respect des RMO et des contrats. A nouveau, la fragilité juridique du jeu conventionnel annule les effets espérés : les sanctions, rejetées par le Conseil d'Etat, resteront lettre morte.

Faute de bâton, retour à la carotte : la convention signée en 1998 par un seul syndicat crée le médecin référent, rémunéré 23 euros (46 euros en 2001) par an et par patient abonné au parcours de soins. 6 000 généralistes et plus d'un million de patients, qui n'ont à régler que le tiers payant, ont été séduits. Mais les coups de pouce consentis par le gouvernement aux généralistes en 2002, en échange d'une simple limitation des visites à domicile et des prescriptions d'antibiotiques, puis aux spécialistes en 2003, afin de les faire revenir à la table des négociations, ont brouillé le jeu. La stratégie de la prime aux bonnes pratiques aurait-elle été oubliée au profit de la prime à la signature ?

Antoine Reverchon

Les toubibs de l'Assemblée nationale **Le Monde 1er février 2005**

Rien de ce qui concerne la santé ne devrait échapper à la représentation parlementaire. Sur 577 députés, pas moins de 66 exerçaient, avant de siéger à l'Assemblée nationale, une profession médicale ou paramédicale : 11 chirurgiens, 8 dentistes, 31 médecins, 9 pharmaciens, 1 sage-femme et 6 salariés du secteur médical. Nombre d'entre eux continuent de pratiquer, à l'exemple du président de la commission des affaires sociales, Jean-Michel Dubernard (UMP, Rhône), pionnier d'une greffe bilatérale sur un homme amputé des deux mains, à l'hôpital Edouard-Herriot de Lyon.

Autant dire que *Le Quotidien du médecin* possède des lecteurs assidus au Palais-Bourbon, de même que les publications spécialisées. En revanche, les députés n'aiment guère faire état de leur affiliation syndicale, pour peu qu'ils en aient eu ou conservé une. Tous, néanmoins, ont gardé des contacts avec leurs collègues pour être à la fois les premiers relais de leurs inquiétudes et les meilleurs avocats, quand ils appartiennent à la majorité, de l'action gouvernementale vis-à-vis de ces professions.

C'est par la circonscription de Pierre-Louis Fagniez (UMP, Val-de-Marne), chirurgien en activité, que le secrétaire d'Etat à l'assurance-maladie, Xavier Bertrand, a commencé, à l'automne 2004, sa tournée de *"service après-vote"* de la loi sur l'assurance-maladie. Le député, fort de ses liens avec le conseil de l'ordre, s'était assuré d'un public de médecins dont la principale caractéristique, note-t-il, est qu'il est *"souvent mal informé"*. Il fait partie d'un petit nombre, comme Richard Mallié (UMP, Bouches-du-Rhône), le président du groupe d'études sur les professions de santé, à avoir leurs entrées régulières au ministère. *"Attentif"*, certes, au mouvement de protestation enclenché par les généralistes, M. Fagniez estime qu'il révèle avant tout *"un besoin d'explications"*.

"PRENDRE LA TEMPÉRATURE"

Le président du groupe UMP de l'Assemblée, Bernard Accoyer, est catégorique : *"Le mouvement est politique, mais il ne prendra pas d'ampleur. Ça ne durera pas."* Médecin ORL de formation, M. Accoyer est entouré de deux vice-présidents, Jean Leonetti et Marc Laffineur, eux-mêmes disciples d'Hippocrate. *"Un hasard, assurent-ils. Nous ne défendons pas les intérêts d'une catégorie professionnelle."*

Tous restent vigilants. A chaque retour dans leurs circonscriptions, ils ne manquent pas de *"prendre la température"* parmi leurs collègues. Le divorce qui s'était opéré entre la droite et les professions de santé, après le plan Juppé de 1995, reste cuisant. M. Laffineur, pour sa part, voit dans les protestations du corps médical l'expression de *"revendications catégorielles"* : *"Ils auraient bien aimé une revalorisation, mais elle est déjà intervenue il y a deux ans."*

A gauche, c'est un autre son de cloche. *"Le mouvement des généralistes est légitime"*, estime Catherine Génisson, députée (PS) du Pas-de-Calais et praticien hospitalier. *"Il exprime une désillusion"*, juge Jean-Marie Le Guen (PS, Paris), médecin lui-même. *"C'est une agréable surprise de voir les préoccupations que nous avions essayé de faire passer lors de la discussion du projet de loi se concrétiser"*, reconnaît le député (PS) de Haute-Garonne, Gérard Bapt, laissant entendre que l'opposition a été prise de court par ce mouvement. Lors de la séance de questions au gouvernement du 26 janvier, le député (UDF) de la Vendée Jean-Luc-Préel, chef de service hospitalier, s'est fait l'écho des *"inquiétudes des professionnels et des malades"* : *"Cette réforme crée une médecine à deux vitesses"*, a-t-il lancé, sous les huées de l'UMP et les applaudissements de l'UDF, du PS et du PCF.

Patrick Roger

Un syndicalisme qui reste éparpillé et fragile
Un quart des praticiens libéraux adhèrent à une organisation
Le Monde 1er février 2005

La médecine libérale est paradoxale. Longtemps rétive à toute forme d'organisation, prônant un individualisme farouche, elle est pourtant aujourd'hui l'une des professions les plus fortement syndiquées. Malgré une baisse continue de la syndicalisation du début des années 1960 à celui des années 1980, le nombre de médecins libéraux encartés est estimé à environ 25 000, soit 25 % des médecins exerçant en libéral. Cette évaluation est corroborée par l'"Enquête sur la représentativité des syndicats médicaux", réalisée par le ministère de la santé en juillet 2002. Ce document, qui porte sur les seuls généralistes, évalue à 18 % le nombre de praticiens adhérant à un syndicat, à comparer avec le taux moyen de syndicalisation français, proche de 8 %.

Cette forte syndicalisation bénéficie à cinq organisations déclarées représentatives par le gouvernement, c'est-à-dire habilitées à négocier une convention. Que ce soit dans l'enquête précitée ou encore dans les derniers résultats aux élections de l'année 2000 pour les Unions régionales de médecins libéraux (URLM), l'audience des syndicats se répartit de la même façon. En tête, à la fois du collège des généralistes et des spécialistes, la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), suivie par MG France (qui représente, elle, uniquement les généralistes). En troisième position, on trouve trois syndicats recrutant essentiellement parmi les spécialistes, et dans une moindre mesure parmi les généralistes : le Syndicat des médecins libéraux (SML), la Fédération des médecins de France (FMF) et enfin l'Alliance intersyndicale des médecins indépendants de France, créée en 2002 à partir de l'Union collégiale des chirurgiens et spécialistes français (UCCSF) et du Syndicat des médecins indépendants de France (SMIF).

Pour Patrick Hassenteufel, professeur de sciences politiques à l'université Rennes-I, qui a étudié les rapports entre politiques et médecins, le syndicalisme médical a dû faire face à deux évolutions majeures : " *une fragmentation accélérée depuis les années 1980 et l'importance croissante des phénomènes de contestation interne*".

De 1884, date de la création de l'Union des syndicats médicaux de France (USMF), aux derniers soubresauts de 2002, qui ont abouti à la création de l'Alliance, le syndicalisme médical n'a cessé de générer de nouveaux rejets au gré des bras de fer avec l'Etat. Ainsi, le premier conflit des médecins avec un gouvernement au sujet de la création des assurances sociales sera remporté par la faction la plus corporatiste des médecins libéraux et donnera naissance, en 1928, à la CSMF. La mise en place des conventions départementales, en 1960, provoquera un nouveau schisme au sein du mouvement et aboutira à la création de la FMF par des membres dissidents de la CSMF. Plus récemment, en 1981, le SML sera fondé pour défendre les intérêts des médecins du secteur 2.

Pour l'historienne Bénédicte Vergez-Chaignon, auteur de l'ouvrage *Le Monde des médecins au XXe siècle* (1996, Ed. Complexe), " *au-delà des divergences sur les conventions, le paysage syndical s'est dessiné aussi sur les conflits latents entre les différentes catégories de médecins*". En 1986, MG France est né de l'initiative de médecins généralistes issus des rangs de la CSMF qui estimaient que cette dernière ne défendait pas assez leurs intérêts.

JEU CONVENTIONNEL

Ce morcellement s'accompagne d'une grande complexité des relations entre les différentes organisations. " *Autour de la CSMF et de MG France, les autres organisations jouent, selon les conventions, la carte de la contestation ou au contraire celle de la participation*", considère M. Hassenteufel. Le jeu conventionnel se trouve ainsi fragilisé par les recours juridiques des non-signataires.

Le bel édifice du syndicalisme de la médecine libérale doit aussi compter depuis la fin des années 1980 sur les contestations venues de leurs rangs ou de coordinations départementales décidées à faire entendre la voix de la base. Souvent plus revendicatrices que les organisations traditionnelles, ces coordinations présentées comme asyndicales et apolitiques sont souvent soutenues de manière indirecte par les syndicats, qu'elles choisissent parfois de rejoindre une fois l'accès de fièvre retombé. Cet éventail d'offres syndicales, d'autant plus large que la fracture idéologique entre les différentes organisations n'est pas très significative, pousse celles-ci à se livrer à une surenchère dans l'investissement de l'espace public. " *A partir de 1970, les manifestations de médecins sont devenues courantes*, souligne M. Hassenteufel. *Elles signifient non seulement le refus de la profession à l'égard des options politiques, mais aussi la compétition avec les autres organisations.* "

Ce double phénomène d'éparpillement et de fragilité interne pèse aussi sur le positionnement des organisations syndicales face aux réformes. *"Les syndicats médicaux ont du mal à apparaître comme partenaires des réformes. Ils savent qu'ils seront plus efficaces dans la contestation"*, estime M. Hassenteufel. Un positionnement qui leur permet de garder leurs adhérents mais qui rend difficile la mise en place d'un mode de régulation fondé sur un échange politique entre les médecins, l'Etat et les caisses d'assurance, comme cela existe en Allemagne.

Catherine Rollot

POUR EN SAVOIR PLUS

La crise des professions de santé, sous la direction de Jean de Kervasdoué (Dunod, 336 p., 2003)

Les médecins face à l'Etat. Une comparaison européenne, de Patrick Hassenteufel (Presses de Sciences-Po, 367 p., 1997)

« Réformes du système de santé et devenir du corps médical », de Michel Arliaud et Magali Robelet (*Sociologie du Travail*, n° 42, 2000).

Gouverner la sécurité sociale : les réformes du système français de protection sociale depuis 1945, de Bruno Palier (PUF, 488 p., 2002, 31 €).

Site de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé : www.irdes.fr

Site du ministère de la santé sur la réforme de l'assurance-maladie : www.assurancemaladie.sante.gouv.fr

QUESTIONS-RÉPONSES

Le Monde 1er février 2005

Honoraires. Que sera le système du médecin traitant ?

La réforme confie au médecin traitant la charge d'effectuer les soins de premier niveau, d'adresser si besoin le patient à un autre généraliste ou un spécialiste (un médecin "correspondant"), et de tenir à jour le dossier médical. Tout assuré de plus de 16 ans doit choisir un médecin traitant avant le 1er juillet. Les actes médicaux réalisés ou recommandés par ce praticien seront remboursés à taux plein. En revanche, en cas de consultation auprès d'un médecin non correspondant (non prescrit par le médecin traitant), le remboursement sera diminué de 5 % à 10 %. Le médecin traitant peut être un généraliste ou un spécialiste. En pratique, c'est le premier qui jouera le plus souvent ce rôle.

Les soins dentaires, ophtalmologiques, gynécologiques, psychiatriques ou neurologiques ne nécessiteront pas de passer par le médecin traitant. Les consultations pédiatriques sont libres d'accès puisque les patients de moins de 16 ans ne sont pas concernés par la réforme. En cas d'absence du médecin traitant, de soins d'urgence ou de déplacement de l'assuré, celui-ci sera soigné et remboursé aux tarifs habituels. Les patients suivis par un spécialiste pour une maladie chronique peuvent le consulter directement.

Combien gagnent les médecins aujourd'hui ?

La réponse varie selon les sources. La Caisse autonome de retraite des médecins de France (Carmf) publie les chiffres les plus bas : le bénéfice net non commercial déclaré au fisc par les médecins (donc avant impôts, mais après charges).

La Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM) annonce des montants plus élevés, basés sur le chiffre d'affaires en *"ne tenant pas compte des frais"*, selon la Carmf. Le ministère des affaires sociales applique à ces revenus bruts un coefficient de frais, obtenant ainsi, selon la Carmf, un revenu *"fictif"*.

La quatrième source, l'Union nationale des associations agréées (Unasa), qui tient la comptabilité fiscale de nombreux médecins, n'est pas exhaustive. Toutes s'accordent pour constater une forte hausse en 2002 et 2003, de 7 % à 8 % selon l'Unasa : respectivement + 15 % et + 8,4 % pour les généralistes, grâce au passage de la consultation à 20 euros, après la régression de 2001 (- 3,3 %).

Mais les écarts vont du simple au triple entre le quart le moins bien doté et le quart le plus doté parmi les généralistes.

Chez les spécialistes, la progression a été de 4 % en 2003, mais les inégalités, entre spécialités comme au sein d'une spécialité, vont de un à cinq, essentiellement en fonction de leur répartition sur le territoire.

La réforme modifiera-t-elle leur revenu ?

Les médecins "correspondants" bénéficieront d'une revalorisation qui portera la consultation, dans le secteur 1 (conventionné) à 22 euros pour un généraliste, et, pour un spécialiste, à 27 euros en 2005 puis 28 euros en 2006. En revanche, les médecins traitants ne bénéficieront d'aucune revalorisation, sauf une capitation de 40 euros par patient en affection longue durée (ALD). Par ailleurs, les généralistes verront la rémunération de la permanence des soins et des consultations pour les enfants de 0 à 2 ans augmentée. Les spécialistes non correspondants, mais conventionnés, pourront augmenter leurs tarifs jusqu'à 31,80 euros, leur patient restant remboursé au niveau conventionnel. Enfin, l'ensemble des spécialistes bénéficieront d'une revalorisation du prix des actes médicaux. Au total, les 114 000 médecins libéraux se partageront une enveloppe de 908 millions d'euros en 2005 et 2006.

En Allemagne, le généraliste s'impose comme un passage obligé depuis un an, la réforme du système de santé se met en place progressivement *Le Monde* 1er février 2005

Le rôle du médecin généraliste comme point d'entrée du système de soins avant de consulter un spécialiste, de procéder à des analyses et même de passer chez le pharmacien est en train de s'imposer progressivement en Allemagne. Et ce de façon assez consensuelle, à la suite d'une réforme introduite au 1er janvier 2004, découlant d'un compromis entre la majorité sociale-démocrate-Verte et l'opposition de droite.

Au sein du système de soins dit public - qui concerne plus de neuf assurés sur dix, lesquels adhèrent dans la pratique à des caisses d'assurance-maladie régies par la loi et qui bénéficiaient jusqu'alors de la gratuité des consultations chez les médecins agréés - un abonnement de 10 euros par trimestre a été introduit, qui vise à limiter la multiplication des consultations. Dans la pratique, chaque patient acquitte 10 euros s'il consulte un médecin pour la première fois dans le trimestre. Ce forfait est reversé aux caisses d'assurance-maladie. Si le médecin prescrit la visite chez un spécialiste, le patient n'a rien de plus à acquitter lorsqu'il se rendra chez l'autre praticien, qui lui-même pourra renvoyer vers un autre, etc. Ce système encourage à aller voir en premier un généraliste, qui pourra réorienter ensuite le patient vers une large palette de spécialistes. Faute d'ordonnance pour sa visite à un spécialiste, le patient devra acquitter à nouveau 10 euros. Par ailleurs, des abonnements supplémentaires sont demandés en cas de visite chez le dentiste, les services d'urgence et d'hospitalisation.

En revanche, les assurés qui ont choisi de sortir du système public - ils ne peuvent accéder à des assurances privées qu'à condition de gagner plus de 3 900 euros par mois - ne sont pas concernés par cette réforme. Leurs assurances remboursent tout ou partie des visites qu'ils effectuent chez des médecins privés, dont les tarifs sont dé plafonnés. Dans le public, le nouveau système encourage les patients à ne pas multiplier les avis médicaux. Il vise aussi à renflouer les comptes des caisses d'assurance-maladie, qui non seulement perçoivent les abonnements mais encore remboursent moins de consultations.

MINI-POLÉMIQUE

La réforme a effectivement modifié les comportements des patients. Selon un sondage réalisé par l'institut TNS Emnid auprès de 960 femmes et publié par le magazine féminin *Bellad* 12 janvier, 22 % des femmes affirment aller moins souvent chez le médecin en raison de cette réforme. Une mini-polémique s'est même ouverte après les déclarations d'Ingo Kailuweit, le président de la caisse d'assurance-maladie des commerçants, la Kaufmännischen Krankenkasse, envisageant la fermeture possible de 10 % à 15 % des cabinets médicaux en raison de la réforme.

Mais les organisations de médecins paraissent davantage préoccupées par la lourdeur de la collecte de ces abonnements et par les impayés qui les obligent à envoyer des rappels. C'est d'ailleurs le principal reproche qu'elles ont adressé depuis le démarrage de la réforme de la santé. La solution d'un abonnement au système de soins, qui transforme les médecins en collecteurs de cotisations sociales, ne faisait pas partie de leurs propositions. Mais le Deutscher Hausärzterverband, la première organisation de médecins généralistes, et le Deutscher Apothekerverband, qui regroupe les pharmaciens, ont passé en décembre 2004 avec la première caisse d'assurance-maladie allemande, la Barmer Ersatzkasse (5,4 millions de membres), un accord visant à renforcer la logique de la réforme. En effet, les assurés de cette caisse peuvent désormais ne payer que 10 euros par an d'abonnement au système de soins, lors de leur première visite de l'année chez leur généraliste, à condition de le choisir comme médecin référent et de s'engager, dans le cadre d'un "contrat de fourniture de soins", à le consulter avant de s'adresser à tout autre praticien, avec comme seules exceptions les consultations chez les opticiens et les gynécologues. Ils doivent choisir une pharmacie de référence, auprès de laquelle ils s'approvisionneront exclusivement. Les dispositions prévues dans le contrat visent à mieux coordonner les examens médicaux et la prise de médicaments pour éviter les examens inutiles et la surmédication. En échange de quoi *"les caisses d'assurance-maladie ont le droit de donner un bonus à leurs assurés"*, explique Heinz Jarmatz, membre du directoire du Deutscher Hausärzterverband. *"Ce système est certes lourd à gérer administrativement pour le médecin, mais il est vraiment bon d'un point de vue éthique et dans l'intérêt du patient"*, ajoute le docteur Jarmatz, selon qui le système ne rencontre pas de véritable opposition dans le corps médical. Qualifié de *"modèle d'avenir"* par la ministre des affaires sociales, Ulla Schmidt, l'accord de la Barmerkasse pourrait être imité par d'autres caisses.