

Revue de presse ONALA février 2006

Patrick Pelloux : « L'hôpital va vers une culture industrielle et productiviste » *L'Humanité* 24 février 2006

Patrick Pelloux, président de l'Association des médecins urgentistes (AMUF), médecin à l'hôpital Saint-Antoine, à Paris, est l'invité des Amis de l'Humanité vendredi.

L'an dernier, vous avez été visé par l'ordre des médecins après des déclarations sur les insuffisances de la médecine libérale. Le contexte de votre action syndicale est-il toujours aussi tendu ?

Patrick Pelloux. Oui. L'an dernier, le conseil de l'ordre avait apaisé ses attaques contre moi, mais manifestement, ceux qui ont formulé la plainte veulent à tout prix des sanctions disciplinaires. En mobilisant leur réseau, ils ont monté un dossier à charge en utilisant tout ce qui s'est dit sur mon action syndicale et sur moi. Alors que la population a des besoins réels en termes d'accès aux soins, ils éludent et préfèrent se consacrer à leurs intérêts catégoriels.

Quelles sont vos relations avec le ministère de la Santé ?

Patrick Pelloux. Je crois qu'il n'y a jamais eu autant de censure en France sur les problèmes de santé. Depuis 2003, plus une télé, plus une radio n'a le droit de venir aux urgences de Saint-Antoine. A contrario, je constate que la télévision passe des reportages curieusement positifs sur le monde hospitalier. Il y a quelques jours, France 2 a diffusé un sujet sur une clinique écologique. Il était évidemment précisé que cette maternité coûtait moins qu'un hôpital public. Quant à notre action, le gouvernement ne respecte pas la représentativité syndicale. Depuis juin dernier, nous avons des élus issus de listes autonomes, mais le ministère de la Santé continue à négocier avec des syndicats minoritaires. Ces organisations ont signé tous les protocoles d'accord et vont dans le sens de l'« hôpital entreprise » voulu par le plan hôpital 2007.

Dans quel état se trouve l'hôpital ?

Patrick Pelloux. Les hôpitaux sont maintenus dans des déficits intenable. Ils souffrent également de l'insuffisance de recrutement. Une infirmière qui entre à l'hôpital public ne reste pas plus de cinq ans, à cause des conditions de travail. À Saint-Antoine, 25 % des infirmières vont quitter le service. Rien n'est fait pour les retenir. On rembauche sur des contrats courts. Souvent même les postes sont laissés délibérément vacants. Les malades s'entassent sur des brancards, la situation ne fait que s'aggraver.

Pourtant, les impératifs de santé publique supposent un hôpital solide. Que pensez-vous de la gestion par le gouvernement de la menace de grippe aviaire et des ravages du chikungunya ?

Patrick Pelloux. À propos du chikungunya, nous avons alerté les autorités dès le mois de janvier. Nous avons mobilisé notre réseau pour envoyer des renforts, mais au niveau gouvernemental l'effort a été insuffisant. Sur la grippe aviaire, pour l'instant, les décisions sont bonnes. Mais si l'hôpital devait accueillir des afflux massifs, nous ne pourrions pas faire face. Certaines zones géographiques manquent de lits, des plateaux techniques ont été privatisés, des médecins sont partis dans le privé.

Comment réagit la communauté hospitalière ?

Patrick Pelloux. Avant les années quatre-vingt, un bon médecin voyait des malades. Aujourd'hui un bon médecin publie en anglais. Celui qui se consacre à la gestion, comme un économiste, est le meilleur. Cette tendance est impulsée par le gouvernement, qui veut instaurer des primes à la rentabilité pour augmenter la production de soins. Nous quittons la médecine de la relation avec le malade pour aller vers une culture industrielle et productiviste. La tarification à l'activité (1) est l'instrument de cette évolution : elle fait l'impasse sur la qualité.

Quelles sont les conséquences de la tarification à l'activité, pour les urgences ?

Patrick Pelloux. Il est de plus en plus difficile d'hospitaliser un patient après son passage aux urgences. Les services d'aval, dont le budget va dépendre de la rentabilité des malades qu'ils accueillent, sélectionnent en fonction des pathologies qui rapportent.

Vous parlez souvent de la vocation sociale de l'hôpital. Expliquez-nous.

Patrick Pelloux. La mission sociale fait partie de l'histoire des hôpitaux. Au début, l'hôpital se faisait un devoir d'accueillir tous les indigents. Aujourd'hui, la très grande précarité atterrit dans les lits infirmiers du SAMU social ; qui ont constitué petit à petit un hôpital à pauvres. L'hôpital a également un rôle de maillage du territoire. Dans les régions où la poste, l'école, la gare et l'hôpital sont fermés, il n'y a plus rien. Et comme les gros hôpitaux qui restent n'ont pas les moyens d'accueillir tous ceux qui convergent vers eux, de nouvelles formes de misère se développent. Je pense aux personnes âgées. En quinze ans, 100 000 lits ont fermé.

Rétrospectivement quel regard portez-vous sur les événements de l'été 2003 ?

Patrick Pelloux. Le gouvernement fait semblant que la canicule n'a pas existé. Je suis consterné que le sort des personnes âgées dépende des « pièces jaunes ». La tragédie n'a rien changé à la politique de fermeture de lits et de restriction des soins. Au plan personnel, j'ai payé pour avoir réveillé un gouvernement qui roupillait. Ma carrière est cuite. En rencontrant il y a peu Raymond et Lucie Aubrac par l'intermédiaire de Charlie Hebdo, j'ai eu le sentiment que notre époque avait des allures néo-pétainistes et qu'à mon petit niveau j'étais en résistance.

(1) Avec la tarification à l'activité, les budgets des hôpitaux sont abondés en fonction de leur activité réelle. Chaque pathologie rapporte une somme déterminée à l'établissement, quel que soit son coût réel.

« Les Réunionnais doivent être acteurs de leur santé »

L'Humanité 24 février 2006

Gélita Hoarau, sénatrice (PCR), a attiré l'attention des autorités sur l'ampleur de l'épidémie dès octobre 2005.

Quand avez-vous attiré l'attention des autorités sur l'épidémie qui frappe l'île ?

Gélita Hoarau. Les premiers cas sont apparus en février 2005. Les services de santé étaient persuadés que l'hiver austral (juillet-août) aurait raison des moustiques vecteurs du chikungunya. Lors de la rentrée parlementaire, en octobre, nous étions déjà à 3 000 cas officiels. J'ai alors attiré l'attention de François Baroin, ministre de l'Outre-Mer. On m'a répondu : « C'est une forme de grippe, ça va passer », sous-entendu, ce n'est pas la peine de pleurer. Pourtant, les médecins tiraient eux aussi la sonnette d'alarme. En novembre, je me suis adressée au ministre de la Santé. Officieusement, il y avait déjà plus de 30 000 cas. J'ai proposé que la lutte contre le chikungunya soit déclarée cause nationale. Moralité : on accorde royalement 40 000 euros à la Réunion. Évidemment, l'épidémie s'est développée à grande vitesse. Certaines communes, comme celle du Port - qui, par exemple, a mis en place des déchetteries mobiles très efficaces -, ont décidé de réagir sans attendre, en puisant dans leurs propres ressources. Le 19 janvier, je profite des questions d'actualité pour interpellier de nouveau le ministre de la Santé : il était urgent de mettre en place un plan cohérent, en relation avec la population, pour éradiquer la maladie. Les hôpitaux étaient débordés, les personnels eux aussi touchés. La presse, dans l'île, à ce moment-là, a commencé à rendre publique des chiffres officiels, à faire connaître des cas de malades. Mais il n'y a aucune écoute des habitants de la Réunion par les autorités, qui arrêtent leurs décisions en se moquant éperdument de ce que disent la population et ses élus.

Que pensez-vous des chiffres avancés officiellement ?

Gélita Hoarau. Les médecins me disent aujourd'hui encore que les chiffres officiels sont largement en dessous de la réalité. Qu'il convient, systématiquement, d'y ajouter au moins 20 000 à 30 000 cas. Pourquoi ? Dans chaque famille où un membre est malade, quand d'autres sont touchés, ils ne vont pas voir le médecin, ils connaissent les symptômes et les soins à prodiguer ; ils échappent aux statistiques.

Que pensez-vous de l'utilisation des insecticides ?

Gélita Hoarau. Nous vivons une catastrophe non seulement sanitaire mais aussi économique et écologique. Les épandages atteignent la faune et la flore endémiques, y compris les prédateurs des moustiques ! Pourtant, nous avons un moyen tout à fait performant de lutter contre les larves des moustiques : la bactérie BTI. C'est une bactérie que nos agriculteurs peuvent mettre en culture : la noix de coco est un excellent incubateur. Elle a tous les avantages : c'est un moyen écologique de lutter contre le moustique vecteur du chikungunya, qui servirait l'économie du pays et qui permettrait d'impliquer la population dans la lutte contre la maladie. C'est un projet de développement durable

réalisable aisément, dont j'ai parlé à la ministre de l'Environnement. Il est grand temps que les Réunionnais deviennent les acteurs de leur santé. Et même qu'ils apportent ainsi une aide aux pays voisins touchés par la maladie.

Le chikungunya a-t-il joué un rôle de révélateur ?

Gélita Hoarau. Cette maladie a mis en évidence que trop de gens avaient oublié que la Réunion est dans une zone tropicale, africaine. Trop de gens ont oublié que l'île avait connu des épidémies terribles transmises par le moustique : la grippe espagnole, le paludisme, la dengue. Notre service de prophylaxie, qui avait, à l'époque, éradiqué le paludisme avec une parfaite efficacité, a été délibérément démantelé, et un récent rapport de l'IGAS prédit sa prochaine disparition. Nous n'avons plus de veille sanitaire. Il est urgent de réactiver ce service car, face à une maladie émergente comme le chikungunya, la prévention est essentielle.

Quelles décisions prendre tout de suite ?

Gélita Hoarau. 300 000 personnes, ici, relèvent de la couverture médicale universelle (CMU). Ces gens ont très peu de moyens. Et, entre autres, pas les moyens d'acheter des répulsifs, qui évitent de se faire piquer. Il faut que le gouvernement, rapidement, donne à ces personnes, gratuitement, des répulsifs. Ensuite, il faut que le gouvernement décide de produire cette bactérie, le BTI, à la Réunion, et la mette à la disposition de la population. Elle est aussi efficace pour détruire les gîtes larvaires que sans danger pour les humains. Si cette décision avait été prise il y a six mois, on n'en serait pas là. Nous avons ici, à la Réunion, un vécu, un savoir-faire, des connaissances : qu'on utilise tout ça !

Chikungunya : « La réactivité médicale a été très bonne » L'Humanité 24 février 2006

Entretien avec Frédéric Staikowsky, chef du service des urgences du centre hospitalier de Saint-Pierre.

Les services d'urgences ont été aux avant-postes de l'épidémie. Comment s'est-elle déclarée ?

Frédéric Staikowsky. Elle a commencé de façon dramatique dans l'est de l'île : l'hôpital Saint-Benoît a été submergé de patients. Ils ont un « service porte » (1) qui compte 5 ou 6 lits, alors qu'ils devaient en permanence garder sous surveillance 20 à 22 malades du chikungunya. Puis le virus s'est propagé dans le sud, où se sont déclarées les premières formes graves, avant de gagner le reste du territoire. À Saint-Denis, un service est réservé à la prise en charge du chikungunya. Ici, à Saint-Pierre, où il y a le plus gros service d'urgences, nous avons trouvé des règles de fonctionnement interne. Nous nous sommes mis d'accord avec la clinique voisine pour avoir dix lits de médecine à notre disposition, et nous avons utilisé les lits de notre service de chirurgie pour hospitaliser les cas les plus problématiques. Avec l'aide de l'agence régionale d'hospitalisation (ARH), nous avons également mobilisé les services sociaux, pour tenir compte de l'aspect invalidant de la maladie : les patients devaient pouvoir rentrer chez eux avec l'assurance d'être suivis. Pour cela, les infirmières ont été autorisées à réaliser des actes au-delà de leurs compétences habituelles.

Néanmoins, l'épidémie ne cesse pas, et l'afflux de patients reste important. Comment gérez-vous sur la durée ?

Frédéric Staikowsky. Nous avons effectivement toujours 10 % à 15 % de passages en plus aux urgences. 20 % à 25 % de ceux qui se présentent sont atteints du chikungunya. Parmi eux, 35 % doivent être hospitalisés, sur une durée que nous raccourcissons au maximum. À cela, il faut ajouter qu'un quart de notre personnel a été atteint. Nous avons eu des jours très difficiles. Heureusement, nous avons pu recruter des infirmières au chômage, et des renforts nous sont venus de métropole, fin janvier. Ce qui nous manque le plus, ce sont les brancards. Il nous en faut beaucoup. Nous avons sollicité l'aide du ministère de la Santé, mais la direction de l'hospitalisation nous a répondu que l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris n'avait que dix brancards à nous prêter ! Il nous faut donc lancer une procédure d'achat, mais cela signifie que nous n'aurons le matériel qu'en septembre !

Il y a eu une crispation avec les médecins libéraux sur la permanence des soins. Cette question est-elle résolue ?

Frédéric Staikowsky. Le conseil de l'ordre de l'île avait déclaré que la permanence des soins - la nuit et le week-end - ne relevait que des urgences hospitalières. Nous avons finalement trouvé un terrain d'entente. Des libéraux tiennent désormais des permanences le week-end au sein des hôpitaux, ce qui nous soulage beaucoup. Dans tous les cas, il y a eu une très bonne réactivité médicale. L'hôpital comme les médecins de ville ont vu beaucoup de malades. L'ARH, de son côté, s'est mobilisée.

Actuellement, nous sommes dans une phase de stabilisation des admissions aux urgences. Mais la maladie a posé un problème, dans le sens où elle n'était jamais apparue ailleurs sous la forme que nous avons à traiter.

(1) Service qui permet de garder en observation les patients avant qu'ils ne rentrent chez eux.

La Réunion malade de l'incurie du pouvoir L'Humanité 24 février 2006

Chikungunya. L'épidémie prend de telles proportions que, ce week-end, une délégation d'experts de l'OMS et plusieurs ministres français, dont le premier d'entre eux, seront à la Réunion.

« C'est au réveil que c'est le plus dur. Ankylosé, il faut se chauffer pendant cinq bonnes minutes en marchant dans la maison. Après ça, les douleurs persistent durant la journée. » Ainsi s'exprime, Antoine Boyer, artisan réunionnais touché par le chikungunya, comme 130 000 habitants de l'île, atteints à des degrés divers par la maladie, un an après le premier cas identifié.

L'apathie des autorités

Une catastrophe sanitaire, une crise économique et un environnement attaqué : les Réunionnais paient aujourd'hui les conséquences de dix mois d'hésitations, de dissimulations, car l'alarme est déclenchée depuis bien longtemps. Le 14 avril 2005, lors d'une conférence de presse, la DRASS reconnaissait l'existence du chikungunya à la Réunion, apparu le 22 février dans l'île. Le virus était présent dans le sud-ouest de l'océan Indien, transporté par un moustique. Le 12 mai 2005, la DRASS reconnaissait officiellement 120 cas ; 1 678 cas le 13 juin ; 2 724 cas le 25 juillet ; 2 959 cas le 8 août.

Une hausse régulière qui s'accompagne d'une apathie des autorités de l'État, responsables de la santé publique. En effet, pour ces experts, les froides nuits de l'hiver austral sont censées venir à bout du vecteur de la maladie, le moustique aedes ! Mais l'hiver réunionnais est loin des frimas européens. Et en octobre, à la fin de la saison froide, force est de constater le résultat de l'inaction et de la sous-estimation du danger. « Le nombre de nouveaux cas ne diminue plus de manière importante et l'hiver austral n'a pas permis l'interruption de la transmission du virus chikungunya », reconnaît Christian Renault, ingénieur épidémiologiste à la cellule interrégionale d'épidémiologie. Dès le mois de septembre, le centre hospitalier de Saint-Pierre, dans le sud de l'île, signale plusieurs cas inquiétants de possible transmission du virus de la mère à l'enfant, dont 3 cas d'encéphalite, ce qui fait des femmes enceintes une population à risque.

Devant l'ampleur de la catastrophe sanitaire prévisible, des voix réunionnaises se font entendre. Dès le mois d'octobre, le Parti communiste réunionnais rappelle à l'État ses responsabilités et demande une action résolue contre le vecteur de la maladie, en utilisant prioritairement la lutte biologique pour éradiquer les larves afin d'éviter les épandages massifs d'insecticide. À Paris, la sénatrice Gélita Hoarau (voir interview ci-après) appelle à faire de la lutte contre le chikungunya une cause nationale et demande la création d'une mission d'enquête sénatoriale. Devant le silence des autorités, le 18 janvier 2006, 32 médecins signent une lettre ouverte publiée dans la presse dans laquelle ils dénoncent « une chape de silence maintenue sur le sujet depuis mars 2005 » et s'élèvent contre les propos du ministre de l'Outre-Mer, le 4 janvier, sur France-Inter. François Baroin y qualifiait le chikungunya de « grosse grippe » qui fait marcher le dos courbé. « Maladie invalidante, elle nécessite des arrêts de travail répétés, des traitements antidouleur parfois assez lourds, écrivent les médecins. Pourquoi cette inertie pendant d'aussi longs mois ? Pourquoi projeter sur les Réunionnais la responsabilité de la propagation du virus alors que les choses, dès le départ, n'ont pas été prises au sérieux par les autorités ? » affirment-ils avec force, qualifiant de mensonge par omission le nombre de 7 600 cas annoncés officiellement cette deuxième semaine de janvier.

Face à l'inertie gouvernementale, les collectivités locales se mobilisent avec la mise à disposition de 900 emplois verts par la région, d'un millier de travailleurs en contrat aidé par le conseil général, sans compter les employés municipaux des communes réunionnaises. Ces moyens humains constituent l'essentiel des forces sur le terrain contre le moustique, aux côtés des équipes de la DRASS et des militaires. Prenant enfin conscience de l'ampleur de la catastrophe, l'État commence à agir contre le moustique. Mais, d'emblée, il privilégie la lutte chimique, les insecticides, contre les moustiques et les larves. Malgré la quantité importante de produits utilisés, l'épidémie continue de flamber. Les

autorités reconnaissent, difficilement, officiellement, 10 383 malades le 19 janvier, 24 000 le 24 janvier, avant que, le 2 février, le préfet lâche, à la télévision, le chiffre de 50 000 lors d'une visite du ministre de la Santé !

Catastrophe écologique

Commence alors une démoustication à grands coups de Téméphos et de Fénitrothion. La riche biodiversité de l'île est menacée par les dégâts infligés aux insectes pollinisateurs, car ces produits ne sont pas sélectifs et tuent sans discernement moustiques, abeilles, lézards, papillons. À Bras-des-Chevrettes, dans l'est de l'île, les parents d'élèves dénoncent « l'utilisation massive des insecticides chimiques dans le traitement par pulvérisation dans les écoles, les collèges et les lycées ». Des élèves et des enseignants souffrent de maux de tête, de vomissements après le passage des équipes de démoustication. La faune et la flore sont attaquées et le chikungunya continue de prospérer.

Malgré la faiblesse des résultats et les dégâts sur l'environnement, les autorités persistent à utiliser ces insecticides dangereux. Pourquoi ? Gilbert Bigot, technicien à la DRASS pendant trente-quatre ans et vétérinaire de la lutte (victorieuse) contre le paludisme, se souvient avoir utilisé le DTT pour lutter contre l'anophèle, moustique vecteur de la maladie mortelle. Lorsque ce produit a été déclaré nocif par l'Organisation mondiale de la santé, qu'a-t-on fait des stocks ? « Il nous restait alors plus d'une dizaine d'hectolitres de produits qu'au lieu de détruire, on a envoyé à Mayotte. Cela vous donne une idée de ce qui peut être fait... »

La préfecture a officiellement annoncé, le 11 février, la fin de l'utilisation des produits nocifs, mais la méfiance demeure. Avec quelque raison. Philippe, habitant de l'Étang-Salé (sud de l'île) raconte : « Le mercredi 14 février, les militaires débarquaient chez moi pour un traitement. J'ai demandé le nom du produit, et là, surprise, dans leurs machines, ils m'annoncent un mélange de deux produits à base de Fénitrothion et de Téméphos ! À mon sens, les choses sont claires : pour la préfecture, il semble plus simple de se débarrasser des stocks de produits au détriment de la santé des Réunionnais et de l'environnement, plutôt que de les stocker et les retourner en métropole. Et pour s'en débarrasser plus vite, on les mélange ! »

Redoutable incertitude

Aux malades par milliers, aux nombres d'arrêts de travail et d'annulations de séjour touristique qui explosent, vient se greffer une redoutable incertitude : on ne connaît pas grand-chose de la maladie. Annoncée comme non mortelle, on se rend compte que, depuis le 1er janvier, elle est à l'origine de 77 décès, dont deux enfants emportés par une méningo-encéphalite virale. Et une surmortalité de 350 personnes en 2005 reste sans explication. Nul doute que la méthode mise au point à la Réunion pour combattre le virus sera attentivement observée. Car, paradoxalement, la contamination de ce département d'outre-mer réveille l'espoir de millions d'habitants du continent africain confrontés depuis des décennies au chikungunya. Le virus est arrivé dans une région de l'Union européenne et des moyens sont dégagés pour le combattre, de nombreuses pistes sont explorées. Elles pourraient déboucher sur une solution qui pourrait libérer des millions de pauvres de douleurs qui les handicapent.

La Sécu accroît la lutte contre les fraudes ***Le Figaro 24 février 2006***

Après les arrêts de travail abusifs et les remboursements indus à 100%, l'assurance-maladie s'attaque aux transports sanitaires et à la chirurgie esthétique.

UN MÉDECIN de la région Rhône-Alpes, autrefois suspendu pendant six mois par le Conseil de l'ordre, qui délivre huit fois plus d'«arrêts maladie» que la moyenne nationale. Un autre en Ile-de-France, déjà poursuivi en 2001 pour doubles facturations, qui prescrit 51 135 journées d'arrêt de travail en 2004, contre 2 822 en moyenne pour ses confrères. Une jeune femme de 34 ans qui consulte 75 médecins par mois et achète 12 boîtes d'antidépresseurs et 6 boîtes d'anxiolytiques par jour – une plainte pour trafic a été déposée.

Ces cas sont «atypiques», dit la Caisse nationale d'assurance-maladie (Cnam), mais bien réels. «Même si la fraude est relativement faible, elle doit être combattue. Cela revêt un caractère moral», estime le docteur Pierre Fender, directeur du contrôle de la Caisse.

La Cnam a lancé l'an dernier son premier vrai programme national de lutte contre la fraude, avec une priorité : traquer les arrêts de travail injustifiés. Près de 250 000 contrôles sur des arrêts de courte durée ont eu lieu (contre 34 000 en 2003) : dans 15% des cas, ils étaient injustifiés. Tous les arrêts de plus de 60 jours ont été contrôlés, contre 90 jours auparavant. Leur prolongation a été refusée dans 17,5% des cas.

L'utilisation abusive des «ordonnanciers bi-zones» a également été surveillée. Des malades suivis pour hypertension grave ont par exemple bénéficié de remboursements à 100%, réservés aux soins liés à ce type d'affection de longue durée, pour des... antifongiques gynécologiques. Ont encore été contrôlés les gros consommateurs de médicaments, les patients ayant une consommation anormale de Subutex (substitut à l'héroïne, objet de trafics fréquents) et les laboratoires qui «confondent» une méthode d'analyse avec une autre, mieux rémunérée.

Condamnés à des amendes

En 2006, la Cnam espère ainsi récupérer ou éviter 100 millions d'euros de dépenses indues. Cela représente moins d'un millième de ses remboursements. Mais il faut ajouter l'effet dissuasif de la lutte contre la fraude, qui mobilise presque 10 000 agents. «Un investissement rentable», assure Frédéric van Rookeghem, directeur de la caisse.

Cette année, les vérifications porteront aussi sur la facturation des actes des hôpitaux et cliniques, les prescriptions de transport sanitaire, les pratiques frauduleuses dans les pharmacies (ventes fictives de médicaments...) et la chirurgie esthétique. La tentation est grande, pour certains patients, de demander à leur chirurgien de «déguiser» une intervention esthétique non remboursée, en opération réparatrice prise en charge par la Sécu, comme la pose d'une prothèse mammaire après un cancer.

Après les assurés en 2005, les médecins seront cette fois spécialement visés. Depuis quelques mois, les «brebis galeuses» peuvent en effet être condamnées à des amendes ou ne plus être autorisées à prescrire des arrêts de travail sans autorisation préalable. Jusqu'ici les seules sanctions possibles relevaient du pénal ou de l'Ordre des médecins (suspension...). Très lourdes, elles étaient rarement prononcées.

L'hôpital Avicenne en grève *L'Humanité* 22 février 2006

Ils sont en grève, mais, comme d'habitude, ils sont assignés et sont à leur poste. Fatalement, le mouvement des personnels de nuit de l'hôpital Avicenne, à Bobigny (Seine-Saint-Denis), mené par le syndicat SUD santé, manque de visibilité. Il a pourtant démarré le 6 février dernier. La direction a tardé à réagir : elle n'a rencontré les syndicats, CGT et SUD que la semaine dernière. Les infirmiers, aides-soignants, brancardiers et agents mobilisés protestent contre la vacance de onze postes dans l'équipe de suppléance, qui, sur le papier, devrait compter 21 membres. Ce « pool » aujourd'hui squelettique avait été acquis de haute lutte en 2001, suite à une précédente grève, précisément pour épauler les services débordés.

« Par contrecoup, cette pénurie engendre l'explosion du nombre d'heures supplémentaires. Les personnels ne peuvent pas prendre normalement leurs jours de repos ou de RTT », explique Mustapha Bouaziz, délégué du personnel et membre du groupe éthique de l'établissement. Résultat : des conditions de travail déplorables, beaucoup d'épuisement et, au final, une dégradation de la qualité des soins. Le syndicat SUD santé attribue cette situation à l'application, depuis quatre ans, d'un plan de retour à l'équilibre dans tous les établissements de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), qui restreint de manière drastique les moyens disponibles.

La direction provisoire de l'hôpital, qui ne reconnaît que huit postes vacants, compte sur les nouvelles infirmières qui sortiront de l'école au mois d'avril pour les occuper en partie. Elle va également soumettre ce soir au personnel un « relevé de décisions ». Ce document transmis aux syndicats propose une révision concertée de l'organisation du travail de nuit et le recours accru à des intérimaires pour pallier les manques immédiats. « Mais les équipes soignantes rejettent cette solution », souligne Mustapha Bouaziz. « L'intérim désorganise le fonctionnement de l'hôpital. Non seulement les postes doivent être dûment pourvus, mais il faut en créer de nouveaux », assure le

syndicaliste. Tout le personnel de l'hôpital est invité jeudi à une assemblée générale. Car les conséquences néfastes de la pénurie de personnel sévissent au-delà des services de nuit.

La rentabilité imposée à l'hôpital **Le Monde 23 février 2006**

La restructuration du système hospitalier s'accélère. Depuis le 1^{er} janvier, la réforme du financement des établissements publics est entrée dans une phase active. Dès cette année, 35 % des hôpitaux - 50 % en 2008 et 100 % en 2012 - seront soumis aux nouvelles règles de la tarification à l'activité ("T2A"), fondées sur les recettes des actes pratiqués. Une échéance *"qu'il n'y a pas lieu de retarder"*, considère le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie dans un avis qui devrait être examiné, jeudi 23 février.

Cette logique devrait se substituer à la dotation par enveloppe globale couvrant l'ensemble des dépenses des établissements. A terme, l'objectif est de parvenir à la *"convergence"* des tarifs entre les secteurs public et privé, dont la concurrence risque de s'exacerber. Ces changements en cours commencent à susciter l'inquiétude, alors que les dépenses de l'hôpital continuent de croître à un rythme très élevé, de l'ordre de 5 % par an.

Pour tenter de contenir cette dérive, les gouvernements successifs, depuis 2002, ont maintenu les objectifs du plan Hôpital 2007, que Xavier Bertrand, ministre de la santé, veut prolonger jusqu'en 2012. Un plan qui, parallèlement à la réforme du financement, devrait poursuivre la réorganisation, sur l'ensemble du territoire, de la carte des activités hospitalières et de l'implantation des services, des spécialités et des matériels.

Pour les pouvoirs publics comme pour les dirigeants de l'assurance-maladie, cette restructuration doit intégrer les alternatives à l'hôpital, comme les soins à domicile ainsi que les nouvelles pratiques censées contribuer à la réduction des dépenses.

A priori, le principe de la réforme est simple. Il s'agit d'unifier la tarification des interventions et des prestations dans les deux secteurs hospitaliers, public et privé, selon une codification simple et *"transparente"*. Selon la nature des actes, des écarts considérables étaient jusque-là enregistrés, dont une part, non négligeable, provient des charges de personnels, supérieure d'environ 10 % dans le public.

Parce qu'elle est technique et financière, la mise en oeuvre de cette réforme est, en revanche, plus complexe. Elle suppose, d'abord, que soient définis les bases et les critères de tarification des actes. Cette harmonisation nécessite aussi que soient revues et prises en compte les missions respectives des établissements, en fonction des services proposés, des publics accueillis et des charges inhérentes à certains établissements, qu'il s'agisse des secteurs de pointe ou du traitement des pathologies onéreuses, de la recherche et de la formation.

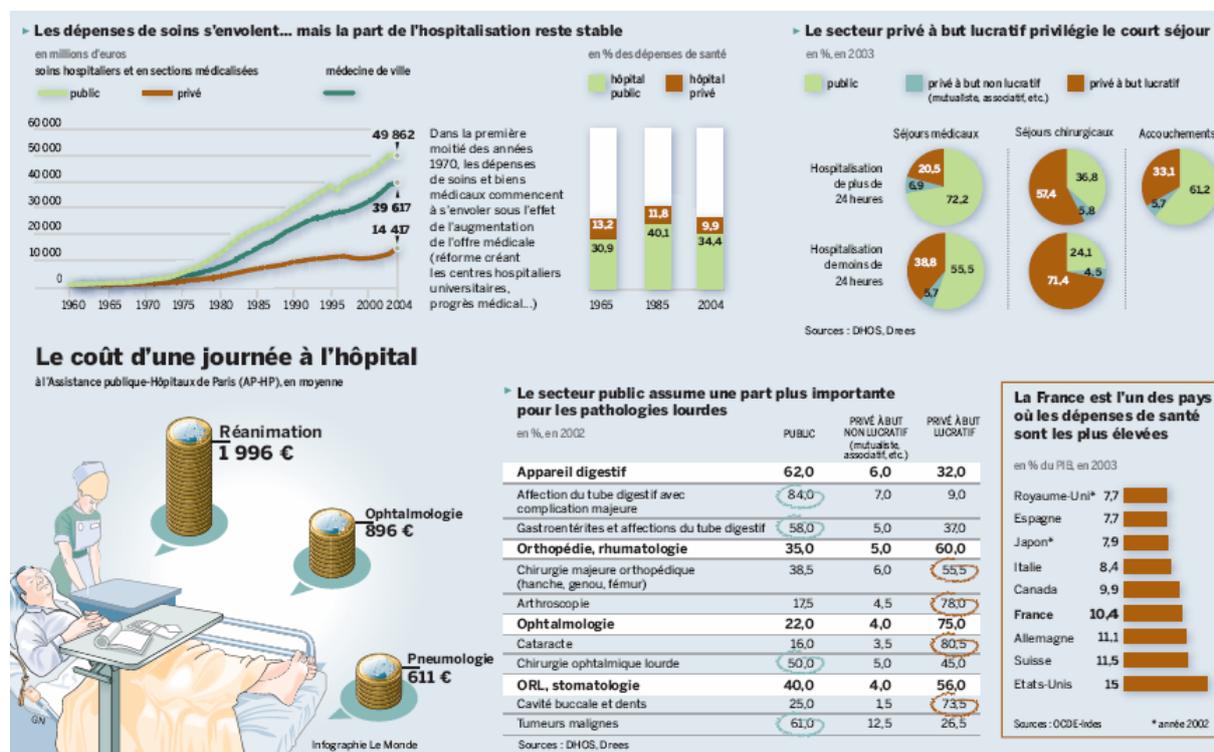
Inspirée de modèles européens, la tarification à l'activité n'est pas en soi contestée, même si, reconnaît Jean Castex, directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) au ministère de la santé, *"ce système nécessite un gros travail de pédagogie. Il a le mérite, ajoute-t-il, d'obliger tous les établissements à se regarder avec lucidité. Tous les pays qui ont mis en oeuvre ce type de tarification ont dû attendre quatre ou cinq ans avant que le modèle se stabilise"*.

En revanche, sur le flou qui subsiste sur la convergence tarifaire entre les secteurs public et privé, les craintes et les oppositions se multiplient. Dans un rapport publié en janvier, l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) admettait que *"le texte législatif n'(en) précise pas les modalités"*. Il doit a priori s'entendre comme la volonté de tarifier de manière homogène des prestations semblables. D'où la *"nécessité de vérifier (qu'elles) recouvrent des réalités similaires"*. Les études comparatives révèlent, certes, que les cliniques privées obtiennent de meilleurs résultats sur des interventions plutôt courantes, programmées à l'avance, et qui ne nécessitent que des séjours de courte durée. *"L'hôpital assume des charges qu'il ne détermine pas et doit respecter des obligations qui n'incombent pas au privé"*, se défend Claude Evin, président de la Fédération hospitalière de France (FHF), qui représente le secteur public.

Et l'ancien ministre de la santé de citer le statut des personnels, la permanence des soins et des blocs opératoires, l'intégration des honoraires des médecins et de toutes les prestations de biologie, ainsi que les examens techniques de radiographie... C'est au secteur public qu'incombent ces "missions d'intérêt général", tels l'organisation des urgences ou l'accueil des populations précaires, les consultations spécifiques (drogue, douleur, génétique, planning familial...), dont la charge est loin d'avoir été évaluée.

A prestation égale, l'alignement des tarifs nécessite, enfin, que soit déterminé le seuil de référence de chacune des prestations. Une norme que l'IGAS estime devoir être celle de la meilleure rentabilité ou du moindre coût. Bien que calquée sur le modèle de gestion de certaines cliniques, cette référence ne satisfait pas Ken Danis, le président de la Fédération hospitalière privée. Malgré les restructurations déjà intervenues dans ce secteur, l'application d'une telle règle aurait, estime-t-il, des conséquences dramatiques sur "25 % des établissements qui sont dans le rouge". Parmi ceux-là, un certain nombre de maternités privées menacées de fermeture.

Dans le public, les craintes sont réelles de voir des établissements privilégier des activités rentables, au détriment d'autres, tout aussi utiles. Mais c'est surtout l'emploi qui pourrait être menacé. "La fonction publique hospitalière connaîtra, d'ici à 2015, plus de 383 000 départs en retraite, soit 55 % de ses effectifs", note le conseil de l'hospitalisation dans son rapport de juillet 2005. Pour les uns, c'est là une chance d'accélérer la réforme. Pour d'autres, cette "gestion comptable" risque de nuire à la qualité du service public.



"Comment conserver notre éthique dans ce nouveau cadre ?" Le Monde 23 février 2006

Ils se sentent au milieu du gué, mi-enthousiastes mi-inquiets de la véritable mutation que vit leur établissement. Equipe administrative ou équipe soignante, le personnel du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Reims (Marne) a pris acte de l'entrée en vigueur de la tarification à l'activité et du passage du monde hospitalier à la logique médico-économique qui la sous-tend.

Mais leurs doutes sur l'avenir sont nombreux. "La question, pour nous, c'est comment conserver notre valeur et notre éthique dans ce nouveau cadre", résume Olivier Foglietta, sous-directeur chargé de la communication. Surnommée "T2A" dans l'univers hospitalier, la tarification à l'activité, c'est, d'abord,

pour le personnel, l'obligation de coder puis de saisir sur ordinateur chaque acte soignant, avant de transmettre ces données au département d'information médicale pour retraitement. C'est sur cette base qu'est évaluée l'activité effective du CHU, donc sa rémunération par la tutelle. *"Aujourd'hui, chaque service connaît son activité, ses ressources, son caractère déficitaire ou non"*, explique Christiane Coudrier, la directrice. L'hôpital de Reims a pu ainsi identifier, contre toute attente, que son service de gériatrie était rentable. A l'inverse, la direction estime à 900 000 euros la perte générée par l'un de ses services de réanimation, qui ne coterait pas suffisamment ses activités.

Christiane Coudrier estime que la "T2A" *"est très satisfaisante d'un point de vue théorique"*. *"Ce système est plus équitable dans son principe que l'ancienne enveloppe globale, estime-t-elle, car il valorise les établissements dynamiques."* Pour autant, l'établissement est bien conscient que ce nouveau mode de rémunération, basé, non plus sur les dépenses, mais sur les recettes, contient une possibilité de dérive qui pourrait éloigner l'hôpital de sa vocation initiale. *" Chercher des parts de marché pourrait être une tentation, explique M^{me} Coudrier. Mais, éthiquement parlant, cela ne nous paraît pas correspondre à une mission de service public."*

Du côté des médecins, si la "T2A" est appréciée parce qu'elle permet de *"valoriser certaines activités"*, elle suscite également des inquiétudes. *"Aujourd'hui, avec les tableaux de bord, on identifie des types de soins plus rentables que les autres, comme les hospitalisations courtes avec des patients peu malades, alors que les hospitalisations longues avec des patients lourds sont très coûteuses"*, explique le Pr Jean Caron, endocrinologue. *" En réanimation, dorénavant, on peut différencier les patients "rentables", qui nous font coter des actes de réa, des patients "non rentables", atteints de pathologies similaires, pour qui on n'effectuera pas certains actes, explique le Pr Alain Léon, du département d'anesthésie-réanimation. On ne fait pas ce tri, par éthique médicale, mais le risque d'effet pervers existe."*

De fait, certaines activités échappent aux codifications traditionnelles et ne sont donc ni valorisées ni rémunérées à leur juste valeur. Ainsi de l'atelier d'éducation thérapeutique de patients diabétiques, qui mobilise, pendant une semaine, cinq professionnels pour apprendre aux malades à gérer leur maladie. Ou de l'enseignement et la recherche, pourtant au cœur de l'activité des CHU.

"Je crains que cette spécificité ne soit pas assez valorisée", explique le Pr Benoît Lefèvre, dont le service d'odontologie forme 170 étudiants hospitaliers par an. *"Avec la "T2A", c'est une logique de financement à partir des résultats qui se met en place, poursuit le Pr Lefèvre. Or il faut se garder de n'avoir qu'une logique comptable. Les résultats doivent aussi se mesurer en termes sociaux, de prise en charge des pathologies lourdes, non rentables."*

Les professionnels de la psyché redoutent l'émergence d'« une psychothérapie d'Etat » Le projet de dépistage précoce des troubles du comportement suscite un tollé Le Monde 20 février 2006

N MOINS d'un mois, le texte a déjà été signé par plus de 12 000 personnes, pour la plupart professionnels de la pédopsychiatrie et de la petite enfance. Intitulée « Pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans », la pétition, qui circule sur Internet, s'insurge contre l'idée d'un dépistage des troubles du comportement chez les enfants en bas âge, préconisé par un rapport de l'Inserm (Le Monde du 23 septembre 2005).

Lancée par une dizaine de praticiens, dont Pierre Delion, pédopsychiatre au CHU de Lille, Bernard Golse, pédopsychiatre à l'hôpital Necker, à Paris, Boris Cyrulnik, neuropsychiatre, Christine Bellas-Cabane, présidente du Syndicat national des médecins de protection maternelle et infantile (PMI), Sylviane Giampino, présidente de l'Association nationale des psychologues, et François Bourdillon, président de la Société française de santé publique, la pétition a dépassé le cercle médical et circule désormais chez les enseignants et les parents.

Très controversée dans le milieu psy, l'expertise de l'Inserm préconisait « le repérage des perturbations du comportement dès la crèche et l'école maternelle » pour éviter la survenue de comportements délinquants à l'adolescence. « Faudra-t-il aller dénicher à la crèche les voleurs de cubes ou les babilleurs mythomanes ? », s'insurgent les pétitionnaires, qui récusent la « stigmatisation comme pathologique de toute manifestation vive d'opposition inhérente au développement psychique de

l'enfant ». « Plutôt que de tenter le dressage ou le rabotage des comportements, il convient de reconnaître la souffrance psychique de certains enfants à travers leur subjectivité naissante et de leur permettre de bénéficier d'une palette thérapeutique la plus variée », affirme le texte.

L'expertise de l'Inserm suscite d'autant plus d'inquiétudes que ses orientations ont été reprises dans un rapport rédigé par le député Jacques-Alain Bénisti (UMP) et remis au ministre de l'intérieur, Nicolas Sarkozy, puis dans l'avant-projet de loi sur la prévention de la délinquance.

Actuellement en discussion à Matignon, ce texte souligne ainsi « l'importance de la détection précoce des troubles du comportement » pour éviter plus tard les « comportements autodestructeurs ou agressifs pouvant conduire [les enfants] à la délinquance ».

La santé devrait sortir du champ d'application de la directive Bolkestein **Le Monde 8 février 2006**

Les médecins sont favorables à la libre circulation à l'intérieur de l'Union européenne, mais rejettent le texte sur les services. Le Parlement devrait se prononcer le 14 février

Lorsque le Parlement européen examinera la directive Bolkestein sur les services, mardi 14 février, une large majorité devrait se dégager pour exclure les services de santé de son champ. Un choix qui devrait satisfaire les médecins, pas leurs patients. « La proposition Bolkestein ouvre la voie à une Europe de la santé que nous appelons de nos vœux », proteste Martine Mériegeau, directrice d'une association franco-allemande spécialiste des litiges transfrontaliers relatifs à la santé. « Chaque pays protège son pré carré, ce qui n'est pas bon pour les patients », explique-t-elle : « Les Strasbourgeois qui souffrent de la maladie de Parkinson pourraient se faire soigner à Fribourg [Allemagne], distante de 75 km, mais comme les caisses d'assurance-maladie ne leur en donnent pas l'autorisation, ils prennent l'avion pour Marseille ! », s'exclame-t-elle.

La directive Bolkestein entendait supprimer les obstacles que les Etats mettent à rembourser les soins médicaux des patients qui voyagent. Elle proposait que les soins non hospitaliers ne requièrent plus d'autorisation préalable et que les soins hospitaliers soient remboursés au tarif le plus favorable pour le patient. Ces dispositions résultent de la jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes. « Nous acceptons que ces propositions ne figurent plus dans la directive services, mais nous souhaitons que la Commission propose un nouveau texte », a déclaré le conservateur britannique Malcolm Harbour, rapporteur fictif sur la directive services, jeudi 2 février. C'est précisément ce que le Parlement a voté en adoptant, en juin 2005, le rapport du conservateur britannique John Bowis. Il est demandé à la Commission de traiter du remboursement des soins mais aussi des questions pratiques qui se posent aux patients : où se faire soigner, comment savoir si tel hôpital a de la place, comment s'assurer de la compétence des praticiens... Ces questions devraient être traitées par le commissaire à la santé, Markos Kyprianou, et non pas l'Irlandais Charlie McCreevy, commissaire chargé du marché intérieur, successeur de Fritz Bolkestein.

Les médecins sont favorables à la libre circulation à l'intérieur de l'UE, mais ne veulent pas que la directive Bolkestein s'en occupe. « Nous avons ce qu'il faut avec une directive sur la reconnaissance des qualifications professionnelles, actualisée en 2005 », assure Lisette Tiddens-Engwirda, secrétaire générale du Comité permanent des médecins européens (CPME). Cette directive stipule déjà que les médecins peuvent effectuer librement des prestations s'ils sont « légalement établis » dans un autre Etat membre de l'UE. Un médecin anglais peut accompagner librement une colonie de vacances en Espagne, et un chirurgien allemand pratiquer une opération dans un hôpital français. Ils doivent seulement faire une déclaration préalable annuelle, et fournir la preuve de leurs diplômes et respecter le droit pénal (avortement, euthanasie) du pays où ils interviennent.

En décembre 2005, la Commission a lancé des procédures d'infraction contre la France, en raison des obstacles mis à la libre prestation des services médicaux : elle impose des déclarations acte par acte ou patient par patient. Une sage-femme allemande qui pratiquait des accouchements à domicile en Lorraine a renoncé, en raison des tracasseries administratives : elle devait faire une déclaration chaque fois qu'elle se rendait auprès de sa patiente... La directive sur les qualifications professionnelles autorise l'établissement d'un médecin en provenance d'un autre pays européen, dans les mêmes

conditions que pour les nationaux. Les formations des généralistes, désormais harmonisées, font l'objet d'une reconnaissance automatique. Ce n'est pas le cas pour les spécialistes.

Cette directive instaure des « points de contact », chargés de fournir des informations sur la reconnaissance des diplômes. La directive Bolkestein proposait, elle, un « guichet unique », auquel le médecin se serait adressé pour régler ses formalités - inscription auprès de l'Ordre, obtention d'un numéro de TVA ou de sécurité sociale et reconnaissance de ses qualifications. Elle imposait une assurance professionnelle. La Commission ne comprend pas que les médecins la rejettent : « C'est du snobisme, ils ne veulent pas être régis par le même texte que les plombiers ! », confie un fonctionnaire européen.

CES MALADIES CONTRACTÉES À L'HÔPITAL CAUSENT 4 000 MORTS PAR AN **Dans le cadre de la lutte contre les infections nosocomiales, les établissements de santé sont notés et classés**

Le Monde 7 février 2006

XAVIER BERTRAND, ministre de la santé, a présenté, lundi 6 février, un tableau de bord des infections nosocomiales destiné à mesurer la qualité des soins dans les établissements de santé. Les performances de chacun d'entre eux seront accessibles auprès des structures et, dès ce lundi, sur le site du ministère (www.sante.gouv.fr). Le numéro Indigo Info'Ministère (0820-03-33-33) permettra également d'informer les patients.

Les infections nosocomiales, c'est-à-dire celles qui sont contractées lors d'une hospitalisation, touchaient 6,9 % des patients en 2001, soit près de 800 000 personnes. Ce taux est comparable à ceux de nos voisins européens. Ces infections sont la cause directe de plus de 4 000 morts par an, selon une étude française de 2002.

Le ministère estime que 20 % à 30 % d'entre elles seraient évitables grâce à une meilleure organisation, même à moyens constants. Les économies potentielles liées à leur prévention ont été évaluées à 200 millions d'euros par an par la Haute Autorité de santé. Depuis 1999, chaque établissement de santé a l'obligation de disposer d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN). En 2004, 97 % en disposaient.

Revendiqué par les associations de malades, promis en janvier 2003 par le ministre de la santé de l'époque, Jean-François Mattei, le tableau de bord est, pour Xavier Bertrand, un moyen de faire que « la qualité régule le système de soins ».

316 ÉTABLISSEMENTS CLASSÉS A

Dans le cadre de son programme 2005-2008 de lutte contre les infections nosocomiales, le ministère de la santé veut jouer sur l'incitation et la transparence, en utilisant des indicateurs de qualité. Cinq indicateurs composent le tableau de bord.

Le premier instauré a été baptisé Icalin (indice composite d'évaluation des activités de lutte contre les infections nosocomiales). Elaboré par une équipe de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et validé par un groupe d'experts incluant des représentants des patients, cet outil regroupe 31 critères passant en revue l'organisation, les moyens et les actions de chaque structure. Un score sur une base de 100 est calculé et se traduit par un classement des établissements en cinq catégories allant de A (pour les mieux notés) à E (pour ceux ayant les scores les moins élevés).

Le ministère précise toutefois que « l'appartenance à [la classe E] ne signifie pas qu'il n'existe aucune mesure de prévention, ni que la prise en charge des patients serait dangereuse ». Pour les structures concernées, cela constitue néanmoins une mauvaise publicité, surtout au moment où les hôpitaux passent progressivement à la tarification à l'activité. En 2004, 86 % des 2 816 établissements avaient fourni leurs données sur la lutte contre les infections nosocomiales. 316 ont été classés A et 163 classés E.

L'Icalin sera complété par d'autres indicateurs, sur la surveillance de la partie du corps opérée, sur les solutions de désinfection des mains, sur le taux de staphylocoques dorés résistants à la méticilline et sur la consommation d'antibiotiques.

Enfin, une mission de développement de la médiation et d'information en matière d'infections nosocomiales, confiée à Alain-Michel Ceretti, ancien président de l'association de patients Le Lien, s'installe. Elle disposera, à partir de mars, d'un numéro Vert et d'un site Internet dédié.

En psychiatrie, l'obsession, c'est libérer les lits »
Le Monde 8 février 2006

L'ancien asile n'est plus. Pour trouver l'hôpital psychiatrique Maison-Blanche, auparavant situé dans un grand parc arboré de Neuilly-sur-Marne (Seine-Saint-Denis), il faut désormais pousser la porte d'une de ses nouvelles antennes hospitalières, délocalisées dans le nord-est de Paris. Au 129 de la rue d'Avron, à deux pas de la porte de Montreuil, près de 120 lits d'hospitalisation ont ouvert en septembre 2005, dans un bâtiment moderne et anonyme destiné aux patients du 20^e arrondissement.

Ici, le changement de murs a induit une transformation des pratiques de soin, avec une prise en charge qui se veut plus rapide et efficace, représentative de l'orientation actuelle de la psychiatrie. « Aujourd'hui, en psychiatrie, nous n'avons qu'une obsession, c'est libérer les lits, explique le docteur Norbert Skurnik, chef de service du 28^e secteur, qui occupe une aile de l'hôpital d'Avron. Auparavant, le soin de qualité, c'était prendre son temps avec le patient. Aujourd'hui, c'est faire de la place pour une hospitalisation la plus courte possible. »

Comme la majorité des hôpitaux psychiatriques en France, Maison-Blanche est engagé dans une vaste restructuration, qui lui fait peu à peu quitter la périphérie de la capitale, où il s'était installé au début du XX^e siècle, pour venir s'établir au plus près des patients parisiens. D'ici à la fin de l'année, près de 80 % de l'hôpital aura été délocalisé sur Paris, seuls les patients les plus lourds et les plus chroniques restant sur l'ancien site de Neuilly-sur-Marne.

Mais, avec le déménagement, l'hôpital a perdu en capacité d'hospitalisation, un nombre important de lits ayant été fermés à cette occasion. « Tout s'est passé comme si l'administration s'était emparée de la philosophie anti-asilaire et l'avait détournée pour faire des économies, dénonce le docteur Skurnik. Or nous ne pouvons pas faire de bonne psychiatrie sans moyens, notamment humains. »

Pour l'équipe du docteur Skurnik, passée de 55 à 39 lits à l'occasion du déménagement, l'arrivée rue d'Avron a entraîné un réel bouleversement dans les pratiques professionnelles. Alors qu'auparavant, les patients étaient tous mélangés dans les grands pavillons, et ce quelles que soient leurs pathologies, l'établissement sépare aujourd'hui les patients les plus gravement atteints, hospitalisés dans une unité fermée, des personnes dont l'état est moins lourd ou s'est amélioré, dont les chambres occupent deux étages d'hospitalisation libre.

Cette nouvelle organisation permet à l'hôpital d'accueillir des personnes souffrant de troubles modérés, comme des épisodes dépressifs, des tentatives de suicide ou des problèmes d'alcoolisme, qui refusaient auparavant de venir sur le site de Neuilly-sur-Marne, jugé trop asilaire.

Pour ces patients, dès qu'une amélioration est obtenue, la sortie est envisagée. « La réduction des lits nous oblige à ramener les gens au plus vite chez eux, explique Valérie Pedro, cadre de santé. Pour la plupart des patients, c'est une bonne chose, d'autant qu'en se rapprochant d'eux, on entretient des liens plus étroits pour assurer un suivi après l'hospitalisation. »

Ce nouveau mode d'organisation du soin n'est guère adapté, en revanche, aux cas les plus lourds, ainsi qu'aux gens en grande difficulté sociale. « Les personnes schizophrènes qui résistent au traitement, celles qui arpentent à grands pas les couloirs ou restent prostrées dans leur coin, ont beaucoup pâti du déménagement, car on les garde beaucoup moins qu'avant », affirme le docteur Bernard Castro.

Prenant en charge des populations souvent très pauvres, étrangers sans papiers ou personnes en errance, l'équipe soignante met en place des solutions d'hébergement extérieures, appartements ou chambres d'hôtels thérapeutiques.

Mais elle a peu de solutions pour les patients les plus désocialisés, qui sont conduits, eux aussi, à repartir au plus vite. « Ces gens-là font effectivement des allers-retours entre nous et l'extérieur,

explique Mme Pedro. C'est le serpent qui se mord la queue, car quand ils retournent dans la rue, il y a un risque accru qu'ils décompensent à nouveau et qu'ils reviennent à l'hôpital. »

Si l'hôpital est conduit à sortir au plus vite ses patients, alors qu'ils sont à peine stabilisés, on lui demande, à l'inverse, de garder le plus longtemps possible des personnes qui ont provoqué des troubles à l'ordre public. Rue d'Avron, c'est le cas d'un sans-domicile-fixe hongrois, qui arpente les couloirs en marmonnant dans sa langue natale et a été hospitalisé d'office, par le préfet, « alors qu'il faisait le clown place Saint-Sulpice ». « C'est un psychotique chronique, il va bien, il répond bien au traitement, mais la préfecture refuse sa sortie, explique le docteur Andréa Tortelli. Pour nous, c'est un problème, car la délinquance est considérée de plus en plus comme une maladie qu'il faudrait traiter. Mais répondre au problème social, ce n'est pas notre métier. »

« Nous sommes dans une contradiction permanente : on doit faire sortir les gens au plus vite, mais la société n'en veut pas s'ils ne sont pas stabilisés, renchérit le docteur Sara Bahadori. On nous demande de faire de la magie, en normativisant quelqu'un qui ne l'était pas au départ. Alors que ce n'est ni possible, ni même souhaitable... »

Psychiatrie : état d'urgence **Le Monde 8 février 2006**

Magali Bodon-Bruzel, psychiatre à Villejuif, évoque la médiatisation des cas psychiatriques "spectaculaires" et ses aspects positifs, la réhabilitation des schizophrènes et le jugement des "fous". Chat modéré par Martine Jacot et Stéphane Mazzorato.

Comment peut-on expliquer la recrudescence des cas psychiatriques ces dernières années ?

Magali Bozon-Bruzel : Je ne crois pas qu'il y ait eu une recrudescence des cas psychiatriques ces dernières années, la maladie mentale a toujours été présente et le nombre de schizophrènes, notamment, est à peu près stable. En revanche, ces derniers temps, la médiatisation des cas psychiatriques "spectaculaires" est importante. Les soignants et les médecins qui travaillent dans le secteur psychiatrique ne constatent pas particulièrement d'augmentation des "cas". Par contre, je pense que la demande d'accès à la prise en charge psychiatrique de manière générale, elle, a augmenté, peut-être que la "chose psychiatrique" fait moins peur qu'avant au public (la notion de dépression est maintenant plus acceptée, on voit dans les consultations de psychiatrie générale que beaucoup de personnes viennent pour des problèmes d'anxiété ou d'état dépressif, et ces sujets-là, probablement, osaient moins consulter, ou en tout cas le faisaient avec moins de facilité, il y a dix ans).

Cette médiatisation justement n'a-t-elle pas été judicieuse ?

Effectivement, les affaires récentes de meurtres réalisés de toute évidence par des malades mentaux ont permis qu'actuellement des débats aient lieu sur les conditions de prise en charge des personnes présentant des troubles psychiques. Et en cela, c'est une bonne chose, d'une certaine façon.

Les cas de "passage à l'acte" semblent de plus en plus visibles. Ne peut-on pas voir par ces actes, une façon de s'exprimer sans parole ?

Je ne crois pas que les passages à l'acte soient de plus en plus visibles : beaucoup d'actions violentes, et même la majorité, sont totalement inconnues du public. Souvent, moyennement graves, elles sont très fréquemment réalisées dans les hôpitaux psychiatriques, très fréquemment à l'encontre du personnel non médical, c'est-à-dire les infirmiers et les aides-soignants, et c'est la majorité des demandes d'hospitalisation des patients que nous traitons à l'UMD (unité pour malades difficiles). D'autres affaires très spectaculaires ne sont pas connues non plus, et en tant qu'expert auprès des tribunaux, j'ai pu voir des affaires tout aussi horribles que les deux derniers cas médiatiques, dont personne n'a entendu parler.

On parle beaucoup de la réhabilitation sociale des schizophrènes. Comment réhabiliter des personnes considérées a priori comme sous-productives voire improductives, alors même que les "valides" peinent à s'insérer dans la société ?

D'abord, beaucoup de schizophrènes sont productifs, parce qu'ils sont très bien insérés dans la société, ils travaillent, leur maladie est équilibrée et de moyenne intensité, et ils poursuivent les soins de

manière sérieuse. Autrement dit, beaucoup d'entre eux sont bien insérés dans la société. Il ne faut pas confondre la schizophrénie de manière générale et les schizophrènes dont la maladie est grave, qui sont extrêmement handicapés, c'est de cela que vous voulez parler, je pense, à propos d'improductivité et de réhabilitation. Pour ceux-là, le secteur psychiatrique travaille avec une assistante sociale, systématiquement, et l'équipe essaie de voir comment ces sujets handicapés peuvent trouver leur place dans la société. Parfois, les malades sont capables de travailler et ont des postes protégés dans les entreprises. Quelquefois, ils travaillent dans des centres protégés pour handicapés, comme les CAT. Certains autres sont reconnus handicapés à plus de 90 % et bénéficient alors d'une allocation adulte handicapé.

Quels sont les cas de psychiatrie les plus difficiles à traiter ?

Je ne crois pas qu'il faille répondre par un diagnostic. Les cas les plus difficiles à traiter, de manière générale, sont les patients dont la symptomatologie résiste aux traitements, c'est-à-dire où les médicaments ne produisent pas les effets escomptés. Ce qui est difficile aussi, c'est lorsque le patient ne reconnaît pas qu'il est malade.

Le manque de personnel soignant est-il très important ?

Pourquoi les psychiatres n'ont-ils pas revendiqués, avant les faits, le manque de moyens, d'effectifs, etc. ?

Les syndicats de psychiatres, depuis plus de dix ou vingt ans, ont mis en garde les différents gouvernements contre la chute prévisible du nombre de praticiens hospitaliers dans les secteurs de la psychiatrie. En matière de personnel soignant, le manque est en effet très important, variable selon les situations géographiques et les hôpitaux, et un des points importants est également la très grande féminisation de la profession au niveau du personnel non médical (infirmiers et aides-soignants). Le fait qu'il n'y ait plus que très peu d'hommes chez les infirmiers et les aides-soignants, allié à la baisse globale des effectifs du personnel, fragilise la prise en charge des malades mentaux, surtout lorsqu'ils sont difficiles, et évidemment encore plus lorsqu'ils sont dangereux. En effet, le personnel masculin est important pour le soin, car il rassure le patient agité,angoissé et prêt à passer à l'acte.

Que pensez-vous de l'action de M. Douste-Blazy, écartant le 5 février le rapport de l'Inserm concernant les psychothérapies et leur évaluation ? La psychanalyse retrouve sa légitimité. Politique ou intention louable ?

Je ne sais pas si c'est un acte politique ou une intention louable, mais je me réjouis personnellement que la psychanalyse soit comprise et entendue comme un soin qui a du sens dans une durée.

Donc, le défi consisterait-il plutôt à augmenter le nombre de psychiatres, ou leur salaire ? Qu'attendez-vous finalement ?

Je suis bien persuadée que la majorité de la profession souhaite ardemment que le nombre de psychiatres augmente, et c'est cela l'important.

La difficulté de traiter ces malades ne provient-elle pas du fait de l'extrême variété des patients enfermés et hospitalisés d'office : ceux jugés irresponsables au sens du code pénal, ceux considérés comme psychiatriquement perturbés, et enfin les patients dont les services de psychiatrie classique ne veulent plus ?

Vous parlez des patients dont les services de psychiatrie ne veulent plus, et je suppose que vous évoquez donc les sujets hospitalisés en UMD. Pour l'ensemble de ces patients dont vous parlez, la difficulté ne vient pas de la variation clinique ou bien des différences de statuts (article 122-1, 1er alinéa du code pénal ou le patient hospitalisé en HP), mais surtout de la résistance aux traitements, de la non-compréhension de la maladie et du refus de comprendre le délit du passage à l'acte. C'est à partir de ces difficultés qu'il faut inventer absolument quelque chose en matière de soins pour "sortir" le patient de l'état d'aliénation dans lequel il se trouve, parce qu'en fait il est dans un autre monde que le monde réel. Il est dans un monde privé qu'il ne peut pas communiquer et qui le fait raisonner de manière fautive et inadaptée, et tout cela dans un vécu de grande souffrance.

Pourquoi augmenter le nombre de psychiatres si le nombre de malades est stable ?

Le nombre de psychotiques est stable, mais la demande effective en matière de soins psychiatriques ne fait qu'augmenter. De plus, la mission de la psychiatrie, maintenant, est "tirée" du côté du social, et nous devons prendre en charge, en plus des psychotiques comme cela a été le cas il y a cinquante ans, les problèmes d'addiction, les troubles du comportement, les perturbations psychiques à l'adolescence et pendant l'enfance, les délinquants sexuels, et toute la sphère des troubles anxio-dépressifs qui concernent des personnes qui, maintenant, viennent consulter, "osent" consulter.

Les tentatives de suicide en UMD (unité pour malades difficiles) et les récidives d'homicide à la sortie de ces structures sont-elles fréquentes ?

Les tentatives de suicide en UMD sont rares, parce que les patients sont très surveillés, et les locaux sont très sécurisés. Mais elles existent, et, malheureusement, parfois l'institution n'arrive pas à empêcher le patient de passer à l'acte. Elles sont très peu fréquentes. Depuis sept ans que je travaille en UMD, à Henri-Colin, nous avons eu 3 suicides, si je me souviens bien, sur 100 patients hospitalisés par an. En matière de récidive d'homicide, je ne connais qu'une seule récidive de meurtre chez un patient qui effectivement est passé dans notre unité, qui est ensuite ressorti et a été suivi par son service de secteur, et qui a commis un meurtre au cours d'une permission de sortie.

Doit-on juger les "fous" ?

Le code pénal prévoit que lorsque le sujet présente une abolition de son discernement au moment des faits, il ne doit pas être responsable pénalement de son acte, mais en revanche, il doit subir des soins. Je crois qu'un sujet en état d'aliénation mentale, comme le dit le code pénal, ne doit pas être jugé, parce que pour moi, en quelque sorte, ce n'est pas sa personne qui a commis l'acte, mais finalement sa maladie.

Concrètement, que signifie une abolition de son discernement ?

L'abolition du discernement, concrètement, c'est, par exemple, un sujet en train de délirer, qui est sûr que Dieu lui a confié une mission, qui pense que les démons également tentent de le détourner, qui est assailli de voix qui lui ordonnent de tuer pour obtenir une rédemption, qui essaie de lutter pendant plusieurs jours et plusieurs nuits parce qu'il est insomniaque, qui est également envahi d'hallucinations visuelles, et qui un matin sort de chez lui alors qu'il n'osait plus le faire et "plante" le premier venu. J'ai soigné un sujet qui a tué quatre personnes comme cela.

La camisole de force et les électrochocs sont-ils encore de nos jours des moyens utilisés en psychiatrie où emploie-t-on de nouvelles techniques et des remèdes plus efficaces et moins "barbares" actuellement ?

On utilise encore la camisole et la sismothérapie (électrochocs), et ce ne sont pas des moyens barbares lorsqu'ils sont pratiqués avec professionnalisme et respect du patient, ce sont au contraire des soins très efficaces mais qu'il faut bien connaître, et pour lesquels l'indication doit être bien posée. Ce sont des traitements de recours, en réalité, mis en place quand le traitement à base de médicaments, la chimiothérapie, n'est plus efficace. Ces traitements (contention et sismothérapie) doivent être pratiqués par du personnel qui les connaît bien, sinon ils sont trop culpabilisants par leur aspect "violent". Mais en réalité, quand ils sont réalisés avec professionnalisme et calme, ils sont très rassurants pour le patient, efficaces.

Y a-t-il une apparition de maladies psychologiques jusque là inconnues ?

La psychiatrie a pour objet de soins le trouble mental. Actuellement, cette notion est élargie, et notamment aux problématiques adolescentes, à la délinquance sexuelle, c'est-à-dire aux troubles du comportement sexuel, aux troubles de l'identité sexuelle (transsexualisme), aux troubles addictifs (toxicomanie, alcoolisme, mais aussi boulimie et son contraire l'anorexie), et je pense qu'il n'y a pas de nouvelle maladie au sens strict, mais que le champ de la psychiatrie s'est considérablement ouvert et qu'il faut accepter cette ouverture, même si elle "sort" la psychiatrie du modèle médical strict. La psychogériatrie également a toute sa place dans la psychiatrie moderne.

Un an après, le plan santé mentale attend toujours *Le Monde* 8 février 2006

LA PSYCHIATRIE publique attend toujours les effets du plan santé mentale. Un an après son annonce en grande pompe, le 4 février 2005, par l'ancien ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy, les professionnels de la psychiatrie n'ont encore touché aucun crédit sur le milliard d'euros qui leur avait été annoncé. Le ministère de la santé annonce les premières dépenses courant 2006, mais les soignants s'impatientent.

« Les professionnels ont quand même le sentiment qu'il ne s'est rien passé, et se demandent s'il va se passer quelque chose, affirme le docteur Yvan Halimi, président de la Conférence des présidents de

commission médicale d'établissement (CME) des hôpitaux spécialisés. La psychiatrie ne supporterait pas d'être déçue. »

En gestation depuis plusieurs années au ministère de la santé, le plan santé mentale avait été accéléré après le double meurtre d'une infirmière et d'une aide-soignante par un ancien patient, à Pau, en décembre 2004. M. Douste-Blazy avait alors promis 750 millions d'euros de dépenses d'investissement pour financer un programme immobilier « massif », 140 millions d'euros pour créer 2 500 postes médicaux et non médicaux et 25 millions d'euros pour mieux encadrer les jeunes infirmiers par un système de tutorat.

S'il a repris les orientations du plan santé mentale à son compte, l'actuel ministre de la santé, Xavier Bertrand, a surtout insisté, depuis son entrée en fonctions, sur le thème de la sécurité dans les établissements hospitaliers. Le 13 janvier, il annonçait, par communiqué, une « enveloppe exceptionnelle » de 18 millions d'euros pour « satisfaire rapidement les demandes d'équipements et de petits travaux de sécurité ». Il s'agit d'instaurer des systèmes de protection des travailleurs isolés (bips), de mettre en place la vidéosurveillance ainsi que des dispositifs de contrôle des flux et de sécurisation des chambres.

En revanche, le communiqué restait muet sur la mise en oeuvre du plan santé mentale. Au ministère de la santé, on reconnaît que « le plan démarre lentement » mais on assure que les premiers crédits ne devraient pas tarder. 52 millions d'euros devraient être débloqués en 2006 pour le recrutement de personnel supplémentaire (30 millions pour le secteur sanitaire et 22 millions pour le médico-social), tandis que 25 millions seront dépensés pour la mise en place du tutorat. Des notifications de crédits pour lancer des opérations d'investissements seront également lancées fin avril.

Le ministère devrait établir un tableau de bord de la mise en oeuvre du plan et rendre public un bilan d'évaluation à la fin du premier semestre.

CONVERGENCE TARIFAIRE PUBLIC-PRIVE **L'Igas propose d'étaler le processus dans le temps** ***Le Quotidien du Médecin* du 02/02/2006**

Dans un rapport remis au ministre de la Santé, l'Inspection générale des Affaires sociales (Igas) recommande d'estimer dans un premier temps les écarts de coûts entre les deux secteurs hospitaliers avant de faire converger les tarifs des hôpitaux et des cliniques. « L'inefficience relative » des hôpitaux publics est mentionnée. Les secteurs public et privé restent inquiets, mais pas pour les mêmes raisons.

AU TERME de six mois d'enquête, la mission Igas, mise sur pied par le ministère de la Santé, vient de rendre son rapport. Le texte*, d'une centaine de pages, porte sur «*les finalités, les modalités et le calendrier de la convergence entre les tarifs des cliniques et des hôpitaux publics*».

Dans un contexte où chaque secteur hospitalier tient l'autre pour responsable des dérapages financiers constatés et de la rigueur budgétaire imposée par le ministère de la Santé – les tarifs baisseront en 2006 pour chacun des deux secteurs –, ce document tombe à point nommé pour éclairer le débat.

Aujourd'hui, pour le même séjour hospitalier, un hôpital est mieux payé qu'une clinique : les tarifs publics des groupements homogènes de séjour (GHS) sont supérieurs de 81 % à ceux du privé (selon l'Igas). La loi prévoit de faire converger les tarifs des deux secteurs d'ici à 2012 – la moitié du chemin doit être parcourue en 2008. L'an passé, ce processus a conduit au transfert de 35 millions d'euros des hôpitaux vers les cliniques.

Eviter la dérive inflationniste. Mais la loi n'est pas claire sur un point : elle ne dit pas la façon dont il faut mettre en oeuvre cette convergence. Faut-il faire une moyenne des tarifs publics et privés ? Amener les tarifs des cliniques au niveau des tarifs publics ? Abaisser les tarifs des hôpitaux pour les aligner sur ceux des cliniques ? C'est cette dernière option qui a la faveur des auteurs du rapport Igas. Pour éviter toute dérive inflationniste, il faut aligner les tarifs sur le secteur le plus efficient, à savoir les cliniques privées, disent en substance les trois inspecteurs (Pierre Aballea, Pierre-Louis Bras et Stéphanie Seydoux).

Si le gouvernement reprend ce scénario, les conséquences pour les établissements de santé publics seront multiples. Pour faire face à la baisse de ses tarifs, donc de ses recettes, l'hôpital n'aura d'autre choix que de gagner en efficacité. Les seules économies sur la logistique ou les dépenses médicales ne suffiront probablement pas, et l'emploi hospitalier sera certainement touché. Les auteurs du rapport s'y attendent, et suggèrent de mener dès à présent une étude pour anticiper les retombées sur l'emploi.

Calendrier pas réaliste. Les trois inspecteurs considèrent en outre que le calendrier prévu par la loi n'est pas réaliste compte tenu de l'existence de certaines inconnues. Ils recommandent de procéder par étape : il faut d'abord mener une série d'études afin d'estimer précisément les écarts de coûts entre le public et le privé, et voir si le maintien d'un écart de tarif est ou non justifié, avant de poursuivre le processus de la convergence.

A la lecture du rapport Igas, les responsables des secteurs hospitaliers public et privé sont tombés d'accord sur un point : il faut commencer par estimer les coûts propres à chaque secteur. Mais le consensus s'arrête là. Car ensuite, chaque fédération d'établissements met en avant des arguments différents visant à défendre son secteur d'activité. La Fédération des établissements privés à but non lucratif (Fehap) remarque que pour apprécier la rentabilité financière des structures privées, le rapport se fonde sur la rentabilité financière. *«Or ce critère n'est pas pertinent pour notre secteur qui est à but non lucratif», souligne le directeur du secteur sanitaire de la Fehap, Jérôme Antonini. On regrette aussi le manque de prise en compte du différentiel de charges entre le public et nous.»*

Depuis plusieurs mois, la Fédération hospitalière de France (FHF) réclame le gel de la convergence tarifaire. Son délégué général livre ce commentaire : *«On ne peut pas continuer la convergence tant que des études n'ont pas été menées sur le coût à l'hôpital de la permanence des soins, de la précarité, de l'âge, de la gravité des cas traités. En somme, ce rapport apporte de l'eau à notre moulin»,* déclare le délégué général de la FHF, Gérard Vincent.

Mais quid de l'affirmation selon laquelle les cliniques seraient plus efficaces que les hôpitaux ? *«Ce n'est pas impossible, admet Gérard Vincent. L'hôpital a des efforts à faire, on doit gagner en efficacité. Mais nos statuts ne nous y aident pas. Et puis, il y a le poids de la masse salariale, dont l'augmentation est à l'origine des trois quarts de la hausse des dépenses dans le secteur public. Pour la première fois, un rapport a le courage d'écrire qu'une baisse des tarifs se traduira forcément par des réductions d'emploi: un tabou est en train de tomber.»*

Cliniques dans le rouge. FO santé n'est pas exactement sur la même longueur d'onde. La fédération *«rejette sans ambiguïté toutes mesures tendant à transformer les personnels hospitaliers en variable d'ajustement budgétaire, et organisera les actions nécessaires pour s'opposer aux suppressions de postes».*

De son côté, la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), qui regroupe la plupart des cliniques privées, tire plusieurs leçons du rapport : *«L'Igas reconnaît que le secteur privé est le plus efficace et qu'il faut lui assurer une rentabilité, se réjouit son président, Ken Danis. Par contre, nous pensons qu'il faut commencer tout de suite la convergence, sans attendre.»* Mais pas une convergence vers le bas, comme le préconise l'Igas. *«Un quart des cliniques restent dans le rouge, et leurs salariés gagnent 15% de moins qu'à l'hôpital. Il faudra inéluctablement augmenter les tarifs des cliniques, affirme Ken Danis. Si l'on amène les hôpitaux à notre niveau tarifaire actuel, ce ne sera tenable pour personne.»*

Le ministre de la Santé, Xavier Bertrand, a confirmé que les tarifs des hôpitaux et des cliniques seront en baisse cette année, mais il n'a pas officiellement réagi sur le contenu du rapport Igas. Poursuivra-t-il le processus de convergence tarifaire public-privé en 2006, ou voudra-t-il marquer une pause, comme le souhaite la FHF, mais comme s'y oppose la FHP ? Rendez-vous ces jours-ci pour le savoir.

* Le rapport Igas est consultable sur le site du ministère de la Santé www.sante.gouv.fr

Morceaux choisis

- « Même si le législateur n'a pas précisé ses intentions quant au sens de la convergence, les exigences de bonne gestion des deniers publics conduisent à considérer qu'elle doit s'opérer par un alignement progressif sur le plus efficient et non vers la moyenne. »
- « Le principe de décision en matière de tarification des cliniques doit être d'assurer une rentabilité suffisante pour garantir l'attractivité du secteur auprès des investisseurs sans pour autant constituer des "rentes". La variable de contrôle de la pertinence de la politique de tarification doit être le taux de rentabilité financière des entreprises les plus performantes. »
- « L'objectif de convergence suppose de modifier le mode de régulation des honoraires dans le secteur privé. Aucune proposition consensuelle, jusqu'à présent, n'a été formulée pour traiter ce problème. »
- « L'objectif de convergence est susceptible de remettre en cause la stabilité de l'emploi hospitalier. Il convient de simuler sans attendre l'impact de la convergence sur l'emploi hospitalier. »
- « Il existerait encore des missions non ou insuffisamment prises en compte pesant notamment sur le secteur public. (...) La mission recommande de conduire des études complémentaires sur les écarts de coût du travail médical et non médical, la différence de la gravité des cas au sein des GHS, la composition de la patientèle qui pourrait être plus "précaire" dans le public. (...) »
- « Les résultats de ces études seront disponibles, dans la meilleure des hypothèses, au début de 2008. (...) L'objectif d'une convergence de 50 % en 2008 est proprement inaccessible. Pour l'instant, la question "50 % de quoi ?" n'a pas de réponse. (...) »

Etablissements et tarification

En Espagne, le groupe Capio mise sur la capitation

Le Quotidien du Médecin du 02/02/2006

Le groupe suédois Capio, poids lourd de l'hospitalisation privée en Europe, vient de signer un contrat exceptionnel avec les autorités espagnoles fondé sur la rémunération à la capitation (350 euros par personne).

PIONNIER en matière d'expériences alliant public et privé, le groupe d'hospitalisation Capio s'apprête à tester un nouveau modèle en Espagne, fondé sur la rémunération à la capitation ; c'est la première fois, en Europe, qu'un prestataire de soins privé signe un tel contrat.

Souscrit pour une durée de trente ans, l'accord stipule que le groupe suédois devra fournir (avec un établissement flambant neuf) l'ensemble des prestations de soins spécialisés aux 100 000 habitants de Valdemoro (près de Madrid), en contrepartie d'une redevance annuelle aujourd'hui fixée à 350 euros par personne.

Si le groupe s'engage dans une telle entreprise, c'est qu'il mise sur le fort potentiel de développement de cette banlieue : «C'est le quartier typiquement choisi par les jeunes pour y faire construire ou acheter leur première maison. La population devrait atteindre 150000habitants en 2021», explique Paul Hökfelt, président du conseil d'administration de Capio Santé, filiale française basée à Villeurbanne (69), également vice-président du groupe.

Le nouvel hôpital évoluera en fonction des besoins et de la croissance de la population ; il représente un investissement de 60 millions d'euros. Son ouverture est prévue pour la fin de 2007.

L'intérêt de la prévention. Pour Capio, ce contrat représente l'occasion de renforcer sa présence dans la péninsule. Depuis l'acquisition d'un des plus grands prestataires de soins privés en Espagne, IDC Grupo Sanitario, au début de 2005, les activités du groupe s'exercent dans 22 hôpitaux et cliniques espagnols, pour un chiffre d'affaires annuel de 300 millions d'euros. Capio assure notamment la gestion d'un des plus grands hôpitaux madrilènes, la fondation Jimenez-Diaz, «capable de rivaliser avec certains grands CHU de France», estime Paul Hökfelt. A Valdemoro, le groupe espère faire la preuve d'un nouveau modèle possible d'hôpital (et de tarification) et promouvoir la santé publique

tout en réalisant des économies : «Le prix fixé par personne constituera le seul revenu de l'hôpital, explique le vice-président du groupe, notre premier intérêt sera donc de favoriser la prévention...»

Capio poursuit également sa politique offensive de rachat en France. Le 17 janvier, le groupe annonçait l'acquisition des quatre cliniques du groupe Arvita, situées dans le Val-d'Oise pour trois d'entre elles et dans le Rhône pour la dernière. Ces cliniques viennent renforcer l'offre de Capio, qui possédait déjà seize établissements français, pour un chiffre d'affaires de 220 millions d'euros sur l'exercice 2005.

Médecins à diplôme étranger

Les praticiens déçus par les propositions du gouvernement

***Le Quotidien du Médecin* du 02/02/2006**

Une nouvelle procédure d'autorisation (NPA) qui n'évolue guère, une expérience acquise non (ou mal) prise en compte : les propositions du ministère restent insatisfaisantes pour les médecins à diplôme étranger qui restent mobilisés.

XAVIER BERTRAND, en visite lundi à la Réunion, en raison de l'épidémie de Chikungunya, n'a pu recevoir en personne les syndicats de médecins à diplôme étranger. C'est donc son cabinet qui a avancé les pistes du ministre, qui ont laissé sceptiques ou déçus les praticiens concernés. Les médecins attendaient pourtant des réponses précises pour régulariser leur situation et sortir enfin de leur statut précaire.

La nouvelle procédure d'autorisation (NPA) va-t-elle perdurer ? A qui sera-t-elle appliquée et avec quelles modalités ? La réponse reste floue. Pour l'instant, l'épreuve resterait en l'état, même si le principe du concours n'est plus gravé dans le marbre. «Nous sommes contents que le ministère accepte de contester ce principe, qui semblait intangible. Nous pouvons considérer cette ouverture comme un bond en avant», estime Jamil Amhis, président de la Fédération des praticiens de santé (FPS).

Leurs confrères de l'Inpadhue (Intersyndicale nationale des praticiens à diplôme hors Union européenne) ne partagent pas cet enthousiasme. «Pour nous, c'est très décevant. D'après le ministère, la NPA reste adaptée. Ils vont faire un effort, disent-ils, en proposant un concours sans quotas, autrement dit, un examen. Mais les conditions d'entrée ne sont pas fixées», peste Talal Annani, président du Syndicat national des Padhue (Snpadhue).

C'est pourtant là que le bât blesse, puisque les revendications des organisations syndicales portent précisément sur les modalités de l'épreuve selon l'ancienneté des candidats, l'idée étant de valider l'expérience acquise. Or, après la réunion au ministère, le flou domine.

Les deux cents titulaires d'un certificat de synthèse clinique et thérapeutique (Csct) devraient, quant à eux, être exemptés de toute épreuve, concours ou examen, pour présenter leur dossier devant la commission d'autorisation. Le sort des titulaires d'un diplôme interuniversitaire de spécialisation (DIS) ne serait pas réglé dans les mêmes termes. Quant aux praticiens qui exercent en France depuis plus de trois ans ou depuis plus de cinq ans, on ignore si leur expérience sera prise en compte pour leur demande d'autorisation.

Le contenu de la NPA ne devrait pas évoluer, contrairement aux attentes de l'Inpadhue qui réclame l'intégration des titres et travaux dans cette épreuve. «Je connais des personnes plus compétentes que moi qui ont échoué à la NPA», témoigne Talal Annani, qui a été recalé avec une moyenne de 14,75.

Marche de protestation. Les deux syndicats sont attendus le 14 février au ministère de la Santé. Xavier Bertrand devrait valider les pistes de réflexion. Mais l'Inpadhue, très remontée, prépare l'offensive. Hier, les praticiens ont repris, devant l'Assemblée nationale, le piquet de protestation hebdomadaire qu'ils avaient mis en place avant Noël. Ils envisagent un appel à signature citoyenne ainsi qu'une «grande manifestation avec (leurs) collègues» d'ici à la fin du mois de février. Plusieurs syndicats de médecins ont déjà manifesté leur soutien, dont l'Association des médecins urgentistes de France (Amuf) du Dr Patrick Pelloux et le Syndicat national des pédiatres des établissements hospitaliers (Snpeh), présidé par le Dr Philippe Talon. La FPS, de son côté, reste sur ses gardes. «Il demeure de grosses zones d'ombre», regrette Hani-Jean Tawil, délégué général de la FPS.

Certains se demanderont si, au lieu de ce maquis statutaire, il ne serait pas préférable de proposer à tous les Padhue une épreuve unique, cohérente, qui attesterait leur compétence, à l'heure où tous les médecins doivent se soumettre aux exigences d'une évaluation régulière. La situation de précarité des Padhue serait peut-être assainie, tout en respectant les principes d'équité et d'égalité à l'égard de leurs confrères à diplôme français.

**Un rapport de l'Igas
Le malaise des travailleurs sociaux
Le Quotidien du Médecin du 02/02/2006**

L'INSPECTION générale des affaires sociales (Igas) souligne, dans son rapport annuel, le malaise des travailleurs sociaux et les failles de leurs activités auprès de personnes en difficulté, qu'il s'agisse d'enfants maltraités, de jeunes au RMI ou d'hommes et de femmes isolés.

Les 38 000 assistantes sociales (1998), les 3 500 conseillers en économie sociale et familiale et les 18 600 éducateurs spécialisés, qui dépendent pour la plupart des départements, sont «peu soutenus».

«Ils ont l'impression de répéter sans cesse les mêmes démarches, sans avoir fait autre chose que d'agir dans l'urgence et de parer à la crise». «L'intervention n'est pas assez préventive et intensive», constatent les rapporteurs. «Si on s'occupait des gens qui ne paient pas leur loyer dès le deuxième mois d'impayé, on pourrait éviter le surendettement et les expulsions locatives», ajoutent-ils.

Les travailleurs sociaux sont en fait confrontés à une «gageure»: «Leur objectif est l'insertion», mais les outils d'intégration, c'est-à-dire le travail et le logement, «font défaut». Pour que cela change, le rapport estime qu'il faut agir «avant la crise», «le plus en amont possible et de façon continue dans le temps». L'Igas recommande un «travail social plus intense en direction de certains publics» sans «réserver l'intensité aux situations d'échec».

Quant à l'idée d'un «secret social partagé» entre travailleurs sociaux, enseignants et médecins, qui devrait figurer dans un prochain projet de loi pour améliorer la détection de l'enfance en danger («le Quotidien» du 30 janvier), elle inspire des réserves à l'Igas. «Partagé jusqu'où?», demande le rapport, qui plaide pour la reconnaissance d'un secret professionnel pour les travailleurs sociaux.

**Tutelle des adultes «incapables»
La réforme se fait attendre
Le Quotidien du Médecin du 02/02/2006**

Le médiateur de la République s'inquiète du retard pris par la réforme, promise depuis plusieurs années, du système des tutelles.

«LA SITUATION des 700000 personnes protégées, qui seront un million en 2010, est devenue insupportable», déclare le médiateur de la République, Jean-Paul Delevoye. L'inflation des tutelles, avec le vieillissement de la population, entraîne des risques d'abus. Un gérant de tutelle a été condamné à sept ans de prison en avril 2005 pour avoir escroqué 1,2 million d'euros à 500 personnes dont il avait la protection.

Chargés de contrôler les tuteurs, qu'il s'agisse de familles, d'associations ou de gérants professionnels, les juges des tutelles «sont débordés», explique Jean-Paul Delevoye. «La réforme de la loi du 3 janvier 1968, annoncée depuis plusieurs années comme imminente, est pour l'heure retardée, sans raison», estime-t-il en s'adressant aux pouvoirs publics.

Le gouvernement présentera ses orientations «avant la fin de la session» parlementaire en juin «et même bien avant», affirme-t-on dans l'entourage du ministre délégué à la Famille, Philippe Bas. «Ça bloque uniquement pour des questions de financement», précise-t-on. On pense à remplacer un certain nombre de tutelles «par de simples mesures d'accompagnement social», à la charge de l'Etat et des départements.

Pour sa part, l'Association des départements de France ne veut pas d'une telle réforme, car elle a peur de la surcharge financière et de son évolution dans les années à venir. Les pouvoirs publics n'excluent donc pas d'offrir des compensations aux départements déjà échaudés par le coût des dernières dispositions de la décentralisation, comme le transfert de la gestion du RMI.

En 2004, le coût des tutelles et curatelles s'est élevé à 368 millions d'euros. Conformément au texte toujours en vigueur, la mise sous tutelle se justifie par l'«altération des facultés personnelles», la «prodigalité» et l'«oisiveté». Ces mots d'un autre temps devraient disparaître avec la réforme. Seule une démonstration médicale de l'altération des facultés fondera l'ouverture d'une mise sous protection juridique. La tutelle représente actuellement les deux tiers des mesures de protection juridique. La curatelle est un régime plus léger, de conseil et de contrôle. L'une et l'autre sont prononcées par un juge, à la demande des familles ou de la justice.