

revue de presse ONALA

janvier 2005

Un redressement des comptes impressionnant AP-HP : le déficit est résorbé, les économies continuent Le Quotidien du médecin 28 janvier 2005

Voici un plan de retour à l'équilibre financier qui porte ses fruits : en l'espace d'une seule année, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) a réduit à zéro son déficit, estimé à 210 millions d'euros en 2003 par la direction. Le contrat passé avec l'Etat imposait à l'AP-HP un retour à l'équilibre au plus tard en 2007. La mission est remplie, mais la directrice générale de l'établissement, Rose-Marie Van Lerberghe, ne compte pas s'arrêter en si bon chemin. Elle explique au « Quotidien » le secret de sa méthode et ses craintes pour l'avenir, avec la montée en charge de la tarification à l'activité. Elle expose également sa vision de la nouvelle gouvernance hospitalière et des futurs pôles d'activité.

LE QUOTIDIEN - Faisons le point sur l'application du plan de retour à l'équilibre 2004-2007. L'objectif d'économies a-t-il été atteint en 2004 ? Quelles sont les conséquences sur le terrain en termes de réorganisation, d'activité et d'effectifs ?

ROSE-MARIE VAN LERBERGHE - La première année de mise en œuvre du plan équilibre est un succès. Grâce à la mobilisation de tous les hôpitaux, nous avons tenu nos engagements et réalisé 60 millions d'euros d'économies structurelles obtenues grâce à 430 projets de productivité concernant les fonctions support des hôpitaux et le siège (logistique, hôtellerie, administration...), les plateaux médico-techniques des hôpitaux (principalement laboratoires de biologie, services de radiologie, consultations...), ainsi que l'optimisation des achats dans tous les domaines (télécommunications, dispositifs médicaux, fournitures alimentaires et administratives).

Grâce au soutien de l'Etat, nous sommes allés encore plus loin. Alors que nos effectifs ont augmenté de 0,7 %, l'activité a progressé de 2,7 %, ce qui nous a permis de bénéficier de ressources supplémentaires. En outre, la mise en place de la T2A [tarification à l'activité, ndlr] nous a permis de bénéficier d'un financement à l'euro près de nos dépenses de médicaments et DMI [dispositifs médicaux implantables] coûteux, sous réserve du respect des règles de bon usage : c'est un changement majeur qui met fin à la principale cause de progression de notre déficit jusqu'en 2003.

L'Etat nous a accordé, en plus des rebasages, dès le stade du budget primitif pour 2004, des financements spécifiques importants (les mesures nouvelles) qui ont également permis de réduire notre niveau de déficit structurel.

Les effets de ces bonnes nouvelles pour nos comptes ont été accentués du fait d'importantes économies conjoncturelles résultant de notre difficulté à recruter les personnels que nous recherchons. Près de 70 millions d'euros d'économies conjoncturelles ont ainsi été enregistrées sur le groupe 1 par rapport aux crédits initialement prévus.

Enfin, nos cessions d'actifs vont nous permettre d'accélérer l'apurement des déficits accumulés au cours des exercices précédents.

Notre situation financière est donc meilleure que prévu et, pour la première fois depuis quatre ans, l'exercice 2004 va être clos sans déficit.

En 2005, comment comptez-vous économiser à nouveau 60 millions d'euros ?

Malgré ces excellentes nouvelles, notre situation financière reste fragile. La montée en puissance de la T2A va continuer de peser sur nos recettes tant que nous n'aurons pas éliminé nos écarts de coût par rapport aux autres CHU. Elle le fera d'autant plus que le coefficient correcteur de 10 % sur les tarifs dont nous avons bénéficié en 2004 est désormais réduit à 7 % et que le rythme de montée en puissance de la T2A pourrait s'accélérer. Le niveau des financements dont nous bénéficierons pour financer nos activités d'intérêt général reste incertain. Les recettes de rétrocession devraient se réduire

sensiblement dès cette année. Les perspectives de recrutement sont bonnes et nos vacances de postes vont se résorber. Les économies conjoncturelles de 2003 et de 2004 vont donc disparaître, et c'est une bonne chose.

Nous devons par ailleurs être capables de financer nos priorités stratégiques et la mise à niveau de notre effort d'investissement dans le cadre du plan stratégique. Notre projet de plan stratégique est ambitieux ; pour mieux répondre aux besoins de santé de la population, il prévoit près de 100 millions d'euros de moyens nouveaux en exploitation et un quasi-doublement de notre effort d'investissement au cours de la période 2005-2009 pour une AP-HP plus accueillante et plus sûre.

Il nous faut donc poursuivre nos efforts dans le cadre du plan stratégique et en partenariat avec l'Etat. Le programme 2005 du plan d'équilibre portera à la fois sur les services cliniques, où des gains de productivité seront redéployés en faveur des services moins bien dotés, et sur les activités support et les plateaux médico-techniques sur lesquels porteront l'essentiel des économies.

Ces économies résulteront principalement de projets de réorganisation transversaux, comme la mutualisation des laboratoires de biologie ou des cuisines, les reprises de prestations externes (blanchissage...), le regroupement de magasins, l'optimisation du traitement des déchets, du marché de restauration concédée ou encore des dépenses de télécommunications.

Ainsi nous maintiendrons au même niveau global notre effort d'efficience (180 millions d'euros) mais, en accord avec l'Etat, cet effort sera étalé en quatre ans au lieu de trois. Nous ferons donc 45 millions d'euros d'économies par an dès 2005 et jusqu'en 2008. Ainsi l'objectif d'économies fixé aux hôpitaux pour 2005 sera-t-il réduit de 25 % par rapport à nos prévisions initiales.

L'Etat nous rebasera de 125 millions d'euros, comme prévu ; mais en trois ans au lieu de deux (45 millions d'euros en 2005 et 2006, 35 millions d'euros en 2007).

Quel bilan peut-on dresser de l'application du plan Hôpital 2007 à l'AP-HP ?

Grâce à une augmentation significative des investissements (+ 30 % du volume annuel pendant cinq ans), des programmes peuvent être accélérés et des opérations complétées pour améliorer et adapter l'offre de soins, notamment dans les domaines prioritaires : les urgences (constructions, rénovations : neuf sites concernés) ; la périnatalogie (création de cinq maternités, de pôles mère/enfant, et mise aux normes des structures existantes) ; le cancer (acquisition d'équipements performants en faveur de seize sites) ; la gériatrie (humanisation de cinq sites).

Ces différents projets représentent pour l'AP-HP un investissement global de 503 millions d'euros en cinq ans (de 2003 à 2007) et concernent tous les hôpitaux soit en équipement, soit en travaux, soit en informatique ; à titre de comparaison, le montant global prévu pour le financement en investissement du plan stratégique 2005-2009 s'élève à 2,5 milliards d'euros.

De manière générale, les délais, particulièrement serrés, sont tenus. Si certains projets devaient prendre du retard ou être reportés d'une année à l'autre, des « échanges » entre les différents projets permettraient de lisser un léger décalage dans le temps. Assurément, le plan Hôpital 2007 exerce une pression positive sur le rythme de modernisation de nos hôpitaux.

Venons-en à la nouvelle gouvernance hospitalière. Quatre des trente-neuf sites de l'AP-HP ont été choisis pour anticiper cette réforme. Comment la réflexion avec le corps médical avance-t-elle ? Les pôles sont-ils installés, des responsables ont-ils été trouvés ?

Les quatre hôpitaux anticipateurs ont bien travaillé. La structuration de leurs activités en pôles est pratiquement achevée. Dix-huit pôles sont déjà totalement définis. Nous en sommes au choix des responsables de ces pôles, ce sera chose faite le 3 mars.

Nous définissons actuellement, avec les quatre hôpitaux concernés, les contours de la délégation de gestion qui sera donnée aux responsables de pôle. Les deux étapes à venir, ce sera d'abord de définir les objectifs et les moyens dans un contrat interne, puis d'établir la délégation de gestion selon un processus d'élargissement progressif, jusqu'à atteindre « un socle commun de délégations ».

Des médecins hospitalo-universitaires regroupés dans une coordination nationale préviennent qu'ils refuseront d'être chefs de pôle si cette fonction n'est pas rémunérée spécifiquement. Redoutez-vous de ne pas trouver de candidats ? Accepterez-vous que

des PH occupent la fonction de chef de pôle (ce à quoi s'opposent les hospitalo-universitaires) ?

Il y a effectivement des candidats aux fonctions de responsable de pôle dans les hôpitaux expérimentateurs. Je rappelle que le choix se fera sur une double appréciation : la qualité du projet porté par le candidat mais aussi le profil du candidat lui-même.

Le responsable de pôle doit être un manager capable de conduire des équipes, de faire des choix, de dialoguer, mais également de prendre des décisions, d'évaluer, de gérer un ensemble de personnes et de moyens au service d'un objectif. Il doit avoir du temps à consacrer à cette fonction tout en conservant une réelle activité clinique ou médico-technique. Nous estimons que la responsabilité d'un pôle correspond à un mi-temps. Le projet d'ordonnance prévoit que tous les praticiens titulaires peuvent être nommés responsables de pôle, il n'y a donc aucune exclusive. Ce sera le projet et la qualité du porteur qui guideront le choix. J'ajoute que plusieurs hôpitaux ont mis en place un comité d'audition chargé d'entendre les candidats et de donner un avis au conseil exécutif de l'hôpital.

Les hôpitaux publics ont connu plusieurs mouvements de grève la semaine dernière. Comprenez-vous les revendications des psychiatres et des chirurgiens ? Ces deux activités sont-elles menacées à l'AP-HP ?

J'entends les inquiétudes exprimées par les chirurgiens et les psychiatres de l'AP-HP. Si leurs activités ne sont pas menacées, il faut bien reconnaître qu'il est nécessaire de prendre en compte les perspectives d'évolution démographique de ces spécialités dont l'exercice présente des difficultés croissantes.

C'est pourquoi la psychiatrie est inscrite au rang des priorités du projet de plan stratégique 2005-2009. Il faut améliorer la prise en charge des urgences psychiatriques, renforcer la pédopsychiatrie et les liens avec le secteur. Plusieurs initiatives témoignent de cette volonté : les maisons des adolescents à Avicenne et Cochin, l'intégration de services liés au secteur dans des sites de l'AP-HP, comme à Bichat par exemple.

La chirurgie doit également être renforcée. Dans cet esprit, la chirurgie ambulatoire fera l'objet d'un effort tout particulier au cours du plan stratégique 2005-2009. Il faudra aussi nous intéresser au fonctionnement des blocs opératoires. Rendre l'AP-HP attrayante pour les jeunes chirurgiens et médecins est l'un des objectifs de notre projet social et professionnel 2005-2009.

"Le nouveau plan stratégique de l'AP-HP sera-t-il bientôt bouclé ?

Le projet de plan stratégique 2005-2009 de l'AP-HP est un projet collectif préparé pendant un an avec la communauté médicale, mais aussi avec plus de 600 représentants des autres catégories professionnelles, l'ARH [agence régionale de l'hospitalisation], les collectivités territoriales et de nombreux partenaires, en particulier universitaires.

Il comporte quatre axes et 21 lignes directrices qui portent l'ambition de rendre l'AP-HP active et réactive, attrayante, efficiente et innovante, ouverte sur l'extérieur, et les autres acteurs du soin pour mieux soigner, mieux chercher, mieux enseigner et mieux travailler. Ce projet a déjà été largement discuté avec les membres des instances et surtout avec le président du conseil d'administration. Il est maintenant sur la table.

Philippe Douste-Blazy reçoit Pierre Costes MG-France déçu par son entrevue avec le ministre Le Quotidien du médecin 28 janvier 2005

Déçu par son entrevue avec le ministre de la Santé mercredi, MG-France a renouvelé son appel aux médecins généralistes à ne pas signer les formulaires de médecin traitant et à ne pas assurer les gardes de nuit. Le syndicat n'a pas obtenu, comme il le souhaitait, de moyens pour la mise en place du dispositif du médecin traitant ou la permanence des soins. Philippe Douste-Blazy a pour sa part jugé constructive la rencontre avec MG-France. Le ministre de la Santé souhaite oeuvrer avec tous les syndicats à une meilleure reconnaissance de la médecine générale ».

UNE DELEGATION DE MG-FRANCE a été reçue par Philippe Douste-Blazy. Objectif de la rencontre : déminer les fortes tensions nées de la signature de la nouvelle convention médicale le 12 janvier par

trois syndicats de médecins libéraux (Csmf, SML, Alliance) et l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam). MG-France, qui a refusé de parapher cet accord au motif qu'il nierait la spécificité de la médecine générale et ne donnerait pas au médecin traitant les moyens de remplir ses fonctions, mène depuis plusieurs semaines une opposition active. Le syndicat réclame la réouverture de la négociation conventionnelle pour la médecine générale - ce à quoi s'opposent les syndicats signataires et que refuse catégoriquement l'assurance-maladie.

MG-France a participé samedi dernier à la marche de contestation organisée par les internes de médecine générale (Isnar-IMG). Le syndicat a invité les omnipraticiens à ne pas signer les formulaires de choix de médecin traitant que leurs patients doivent retourner avant le 1er juillet à leur caisse primaire d'assurance-maladie. Il a également appelé les généralistes à ne pas participer aux gardes en renvoyant entre minuit et huit heures du matin leur répondeur téléphonique vers le centre 15. A l'issue de son entrevue avec le ministre de la Santé, mercredi, le Dr Pierre Costes, président de MG-France, a maintenu ces mots d'ordre. « *Rien n'a avancé. Nous n'avons rien en ce qui concerne la permanence des soins, aucune garantie pour les patients d'un système de soins organisé et aucune mesure concrète pour permettre au médecin traitant de remplir ses fonctions* », confiait-il à l'issue d'une entrevue qui a duré une heure.

Un ministre confiant.

Devançant le Dr Costes, Philippe Douste-Blazy livrait à la presse une tout autre analyse d'une rencontre jugée « *constructive* ». Le ministre de la Santé s'est réjoui de « *l'excellent accueil fait par les médecins et la population à la réforme de l'assurance-maladie* ». Pour illustrer ses propos, il a souligné que plus de 400 000 formulaires de choix de médecin traitant avaient été renvoyés à l'assurance-maladie en seulement huit jours. Le ministre a indiqué qu'il allait « *œuvrer pour une meilleure reconnaissance identitaire du médecin généraliste, qui sera dans 95 % des cas médecin traitant et le travail en commun sur la permanence de soins* ». Philippe Douste-Blazy souhaite aborder « *dans un cadre de discussions précis* » le chapitre de la formation et notamment le nombre d'internes fixé dans la discipline : « *La reconnaissance universitaire est essentielle si l'on veut que la nouvelle génération choisisse la médecine générale.* » Concernant la permanence des soins, le ministre de la Santé affirme que la réflexion entamée avec les groupes de travail devrait « *aboutir très vite* ».

Avant de quitter l'Avenue de Ségur, Pierre Costes a réitéré le souhait d'une rencontre entre la médecine générale représentée par les organisations professionnelles qui ont participé à la marche du 22 janvier et le Premier ministre pour évoquer l'organisation et la place de la médecine générale dans le système de santé. Illustration -s'il en était besoin- que le ministre de la Santé n'avait pas répondu à ses attentes.

« Oui » ou « non » à la convention La FMF confrontée au dilemme de la signature Le Quotidien du médecin 28 janvier 2005

La FMF réunit demain, à Orly, son assemblée générale pour se prononcer définitivement sur la convention. Le syndicat reste tiraillé entre le rejet et une signature de raison.

DEMAIN en fin d'après-midi, à l'issue d'une assemblée générale qui sera forcément animée, la Fédération des médecins de France (FMF) se prononcera définitivement sur la convention, paraphée par la Csmf, le SML et Alliance, et rejetée par MG-France.

La décision du syndicat présidé par le Dr Jean-Claude Régi reste incertaine même si, concède ce dernier, « *l'orientation générale naturelle des troupes reste plutôt "non"* ».

Depuis la fin des négociations et son refus de signer le projet d'accord, la FMF, organisation historiquement « conventionniste », est tiraillée entre les tenants du rejet et ceux qui, malgré les « *insuffisances* » du texte, plaident pour un engagement pragmatique. « *Le débat sera ouvert et démocratique, je n'imposerai rien*, assure le Dr Régi. *Nous avons la chance d'avoir des gens qui s'expriment, même s'ils le font parfois maladroitement.* » Pour le gouvernement, qui appelle les médecins libéraux à faire la pédagogie de la réforme, obtenir le paraphe d'un quatrième syndicat serait évidemment une aubaine à l'heure où les patients reçoivent les formulaires du médecin traitant.

Les généralistes remontés.

Les délégués de la FMF vont devoir trancher. Sur le fond, même si la FMF s'est peu exprimée publiquement depuis la fin des négociations, les arguments qu'elle a développés pour ne pas adhérer à la convention restent inchangés. Revalorisations « *très insuffisantes* » des médecins généralistes, persistance « *inégalitaire* » de deux secteurs d'activité (le syndicat réclamait un secteur unique à honoraires modulables), financement « *minoré* » de la permanence des soins ou encore absence de rémunération pour la gestion du futur dossier médical : « *Tout cela reste valable* », affirme le Dr Régi.

Quant au Dr Jean-Paul Hamon, vice-président du syndicat et un des chefs de file des généralistes « coordonnés », il n'en démord pas. La convention n'apporte « *aucun signe en faveur du médecin généraliste* » et, pire, « *on se moque de nous sur la PDS* ». Ce généraliste des Hauts-de-Seine organisera dimanche prochain, à Clamart (92), une assemblée de la coordination nationale. L'idée serait de préparer des états généraux de la médecine générale en février ou en mars.

« Prime » au signataire.

Mais certains arguments poussent à adhérer à la convention. Se mettre hors du système, c'est se couper de contacts privilégiés, y compris au niveau local, avec les pouvoirs publics et certains partenaires naturels des médecins libéraux. L'adhésion permet également de bénéficier du financement des séances de formation à la vie conventionnelle. Une manne dont il est difficile de se priver. « *Le système est très pervers, il faut pouvoir se payer le luxe d'être dans l'opposition* », analyse un cadre de la FMF. Enfin, certains expliquent qu'un « *contre-poids* » à la Csmf et au SML à l'intérieur de la convention ne serait pas inutile.

Quelle que soit sa décision, la FMF entend créer une nouvelle dynamique autour de son discours. « *Notre stratégie, c'est fédérer, fédérer, fédérer dans chaque département* », déclare le Dr Régi, qui se félicite d'avoir reçu récemment « *de 150 à 200* » adhésions de spécialistes, à l'appel de coordinations locales. Maïthé Alonso, la présidente de la Cnamlib (Conférence nationale des associations de médecins libéraux), qui avait orchestré l'exil des spécialistes à Barcelone en décembre dernier, devrait participer à l'assemblée générale de la FMF. Une assemblée dont la décision, dans le contexte actuel, est particulièrement attendue par le ministre de la Santé.

***L'application de la réforme de l'assurance-maladie* La Haute Autorité de santé se met en ordre de marche Le Quotidien du médecin 28 janvier 2005**

Chargée d'un rôle essentiel dans le pilotage du système de santé et de la réforme de l'assurance-maladie, la Haute Autorité de santé, nouvelle institution de référence, fait valoir son indépendance, son caractère scientifique, sa transversalité, ainsi que l'étendue inédite de ses missions d'évaluation et de certification.

INSTALLÉE depuis le 22 décembre, la Haute Autorité de santé (HAS) commencera vraiment ses travaux « *le 8 février* », a annoncé son président, le Pr Laurent Degos, à l'occasion de la présentation officielle de cette institution de référence issue de la réforme de l'assurance-maladie.

Le président de la HAS est formel : cette toute nouvelle instance « *n'est pas une structure supplémentaire* » dans le paysage sanitaire qui en est déjà bien pourvu. Pour le Pr Degos, les atouts de la Haute Autorité se résument en quelques principes clés.

« *L'indépendance* » en premier lieu par rapport à « *toute pression, qu'elle soit institutionnelle, industrielle, professionnelle ou citoyenne* ». Le président de la HAS souligne que sa structure administrative « *n'a aucune tutelle* », tout comme le Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA), l'Autorité de régulation des télécommunications (ART) ou l'Autorité des marchés financiers (ex-COB), et que les huit membres de son collège vont désormais se consacrer entièrement à leurs nouvelles fonctions afin d'éviter les conflits d'intérêts.

Un pont entre l'action et la science.

L'expertise est le second trait de caractère de l'institution, puisqu'elle « *ne donnera ses avis et ses recommandations que sur des bases scientifiques* ». Elle doit « *assurer un pont entre la science et l'action, entre la science et le terrain* », résume son directeur Alain Coulomb. Chargée de « *regrouper*

tous les services opérationnels de santé » (hormis la sécurité et la vigilance sanitaires), la HAS présente en outre l'avantage de « *la transversalité* » dans le domaine de la santé, plaide son président. Il y voit en effet « *une force, une synergie qui va permettre (à la HAS) d'agir dans ce pays* », même si la Haute Autorité est seulement consultative pour les pouvoirs publics décideurs (ministre et assurance-maladie).

A travers l'éventail de ses missions (voir encadré ci-contre et « le Quotidien » du 7 janvier), la Haute Autorité vise bien sûr la qualité des soins. « *Nous chercherons à progresser dans la qualité, à accélérer la marche vers la qualité* », explique le Pr Degos.

La mission de l'évaluation.

Si la HAS reprend certaines missions dévolues auparavant à d'autres instances (1), elle les élargit. Par exemple, en matière d'évaluation du service rendu des produits, les comparaisons seront étendues à tous les autres procédés thérapeutiques et pas seulement aux médicaments ou aux dispositifs médicaux disponibles. La certification (ex-accréditation) concerne maintenant les réseaux de soins et les centres de soins, en plus des établissements de santé. De même, l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est devenue obligatoire pour tous les médecins depuis la loi du 13 août 2004. Compte tenu de l'ampleur de la tâche (200 000 praticiens à évaluer), la Haute Autorité envisage, selon son président, de recourir à « *des organismes intermédiaires pour lesquels (elle) délivrera des agréments* ». Assumer entièrement l'EPP en direct est « *difficile* » pour la HAS, ajoute le Pr Degos, tandis que l'évaluation des médecins « *peut aller assez vite si l'on démultiplie le système* ». A terme, l'EPP « *touchera les autres professionnels de santé* » et, notamment, les kinés.

Impératifs économiques.

Le programme de travail de la nouvelle instance scientifique est malgré tout influencé par des impératifs économiques. Une commission de la Haute Autorité va en effet se pencher en priorité sur le périmètre des soins pris en charge à 100 % dans le cadre des ALD, car « *la loi le lui demande* », rappelle Laurent Degos. Par ailleurs, dans la convention signée le 12 janvier, les affections de longue durée doivent permettre de réaliser la moitié des économies liées à la maîtrise médicalisée.

(1) Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), Commission de la transparence, Commission d'évaluation des produits et prestations (Cepp) et Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique.

Organisation et moyens

La Haute Autorité de santé dispose d'un budget de 59 millions d'euros provenant de l'assurance-maladie (à 34 %), de ressources propres (reliquat des fonds du Fopim, à 30 %), de l'Etat (17 %), d'une contribution des établissements de santé (14 %) et de taxes diverses (5 %).

Le collège de huit membres de la HAS se réunira à huis clos une fois par semaine.

Hormis l'évaluation des pratiques professionnelles, qui sera suivie directement par le collège, les missions de la HAS sont confiées à sept commissions présidées par un membre du collège : commission « Evaluation des actes professionnels » (Dr Claude Maffioli), commission « Evaluation des médicaments » (Gilles Bouvenot), commission « Evaluation des dispositifs et technologies de santé » (Pr Bernard Guiraud-Chaumeil), commission « Périmètre des biens et services remboursables (ALD) » (Raoul Briet), commission « Recommandations et amélioration des pratiques » (Dr Pascale Briand), commission « Qualité de l'information médicale et diffusion » (Etienne Caniard), commission « Certification des établissements de santé » (Jean-Paul Guérin).

La HAS, c'est aussi, selon son directeur Alain Coulomb, « *350 agents permanents, des correspondants régionaux, 800 experts-visiteurs, 3 000 professionnels libéraux et hospitaliers en exercice sollicités comme experts* ».

Hôpital de Pau

Le personnel se rassemble pour demander plus de moyens
Le Quotidien du Médecin 27 janvier 2005

UNE CENTAINE de membres du personnel de l'hôpital psychiatrique de Pau, où une aide-soignante et une infirmière ont été sauvagement tuées en décembre, se sont rassemblés mardi dans la cour d'honneur de l'établissement pour réclamer plus de moyens pour la sécurité. Quelques minutes avant le début d'un conseil d'administration, les employés se sont réunis sans banderole ni slogan à l'appel de l'intersyndicale CGT-Cfdt-FO-SNP.

Les syndicats demandent une sécurité maximale des locaux et du personnel du centre hospitalier. Ils exigent que le ministère de la Santé et l'Agence régionale d'hospitalisation s'engagent à pérenniser les moyens temporaires débloqués pour la sécurité jusqu'au 31 janvier (vigiles privés, renforcement des équipes de nuit, etc.).

La CGT souhaite la mise en place d'une équipe de 16 soignants, constituées d'un tiers d'aide-soignants et de deux tiers d'infirmiers, afin de faire face aux situations de violence et d'agitation non contrôlables. « *Il reste aussi notre questionnement quant à l'emploi, on demande le remplacement de tous les départs et le maintien des postes infirmiers et un plan de titularisation des contrats actuels* », indique Gilles Dupau, délégué CGT (avant le drame, un plan - depuis suspendu - prévoyait la suppression d'ici à 2006 de 54 postes sur un total de 1100). L'ordre du jour du conseil d'administration était l'organisation de la sécurité, le budget, ainsi que l'utilisation de l'enveloppe budgétaire de 300 000 euros débloquée par le ministre de la Santé, Philippe Douste-Blazy.

Nouvelle gouvernance hospitalière

Hôpital 2007 a perdu son sens, dénoncent la FHF et les Conférences

Le Quotidien du Médecin 27 janvier 2005

La Fédération hospitalière de France (FHF) et les Conférences hospitalières de directeurs et de présidents de CME sont doublement inquiètes : la réforme de la gouvernance a été vidée de son contenu initial, disent-elles, et les négociations sur le statut des PH ne vont pas dans le bon sens.

LES ORGANISATIONS institutionnelles du monde hospitalier lancent un appel aux pouvoirs publics : les réformes engagées à l'hôpital prennent un mauvais tour, affirment-elles. Dans un communiqué commun, la FHF et les Conférences hospitalières expriment leur inquiétude partagée. Les négociations en cours s'éloignent de la logique du plan hôpital 2007, regrettent les directeurs et les présidents de CME de centre hospitalier et de CHU. Il n'est plus question de contractualisation et de responsabilisation dans le projet d'ordonnance sur la réorganisation interne des hôpitaux. « *C'est une gouvernance au rabais que l'on nous propose*, déplore Gérard Vincent, délégué général de la FHF. *Le cadre, trop contraignant, ne permettra pas aux établissements d'avoir la réactivité et la souplesse nécessaires pour appliquer la tarification à l'activité.* »

Car pour la FHF et les Conférences, la tarification à l'activité (T2A), la nouvelle gouvernance des hôpitaux et la rénovation du statut des praticiens hospitaliers (PH) sont des réformes indispensables, indissociables et complémentaires. Que l'on renonce à l'une d'elles, et c'est tout le projet de modernisation du management des hôpitaux qui s'effondre. Impensable : « *Si l'ordonnance (sur la gouvernance) est publiée en l'état, tous (les hôpitaux) vont devoir entrer dans un moule complexe, peu lisible, plus rigide et au final plus contraignant* », écrivent la Fédération et les Conférences, qui espèrent obtenir des modifications de dernière minute.

L'indépendance des médecins.

La création d'une liste nationale d'habilitation pour les chefs de pôles, l'impossibilité pour le vice-président de CME de siéger de droit au conseil d'administration, entre autres, ne plaisent pas. De même que la tournure que prennent les négociations sur le statut des PH, comme l'explique Gérard Vincent : « *On voit bien que l'un des objectifs de certains syndicats de PH est de préserver à tout crin leur indépendance vis-à-vis de l'institution, mais ils se trompent : les PH n'ont aucun intérêt à aller dans un hôpital non gouverné. Il faudra bien réagir quand un hôpital enregistrera une baisse des recettes. L'objectif n'est pas de coincer les médecins, mais de leur apporter les conditions de travail optimales.* »

Dans cette optique, la FHF entend remettre à plat les modalités de recrutement des PH : « *A terme, leur recrutement se fera par l'hôpital, c'est inéluctable. Ceux qui s'y opposent mènent un combat d'arrière-garde* », assure Gérard Vincent. Le président de la Conférence des DG de CHU, Paul Castel, confirme : « *On souhaite participer à l'affectation des PH au sein des établissements.* » Pour la

Conférence des présidents de CME de CH, la liste nationale d'habilitation pour les chefs de pôles est « *une complication inutile dans un premier temps* », selon son président, le Dr Francis Fellinger. Rappelant que la gouvernance et le statut des PH sont intimement liés, la FHF et les Conférences demandent à être « *associées* » aux négociations statutaires des praticiens hospitaliers « *sur l'ensemble des points susceptibles d'avoir une incidence sur la gestion et l'organisation des établissements hospitaliers* ».

Les assureurs dans la réforme

AGF veut informer ses clients de la qualité en santé

Le Quotidien du Médecin 27 janvier 2005

L'assureur AGF entend aider ses clients à repérer la « qualité mesurable et durable » des équipements, des services de soins et même des pratiques. Selon un sondage, 90 % des Français sont favorables à une évaluation régulière de la compétence des praticiens hospitaliers et libéraux.

TROISIEME ASSUREUR complémentaire en santé et prévoyance avec 3,5 millions de bénéficiaires, le groupe AGF a décidé de frapper fort pour « *aider [ses] clients à prendre en main [leur] santé grâce à des informations fiables* ». Selon un sondage AGF-Ipsos (1), les Français seraient particulièrement demandeurs en la matière, à l'heure où les nouveaux parcours de soins se mettent en place. L'enquête montre que les Français plébiscitent la mise en place de systèmes d'évaluation de la qualité, qu'il s'agisse des soins dispensés dans les hôpitaux et les cliniques (94 %) ou des compétences des praticiens hospitaliers (90 %) et libéraux (89 %). Neuf Français sur dix sont favorables à ce que leur assurance complémentaire santé les informe directement sur la qualité des soins fournis par les établissements et par les médecins libéraux. Même s'ils veulent ensuite pouvoir exercer eux-mêmes leur liberté de choix des services, des cliniques et des praticiens.

Des classements permanents.

Les AGF entendent répondre aux attentes exprimées dans ce sondage. « *Il faut s'engager à offrir de la qualité mesurable* », résume Gilles Johanet, directeur des activités santé et collectives du groupe AGF (et ancien directeur de la Caisse nationale d'assurance-maladie - Cnam). A compter de juin 2005, AGF rendra donc disponible, en partenariat avec l'hebdomadaire « le Point », le « *premier classement permanent des meilleures offres de soins hospitaliers et privés sur toute la France* », constitué à partir des données du Pmsi (programme médicalisé des systèmes d'information). Par téléphone, les clients des AGF seront censés obtenir des informations en continu sur « *les meilleurs services par spécialités* (traumatologie, obstétrique, chirurgie cardiaque...) », ainsi que la « *localisation régionale des établissements avec des indicateurs de qualité et de confort* ». L'initiative pourrait soulever une controverse tant les classements des prestataires de soins restent, en France en tout cas, un chapitre sensible.

Ce n'est pas tout. AGF affiche sa volonté de négocier au plus serré des garanties avec des réseaux choisis de praticiens. Depuis 1997, déjà, avec « Santéclair », l'assureur a développé une plate-forme d'orientation et de conseils en santé dans les domaines de l'optique et du dentaire, particulièrement mal remboursés par le régime obligatoire. Cette société propose le tiers payant à quatre millions de bénéficiaires, mais surtout des analyses de devis (30 000 par an). Selon Jean-Philippe Thierry, PDG du groupe AGF, le réseau obtient « *une baisse moyenne de 20 %* » des frais optiques et dentaires. Santéclair dispose pour cela d'un réseau de 3 000 chirurgiens-dentistes partenaires et de plus de 1 000 opticiens, qui s'engagent à fournir des soins à des prix négociés. C'est cette logique que l'assureur entend pousser aujourd'hui. « *Hier, nous étions un simple payeur, analyse Gilles Johanet. Puis on est devenu un assureur conseil et on entre aujourd'hui dans une troisième phase, l'assureur complémentaire partenaire.* » Avec en creux le choix du praticien et des démarches de soins.

Intérêt pour le secteur optionnel.

C'est également au nom de la qualité « *mesurable* » que l'assureur se positionne déjà sur le futur secteur optionnel, à adhésion individuelle pour les spécialistes. La mise en place de ce secteur d'excellence avait été prévue pour la première fois dans l'accord entre le gouvernement et les chirurgiens libéraux, en août 2004. Reste à en négocier les modalités, notamment avec les organismes complémentaires. Le « deal » consisterait à rembourser de nouvelles possibilités de dépassements plafonnés pour les spécialistes en échange de l'application d'un cahier des charges strict (protocoles, transparence tarifaire, formation, évaluation).

Les discussions s'annoncent ardues. « *Les travaux ont commencé, on se crêpe le chignon*, confirme Gilles Johanet. *Pour nous, ce secteur optionnel devra être résolument moderne, avec des dépassements définis et des contreparties mesurables, une traçabilité et un retour d'informations, c'est différent du secteur II.* » A travers le discours d'AGF, les assureurs complémentaires annoncent la couleur. Si la réforme de l'assurance-maladie accroît leur champ d'action potentiel, ils comptent bien se donner les moyens d'assumer cette responsabilité sans risques excessifs.

(1) « *Les Français et la santé* ». Sondage effectué les 22 et 23 octobre dernier auprès de 1 012 personnes âgées de 15 ans et plus, interrogées par téléphone (méthode des quotas).

**Le Cnps miné par des querelles intestines
Plusieurs syndicats créent une structure dissidente
Le Quotidien du Médecin 27 janvier 2005**

Les syndicats de professionnels de santé libéraux qui boycottent depuis plusieurs semaines le Centre national des professions de santé (Cnps) se sont réunis sous la bannière d'une structure informelle, « Interpro Santé ». Ils ne se reconnaissent plus dans un Cnps « aux mains des médecins » et ont entrepris de se rapprocher de l'assurance-maladie. Les Drs Cabrera et Chassang, ainsi que d'autres membres du Cnps, reprochent au Dr Costes, président de MG-France, d'être l'initiateur de ce mouvement et d'organiser un front interprofessionnel de l'opposition à la convention.

LE CENTRE NATIONAL des professions de santé (Cnps), qui a entre autres objectifs de résoudre les problèmes communs de treize professions de santé, est secoué depuis plusieurs semaines par des querelles intestines. En novembre, une dizaine de ses membres refusait de participer à l'élection de son président. Quelques semaines plus tard, ils boycottaient la première réunion du comité directeur de l'institution. Les opposants, présidents de syndicats représentatifs de biologistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pharmaciens, podologues, sages-femmes... et médecins généralistes viennent de franchir un nouveau palier. Au cours d'une réunion jeudi 20 janvier, ils ont décidé de se regrouper au sein d'une structure informelle baptisée Interpro Santé (1). Ils demandent à Michel Régereau, président (Cfdt) de l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam), de les recevoir pour connaître les grandes orientations de l'Uncam pour tous les professionnels de santé. « *Nous souhaitons ensemble apporter notre contribution interprofessionnelle à une réforme dont nous avons soutenu les principes essentiels*, affirment-ils dans une lettre commune. *Ensemble, nous avons déjà posé les bases des accords de bon usage des soins, interprofessionnels et transversaux, dans le cadre d'une responsabilité partagée.* »

La crise couve depuis longtemps.

Le malaise au sein du Cnps ne date pas d'hier. Les opposants dénoncent depuis plusieurs mois le mode de fonctionnement de cette instance. « *Les médecins disposent de la majorité des voix et par leurs décisions, ils entraînent les autres professionnels de santé. Un rééquilibrage est indispensable* », explique Claude Japhet, président de l'Union nationale des pharmaciens (Unpf). Les membres de la nouvelle Interpro Santé ont été très marqués par le rejet *in extremis* de l'accord-cadre interprofessionnel (Acip), en 2003, qui devait aboutir à la conclusion de contrats de collaboration ou de coopération étroite entre médecins et professionnels de santé. En novembre, la candidature à la présidence du Cnps du Dr Dinorino Cabrera, président du Syndicat des médecins libéraux (SML), a cristallisé le mécontentement. « *Beaucoup de syndicats ne se sont pas retrouvés dans la vision médico-médicale du Dr Cabrera et ont eu l'idée de ce rassemblement* », résume le Dr Alain Libert, chargé de mission sur les soins primaires à MG-France.

Pour Jean-Paul David, président de la Fédération nationale des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (Ffmkr), la nouvelle convention médicale n'est pas pour rien dans cette initiative : « *L'accord conventionnel n'évoque nulle part une politique de responsabilité partagée des professionnels de santé.* » Le président du Syndicat des biologistes (SDB), Jean Benoît, renchérit : « *En voulant à tout prix l'adhésion des médecins à la réforme, on a oublié que tous les professionnels de santé étaient concernés par la maîtrise médicalisée des dépenses.* »

Une initiative décriée.

Bien évidemment, la création d'Interpro Santé a fait réagir les membres du Cnps. Beaucoup voient derrière cet événement la main du Dr Costes. Nadine Hesnart, présidente de la Fédération nationale des infirmières (FNI) et secrétaire générale du Cnps, estime que les membres d'Interpro Santé se sont

« exclus tout seuls. Ils essaient de créer un Cnps bis, c'était leur objectif depuis longtemps ». Jean-Claude Michel, président de la Confédération nationale des syndicats dentaires (Cnsd) et vice-président du Cnps, craint pour sa part que « cette réunion de prescrits ne prenne des initiatives nuisibles à l'interprofession en général et aux dentistes en particulier ».

Mais c'est du côté de Dinorino Cabrera et de Michel Chassang qu'est venue la charge la plus forte : le Dr Cabrera, président du SML et du Cnps, indique tout d'abord que les membres d'Interpro Santé « n'ont pas encore démissionné officiellement du Cnps, bien qu'ils entreprennent des actions difficilement compatibles avec leur adhésion au Centre national. Il est vraiment dommage qu'ils n'aient pas essayé d'en parler officiellement au sein du Cnps. Leur démarche soi-disant unitaire est une démarche de séparation. Ces opposants à la convention se lancent, tels des desperados, dans une politique de la terre brûlée, en espérant occuper le terrain médiatique. A un moment ou à un autre, il faudra bien leur demander s'ils sont dans le Cnps ou en dehors ».

Car, selon Dinorino Cabrera, si les membres d'Interpro Santé ont annoncé verbalement leur départ du Cnps, ils n'en ont pas encore démissionné. « Le fait de ne pas avoir acquitté leur cotisation pour 2005 n'est nullement un motif de rupture », poursuit le Dr Cabrera. Et le président du SML de citer en exemple le cas de MG-France : « En 2004, MG-France n'a jamais payé sa cotisation au Cnps, il n'en a pas moins été membre toute l'année. »

Scission.

Pour autant, le Dr Cabrera se dit fataliste sur la suite des événements : « Je crains maintenant une scission en deux du Cnps : un mouvement majoritaire favorable à un exercice libéral et un mouvement minoritaire favorable à un exercice socialisé. » Quoi qu'il en soit, le président du Cnps a demandé à rencontrer Frédéric van Rookeghem, directeur de l'Uncam. Un rendez-vous a été fixé vendredi 28 janvier à 14 h 30 qui portera sur... l'interprofessionnalité.

Du côté de Michel Chassang et de la Csmf, le ton est plus rude encore : « Je ne suis pas surpris par cette initiative, je la sentais venir. MG-France, n'est pas parvenu à faire s'affronter les généralistes et les spécialistes durant les négociations conventionnelles. Il se tourne maintenant vers les paramédicaux pour former un front des "prescrits" contre les "prescripteurs". Mais Pierre Costes aura beau gonfler le torse, il n'a pas les moyens de sa politique. Le Cnps reste le seul interlocuteur habilité par les pouvoirs publics pour contractualiser auprès des professions de santé. »

Michel Chassang évalue le rapport de forces entre le Cnps et Interpro Santé : « Au Cnps, le syndicat d'infirmières est le syndicat majoritaire, le syndicat des dentistes est le syndicat majoritaire, et les syndicats de médecins sont également largement majoritaires. Alors, les agités du bocal, ça suffit ! » Après avoir pris connaissance de la lettre adressée à Michel Régereau par Interpro Santé dans laquelle les dissidents considèrent « qu'il serait sans issue de revenir à une maîtrise du passé où les prescripteurs organisent les prescrits », le président de la Csmf, adresse un message plus consensuel : « Je veux dire aux professions paramédicales que nous n'avons rien contre elles, bien au contraire ; je veux également dire aux syndicalistes qui suivent le Dr Costes que nous ne sommes nullement contre eux et qu'ils ont toute leur place au Cnps comme à la future Unps (2). »

(1) Interpro Santé rassemble les présidents des syndicats représentatifs des professionnels de santé libéraux qui ont quitté le Centre national des professionnels de santé (Cnps) : le Syndicat national autonome des orthoptistes (Snao), Convergence infirmière, le Syndicat des biologistes (SDB), MG-France, la Fédération nationale des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (Ffmkr), la Fédération nationale des orthophonistes (FNO), l'Union nationale des jeunes chirurgiens-dentistes (Ujcd), la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (Fspf), l'Union nationale des pharmaciens de France (Unpf), la Fédération nationale des podologues (FNP), l'Union nationale des syndicats de sages-femmes françaises.

(2) L'Union nationale des professions de santé libérales, qui sera le partenaire de l'Uncam et de l'Unocam (Union nationale des organismes d'assurance-maladie complémentaires) dans le cadre des négociations conventionnelles.

**Pas de renégociation de la convention
L'Uncam rejette la demande de MG-France
Le Quotidien du Médecin 27 janvier 2005**

MG-France, reçu hier par le ministre de la Santé, devait demander l'application immédiate pour les généralistes de la revalorisation de la permanence de soins. Le syndicat présidé par le Dr Pierre Costes souhaitait également que la convention médicale signée le 12 janvier par trois syndicats de médecins libéraux (Csmf, SML et Alliance) et l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam) ne soit agréée que pour les seuls médecins spécialistes.

MG-France réclame que l'accord conventionnel, « *provocation pour la discipline de la médecine générale* », soit rediscuté dans une convention spécifique à la médecine générale. MG-France a réitéré sa volonté de rencontrer Jean-Pierre Raffarin « *afin d'ouvrir le chantier de la reconnaissance de la spécialité et d'évoquer la reconnaissance de la médecine générale dans toutes ses fonctions* ». L'Unof-Csmf a répliqué en demandant que la convention soit agréée dans les plus brefs délais. « *Il est inadmissible qu'un syndicat minoritaire, qui a régné de manière autoritaire pendant dix ans, n'ait pas la décence de respecter les règles les plus élémentaires de la démocratie, commente le Dr Michel Combier. Cette agitation groupusculaire n'a pas d'autre objectif que de faire échouer la réforme de l'assurance-maladie à laquelle la plupart des Français adhère.* » Le président de l'Unof indique que « *les premières avancées obtenues pour tous les médecins de famille ne sauraient être entravées par un syndicat qui ne vise qu'à protéger les quelques privilégiés de l'option référent* ». L'Uncam a pour sa part fermement rejeté l'idée de nouvelles négociations pour les généralistes.

Carte blanche au SML

Convention médicale : la fin de la récré

Le Quotidien du Médecin 27 janvier 2005

Dans la Carte blanche que « le Quotidien » publie aujourd'hui, le Dr Dinorino Cabrera, président du Syndicat des médecins libéraux (SML), juge très sévèrement les motivations des opposants à l'accord conventionnel. Il annonce son intention de « promouvoir » la réforme.

ASSEZ JOUÉ, aurais-je envie de dire à certains syndicats qui depuis quelques jours confondent défense de certains intérêts, financiers et catégoriels, avec manipulation de l'opinion.

La jeunesse a le droit de se divertir et de monter des canulars, mais qu'une organisation de médecins déforme à ce point la vérité, c'est indécent et irresponsable. La situation de l'assurance-maladie et celle des médecins méritent mieux qu'une mascarade. Certes la convention médicale n'est pas parfaite, car d'ailleurs aucune convention, aucun accord ne pourra jamais être parfait compte tenu des intérêts contradictoires entre les patients, les médecins, l'assurance-maladie et l'Etat. Mais cette nouvelle convention est innovante et de ce fait, elle perturbe les habitudes. La convention est innovante, car pour la première fois, une convention unique pour l'ensemble des médecins libéraux - généralistes et spécialistes - met le projecteur sur l'intérêt médical et pécuniaire pour le patient à désigner un médecin traitant. Il est évident que les patients choisiront à une très, très large majorité un médecin généraliste comme médecin traitant, mais nous refusons d'obliger les patients à choisir un médecin généraliste - comme les contestataires le demandent. Car, pour certains patients, fussent-ils en petit nombre, la liberté de choisir leur médecin traitant est un droit fondamental. Ce ne sont pas les intérêts financiers et corporatistes d'une minorité de médecins qui nous feront changer d'avis, même avec leur simulacre de mobilisation.

En revanche, il est évident que ce n'est pas par le seul choix du médecin traitant que la réforme de l'assurance-maladie permettra de réduire le déficit abyssal de notre Sécurité sociale, mais par la mise en responsabilité de tous les acteurs - patients, médecins, gestionnaires et politiques. Or la réforme et la convention vont dans la bonne direction. Mais bien sûr, de nouvelles règles étant établies, soit par la loi, soit par la convention médicale, les patients comme les médecins sont dubitatifs, voire parfois inquiets. Comme les réformes précédentes ont connu des flops retentissants, on peut comprendre leurs doutes. Il faudra donc que tous les signataires de l'accord « mouillent leurs chemises » pour expliquer le texte conventionnel, qu'une majorité de médecins n'a pas encore lu et *a fortiori* compris, car il est un peu complexe, compte tenu des diverses situations que nous avons dû prendre en considération. En ce qui concerne le SML, nous nous mettons en ordre de marche.

Contre-vérités.

Le week-end dernier, lorsque quelque « 750 à 1 500 » manifestants vociféraient des contre-vérités dans la rue, le SML, quant à lui, organisait un premier séminaire d'information et de formation avec 110 de ses responsables départementaux. Après une phase indispensable de préparation d'un argumentaire, le SML organisera des séminaires d'information des médecins dans les départements. En ce qui me concerne, lorsque la phase de mise en route de la convention sera terminée, je ferai, tout

comme d'autres responsables nationaux du SML, un « tour de France » pour promouvoir la réforme et la convention. Ce n'est qu'après cette phase d'explications que nous saurons si les médecins ont intégré la convention ou bien s'ils la rejettent. Avant, c'est beaucoup trop tôt. Je sais par expérience qu'il n'y aura jamais dans notre pays une convention sans contestation, et que, dans les pays démocratiques, c'est une forme d'expression avec laquelle il faut compter, mais qu'il ne faut pas surestimer, même s'il faut savoir donner la parole aux minorités. La participation à la manifestation du week-end dernier, malgré une communication, il faut le reconnaître, bien orchestrée et manipulée, a été loin des résultats escomptés par les organisateurs, quoi qu'ils en disent après la manif. Il faut donc maintenant qu'ils arrêtent de jouer et qu'ils en tirent les conséquences car la réforme et la convention actuelle constituent l'une des dernières chances de sauver notre système de protection maladie solidaire.

Dr DINORINO CABRERA
PRESIDENT DU SML

Réforme de l'assurance-maladie
Pour l'UDF, le généraliste est « le dindon de la farce »
Le Quotidien du Médecin 27 janvier 2005

JEAN-LUC PREEL, député UDF de Vendée et porte-parole des centristes sur les questions de santé, estime que « *malheureusement, la réforme de l'assurance-maladie et la nouvelle convention n'apportent aucune réponse satisfaisante, bien au contraire* » et constate que les professions de santé sont « *plus que jamais divisées* » sur le sujet. Il dénonce l'« *étatisation sans contrôle démocratique* » de la gouvernance de l'assurance-maladie et juge que le médecin généraliste est « *le dindon de la farce alors que, en théorie, il devrait être le pivot de la réforme* ».

Le parlementaire reprend également à son compte les critiques formulées par les médecins à exercice particulier (MEP) et par certaines spécialités. « *L'accès direct n'a pas été éclairci. Qu'en est-il des psychiatres ? Pourquoi ne pas prévoir l'accès direct auprès du dermatologue, de l'allergologue, de l'acupuncteur ? Sans parler des spécialités qui demeurent négligées comme les pédiatres.* » Enfin, Jean-Luc Préel, comme le PS, craint le « *risque d'une médecine à deux vitesses* ». Pour l'UDF, seule la régionalisation pourrait responsabiliser tous les acteurs et permettre de maîtriser efficacement les dépenses.

La Haute Autorité de santé veut combler les lacunes du système
Le Monde 27 janvier 2005

Installée le 1er janvier, la nouvelle institution, indépendante, doit permettre de redonner une impulsion à l'amélioration de la qualité des soins. Elle entend rendre de la transparence au monde médical, "pris dans un environnement de pression", selon son président Laurent Degos
Depuis le 1er janvier, un organisme indépendant est chargé de l'ÉVALUATION DES PRATIQUES médicales et des médicaments : la Haute Autorité de santé (HAS), qui devra également coordonner le travail des organismes de sécurité sanitaire et d'évaluation (IVS, Afssaps) et donnera "des AVIS et des recommandations non opposables". Ses huit membres, qui doivent abandonner tout autre mandat, sont nommés pour six ans. Selon son président, Laurent Degos, et son directeur, Alain Coulomb, la HAS est également destinée à mener une RÉFLEXION PLUS GLOBALE sur le "monde de la santé", "pris dans un environnement de PRESSION", pour lui permettre de "revenir à la science et au bon sens". Ce besoin d'évaluation est repris par les assureurs. En juin, les AGF fourniront à leurs clients un palmarès hospitalier établi par Le Point.

Quelle est l'efficacité comparée de deux médicaments ? Quelle est la meilleure manière de traiter un cancer du sein ? Un établissement médical remplit-il les critères de qualité requis ? Comment assurer un bon usage des soins ? Jusqu'ici, plusieurs instances avaient pour mission de répondre à l'une ou l'autre de ces questions. Depuis le 1er janvier, une seule structure en a la charge, la Haute Autorité de santé (HAS).

Créée par la loi du 13 août 2004 sur l'assurance-maladie, la HAS avait été recommandée par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie dans un rapport du 23 janvier 2004, qui avait mis au jour

deux lacunes dans le système de santé français, moins avancé que ses voisins européens : l'absence de coordination et le manque d'évaluation de l'utilité des produits et des actes médicaux.

L'absence de coordination est évidente concernant la qualité des soins : consommation excessive de médicaments, profusion d'examen complémentaires, pathologies iatrogènes (dues aux traitements administrés)... Les exemples ne manquent pas. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) s'est employée à promouvoir la qualité des soins. *"Ces efforts ont souffert d'un manque d'impulsion globale et de démarche coordonnée"*, avait reconnu le ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy, en décembre 2004.

La nouvelle structure, engagée dans une démarche de qualité, reprend notamment des missions attribuées auparavant au Fonds de promotion de l'information médicale (Fopim) et développera une procédure de certification de la qualité de la visite médicale effectuée par les représentants des laboratoires.

VÉRITABLE ÉVALUATION

L'autre domaine dans lequel le système français pêche est celui d'une véritable évaluation de l'utilité des produits et des actes médicaux. Un travail de révision de la pharmacopée française et des dispositifs médicaux utilisés a été accompli, mais n'a pas encore eu de traduction intégrale dans la pratique médicale. Absorbant la commission de la transparence (CT) et la commission d'évaluation des produits et prestations de santé (CEPP), qui avaient la responsabilité de ce travail, la HAS a pour mission de fournir, en toute indépendance, une évaluation scientifique.

Pour ce faire, la HAS va disposer d'un budget de 59 millions d'euros pour sa première année de fonctionnement. Composée d'un collège de 8 membres, désignés pour six ans, par le président de la République, les présidents de l'Assemblée nationale, du Sénat et du Conseil économique et social (CES), elle est présidée par Laurent Degos, hématologue et ancien président du conseil d'administration de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afsaps), et dirigée par Alain Coulomb, qui présidait jusqu'à présent l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes).

Les sept autres membres ont chacun la responsabilité d'une commission : Gilles Bouvenot, président de la commission de la transparence (évaluation des médicaments), Pascale Briand, responsable de la mission interministérielle de lutte contre le cancer (recommandations et amélioration des pratiques), Raoul Briet, ancien directeur de la Sécurité sociale (périmètre des biens et services remboursables, affections de longue durée), Etienne Caniard, délégué aux questions de santé à la Mutualité française (qualité de l'information médicale/diffusion), Jean-Paul Guérin, directeur du CHU de Nantes (certification des établissements de santé, accréditation), Bernard Guiraud-Chaumeil, président du conseil d'administration de l'Anaes (évaluation des dispositifs et technologies de santé) et Claude Maffioli, ancien président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), chargé des questions de santé à l'UMP (évaluation des actes professionnels).

"C'est une bonne idée que de créer une structure extérieure au politique dans le champ de la santé publique, estime Lucien Abenhaïm, ancien directeur général de la santé, de 1999 à 2003. C'est en même temps un défi. Nous verrons si la HAS met en place des méthodologies et des procédures transparentes, qui n'encourent pas le soupçon. Le défi requiert aussi une mutation de l'expertise pour l'améliorer."

Paul Benkimoun et Sandrine Blanchard

LAURENT DEGOS, président, et ALAIN COULOMB, directeur de la Haute Autorité de santé (HAS)

"Nous devons nous demander comment revenir à la science et au bon raisonnement"

Le Monde 27 janvier 2005

Qu'est-ce qui justifie la création de la haute autorité de santé (has), alors qu'il existait déjà des structures : la commission de la transparence pour le médicament, l'anaes pour l'évaluation, etc. ?

Laurent Degos : L'idée retenue est la même que pour le Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA), la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) ou l'Autorité des marchés financiers (AMF, ex-COB). La philosophie de la HAS est d'être une autorité administrative totalement

indépendante - sans aucune influence industrielle, ministérielle ou autre - qui puisse, suite à des saisines (d'organisations professionnelles, d'associations de patients, d'institutions ou de l'Etat) ou à des auto-saisines, donner des avis et des recommandations non opposables. Le but est d'apporter des réponses à caractère scientifique, d'être dans une démarche de progression de la qualité.

La Haute Autorité permet de donner une cohérence opérationnelle entre différentes structures (Anaes, commission de la transparence, Fopim) qui ne travaillaient pas ensemble. C'est une haute autorité particulière, je l'avoue. Nous ne sommes ni une agence de sécurité sanitaire, ni un centre d'alerte ou de crise. Les agences de sécurité sanitaire (l'Institut de veille sanitaire, l'Afssaps, l'Afssa) continuent de travailler.

Comment sera assurée l'indépendance de la HAS ?

L. D. : Pour éviter les conflits d'intérêt, les membres du collège, qui assurent l'exécutif et la gouvernance de la HAS, abandonnent tout autre mandat, y compris pour une période de trois ou six ans après leur départ de la HAS. Nous n'avons plus aucune tutelle et nous disposons d'un budget propre. Quant aux experts, la déclaration de conflit d'intérêts est le meilleur moyen de régler le problème de leur indépendance.

Qu'allez-vous faire du classement de la pharmacopée française suivant le service médical rendu (SMR) établi en 2001 par la commission de la transparence ?

L. D. : Ce classement a encore tout son sens. Nous aurons, par exemple, à juger, dans les deux mois qui viennent, la classe des veinotoniques. Jusqu'à présent, la commission de la transparence évaluait un médicament par rapport à un autre. Désormais, nous allons le comparer à toute autre pratique médicale. C'est un esprit totalement différent. Ainsi, nous pourrions comparer les veinotoniques aux bas de contention. Notre fonction concerne le SMR et aussi l'amélioration du service médical rendu (ASMR). Nos réponses seront purement scientifiques en vue d'améliorer le soin.

Le ministre de la santé souhaite que vous vous prononciez sur le maintien ou non du remboursement de l'homéopathie...

L. D. : Pour l'instant nous ne sommes pas saisis de ce dossier. Si c'est le cas, nous auditionnerons tous ceux qui peuvent éclairer la réflexion. Nous étudierons la littérature scientifique et l'évaluation des pratiques. Mais la science n'est pas que biomédicale. La réflexion scientifique doit s'ouvrir aux sciences sociales, voire économiques.

L'existence de la HAS pourrait-elle changer la donne par rapport à des affaires comme celle du Vioxx et du Celebrex ?

L. D. : Cela pourrait passer par une saisine sur le thème : *"Donnez-nous des recommandations pour l'innovation thérapeutique."* Il faut rendre au praticien sa fonction de prescripteur à bon escient.

Sur quel sujet la Haute Autorité pourrait-elle s'autosaisir ?

L. D. : Nous pourrions nous intéresser à la capture sociale actuellement exercée sur nos citoyens. Prenons un exemple : les industriels ont tendance à capter tous les scientifiques, tous les médecins, et, dans le cas des maladies orphelines, invitent même des patients à des congrès.

Le monde de la santé a été pris par tout un environnement de pression qui fait que le bon sens n'existe presque plus. Nous devons nous demander comment revenir à la science et au bon raisonnement.

L'information médicale n'est-elle pas capturée par l'industrie pharmaceutique ?

L. D. : Quand on voit que même des articles scientifiques sont écrits par des professionnels autres que des médecins, cela fait réfléchir. Si on dit à un médecin qui dépense tout son temps auprès de ses patients : *"On vous prépare votre article scientifique, on vous fait votre protocole, vous n'avez plus qu'à signer et on vous transforme en leader d'opinion international"*, vous allez dire oui, ou non ? Vous dites oui. Et, en plus, on vous fait voyager gratuitement dans le monde entier. Le leadership n'est plus fait par nous les universitaires mais par d'autres. Tout cela est un peu caricatural mais la capture concerne la formation, l'information, tout. Ce appelle une réflexion de longue haleine.

Alain Coulomb : Nous sommes également chargés de la réflexion en cours sur la charte de la visite médicale. Les industriels réaliseront peut-être que cette stratégie exclusivement fondée sur la vente de petites boîtes n'est pas forcément une stratégie de développement à moyen terme.

Comment allez-vous évaluer les pratiques médicales ?

L. D. : Nous irons voir équipe par équipe, praticien par praticien.

A. C. : La question est de savoir comment favoriser l'*"evidence based medicine"* -la médecine fondée sur les preuves- dans la pratique quotidienne. Aujourd'hui, le médecin doute parce que l'information scientifique s'accroît d'une façon vertigineuse, parce que le juge le trouble, parce que l'usager est plus

exigeant. Notre rôle est d'essayer de le rassurer en mettant à sa disposition le fruit de la science et en l'incitant à une auto-évaluation en fonction du "gold standard" que nous pouvons lui proposer. L'obligation d'évaluation, inscrite dans la loi, n'a pas soulevé de contestation véhémente, contrairement à ce qui s'était passé il y a quelques années. C'est la preuve d'une évolution tout à fait spectaculaire dans les cultures médicales, d'une prise de conscience. Les méthodes proposées ne seront pas contraignantes. Nous ne sommes pas des gendarmes, mais nous aurons les moyens de voir si nos recommandations sont suivies.

Propos recueillis par P. Be. et S. Bl.

Les AGF fournissent à leurs clients un palmarès des hôpitaux Le Monde 27 janvier 2005

L'assureur s'associe au "Point" et souhaite, à terme, élargir le classement aux médecins libéraux

*"nous voulons délibérément inscrire les AGF dans la loi qui a été votée", a affirmé, mardi 25 janvier, Jean-Philippe Thierry, PDG du troisième assureur français, en présentant les nouveaux services que proposera son groupe dans le cadre de la réforme de l'assurance-maladie. Parmi ces nouveaux services, la publication, à compter du mois de juin, d'un classement actualisé des meilleures offres de soins dans les établissements hospitaliers et les cliniques privées. Par simple appel téléphonique, un assuré pourra connaître les différents établissements traitant sa maladie près de chez lui, les meilleurs services par spécialités (traumatologie, obstétrique, chirurgie cardiaque...), leur niveau de qualité et de confort. Pour cela, l'assureur s'est associé à l'hebdomadaire *Le Point*, qui réalise depuis plusieurs années ce type de classement.*

"Nous ne participerons en rien à l'établissement du palmarès car nous ne voulons pas être juge et partie, a précisé Gilles Johanet, ancien directeur de la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM), qui a rejoint en septembre 2003 les AGF pour diriger la branche santé. Nous y ajouterons des informations de proximité d'un ordre non médical, comme les coordonnées ou la localisation." Pour lui, "c'est une étape et nous ne nous arrêterons pas là". L'une des pistes, pour les prochaines années, serait d'étendre ce type de classement aux médecins libéraux.

Ce besoin d'une évaluation de la qualité des soins est conforté par un sondage Ipsos d'octobre 2004, réalisé ce même mois à la demande des AGF auprès de 1 012 personnes âgées de 15 ans et plus (méthode des quotas). Les personnes interrogées plébiscitent à plus de 90 % la mise en place de tels systèmes et *"sont très favorables"* à ce que leur assurance complémentaire leur donne une information objective sur ces sujets.

"DE L'INFORMATION"

L'enquête révèle aussi que la plupart des personnes interrogées pensent, à tort, que ce type d'évaluation existe déjà. Ils sont 83 % à estimer que la fiabilité des équipements, comme l'échographie, la radiographie, le scanner est régulièrement mesurée. 71 % des sondés pensent qu'il en est de même pour le niveau de qualité des soins offerts dans les hôpitaux et les cliniques. *"En tant qu'assureur complémentaire, notre rôle est de fournir de l'information, et si nous parlons de qualité, il faut la mesurer"*, souligne M. Thierry, insistant sur la volonté de laisser à l'assuré le choix. Basée sur la responsabilisation de chacun, la réforme de l'assurance-maladie va entraîner *"un changement profond des comportements"*, prévient le patron des AGF.

Cette évolution va provoquer une modification de la stratégie des assureurs complémentaires sur ce marché contrôlé à 60 % par les mutuelles, devant les assureurs (21 %) et les institutions de prévoyance (19 %). Les AGF misent sur le service et entendent accroître de 25 % leur chiffre d'affaires en trois ans. L'inconnue concerne l'évolution des tarifs des contrats dans le futur. Elle dépendra notamment des niveaux de transfert du régime obligatoire vers les complémentaires, en particulier pour les dépassements d'honoraires. Les AGF affirment que ses nouveaux services ne sont pas conçus pour augmenter les prix.

Dominique Gallois

Médecin traitant : 400 000 déclarations déjà reçues Le Monde 27 janvier 2005

La caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM) a annoncé, mardi 25 janvier, avoir déjà reçu 400 000 formulaires individuels de déclaration de médecin traitant, huit jours après l'envoi des premiers courriers aux assurés sociaux. La Caisse dit constater *"une forte accélération du rythme des retours ces deux derniers jours"*, au point qu'elle *"anticipe un dépassement de son objectif de retour fixé initialement à 5 % fin janvier"*. La CNAM précise que, selon *"un comptage réalisé sur 74 caisses d'assurance-maladie, plus de 70 % des médecins généralistes ont déjà signé des formulaires"*. Le syndicat MG France (généralistes), opposé à la convention médicale et qui a lancé un mot d'ordre de boycottage du formulaire de déclaration du médecin traitant, devait être reçu mercredi 26 janvier au ministère de la santé.

Le Vioxx pourrait avoir causé plus de 88 000 maladies cardiaques aux Etats-Unis en cinq ans

Le Monde 26 janvier 2005

Aucune estimation n'est disponible pour la France. Cet anti-inflammatoire a été retiré en 2004

Le médicament anti-inflammatoire Vioxx (rofécoxib) pourrait être responsable d'un total de 88 000 à 140 000 cas supplémentaires de maladie cardiaque sévère aux États-Unis entre 1999 et 2004, période où il a été commercialisé. Cette estimation, qui est controversée, est citée en conclusion d'une étude publiée en ligne, mardi 25 janvier, par la revue britannique *The Lancet*. Vioxx a été retiré du marché mondial par son fabricant, le géant pharmaceutique Merck, le 30 septembre 2004, en raison des effets secondaires cardio-vasculaires (*Le Monde* du 2 octobre 2004) constatés lors d'un essai clinique.

Le premier signataire de ce travail n'est autre que le docteur David Graham, directeur adjoint du service de sécurité des médicaments de la Food and Drug Administration (FDA), l'agence qui a autorité sur les médicaments aux États-Unis. Devant la commission des finances du Sénat américain, David Graham avait estimé, le 18 novembre 2004, que le Vioxx avait provoqué 160 000 crises cardiaques et attaques cérébrales depuis 1999 aux États-Unis, et serait à l'origine de 27 785 décès.

L'étude publiée par *The Lancet* est une version révisée des données préliminaires rassemblées à l'époque par David Graham dans un mémorandum. Mis en ligne sur le site de la FDA, celui-ci avait soulevé une controverse. L'étude confirme le risque accru de maladie cardiaque sévère avec le rofécoxib, risque qui serait plus élevé qu'avec son concurrent, le célécoxib. Comme le rappelle l'article du *Lancet*, la question du risque cardio-vasculaire pouvant être lié au Vioxx et à la famille d'anti-inflammatoire à laquelle il appartient a été soulevée dès la parution d'essais publiés en 2000 et 2001. Dans l'essai Vigor, rendu public en 2000, le nombre d'infarctus du myocarde aigus était cinq fois plus élevé chez les patients prenant du Vioxx que chez ceux prenant un anti-inflammatoire classique, le naproxène. L'une des explications avancées invoquait un effet cardio-protecteur du naproxène, élément infirmé par David Graham.

M. Graham a travaillé avec une équipe comprenant des membres de l'une des principales organisations de prise en charge des patients aux États-Unis, le groupe Kaiser Permanente, qui compte six millions d'adhérents. A partir de cette base de données, l'équipe a constitué une cohorte de près de 1,4 million de patients, âgés de 18 à 84 ans, ayant reçu un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) entre le 1er janvier 1999 et le 31 décembre 2001. Cet AINS pouvait être le rofécoxib (25 000 patients), le célécoxib (40 000 patients) ou un AINS plus ancien, comme le naproxène (435 000 patients) ou l'ibuprofène (près d'un million d'utilisateurs). Un même patient pouvait avoir eu plusieurs traitements. Pour chaque cas, quatre sujets témoins ont été tirés au sort dans la cohorte.

Un total de 8 143 cas de maladie coronarienne grave a été identifié, dont 6 635 hospitalisations pour infarctus et 1 508 morts subites par arrêt cardiaque. Finalement, 2 210 décès par maladie coronarienne (27,1 %) ont été recensés. Les auteurs ont ensuite calculé le risque que faisait courir chaque AINS par rapport aux témoins qui ne prenaient pas ce médicament. Les sujets sous rofécoxib avaient un risque cardiaque augmenté de 34 % par rapport à ceux prenant un autre AINS. Comparés à ceux prenant du célécoxib, les sujets sous rofécoxib avaient un risque majoré de 59 %. Cette augmentation était moindre (47 %) avec une dose standard mais le risque était presque multiplié par quatre pour les fortes doses.

L'une des principales faiblesses de cette étude rétrospective est qu'elle ne prend pas du tout en compte la durée du traitement, que ce soit pour le rofécoxib ou les autres AINS. Il est donc impossible d'interpréter le rôle joué par la durée de traitement.

MARGE D'INCERTITUDE

Dans sa conclusion, l'article de David Graham livre, en un paragraphe, une extrapolation à l'ensemble de la population américaine ayant reçu du rofécoxib (106,7 millions de prescriptions de 1999 à septembre 2004, dont 17,6 % à forte dose). Il aboutit à la fourchette de 88 000 à 140 000 cas de maladie cardiaque grave pour ces cinq années et rappelle qu'elles sont fatales dans 44 % des cas.

La méthode reste cependant entachée d'une grande marge d'incertitude. L'extrapolation est réalisée à partir des données de deux essais cliniques conduits par Merck alors que les épidémiologistes s'accordent à souligner qu'on ne saurait comparer, en toute rigueur, la population d'une étude clinique à la population des patients prenant un médicament dans la vie courante. L'article a cependant l'intérêt de donner un ordre de grandeur. En France, où 3 millions de boîtes de Vioxx étaient prescrites en 2002, on ne dispose pas de données sur le nombre d'utilisateurs de ce médicament et, a fortiori, d'évaluation du nombre possible de victimes.

Paul Benkimoun

Les soucis financiers et judiciaires de Merck

La décision du laboratoire américain Merck, en septembre 2004, de retirer du marché mondial son anti-inflammatoire vedette, le rofécoxib (commercialisé sous le nom de Vioxx), en raison d'effets secondaires graves, a eu une traduction financière immédiate. La firme, qui avait vendu pour 2,5 milliards de dollars de Vioxx en 2004, a vu sa valeur sur le marché chuter d'un tiers. Ces déboires financiers ont fait le bonheur de Pfizer : bien que tout risque cardiovasculaire ne soit pas écarté, les ventes de deux de ses produits, de la même famille que le Vioxx, Celebrex et Bextra (non commercialisé en France) ont grimpé respectivement de 24 % et 57 %.

En outre, les soucis judiciaires s'amoncellent pour Merck. Plus d'un millier de personnes ont engagé un total de 475 plaintes contre la firme. Il apparaît vraisemblable que le PDG de Merck, Raymond Gilmartin, sera entendu comme témoin. Son audition pourrait avoir lieu en mars. Selon certaines estimations, les procès pourraient coûter 17,6 milliards de dollars à Merck au cours de la décennie à venir.

Un syndicat dentaire menace de restreindre les soins aux démunis

Le Monde 26 janvier 2005

Il souhaite dénoncer les tarifs applicables aux bénéficiaires de la couverture-maladie universelle

Pour interpellier les pouvoirs publics, rien ne vaut une bonne polémique, surtout si elle suscite l'opprobre général. La Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD) vient de recourir avec succès à cette ficelle en menaçant de ne pas soigner les patients défavorisés. Le 18 décembre 2004, cette organisation professionnelle, majoritaire chez les dentistes (15 000 adhérents revendiqués), a adopté une motion à propos de la couverture-maladie universelle (CMU) - un dispositif lancé en 2000 qui permet d'offrir une complémentaire santé à environ 4,3 millions de personnes démunies. Mécontents des *"tarifs inadaptés et jamais révisés"* qu'ils doivent respecter dans le cadre de ce système, les praticiens affiliés à la CNSD ont pris une décision radicale : mettre sur *"liste d'attente"* les bénéficiaires de la CMU et reporter *"la réalisation des actes prothétiques et orthodontiques"*. L'organisation syndicale a même invité ses adhérents à restreindre, *"dans un deuxième temps"*, leurs interventions *"aux seules urgences"*, voire à *"refuser tout soin"* dès lors qu'il s'agissait d'un assuré émergeant à la CMU.

"MÉDICALEMENT INTOLÉRABLE"

Jean-Claude Michel, président de la CNSD, a voulu lancer ce *"pavé dans la mare"* parce que le gouvernement restait sourd aux revendications de ses troupes. Au-delà des tarifs - trop modiques à leurs yeux - qu'ils doivent appliquer aux bénéficiaires de la CMU, les dentistes déplorent que les soins conservateurs et de prévention n'aient pas été réévalués depuis plusieurs années. Pour M. Michel, une telle situation décourage les jeunes qui débutent dans la profession et pousse des confrères à désertier les zones défavorisées.

Révélee par *Le Parisien* dans son édition du lundi 24 janvier, la motion du CNSD a suscité la réprobation de Philippe Douste-Blazy et de Xavier Bertrand. Le ministre de la santé et le secrétaire d'Etat à l'assurance-maladie ont demandé au syndicat de suspendre son appel. De son côté, le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam), Frédéric Van Roekeghem, a regretté que la CNSD "*prenne en otage les plus démunis*". Enfin, l'Union des jeunes chirurgiens-dentistes (UJCD) a estimé que la démarche de M. Michel était "*médicalement intolérable*", tandis que l'ordre national des chirurgiens-dentistes le sommait de respecter la loi, tout en disant comprendre le geste de "*mauvaise humeur (...) de la base*".

Grâce à son initiative controversée, la CNSD a obtenu ce qu'elle recherchait : un rendez-vous avec le directeur de l'Uncam. La rencontre devrait avoir lieu "*la semaine prochaine*", d'après M. Michel, et permettra au syndicat d'exposer ses doléances. En attendant, celui-ci a décidé de ne pas mettre à exécution sa menace.

Mais le fait de refuser des soins à des bénéficiaires de la CMU a déjà été constaté, par le passé. En novembre 2002, Médecins du monde avait réalisé une enquête téléphonique anonyme auprès de 230 dentistes : près de la moitié d'entre eux indiquait ne pas vouloir soigner ce type de clientèle. Dans son édition de décembre 2004, la revue *Que choisir* a également réalisé un sondage auprès de 287 spécialistes (gynécologues, cardiologues, ORL) : le fait de relever de la CMU constituait un problème, pour un tiers à 40 % des professionnels de santé installés à Paris et dans sa banlieue.

Bertrand Bissuel

Psychiatrie, l'asile est de retour

Confronté à la violence sociale, au corporatisme, à la bureaucratie... le secteur est en crise.

Paul MACHTO, *Libération* 26 janvier 2005

Les réactions au drame de Pau ont montré l'ampleur de la catastrophe qui atteint toute la psychiatrie, publique et privée. Depuis plusieurs années, il n'est pas un congrès, un colloque, au cours desquels ne soit évoquée la «destruction» de la psychiatrie. Le point d'orgue en fut les états généraux de juin 2003 à Montpellier. L'inflation des nouvelles demandes faites à la psychiatrie, amplifiée par la psychologisation des difficultés survenant dans le champ social et dans la sphère privée, doit être interrogée. Après l'affaire de la réglementation des psychothérapies, voilà un chantier qui doit provoquer une remise en question des politiques, des psychiatres et des soignants ; cette crise dépasse le champ psy : elle concerne le lien social lui-même.

Ce qui est en question, c'est la transformation de la psychiatrie, l'abandon de sa dimension humaine, pour s'adonner à la technique. Quelle politique est à l'oeuvre dans le champ de la pratique ?

La violence s'est installée dans les hôpitaux tout comme elle fait partie de la vie quotidienne les hôpitaux, comme l'école, ne sont pas isolés du social. Elle est directement liée à la précarisation, à la pauvreté du politique, à la dureté du libéralisme économique. Elle s'exhibe aussi sur les écrans, prenant parfois l'aspect de la terreur aveugle.

Dans les hôpitaux psychiatriques, du fait de la pénurie des effectifs, les soignants sont confrontés, à des situations de plus en plus difficiles, et, dans le désarroi qu'elles génèrent, des réponses à courte vue sont envisagées, parfois se mettent en place : pavillons pour malades «difficiles» (?), «perturbateurs» (?); vigiles avec chiens ; élaboration de procédures pour mise en isolement ; recensement d'«événements indésirables» ; multiplication des chambres d'isolement.

Une véritable régression est à l'oeuvre et ceci malgré le développement des traitements psychotropes, les progrès psychothérapeutiques et psychanalytiques dans l'approche des psychoses, l'existence de la sectorisation. Certains psychiatres vont jusqu'à avancer des propositions de nouvelles ségrégations par pathologies ! (1)

Pourtant, un jeune interne, Philippe Paumelle, s'appuyant sur les pratiques de psychothérapie institutionnelle, avait écrit sa thèse sur des «Essais de traitement collectif du quartier d'agités» (2). C'était en... 1951 ! Et les neuroleptiques n'existaient pas encore dans les HP.

Le mouvement créé après la guerre par un petit nombre de psychiatres allait aboutir à la politique de secteurs et, en 1969, à la séparation de la psychiatrie et de la neurologie. Autonomie de la psychiatrie au sein de la médecine, mais toujours remise en cause. En effet, un vaste mouvement de remédicalisation s'est opéré depuis vingt ans avec la disparition de l'internat de psychiatrie, la suppression du diplôme d'infirmier psychiatrique. La formation des psychiatres s'organise dans des services de CHU, souvent très médicalisés. Les apports de la psychanalyse sont combattus violemment par les tenants des thérapies comportementales. Pour l'acquisition du diplôme infirmier, seuls deux mois de stage sont nécessaires !

A cela s'ajoute la suppression de la dimension soignante dans la formation et la pratique des cadres de santé (les surveillants infirmiers) ; ils sont assignés à une position de stricte gestion administrative, avec parfois les outrances bureaucratiques dans lesquelles certains se complaisent ! Il en découle de terribles pressions sur les personnels, des luttes de pouvoir, voire de défiance vis-à-vis des médecins. Il faut reconnaître cependant que ces derniers, dans leur majorité, ne sont pas indemnes de responsabilité dans ces conflits de pouvoir. La collégialité, le savoir-faire infirmier, ne sont pas suffisamment pris en compte, ce qui génère frustrations, rancœurs. Quant aux directeurs des soins, nouvelle appellation des infirmiers généraux, ils sont de véritables courroies de transmission de l'administration pour faire appliquer les politiques économiques et comptables. Ainsi une chaîne de pression opère dans toute l'organisation hospitalière.

Un fonctionnement bureaucratique est également à l'oeuvre dans les établissements : il n'est question que de procédures, de protocoles, qui visent à uniformiser les pratiques, véritable entreprise de mise aux normes. L'évaluation devient un simulacre, l'Anaes le *Big Brother* du XXI^e siècle. Cet ensemble est exacerbé dans les processus d'accréditation des établissements hospitaliers. Les «transmissions ciblées» instaurent une novlangue, une attaque du discours clinique est entreprise : ce nouveau «concept», appliqué à la psychiatrie, vise explicitement à «un gain de temps», à ne plus «se perdre dans le narratif», à gommer toute subjectivité : le discours du patient doit être formaté pour être consigné et réduit dans le dossier.

A tout cet ensemble, s'ajoute la question de la pratique proprement dite : la place des psychotropes, devenue prépondérante, rejetant dans l'oubli, voire dans le mépris, l'approche institutionnelle, collective. Les laboratoires pharmaceutiques ont mis au point des stratégies très fines pour séduire les psychiatres, investissant le champ de la formation continue, suscitant de façon très sophistiquée des demandes afin de proposer leur offre (par exemple en direction des familles de patients). L'obsession de la durée de séjour, les «externements arbitraires», l'absence d'activité pour que les patients ne prennent pas trop goût à l'hôpital (sic), auxquels s'ajoute la dissociation du sanitaire et du social pour les patients psychotiques, ont conduit au règne du «fast-traitement», à la psychiatrie «moderne» ! Les patients les plus lourds se retrouvent souvent à la rue, clochardisés, au mieux dans des hôtels sordides, ou dans les prisons ! Cette politique des soins est le résultat du détournement de la critique de l'asile des années 70. Certains psychiatres s'en sont faits les hérauts en prônant une installation de la psychiatrie dans les hôpitaux généraux, les traitements obligatoires à domicile mais en ignorant totalement ce qu'il en est de la logique asilaire. L'asile est bien de retour.

Ce dont nous avons peut-être le plus besoin aujourd'hui, c'est un mouvement, un débat, qui viendraient remettre vigoureusement en cause le nouvel ordre technico-médical et administratif, ainsi que le corporatisme, qui nous ont apporté les merveilles du paysage psychiatrique actuel.

(1) Tel J.-C. Pascal, coauteur du funeste rapport dit Cléry Melin, demandé par le précédent ministre de la Santé.

(2) Voir le rapport de l'Inserm publié en 2004 sur l'évaluation des psychothérapies. *Libération* s'en est fait l'écho.

Santé et Hôpital : premiers rebonds

J.C. Delavigne, et nos correspondants Rouge n°2096, 27 janvier 2005

Les personnels hospitaliers ont été nombreux à faire grève et à manifester le 20 Janvier. Des taux de participation de 20 30 % sont annoncés dans les hôpitaux généraux. Les chiffres sont encore plus élevés en psychiatrie (jusqu'à 40, 50%) qui a été en pointe dans cette journée.

Cette réalité est encore plus nette dans les cortèges, où les personnels de psychiatrie ont voulu montrer leur colère et leur détermination : le drame de Pau a catalysé une révolte sourde depuis des mois. (voir article de la semaine dernière sur la grève à Villejuif).

En région parisienne ; à l'appel de SUD, CGT, CFTC, CMH et CHG un cortège hospitalier est parti en fin de matinée de Nation. A peu près 5000 manifestants dans un cortège dynamique, combatif, souvent unitaire, avec la psy en tête derrière Paul Guiraud Villejuif ont rejoint la manifestation des fonctionnaires à République.

A Caen, c'est une manifestation de 700 hospitaliers à forte composition « psy » qui ouvrait le cortège des 3700 manifestants. A Rouen, les personnels de psy (230) ont tenu à manifester sous une banderole commune CGT CFDT SUD, malgré le morcellement du cortège par fédération syndicale. Ils scandaient outre les mots d'ordre sur les salaires «Combien de morts en psychiatrie, pour être entendus Douste-Blazy ? ». A Paris, Toulouse, Besançon, Le Havre (défilé derrière une banderole psy noire) la psychiatrie était également très présente.

C'est un rebond prometteur après un creux d'un an et demi dans la mobilisation. Les personnels hospitaliers ont en effet du « digérer » plusieurs défaites successives après deux luttes de grande ampleur sur les 35 heures puis sur les retraites, à laquelle il faut ajouter les défaites sans combat sur la Sécu, et le plan « Hôpital 2007 ».

Mais l'application des 35 heures, sans les effectifs supplémentaires, la pénurie de personnel, la mise en place d'un hôpital fonctionnant sur des critères de « productivité » et de « rentabilité » avec un « management » issu du secteur privé rendent chaque jour les conditions de travail plus insupportables. Il s'y ajoute l'insatisfaction de voir la qualité des soins se dégrader.

Le ras le bol, qui restait très passif ces derniers mois, commence à nouveau à s'exprimer dans l'action collective, faisant naître une nouvelle lueur d'espoir. La date du 5 Février apparaît doré et déjà comme la prochaine échéance. Mais sur la base des expériences récentes, la volonté de ne pas se cantonner aux journées d'action des fédérations syndicales et de se coordonner se fait jour.

Ainsi à Caen, une assemblée des personnels hospitaliers réunissant 5 établissements et à laquelle participaient la CGT et SUD a décidé de se constituer en collectif de mobilisation des personnels de santé en lutte syndiqués non syndiqués, avec pour première échéance la préparation du 5. Vendredi 28 janvier, les grévistes de Villejuif proposent une A.G régionale des psy et de leurs syndicats. A Quimper une nouvelle assemblée régionale des personnels de psy doit avoir lieu

A Toulouse la mobilisation se poursuit autour de la défense de l'Hôpital Lagrave que la direction veut fermer et vendre....

Cette relance de la mobilisation hospitalière intervient dans un contexte où une partie significative des médecins généralistes et les étudiants en médecine se mobilise contre l'un des piliers de sa réforme : la mise en place du « médecin traitant ». le 22 Janvier, ce sont 3000 médecins et futurs médecins qui ont défilé à Paris sur des mots d'ordre progressistes. Quelques hirondelles qui laissent bien augurer d'un printemps de la santé...

Nouvelle gouvernance des hôpitaux La dernière ligne droite Le Quotidien du médecin, 25 janvier 2005

Après deux années d'âpres discussions et de rebondissements, les contours de la réforme de l'organisation interne des hôpitaux sont enfin arrêtés. Le projet d'ordonnance, maintes fois remanié, a été transmis au Conseil d'Etat. Sa parution pourrait être très rapide, rendant obligatoire d'ici au 1er janvier 2007 la mise en place de pôles et d'un conseil exécutif dans tous les hôpitaux publics. LE PROJET DE REFORME devant conduire à la réorganisation interne des hôpitaux publics a fait du chemin depuis sa présentation, à l'automne 2002, par Jean-François Mattei, alors ministre de la Santé.

Groupes de travail et comité de suivi ont remanié à maintes reprises le projet d'ordonnance, qui pose les grands principes de la réforme. Le ministre de la Santé, Philippe Douste-Blazy, a rendu ses derniers arbitrages en début d'année. Le texte a été transmis au Conseil d'Etat la semaine dernière ; sa parution pourrait intervenir courant février ou mars, et celle des décrets, dans la foulée.

La nouvelle gouvernance hospitalière repose sur des principes - pilotage médico-administratif, principe de subsidiarité, contractualisation interne, politique d'intéressement - qui vont modifier en profondeur le fonctionnement des hôpitaux, et notamment le rapport des médecins à leur direction.

Les services ne disparaîtront pas

L'ordonnance impose aux hôpitaux d'achever leur réorganisation avant le 1er janvier 2007. Quelles modifications sont à prévoir ? Un conseil exécutif présidé par le directeur, et associant à parité des administratifs et des médecins, sera chargé du pilotage stratégique de l'établissement - son nombre de membres est laissé à l'initiative des hôpitaux. Les services ne disparaîtront pas, comme cela avait été évoqué un temps. Ils seront regroupés au sein de pôles d'activité, dirigés par un praticien qui, chaque année, ira négocier un contrat de pôle avec sa direction, et qui se verra confier la gestion des moyens délégués au pôle. Les candidats à la chefferie de pôle devront s'inscrire sur une liste nationale d'habilitation - ce que voulaient les médecins, mais pas les directeurs. Chaque responsable de pôle sera nommé par décision conjointe du directeur et du président de CME, après avis du conseil de pôle, de la CME et du conseil exécutif. Dans les CHU, le directeur de l'UFR cosignera cette décision. Quant au vice-président de la CME, il ne pourra plus être membre de droit du conseil d'administration.

Le pouvoir des ARH

Le pouvoir des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) sera renforcé. Leurs directeurs pourront demander un plan de redressement pour un hôpital en difficulté budgétaire ; ils pourront aussi intervenir quand l'activité ne correspondra pas aux prévisions. Et lors d'opérations de restructuration ou de coopération, les directeurs d'ARH pourront demander la suppression d'emplois médicaux, la révision du contrat d'objectifs et de moyens, et la baisse de l'enveloppe Migac (missions d'intérêt général et aides à la contractualisation).

Conseillers généraux

Autre nouveauté, des conseillers généraux des hôpitaux conseilleront le ministre de la Santé sur l'amélioration du fonctionnement des hôpitaux. Ils pourront être chargés de gérer provisoirement un hôpital en cas de déséquilibre budgétaire. Ces conseillers seront des fonctionnaires ou des médecins titulaires.

L'ordonnance devrait être prochainement soumise à l'adoption par le gouvernement. La parution des décrets, en cours d'élaboration, devrait suivre aussitôt. Ces textes seront applicables dès leur parution. Les hôpitaux auront alors jusqu'au 1er janvier 2007 pour se mettre en conformité avec toutes ces nouvelles dispositions.

Hospitalisation privée

Le Quotidien du médecin, 25 janvier 2005

Ken Danis (FHP) : la T2A, vite et bien ! LORS DE SA CEREMONIE des voeux pour l'année 2005, le président de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) a souhaité aux cliniques privées un passage réussi à la tarification à l'activité (T2A) le 1er mars prochain. « *Nous sommes à six semaines de l'entrée* (des établissements sous OQN, ndlr) *dans la T2A. La date a déjà été reportée deux fois. La FHP, les cliniques veulent cette réforme, a insisté le Dr Ken Danis. Nous sommes persuadés que c'est une chance pour le système de santé français. Ce dispositif, dans lequel les dotations de ressources seront transparentes pour le payeur et l'Uncam (Union nationale des caisses d'assurance maladie), est un des moyens essentiels de dégager des économies et une maîtrise dans les dépenses hospitalières en France. »*

Le président de la FHP a incité tous les acteurs de l'hospitalisation privée, et en particulier les médecins libéraux, à s'engager dans la T2A.

Redorer l'image des cliniques.

D'une manière plus générale, Ken Danis s'est fixé pour objectif, cette année, de redorer l'image du secteur hospitalier privé dans l'esprit du grand public. « *On entend encore trop souvent dire que les cliniques s'intéressent trop à leur rentabilité*, regrette-t-il. *C'est vrai que nous avons la menace du dépôt de bilan. Mais (la rentabilité) n'est pas le premier impératif des dirigeants des cliniques. Notre premier impératif, c'est d'avoir des outils performants, des blocs opératoires de qualité, etc.* » Corriger l'image des cliniques passera sans doute par davantage de communication. Le Dr Danis l'a bien compris, qui a déjà peaufiné ses arguments : « *Le secteur hospitalier privé est très largement reconnu, choisi, nous assurons une hospitalisation sur deux, 60 % des patients sont opérés chez nous* », rappelle-t-il.

Séduire le grand public est une chose. Convaincre les médecins de modifier leurs habitudes pour gagner en transparence en est une autre. C'est donc avec précaution que le président de la FHP a promulgué le vœu suivant : « *Globalement, on a un système de santé qui marche. Et pourtant, on entend dire que l'hospitalisation est obscure, et que l'on ne sait pas ce qui se passe dans les cliniques. C'est pourquoi je veux que nous arrivions à promouvoir une démarche qualité encore plus active.* » En clair, la FHP souhaite publier elle-même, comme le font certains magazines depuis quelques années, les résultats de la qualité des soins prodigués dans ses établissements. Une démarche qui requiert l'appui des praticiens, et qui se fera à l'aide de référentiels établis par les sociétés savantes.

En conclusion, le Dr Ken Danis a rappelé sa volonté de renforcer la place des cliniques et de la FHP dans le système de santé français. « *En 2005, nous devenons à la fois terrain d'expérimentation et force de propositions* », a-t-il affirmé.

Assurance-maladie

L'Autriche aussi

Le Quotidien du médecin, 25 janvier 2005

CONFRONTEE comme la plupart de ses voisins à un déficit croissant de l'assurance-maladie, l'Autriche a préparé, tout au long de l'année 2004, une ambitieuse réforme du système de santé. Mais, de compromis en amendements, le texte voté en décembre par le Parlement, et qui est entré en vigueur au 1er janvier, évoque plus un vaste plan d'économies que la « réforme de structure » voulue à l'origine par le gouvernement de Wolfgang Schüssel.

Les 8,2 millions d'Autrichiens dépensent 11,4 milliards d'euros par an pour leur santé, dont plus de 90 % sont pris en charge par les caisses de maladie. En 2004, leur déficit global s'est élevé à 300 millions d'euros : la réforme permettra d'économiser cette somme, afin de restaurer l'équilibre des comptes. C'est ainsi que les Autrichiens payeront plus cher leur forfait hospitalier, qui passe de 8 à 10 euros, et leur forfait par consultation, qui progresse de 10 centimes et passe de 4,35 à 4,45 euros, les cotisations de maladie augmentant en outre de 0,1 %. Les fumeurs seront, eux aussi, mis à contribution, tandis que le gouvernement promet des mesures volontaristes contre le tabagisme, dans un pays qui reste l'un des plus permissifs d'Europe dans ce domaine. Mais ce sont surtout les tickets modérateurs sur les lunettes et les lentilles qui vont être multipliés par trois, passant de 23 à 73 euros par paire, au grand dam des ophtalmologistes et des opticiens qui redoutent que ces économies ne se repercutent sur la santé visuelle des patients. Par ailleurs, le gouvernement entend rationaliser de nombreux secteurs de la santé, développer la prévention et encourager l'innovation.

Des plates-formes de santé.

Cette réforme est bien loin de ses objectifs initiaux, qui consistaient à créer dans chaque *land* (région) des « agences de la santé » qui auraient évalué, puis « acheté », toutes les prestations de santé qu'elles auraient jugé utiles pour la population, en mettant en concurrence l'ensemble des prestataires de soins. Les médecins se sont battus pendant de longs mois contre ces projets d'agences régionales, qualifiés de monstres technocratiques, et qui auraient « dépossédé » les caisses de leur pouvoir décisionnel et financier.

Au bout du compte, la ministre de la Santé, Maria Rauch-Kallat, a enterré son projet d'agences, et souhaite maintenant développer des « plates-formes de santé » qui associeraient tous les professionnels aux choix stratégiques et financiers, mais sans donner ni date ni précision. Enfin, la réforme va permettre de lancer les cartes électroniques d'assurés sociaux, maintes fois repoussées pour des raisons tantôt politiques et tantôt techniques. Comparables à nos cartes Vitale, elles se

substitueront aux feuilles de soin et à tous les documents « papier » qui circulent entre les caisses, les médecins et les patients, mais elles ne comporteront aucune donnée médicale.

Chiffres divergents sur la manifestation des généralistes Le Quotidien du médecin, 25 janvier 2005

Dimanche 23 janvier 2005. Plusieurs milliers de généralistes ont manifesté samedi à Paris contre le nouveau dispositif conventionnel, plus de 4.000 selon l'Isnar-IMG (internes de médecine générale), qui avait lancé l'appel à l'origine, 3.000 selon MG-France et 900 selon la police. MG-France affirme que 80% des cabinets de médecine générale étaient fermés, ce que conteste fermement la CSMF, syndicat signataire de la convention, avec le SML et Alliance. "C'est un samedi normal. Il n'y a aucun - je dis bien aucun- cabinet supplémentaire de fermé par rapport à un samedi ordinaire", a affirmé son président, Michel Chassang, à l'AFP. MG-France a appelé les généralistes à continuer le combat en basculant après minuit sur leur répondeur sur le 15, à charge pour ce dernier de trouver le spécialiste à faire intervenir, et ce tant que le syndicat n'aura pas été reçu par le Premier ministre. Par ailleurs, selon un sondage de l'Ifop pour "le Journal du dimanche", la quasi-totalité des Français (95%) vont choisir "plutôt un médecin généraliste" comme médecin traitant (contre 4% pour le spécialiste) ; 91% des personnes interrogées ont déjà un médecin qu'elles consultent régulièrement.

Philippe Douste-Blazy, ministre des solidarités, de la santé et de la famille "La mise en place d'un parcours personnalisé de soins est un "plus" pour les patients" Le Monde 25 janvier 2005

La manifestation organisée, samedi 22 janvier à Paris, contre la convention médicale semble avoir été diversement suivie. Une controverse s'est engagée entre le syndicat MG-France, opposé à la réforme, et la CSMF, qui y est favorable, sur le nombre de cabinets fermés. De quelles informations disposez-vous ? Il n'y a eu aucun afflux particulier de malades aux urgences hospitalières, ce qui est généralement le cas lorsqu'une grève est suivie. Tous les indicateurs objectifs montrent que samedi a été une journée normale. Je pense que les praticiens libéraux savent que la réforme de l'assurance-maladie et la convention médicale remettent le médecin généraliste au cœur de notre système de santé. Les Français l'ont bien compris : un sondage montre que 95 % d'entre eux souhaitent prendre leur généraliste comme médecin traitant. Et ils renvoient, en nombre important, le formulaire de déclaration du médecin traitant à leur caisse primaire d'assurance-maladie.

Vous rencontrez le président de MG-France, Pierre Costes, mercredi 26 janvier. Qu'avez-vous l'intention de lui dire ?

Je lui dirai d'abord que, comme lui, je suis contre une médecine à deux vitesses. Je lui rappellerai ensuite que la réforme est fondée sur une amélioration de la qualité de notre système de santé et sur la nécessaire coordination des soins par le médecin traitant, qui sera le plus souvent un généraliste. La mise en place, pour la première fois, d'un parcours personnalisé de soins est un "plus" pour les patients. Et tout malade qui viendra voir son médecin traitant sera assuré d'être remboursé dans les mêmes conditions qu'aujourd'hui.

Que répondez-vous aux généralistes qui craignent de ne pouvoir garantir à leurs patients l'accès à un médecin spécialiste dans des délais compatibles avec leur état de santé ?

Je pense que ces craintes sont largement infondées. Les médecins spécialistes, y compris ceux qui exercent en secteur 2 (à honoraires libres), travaillent avec une clientèle de généralistes qui leur adressent des patients. Ils auront à cœur de ne pas se couper de ce réseau de relations, fondamental dans leur travail. Pour cette raison, le risque me semble faible de voir les spécialistes de secteur 2 préférer traiter d'abord des patients venus les consulter directement - auxquels ils pourront demander des honoraires libres - que ceux qui leur seraient adressés par un médecin traitant dans le cadre du parcours de soins coordonnés (à tarifs opposables).

Cette situation peut néanmoins se produire dans des régions sous-médicalisées. C'est une des raisons pour lesquelles j'ai relevé le *numerus clausus*. En tout état de cause, le ministère et l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam) contrôleront de très près l'évolution de la situation.

Une partie des généralistes pense que la convention médicale favorise les spécialistes sur le plan des honoraires. Qu'en est-il ?

Mais ce n'est pas exact ! Les généralistes bénéficieront, sur deux ans, de 368 millions d'euros d'augmentation, contre 360 millions aux spécialistes. La mise en place du dispositif du médecin traitant va s'accompagner d'une augmentation du tarif des actes concernant les quelque 7 millions de patients en affection de longue durée (ALD), et la quasi-totalité des généralistes a, dans sa clientèle, des malades en ALD. Il y aura, en plus, les revalorisations d'honoraires liées à la majoration de la consultation pour l'enfant, de la naissance à deux ans, et à la permanence des soins qu'il faut organiser, en particulier avant minuit. Dans les départements sous-médicalisés, il faudra mettre sur pied des maisons médicales. Ailleurs, je souhaite que les caisses primaires d'assurance-maladie et les médecins libéraux fassent preuve d'une certaine souplesse et trouvent des solutions qui viennent d'eux-mêmes, au lieu de devoir être dictées par les préfets, faute d'accord.

La négociation d'une nouvelle nomenclature des actes cliniques a été ajournée. Quand reprendra-t-elle ?

Je pense que les discussions sur la classification commune des actes médicaux (CCAM) clinique peuvent reprendre dans les mois qui viennent. Je souhaite, d'ailleurs, qu'à cette occasion, l'acte clinique des médecins généralistes soit davantage rémunéré.

Internes et généralistes défilent à Paris contre une "médecine de riches" Le Monde 25 janvier 2005

Des médecins généralistes et des internes en médecine générale - 4 000 à 5 000 selon les organisateurs, 900 selon la police - ont manifesté, samedi 22 janvier à Paris, contre la nouvelle convention médicale qui instaure le dispositif du médecin traitant. Comme Pascale Marco, présidente de l'Intersyndicale des internes en médecine générale (Isnar-IMG), coorganisatrice du défilé avec MG-France, deuxième syndicat de généralistes, ces professionnels de santé pensent que la réforme de l'assurance-maladie *"aboutira à la mort de la Sécurité sociale"*.

"J'ai peur que l'on s'achemine vers une médecine à deux vitesses car la possibilité d'accéder directement à un spécialiste, à condition de payer des dépassements d'honoraires et d'être moins remboursé, va creuser les inégalités sociales", explique Nadège Morel, interne à Rouen. *"On sait qu'il y aura deux carnets de rendez-vous et que les classes moyennes, qui n'ont pas les moyens de se payer des super-mutuelles, devront attendre pour avoir une consultation ; ce système va faire le bas de laine des assureurs privés",* renchérit Nolwenn Kerhuel. *"Ce n'est pas normal que les spécialistes soient mieux rémunérés quand un patient est hors parcours de soins",* pointe Dania Chermand, interne à Grenoble.

Alors que la médecine générale est reconnue comme une spécialité universitaire à part entière, cette jeune femme ne comprend pas que spécialistes et généralistes ne soient pas logés à la même enseigne. *"Il faut valoriser la médecine générale, sinon les étudiants ne choisiront pas cette filière",* prédit-elle. Cette future praticienne dit ne pas avoir *"les mêmes attentes"* que ses aînés. *"Nous sommes contre la course à l'acte et nous ne sommes pas corvéables à merci, nous voulons prendre du temps pour nos patients et pour nous",* résume-t-elle. *"La soi-disant liberté du paiement à l'acte, cela ne nous correspond pas",* ajoute-t-elle. *"Avec cette convention, on ne fera pas d'économies et, dans quelques années, ce sera la privatisation de la santé",* redoute Guillaume Gonin, étudiant en médecine générale à Lyon.

"LA CONVENTION DE LA HONTE"

Derrière ces internes, des généralistes de tous âges, arborant pour la plupart un autocollant de MG-France, affichent sur des pancartes leur colère contre le ministre de la santé : *"Douste-Blabla, où sont les économies ?"*, *"Médecine de Douste, médecine de riches"*, *"Douste aux affaires, la Sécu au cimetière"*, *"Non à la convention de la honte"*.

Parmi eux, beaucoup de médecins référents, comme Hélène Raffaestin, généraliste à Issoire (Puy-de-Dôme) : *"D'un côté, on nous demande d'être des coordonnateurs de soins, mais sans moyens supplémentaires, et de l'autre on officialise les dépassements d'honoraires pour les spécialistes, sur lesquels, on ne se fait pas d'illusion, aucun contrôle ne sera mené",* s'insurge-t-elle. Sa consœur, Sandrine Tautou, assure recevoir dans son cabinet *"de plus en plus de patients qui n'ont que la Sécurité sociale"*. Et veut défendre *"un système de santé égal pour tous"*. Jacques Buch, généraliste à Montbéliard (Doubs), manifeste pour la première fois, au nom *"d'une certaine conception de la médecine générale, qui n'est pas là pour faire de l'aiguillage"*. Comme la majorité des opposants à la

convention, le docteur Buch ne remplit pas les formulaires de médecin traitant. *"On les garde sous le coude, on attend"*, dit-il.

"Cette convention ne va pas passer, j'en suis sûr, car elle ne peut fonctionner qu'avec les généralistes", veut croire le docteur et écrivain Martin Winckler, l'un des initiateurs du manifeste *"contre les mensonges de la réforme du système de santé"*, qui, dit-il, a franchi la barre des dix mille signatures. *"On fabrique de l'insécurité sociale sur notre dos"*, s'emporte le généraliste Christian Lehmann, coauteur du manifeste, en évoquant *"l'émergence d'un conflit social contre les ultralibéraux qui dépècent la Sécu"*.

Réclamant un *"rendez-vous avec le premier ministre"*, Pierre Costes, président de MG-France, a appelé les généralistes à ne pas assurer la permanence des soins après minuit *"en basculant leur répondeur sur le 15"* et à garder les formulaires de médecin traitant *"dans les tiroirs"*.

Sandrine Blanchard **Le médecin traitant : plutôt un généraliste** **Le Monde 25 janvier 2005**

95 % des Français envisagent de choisir *"plutôt un médecin généraliste"* comme *"médecin traitant"*, selon un sondage de l'IFOP publié dans *Le Journal du dimanche* du 23 janvier. Ils ne sont que 4 % à préférer *"plutôt un spécialiste"*, 1 % ne se prononçant pas, selon ce sondage effectué les 20 et 21 janvier par téléphone auprès d'un échantillon de 802 personnes, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus. A la question *"Diriez-vous que la mise en place du médecin traitant qui vous suit et coordonne votre parcours de santé va améliorer la qualité des soins ?"*, 49 % des personnes interrogées répondent par l'affirmative et 48 % par la négative, révèle cette enquête effectuée pour la Caisse nationale d'assurance-maladie.

Les médecins défendent l'accès aux soins **L'Humanité, 24 janvier 2005**

La réforme de l'assurance maladie ne passe décidément pas auprès des médecins généralistes. Un sondage pour le Quotidien du médecin, publié jeudi, avait déjà donné la mesure du refus : près de 80 % des médecins interrogés, généralistes et spécialistes confondus, s'affirmaient contre le dispositif du médecin traitant. Samedi après-midi, la contestation s'est vue dans la rue : une partie des médecins généralistes - 3 000 à 5 000 selon les syndicats, 900 selon la police - ont manifesté à Paris. À l'appel de plusieurs syndicats (dont MG France, le Syndicat de la médecine générale, le Syndicat des jeunes médecins généralistes, etc.), les généralistes, venus de toute la France, ont clamé leur refus clair et net d'endosser l'habit de « médecin traitant » qui leur est réservé dans le nouveau « parcours de soins ». Présenté comme le pivot de l'accès aux soins, le médecin traitant devra être consulté en premier, à partir du 1er juillet prochain, en cas de problème de santé. Sauter cette « case départ » se soldera pour l'assuré social par des remboursements réduits et des dépassements d'honoraires. De son côté, le médecin traitant aura à sa charge l'orientation de ses patients vers les spécialistes et la maintenance de leur dossier médical personnel.

deux files d'accès aux soins

Mais pour les médecins généralistes qui y sont opposés, ce schéma est d'emblée perverti. D'un côté, pour son rôle de coordination, le médecin traitant ne bénéficiera d'aucun moyen supplémentaire, hormis 40 euros par an pour le suivi d'un malade souffrant d'une affection de longue durée : « Nous devons faire la synthèse des soins de chaque patient, même celle relative aux visites chez des spécialistes, le tout pour zéro euro », ironise un médecin de Toulouse. De l'autre, la prime au contournement du médecin traitant pour les spécialistes, par le biais de dépassements d'honoraires autorisés à l'endroit de tout patient qui consulte directement, fait qu'« il n'y a aucune garantie d'accès au spécialiste à l'intérieur du parcours de soins, que ce soit en termes de délais ou de tarifs », rappelle Vincent Rébeillé-Borgella, défilant sous la bannière de MG France. Le risque, à terme : « La constitution de deux files d'accès aux soins. L'une plus rapide, pour ceux qui peuvent payer plus sans être remboursés. L'autre plus lente, pour ceux qui sont adressés à un spécialiste par leur médecin traitant, et qui veulent être correctement remboursés », déplore Pascale Marco, présidente de l'ISNAR-IMG, le syndicat des internes en médecine générale, qui conduisait la manifestation sous la bannière

« Des soins de qualité pour tous ». Cette crainte est confirmée par Yves Vier, médecin généraliste en zone rurale dans le Lot : « Déjà aujourd'hui, en raison de la désertification médicale, un rendez-vous chez le spécialiste, c'est entre trois et six mois. Avec la réforme, les spécialistes donneront un rendez-vous en trois jours si le patient vient en accès direct et peut y mettre le prix. S'il est envoyé par son médecin traitant, il attendra : il n'y a actuellement aucune garantie sérieuse qu'il soit pris en charge dans des délais corrects. C'est une médecine à deux vitesses qui s'amorce. » « Il ne s'agit, ni plus ni moins, que de l'extension à la médecine du système qui règne à l'hôpital public, où il y a une distinction entre les consultations privées et les consultations publiques », remarque Pascale Marco. Résultat : « Nous, généralistes censés guider nos patients dans le parcours de soins, serons en réalité dans l'incapacité de leur assurer un accès rapide à la médecine spécialisée. La réforme est basée sur un mensonge, dont les généralistes et les patients feront les frais », conclut-elle. « M. Tout-le-monde paiera plus cher, avec le forfait de 1 euro, et ne sera pas certain d'être bien soigné », complète Philippe Boulanger, médecin à Toulouse. « Les patients, c'est nous qui les voyons en première ligne : nous sommes bien placés pour réaliser que c'est l'accès aux soins qui est entravé avec cette réforme. Dommage que la population ne se rende pas compte de ce qui se trame aujourd'hui », confie Bruno Assémat, médecin dans le Tarn.

un effort d'un milliard d'euros

Désormais au fait de l'arnaque, la plupart des manifestants n'en reviennent pas que le ministre de la Santé ait osé promouvoir ce faux-semblant de parcours de soins coordonnés, dont c'est avant tout la déviation qui est fléchée, et qu'il en ait profité pour faire disparaître le système du médecin référent : « Le médecin référent était une première expérience de paiement, non seulement à l'acte, mais à la capitation : il y avait un forfait annuel versé au praticien pour chaque patient adhérent au système. En contrepartie, le médecin qui pratiquait alors le tiers payant s'engageait dans la prévention et dans une formation médicale indépendante. Avec le médecin traitant, tout cela est terminé », regrette Yves Vier. « Ils ont pris quasiment le même nom, et ils y ont mis exactement l'inverse ! », s'emporte un médecin parisien.

Peu disposés à endosser la responsabilité de l'échec annoncé du médecin traitant, les généralistes se dédouanent avant qu'on ne les en accuse, du flop de la maîtrise des dépenses de santé exigée d'eux. « On nous demande un effort d'un milliard d'euros sur nos prescriptions - c'est en réalité un effort d'un milliard demandé aux patients - pour combler le déficit de l'assurance maladie, mais cette somme va tout bonnement compenser les dépenses qui se créent avec la revalorisation des spécialistes ! Ce n'est pas acceptable. Il faut arrêter de dire que cette convention favorise les patients, alors que pour eux ce sera plus cher, et pas vraiment mieux », tonne Pierre Costes, président de MG France. Yves Vier pointe l'incohérence totale du discours : « On parle d'économies sans mettre en place de politique de santé publique. Or, pour que les dépenses de santé baissent, il faut mettre l'accent sur la prévention. Et on fait l'inverse : récemment a été restaurée la possibilité de faire de la publicité pour les boissons alcoolisées, notamment à destination des plus jeunes. Il faut rappeler que l'alcool, c'est 35 000 morts par an ! »

À l'issue de la manifestation, MG France, qui déclarait que 80 % des cabinets de médecine générale étaient fermés samedi, a demandé à ses adhérents de faire basculer leur répondeur sur les centres 15 à partir de minuit, et a réitéré son appel à ne pas remplir les formulaires de médecin traitant.

Anne-Sophie Stamane

« On veut culpabiliser les assurés sociaux » *L'Humanité*, 24 janvier 2005

Président de la Fédération des mutuelles de France, Jean-Paul Panzani voit dans la nouvelle convention médicale « un début de concrétisation d'une médecine à deux vitesses ».

Première traduction en acte de la réforme de l'assurance maladie, la convention médicale suscite inquiétude parmi les assurés et mécontentement parmi les médecins. Comment percevez-vous l'état d'esprit des mutualistes ?

Jean-Paul Panzani. Il y a plus que de l'inquiétude et de la déception. On est dans un des plus mauvais scénarios que nous puissions prévoir. Le mouvement mutualiste avait misé sur un parcours de soins autour d'un médecin traitant, permettant un accès de qualité des populations au système de santé, au moindre coût pour les intéressés comme pour la collectivité. Un des grands groupements de la

Fédération des mutuelles de France, les Mutuelles de Provence, à Marseille, avait déjà institué depuis des années, à partir des centres de santé, l'idée de la coordination des soins autour de médecins généralistes. Là, avec la nouvelle convention, ni les médecins, ni les patients ne sont véritablement incités à jouer le jeu du parcours qualitatif des soins coordonnés. Les assurés sont confrontés à un maquis administratif, technique, tarifaire, sans précédent. Il y a un début de concrétisation d'une médecine à deux vitesses puisque les dépassements tarifaires sont autorisés pour les médecins spécialistes du secteur I. Il n'y a plus d'égalité, de réciprocité des droits entre les patients et les professionnels. Pour les premiers, c'est un régime de pénalités qui se renforce : l'assuré paye d'abord la franchise de un euro sur chaque acte, et, s'il ne suit pas le parcours de soins, il peut avoir une majoration du ticket modérateur, et ensuite, troisième niveau de pénalisation, il subit un dépassement tarifaire. Par contre, on a octroyé pas mal de libéralités à certains professionnels de santé, en particulier à des spécialistes. Nous sentons que nous sommes dans un système très marqué idéologiquement, politiquement.

Le ministre Douste-Blazy dit vouloir « responsabiliser » les assurés avec un tel système.

Jean-Paul Panzani. En réalité, on veut rendre la population coupable de tout. On vit sur le complexe de culpabilisation. La seule façon de responsabiliser les assurés, c'est de leur permettre d'être des acteurs de leur santé et du système de soins.

La Sécu va envoyer à chaque assuré un relevé de ses dépenses.

Jean-Paul Panzani. On est dans une logique inacceptable pour les mutualistes. On sait que 5 % de la population occasionnent 60 % des dépenses d'assurance maladie. Ce sont les maladies graves. Et on va les culpabiliser ? ! Et ceux qui sont en bonne santé vont voir qu'ils ne coûtent rien. C'est la meilleure façon de casser le système solidaire. Autre problème : les professionnels de santé ont de légitimes inquiétudes quant à leur valorisation matérielle et morale. Or, la convention n'aborde pas la question de la démographie médicale et de la juste répartition des médecins sur le territoire. Quant à leur rémunération, on a de nouveau privilégié le paiement à l'acte. On sait pourtant que, pour une prise en charge de qualité, il faut imaginer un autre mode de rémunération ; nous plaçons pour le forfait.

Quelle va être l'attitude de vos mutuelles face à ce nouveau système ?

Jean-Paul Panzani. Nous n'avons pas été associés à la négociation de la convention, on ne nous l'a pas soumise pour avis. Nous engageons maintenant un débat sur les fameux contrats dits « responsables » prévus par la loi (les contrats des assurances complémentaires devront respecter un « cahier des charges », et en particulier exclure le remboursement de la franchise de un euro et les dépassements tarifaires hors parcours de soins, pour continuer à bénéficier d'exonérations fiscales et sociales - NDLR). Pour nous, d'un côté, il faut créer des contraintes pour empêcher le système d'être livré à la dérégulation totale, et en même temps laisser aux mutuelles une certaine liberté pour contractualiser, avec les médecins, les patients, des prises en charges privilégiant la qualité de l'accès aux soins, un parcours de soins d'une autre dimension, avec des pratiques préventives. Surtout, l'intervention des mutuelles doit être articulée avec l'assurance maladie obligatoire. Il n'est pas question pour la Mutualité d'envisager que les garanties qu'elle va proposer à travers les contrats « responsables » puissent amener à une régression du régime obligatoire. Puisque nous sommes considérés comme une variable d'ajustement, on pourrait imaginer qu'on contribue à accélérer le désengagement du régime obligatoire. Ce n'est pas pensable.

Le secrétaire d'État à l'assurance maladie, Xavier Bertrand, a mis en cause les mutuelles en affirmant qu'elles ne peuvent justifier des augmentations de leurs tarifs par les conséquences de la réforme. Selon lui, celle-ci n'entraîne pas de transfert de charges sur les complémentaires.

Jean-Paul Panzani. Je m'inscris en faux. Selon le haut conseil de l'assurance maladie lui-même, en 2005, il y aura un accroissement de charges pour les complémentaires de 6,6 %. Pour le seul forfait hospitalier, par exemple, qui était de 10,67 euros en 2003, et va passer à 16 euros en 2007, cela représente 100 millions d'euros de dépenses supplémentaires. La réduction de la prise en charge des affections de longue durée va entraîner un autre gros transfert de charges, estimé à 455 millions d'euros. Et s'il n'y a pas adhésion forte au parcours de soins, les charges pour les complémentaires ou les ménages seront certainement plus fortes.

Avec la convention médicale, on a aussi assisté aux premiers travaux pratiques de la nouvelle « gouvernance » de l'assurance maladie.

Jean-Paul Panzani. Jamais le système n'a été autant étatisé. La négociation de la convention l'a prouvé, avec un président de l'UNCAM et des acteurs sociaux qui ne sont que consultés, et un directeur dépendant directement du gouvernement qui s'engage, qui signe. On risque d'aller vers une crise grave

du pilotage du système. On est revenu à un paritarisme désuet, avec un MEDEF dominant, présent dans chacune des institutions, la CNAM, l'UNCAM, et y compris certains acteurs du complémentaire, la FFSA (assurances privées) et le CTIP (institutions de prévoyance). On a assisté à une mise à l'écart de la mutualité et des associations d'usagers de l'UNCAM, ce qui ne permet pas l'indispensable renouveau de la démocratie sociale.

La Fédération des mutuelles de France a une tradition militante. Quelles perspectives d'action vous fixez-vous ?

Jean-Paul Panzani. Nous avons commencé à organiser la réaction. Notre pétition contre la franchise de un euro et pour mettre un terme aux transferts de charges sur les ménages et les mutuelles a déjà recueilli 110 000 signatures. Nous voulons contribuer à ce que la réforme, dans ses aspects les plus négatifs, soit inversée. La mobilisation va dépendre du rassemblement des forces sociales. Je n'imagine pas qu'il ne puisse y avoir un rapprochement des mouvements associatif, mutualiste et syndical autour d'un projet. On devrait pouvoir dégager, au sein de l'assurance maladie, une majorité sur l'idée d'un régime obligatoire de haut niveau, un régime complémentaire, notamment mutualiste, partenaire total du régime obligatoire, n'ayant pas prétention de le concurrencer mais de conforter l'universalité du système de protection sociale solidaire.

Un parcours, des tarifs ***L'Humanité*, 24 janvier 2005**

À partir du 1er juillet 2005 les assurés sociaux devront choisir un médecin traitant pour consulter un spécialiste.

La nouvelle convention médicale oblige à choisir, d'ici au 1er juillet, un médecin traitant, sous peine de se voir appliquer un moindre remboursement. Ce praticien devrait assurer le premier niveau de recours aux soins, orienter le patient dans le parcours, conclure un protocole de soins avec les patients en affection de longue durée (ALD) et gérer le dossier médical personnel (DMP, prévu pour 2007). Une bonne idée a priori, pervertie par les conditions de sa mise en oeuvre. Le choix d'un médecin traitant s'impose à tout assuré à partir de 16 ans : on peut se demander pourquoi les enfants auraient moins besoin de coordination des soins. Il garantit en principe le respect des tarifs opposables (fixés par la Sécu et garantissant un niveau de remboursement). Problème : les médecins actuellement en secteur 2 (donc autorisés à pratiquer de dépassements d'honoraires) pourront participer au parcours de soins en adhérant à une « option de coordination » auprès de la caisse locale d'assurance maladie. Ils devront alors respecter deux obligations : limiter à 15 % des tarifs opposables (fixés par Sécu et entraînant des garanties de niveau de remboursement) les dépassements lorsqu'ils prendront un patient entrant dans le parcours de soins ; le volume de leurs actes avec dépassement ne devra pas dépasser 70 % de leur activité totale. Autrement dit, et contrairement aux dires de M. Douste-Blazy, les patients, même s'ils acceptent d'entrer dans le parcours, n'ont pas l'assurance de se voir toujours offrir des tarifs opposables.

Le passage par le médecin traitant avant de consulter un spécialiste ouvre le bénéfice des tarifs de la Sécu, augmentés à cette occasion. Mais, dans certaines zones, il est d'ores et déjà très difficile de trouver un spécialiste exerçant en secteur 1. Hors médecin traitant, l'assuré n'a pas plus la garantie de ces prix. La nouvelle convention prévoit dans cette configuration d'ouvrir aux spécialistes du secteur 1 la possibilité de pratiquer des dépassements d'honoraires. À deux conditions : plafonner ces dépassements à 17,5 % du tarif Sécu et ne pas effectuer plus de 30 % de son activité dans ce cadre. Le risque est grand que ces toubibs donnent la priorité aux patients les plus payants et laissent en attente ceux qui respectent le parcours. Par ce système dérogatoire, le gouvernement satisfait la revendication tarifaire des médecins spécialistes sans augmenter la dépense pour l'assurance maladie. Mais, au passage, il sape l'idée même de coordination des soins et augmente les inégalités d'accès au système de santé.

nouveau dispositif : la formation moins bonne ***L'Humanité*, 24 janvier 2005**

La formation médicale conventionnelle avait acquis une certaine autonomie : chaque proposition de nouveau module de formation émanant d'un organisme, à destination des médecins, faisait l'objet d'un dossier anonyme, qui passait devant un conseil scientifique. Ses membres étaient nommés par les sociétés savantes. Une indépendance par rapport aux caisses d'assurance maladie et, surtout, par

rapport à l'industrie pharmaceutique était ainsi assurée. Avec la nouvelle convention, qui traduit en actes la réforme de l'assurance maladie, un nouveau dispositif, moins fiable, vient remplacer ce système éprouvé. Désormais, les membres du conseil scientifique qui regarderont de près le contenu des formations seront désignés par les seuls signataires de la convention, sur proposition des sociétés savantes. Le rôle de ces dernières est amoindri, pendant que les intérêts de certaines organisations pourront prendre le pas sur la rigueur nécessaire des formations. Sans compter que les non-signataires de la convention ne pourront exercer aucun contrôle sur les décisions prises.

Claude Evin exhorte les médecins à la souplesse (*)

***Le Quotidien du Médecin* 18 janvier 2005**

(*) Claude Evin est un ancien ministre socialiste et non (comme on pourrait le croire à la lecture du texte un membre de *Démocratie libérale*...)

Pour le président de la Fédération hospitalière de France (FHF), les médecins hospitaliers ont raison de demander des rémunérations proches de celles de leurs confrères du privé, mais tort de s'arc-bouter sur un fonctionnement de l'hôpital qui n'est plus de mise.

LE QUOTIDIEN - En ce début d'année, ce sont d'abord les médecins qui portent la contestation à l'hôpital. Comprenez-vous leurs attentes ?

CLAUDE EVIN - Les chirurgiens ou les psychiatres ont totalement raison d'exprimer leurs préoccupations lorsqu'il s'agit de leur garantir des déroulements de rémunération qui soient comparables avec ce qui a cours dans le secteur privé. Prenons l'exemple des chirurgiens : à partir du moment où, dans notre système, la chirurgie est assurée à 40 % par l'hôpital public, à 60 % par l'hospitalisation privée - une situation rare en Europe -, il est bien évident qu'un chirurgien peut aller soit dans le public, soit dans le privé. Les chirurgiens hospitaliers ont beau avoir le service public farouchement chevillé au corps, il peut y avoir des tentations... Il y a toutefois des corporatismes qui ne concernent pas que cette question de rémunération.

Par exemple, peut-on continuer à voir les praticiens hospitaliers nommés par le ministre ?

La comparaison avec ce qui se passe dans les collectivités locales s'impose : un maire choisit ses cadres. Qu'un directeur d'hôpital choisisse les praticiens de son établissement ne me paraît pas du tout incantatoire à la liberté du médecin. Par rapport à une mission de service public, il n'est pas anormal de formuler des exigences à l'ensemble du personnel et prioritairement à l'ensemble des cadres, c'est-à-dire, essentiellement, les médecins.

La « nouvelle gouvernance » de l'hôpital peut être un sujet d'inquiétude pour les médecins hospitaliers qui ne comprennent pas toujours la place qui leur est réservée. N'oublions pas que l'hôpital, c'est d'abord des malades, ensuite des médecins, et puis une organisation administrative dans laquelle nous sommes désireux que les médecins prennent plus de place. Aujourd'hui, on ne peut pas accepter un fonctionnement de l'hôpital qui prévalait quand les pathologies étaient plus segmentées. Les prises en charge, de plus en plus, sont devenues globales. On n'en a pas toujours tiré les conséquences dans l'organisation institutionnelle de nos établissements. Et quand on veut le faire, on se heurte à des éléments qui nous bloquent.

Les blocages vont au-delà de la nomination des PH ?

Ils s'expriment, bien sûr, dans d'autres domaines. Prenons la question de l'externalisation. Les établissements ont énormément de mal à faire réaliser par des entreprises privées des prestations, telles que stérilisation, fabrication de repas, ménage... qui ne sont pas le cœur du métier de l'hôpital. Pourquoi ? Parce que, aujourd'hui, si un directeur décide d'externaliser, il ne peut pas transférer le personnel à statut vers l'entreprise qu'il sollicite. Dans une collectivité locale - une commune, par exemple -, la démarche est possible. Pourquoi cette question serait taboue quand il s'agit de l'hôpital ? Je me le demande, et cela ne remet pas en cause mon attachement au service public ni ne m'empêche d'être un farouche défenseur de la mission qui nous lie aux malades (leur assurer un égal accès aux soins, une qualité maximale en matière de sécurité sanitaire...).

Quelle est la situation financière des hôpitaux aujourd'hui ?

L'hôpital connaît des difficultés. Sa situation budgétaire n'est pas mystérieuse. On peut cependant considérer que c'est un mode de gestion des établissements que de les mettre sous pression et de leur donner moins que ce dont ils ont besoin - je le dis sans polémiquer, on l'a fait à gauche comme on le

fait à droite. Mais ce choix étant fait, il ne s'agit pas de conclure que, s'il y a des reports de charge à l'hôpital, c'est parce que les établissements ne sont pas bien gérés. Parce qu'il y a des contraintes dans les hôpitaux et qu'elles représentent une facture qui ne peut être discutée. Cela étant, il est évident que l'hôpital, à qui l'on ne peut pas demander de s'adapter ainsi à une réforme aussi importante que la tarification à l'activité (T2A), doit disposer maintenant d'un certain nombre d'outils. Outils que la « gouvernance » doit lui procurer en partie.

Est-ce à dire que la T2A sans la gouvernance, ça ne marchera pas ?

Avec la T2A, qui va avoir de fortes incidences sur son organisation interne et sur la manière dont on y rend le service au patient, l'hôpital est confronté à l'une de ses réformes les plus profondes. Et, effectivement, sans les outils permettant une gestion plus souple (plus contractuelle) sur des objectifs discutés avec les cadres de l'hôpital (les chefs de service, de pôle), s'il n'y a pas d'autorité qui s'exprime à l'intérieur de l'établissement, si on continue la balkanisation de l'hôpital, si on ne s'oriente pas vers une prise en charge plus globale du patient, la T2A sera un échec. Or s'il y a des critiques sur la mise en place de cette réforme, personne n'est fondé à en discuter l'objectif. Personne, aujourd'hui, ne peut plaider que le budget global est un mode d'allocation des ressources intelligent (même si, en 1984, il répondait à une ambition : contenir la dépense).

Attendue rapidement, l'ordonnance réformant la gouvernance va faire avancer les choses...

Indépendamment de la critique de principe que l'on peut formuler à l'égard du recours aux ordonnances, ce choix présente en l'occurrence un inconvénient : la représentation nationale a été exclue du débat. L'hôpital est pourtant un sujet qui concerne un tout petit peu les élus - locaux, par exemple. Par ailleurs, on a pris le parti de rédiger un texte qui va être le plus petit dénominateur commun à la revendication de représentations diversifiées de l'hôpital. Cela risque de conduire à un texte pauvre.

De mauvaises langues disent que la mise en œuvre de la T2A provoque déjà une course à l'activité dans les hôpitaux. Les croyez-vous ?

Si, en disant « course à l'activité », on entend « reconquête de parts de marché dans une saine concurrence par rapport aux autres secteurs de l'hospitalisation », alors c'est très bien pour l'hôpital, qui ne peut pas répondre à ses missions d'urgence s'il n'a pas un plateau technique à la hauteur. Si, par « course à l'activité », on fait référence à cet effet pervers de la T2A qu'est la sélection des activités en fonction des recettes attendues, il faut qu'il y ait des garanties et que les missions de service public que remplit l'hôpital soient évaluées à un tarif suffisant. Là-dessus, nous serons vigilants. Enfin, si la question est : « Se développera-t-il à l'hôpital une offre de soins uniquement pour faire du chiffre ? », alors je réponds que cette possibilité existe déjà en médecine ambulatoire et dans les cliniques privées. Qu'on ne prête pas à l'hôpital public des intentions que certains ont pu avoir ailleurs. J'ajoute que, en tant que président de la FHF, je ne cautionnerai pas un fonctionnement du service public qui soit la course au chiffre.

Médecin traitant : ce qu'il faut savoir sur la réforme Le Monde 13 janvier 2005

La signature, mercredi 12 janvier, par trois syndicats médicaux et par l'Uncam, d'une NOUVELLE CONVENTION pour l'assurance-maladie, constitue l'acte de naissance de la réforme de la Sécurité sociale menée par Philippe Douste-Blazy. Son principal dispositif : la mise en place du MÉDECIN TRAITANT. 40 millions d'assurés devront avoir choisi, avant le 1er juillet 2005, le praticien qu'ils devront consulter avant d'avoir recours à un spécialiste. Plusieurs syndicats de médecins se sont élevés contre cette réforme qui selon eux favorisent les médecins spécialistes qui voient leurs HONORAIRES augmenter et "dévalorise" la médecine générale. Politiquement, cette réforme se veut aussi l'occasion pour la droite de RENOUER DES LIENS avec le milieu médical, dix ans après le plan Juppé qui avait dégradé les relations entre la majorité et les médecins.

La réforme de l'assurance-maladie est sur les rails avec la signature officielle, mercredi 12 janvier, par trois syndicats médicaux (CSMF, SML, Alliance) et par l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam), d'une nouvelle convention. Ce texte, âprement négocié en décembre, donnera un contenu concret à de nombreux dispositifs inscrits dans la loi du 13 août 2004 : médecin traitant, parcours de soins coordonné, etc.

Portée par le ministre des solidarités, Philippe Douste-Blazy, et par le secrétaire d'Etat à l'assurance-maladie, Xavier Bertrand, la réforme se veut simple dans son principe. Elle confie un rôle-clé au médecin traitant en le chargeant des soins de première intention, du pilotage des patients dans le système de santé et de la tenue du dossier médical. Mais est compliquée à mettre en œuvre et à expliquer. D'autant plus que certains dispositifs sont entrés en vigueur au début de l'année 2005, alors que d'autres, comme le dossier médical personnel, ne prendront effet qu'en 2007. Afin de s'y retrouver dans cette réforme, *Le Monde* tente de répondre aux questions que se posent les assurés.

Qu'est-ce qui s'applique déjà dans la réforme de l'assurance-maladie ?

Depuis le 1er janvier, une "*participation forfaitaire*" de 1 euro pour chaque consultation ou acte médical effectué en ville ou dans un établissement de santé - sauf dans le cas d'une hospitalisation - est demandée aux assurés de 16 ans et plus. Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU), les femmes enceintes (du 4e mois de grossesse au 12e jour après la naissance), les enfants de moins de 16 ans en sont exemptés. Cette participation, limitée à 1 euro par professionnel et à 50 euros par an, est déduite des remboursements de la Sécurité sociale. Le forfait hospitalier journalier est passé de 13 à 14 euros. La contribution sociale généralisée (CSG) des retraités imposables a augmenté de 0,4 point, à 6,6 %. Celle des salariés actifs est calculée sur 97 % du salaire au lieu de 95 %.

Quand les assurés recevront-ils le formulaire de déclaration du médecin traitant ?

Il parviendra au domicile des assurés en trois vagues : du 3 au 25 janvier, pour les personnes nées de janvier à avril ; du 1er au 25 février, pour les personnes nées de mai à août ; du 1er au 25 mars, pour les personnes nées de septembre à décembre. Une fois signé par le patient et le praticien, ce document devra être retourné à la caisse d'assurance-maladie avant le 1er juillet. Un assuré qui n'a pas besoin de soins avant cette date peut attendre la première consultation qui suit le 1er juillet pour faire sa déclaration.

Le choix d'un médecin traitant est-il obligatoire ?

Tout assuré de plus de 16 ans est invité à choisir un médecin traitant et à le déclarer à sa caisse d'assurance-maladie avant le 1er juillet. Ce choix s'effectue "*librement*".

Les actes médicaux réalisés ou recommandés par ce praticien seront alors remboursés à 70 % ou 100 %, selon les cas. En revanche, l'absence de médecin traitant exposera le patient à un moindre remboursement (probablement de 5 % à 10 %), à partir du 1er juillet.

Toutefois, un médecin reste libre de refuser d'être choisi comme médecin traitant par un patient. Ce dernier est invité à se tourner vers les conciliateurs des caisses d'assurance-maladie...

Quel praticien faut-il choisir ?

Officiellement, le médecin traitant peut être un généraliste ou un spécialiste, exercer en ville, à l'hôpital ou dans un centre de santé. S'il travaille dans un cabinet de groupe, lorsqu'il n'est pas disponible, son patient peut consulter un autre praticien du même cabinet sans pénalité. En pratique, c'est le généraliste qui jouera le plus souvent ce rôle. Les patients ayant un médecin référent, 2 % des assurés, selon le ministère, doivent, eux aussi, déclarer un médecin traitant.

Dans quel cas a-t-on directement accès aux spécialistes ?

Les soins dentaires, certains problèmes de vue ou un suivi gynécologique ne nécessiteront pas le truchement du médecin traitant. De même que les consultations psychiatriques, neuropsychiatriques ou neurologiques - en l'attente d'un accord conventionnel, au plus tard le 1er mars. Les consultations pédiatriques sont également libres d'accès puisque les patients de moins de 16 ans ne sont pas concernés par ces aspects de la réforme.

En cas d'absence du médecin traitant (pour cause de vacances, par exemple), de soins d'urgence ou de déplacement de l'assuré, celui-ci se verra soigné et remboursé aux tarifs habituels. D'autres situations devront encore être examinées. Les patients suivis par un spécialiste pour une maladie chronique peuvent le consulter directement, et choisir un médecin traitant pour leurs autres affections.

Sur quelle base sera-t-on désormais remboursé ?

Un assuré que son médecin traitant adresse à un médecin correspondant est remboursé sur la base des tarifs de la Sécurité sociale. Il n'a pas de garanties sur les délais d'attente qui lui seront imposés.

En cas de litige, il devra se tourner vers le conciliateur de l'assurance-maladie.

Les honoraires des médecins de secteur 1 vont-ils changer ?

La consultation d'un médecin traitant reste à 20 euros pour un généraliste. Elle passe de 23 à 25 euros pour tous les spécialistes de secteur 1 (tarifs opposables).

Les tarifs des médecins correspondants augmenteront à partir du 1er juillet. La consultation d'un généraliste - par exemple, un homéopathe ou un acupuncteur - passera de 20 à 22 euros, celle d'un spécialiste de 23 ou 25 à 27 euros, celle d'un psychiatre à 39,70 euros et certaines consultations de cardiologie à 48 euros.

Sept spécialités cliniques - dermatologues, rhumatologues, endocrinologues, psychiatres, neuropsychiatres, gynécologues, ophtalmologues - seront augmentées dès le 1er mars. Et le tout sera remboursé à 70 %.

Qu'en est-il des spécialistes de secteur 2 ?

Les spécialistes de secteur 2 (à honoraires libres) ayant choisi l'option de coordination devront respecter le tarif conventionnel de 27 euros. Leurs dépassements seront plafonnés sur les actes techniques. En dehors du parcours de soins, leurs honoraires resteront "libres", sous réserve de tact et de mesure. Mais leurs patients seront remboursés moins de 70 %, sur la base de 23 euros.

Quelle sera la prise en charge des mutuelles et des assureurs ?

Leur objectif est de concevoir des contrats adaptés à cette réforme au 1er janvier 2006. D'ici là, leur priorité est de chercher à s'y retrouver dans "*ce maquis tarifaire*", selon l'expression d'un responsable mutualiste. Un comité exécutif de la Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF), premier acteur de la complémentaire santé avec 60 % du marché, est prévu vendredi.

Le tiers payant étendu à 2 millions d'assurés

Pour désamorcer la fronde des généralistes opposés à la suppression progressive du dispositif du médecin référent, qui garantissait le tiers payant, Philippe Douste-Blazy a repris l'initiative sur ce terrain. "*Non seulement, nous ne remettons pas en cause le principe de cette dispense d'avance de frais pour les personnes les plus démunies, a-t-il assuré, mardi soir, au Monde, mais je vais demander à l'Union des caisses d'assurance-maladie (Uncam) d'étendre le tiers payant et de l'accorder aux assurés sociaux dont les revenus ne sont pas supérieurs de plus de 15 % au plafond de la couverture maladie universelle (CMU)*", a ajouté le ministre des solidarités.

Actuellement, quelque 5,5 millions de personnes, dont les bénéficiaires de la CMU, bénéficient de cette dispense d'avance de frais, sur laquelle certains parlementaires de la majorité s'étaient interrogés, lors de la préparation de la réforme et des débats au Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie. Ils estimaient que la gratuité - apparente - des soins poussait les dépenses à la hausse. Mais la validité de cet argument n'a jamais été démontrée.

Plusieurs syndicats dénoncent une convention qui "dévalorise et méprise la médecine générale"

Le Monde 13 janvier 2005

Les médecins généralistes seraient-ils les grands perdants de la nouvelle convention médicale ? Marche contestataire dans les rues de Paris le 22 janvier, préavis de grève illimitée des internes en médecine générale à partir du 17 janvier, manifeste ayant déjà recueilli trois mille signatures sur Internet, appel à ne pas renvoyer les formulaires de "médecin traitant", la contestation monte dans les rangs des médecins de famille.

Mercredi 12 janvier, quelques heures avant la signature officielle de l'accord conventionnel, plusieurs syndicats médicaux (SNJMG, SMG, FMF, MG France, SNJMG, Isnar-IMG), d'associations de formation médicale continue (MGForm, Formindep) et les signataires du manifeste devaient afficher, lors d'une conférence de presse commune, leur opposition à ce texte qui, selon eux, "dévalorise et méprise la médecine générale".

Ce front de contestation inédit, qui regroupe différentes générations de médecins et des tendances syndicales très diverses, est parvenu à se constituer autour de deux griefs : l'absence de valorisation de la fonction de médecin traitant et le refus de voir à nouveau se creuser l'écart de revenus entre généralistes et spécialistes.

Alors que la réforme des études médicales fait de la médecine générale une spécialité à part entière, les généralistes contestataires estiment que la convention permet surtout d'augmenter les honoraires des spécialistes et signe la victoire de ceux qui, ces derniers mois, multipliaient les dépassements d'honoraires illégaux pour obtenir un espace de liberté tarifaire.

"DEUX POIDS, DEUX MESURES"

Depuis que les médecins généralistes ont obtenu de haute lutte en 2002 la consultation à 20 euros, "les syndicats de spécialistes ultralibéraux ont fourbi leurs armes et ont fini par obtenir gain de cause parce qu'ils sont le fonds de commerce du pouvoir actuel", dénonce le docteur Christian Lehmann, l'un des initiateurs du Manifeste contre la réforme du système de santé.

Mais pour ce généraliste, auteur de *Patients, si vous saviez* (éditions Robert Laffont), le plus grave réside dans la disparition programmée du médecin référent. Ce dispositif optionnel auquel adhèrent environ 7 000 médecins de famille et plus d'un million de patients a été institué en 1998 sous le gouvernement Jospin mais a toujours été combattu par la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) et l'ordre des médecins.

En échange d'une rémunération forfaitaire, le médecin s'engage, notamment, à tenir un dossier médical, à suivre une formation continue indépendante des laboratoires pharmaceutiques, et, de son côté, le malade est dispensé d'avance de frais. "Des études ont montré que les médecins référents ne sont pas dans la course à l'acte et qu'ils prescrivent moins de médicaments", insiste le docteur Lehmann. "Supprimer les médecins référents correspond à une idéologie libérale des praticiens qui refusent de sortir du seul paiement à l'acte", regrette le docteur Philippe Foucras, fondateur du Collectif pour une formation médicale indépendante (Formindep) et signataire du manifeste.

Désormais, le futur médecin traitant devra, lui aussi, coordonner les soins et s'occuper du dossier médical, "mais ces fonctions ne donneront lieu à aucune rémunération spécifique", pointent les opposants à la réforme. "Entre généralistes et spécialistes, il y a deux poids deux mesures inacceptables", condamne le docteur Jean-Paul Hamon.

Le vice-président de la Fédération des médecins de France (FMF) mais aussi les internes (Isnar-IMG) et le Syndicat national des jeunes médecins généralistes (SNJMG) redoutent que cette réforme dissuade les étudiants de choisir la médecine générale comme spécialité. Comme le résume Sandrine Buscail, présidente du SNJMG, "nous avons un sentiment de trahison et nous voulons dire aux patients que notre système solidaire de santé est menacé".

Un rapport sur la représentativité syndicale Le Monde 13 janvier 2005

Selon le dernier "rapport d'enquête sur la représentativité des syndicats médicaux" diligenté par le ministère de la santé en juillet 2002, et que Le Monde a pu se procurer, 18 % des médecins généralistes libéraux ont adhéré à un syndicat en 2001. La CSMF arrive en tête avec 3 716 cotisants, suivie de MG-France (entre 1 983, "effectif minimum", et 2 884, "effectif maximum"), du SML (2 519), d'Alliance (2 329) et de la FMF (1 223).

Les agents enquêteurs de la direction des affaires sanitaires et sociales (DASS) ont listé "trois observations" concernant ce classement : manque de données "sur la structure des cotisations" de MG-France ; interrogation sur la "modicité de la cotisation -3,05 euros-" versée par 56 % des effectifs d'Alliance ; "forte augmentation" de l'audience de la FMF, qui enregistre, à la mi-août 2002, 2 312 généralistes cotisants. Néanmoins, la FMF n'a pas été reconnue par le ministère de la santé comme syndicat représentatif chez les médecins généralistes.

Le feuilleton conventionnel s'est achevé peu avant Noël

Le Quotidien du Médecin 6 janvier 2005

L'accord final doit être signé dans les tout prochains jours. LA SIGNATURE OFFICIELLE de la convention est en vue, sans doute avant la mi-janvier, pour permettre la mise en route sans délai du dispositif du médecin traitant (rémunéré 40 euros par patient en ALD à partir du 1er mai) et des parcours de soins coordonnés, qui sont déterminants dans le lancement de la réforme de l'assurance-maladie.

La convention devrait être paraphée par le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam) et certainement trois syndicats médicaux (la Csmf, le SML et l'Alliance), si l'assemblée générale de la Csmf approuve samedi prochain le texte, comme en est persuadé son président Michel Chassang (voir ci-dessous).

Des dispositions nouvelles.

L'assemblée générale de la Confédération examinera une version de la convention un peu différente du dernier protocole d'accord (« le Quotidien » des 17 et 20 décembre). En effet, quelques heures avant Noël, les syndicats et le patron de la Sécu, Frédéric van Rookeghem, ont mis un point final à la convention médicale en y ajoutant quelques dispositions nouvelles.

La mesure principale concerne les médecins généralistes : à compter du 1er janvier 2006, le tarif de leur consultation pourra passer de 20 à 23 euros chaque fois qu'ils examineront un enfant âgé de 2 à 6 ans. Cette mesure est toutefois soumise à la réalisation des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses (soit 998 millions d'euros d'économies escomptées en 2005).

Par ailleurs, la version finale de la convention augmente de plus de 11 % l'indemnisation versée au titre de la télétransmission de feuilles de soins électroniques sécurisées (à 0,07 euro/FSE) et supprime son plafonnement (fixé avant à 457 euros pour 7 500 FSE). En outre, les partenaires conventionnels ont décidé de « réserver prioritairement le montant excédentaire du Formmel [Fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale, Ndlr] pour le versement d'une aide à l'équipement informatique » aux praticiens qui n'avaient pas perçu l'aide de 9 000 F (soit 1 372 euros) en 1998.

En ce qui concerne les contentieux avec les caisses locales d'assurance-maladie, la convention prévoit une possibilité systématique d'appel suspensif, comme le réclamaient les syndicats Csmf et SML, ainsi qu'une plus grande modulation de la durée des sanctions prononcées par les caisses (applicables selon les cas sur quelques jours ou sur un à plusieurs mois).

Le texte double aussi l'indemnisation versée aux médecins syndicalistes participant à la vie conventionnelle dans les commissions paritaires au niveau national, régional et local (12 C ou 240 euros par réunion contre 6 C auparavant).

Le problème de la FPC.

A noter enfin : en intégrant la convention, les médecins spécialistes pourront désormais accéder au système de formation professionnelle continue (FPC instaurée en 1998) financée par l'assurance-maladie et indemnisable à hauteur de 15 CS, soit 345 euros, par journée de formation (contre 300 euros pour les généralistes), dans la limite de huit journées indemnisées par an au lieu de dix auparavant.

Le dispositif rénové de la FPC inquiète le Dr Vincent Renard (MG-France), président du Comité national paritaire de la FPC et vice-président de l'OGC, l'organisme gestionnaire de cette formation, qui soupçonne le « trio » des signataires de la convention de vouloir « s'approprier l'argent de la formation ». Il dénonce notamment la perte d'indépendance du conseil scientifique chargé de valider les projets de formation, et de façon générale « la mise à bas de la rigueur et de la transparence du dispositif actuel ».

Quant au président de MG-France lui-même (voir encadré), il interpelle le ministre Philippe Douste-Blazy pour qu'il intervienne avant que la réforme ne consacre « l'écrasement des généralistes » et le renchérissement du coût des soins spécialisés.

**Le Dr Chassang (Csmf) : « Un tournant historique »
Le Quotidien du Médecin 6 janvier 2005**

Le président de la Csmf, qui réunit samedi son assemblée générale pour approuver la nouvelle convention, défend sa stratégie et le texte final. Le Dr Chassang espère une large adhésion de ses troupes, même s'il s'attend à une réunion « tonique ». Il dément catégoriquement l'idée d'un mauvais traitement des généralistes dans l'accord. Sur la maîtrise médicalisée, il fixe deux priorités cette année : la meilleure gestion des ALD et les arrêts de travail.

LE QUOTIDIEN - La dernière AG de la Csmf, le 11 décembre, avait été houleuse. Craignez-vous de nouveaux remous samedi ?

Dr MICHEL CHASSANG - Comme toujours, notre AG sera animée. Et même tonique ! La Csmf est une organisation démocratique où chacun s'exprime. Cela dit, la négociation menée jusqu'au bout a permis d'intégrer la plupart de nos demandes, comme la possibilité systématique d'appel suspensif en cas de sanctions conventionnelles. Je n'ai pas d'inquiétude majeure, ni du côté de l'Umespe (branche spécialiste de la Conf) ni à l'Unof (branche généraliste), même si la minorité, qui réclamait la réouverture du secteur II, est certainement mécontente. L'opposition interne se concentre dans deux ou trois régions. J'espère donc une large approbation avec 65 % à 70 % des voix.

Comptez-vous encore modifier le texte conventionnel ?

Il n'y aura aucune surenchère ni renégociation. Le texte est bouclé. Si certains éléments posent des problèmes d'ordre juridique, ils seront corrigés. Mais il s'agit maintenant de se prononcer : le bureau de la Csmf demandera à l'AG de s'engager sur ce texte.

Vous avez déclaré que cette convention marque la fin des « 10 années de plomb » après le plan Juppé. Cet optimisme n'est-il pas exagéré ?

Ce n'est pas le grand soir mais le début d'une nouvelle ère. Nous avons levé l'affront du plan Juppé. La Csmf, dont la vocation est de s'opposer à ce qui est nocif pour les médecins libéraux, a lutté pendant dix ans contre les reversements d'honoraires, les lettres clés flottantes... Si la maîtrise comptable a été éliminée, c'est grâce à la Csmf. Plus rien ne s'oppose à ce que la Confédération redevienne le moteur de la reconstruction.

Cet engagement dans la réforme ne comporte-t-il pas des risques, avant la bataille des élections aux unions en 2006 ?

Nous allons nous exposer aux critiques. Il est plus facile de détruire que de construire. Mais notre objectif ne se résume pas à la préparation des élections aux unions, pour lesquelles je suis d'ailleurs particulièrement confiant. La convention que nous allons porter va dans l'intérêt des généralistes et des spécialistes.

Le succès de la « journée sans pédiatres » ne tempère-t-il pas votre enthousiasme ?

Les pédiatres n'ont pas été négligés. Ils bénéficient de revalorisations tarifaires spécifiques (CS à 30 euros pour les moins de deux ans, à 27 euros pour les enfants entre deux et seize ans). L'accord prévoit également d'étudier particulièrement la situation des pédiatres soumis à des astreintes dans les maternités. Dès la semaine prochaine, la Csmf est prête à signer un accord sur les gardes des pédiatres.

Que répondez-vous aux généralistes qui affirment avoir été lésés ?

Je démens catégoriquement l'idée selon laquelle les spécialistes auraient été favorisés au détriment des généralistes. Les masses financières sur la table démontrent le contraire. Néanmoins, il est vrai que les médecins généralistes référents, qui avaient choisi cette option et qui s'y sentaient bien, voient l'avenir avec anxiété. Un accord, négocié avant le 15 novembre 2005, organisera la convergence avec le dispositif du médecin traitant dans les meilleures conditions possibles. Je m'y engage. Quand au syndicat qui n'a cessé de porter le médecin référent (MG-France), je comprends son amertume. Il est désemparé, car le choix français qui vient d'être décidé n'est pas celui des filières, mais des réseaux.

Les généralistes vont donc trouver leur compte dans cet accord ?

La polémique lancée sur l'idée d'un accord signé sur le dos des généralistes n'a aucun sens. Au contraire : chaque généraliste pourra être également médecin correspondant et même consultant ponctuel pour les titulaires du DES de médecine générale à compter du 1er janvier 2007 (et donc bénéficier de la cotation C2). Le forfait ALD pour le médecin traitant (40 euros par patient et par an) représente une recette supplémentaire non négligeable. La PDS a été reconnue et financée, avec un

budget de 60 millions d'euros. Un avenant sera négocié avant le 15 mars. Et les généralistes ont obtenu, lors de la dernière réunion, une majoration de 3 euros de la consultation pour les enfants de deux à six ans (au 1er janvier 2006 si les économies sont au rendez-vous). Aux plus jeunes, je rappelle qu'il n'y a, dans ce texte, aucune régulation à l'installation et aucune captation de clientèle puisque les patients, à tout moment, pourront changer de médecin traitant.

MG-France affirme que la convention « déforme la réforme » en organisant la liberté tarifaire.

L'heure du panier de soins est arrivée, mais certains ne l'ont pas compris. Dans cette logique, l'assurance-maladie a concentré son investissement sur le parcours de soins : médecin traitant, médecin correspondant, médecin consultant. Le système va se restructurer autour des réseaux et des séquences de soins. Ce schéma s'accompagne d'une responsabilisation accrue du patient : en dehors des parcours de soins, il devra assumer des dépassements non remboursés. Je précise que si, pour l'instant, le droit de pratiquer des dépassements est limité aux spécialistes, il a vocation à être étendu aux généralistes. La Csmf fera tout pour qu'il en soit ainsi.

Comment garantir les délais de prise en charge par les spécialistes ? Les dérives du secteur privé à l'hôpital ne vont-elles pas se reproduire ?

L'intérêt de la convention unique est justement d'éviter ces dérives. Le spécialiste ne devra faire aucune discrimination entre les patients adressés par le médecin traitant et les autres (reçus en accès libre). Nous y veillerons. Pour ma part, je ne fais pas de procès d'intention.

Dans les secteurs où le secteur II est quasi généralisé, il sera difficile de bénéficier de tarifs opposables, coordination ou pas...

Une option de coordination, réversible, sera proposée aux médecins du secteur II. Sur la base de la moyenne des dépassements pratiqués actuellement, les caisses estiment que plus de 30 % des spécialistes en secteur II pourraient être intéressés. Nous aurions volontiers rendu cette option plus attractive mais il fallait trouver un juste équilibre.

Côté patients, le système tarifaire n'est-il pas d'une trop grande complexité ?

J'ai entendu parler d'usine à gaz ! C'est faux même si ce qui est médicalisé est forcément un peu plus compliqué. Sans doute faudra-t-il un effort de pédagogie pour expliquer le parcours de soins. Sur le fond, un patient qui veut éviter le supplément non remboursé pourra accéder au réseau coordonné selon sa situation : suivi dans le cadre d'un protocole ALD, séquence de soins programmés, accès spécifique pour certains actes dans certaines spécialités ou passage par le médecin traitant. C'est assez simple.

Que se passera-t-il si le milliard d'économies n'est pas au rendez-vous en 2005 ?

La Csmf a promu la maîtrise médicalisée depuis 1993, il faut maintenant se retrousser les manches pour remplir le contrat. En 2005, je demande aux médecins de concentrer leurs efforts sur deux priorités : la gestion des ALD et les prescriptions d'arrêts de travail. Sur les ALD, les médecins devront expliquer aux patients que la prise en charge à 100 % concerne uniquement ce qui est directement lié à l'affection exonérante. Des pans entiers ne relèvent pas de l'ALD : la biologie, la quasi-totalité des transports et des actes médicaux... Il faudra revoir les protocoles Pires. Sur les arrêts de travail, les médecins ne doivent surtout pas interrompre la dynamique actuelle. Les IJ de courte et de longue durée ne devront pas augmenter.

Quel vœu formulez-vous pour 2005 ?

Après la première convention de 1971, après la maîtrise médicalisée de 1993, l'année 2005 est un autre tournant historique avec une restructuration intelligente du système par une meilleure coordination des soins. Nous devons écrire cette page. Rien n'est joué mais c'est le début d'une nouvelle histoire.

Les mises en garde du Dr Pierre Costes (MG-France)

Le Quotidien du Médecin 6 janvier 2005

Le président de MG-France ne mâche pas ses mots pour dénoncer la future convention. Dans une lettre ouverte à Philippe Douste-Blazy, le Dr Pierre Costes demande au ministre de la Santé d'intervenir « avant qu'il ne soit trop tard ». « Quel que soit votre attachement personnel à la médecine spécialisée (...), vous ne pouvez laisser un accord conventionnel se conclure sur le dos des

médecins généralistes, des professionnels de santé de proximité, des patients, de l'assurance-maladie et de ceux qui la financent », écrit le président de MG-France.

Il s'insurge contre un « *simulacre de négociation* » qui aurait abouti à « *transformer la réforme* » de l'assurance-maladie et du médecin traitant en « *ouverture sans retenue des dépassements tarifaires sans aucune garantie de qualité des soins (...)* ». Il stigmatise le « *renoncement* » de la caisse « *au profit des professionnels les mieux dotés* », condamne l'aggravation du différentiel de rémunération entre spécialistes et généralistes, s'indigne de la fermeture de l'option médecin référent « *qui a pourtant fait la preuve indiscutable de sa qualité pour les patients* » et annonce un « *légitime vent de révolte* ». Quant aux contreparties demandées aux médecins, il y voit « *quelques pseudo-engagements d'affichage de maîtrise...* ».

Solennel, le Dr Costes met en garde le gouvernement. « *Faudra-t-il que les généralistes refusent de signer le formulaire médecin traitant déjà surnommé médecin « sous-traitant » ? Faudra-t-il que les patients se révoltent devant la légalisation des dépassements d'honoraires et le recul de l'accès aux soins ? Faudra-t-il que les autres professionnels de santé descendent dans la rue pour exiger leur part ?* »

Année cruciale pour l'assurance-maladie La réforme à l'épreuve du feu Le Quotidien du Médecin 6 janvier 2005

Promulguée le 13 août dernier, mise en musique par les canaux réglementaires mais aussi par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2005 (Lfs, publiée le 21 décembre au « Journal officiel ») et par la future convention des médecins libéraux, la réforme de l'assurance-maladie, qui prévoit un retour à l'équilibre des comptes en 2007, a commencé à s'appliquer. Sa montée en charge doit être rapide. En voici les principales étapes.

• Depuis le 1er janvier

La réforme est entrée dans les cabinets médicaux (1) et dans les hôpitaux par la porte financière avec l'augmentation du forfait hospitalier, qui passe de 13 à 14 euros (avant d'atteindre 15 euros en 2006, puis 16 euros en 2007), et avec la contribution de 1 euro par consultation et par acte médical désormais demandée aux Français. Cet « euro » n'est pas versé par le patient mais déduit du remboursement de la Sécurité sociale. Il est destiné à « *sensibiliser* » les assurés au coût de la santé ; les mutuelles ont annoncé leur intention de ne pas le prendre en charge. Les femmes enceintes, les moins de 18 ans et les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU) ne sont pas assujettis au 1 euro qui ne s'applique pas, par ailleurs, aux soins dispensés par les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux. La contribution est plafonnée à 50 actes par an et limitée à 1 euro par professionnel de santé et par jour : un acte d'examen réalisé en plus d'une consultation par un même médecin ne donne lieu qu'à un paiement de 1 euro, mais une consultation de spécialiste réalisée dans la journée à la demande d'un médecin traitant occasionne deux paiements.

Egalement touchée dès ce début d'année : la CSG (Contribution sociale généralisée) dont l'assiette s'élargit, passant de 95 % à 97 % du salaire. Pour les retraités imposables, le taux de cotisation de la CSG est relevé de 6,2 à 6,6 %. Les revenus du patrimoine et de placement comme les produits de jeux sont aussi mis à contribution (le taux de CSG y est respectivement relevé de 0,7 et de 2 points).

Chapeauté par les caisses d'assurance-maladie, l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé est la dernière mesure effectivement entrée en vigueur il y a six jours. Son montant est fonction de l'âge des bénéficiaires ; y ont droit les personnes dont les ressources ne dépassent pas de plus de 15 % le plafond de la CMU (soit environ 2 millions de personnes).

Par ailleurs, les parcours de soins coordonnés (dans lesquels les patients doivent consulter leur médecin traitant avant d'aller voir un spécialiste - dit « correspondant » -, sous peine d'un moindre remboursement par la Sécurité sociale, voire de dépassements d'honoraires de la part du spécialiste consulté) commencent dès à présent à s'agencer. En particulier, les Français de plus de 16 ans sont invités par courrier par l'assurance-maladie à entrer dans le dispositif en faisant signer par leur futur médecin traitant, généraliste ou spécialiste, une « *déclaration de choix du médecin traitant* » à

renvoyer à la caisse avant juillet ; l'opération a commencé le 3 janvier et se fait en trois vagues jusqu'au 15 mars (2). Alors que la rétribution des médecins traitants sera liée aux patients en ALD (affections de longue durée), la rémunération afférente au Pires (protocole interrégimes d'examen spécial) a disparu dès le 1er janvier.

• **Le 1er mars**

Dans le cadre des parcours de soins, les dermatologues, les rhumatologues, les endocrinologues, les psychiatres, les neuropsychiatres, les gynécologues et les ophtalmologues pourront commencer à facturer une « majoration de coordination » de 2 euros (2,70 euros pour les psychiatres, neuropsychiatres et neurologues) quand ils délivreront des soins itératifs dont ils tiendront informé le médecin traitant.

La nouvelle « majoration nourrisson » (MNO, de 5 euros) s'appliquera. Elle concernera les consultations approfondies (interrogatoire, examen complet, entretien de conclusions avec la conduite à tenir, prescriptions éventuelles et mise à jour du carnet de santé) effectuées par les généralistes à destination des enfants de moins de deux ans.

• **Le 1er mai**

Les médecins traitants commenceront à être rémunérés pour leurs missions spécifiques (40 euros par an par patient en ALD).

• **Le 1er juillet**

Les parcours de soins coordonnés fonctionneront - pour certains de leurs actes, les gynécologues, les ophtalmos, les psychiatres et les pédiatres sont exclus du dispositif qui continueront à pouvoir être consultés en accès direct aux tarifs de 27 euros pour les deux premiers, 39,70 euros pour le second, 27 euros pour les quatrièmes.

Les tarifs de l'ensemble des spécialistes vont changer. A l'intérieur du parcours de soins, la consultation des spécialistes de secteur I passera : à 27 euros (grâce à une majoration de coordination de 2 euros) pour les soins de second recours ou récurrents ; à 40 euros (C2) pour les consultations d'expertise - 50 euros pour les psychiatres. Les médecins de secteur II seront invités à s'inscrire dans les parcours de soins en adhérant à une « option de coordination » (modération tarifaire contre majoration de coordination et prise en charge partielle des cotisations sociales - « le Quotidien » du 20 décembre). Si les assurés resteront remboursés, sans changement, à 70 % par le régime de base à l'intérieur des parcours de soins, il en ira autrement hors du dispositif où non seulement la Sécu remboursera moins mais où les dépassements d'honoraires, plafonnés (17,5 % du tarif opposable des actes cliniques et techniques), seront possibles : la consultation des spécialistes de secteur I pourra ainsi atteindre 31,72 euros mais les dépassements ne devront pas représenter plus de 30 % des honoraires totaux des médecins.

• **En 2006**

Si les objectifs de maîtrise médicalisées des dépenses sont tenus (998 millions d'euros d'économie attendus en 2005), la majoration de coordination sera revue à la hausse dès le 1er janvier et le tarif de la consultation des généralistes passera de 20 à 23 euros quand ils examineront un enfant âgé de 2 à 6 ans. L'année sera marquée par la fin du médecin référent. Les généralistes inscrits dans ce dispositif devront se « transformer » en médecins traitants.

• **En 2007**

La nouvelle carte Vitale, intégrant la photo des assurés, tiendra lieu de carte d'identité de santé. En juillet, le dossier médical personnel (DMP), tenu et géré par le médecin traitant, sera généralisé et obligatoire.

(1) A partir du 10 janvier, les médecins trouveront des informations sur la réforme au 0.820.77.30.30 (0,118 euro la minute).

(2) Un premier envoi concernera, entre le 3 et le 15 janvier, les assurés nés entre janvier et avril ; un second, entre le 1er et le 15 février, les assurés nés de mai à août ; un dernier, entre le 1er et le 15 mars, les assurés nés de septembre à décembre.

L'affaire du double meurtre à l'hôpital de Pau Le Quotidien du Médecin 6 janvier 2005

Douste réclame des sanctions μLA GESTION de l'hôpital psychiatrique de Pau est-elle en cause dans le double meurtre qui a coûté la vie à une infirmière et à une aide-soignante le 18 décembre dernier (voir « le Quotidien » du 22 décembre) ?

Sans l'affirmer de manière aussi catégorique, le ministre de la Santé, Philippe Douste-Blazy, a pris une position qui fait grincer des dents la communauté hospitalière. Avant même que l'Igas rende son premier rapport, il déclarait à RTL, il y a quelques jours : « *A titre personnel, je pense qu'il faudra qu'il y ait quelques sanctions. C'est l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) qui le dira, et qui le dira très vite, car je veux prendre des décisions très rapides.* »

Les deux inspecteurs de l'Igas, envoyés à Pau le 28 décembre, ont trois mois pour passer au crible la gestion des personnels, des budgets, du projet médical et de la sécurité ; leur premier rapport est attendu ces jours-ci.

Les protestations de la FHF.

Pour la Fédération hospitalière de France (FHF), il est non seulement trop tôt pour tirer quelque conclusion que ce soit, mais il est également regrettable que le ministre de la Santé ait tenu ces propos. La FHF parle d'un « *amalgame fâcheux* ».

« *Si le principe d'une inspection (administrative) n'est pas critiquable, en revanche, il est inconcevable mais aussi indécent de laisser penser que d'éventuelles insuffisances de gestion seraient à l'origine de ces homicides* », s'indigne la Fédération. « *L'amalgame et la confusion qui en découlent ne peuvent que desservir la communauté hospitalière dans son ensemble.* »

Les compressions d'effectifs de personnel observées ici ou là sont à mettre sur le compte de la politique budgétaire toujours plus stricte, et non sur le dos des gestionnaires hospitaliers, affirme la FHF.

L'établissement palois n'a pas attendu le rapport de l'Igas pour prendre des mesures en vue de rassurer son personnel. De nouveaux dispositifs de téléalarmes destinés à renforcer la sécurité ont été installés dans les jours qui ont suivi le drame, grâce au financement exceptionnel de 300 000 euros débloqué par Philippe Douste-Blazy, conformément à l'engagement pris lors de la nuit qu'il a partagée avec le personnel de garde durant le week-end de Noël. La direction et les représentants du personnel se sont réunis à plusieurs reprises pour examiner la mise en œuvre de certaines dispositions comme le recours à des équipes de sécurité.

Information judiciaire.

De son côté, la police poursuit son enquête, mais elle ne tient pas encore de suspect. Vingt-deux personnes ont été placées en garde à vue depuis le 18 décembre ; toutes ont été mises hors de cause après vérification. L'arme du crime, une arme blanche à longue lame qui pourrait être un couteau de chasse, reste introuvable. L'empreinte génétique d'un homme a été isolée à partir de traces de sang retrouvées sur les lieux du crime ; des comparaisons sont en cours avec le fichier national, pour l'heure sans résultat probant. La thèse de l'effraction est privilégiée - un homme seul se serait introduit dans le pavillon de psycho-gériatrie après avoir fracturé un vasistas. Une information judiciaire pour meurtres avec circonstance aggravante a été ouverte « contre personne inconnue » le 31 décembre.

Dépenses d'assurance-maladie La décelération s'est confirmée au mois de novembre Le Quotidien du Médecin 6 janvier 2005

LES DEPENSES maladie du régime général de la Sécurité sociale ont augmenté de 4,2 % sur douze mois à fin novembre, confirmant une certaine décelération, selon des chiffres provisoires publiés mardi par la Caisse nationale d'assurance-maladie (Cnam) - les comptes des douze derniers mois

arrêtés par la Cnam à la fin octobre montraient une progression des dépenses de 4,4 %, après des hausses de 4,5 % à fin septembre, de 4,7 % à la fin août, 5,1 % à fin juillet et 5,5 % fin juin.

Sur l'ensemble de l'année, la croissance des soins de ville « *devrait avoisiner 4,7 % pour le régime général* (4,5 % pour l'ensemble des régimes) », indique la Cnam dans un communiqué alors que le taux de croissance fixé par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2004 est de + 4 %, par rapport aux dépenses effectivement constatées en 2003.

Fin novembre, les soins de ville enregistraient une hausse de 3,6 %, atteignant un montant cumulé depuis janvier 2004 de 46,294 milliards d'euros. La Cnam note que « *l'activité des médecins généralistes et spécialistes reste très modérée* », avec une progression de + 1,9 % (2 % en octobre, 2,5 % en septembre et août, 3,3 % en juillet). Elle ajoute que « *la survenue d'un événement épidémique d'ici à la fin de l'année étant maintenant peu probable, l'activité des médecins généralistes devrait légèrement reculer en 2004 par rapport à l'année précédente* ».

Par ailleurs, en novembre toujours, « *deux postes dont la croissance est en règle générale très dynamique, les médicaments et les dispositifs médicaux* (appareillage, prothèses, ndlr) *fléchissent légèrement* ». A l'inverse, la baisse des indemnités journalières (arrêts de travail) semble marquer le pas avec une baisse de - 0,7 % depuis le 1er janvier.

De leur côté, les hôpitaux publics connaissent en novembre une progression de leurs dépenses de 4 %, avec un montant cumulé de janvier à novembre de 36,229 milliards d'euros. Les cliniques privées (hors honoraires des médecins qui y exercent) enregistrent, elles, un rythme de croissance à 4,5 %. Enfin, les dépenses liées aux établissements médico-sociaux pour les personnes âgées croissent de 9,1 %.

Alain Coulomb nommé directeur de la Haute Autorité de santé *Le Quotidien du Médecin*, 5 janvier 2005

Alain Coulomb, qui était depuis novembre 2002 directeur général de l'Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) a été nommé directeur de la Haute Autorité de santé (HAS) par le président du collège de la Haute Autorité, Laurent Degos. Après avoir dirigé pendant dix ans l'une des plus importantes caisses primaires d'assurance maladie, celle du Val d'Oise, **Alain Coulomb a été, de 1990 à 2001, délégué général de l'Union hospitalière privée, puis, après la fusion des deux syndicats d'hospitalisation privée à laquelle il a participé activement, délégué général de la Fédération de l'hospitalisation privée, de juillet 2001 à novembre 2002.** La haute autorité de santé a cinq missions principales : évaluer et hiérarchiser le service attendu ou rendu des actes professionnels, des prestations et des produits de santé ; contribuer "au bien-fondé et à la pertinence" des décisions dans le domaine du remboursement ; établir et mettre en oeuvre la certification des établissements de santé ; établir et mettre en oeuvre l'évaluation des pratiques professionnelles et l'accréditation des professionnels et des équipes médicales ; veiller à la diffusion des référentiels de bonne pratique et de bon usage des soins auprès des médecins et des personnels paramédicaux et à l'information des professionnels et du public dans ces domaines.