

## Revue de presse ONALA janvier 2006

LA DIRECTRICE DE L'AP-HP S'ENGAGE

**Rose-Marie Van Lerberghe : la nouvelle gouvernance sera en place fin 2006**

**Le Quotidien du Médecin 31 janvier 2006**

*Dans un contexte de forte rigueur budgétaire, la directrice générale de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) affirme tenir le cap qu'elle s'était fixé en arrivant à la tête de l'établissement. Les objectifs d'économies sont atteints. Sans que l'activité en ait souffert.*

**LE QUOTIDIEN - Quel bilan dresser de la tranche 2005 du plan d'économies ? Quel a été l'impact sur le personnel, l'offre et la qualité des soins ?**

**ROSE-MARIE VAN LERBERGHE** - Sous réserve des données d'activité médicalisée définitives (disponibles début février), le résultat de l'exercice 2005 du budget général serait très légèrement positif. L'excédent résiduel, ajouté au produit des cessions d'actifs, permettrait de solder le report de charges cumulé des exercices 2001 à 2003 qui serait ainsi totalement apuré.

Ce résultat reflète une progression modérée des dépenses (2,7 %) et les recettes seraient inférieures à l'Ondam hospitalier 2005 (3,6 %). Nos objectifs d'économie sont atteints : l'AP-HP a réalisé 45 millions d'euros d'économies à caractère structurel en 2005, comme prévu dans le cadre du plan équilibre. En contrepartie, l'Etat a tenu ses engagements et l'AP-HP a bénéficié d'une nouvelle tranche de rebasage transitoire à hauteur de 45 millions d'euros.

Ce résultat est obtenu sans peser sur l'activité qui progresse malgré la quasi-stabilité des effectifs : de 3,8 % au minimum en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et de 3,6 % en soins de suite et réadaptation (SSR) où nous avons pu rouvrir des lits. Nous continuons donc à accueillir davantage de malades.

Par ailleurs en 2005, nos missions de service public ont été mieux reconnues : les Migac (Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation, ndlr) bénéficient à périmètre comparable avec 2004 d'une croissance de 6 % et des mesures nouvelles nous ont été accordées à hauteur de 63 millions d'euros. La conjonction de ces différents éléments nous a permis d'absorber une montée en puissance de la T2A qui équivaut pour nous à une perte de recettes nettes de 50 millions d'euros en 2005.

**Comment économiser à nouveau 45 millions d'euros en 2006 ?**

L'écart de financement entre la dotation globale historique de l'AP-HP et le produit des tarifs de la T2A, si elle s'appliquait à 100 % s'élèverait, fin 2005, à 300 millions d'euros. Nous devons donc poursuivre notre effort de convergence qui continuera de reposer sur une double stratégie de maîtrise des coûts et de développement de l'activité. Il est d'ailleurs indispensable pour permettre à l'AP-HP de mettre en oeuvre ses priorités stratégiques 2005-2009.

Deux leviers devraient nous y aider. Tout d'abord, nous devrions bénéficier de l'aboutissement des projets transversaux de mutualisation et de gain d'efficience engagés depuis 2004 dans les domaines tels que la biologie, la restauration ou la logistique. En changeant les organisations, on peut faire mieux avec moins de moyens : cette idée commence à être comprise dans la maison. Un exemple : nous avons mutualisé la biologie de routine, regroupé la biologie spécialisée et fermé les laboratoires dans les établissements de gériatrie. Cela nous a permis d'économiser 12 millions d'euros tout en augmentant la qualité des actes de biologie.

D'autre part, avec la mise en oeuvre des pôles, un dialogue de gestion interne rénové va peu à peu se structurer autour de comptes d'exploitation, tant au niveau des hôpitaux composant l'AP-HP que des pôles. Les hôpitaux, comme les pôles, devront s'engager sur un équilibre donné des recettes et des dépenses, sachant que seule l'AP-HP dans sa globalité est tenue de respecter un équilibre financier strict. Surtout, la stratégie de convergence de l'AP-HP s'accompagne dès aujourd'hui de la diffusion de nouveaux modes de gestion permettant de sensibiliser l'ensemble de la communauté hospitalière, non

plus au seul respect de crédits de dépenses mais également à l'équilibre entre les recettes et les dépenses.

**Et comment lutter contre les effets négatifs de la T2A ?**

C'est l'honneur de notre service public que d'accueillir et de soigner tous les malades et je n'ignore pas le risque de dérives, mais il existait aussi avec la dotation globale. Avec la T2A, il y a un risque de « surcodage » des actes pour augmenter les recettes. Déclarer qu'un patient souffre de dénutrition, par exemple, permet de revaloriser le tarif que touchera l'hôpital. On peut donc craindre une épidémie de dénutrition ! Aujourd'hui, je ne sais pas si les médecins « sous-codent » ou « surcodent ». C'est pourquoi nous mettons en place un dispositif de contrôle de qualité des codages qui nous permettra de détecter ou de corriger ces éventuelles erreurs. Nous nous situons d'emblée dans la perspective relative des contrôles à opérer par l'assurance-maladie.

**La Cnam entend demander à l'ensemble des hôpitaux une économie de 560 millions d'euros en 2006. D'un autre côté, le ministre de la Santé l'a confirmé, les tarifs hospitaliers vont baisser. Quel sera l'impact à l'AP-HP, le plus gros hôpital public de France ?**

Ces éléments ne sont pas encore stabilisés. Nous sommes en attente de la circulaire budgétaire de début de campagne qui comportera ces éléments de cadrage fondamentaux pour l'élaboration de notre budget 2006. Quoi qu'il en soit, il est légitime que l'AP-HP participe à l'effort de redressement de l'assurance-maladie et la poursuite du plan équilibre s'inscrit clairement dans cette perspective.

**La Cnam veut renforcer son contrôle sur les dépenses hospitalières en surveillant les prescriptions. En tant que directrice générale d'un important CHU, que pensez-vous de cette initiative ?**

Les dépenses hospitalières représentent 60 % des dépenses de l'assurance-maladie : il est donc tout à fait normal que la Cnam s'y intéresse, d'autant que la démarche de « juste prescription » est une approche éthique de la santé : qualité de la prise en charge et maîtrise des dépenses inutiles se conjuguent dans l'intérêt même des malades.

L'AP-HP a d'ailleurs déployé des efforts considérables dans ce domaine. Ils se traduisent par une maîtrise visible des dépenses, notamment des médicaments coûteux, dont le rythme de progression est plus stable que par le passé, alors qu'ils sont désormais remboursés. Cette démarche s'est tout récemment concrétisée dans la signature d'un contrat de bon usage avec l'agence régionale de l'hospitalisation.

**La nouvelle gouvernance doit se généraliser d'ici à la fin de l'année. L'AP-HP va-t-elle tenir cette échéance ?**

La mise en oeuvre de la nouvelle gouvernance va permettre de répondre concrètement aux problèmes de prise en charge du patient et à l'organisation du fonctionnement au plus près du terrain : elle constitue donc une opportunité majeure pour la modernisation de l'AP-HP.

D'ici à fin 2006, les 750 services qu'elle compte auront été regroupés autour d'environ 150 pôles. Nous sommes bien avancés : aujourd'hui, nous comptons déjà 31 pôles pour 7 hôpitaux et le découpage et l'adoption de cette organisation pour les 31 autres hôpitaux vont être examinés par le conseil exécutif avant l'été avant d'être soumis pour validation, d'ici à octobre, au conseil d'administration.

Nous entrerons dans l'année 2007 en étant organisés en pôles, avec une cartographie de l'offre de soins plus lisible, une fluidité de la prise en charge améliorée et un parcours de soins simplifié, comme le souhaitent les patients.

Le fonctionnement d'un trio médecin, administration, soignant devrait se trouver facilité du fait de cette nouvelle organisation qui favorisera une gestion médico-économique partagée, accompagnée d'une délégation de gestion et encadrée par un contrat d'objectifs et de moyens dont les résultats seront mesurables. Nous avons déjà expérimenté la délégation de gestion, sur la base d'objectifs d'efficacité, d'activité, de qualité, et de conduite de projets. C'est essentiel pour responsabiliser l'ensemble des personnels afin d'utiliser au mieux les moyens au bénéfice du patient.

**A l'hôpital européen Georges-Pompidou, site anticipateur, le découpage en six pôles est arrêté, mais le pôle cancérologie n'a toujours pas de responsable à sa tête. Pour quelle raison ?**

La nouvelle gouvernance à l'Hegp est très largement engagée : cinq chefs de pôles sont nommés et les équipes exécutives des six pôles travaillent depuis plusieurs mois. Les premiers contrats de pôles devraient être signés dans le courant de ce trimestre. La désignation du sixième responsable de pôle est en cours.

#### UN VECU DE LA RECOMPOSITION HOSPITALIERE

#### **Les présidents de CME de CH satisfaits des restructurations** ***Le Quotidien du Médecin 31 janvier 2006***

*La conférence des présidents de commission médicale d'établissement (CME) de CH a mené une enquête auprès de 130 centres hospitaliers qui se sont restructurés. Dans deux cas sur trois, les présidents parlent de réussite, malgré la lourdeur de la tâche. La perte du service de chirurgie ne semble pas constituer un facteur d'échec.*

EN JUIN 2004, la conférence des présidents de CME lançait une enquête (qui court encore) afin de mesurer le vécu de la communauté médicale face aux restructurations. Presque deux ans plus tard, le Dr Francis Fellingner, président de cette conférence, dit avoir été «*bluffé*» par les résultats.

Le Dr Fellingner ne le cache pas, il appartient de longue date au clan des partisans de la restructuration hospitalière. «*Nous avons toujours été convaincus de sa nécessité. Pour des raisons démographiques, du fait aussi de la "surspécialisation". Pour garantir une bonne permanence des soins, il nous faut des équipes charpentées.*»

Comme chacun sait, cet avis est loin d'être unanimement partagé. Du moins était-il fortement contesté en 2004. La conférence a voulu prendre la température auprès de ses présidents. «*Nous sommes, avec les cliniques les premiers concernés et pourtant on ne savait pas comment les gens vivent cela.*»

Verdict de l'enquête sur la base de 135 réponses concernant 130 restructurations : deux situations sur trois sont vécues positivement, un cas sur cinq négativement. «*Nous avons été étonnés, vu que ce sont plutôt les échecs et les difficultés qui ont été largement médiatisés.*»

Pas de perte d'emploi. Parmi les 540 centres hospitaliers français qui ont reçu le questionnaire, ont été éliminés d'office ceux dont le processus de restructuration ne répondait pas à la définition établie par la conférence des présidents de CME : «*Toute nouvelle organisation et/ou répartition d'une ou plusieurs activités de court séjour entre deux ou plusieurs établissements dans les dix dernières années*», excluant les projets en attente ou en début de réalisation.

Dans 61 % des cas, il s'agit de coopération entre deux établissements, sans fusion. Chacune des deux entités juridiques est maintenue et seules certaines activités sont partagées. Le reste des restructurations recensées sont des fusions (39 %).

Autre constat important : à la lumière de cette enquête, le fait de perdre la chirurgie au sein de l'établissement ne semble pas constituer un facteur d'échec. Le personnel de la chirurgie est affecté à d'autres services «*tout comme les moyens, qui sont recentrés sur les services qui marchent*», précise le Dr Fellingner. «*D'une façon générale, la restructuration n'occasionne pas d'économies puisqu'il n'y a pas de perte d'emplois, voire des créations. Cela peut être un élément intéressant pour les maires.*»

Une tâche ardue, épuisante. Les présidents de CME ne cachent pas pour autant les difficultés rencontrées. Dans 75 % des cas, ils avouent avoir vécu la restructuration de leur établissement comme une «*tâche très ardue*». Dans le même temps, 81 % d'entre eux seraient prêts à recommencer. «*Ils sortent épuisés de trois ou quatre années de dur travail, avec des réunions le soir jusqu'à point d'heure. Ils ont mouillé leur chemise. Je crois qu'on peut dire qu'ils se sont investis, presque affectivement, avec le sentiment d'avoir été utiles à la société*», analyse le Dr Fellingner. «*Nous n'avons pas recensé parmi les difficultés, à part une ou deux exceptions, le manque de communication entre les équipes médicales et la direction, précise-t-il. On assiste à un changement culturel assez profond, qui témoigne de l'engagement commun dans le management de l'établissement. Le couple moteur directeur-président de CME s'est mis en place. Il n'y a plus cette déchirure, comme c'était le cas il y a quelques années.*»

Mais si l'étude sur le vécu des restructurations était élargie à l'ensemble de la communauté médicale, cet enthousiasme serait certainement nuancé. Même si, déclare le Dr Fellingner, *«l'opinion des présidents de CME colle généralement avec celle de l'ensemble des soignants d'un même hôpital»*. Il rappelle que *«ces restructurations touchent majoritairement de petits établissements dans lesquels les équipes sont petites et généralement soudées»*.

Cette enquête a permis également de mesurer l'ampleur de la recomposition hospitalière et sa cartographie. Elle constitue une base de données destinée aux présidents de CME ou directeurs qui mettraient en route de telles opérations. *«Il s'agissait pour nous d'identifier les facteurs de réussite et d'échec afin d'agir préventivement dans la conduite des projets, insiste le Dr Fellingner. On peut notamment se demander comment faire bouger les choses quand elles se prolongent trop.»*

## UN EXEMPLE DE FERMETURE PROGRAMMÉE DE LA CHIRURGIE

### **L'hôpital de Loudun contraint de se réorienter** **Le Quotidien du Médecin 31 janvier 2006**

*Dans le cadre du Sros 3, l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de Poitou-Charentes prévoit de fermer la chirurgie du centre hospitalier de Loudun dans deux ans. L'hôpital doit trouver une nouvelle utilité à son bloc opératoire flambant neuf, et pour lequel il s'est endetté jusque en 2020.*

LOUDUN, petite ville tranquille de 7 700 âmes dans le nord de la Vienne. L'actualité de l'hôpital a fait « la une » de la presse locale la semaine dernière : le maire vient d'annoncer que l'établissement arrêtera la chirurgie en 2008, sur décision de l'ARH. Une fermeture en suit une autre : l'hôpital a déjà perdu sa maternité en 2000.

Aussitôt, les syndicats sont montés au créneau ; ils craignent des fermetures de postes. Des voix s'élèvent aussi pour dénoncer la perte d'un service de proximité : la salle d'opération la plus proche est à 30 km. La décision n'est pas encore définitive, mais les dés semblent jetés. *«Ce projet est à l'étude depuis des années, observe le maire de Loudun, Jean Touret (UMP). On doit se réorganiser.»*

L'ARH de Poitou-Charentes envisage cette fermeture car le bloc opératoire de Loudun ne répond pas aux normes : un millier d'actes par an, c'est moitié moins que le seuil minimal requis. Le projet de restructuration loudunaise figure dans le projet de Sros 3 (schéma régional de l'organisation sanitaire de troisième génération) concocté par l'ARH. Elus de la région, hospitaliers et usagers auront leur mot à dire ; réunis au sein de la conférence régionale de santé, ils rendront à l'ARH un avis sur son projet de Sros 3. A charge ensuite de l'ARH de revoir sa copie si elle le souhaite, avant la publication du Sros 3 (au plus tard, le 31 mars prochain).

Sans illusion. La conférence régionale de santé va aborder le cas de Loudun lors de sa prochaine réunion. Mais le directeur du centre hospitalier ne se fait guère d'illusion : *«Vu les orientations fixées au plan national, on part avec un fort handicap compte tenu de notre niveau d'activité en chirurgie»*, déclare Yves Geffroy. Plutôt que de réclamer coûte que coûte le maintien du bloc, qui fait perdre de l'argent plus qu'il n'en rapporte, le directeur veut réfléchir à de nouvelles orientations. *«On est en train de rebâtir un projet d'établissement avec tout le personnel. Il faut décider quelles activités développer pour réutiliser les soignants et l'espace du bloc opératoire.»*

L'endroit est tout neuf : le bloc a été intégralement reconstruit en 2002. Deux chirurgiens à temps plein font tourner la boutique. L'un d'eux, le Dr Mukhallad Al Satli, avoue ne pas comprendre la logique mise en œuvre : *«Je suis arrivé à Loudun l'été dernier avec un objectif : développer la chirurgie viscérale et orthopédique et remonter l'activité à 1600 actes par an. Maintenant, il est question de fermeture. On fait 1000 actes par an pour un bassin de 26000 habitants. La norme dit 2000 pour 50000 : rapporté à la densité de la population, on est pile dans la norme.»*

Le Dr Al Satli restera à Loudun jusqu'à la fermeture du bloc. Mais il garde l'espoir que l'ARH revienne sur sa décision : *«On est le seul hôpital public dans un rayon de 30 km : la situation géographique mérite d'être prise en compte.»* Le chirurgien craint aussi pour d'autres services : *«La perte de la chirurgie risque de retentir sur tout le reste de l'hôpital, notamment les urgences et les soins de suite.»*

Endettement. Le directeur, lui, croit en l'avenir de son hôpital. Mais il doit faire face à un sérieux problème : l'établissement s'est endetté à hauteur de 2,8 millions d'euros pour s'offrir sa nouvelle salle d'opération. L'emprunt va courir jusqu'en 2020. Qui paiera la note, pour une activité vouée à disparaître en 2008 ? Ne comptant guère sur une aide des tutelles, le directeur pense pouvoir amortir l'investissement en développant certaines activités médicales, notamment la gériatrie, «à condition que les GHS (les tarifs, ndlr) soient suffisamment intéressants».

Un autre problème reste en suspens : que faire des locaux ? Les 25 lits de chirurgie pourront être facilement reconvertis. Mais le bloc ? Le réaménager en salle de consultation ou en bureaux est envisageable, mais cela suppose de nouveaux travaux, et donc un nouvel investissement. Le matériel chirurgical, lui, pourra être revendu. Mais Yves Geffroy ne s'attend pas à des miracles : «On n'en tirera pas grand chose; cela repartira peut-être vers l'Afrique.»

Et dans cette affaire, *quid* du personnel ? «Si on maintient l'activité, je ne suis pas inquiet pour l'emploi», assure le maire de Loudun. Tout l'enjeu est là pour les infirmiers de bloc : l'hôpital compte 3 Ibodes (infirmières de bloc opératoire diplômées d'Etat) et 5 Iades (infirmières anesthésistes diplômées d'Etat) qui n'auront d'autre choix que d'abandonner leur spécialité pour s'investir dans un service de médecine si elles souhaitent rester dans l'établissement. Sinon, il faudra les muter ailleurs. Les chirurgiens et les anesthésistes, eux, pourront frapper aux portes d'à côté : la pénurie médicale est telle dans cette région qu'ils trouveront un poste sans problème.

#### DEPENSES DE SOINS DE VILLE EN 2005

##### **Les médecins largement dans les clouds**

##### **Le Quotidien du Médecin 31 janvier 2006**

LES CHIFFRES sont encore provisoires, mais la Caisse nationale d'assurance-maladie (Cnam) se réjouit déjà : les dépenses d'assurance-maladie du régime général auraient progressé de 4,3 % en 2005 (contre 4,7 % en 2004 et 6,2 % en 2003), pour atteindre fin décembre «110,7 milliards d'euros» dans le champ de l'Ondam (objectif de dépenses annuelles). Ce «ralentissement substantiel des dépenses» est lié, selon le directeur général de la Cnam, «aux mesures engagées dans le cadre de la réforme de l'assurance-maladie» entrée en vigueur au 1er janvier 2005.

Ce taux d'évolution provisoire est néanmoins supérieur au taux de l'Ondam voté par le Parlement, qui s'élève à 3,2 % pour 2005, tous régimes confondus, et à 3,8 % après rebasage en fonction des estimations définitives des comptes de la Sécu à la fin de 2004. La Cnam fait valoir cependant que les dépenses de soins de ville, en progression de 2,8 %, se situent quant à elles «à un niveau inférieur d'environ 550 millions d'euros au montant voté de l'Ondam "soins de ville"».

A l'intérieur des dépenses du secteur ambulatoire, les honoraires médicaux et dentaires stagnent à 0,8 %, les prescriptions augmentent de 5 % («hors effet de la remise de l'industrie pharmaceutique»), tandis que les indemnités journalières diminuent toujours de 1,6 %.

En ce qui concerne les dépenses d'hospitalisation, «les versements aux établissements publics s'accroissent de 4,9% fin décembre contre 5,9% fin novembre, poursuivant la décrue commencée au mois d'octobre», relève la Cnam. Les dépenses des établissements privés progressent de 5,5 %, tandis que celle des établissements médico-sociaux connaît une forte hausse de 8,3 %, contre 7,2 % à la fin du mois de novembre. La Cnam attend toutefois «les statistiques sur l'évolution de l'activité des établissements du dernier trimestre 2005» avant d'affiner son estimation des dépenses hospitalières sur l'ensemble de l'année passée.

#### **Calais tient à son hôpital**

##### **L'Humanité 30 janvier 2006**

*Les travaux devaient commencer cette année. Ils sont reportés à fin 2007, faute de financement.*

Dans le Calaisis, tout le monde en convient. « L'hôpital public est vieux, enclavé en centre-ville, dépourvu de parking, peu accessible aux secours, plus aux normes de sécurité. Il est impératif d'en bâtir un nouveau », explique André Pouilly, délégué syndical CGT. « Les murs ont trente ans, et la pédiatrie est installée au dernier étage, c'est un non-sens en cas d'évacuation », complète Bernard Barron, attaché de presse au cabinet du maire. De fait, la construction d'un nouvel établissement est dans les tuyaux depuis 2000. Les études d'architecture sont bouclées, et le terrain, qui accueillera également une maison de retraite et un pôle logistique commun, a été viabilisé. Les travaux devaient commencer fin 2006, pour une inauguration en 2010. Mais en décembre, grosse frayeur : une rumeur fait état de l'annulation du projet.

En cause : les finances de l'hôpital. « Pour 2005, nous avons atteint l'équilibre, souligne André Pouilly. Mais nous traînons un report de charges cumulé de dix millions d'euros, hérité des années précédentes. » Or, ériger un bâtiment neuf suppose que l'hôpital soit en mesure de déboursier 150 millions d'euros. « Cela représente une charge annuelle de 10 à 12 millions d'euros », calcule le syndicaliste. Ces projections ont manifestement incité les autorités sanitaires à ne pas lancer le chantier et à sortir la reconstruction du plan hôpital 2007. Pour l'heure, seul l'établissement pour personnes âgées dépendantes sort de terre.

Ces atermoiements n'ont pas manqué d'alerter la population : l'hôpital rayonne sur un bassin de 145 000 habitants. Il constitue un fort enjeu de santé publique. C'est la raison qui a poussé Jacky Hénin, maire communiste de Calais et président du conseil d'administration de l'établissement, et Roger Bouchel, maire de Zouafques, hospitalisé deux fois par le passé, à en appeler aux élus du Calaisis. Quarante-quatre communes ont voté en conseil municipal une motion réclamant le nouvel hôpital. Parallèlement, une pétition a circulé. Elle a recueilli en deux semaines 20 000 signatures, dont 5 000 au sein même du centre hospitalier. Les cinq cartons les contenant ont été déposés juste avant Noël chez le sous-préfet.

Quelques jours plus tard, la mobilisation obligeait l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) du Nord-Pas-de-Calais à sortir du bois. Mettant en avant l'équilibre budgétaire pour 2005, elle assurait par presse interposée que les travaux seraient lancés fin 2007, et que l'hôpital serait fonctionnel en 2011. Un engagement réaffirmé début janvier par le directeur de l'ARH. La promesse de l'établissement de viser deux millions d'euros d'économies en 2006 et 2007 - sans suppressions de postes - a probablement joué. « Nous ferions donc partie du plan hôpital 2012, et dans ce cadre, il se pourrait que la reconstruction soit subventionnée à hauteur de 50 % », note André Pouilly. Une ombre au tableau : de nouvelles difficultés financières se profilent, en raison d'une moindre rémunération des pathologies annoncée pour cette année par le ministre de la Santé.

REÇUS AUJOURD'HUI PAR LE MINISTRE DE LA SANTE

**Les médecins à diplôme étranger attendent des réponses précises**  
**Le Quotidien du Médecin du 30/01/2006**

*Le ministre Xavier Bertrand reçoit aujourd'hui les médecins à diplôme étranger. Le règlement de leur situation précaire est urgent, estiment-ils. Certains de leurs confrères hospitaliers les soutiennent. Les organisations sont prêtes à engager une action en cas de blocage.*

C'EST CE QU'ON APPELLE un rendez-vous très attendu. Les deux principales organisations représentant en France les médecins à diplôme étranger, l'Inpadhue (Intersyndicale nationale des praticiens à diplôme hors Union européenne) et la FPS (Fédération des praticiens de santé) sont reçues cet après-midi par le ministre de la Santé, Xavier Bertrand.

L'Inpadhue avance trois grandes revendications. La première est inspirée d'une promesse qui lui a été faite en septembre dernier par l'un des conseillers du ministre : une évaluation sur dossier par les commissions d'autorisation des Padhue justifiant de cinq années et plus « d'exercice professionnel autonome » sur le territoire français et des titulaires d'un DIS (diplôme interuniversitaire de spécialisation) ou d'un Csc (certificat de synthèse clinique et thérapeutique). L'Intersyndicale réclame, en outre, la simplification de la NPA (nouvelle procédure d'autorisation) pour les Padhue justifiant de trois années d'exercice en France (de type examen hors quota) et l'amélioration de cette même

procédure pour tout autre candidat à l'autorisation d'exercer la médecine. Il s'agirait d'introduire dans la notation les dossiers titres, travaux et services rendus.

La FPS demande, elle aussi, que les 200 titulaires du Cscd (médecins et dentistes) passent devant les commissions d'autorisation. Elle distingue, par ailleurs, trois listes : la liste A, qui comprendrait les 3 000 médecins ne justifiant pas de trois ans d'exercice. Ils se soumettraient au concours, avec quota d'entrée, mais pas de sortie. La liste B, celle des 2 000 médecins qui ont effectué trois années d'exercice en France, se soumettrait à la NPA, sans quota ni d'entrée ni de sortie. La liste C, qui compte les 1 000 praticiens ayant fourni de cinq à dix ans de service aux hôpitaux français, passerait devant la commission d'autorisation.

**Un système qui arrange tout le monde. Les attentes des deux organisations semblent finalement assez proches, même si elles s'en défendent. En revanche, toutes deux clament haut et fort que le 30 sera un peu le rendez-vous «de la dernière chance» et se tiennent prêtes à mener des actions si le ministère fait la sourde oreille.**

Ces temps derniers, les confrères hospitaliers des médecins à diplôme étranger se sont exprimés. La CGT section santé et l'Amuf (Association des médecins urgentistes de France), notamment. Leurs représentants, les Drs Christophe Prudhomme et Patrick Pelloux participaient récemment à une réunion organisée par l'Inpadhue. «L'esclavage, c'est terminé», tonnait le Dr Pelloux, patron de l'Amuf. «Aujourd'hui, la non-reconnaissance des médecins à diplôme étranger arrange une bonne partie de nos chers collègues hospitaliers qui ont une forte activité privée et font tourner leurs services à l'hôpital public grâce aux Padhue, main-d'œuvre bon marché», résume son confrère, le Dr Prudhomme, de la CGT. «Il faut immédiatement régler le sort des 1500 à 2000 Padhue qui ont la nationalité française par le système de la VAE (validation des acquis et de l'expérience). C'est ce qui se passe d'ailleurs dans n'importe quelle profession, sauf en médecine. Le Conseil de l'Ordre a, sur la VAE, une attitude malthusienne. Tous les autres Padhue doivent se soumettre à une procédure, type NPA, mais à condition que des règles du jeu claires soient fixées a priori. Il faut que les candidats connaissent, avant de passer le concours, les quotas et les éventuelles affectations.»

**Reconnaître, oui, mais comment ? «Si ces praticiens étaient mauvais, cela se saurait, il y aurait des procès», insiste le Dr Prudhomme, dont l'organisation entend bientôt «exiger des directeurs d'hôpital d'informer les patients, dans le cadre de la loi Kouchner, qu'ils sont pris en charge par des médecins non titulaires d'un diplôme reconnu dans notre pays».**

L'Inph (Intersyndicat national des praticiens hospitaliers, dont fait partie la FPS) réclame «une voie unique pour un statut unique». Autrement dit, précise le Dr Bocher, la présidente, «hors NPA, il n'y a pas de salut pour les Padhue». C'est ce que semble dire aussi le Syndicat des chirurgiens hospitaliers. «A l'heure de l'exigence de la qualité, il faut une évaluation identique pour tous, y compris les médecins à diplôme étranger, qui auraient alors les mêmes perspectives de carrière, notamment la possibilité de s'installer en libéral, explique le Dr André Nazac, président du syndicat. Ils doivent se soumettre à une épreuve de français et à une épreuve de spécialité, théorique et pratique.»

Pour la CMH (Coordination médicale hospitalière), c'est clair, la reconnaissance de la compétence de ces praticiens ne peut pas être fondée uniquement sur l'expérience. «On ne peut pas maintenir un numerus clausus en collant des étudiants à un quart de point et, dans le même temps, accorder l'autorisation à des médecins étrangers sur la seule preuve de leur expérience», estime le Dr François Aubart, président de la CMH, qui reconnaît tout de même que «certaines situations iniques doivent être réparées». Sans oublier, ajoute-t-il, qu'«abandonner le système de santé qui les (les Padhue) a formés est préjudiciable pour leurs pays d'origine».

L'argument est repris, entre autres, par la Conférence des présidents de CME des CH. Elle s'inquiète de la nature du concours spécifique aux Padhue qui doit, selon elle, «être ouvert prioritairement à des considérations de santé publique». Finalement, la question est de savoir si, oui ou non, on peut mesurer la compétence de ces praticiens d'après leur expérience au sein de nos hôpitaux. Les avis sont partagés. Reste à connaître celui du ministre.

INTERNES ET ENSEIGNANTS SE MOBILISENT

## **La crise de la médecine générale investit le Sénat Le Quotidien du Médecin du 30/01/2006**

*Lors d'un colloque au Sénat, plusieurs organisations représentant les médecins généralistes en formation, installés et enseignants, ont raconté les difficultés de leur discipline en crise de reconnaissance. Tous ont réclamé d'urgence la création d'une filière universitaire de médecine générale.*

LE HASARD du calendrier fait parfois bien les choses : quelques heures à peine après la présentation détaillée, par Xavier Bertrand, du plan du gouvernement sur la démographie médicale (« Le Quotidien » du 27 janvier), plusieurs organisations de médecins généralistes représentant aussi bien les jeunes en formation (Isnar-IMG, Snjmg) que les enseignants (Cnge), des praticiens installés (MG-France) ou encore des associations de formation (Sftg), ont évoqué ensemble, lors d'un colloque au Sénat, la «*crise*» de cette spécialité «*à l'aube d'une catastrophe pourtant annoncée depuis vingt ans*».

Les intervenants se sont succédé pour détailler, à grand renfort de chiffres et de témoignages, les ressorts de cette crise (de reconnaissance, d'abord) que confirment des faits particulièrement inquiétants : un millier de postes de médecine générale non pourvus aux nouvelles épreuves nationales classantes (ECN) pour des raisons d'«*inadéquation*» et de redoublements volontaires ; un taux d'installation en libéral «*à son minimum*» ; des médecins généralistes libéraux qui n'hésitent plus à «*dévisser*» leur plaque entre 40 et 50 ans «*pour faire autre chose*»; et, bien sûr, une démographie en berne qui risque de conduire à des situations locales de pénurie, d'autant que la féminisation croissante conduit à des choix plus fréquents vers le salariat ou le temps partiel.

**Un statut « strapontin ». Certes, plusieurs revendications auront trouvé un début de réponse dans les mesures du plan Démographie de Xavier Bertrand, comme le soutien aux remplacements et à l'exercice en cabinet de groupe, la généralisation des maisons de santé pluridisciplinaires, l'alignement du congé maternité des femmes médecins sur celui des salariées ou encore la publicité qui sera faite sur les aides existantes (financières, fiscales...) favorisant l'installation des médecins dans les zones sous-médicalisées.**

Mais, à écouter les orateurs, on devine que le blason de la médecine générale ne pourra être redoré sans la reconnaissance universitaire pleine et entière de cette discipline. Cette filière passe par la titularisation des enseignants associés, la création d'une section autonome de médecine générale au Conseil national des universités (CNU), la mise en place de postes de chef de clinique, une recherche en soins primaires et des moyens à la hauteur. «*Notre statut est aujourd'hui un strapontin*», résume Pierre-Louis Druais, président du Collège national des médecins généralistes enseignants (Cnge), qui rappelle les chiffres : 104 enseignants MG associés (mi-temps) et 3 500 maîtres de stage «*sans statut*», alors que les autres disciplines bénéficient de 6 000 enseignants titulaires. «*La méconnaissance de la filière de médecine générale par les étudiants, l'absence de possibilités de carrière sont des causes majeures de la désaffection*», confirme Yannick Ruelle (Isnar-IMG). «*Pas de statut, pas de lieu, pas d'argent*», déplore un autre intervenant.

**Le médecin traitant épinglé. Le DES de médecine générale mis en place dans le cadre de la réforme de l'internat a été une avancée insuffisante pour rendre la discipline attrayante. Selon plusieurs intervenants, la mise en place d'une filière universitaire de médecine générale (Fumga) digne de ce nom, éventuellement fondée sur des services universitaires de médecine générale ambulatoire (Sumga), se heurte au «*poids des lobbies*» hospitaliers qui craignent «*l'explosion*» du système des CHU. «*Il faudrait pourtant faire le ménage!*», a lancé un médecin généraliste.**

Le colloque a parfois pris un tour politique. De jeunes médecins ont expliqué qu'ils redoutaient que la réforme du médecin traitant «*mette en danger*» l'installation de la nouvelle génération, malgré le moratoire décidé par le gouvernement (qui protège de toute pénalité les patients consultant un généraliste installé depuis moins de cinq ans).

Yassine Bouakaz, président du Syndicat national des jeunes médecins généralistes (Snjmg), estime que ce moratoire pour les nouveaux installés sera «*voué à l'échec*» sans une information massive des patients par l'assurance-maladie. Avec une pointe d'humour noir, le Dr Jean-Luc Gallais (Société française de médecine générale) a évoqué la situation grave de la médecine générale en comparant les

soins primaires à... l'amiante. *«Un sujet de santé publique connu depuis des décennies, tous les responsables régulièrement informés et interpellés, l'inertie et le statu quo en France et, au total, un scandale...»*

LES PARTENAIRES CONVENTIONNELS SE RETROUVENT MERCREDI

**Les négociations butent sur la hausse du C**

***Le Quotidien du Médecin* du 30/01/2006**

**L'assurance-maladie et les syndicats de médecins signataires de la convention vont tenter, mercredi, de trouver un accord sur les revalorisations et les engagements de maîtrise médicalisée pour 2006. Les discussions achoppent pour l'heure sur la hausse de 1 euro du C, à laquelle le directeur de l'Uncam reste fermement opposé dans un avenir proche.**

L'ASSURANCE-MALADIE et les syndicats signataires de la convention médicale (Csmf, SML et Alliance) doivent se retrouver mercredi à 20 heures pour la troisième fois cette année. La négociation de la semaine dernière a été suspendue et n'a pas permis aux partenaires conventionnels de trouver un terrain d'entente sur les revalorisations et les objectifs de maîtrise médicalisée pour 2006 (« le Quotidien » du 27 janvier). Pendant plusieurs heures, les protagonistes ont discuté du bilan de l'année 2005. S'appuyant sur une projection au 31 mars 2006, le directeur de l'Uncam a indiqué que 815 millions d'euros seraient économisés sur une année pleine. Au terme de longues discussions, l'Uncam a reconnu que les médecins libéraux ont rempli leur contrat de 2005. Plus rien ne s'oppose donc à l'application des revalorisations prévues dans la convention : la hausse de 1 euro de la majoration de coordination des médecins spécialistes (MCS) et de 3 euros pour les consultations des enfants de 2 à 6 ans pour les médecins généralistes. Il ne reste aux partenaires qu'à négocier la date exacte de l'entrée en vigueur de ces revalorisations. Frédéric van Rookeghem a rappelé que des mesures d'urgence étaient nécessaires pour aider les spécialités en difficulté depuis l'entrée en vigueur du parcours de soins au 1er juillet dernier. L'Uncam a présenté aux médecins une étude sur l'évolution des revenus des dermatologues et des rhumatologues en 2005. Il en ressort que 68 % des dermatologues et 62 % des rhumatologues ont vu leurs honoraires régresser en 2005. *«Trente pour cent d'entre eux auraient sans doute diminué leur activité sans la réforme»*, nuance une statisticienne de la Cnam, qui s'appuie sur les résultats enregistrés par ces spécialités l'année précédente.

**La mise en garde du SML. Les discussions sont cependant retombées au point mort quand le Syndicat des médecins libéraux (SML) a posé comme condition *sine qua non* la hausse de 1 euro de la consultation des généralistes à la négociation des objectifs de maîtrise médicalisée pour 2006. Le SML a d'ailleurs demandé une suspension de séance en raison du blocage des discussions sur ce point précis. *«Avec une valeur de la consultation figée à 20euros depuis 2002, le risque est grand que, sans ce coup de pouce de 1euro et sans engagement d'un C à 23euros, la dynamique de la maîtrise médicalisée ne soit cassée, ce qui remettrait en cause toute la logique de la réforme»*, confie le Dr Dinorino Cabrera.**

*«Cette suspension a pour objet de faire prendre conscience aux responsables de l'assurance-maladie et aux politiques de l'importance d'une mesure qui est un symbole»*, assure le président du SML. Il redoute une crise majeure si la situation ne se débloque pas mercredi. Il a déjà annoncé des *«ripostes graduées»* que les cadres du syndicat réunis en assemblée générale le week-end dernier ont dû évoquer.

La Csmf a également indiqué qu'elle ne signerait pas un nouveau contrat pour 2006 tant que l'assurance-maladie ne s'engagerait pas à revaloriser la consultation du généraliste et à lancer la deuxième étape de la classification commune des actes médicaux (Ccam) technique (voir l'interview du Dr Michel Chassang ci-dessous).

**L'enjeu des élections professionnelles. La hausse du C est devenue l'enjeu majeur de ces négociations. Les syndicats ne souhaitent pas attendre une revalorisation du C à la fin de l'année. Le SML estime que les augmentations doivent être appliquées à brève échéance, *«idéalement entre le 15février et le 15mars»*. *«Ce point est essentiel pour des***

**raisons symboliques et stratégiques», explique le Dr Cabrera. Cet «euro symbolique» serait le meilleur moyen, selon le Dr Cabrera, de récompenser les généralistes et de les impliquer dans l'objectif de maîtrise pour 2006, qui devrait être compris entre «800 et 900 millions d'euros». Les médecins ne souhaitent pas «être grugés» par l'éventuelle intervention du comité d'alerte qui repousserait encore les revalorisations. Même Alliance, présidé par le Dr Félix Benouaich, représentatif des seuls spécialistes, défend la hausse du C : «L'Uncam estime que les généralistes ne doivent pas être revalorisés parce que leurs revenus ont augmenté de 4,5% l'an dernier. L'origine en est un surcroît de travail et l'application des nouveaux tarifs de la permanence de soins», plaide-t-il. Le directeur de l'Uncam ne semble, lui, pas prêt à accorder une hausse du C dans un avenir proche. «Nous ne pouvons pas nous engager aujourd'hui dans des politiques de revalorisation qui ne seraient pas financées ou qui ne seraient pas compatibles avec les grands équilibres votés par le Parlement», confiait Frédéric van Roekeghem dans nos colonnes (« le Quotidien » du 24 janvier). La hausse du C, point de blocage de ces négociations, est aujourd'hui devenue un argument électoral majeur (voir encadré) dont les syndicats signataires se veulent les plus ardents défenseurs, à moins de cinq mois d'élections professionnelles qui s'annoncent animées.**

#### **« Toujours rien pour les généralistes », déplore MG-France**

« Deux poids, deux mesures ». Selon le syndicat MG-France, la réunion conventionnelle du 25 janvier a permis « aux spécialistes d'obtenir 1 euro de plus pour toutes les consultations, mais toujours rien pour les médecins généralistes ». MG-France croit savoir que la hausse de 1 euro de la majoration de coordination de la consultation des spécialistes et la majoration de 3 euros des consultations des enfants de 2 à 6 ans pour les généralistes doivent être mises en oeuvre vers le 15 avril. Le syndicat souligne, en revanche, qu'aucune revalorisation de l'acte de base du médecin généraliste, gelé à 20 euros pour la quatrième année consécutive, n'est pas à l'ordre du jour. « Il n'est pas prévu de valorisation immédiate de l'acte de base et encore moins de reconnaissance du principe d'égalité entre la consultation des spécialistes et celle des généralistes », regrette le syndicat.

#### **LE RAPPORT DE LA MISSION FAMILLE DE L'ASSEMBLEE**

##### **Des droits pour les pacsés et les beaux-parents**

##### **Le Quotidien du Médecin du 30/01/2006**

*Le rapport de la mission Famille de l'Assemblée recommande la création de nouveaux droits pour les pacsés et pour les beaux-parents dans l'éducation des enfants. Mais il fait l'impasse sur le mariage homosexuel et l'homoparentalité, révélant une ligne de fracture dans la classe politique et un décalage avec d'autres pays européens.*

LES DEPUTÉS de la majorité qui composent la Mission d'information sur la famille et les droits des enfants de l'Assemblée (18 UMP, 2 UDF, 8 PS, 2 PC), mise en place il y a un an par son président, Jean-Louis Debré, disent « non » à l'union entre homosexuels, car le mariage constitue «un cadre exigeant de droits et de devoirs conçu pour l'accueil et le développement harmonieux de l'enfant». L'UMP se déclare attachée «au principe fondamental de la filiation, un père, une mère, un enfant». «Quand l'enfant est en jeu, il faut être prudent», souligne la rapporteur Valérie Pécresse. En conséquence, il semble hors de question d'étendre l'adoption au couple homosexuel.

De même, la majorité souhaite «conforter» le «modèle bioéthique français» en maintenant l'interdiction du recours aux mères porteuses et de l'insémination des femmes vivant seules ou avec une compagne. Au sein de l'Union européenne, la Belgique, les Pays-Bas, l'Espagne et le Royaume-Uni tolèrent les mariages entre personnes du même sexe, et certains de ces pays autorisent l'adoption et l'insémination artificielle. En France, quelque 200 000 enfants seraient élevés actuellement dans des familles homosexuelles, selon les associations. «La société française ne se trouve pas en retard, c'est la majorité (UMP-UDF) qui a de sérieux blocages», commente Alain Piriou, porte-parole de l'Interassociative lesbienne, gaie, bi- et trans. *Tout le droit de la famille est mis sous cloche.»*

#### **Délégation de responsabilité parentale**

En revanche, majorité et opposition, d'une même voix, veulent faire des pactes civils de solidarité (Pacs, 40 100 en 2004, soit + 23 % en un an) «*un contrat de couple cohérent*». Le rapport propose «*d'ouvrir un droit à pension de réversion aux partenaires pacsés depuis cinq ans*» en cas de décès du conjoint. Dans les familles recomposées après une séparation, la mission plaide en faveur de la reconnaissance du rôle de la belle-mère ou du beau-père, qui pourrait s'appliquer d'ailleurs à des homosexuels, dans l'éducation des enfants de leur conjoint, *via* une «*délégation de responsabilité parentale*». Le statut du «*délégué*», qui pourrait être aussi un grand-parent ou un frère, notamment, serait légalisé, alors qu'aujourd'hui il doit demander une autorisation pour prendre l'enfant à la sortie de l'école.

En ce qui concerne la résidence alternée, la mission demande au ministère de la Justice de diffuser un «*guide des bonnes pratiques*» et au juge de trancher au cas par cas, ce qu'il fait déjà. Pour sa part, la défenseure des enfants, Claire Brisset, avait préconisé «*d'exclure*» de la résidence alternée les moins de 5 ou 6 ans, s'inquiétant de l'impact psychologique de ce mode de garde.

A quoi s'ajoute une série d'autres recommandations. Au chapitre de la naissance, l'accouchement sous X devient accouchement «*dans la discrétion*», afin que le nouveau-né puisse connaître son origine à 18 ans. Et un double guichet pour les gamètes destinées à l'aide médicale à la procréation assurerait pour l'un l'anonymat du donneur, pour l'autre, l'accès à son identité.

En matière de droits des enfants, tous les projets de loi seraient à soumettre au défenseur des enfants. A 7-8 ans, les enfants auraient le droit de saisir le juge pour une modification des conditions de résidence. S'ils le souhaitent, leur présence dans toute procédure qui les concerne serait autorisée, mais ils auraient la possibilité de refuser une audition sollicitée par l'autorité judiciaire.

Après une fécondation *in vitro*, en cas de décès du père, l'épouse serait autorisée à bénéficier d'une implantation de l'embryon entre le sixième et le douzième mois suivant la mort. En ce qui concerne le Pacs, le rapport parlementaire suggère la création d'un devoir de soutien entre partenaires, un droit de jouissance gratuite du logement pendant un an au partenaire survivant, une absence professionnelle d'un jour pour la conclusion du pacte et la prise en compte comme employée à domicile de la personne travaillant avec son partenaire.

La parentalité après une séparation fait aussi l'objet d'une attention particulière : diffusion d'un guide de la Justice sur les bonnes pratiques de la résidence alternée, adaptation du régime des prestations familiales à la résidence alternée, médiation obligatoire lors de mésentente des parents, action de la justice renforcée (circulaire) à l'encontre des parents qui ne respectent pas leurs pensions alimentaires, et retrait total ou partiel de l'autorité parentale quand un parent n'exerce pas son droit de visite et d'hébergement. Enfin, la personne qui élève l'enfant en cas de décès du parent doit en avoir la garde si elle en fait la demande au juge. Seul l'intérêt du jeune peut s'opposer à son droit d'entretenir des relations avec ses ascendants. Autant de mesures susceptibles de faire l'objet de propositions de loi.

### **Des pistes pour la prévention de la maltraitance**

La Mission d'information de l'Assemblée nationale sur la famille et les droits des enfants appelle à l'action préventive plutôt qu'au diagnostic en matière de maltraitance infantile. Le conseil général, doté d'une cellule de signalements centralisant toutes les informations («*le Quotidien*» du 26 janvier), est désigné comme le responsable de la détection des mineurs en danger. Seules les situations extrêmes relèvent directement de la justice. Les travailleurs sociaux doivent bénéficier d'une formation qui les prépare à découvrir les signes avant-coureurs du mal et non plus seulement les dégâts de sévices, de violences et de privations.

Le repérage de la maltraitance passe par des programmes *ad hoc* au sein des instituts universitaires de formation des maîtres. Toujours en amont, la politique de protection de l'enfance en danger nécessite une attention particulière des intervenants médico-sociaux lors de l'entretien du 4<sup>e</sup> mois de grossesse, puis pendant le séjour à la maternité. Les maisons de naissance et les services de maternologie, trop rares à ce jour, devraient être développés. Par ailleurs, il est indispensable de faire figurer la notion de «*secret social partagé*» dans l'arsenal législatif en vue d'améliorer la tâche des professionnels. Les visites médicales pour les moins de 3 ans constituent également des outils de choix. D'une part, il convient de réaffirmer le bien-fondé des trois examens fixés à 1 semaine, à 9 mois et à 2 ans et, d'autre part, il importe d'imposer un rendez-vous à 3 ans.

En direction des familles, il faut donner à l'Aide sociale à l'enfance les moyens de suivre les parents, tandis que l'accueil de jour des enfants à risque est à multiplier. Enfin, la Mission demande un remboursement par la Sécurité sociale des consultations enfant-parents chez le psychologue.

## PLAN MONDIAL CONTRE LA TUBERCULOSE

### **Dix ans pour sauver 14 millions de vies**

***Le Quotidien du Médecin du 30/01/2006***

*Le partenariat Halte à la tuberculose a lancé vendredi à Paris un nouveau plan mondial 2006-2015, en présence du Dr Léopold Blanc, représentant de l'OMS, du Dr Nils Billo, de l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (Uictmr), et du Pr Michel Kazatchkine, ambassadeur en mission chargé de la lutte contre le VIH/sida et les maladies transmissibles. Parmi ses objectifs figurent notamment le développement de nouveaux outils – médicaments, diagnostics et vaccins – et le traitement de 50 millions de personnes. Mais il faudra 56 milliards de dollars pour espérer sauver 14 millions de vies.*

«LA SOMME des souffrances et des pertes économiques causées par la tuberculose est un affront à nos consciences», affirme d'entrée de jeu le rapport publié par le partenariat Halte à la tuberculose. Malgré les efforts déployés et les progrès accomplis, 9 millions de nouveaux cas sont enregistrés chaque année, soit 20 000 personnes touchées par jour. Et la maladie continue à être l'une des plus meurtrières de la planète : 2 millions de décès chaque année, 5 000 morts par jour. La carte épidémiologique de la maladie se confond avec celle de la pauvreté : 22 pays comptabilisent 80 % des nouvelles infections et 5, à eux seuls, la moitié des nouvelles infections (Bangladesh, Chine, Inde, Indonésie et Nigeria). Deux régions sont confrontées à des problèmes particuliers : l'Afrique, d'une part, où l'épidémie est fortement associée à celle du VIH, l'Europe de l'Est, d'autre part, qui doit faire face aux formes à bacilles multirésistants.

Cependant, tous les pays du monde, même les plus industrialisés, sont concernés par la résurgence de la tuberculose. Certains quartiers de Londres, par exemple, ont des taux comparables à ceux de l'Inde.

Le plan présenté vendredi à Paris devrait «marquer un tournant dans la lutte», selon les vœux de ses concepteurs réunis au sein du partenariat Halte à la tuberculose. Depuis 2001, il tente d'endiguer la propagation de la maladie en s'appuyant sur l'action sociale et politique, et compte aujourd'hui pas moins de 400 organisations, dont l'OMS, la Banque mondiale ou encore l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (Uictmr).

Nouvelles stratégies. Le nouveau plan 2006-2015 s'appuie sur le premier, lancé en 2001 comme la première tentative d'action intégrée pour améliorer le dépistage, étendre la stratégie Dots dans les 22 pays les plus touchés et prévenir la tuberculose à bacilles multirésistants. Cinq ans plus tard, certains des objectifs sont en voie d'être atteints : plusieurs des pays les plus touchés, tels que l'Inde et la Chine, se rapprochent de l'objectif de dépistage de 70 % des cas, la plupart des pays ont adopté la stratégie Dots et 4,5 millions de patients ont été traités. Pourtant, à ce rythme, les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), à savoir, réduire de moitié, d'ici à 2015, la prévalence et la mortalités de la tuberculose par rapport aux chiffres de 1990, risquent de ne pas être atteints. D'où l'intérêt des nouvelles orientations stratégiques définies pour la prochaine décennie.

Celles-ci comportent l'extension des stratégies Dots et Dots-Plus (prise en charge de la tuberculose à bacilles multirésistants) et le développement de nouveaux outils : nouvelles méthodes de diagnostic, nouveaux traitements antituberculeux et nouveaux vaccins.

Traiter 50 millions de personnes. Les nouveaux objectifs peuvent se résumer en sept points : sauver 14 millions de vies ; traiter environ 50 millions de personnes, dont 800 000 atteintes de tuberculose à bacilles multirésistants ; offrir à tous les patients un accès équitable au diagnostic et au traitement ; fournir un traitement à 50 millions de patients atteints de tuberculose, au nombre desquels les 800 000 qui sont infectés par des bacilles multirésistants et les 3 millions qui ont une coinfection par le VIH ; introduire en 2010 le premier antituberculeux depuis quarante ans et, en 2015, un schéma thérapeutique de brève durée (un ou deux mois, au lieu des six-huit mois actuels) ; d'ici à 2010, dépister et poser le diagnostic de la tuberculose évolutive rapidement, de manière plus efficace et à

moindres frais, grâce à des tests diagnostiques utilisables dans les centres de santé périphériques (d'ici à 2012, l'usage d'une trousse diagnostique devrait permettre de dépister avec exactitude des personnes présentant une tuberculose latente) ; mettre au point un nouveau vaccin, sûr, efficace et abordable.

Tous ces points peuvent être réalisés «à condition de disposer des ressources nécessaires», affirment les auteurs du plan. Selon leur évaluation, il faudra 56 milliards de dollars pour les investissements : 9 milliards pour la recherche-développement, 47 milliards pour l'extension des interventions actuelles (Dots, Dots-Plus, lutte contre les coinfections, activités de sensibilisation, de communication et de mobilisation sociale, coopération technique). «Des estimations montrent qu'il manquera 31 milliards», précisent-ils. Compte tenu des tendances de financement actuelles, seulement 25 milliards devraient être disponibles. Or tous les pays ont adopté, lors de la 58e Assemblée mondiale de la Santé en 2005, une résolution intitulée « Financement durable de la prévention et de la lutte antituberculeuse », dans laquelle ils se sont engagés à assurer la disponibilité des ressources.

Un monde sans tuberculose. Agir ensemble et partout, traiter tous ceux qui en ont besoin, parvenir à un accès aux soins universel, réussir le financement intégral, collaborer efficacement, s'engager plus et plus longtemps («la lutte est un marathon, pas un sprint»), sensibiliser les gouvernements et les donateurs, investir du temps et des ressources, favoriser l'innovation, redonner l'espoir aux générations futures, sont, selon les auteurs du plan, dix mesures fondamentales à la réussite du plan aux niveaux régional et national. Mais il s'agit de «voir à long terme: le plan n'est qu'une étape pour que, d'ici à 2050, la tuberculose ne constitue plus un problème de santé publique et pour que l'idéal du partenariat –un monde sans tuberculose– devienne réalité».

### **Analyse sociologique**

#### **Le suicide n'est plus ce qu'il était**

#### **Le Quotidien du Médecin du 30/01/2006**

« Ce n'est pas la société qui éclaire le suicide, c'est le suicide qui éclaire la société », écrivent et expliquent, avec leur enthousiasme habituel les sociologues Roger Establet et Christian Baudelot dans « Suicide - L'envers de notre monde ».

ONZE MILLE DÉCÈS par suicide en France chaque année, un million dans le monde (100 personnes par heure). Un taux de 20 pour 100 000 qui augmente dans notre pays depuis les années 1970 et qui tue plus que la route. Depuis les analyses de Durkheim, à la fin du XIXe siècle, que Christian Baudelot et Roger Establet ont largement contribué à faire connaître, qu'est-ce qui a changé ? Que peut nous dire la sociologie sur ce phénomène d'exception, qui n'en est pas pour autant marginal ? En se penchant sur plus d'un siècle de données sur la question, les deux universitaires tentent de percer l'énigme sociale de cet acte, par définition et par essence d'abord individuel.

Le tableau social du suicide des XIXe et XXe siècles ne coïncide que très partiellement, nous disent-ils. Durkheim parlait de « la misère qui protège », mais en 1897, année de la sortie du livre du sociologue français, l'individualisme progressait avec l'enrichissement. Au XXe siècle et au XXIe, le lien entre développement économique et taux de suicides a changé dans les pays occidentaux : là, les jeunes se suicident davantage que les plus âgés (transformation majeure), les hommes plus que les femmes, et, fait nouveau, les pauvres plus que les riches. La misère d'aujourd'hui, stigmatisante, signe de déclassement, disqualifiante, synonyme de perte d'identité et de réseau social, marginalise et isole. « La pauvreté n'est plus aujourd'hui ce qu'elle était (...) La croissance économique favorise globalement la baisse du suicide, mais la réorganisation permanente de l'économie joue en sens inverse », expliquent Baudelot et Establet.

Certains facteurs sociaux et culturels développent le suicide. Le divorce, par exemple, mais l'exemple qu'il donne aussi une influence sur les non-divorcés, une influence différente selon le genre, puisque, dans les sociétés où le divorce est plus répandu, la protection des hommes mariés diminue et celle des femmes mariées augmente. D'autres facteurs sont protecteurs (sociabilité, confiance dans les institutions, croyance religieuse). « Le suicide est un révélateur : il met en évidence le profond clivage en matière de santé, d'espérance de vie, de bien-être, qui sépare aujourd'hui le haut du bas de l'échelle sociale », analysent les sociologues. Etats dépressifs et alcoolisme jouent, bien sûr, à l'échelon individuel, un rôle décisif dans le suicide. Mais tout se passe comme si, dans nos sociétés modernes, les plus riches semblaient avoir trouvé le moyen de lutter contre ces deux pathologies, contre l'isolement

social, contre les nécessités permanentes d'adaptation à l'économie, aux exigences de ce qu'il est convenu d'appeler la flexibilité.

Autre fait majeur : les hommes se suicident plus que les femmes et, curieusement, les transformations récentes de la condition féminine dans les pays les plus riches n'affectent presque pas les écarts entre les taux de suicide selon le sexe, qui auraient même tendance à se creuser chez les plus jeunes. Il semblerait que les femmes et les hommes modernes ne construisent pas leurs identités personnelles sur les mêmes bases, expliquent les auteurs, ce qui devrait nous inciter à étudier davantage la construction du genre dans nos sociétés.

### **Géographie du désespoir**

La situation mondiale n'est évidemment pas homogène : en Chine, où le taux de suicides est très élevé (4 % des décès), les femmes se suicident plus que les hommes, et elles se suppriment, en quelque sorte, pour se venger du conjoint et de la belle-famille. En Inde, la question du suicide est devenue un problème de santé publique, et la courbe suit les tendances du XIXe siècle qu'avait notées Durkheim en Occident. Dans l'ex-bloc soviétique (entre 40 et 50 suicides pour 100 000), l'augmentation du suicide est parallèle à celle de l'alcoolisme et des homicides. Mais corrélation ne signifie pas causalité, et dire que c'est l'augmentation de la consommation d'alcool qui rend compte de celle du suicide est aller un peu vite en besogne, expliquent les deux sociologues, qui nous proposent une passionnante analyse de la dimension historique de ce phénomène. Placée au dernier rang du classement mondial en termes de taux de suicides il y a cent ans, la Russie est aujourd'hui en tête dans la « *géographie du désespoir* ».

### **Sociologie et médecine, collectif et individuel**

Le sociologue identifie des corrélations, décrit des facteurs de risque et des facteurs de protection. Il peut dire que le suicide augmente dans toutes les crises économiques et baisse dans toutes les guerres, que l'on se tue plus le lundi que le dimanche, moins le mercredi que le jeudi, moins en juillet et en août que les autres mois (contrairement à ce qui se passait jusqu'à l'établissement des congés payés), à la campagne qu'à la ville ; que la Chine est le seul pays où les femmes se suicident plus que les hommes et le Japon le seul où, jusqu'en 1995, le suicide avait tendance à baisser dans toutes les tranches d'âge et dans les deux sexes.

Pour autant, la sociologie ne prétend ni tout expliquer ni se substituer à la médecine ou à la psychiatrie. Le psychiatre raisonne sur un petit nombre de cas et s'intéresse à des facteurs personnels. Mais la difficulté à raccorder le microscope du psychiatre et le télescope du sociologue n'est qu'apparente, démontrent les auteurs, dans ce travail commun qui propose une fois de plus au non-spécialiste une sociologie savante qui n'en reste pas moins au plus près des choses de la vie.

*Christian Baudelot, Roger Establet, « Suicide - L'envers de notre monde », Seuil, 260 pages, 21 euros.*

*Baudelot et Establet ont notamment cosigné « Le niveau monte » (1989) et « Avoir 20 ans en 1968 et en 1998 » (2000)*

### **UN AVIS DU COMITE D'ETHIQUE SUR LA FILIATION**

#### **Il faut éviter de réduire le social au biologique Le Quotidien du Médecin du 30/01/2006**

*Dans son avis sur « l'accès aux origines, anonymat et secret de la filiation », le Comité consultatif national d'éthique (Ccn) souligne le risque « de réduire la venue d'un être humain à son mode de conception ». Pour les Sages, « la relation affective des parents qui élèvent effectivement les enfants est une référence éthique qui demeure forte » et doit déterminer « les responsabilités à prendre ».*

*«NOTRE AVIS ne va plaire à personne, prévient l'un des rapporteurs, le gynécologue-obstétricien Claude Sureau. Il ne va plaire ni aux fougueux libéralisateurs ni à ceux qui sont réservés vis-à-vis des nouvelles techniques de la procréation.» L'avis n° 90 du comité d'éthique sur « l'accès aux origines, anonymat et secret de la filiation » n'est pas consensuel, même s'il a été adopté à l'unanimité (moins une abstention). Il vise à analyser différentes situations à partir des acquis de la médecine de la procréation et des nouvelles revendications sociales et individuelles contemporaines. «Il importe de se*

*souvenir que la dissociation volontaire des dimensions biologiques et sociales de la filiation ne doit pas masquer le fait que l'enfant, lui, hérite de fait de ces deux dimensions et de toute l'histoire qui a abouti à sa conception dans une unique filiation»,* rappellent les Sages en guise de préambule éthique. *«La gestation de cet avis, qui est une autosaisine, a été difficile,* commente le président Didier Sicard. *C'est le fruit d'un travail de réflexion qui a duré quatre ans»,* et n'a pas de rapport avec les travaux de la mission parlementaire sur la famille, souligne-t-il. Les membres du Ccne ont réfléchi méthodiquement, en différenciant les situations.

Dans le domaine de l'accouchement sous X, ou « accouchement dans la discrétion », les Sages estiment qu'il est souhaitable de limiter le recours à cette pratique *«par un meilleur accompagnement psychologique des futures mères»*. La création du Conseil national pour l'accès aux origines personnelles (Cnaop), par la loi du 22 janvier 2002, est destinée à favoriser sur demande d'un enfant devenu majeur le rapprochement des parties concernées. Elle constitue, selon les Sages, *«un grand progrès»*, qui justifierait un élargissement de ses compétences.

Les gamètes ne sont pas des parents. Dans le domaine de la fécondation *in vitro* avec tiers donneur et accueil d'embryon, les membres du Ccne incitent les praticiens à donner aux parents *«une information le plus complète possible sur les risques psychiques liés à la construction et au maintien du secret»* du mode de conception. Une révélation précoce est d'autant plus souhaitable que, *«face à la mise en place du dépistage génétique (...) et à la dérive mercantile que suscitent ces nouvelles techniques, il est nécessaire que les couples (désirant) recourir à une PMA (procréation médicalement assistée) soient informés que le secret est illusoire, voire dangereux, pour l'harmonie familiale»*.

Mais lever le secret n'est pas pour autant dévoiler l'identité des donneurs, ou des receveurs. *«Les gamètes ne sont pas des "parents"»,* font remarquer les Sages. Selon eux, la pratique dite du « double gate », c'est-à-dire celle qui offre aux donneurs ou donneuses de gamètes la possibilité d'un choix entre don anonyme et non anonyme, et parallèlement aux couples bénéficiaires, le même choix entre gamètes obtenus ou non dans le cadre de l'anonymat, pourrait éventuellement ouvrir une voie vers un libre choix. Dans tous les cas, le Ccne suggère de permettre que l'enfant *«ait accès à des informations non identifiantes en maintenant le principe de l'anonymat des donneurs»*.

Confusion des maternités. Dans le cas du double don de gamètes, les Sages estiment qu'une nouvelle réflexion législative *«ne devrait pas susciter l'opposition actuelle»*. Ce double don devrait être considéré comme *«traduisant un double altruisme, celui de chacun des deux donneurs»*. *«Il y a, en outre, une certaine cohérence dans la mesure où la loi permet l'accueil d'embryon et où ce double don de gamètes reste impossible»*, soulignent les membres du groupe de travail.

Concernant les grossesses par procuration, le Ccne reste très réservé sur sa pratique *«en raison du risque de marchandisation du corps et de confusion des maternités pour l'enfant»*. Les Sages ont également évoqué la question de la multiparentalité et de l'homoparentalité. Si la sexualité de la personne adoptante n'a pas nécessairement à être prise en compte, selon eux, l'assistance médicale à la procréation (AMP) n'est pas destinée à *«favoriser la parentalité homosexuelle en raison du contournement de sa nécessité médicale de traitement de la stérilité et de la rupture éventuelle de l'anonymat des donneurs»*, estiment-ils.

Dans les situations étudiées par le Ccne, *«l'important semble demeurer de ne pas laisser l'enfant, ou l'adulte qu'il est devenu, seul dans sa quête d'origine, mais de l'inscrire dans une relation humaine riche, consciente et engagée, où il puisse affronter en vérité son histoire conceptionnelle pour mieux l'assumer»*. Les missions du Cnaop ne manqueront pas dans le futur.

CORÉE DU SUD

### **Agent orange : deux firmes américaines condamnées** **Le Monde 28 janvier 2006**

SÉOUL. La Haute Cour de justice de Séoul a condamné, jeudi 26 janvier, les sociétés américaines Dow Chemical et Monsanto, qui fabriquaient le défoliant " agent orange " pendant la guerre du Vietnam (1964-1975), à verser des dommages-intérêts à 6 800 familles de militaires sud-coréens ayant combattu aux côtés des Américains. Au total, ces dédommagements représentent 65 millions de dollars (53,2 millions d'euros). - (AFP, Reuters.)

BAS SALAIRES DEUX RAPPORTS DU CEE

**Les exonérations de charges et leur effet contrasté sur l'emploi**  
**Le Monde 28 janvier 2006**

LES EXONÉRATIONS de charges patronales sur les bas salaires ont-elles eu un effet bénéfique sur l'emploi ? Deux rapports publiés par le Centre d'études de l'emploi (CEE) apportent une réponse contrastée. L'objectif le plus couramment affiché depuis la mise en place de cette politique d'exonérations est de " réduire le coût des travailleurs peu qualifiés afin de limiter leur exposition au chômage ", comme l'indique le centre dans sa publication Connaissance de l'emploi. Sur ce point, on constate " des effets positifs ".

Les estimations sur le nombre d'emplois créés varient de 1 à 4,5 selon les études. Toutefois, " le nombre d'emplois peu qualifiés créés selon les quatorze études - analysées dans le document - est un peu supérieur à 250 000 pour une enveloppe budgétaire de 5 milliards d'euros ", indique le CEE, soit un tiers environ des sommes consacrées aux allègements de charges sur les bas salaires. Les emplois peu qualifiés ont profité de ces allègements en voyant leur part dans l'emploi total stabilisée alors qu'elle avait tendance à régresser. En revanche, le CEE note que " l'impact sur l'emploi qualifié est encore plus incertain ". Pour les employeurs, le moindre coût du travail peu qualifié a entraîné des effets de " substitution ", au détriment des emplois plus qualifiés.

Les dispositifs mis en place depuis 1993 ont été très différents, des premières exonérations décidées par le gouvernement d'Edouard Balladur, jusqu'aux allègements Fillon (2003-2005), en passant par les mesures de Martine Aubry (1998-2002) accompagnant la réduction du temps de travail. " Les objectifs ont plutôt été d'atténuer l'impact des hausses de smic sur le coût du travail, de limiter les dépenses budgétaires et de simplifier les dispositifs précédents ", explique le rapport.

Une seconde étude se penche sur la fin possible des exonérations sur les bas salaires et de leur éventuelle intégration dans un barème dégressif des cotisations sociales. Ces mesures auraient " sans doute des effets positifs sur l'emploi, indique le CEE, mais risquent de freiner les hausses de salaires ". Selon le rapport, l'arbitrage se fera alors entre " la quantité des emplois et leur qualité ".

FAMILLE

**Secret des origines : le Comité d'éthique se prononce pour un assouplissement**  
**Le Monde 28 janvier 2006**

APRÈS quatre ans d'études, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) s'est prononcé, dans un avis rendu public jeudi 26 janvier, pour un assouplissement prudent de l'anonymat et du secret de la filiation. Cet avis concerne les enfants nés grâce à un don anonyme de sperme ou d'ovocytes, ceux qui ont passé leurs premiers mois dans le ventre d'une mère porteuse ou qui ont été adoptés après un accouchement sous X... : parce que leurs parents biologiques ne sont pas leurs parents sociaux, tous portent, au coeur même de leur histoire familiale, une possible interrogation sur leurs origines.

" S'affrontent alors le droit accordé actuellement aux parents à garder le secret sur leur mode de procréation et le désir, et donc la demande, d'accès à ses origines exprimée par un nombre croissant de personnes et que certains assimilent à un droit ", observe le Comité consultatif national d'éthique dans son avis.

Pour clarifier ces questions, qui toucheraient plus de 50 000 enfants par an, le Comité d'éthique, présidé par Didier Sicard, a travaillé quatre ans durant. " Au coeur de ce questionnement se situe la dissociation qui peut exister entre les deux dimensions de la filiation : dimension biologique liée à l'homme et à la femme dont un enfant est issu, et dimension sociale liée à l'identité sous laquelle il grandit ", note-t-il.

Dans cet avis de 30 pages, le comité a cherché pas à pas, pour chacune des situations, un équilibre entre le bien-être psychique de l'enfant et le respect souvent nécessaire de l'anonymat des donneurs. Dans le domaine de la fécondation in vitro, le comité souhaite ainsi que les parents expliquent le plus tôt possible à leurs enfants qu'ils sont nés grâce à un don anonyme de sperme ou d'ovocytes. Dans des

cas de souffrance extrême - après la mort des parents, par exemple -, le Comité imagine même un système qui permettrait à l'enfant de connaître l'identité des donneurs.

Pour les couples homosexuels, le Comité d'éthique distingue les adoptions des procréations médicalement assistées. En cas d'adoption - la demande est alors présentée par l'un des membres du couple, qui se présente comme célibataire -, le Comité écarte toute discrimination. " Si l'adoption est autorisée pour une personne seule, au nom de quoi sa sexualité pourrait-elle constituer une interdiction ? ", demande Didier Sicard.

En cas d'assistance médicale à la procréation - certaines lesbiennes partent ainsi en Belgique afin de bénéficier d'une insémination artificielle -, le Comité se montre nettement plus réticent. " La médecine est là pour aider à surmonter des problèmes de stérilité, pas pour contourner un obstacle culturel ", résume M. Sicard. " Il faut tout faire, ajoute cependant l'avis, pour que le regard porté sur les enfants vivant dans une telle situation soit dénué d'un regard critique ou discriminant de la société. " Le CCNE souhaite que ne puisse " jamais être levé l'anonymat d'une mère sans qu'elle y ait consenti de son vivant ".

#### ASSURANCE-MALADIE

#### **Augmentation de 4,3 % des dépenses en 2005**

**Le Monde 28 janvier 2006**

Les dépenses maladie du régime général (salariés) de la Sécurité sociale ont crû de 4,3 % en 2005. La CNAM constate un " ralentissement " par rapport à 2004. L'augmentation avait été alors de 4,7 %. La croissance des remboursements des soins de ville a augmenté de 2,8 % et, à l'intérieur de ce poste, les " indemnités journalières " continuent de baisser (- 1,8 %). Les dépenses des hôpitaux publics progressent de 4,9 % et celles des établissements privés de 5,5 %. - (AFP.)

#### ***Un entretien avec Frédéric van Rookeghem (Uncam)***

**Revalorisations : « Nous ne pouvons pas être financièrement irresponsables »**

**Le Quotidien du Médecin du 24/01/2006**

*A la veille d'une réunion de négociation qui s'annonce particulièrement tendue, le directeur général de l'assurance-maladie, Frédéric Van Rookeghem, exclut, dans un entretien au « Quotidien », l'augmentation du C à court terme. « Nous ne pouvons pas nous engager aujourd'hui dans des politiques de revalorisation qui ne seraient pas financées. » Il n'ouvrira pas non plus demain les discussions sur la création du secteur optionnel. En revanche, il se dit prêt à parapher « sans délai » un avenant sur les majorations prévues dans la convention, à condition de conclure un « accord global » sur la maîtrise médicalisée pour 2006. Le directeur de l'Uncam envisage également de proposer une rémunération forfaitaire en lien avec la prévention. Il appelle ses partenaires à « garder le sens de la responsabilité » pour éviter la « crise ».*

**LE QUOTIDIEN - La négociation conventionnelle avec les médecins reprend demain. Allez-vous enfin commencer à discuter des revalorisations tarifaires ou est-ce encore prématuré ?**

**FRÉDÉRIC VAN ROEKEGHEM** - Soyons précis. Sur la maîtrise médicalisée, les objectifs n'ont pas été entièrement atteints au 31 décembre, mais la tendance est bonne. Si nous continuons sur cette voie, nous pourrions considérer, à la fin du premier trimestre, qu'un effort important des médecins a été réalisé, qui doit être pris en compte. L'assurance-maladie tiendra ses engagements. Mais nous souhaitons, conformément aux termes de la convention, appliquer les revalorisations prévues dans le cadre d'un accord global pour 2006. C'est donc par la conclusion d'un accord global que nous pourrions définir à la fois le plan de maîtrise médicalisée 2006 et le calendrier exact des revalorisations. Mais nous ne pouvons pas brûler les étapes.

***Cela signifie qu'à ce jour vous n'estimez toujours pas que les médecins libéraux ont rempli leur part de contrat en 2005, comme le répète la Csmf..***

Les chiffres sont têtus ! L'Uncam prend acte de l'engagement des médecins libéraux dans la maîtrise médicalisée. Nous étions fin 2005 à 722 millions d'euros de résultat sur la maîtrise (sur 998 millions

programmés). Il est vraisemblable qu'à la fin du mois de mars, en année pleine, nous aurons acquis un peu plus de 800 millions d'euros d'économies et qu'il faudra donc tenir compte de la dynamique engagée.

***Dans ces conditions, à quelle date entrera en vigueur la deuxième tranche de revalorisations qui était prévue dans la convention : hausse de un euro des médecins correspondants et majoration de trois euros des consultations généralistes pour les 2-6 ans ?***

Pour que ces majorations s'appliquent, il faut que nous signions avec nos partenaires un avenant à la convention qui entérine ces évolutions. Je suis prêt à parapher sans délai cet avenant dès lors qu'il comporte le programme détaillé des thèmes et objectifs de maîtrise médicalisée pour 2006. Dès mercredi, si nos partenaires acceptent d'arrêter les engagements chiffrés et les thèmes de maîtrise 2006, nous sommes disposés de notre côté à tenir nos engagements dans les meilleurs délais sur cette deuxième tranche de revalorisations.

***La Csmf a annoncé qu'elle appellerait les médecins à appliquer unilatéralement ces tarifs majorés s'ils n'entraient pas en vigueur au plus tard le 12 février, date anniversaire de la convention...***

Le problème est de savoir si nous aurons des partenaires conventionnels pour signer rapidement cet accord ou si certains mettent en avant des demandes nouvelles de revalorisations, qui n'étaient pas initialement prévues.

***Pour 2006, quel sera le montant du nouveau plan d'économies sur la maîtrise médicalisée ?***

La montée en puissance des revalorisations de 2005 justifie d'abord que nous continuions sur les thèmes de 2005 : les arrêts de travail, poste pour lequel nous ne sommes pas au bout du chemin ; le respect des conditions de prise en charge à 100 % (bizone) ; les antibiotiques ; les psychotropes ; les statines et le développement du générique, qui doit faire l'objet d'un accord avec les médecins et les pharmaciens. En 2006, nous proposons d'élargir la maîtrise à deux nouveaux thèmes : dans les plus brefs délais, il s'agit de la prescription à bon escient du transport sanitaire, sur des bases médicalisées, avec un objectif 2006 d'un ordre de grandeur de 100 millions d'euros ; ensuite, il s'agit d'accompagner les pharmaciens d'officine pour atteindre 70 % de délivrance du générique dans le répertoire, au lieu de 63 % aujourd'hui. Au total, le plan de maîtrise 2006 sera compris entre 800 et 900 millions d'euros.

***Les médecins généralistes attendent un geste fort sur la hausse du C. Est-ce envisageable dès le premier trimestre 2006 ?***

Encore une fois, nous ne brûlerons pas les étapes. Il faut se rendre compte qu'avec les revalorisations prévues dans la convention, les médecins généralistes verront leurs honoraires progresser en moyenne de près de 10 % en deux ans, 2005 et 2006. Cet effort est très important car la valorisation de la fonction de médecin traitant (*via* les forfaits ALD) va monter en puissance dans l'année

***CE N'EST PAS PARCE QU'IL Y A DES ECHEANCES ELECTORALES POUR LES MEDECINS QU'ON PEUT NIER LES REALITES ECONOMIQUES DU PAYS***

2006 avec des versements conséquents attendus en février. Dans ce contexte, il faut rester raisonnable. Et ce n'est pas parce qu'il y a des échéances électorales, dont je peux comprendre qu'elles mobilisent les syndicats représentatifs signataires et non signataires, qu'on peut nier les réalités économiques actuelles du pays. Le Premier ministre a clairement exprimé sa volonté de maîtriser notre situation financière pour ne pas reporter de dette supplémentaire sur les générations futures. J'ajoute que l'intervention éventuelle du comité d'alerte sur les dépenses aurait des impacts non négligeables pour l'ensemble de ces actions.

***Est-ce à dire que vous fermez la porte à l'augmentation du C cette année ?***

Nous ne pouvons pas nous engager aujourd'hui dans des politiques de revalorisations qui ne seraient pas financées ou qui ne seraient pas compatibles avec les grands équilibres votés par le Parlement. Et nous ne pourrions le faire demain que si cette dynamique de résultats perdure.

***Le C à 20 euros date déjà de 2002...***

Je souhaite que nous parvenions à un équilibre raisonnable entre les rémunérations forfaitaires et les rémunérations à l'acte. Nous avons commencé ce rééquilibrage avec le forfait du médecin traitant. On ne peut pas regarder l'évolution du C comme si rien n'avait été fait depuis 2002 ! Pour 2005 et 2006,

les revalorisations accordées aux médecins généralistes équivaldront à une augmentation supérieure à 1 euro de C. Cela ne veut pas dire que l'acte de base doit rester indéfiniment à sa valeur actuelle. Nous en discuterons avec nos partenaires mais nous ne pouvons pas être financièrement irresponsables.

***A défaut d'une augmentation immédiate du C, allez-vous proposer d'autres types de revalorisations pour les médecins généralistes, en lien par exemple avec la prévention?***

Parmi les orientations approuvées par le conseil de l'Uncam, figure en premier lieu le développement de la prévention. La mise en place du médecin traitant est une opportunité unique en termes de santé publique. La négociation avec les syndicats signataires donnera donc une priorité à la prévention. Reste à définir les modalités. Nous évoquerons la possibilité de mettre en place une rémunération forfaitaire en relation avec la prévention mais nous tiendrons compte aussi des positions de nos partenaires. Il faudra examiner l'échelonnement dans le temps, les modalités de participation de l'assurance-maladie à cet effort.

***Plusieurs spécialités, dont les dermatologues, les ORL et les rhumatologues, ont été pénalisées par la mise en place du parcours de soins. Allez-vous proposer mercredi des mesures correctives ?***

Nous constatons effectivement que certaines spécialités ont vu leur activité diminuer en 2005, mais cette évolution semble s'être stabilisée au cours du dernier trimestre. La réalisation d'une étude affinée sur ces spécialités est en cours. Cela concerne principalement les dermatologues, les ORL et les rhumatologues. Je rappelle que les revalorisations prévues pour 2006 dans la convention comportent un élément sur les actes cliniques des médecins spécialistes (hausse de un euro de la majoration de coordination) qui pourra utilement intervenir pour atténuer les conséquences de mise en place du parcours de soins pour ces spécialités. Les syndicats proposeront vraisemblablement des mesures ciblées complémentaires. Nous sommes prêts à les examiner.

***Les médecins se plaignent de nombreuses difficultés informatiques qui rendent difficile l'application de la Ccam technique. Envisagez-vous un nouveau report ?***

L'année 2005 a été une année de réforme importante du point de vue des systèmes d'information dans les cabinets de ville. Nous avons dû gérer la mise en place du parcours de soins, la tarification à l'activité dans les cliniques et la Ccam technique. Les sociétés de logiciels ont été particulièrement sollicitées et l'éclatement de l'offre de services informatiques ne participe pas à un déploiement rapide et organisé de telles évolutions. Dans ce contexte, nous avons été obligés d'étaler dans le temps ces réformes. Un certain nombre de problèmes perdurent dans la mise en œuvre de la Ccam technique. Nous apporterons des solutions de manière à ce que, à la fin du premier trimestre 2006, nous fermions définitivement l'ancienne Ngap (nomenclature générale des actes professionnels) pour les cabinets de ville. Il n'y aura pas de nouveau report. Et je présiderai personnellement la réunion de l'Observatoire de la Ccam technique qui se tiendra le 2 février.

***Quand comptez-vous lancer les négociations tripartites avec les médecins et les organismes complémentaires sur le secteur optionnel ?***

Le conseil de l'Uncam a réservé sa position sur l'opportunité d'engager ces négociations et a souhaité disposer d'informations complémentaires. Nous aborderons ce point le 30 janvier au ministère de la Santé avec l'Union des organismes complémentaires (Unocam). Nous attendrons les résultats de cette réunion pour aborder le sujet avec nos partenaires conventionnels. La question implicitement posée est celle de l'impact sur les régimes complémentaires de la mise en place de ce nouveau secteur. Pour ma part, je suis favorable à l'ouverture de cette négociation avec les organismes complémentaires et j'attends avec intérêt la position qui sera prise par l'Unocam le 30 janvier.

***LES GENERALISTES VERRONT LEURS HONORAIRES PROGRESSER EN MOYENNE DE PRES DE 10% EN DEUX ANS 2005 et 2006***

***La convergence des dispositifs du médecin référent et du médecin traitant devait intervenir avant la fin 2005. Qu'en est-il ?***

Nous souhaitons proposer à l'ensemble des médecins généralistes une nouvelle option conventionnelle, en échange d'un engagement accru dans la prévention et la maîtrise médicalisée. Les médecins référents pourraient retrouver dans cette option une certaine continuité dans leur pratique et leurs engagements. Cela pourrait se traduire par une rémunération forfaitaire liée aux résultats enregistrés sur un certain nombre d'objectifs.

***Ne craignez-vous pas d'entrer dans une logique de durcissement, et même de crise, avec les syndicats signataires alors que se profilent les élections professionnelles ?***

L'assurance-maladie ne souhaite pas que les élections aux unions donnent lieu à une surenchère. C'est un risque. Ce ne serait pas une attitude responsable. Nous ferons tout pour éviter la crise. Mais celle-ci ne pourra être évitée que si nos partenaires gardent le sens de la responsabilité. Notre pays ne peut pas, dans les circonstances actuelles, accroître le rythme de revalorisation des honoraires des médecins libéraux dans un délai très court. C'est toute la difficulté. Mais j'ai confiance dans la capacité des médecins à comprendre que l'effort consenti par la collectivité devra s'étaler dans le temps.

***Les syndicats commencent déjà à reparler de la maîtrise comptable...***

Je ne m'adresse pas aux syndicats de médecins mais aux médecins. Je pense sincèrement qu'il n'y a aucun sens à agiter le spectre du retour à la maîtrise comptable. Au contraire. Un défaut de pilotage dans l'étalement des revalorisations se traduirait par un risque de retour à la maîtrise comptable car nous avons un comité d'alerte qui, s'il intervenait, conduirait à imposer à l'assurance-maladie de prendre des mesures de redressement immédiates.

**« Pas de dérives dans l'utilisation des dépassements »**

Le directeur général de l'Uncam relève qu'il n'y a pas eu de dérive dans l'utilisation des dépassements autorisés (DA) par les médecins spécialistes. « Quelques cas extrêmement minoritaires ont été signalés par les conciliateurs des caisses primaires mais, dans l'ensemble, les médecins jouent le jeu, tout comme les assurés qui respectent le parcours de soins », indique Frédéric van Roekeghem. Les médecins spécialistes ont également modérément coté C2 (40 euros) les consultations réalisées dans le cadre d'un avis d'expert sollicité par le médecin généraliste. « Depuis l'entrée en vigueur du parcours de soins, l'augmentation de cette cotation est de l'ordre de 15 %, ce qui est conforme à nos prévisions, explique le directeur de l'Uncam. Nous n'avons pas noté d'usage abusif du C2, mais nous surveillons avec attention son évolution ». Par ailleurs, 720 médecins spécialistes de secteur II ont choisi l'option de coordination .

**Le droit à la santé inégalement garanti  
Le Quotidien du Médecin du 24/01/2006**

*Lundi 23 janvier.* De fortes inégalités géographiques et sociales persistent en France dans l'accès aux soins et à la prévention relève la Commission nationale consultative des droits de l'Homme (CNCDH) dans un rapport remis lundi au Premier ministre. Selon cette instance indépendante consultative rattachée au Premier ministre depuis 1989, trois catégories sont particulièrement victimes de "défaillances criantes" : les personnes en situation de précarité ou les moins fortunées, les étrangers sans titre de séjour et les détenus. L'espérance de vie est ainsi de dix ans inférieure à la moyenne pour les personnes en situation de précarité. La mortalité prématurée des hommes de 45 à 59 ans est de 30% supérieure à la moyenne pour les travailleurs manuels. Les écarts de mortalité entre les départements les plus favorisés et, à l'inverse, les moins favorisés sont de six ans pour les hommes, trois ans et demi pour les femmes. Par ailleurs, plus de dix ans après la réforme de 1994 censée assurer aux personnes incarcérées des soins équivalents à ceux offerts à l'ensemble de la population, "l'objectif est loin d'être atteint" et les blocages persistent, selon la commission. Elle dénonce notamment "l'entassement en cellule dans certaines maisons d'arrêt" qui favorise la transmission de maladies contagieuses et le développement de troubles psychosomatiques, ou encore les difficultés des hospitalisations ou des consultations à l'extérieur pour des raisons de sécurité. Dans son avis, la commission demande au garde des sceaux la mise en place d'un certain nombre de mesures afin que les détenus malades soient pris en charge au même titre que les patients libres.

**Contre l'asphyxie des maternités privées  
La FHP demande 125 millions d'euros  
Le Quotidien du Médecin du 24/01/2006**

*Les professionnels de la naissance libéraux et la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) réclament 125 millions d'euros pour éviter de nouvelles fermetures parmi les maternités privées. Le ministère de la Santé les a reçus, mais n'a fait aucune promesse.*

LA FÉDÉRATION de l'hospitalisation privée (FHP) revient à la charge sur le dossier de l'obstétrique libérale : elle réclame des aides urgentes pour sauver le secteur, deux mois après avoir publié une étude montrant que les maternités privées perdent de l'ordre de 500 euros à chaque accouchement.

Cette fois-ci, la FHP ne milite plus seule. Les syndicats médicaux l'ont rejointe dans son combat (le Syngof pour les obstétriciens, le Snarf pour les anesthésistes, le Snpf pour les pédiatres). Ensemble, ils ont organisé une journée de manifestation, jeudi dernier, face au ministère de la Santé, avec remise symbolique des clés de 211 maternités privées. Leur revendication est avant tout financière. *«Il faut 125 millions d'euros pour sauver les maternités privées»*, résume la FHP. Une somme qui se ventilerait comme suit : 75 millions d'euros pour revaloriser le tarif du nouveau-né (qui passerait ainsi de 200 à 500 euros dès 2006), 25 millions d'euros pour la permanence des soins, et 25 millions d'euros pour appliquer le plan périnatalité dans les cliniques privées.

Un conseiller technique a reçu une délégation de manifestants, mais il n'a fait aucune promesse. Grosse déception pour certains, comme Olivier Toma, directeur de clinique : *«On n'a même pas eu l'ébauche d'une réponse, c'est un manque total de considération. Que vais-je dire demain à mes fournisseurs, mon banquier, mes salariés, que je n'arrive plus à payer?»* D'autres tempèrent : *«Le ministère a reconnu qu'il y a un vrai problème de la prise en charge de l'enfant, explique le Dr Guy-Marie Cousin, président du Syngof. On a été écouté. Mais comme on est en pleine période d'arbitrage sur les tarifs 2006, aucune décision n'a pu être prise.»*

Les praticiens envisagent la possibilité de fermer certaines maternités pendant quelques semaines l'été prochain, pour permettre au personnel de poser ses congés sans remettre en question la continuité des soins. De son côté, la FHP estime avoir été entendue. *«Le cabinet du ministre n'a pas remis en cause la justesse de nos chiffres, ni la légitimité de nos revendications, déclare Ken Danis, le président de la FHP. J'attends comme un premier signal les arbitrages de Xavier Bertrand sur les tarifs.»* La FHP ne veut pas rompre le processus de négociation ; elle espère contenir ses troupes pour quelque temps encore. *«Je comprends les angoisses des adhérents, dit son président, mais l'heure n'est pas encore venue de décider le lancement d'une action.»*

## **Tarifs 2006**

### **Les cliniques s'inquiètent**

***Le Quotidien du Médecin du 24/01/2006***

LA FÉDÉRATION de l'hospitalisation privée (FHP) a de nouveau réclaté une revalorisation tarifaire en 2006 pour les cliniques, au lendemain d'une annonce de la Fédération hospitalière de France (FHF), qui affirme que les dépenses des cliniques ont dérapé en 2005 et qui refuse de voir baisser les tarifs de l'hospitalisation publique pour compenser ce dérapage (voir « le Quotidien » de jeudi). «La rigueur (budgétaire, ndlr) peut être acceptée, mais elle doit être équitable, partagée par tous», a déclaré Ken Danis. Le président de la FHP s'est dit préoccupé par les recommandations émises par le Conseil national de l'hospitalisation, qui propose au ministre de revaloriser de +12 % en 2006 le fonds Migac (Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation). «Ce fonds va pour 99% à l'hospitalisation publique, cela va pénaliser gravement nos établissements», estime Ken Danis, qui demande au gouvernement une aide pour combler le différentiel de salaires entre les établissements de santé privés et publics. Les réunions s'enchaînent au ministère de la Santé, et l'on dit que les arbitrages sur la campagne tarifaire 2006 ne devraient pas tarder à être rendus.

## **Information des assurés sur les tarifs des médecins**

### **L'initiative des caisses soulève une nouvelle polémique**

***Le Quotidien du Médecin du 24/01/2006***

*L'assurance-maladie a commencé à mettre en place un dispositif qui permettra à un assuré de connaître par téléphone la fourchette des honoraires de n'importe quel médecin conventionné, ainsi que les tarifs de ses dernières consultations. Il ne devait être mis en service, à titre expérimental, qu'à la fin du mois. Mais d'après l'enquête du « Quotidien », la caisse primaire de l'Allier donne déjà tous ces renseignements par téléphone depuis le début du mois. Vif émoi chez les médecins ainsi qu'à l'Ordre.*

RÉVÉLÉ PAR Frédéric Van R?keghem, le projet de l'assurance maladie de mettre en place des plates-formes téléphoniques pour renseigner les assurés sur les tarifs pratiqués par les médecins libéraux commence à faire des vagues chez les médecins libéraux.

A la caisse nationale, on assure tout d'abord qu'il ne s'agit pour l'instant que d'une expérimentation qui sera effectuée à partir de la fin janvier sur une douzaine de départements : les huit départements de la région Midi-Pyrénées, les quatre départements de la région Auvergne, plus les Yvelines, le Val-de-Marne et la Seine-Saint-Denis. Une évaluation sera faite aux alentours de l'été avant de pérenniser ou non le dispositif. On précise également à l'assurance-maladie que ce dispositif est la conséquence directe de l'article 18 de la loi du 13 août (sur la réforme de l'assurance-maladie) qui stipule que les caisses *«assurent, par tous moyens adaptés, une mission générale d'information des assurés sociaux [...] Les assurés sociaux peuvent obtenir toutes informations utiles portant notamment sur les tarifs applicables, les taux de remboursement [...]»*.

A la plate-forme téléphonique des Yvelines (0.820.904.102), un téléopérateur répond aux questions du « Quotidien » : *«Le système a été mis en place dès le 23janvier dans les Yvelines. Si un assuré cherche un médecin dans son département ou dans sa ville, nous pouvons lui fournir une liste qui sortira de façon aléatoire. Si le patient souhaite en savoir plus, nous pourrions lui communiquer le secteur dans lequel exerce tel ou tel médecin, et même lui donner une fourchette de ses honoraires. Il pourra même obtenir les prix moyens des dernières consultations.»*

Téléopératrice. Dans l'Allier, la plate-forme téléphonique de l'assurance-maladie est le 0820.904.221. « Le Quotidien » a pu vérifier qu'une téléopératrice répond fort obligeamment aux questions des assurés, et leur fournit, à leur demande, des adresses de médecins ainsi que leurs numéros de téléphone. Si l'assuré le demande, et seulement s'il le demande, le renseignement peut effectivement s'affiner jusqu'à la fourchette des tarifs pratiqués par un médecin, ainsi que le prix des dernières consultations.

A la Csmf (Confédération des syndicats médicaux français), le président Chassang ne décolère pas : *«L'assurance-maladie dépasse son domaine de compétence. Elle ferait mieux de concentrer ses efforts sur l'information des remboursements aux assurés qui est devenue incompréhensible, et qu'elle est incapable de gérer.»*

De plus, toujours selon le Dr Michel Chassang, le code de déontologie, dans son article 19, interdit de telles pratiques : *«La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité et notamment tout aménagement ou signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale.»*

*«De plus, ajoute Michel Chassang, que se passe-t-il si l'assurance-maladie se trompe dans les renseignements qu'elle divulgue? Ils pourraient au moins commencer par demander aux médecins si les renseignements dont ils disposent sont exacts.»*

Même ton du côté du SML (Syndicat des médecins libéraux). Pour le Dr Dinorino Cabrera, *«les caisses dépassent leur fonction d'information, ça devient du flicage. Inciter à choisir un médecin sur le seul critère de ses honoraires est gênant, ce n'est pas dans l'esprit de ce que nous avons signé»*.

Côté généralistes, même s'ils ne sont pas les plus nombreux à exercer en secteur II, et donc à pouvoir appliquer des tarifs libres, le Dr Costes, président de MG-France, est moins catégorique : *«Que la Sécu fasse ça, pourquoi pas, à condition qu'elle indique également le niveau de remboursement, y compris chez les généralistes. Mais qu'elle n'oublie pas son premier métier, à savoir le remboursement: les généralistes en ont assez de devoir sans cesse se justifier face à des patients qui se plaignent de leur caisse.»*

Demande de rendez-vous de l'Ordre. Au Conseil national de l'Ordre, le secrétaire général, le Dr Jacques Lucas, estime que « *cette initiative ne va pas contribuer à ramener le calme dans le monde de la santé. Au patient qui appelle, on va donner les tarifs pratiqués par un médecin sans qu'il connaisse le contenu de la consultation effectuée. Si bien que, au nom de la transparence, on va éveiller des soupçons chez les patients. Le conseil de l'Ordre n'a jamais été consulté sur cette initiative des caisses. Que se passera-t-il si les informations données oralement se révèlent inexactes? Certes, le code de déontologie et son article 19 ne sont pas opposables aux caisses, mais cette initiative paraît particulièrement malheureuse dans sa forme* ». Le conseil de l'Ordre va prochainement demander rendez-vous à Frédéric Van Roekeghem sur ce sujet et rappelle que tout citoyen (et, partant, tout médecin) a le droit de vérifier l'utilisation qui est faite de son nom dans un fichier informatique.

**Prévention de la délinquance  
Le gouvernement ouvre un chantier  
Le Quotidien du Médecin du 24/01/2006**

Un chantier gouvernemental de prévention de la délinquance est ouvert, avec au programme des stages de sensibilisation, obligatoire et payants, pour les usagers de drogue

A la recherche de mesures à effet rapide (Afp)

DOMINIQUE DE VILLEPIN a installé le Comité interministériel de prévention de la délinquance, chargé de préparer des textes législatifs et de proposer, « *avant l'été, des mesures à effet rapide – textes réglementaires, instructions aux services, réforme d'organisation – permettant de donner des résultats immédiats dans les domaines de la vie courante des Français* ». « *Soutenir la cellule familiale, l'action éducative, l'accompagnement social ou médical sont les axes prioritaires qui feront l'objet de décisions approuvées lors du prochain Comité qui se tiendra avant trois mois* », annonce le Premier ministre. Une série de dispositions, de nature législative, pourraient être débattues « *à l'occasion de plusieurs textes de loi* », tandis que, pour d'autres, des adaptations réglementaires ou de simples circulaires suffiront. C'est le cas de prochaines instructions aux préfets visant à éloigner les hommes violents du domicile conjugal et à renforcer le contrôle de l'assiduité scolaire. La règle de la présentation du certificat de scolarité pour prétendre aux allocations familiales sera appliquée. Certaines mesures sont acquises, comme celle qui fait de la répétition des violences conjugales une circonstance aggravante, votée par les députés en décembre 2005. D'autres ont été seulement approuvées par le ministère de l'Intérieur, comme les internats « d'excellence », les bourses au mérite, les places réservées pour les élèves de ZEP en classes préparatoires, les soutiens scolaires, l'éducation civique sanctionnée au bac ou la comparution immédiate devant la justice d'un mineur ayant commis un délit.

Toxicomanie et maltraitance. Sont aussi envisagés des « **rappels à la loi formels** », par de futurs « conseils sur les droits et les devoirs de la famille », présidés par les maires, des « **stages de parentalité** » et des « **stages obligatoires de sensibilisation** » pour les consommateurs de drogues. Ces périodes d'éducation « **aux dangers des produits addictifs** », aux frais du contrevenant, par ailleurs redevable d'une contravention de 5e classe, seraient ordonnées par les parquets et animées par des associations, comme ce qui est fait dans le cadre de la sécurité routière pour les rachats de points de permis de conduire. Une proposition de loi UMP-UDF, déposée sur le bureau de l'Assemblée nationale en juin 2004 (« le Quotidien » du 22), en fait déjà état. Ecartant la prison pour les toxicomanes, elle prévoit de sanctionner l'usager, lors d'une première interpellation, par un stage d'orientation socio-sanitaire, une amende de 1 à 75 euros, ou une contravention de 5e classe pouvant atteindre 1 500 euros.

Des projets risquent de soulever des vagues, comme les hospitalisations d'office, ou, au nom de la lutte contre la maltraitance, la volonté de faciliter les échanges d'information entre la police, la justice, les travailleurs sociaux et les enseignants, sous l'égide du maire. « *Il est inacceptable que des enfants meurent parce que les administrations ne se parlent pas* », plaide un responsable gouvernemental.

**Soins pour toxicomanes**  
**Marmottan une nouvelle fois menacé**  
**Le Quotidien du Médecin du 24/01/2006**

LA DOCUMENTATION de Marmottan (Paris) n'est plus financée par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt). Pour le Dr Marc Valleur, chef de service de la plus ancienne (1971) et principale structure de soins pour toxicomanes en France, «cet événement participe d'une mise à mal de la synergie de la clinique, de la recherche et de la formation». Or, «avec plus de 155 publications à son actif, Marmottan reste une école de pensée et de clinique reconnue au niveau international, et emblématique d'une approche non dogmatique et humaniste des problèmes de dépendance au sens large».

Le 27 octobre dernier, le Dr Didier Jayle, président de la Mildt, a mis fin au financement du poste de documentaliste du pôle Toxibase-Marmottan, créé il y a près de vingt ans. «La mise en avant de raisons purement administratives et technologiques masque mal une attaque directe du centre, et donc d'une certaine philosophie du soin», estiment les héritiers du Pr Claude Olievenstein. Sur l'ensemble du territoire, ce sont 35 espaces de documentation départementaux qui font les frais de la mise en place du réseau des Centres d'information sur les drogues et les dépendances (Cirdd). Pour l'instant, le service de documentation de Marmottan continue de fonctionner, avec le soutien de l'administration de son hôpital de rattachement : le groupe public de santé de Perray-Vaucluse, qui, outre l'institution parisienne d'aide aux toxicomanes, comprend l'hôpital Henri-Ey (13e) et l'établissement psychiatrique de Perray-Vaucluse (Essonne) avec ses CMP et ses hôpitaux de jour.

Régulièrement soumis aux lois du marché, comme la plupart des lieux de santé, Marmottan a déjà dû fermer l'hospitalisation pendant quatre jours ainsi que sa postcure La Gentillade, dans le Sud-Ouest, un foyer alternatif à la «psychiatrie officielle, qui n'a pas voulu se plier aux mises aux normes technocratiques rendues nécessaires par le passage du financement de l'Etat à l'assurance-maladie». En 2005, Marmottan a assuré 68 000 consultations, reçu 3 200 personnes et pris en charge 1 855 toxicomanes.

**L'assurance-maladie s'attaque désormais aux dépenses des hôpitaux et cliniques**  
**Le Monde 20 janvier 2006**

APRÈS la médecine de ville, l'hôpital. L'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam) est bien décidée à s'attaquer, en 2006, à l'augmentation des dépenses hospitalières et à appliquer, aux établissements publics et privés, la politique de " maîtrise médicalisée " introduite par la réforme de la Sécurité sociale de 2004.

Principale cible : la dérive des dépenses de remboursement des frais d'hospitalisation, qui ont augmenté de 17,4 % entre 2001 et 2004 et représentent, avec 56 milliards d'euros, 44 % de l'ensemble des dépenses de la " Sécu ". Plus spécifiquement, sont mis en cause les dérapages des prescriptions de médicaments (+ 6,7 % en un an), de transports sanitaires (+ 8,3 % en un an, mais + 34 % en trois ans), des arrêts de travail (+ 15 %), comme des déclarations d'affection longue durée qui généralisent le remboursement intégral des médicaments.

Dans son plan détaillé, mercredi 18 janvier, Frédéric Van Roekeghem, le directeur général de l'Uncam, a pris soin de préciser qu'il s'agissait avant tout " de faire évoluer les comportements à l'hôpital par une démarche pédagogique d'information et de sensibilisation, en rappelant les règles de remboursement ". Excluant a priori toute forme de sanction, il a néanmoins indiqué qu' " il n'y a pas de raison que l'effort demandé aux médecins de ville ne soit pas partagé par les praticiens hospitaliers ".

L'Uncam envisage, en premier lieu, de mettre en place un service d'informations pratiques sur l'offre de soins, les tarifs, les prestations et les interventions des services dans chacune des spécialités. Les médecins-conseils de la CNAM vont, dans le même temps, intervenir auprès des commissions médicales et des médecins pour rappeler les " bonnes pratiques ". En insistant, par exemple, sur la prescription des médicaments génériques insuffisamment recommandés à l'hôpital. Ils devraient aussi renforcer leur contrôle sur la gestion comptable et l'organisation de l'offre de soins.

Outre la coordination avec la médecine de ville, notamment dans le suivi des affections longue durée, l'assurance-maladie souhaite également renforcer les alternatives à l'hôpital, via l'hospitalisation à domicile et la chirurgie ambulatoire. La maîtrise des dépenses d'hospitalisation passe également par une réorganisation de la carte hospitalière et une réflexion sur le devenir des services dont le seuil d'activité est jugé insuffisant.

Les dirigeants de la CNAM ne s'en cachent pas : la mise en oeuvre de ce plan risque de se heurter à une multitude d'obstacles. Pour preuve, l'objectif de réduction des prescriptions des hospitaliers en 2005, de l'ordre de 115 millions d'euros, est un échec. Les mesures préconisées interviennent alors que se met en place un nouveau système de financement de l'hôpital, par la tarification à l'activité, qui suscite l'inquiétude tant des hôpitaux publics que des établissements privés. Jeudi 19 janvier, les responsables des maternités privées devaient manifester devant le ministère de la santé pour attirer l'attention sur la fermeture, en dix ans, de 130 établissements.

### **La convention de l'Unedic signée par le patronat et trois syndicats Le Monde 20 janvier 2006**

Les organisations patronales et trois syndicats, la CFDT, la CFTC et la CFE-CGC, ont signé, mercredi 18 janvier, la convention juridique qui régira les règles de fonctionnement et d'indemnisation de l'assurance-chômage jusqu'en 2008. La CGT a appelé à la grève les personnels de l'ANPE et de l'Unedic, le 24 janvier, " contre le contrôle social des chômeurs ".

### **Des mesures tous azimuts pour prévenir la délinquance Le Monde 20 janvier 2006**

Le plan gouvernemental, encore provisoire, doit être présenté vendredi, lors d'un comité interministériel. Il concerne presque tous les champs de l'action publique

Les pourfendeurs de l'inflation législative en seront pour leurs frais. Le plan de prévention de la délinquance, qui devrait être présenté, vendredi 20 janvier, lors du comité interministériel installé par le premier ministre, Dominique de Villepin, comporte un volet législatif important : 131 articles, dont certains sont ou seront rattachés à d'autres textes examinés prochainement au Parlement.

Il concerne presque tous les secteurs de l'action gouvernementale : police, justice, éducation, affaires sociales, santé, urbanisme, sport, égalité des chances. Reporté, réécrit et rebaptisé à plusieurs reprises depuis trois ans, ce projet de loi pourrait être examiné en conseil des ministres fin février. La version du texte que Le Monde s'est procurée n'est pas définitive, comme le soulignent plusieurs ministères, contrariés par sa révélation avant même la fin des discussions interministérielles.

Le maire au centre du dispositif. Le gouvernement veut définir une doctrine de la prévention, qui irait de l'éducation à la sanction pénale et dont le maire serait le pilote. Fait nouveau, celui-ci pourrait prononcer des rappels à l'ordre - et même à la loi - par délégation du procureur. Il pourrait aussi ordonner des mesures de médiation ou de réparation. Une délégation pour la prévention de la délinquance, placée auprès du ministre de l'intérieur, définira les axes de cette politique, dont le gouvernement devra rendre compte chaque année devant le Parlement.

Prévention des comportements violents. Dans le domaine des violences conjugales, le projet prévoit de créer une injonction de soins et le départ du domicile du conjoint violent. Le fait de se livrer à des violences habituelles dans le couple deviendrait une circonstance aggravante. En matière de violence, la condition " d'ex-conjoint, d'ex-concubin ou d'ex-partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité " deviendrait également une circonstance aggravante.

La toxicomanie et ses effets sont également visés par le texte. L'usage de drogues ou d'alcool pourrait devenir une circonstance aggravante pour les crimes et délits graves : le meurtre, par exemple, serait alors puni de la réclusion criminelle à perpétuité, et non plus de trente ans de prison. D'autres propositions concernent le champ judiciaire : l'extension de l'injonction de soins aux alcooliques ; la

création d'une obligation de formation et d'une obligation de soins en prison ; la création d'une peine de " sanction-réparation ".

Prévention en matière psychiatrique. Les modalités de l'internement psychiatrique devraient être réformées en renforçant les pouvoirs des maires et des préfets. Le texte propose de ne plus utiliser la procédure d'hospitalisation à la demande d'un tiers (par un proche du patient) quand la sûreté des personnes ou l'ordre public sont menacés mais d'avoir recours, pour ces cas, aux hospitalisations d'office (faites et renouvelées à la demande du maire ou du préfet).

Les décisions de sortie d'essai devront mentionner notamment " l'identité du malade, la date de retour à l'hôpital ", et le maire devra être informé des modalités de ces sorties. Un " fichier national " des personnes hospitalisées sans consentement est préconisé. Enfin, le texte recommande d'instituer une période d'observation de soixante-douze heures au début de tout internement, période à l'issue de laquelle l'hospitalisation sera ou non confirmée.

Action éducative. L'avant-projet de loi prévoit la possibilité, pour le maire, de créer un " conseil pour les droits et devoirs des familles ". Ce conseil adresserait des recommandations visant " à prévenir des comportements susceptibles de mettre l'enfant en danger ou de causer des troubles pour autrui ". Il pourrait proposer " une assistance à une famille en difficulté, notamment sous la forme d'un contrat de responsabilité parentale ", et des stages d'aide à la parentalité, en alternative aux poursuites.

Le projet prévoit que le maire puisse saisir la caisse d'allocations familiales afin que celle-ci enclenche un dispositif de mise sous tutelle des prestations. Pour que l'élu puisse mieux recenser les enfants de 6 à 16 ans en âge d'être scolarisés, les caisses pourraient être autorisées à lui transmettre des données nominatives.

Les services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI) participeront, en primaire, " au dépistage précoce des enfants présentant des troubles du comportement et des signes de souffrance psychique ". Le plan de prévention envisage d'inscrire l'éducation civique comme matière obligatoire au bac.

Egalité des chances. Une circulaire sera adressée aux préfets afin qu'ils favorisent l'obtention, pour les élèves de troisième, de stages au sein des services de l'Etat. Le plan prévoit également des " classes préparatoires intégrées " dans les écoles de préparation aux concours de la fonction publique.

## **Des sanctions pénales dès 10 ans ?** ***Le Monde 20 janvier 2006***

LE MINISTÈRE de l'intérieur veut " toiler " l'ordonnance du 2 février 1945 sur l'enfance délinquante, selon l'expression d'un proche de Nicolas Sarkozy. La chancellerie partagerait pleinement son objectif, assure-t-on place Beauvau : systématiser et accélérer la réponse judiciaire. Pourtant, au ministère de la justice, on affirme que la question n'est pas tranchée, et que ce sera au garde des sceaux, Pascal Clément, que reviendra d'apporter d'éventuels aménagements.

Dans sa dernière version, le projet propose de créer des mesures pénales applicables à partir de l'âge de 10 ans : l'éloignement du domicile pendant un mois (avec possibilité de placement en internat) et l'exécution de travaux scolaires. Il envisage d'adopter un " avertissement judiciaire ", assorti d'une obligation de réparer le dommage causé, et propose qu'à partir de 13 ans le tribunal puisse condamner le mineur à une " période d'initiation au travail, non rémunérée ", de 30 à 120 heures. Pour les 13-16 ans, en matière correctionnelle, le texte suggère la création d'un placement de trois mois dans un " centre d'éducation adaptée ".

Le projet vise à développer les procédures rapides de jugement, notamment la comparution immédiate et la composition pénale (qui permet au procureur, avant d'engager l'action publique, d'imposer à l'auteur d'un délit ayant reconnu les faits une amende, un stage ou un retrait de permis). Enfin, le texte veut limiter le nombre des mesures de remise à parent ou d'admonestation prononcées par les juges des enfants pour les faits de faible gravité.

## **Budgets hospitaliers**

### **Pour la Fédération hospitalière de France, le compte n'y est pas**

#### **Le Quotidien du Médecin du 19/01/2006**

*La Fédération hospitalière de France (FHF) dresse la liste de ses préoccupations pour les mois et années à venir. Elle estime qu'il manque 800 millions d'euros dans les caisses des hôpitaux publics. Inquiète de la fuite des médecins vers le libéral, elle aimerait que s'ouvre un débat sur le mode de rémunération des praticiens hospitaliers.*

QUEL AVENIR pour l'hôpital ? La Fédération hospitalière de France (FHF), qui regroupe l'ensemble des hôpitaux publics, prépare une plate-forme de propositions qu'elle compte publier à l'automne prochain, à quelques mois de l'élection présidentielle.

Les sujets importants dont il faudra débattre sont d'ores et déjà identifiés. A court terme, la première des priorités concerne l'évolution des budgets. La FHF estime qu'il manque 800 millions d'euros dans les caisses des établissements publics de santé pour démarrer l'année 2006. En 2005, les hôpitaux ont augmenté la part du ticket modérateur payée par les usagers de 20 à 60 % par rapport à 2004, ce qui a permis de dégager de l'ordre de 100 à 300 millions d'euros supplémentaires. Mais cet artifice comptable a ses limites. Pour 2006, le président de la FHF, Claude Evin, espère obtenir «des ajustements». Et l'affichage d'une politique hospitalière «cohérente» : «On ne peut dans le même temps nous demander de participer à la lutte pour l'emploi et de faire des économies, quand on sait que les charges en personnel représentent de 60 à 80% de nos budgets», déclare Claude Evin. Qui enchaîne avec un autre exemple à ses yeux incohérent, celui des dépenses pharmaceutiques : «On demande aux hôpitaux de mieux acheter pour économiser, mais sur les médicaments, il n'y a pas de marge de manoeuvre car les prix sont fixés par le Ceps» (Comité économique des produits de santé).

Rapprocher les modes de rémunération. Les questions budgétaires sont à relier directement à l'évolution des tarifs. En la matière, la FHF affirme ne pas connaître les intentions exactes du ministère de la Santé. Mais les fuites parues dans la presse, tablant sur une baisse de - 1 % en 2006 par rapport à 2005 pour les hôpitaux et les cliniques, ont quelque peu agacé Claude Evin. «Les hôpitaux n'ont pas à subir une diminution de leurs tarifs qui découlerait directement du dérapage des dépenses des cliniques, qui serait de 5% en 2005 d'après ce que nous dit le ministère», affirme-t-il.

Dans sa plate-forme, la FHF compte également formuler plusieurs propositions sur un autre dossier d'importance, la crise de la démographie médicale. Car quel avenir pour l'hôpital si tous ses praticiens désertent les lieux pour s'installer en libéral ? La Fédération le répète depuis plusieurs années, le mode de rémunération des médecins hospitaliers n'est plus adapté au contexte de pénurie démographique, auquel s'ajoute depuis un an la tarification à l'activité, qui met directement en concurrence les établissements de santé publics et privés. Pour stabiliser les PH à l'hôpital, et ainsi rentabiliser leurs années de formation universitaire, la FHF propose «une convergence des modes de rémunération» entre les deux modes d'exercice. Et pour assurer une meilleure répartition de l'offre de soins, elle se prononce également en faveur d'un encadrement plus strict de la liberté d'installation en ville. «Les mesures incitatives n'ont pas rencontré le succès escompté», ne peut que constater Claude Evin.

En milieu hospitalier, le mercenariat médical se développe et plombe les comptes des établissements, d'après une enquête de la FHF, qui appelle, là encore, à un grand débat de fond pour dégager des solutions acceptables par les établissements.

#### **La FHF répond à la Cnam**

Dans un document consacré à la politique hospitalière de l'assurance-maladie, la Cnam adopte une position nouvelle qui n'a pas manqué de faire réagir la FHF. L'assurance-maladie, en tant que principal payeur des dépenses hospitalières, réclame un droit de regard sur la gestion financière des hôpitaux publics. La Cnam entend «développer la maîtrise médicalisée à l'hôpital». Elle propose d'accompagner les établissements en difficulté financière, et indique qu'elle va mener des audits afin d'engager «un cycle vertueux» et «une meilleure utilisation des ressources collectives».

Les efforts fournis par les acteurs de terrain et le contrôle exercé par la Cnam doivent concerner l'hôpital autant que la médecine de ville, explique le document. La FHF ne l'entend pas de cette oreille. Son président, Claude Evin, rappelle que «des procédures sont prévues» pour les hôpitaux en

déséquilibre budgétaire. « Qui pilote le système de santé dans notre pays ? Je pose cette question au ministre », enchaîne le député de Loire-Atlantique, qui note, avec inquiétude, que se met en place une double tutelle pour les hôpitaux, avec les « risques de tiraillement et de paralysie » que cela comporte. « La Cnam ne peut intervenir qu'en appui, et non à la place des services de l'Etat, qui doit rester le décideur pour conserver la cohérence de la politique hospitalière, assène le président de la FHF. Les hôpitaux ne sauraient accepter d'être le jeu de rivalités institutionnelles entre l'Etat et l'assurance-maladie. »

### **Restructurations hospitalières Le Quotidien du Médecin du 18/01/2006**

La recomposition de l'offre de soins de l'hôpital sera au centre du colloque organisé aujourd'hui à l'Assemblée nationale, sur la nécessité ou non de fermer certains blocs opératoires dans les petits hôpitaux publics. Au moment où le ministre de la Santé charge le Pr Vallancien d'une mission d'évaluation sur l'activité chirurgicale en France, cette réunion permettra de confronter les points de vue des partisans et des opposants de cette politique.

#### **Les polémiques et les débats restent vifs**

***Si certaines restructurations hospitalières et certains regroupements de services, notamment chirurgicaux, ont été parfois une réussite, comme à La Mure, dans l'Isère, c'est loin d'être le cas partout. D'où l'intérêt du colloque organisé aujourd'hui à Paris qui devrait permettre aux élus, aux médecins et aux représentants des usagers de confronter leurs expériences et d'affirmer leurs préférences. Mais les oppositions restent fortes et le consensus ne semble pas encore être de mise.***

C'EST un débat qui oppose souvent avec vigueur ceux qui sont franchement pour à ceux qui sont franchement contre. Et pourtant, les restructurations des petits hôpitaux publics doivent être traitées « au cas par cas », a dit récemment le ministre de la Santé, Xavier Bertrand, qui assure vouloir faire du « surmesure ». Le Pr Guy Vallancien, secrétaire général du Conseil national de la chirurgie (CNC), farouche défenseur de ces restructurations, a été récemment chargé d'une mission (« le Quotidien » du 21 décembre 2005) afin d'évaluer, région par région, les structures dites à risque. Il remettra au ministre un premier rapport dans le courant février. En attendant, il développera ses arguments aujourd'hui même, lors d'un colloque organisé à l'Assemblée nationale par le CNC, autour de la question posée frontalement : « Faut-il fermer les blocs opératoires dans les petits hôpitaux publics ? » « Nous sommes dans le pays qui compte le plus d'hôpitaux. La carte sanitaire n'a jamais été revue. En Suède, il y a dix-huit maternités pour neuf millions d'habitants, alors que l'Ile-de-France en compte cent dix pour ses onze millions d'habitants. C'est un scandale », s'insurge le Pr Vallancien. « Pourtant, le taux de mortalité est moindre en Suède, avec des conditions météorologiques plus difficiles qu'en France, ce qui complique des déplacements. On conserve en France ces structures, sous prétexte du maintien du lien social. Or le taux de fuite des patients de ces hôpitaux est considérable ! Maintenant, seulement les personnes âgées et les plus démunis (ce qui pose d'ailleurs le problème de l'égalité à l'accès aux soins, ndlr) se font soigner dans ces petits établissements. Il faut changer nos mentalités. » Mais le débat est toujours très vif entre partisans et opposants de la restructuration hospitalière.

#### **La réussite de La Mure**

La fermeture du service de chirurgie de l'hôpital de La Mure, dans l'Isère, avait fait couler beaucoup d'encre et provoqué de nombreuses manifestations. Cinq ans après, élus, dirigeants, médecins et représentants des usagers dressent un bilan très positif de la transformation de leur établissement. « Nous avons suivi une logique pragmatique, résume Fabrice Marchiol, maire UMP de la commune de La Mure. Le service de chirurgie ne tournait qu'à 60 %, un patient sur deux était opéré à Grenoble, le plus souvent par choix du malade lui-même. Face à la pénurie du personnel médical et infirmier, nous devons procéder à des réquisitions, ce qui accentuait d'ailleurs l'effet repoussoir pour les candidats. Et puis nous ne pouvions pas proposer de convalescence sur place. Dans ces conditions, avant que la T2A (tarification à l'activité) ne nous mette à genoux, nous avons opté pour des

*« négociations intelligentes avec l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH). La priorité aujourd'hui, ce n'est pas la proximité, c'est la qualité. »*

*« Des options claires prises à l'époque ont évité des conflits ouverts, renchérit Stéphane Mulliez, directeur en intérim du centre hospitalier de La Mure. La fermeture du service de chirurgie est accueillie en interne avec sérénité, dans la mesure où nous avons conservé notre Upatou » (unité de proximité d'accueil de traitement et d'orientation des urgences). Les intérêts du centre de La Mure semblent avoir été bien défendus. Une convention de direction commune a été passée avec le CHU de Grenoble, permettant au petit hôpital de bénéficier de l'expertise du CHU sur tout un ensemble de points juridiques et financiers et de pallier, en outre, le problème de recrutement. « Le CHU joue le rôle du grand frère », explique Fabrice Marchiol. « Ce n'est pas le CHU qui est venu manger le petit hôpital périphérique », confirme Stéphane Mulliez. Des rapprochements médicaux entre les deux établissements permettent une bonne continuité des soins, assure le Dr Albert Pajon, président de la commission médicale d'établissement. C'est le cas de la périnatalité. Les sages-femmes qui suivent des grossesses à La Mure se déplacent voir leurs patientes à Grenoble.*

Les radiologues de La Mure sont accueillis pour deux « plages » de scanner par semaine au CHU de Grenoble, « facteur de sécurité » pour le D Pajon, puisqu'ils gardent ainsi un haut niveau de technicité. Marie-Clotilde Joly, représentante de l'Udaf (union départementale des associations familiales), salue, quant à elle, la vaste campagne d'information qui a atténué les craintes de la population. « Nous avons gagné en personnel et en sécurité. » Les chirurgiens du CHU « montent » une fois par semaine à La Mure pour une consultation sur place. Et le service de convalescence et de soins de suite marche « à plein régime », selon le maire, qui affiche un taux d'occupation des lits de 98 % et une durée moyenne de séjour dans ce service de quarante jours.

Restent la restructuration de la maison de retraite et puis le maintien des urgences. « On apprécierait que le CHU s'investisse aussi dans le secteur des urgences à La Mure, souligne le Dr Pajon. Nous avons le sentiment d'être encore fragiles. Il reste difficile de mobiliser le personnel, de recruter des médecins. » Une difficulté propre à tout établissement hospitalier, précise cependant Stéphane Mulliez. « Nous savons que notre situation géographique demeure peu attrayante, poursuit le Dr Pajon. Et puis l'activité de la médecine polyvalente est exponentielle. Alors, cela crée des tensions. »

### **Champagnolle sans alternative.**

Autre ambiance dans les couloirs du centre hospitalier de Champagnolle, dans les montagnes du Jura. Soutenu par la population, qui est descendue une nouvelle fois dans les rues au tout début de l'année, le comité de développement durable de l'hôpital a protesté à plusieurs reprises contre la transformation du service de chirurgie en chirurgie de jour ou « de semaine ». Le nouveau schéma régional de l'organisation des soins (Sros 3), tel qu'il s'annonce, ne maintient pas du tout l'offre de soins, selon des responsables de cette association et certains médecins qui veulent rester anonymes. Beaucoup estiment que la complémentarité avec les soins proposés à Lons-le-Saunier est rompue. En outre, dans le cadre de l'application de la T2A, supprimer la chirurgie revient à condamner le reste de l'activité de l'établissement, craignent des patients. Or le territoire de santé du Jura Sud est l'un des plus défavorisés.

Le gros problème à Champagnolle, c'est qu'il semble qu'aucune alternative n'ait été proposée jusqu'à présent aux équipes médicales. Mais le débat dans cette partie du Jura ne fait que commencer. Ces deux exemples, La Mure et Champagnolle, témoignent en tout état de cause des difficultés à organiser et à réussir des restructurations hospitalières. L'exemple de La Mure est intéressant dans la mesure où la population, très opposée à cette opération, semble aujourd'hui, sinon tout à fait satisfaite, du moins assez rassurée sur les conséquences de ces opérations.

Restructurer sans accompagner, voilà le danger, soulignait d'ailleurs le Pr Vallancien dans nos colonnes (« Le Quotidien » du 21 décembre 2005), qui plaidait pour une restructuration harmonieuse. L'occasion est belle aujourd'hui pour les organisateurs de ce colloque à l'Assemblée nationale et notamment pour le ministre de la Santé, Xavier Bertrand - qui devrait le clôturer - de mettre l'accent sur cet aspect afin de rassurer les élus des cités concernées, mais surtout leur population souvent inquiète de la fermeture d'un bloc opératoire ou d'un service hospitalier dans l'établissement de soins le plus proche de chez eux. Mais les réticences et les oppositions sont encore loin d'être vaincues.

### **L'île d'Yeu loin de tout, mais proche de Challan**

Ici, ce sont d'abord les médecins qui se déplacent vers leurs patients. Les dix généralistes (cinq temps plein, cinq temps partiel) du seul cabinet de l'île d'Yeu assurent les soins quotidiens de leurs concitoyens. Le centre hospitalier, lui, comporte lits de médecine et de soins de suite. Dépendant du CH Loire-Vendée-Océan (basé à Challan), c'est là que des spécialistes venant du continent assurent des consultations externes. « Les médecins libéraux de l'île sont très attachés au développement de l'hôpital local, ils y sont très impliqués, ainsi que dans la prise en charge de l'urgence », explique Pierre Vollot, directeur du CH de Challan, et donc de celui de l'île. « Ils sont très imprégnés du concept de la prise en charge globale du patient. » En cas d'urgence justement, ce sont eux qui, touchant des vacances du CH départemental de La Roche-sur-Riom, accompagnent le malade dans l'hélicoptère, disponible 24 heures sur 24. Preuve qu'un hôpital local peut répondre à un besoin de proximité ? Oui, mais à condition qu'existe d'abord un partenariat intelligent. Et ici, à l'île d'Yeu, « nous ne sommes pas dans le contexte d'un CH qui aurait perdu un service de chirurgie puisqu'il n'en a jamais eu », souligne le directeur.

### **La mobilisation des maternités privées**

C'est demain que les maternités privées organisent, sous l'égide de la Fédération hospitalière privée (FHP), leur journée nationale d'action et de mobilisation pour demander une revalorisation de leurs tarifs. On se souvient en effet (« le Quotidien » du 28 octobre 2005) que, selon une étude commandée par la FHP, les maternités perdraient plus de 500 euros par naissance.

« Un accouchement coûte à une maternité privée 2 277 euros, commentait à l'époque la FHP ; or le tarif moyen est de 1 749 euros. Malgré une augmentation de 25 % des tarifs depuis 2000, le coût de production moyen d'un accouchement reste supérieur de 500 euros par rapport à la tarification perçue aujourd'hui par les établissements. » La Fédération hospitalière privée a reçu le soutien pour cette journée d'action du Syndicat national des gynécologues et obstétriciens français (Syngof), du Syndicat national des pédiatres (Snpf) et du Syndicat national des anesthésistes-réanimateurs (Snarf). Pour affirmer leur protestation, les participants à cette journée d'action déposeront symboliquement devant le ministère de la santé la clé de leur établissement. Une délégation devrait être reçue par des collaborateurs du ministre.

### **Martin Malvy : tenir compte des spécificités locales Le Quotidien du Médecin du 18/01/2006**

*Ancien ministre et député socialiste, Martin Malvy, aujourd'hui président du conseil régional Midi-Pyrénées, dirige également l'Association des maires des petites villes de France. Une formation qui s'est toujours inquiétée des projets de restructurations hospitalières des gouvernements.*

LE QUOTIDIEN – Peut-on vous présenter, vous et plus largement l'Association des maires des petites villes de France que vous présidez, comme des opposants déterminés aux restructurations des petits hôpitaux ?

**MARTIN MALVY**—Non. Nous savons que nous ne pouvons pas rester sur des situations figées ; nous sommes très ouverts, sauf aux diktats. Nous refusons l'affirmation brutale de normes qui s'appliqueraient sur l'ensemble du territoire de la même façon, car c'est nier les spécificités locales. Nous sommes également contre les seuils. A-t-on besoin de six chirurgiens sur chaque plateau technique ? En revanche, nous sommes favorables à la mutualisation des moyens, aux coopérations entre petites structures et CHU. A Figeac, par exemple, nous montons un groupement de coopération sanitaire entre la clinique et l'hôpital, parce que la qualité de l'offre de soins implique que l'on rassemble les plateaux techniques.

Que signifie pour vous la notion de proximité ?

D'abord, c'est une définition erronée, car tout établissement de soins est un service de proximité, tout CHU fait aussi de la « bobologie ».

Cette notion est liée à celle de l'aménagement du territoire qui, lui, est par essence inégalitaire. On ne peut pas établir des règles à partir d'un critère unique, fondé souvent sur des préoccupations budgétaires ou de sécurité... dont la démonstration n'est d'ailleurs pas faite. Les praticiens font suffisamment preuve de vigilance et d'attention pour transférer quand c'est nécessaire. Il ne faut pas s'imaginer qu'aujourd'hui, dans les petits hôpitaux, on pratique toutes les interventions.

Que pensez-vous de l'argument selon lequel la qualité est moindre dans ces petits établissements ?

Cela ne me semble pas très élégant vis-à-vis de ces praticiens qui sont en contact direct avec la population. Donnons-leur plutôt les moyens d'exercer l'art de la médecine dans les meilleures conditions, en sachant qu'un hôpital général assure plutôt la chirurgie courante et sait envoyer les patients au CHU quand ils relèvent d'une spécialité. N'essayons pas d'avoir un modèle unique d'établissement de soins. Par ailleurs, mettre en difficulté ces hôpitaux de proximité fragiliserait par ricochet l'implantation des médecins libéraux.

## **Etablissements psychiatriques**

### **Dix-huit millions d'euros pour renforcer la sécurité**

Le ministre de la Santé a réuni l'ensemble des acteurs de la santé mentale pour faire le point sur l'aspect sécuritaire de la prise en charge en psychiatrie. Il a annoncé un financement supplémentaire de 18 millions d'euros pour équiper les établissements en vidéosurveillance et en bips.

SIX MOIS après la réunion de crise de l'été dernier, où il avait annoncé l'accélération du plan de santé mentale, Xavier Bertrand a de nouveau rencontré les professionnels de la psychiatrie, à froid cette fois, pour faire un point d'étape sur les questions liées à la sécurité.

Directeurs, médecins, fédération d'établissements et grandes centrales syndicales de personnel : le tour de table a été complet. Le ministre de la Santé leur a présenté les résultats d'une enquête menée par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), qui ont recensé les besoins sur le terrain. Les attentes exprimées sont grandes.

Le ministre en a pris la mesure ; il annonce le déblocage d'une enveloppe exceptionnelle de 18 millions d'euros. Cet argent «satisfait rapidement les demandes d'équipements et de petits travaux de sécurité, en privilégiant tout particulièrement les systèmes de protection des travailleurs isolés, la vidéosurveillance, les dispositifs de contrôle des flux, la sécurisation des chambres», selon le ministère. Il s'agit d'un «effort supplémentaire», qui s'ajoutera aux crédits consacrés au plan de santé mentale - 44 millions d'euros en 2006 pour la création de postes et le maintien des lits en place.

Xavier Bertrand a par ailleurs confirmé ce qu'il avait déjà annoncé en août, à savoir l'accélération du programme d'unités hospitalières spécialement aménagées (Uhsa). Ces unités, spécialement aménagées pour accueillir des détenus ayant besoin de soins psychiatriques, commenceront à sortir de terre en 2007, pour une ouverture à partir de 2008. De 800 à 900 places seront créées, dont 450 dès l'ouverture.

Investissements en matériel. La réunion au ministère de la Santé s'est déroulée la veille d'un nouvel incident. Ce week end, un patient de l'hôpital psychiatrique de Pau a été interpellé par la police, nu, dans une maison voisine après s'être enfui de l'établissement. Agé de 25 ans, cet homme était hospitalisé à la demande d'un tiers depuis le 6 janvier. L'hôpital palois reste sous tension depuis le double meurtre perpétré il y a un an et l'évasion en août dernier de l'auteur présumé d'un homicide. Son directeur relativise les faits, en expliquant que la fugue d'un malade fait partie des contraintes d'un établissement psychiatrique.

Ce que confirme le Dr Bernard Cazenave, psychiatre dans un établissement spécialisé bordelais : «Des sorties sans autorisation, il nous en arrive tous les jours. Dans 99% des cas, les gens rentrent chez eux, ils ne sont pas dangereux». Le Dr Cazenave estime cependant nécessaire de renforcer la sécurité. «Le ministère nous a dit que 55% des violences hospitalières signalées ces derniers mois viennent de la psychiatrie», indique-t-il. Les 18 millions d'euros changeront-ils la donne ? «Cela permettra d'investir dans du matériel. Par contre, s'agissant du recrutement de personnel de surveillance, la profession médicale étant partagée, le ministre est resté flou, pour ne froisser personne», déclare le Dr Cazenave, secrétaire de la Conférence des présidents de CME de CHS.

Le Dr Sylvie Peron était également conviée au ministère, pour représenter le SPS (Syndicat des psychiatres de secteur). La chef du département psychiatrie à l'hôpital général d'Argenteuil accueille avec satisfaction les mesures annoncées. «Je travaille dans une zone sensible, raconte la praticienne. Depuis la réhabilitation de nos locaux, il y avait du deal au pied du service, des incivilités, des toxicomanes venant de l'extérieur chercher des médicaments ou des tentatives de séduction de jeunes femmes vulnérables car elles étaient sous médicaments. On a dû se rapprocher de la police pour surveiller les lieux. Investir dans la vidéosurveillance est une bonne chose, c'est dissuasif.» Le Dr Peron regrette cependant que les annonces de Xavier Bertrand ne règlent pas le problème de fond du déclin démographique : «Sans médecin, comment tout cela peut-il marcher? Cette question nous taraude.»

De son côté, le Syndicat national des cadres hospitaliers (Snch) salue l'effort financier, mais regrette qu'il ne soit pas question d'élargir le dispositif sécuritaire à l'ensemble des structures hospitalières, notamment les services d'urgences, qui peuvent aussi être le lieu de violences.

**Plus de dix mille praticiens attendus à Berlin**  
**Manifestation et fermeture des cabinets des médecins allemands aujourd'hui**  
***Le Quotidien du Médecin* du 18/01/2006**

*Excédés par la politique de santé menée aussi bien par l'ancien chancelier Schröder que par la nouvelle chancelière, Angela Merkel, les médecins allemands organisent ce mercredi 18 janvier une grande manifestation nationale et une journée de fermeture des cabinets.*

LES PRATICIENS libéraux et hospitaliers, qui ont déjà organisé plusieurs manifestations régionales ces dernières semaines, espèrent être au moins dix mille, aujourd'hui à Berlin, pour défiler à travers la ville et se retrouver ensuite devant le ministère de la Santé, non loin de la porte de Brandebourg, dans le quartier des ministères. De nombreux hôpitaux fonctionneront au ralenti et beaucoup de cabinets médicaux resteront fermés toute la journée. Une dizaine de syndicats et d'organisations professionnelles se sont associés au mot d'ordre, et l'Ordre des médecins leur a apporté, lui aussi, son soutien.

Cette « journée des médecins », comme l'ont baptisée ses promoteurs, répond à des préoccupations aussi bien catégorielles que générales. En effet, les problèmes des salaires des médecins hospitaliers ou de rémunération des gardes ne sont pas comparables à ceux des libéraux, confrontés à des contrôles de plus en plus stricts de leur activité ou à de possibles baisses d'honoraires. Pourtant, les deux groupes se retrouvent pour dénoncer, ensemble, une politique de santé de plus en plus stricte qui, selon eux, sape l'avenir et la qualité de la médecine dans tout le pays.

A peine arrivée au pouvoir, la chancelière Angela Merkel a d'ailleurs confirmé la politique de rigueur de son prédécesseur, et le gouvernement étudie actuellement deux nouvelles mesures qui attisent encore la colère des médecins. La première porte sur un système de « bonus malus » qui se traduirait par des retenues d'honoraires pour les médecins prescrivant « trop » au goût du gouvernement, alors que les prescripteurs les plus « sages » seraient « récompensés ».

Suppression des dépassements ? Le second projet vise à supprimer certains dépassements d'honoraires autorisés pour les patients dépendants d'une assurance privée autre que l'assurance-maladie de base. Cette mesure, qui pourrait être comparée, d'une certaine manière, à la suppression d'un système comme le « secteur II » serait compensée par une hausse des honoraires pour les assurés « de base », mais les médecins redoutent, en réalité, que cette baisse ne soit pas rééquilibrée par des revalorisations.

Enfin, autre grand motif d'inquiétude, les libéraux rappellent que de plus en plus de médecins ont du mal à trouver des successeurs, notamment à l'est du pays, car les jeunes se détournent de la profession, jugée trop contraignante et trop peu attrayante.

La journée du 18 janvier, symbole du ras-le-bol général des médecins, se veut à la fois test et avertissement : les médecins ont promis un « hiver chaud » à Angela Merkel, et cette journée devrait n'être que la première étape de leur mobilisation. Une mobilisation sans doute d'autant plus forte que le gouvernement, loin de renoncer à ses projets, annonce déjà, pour 2007, une nouvelle réforme de la

santé, indispensable selon lui pour pérenniser l'avenir du système de santé tout en réduisant le poids des dépenses sociales du pays.

### **Evolution des tarifs hospitaliers**

## **Une baisse annoncée qui inquiète hôpitaux et cliniques**

**Le Quotidien du Médecin du 17/01/2006**

*Les rumeurs sur la campagne tarifaire de 2006 annoncent une baisse de 1 % par rapport à 2005, tant pour les hôpitaux que pour les cliniques. Inadmissible pour la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) et pour la Fédération hospitalière de France (FHF), qui avancent chacune ses arguments pour obtenir un traitement de faveur. Le ministre de la Santé va rendre son arbitrage ces jours-ci, mais il a déjà annoncé que les tarifs des actes hospitaliers remboursés allaient effectivement baisser et que cela serait confirmé aux établissements publics et privés d'ici à la fin du mois de janvier.*

IL EST FINI le temps où l'hospitalisation privée négociait annuellement ses tarifs avec les pouvoirs publics. Depuis l'entrée des cliniques en tarification à l'activité l'an passé, le ministère de la Santé fixe seul l'évolution des tarifs hospitaliers, sur la base des recommandations émises par le Conseil national de l'hospitalisation.

Xavier Bertrand vient de faire une annonce : 35 % du budget des hôpitaux publics seront adossés à l'activité cette année, contre 25 % en 2005 – le reste des recettes leur sera versé sous forme de dotation globale. Le ministre souhaite que cette part T2A se monte à 50 % en 2007. Reste une inconnue : comment évolueront les tarifs des deux secteurs en 2006 ? Le mécanisme de convergence sera-t-il ou non poursuivi ?

Sans donner de taux chiffrés, Xavier Bertrand a toutefois indiqué la tendance en fin de semaine : les tarifs des actes hospitaliers facturés à la Sécurité sociale «*baisseront dès le début de l'année (...), dès la première étape de la campagne budgétaire*». Sans en préciser le montant, le ministre a indiqué que cette baisse serait confirmée d'ici à la fin du mois de janvier, avec l'objectif, a-t-il dit, «*de donner de la lisibilité aux établissements: hôpital, cliniques privées et établissements participant au service public hospitalier*». Quelques jours plus tôt, des fuites avaient filtré dans la presse. Qui donnaient les deux secteurs hospitaliers perdants : les tarifs des soins vont accuser une baisse de 1 % par rapport à 2005, tous secteurs confondus, d'après «*Les Echos*».

La Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), qui réclamait une hausse de 2 %, a aussitôt réagi. Son président, Ken Danis, a rencontré les conseillers ministériels pour obtenir une révision de ce scénario jugé dévastateur, au plan financier et social. La baisse des tarifs, en creusant le fossé salarial entre hôpitaux et cliniques, risque d'entraîner «*une explosion sociale majeure*». «*Je ne comprends pas que le même payeur permette à un des deux secteurs hospitaliers de payer ses salariés plus que l'autre*», argumente Ken Danis, qui réclame la mise en place d'une enveloppe sociale pour l'hospitalisation privée.

La FHP estime que les hôpitaux publics se sortiront mieux que les cliniques de la baisse tarifaire. D'abord, en se rattrapant sur l'enveloppe dotation globale. Ensuite, grâce aux missions d'intérêt général – Migac – (enseignement, recherche, innovation), dont le financement va être revu à la hausse. Le Conseil national de l'hospitalisation, dans un document remis aux fédérations d'établissements, recommande en effet d'établir la dotation Migac à 5,4 milliards d'euros en 2006, soit une progression de 585 millions d'euros par rapport à l'an passé (+ 12 %).

**Polémique hôpitaux-cliniques. Mais d'ores et déjà, la baisse éventuelle des tarifs des cliniques a eu des conséquences à la Bourse de Paris où le titre de la Générale de Santé, l'un des groupements de cliniques les plus importants, a été chahuté puisqu'il perdait en une seule séance près de 10 %. Une perte toute relative cependant, lorsqu'on sait que le titre avait progressé en 2005, de 85 %. D'ailleurs, au siège de la Générale de Santé, on restait la semaine dernière tout à fait serein.**

Il est certain que le ministre de la Santé s'apprête à rendre ses arbitrages, une fois que son cabinet aura reçu la Fédération hospitalière de France (FHF), qui entend aussi donner de la voix sur ce dossier. Le délégué général de la FHF, Gérard Vincent, s'explique : «*En 2005, il y a eu un dérapage important*

*des dépenses en secteur privé. L'hôpital a mieux maîtrisé ses dépenses. On ne voit pas pourquoi on ferait supporter aux hôpitaux le dérapage des cliniques qui ont été moins vertueuses, en abaissant leurs tarifs de la même manière. Ou alors, il faut augmenter en conséquence l'enveloppe Migac», de façon à rendre l'opération neutre pour les finances des hôpitaux publics.*

La FHP ne l'entend pas de cette oreille et rebondit en expliquant que ce choix reviendrait à favoriser les hôpitaux. «*La quasi-totalité du fonds Migac est dévolue aux hôpitaux publics. En 2005, les cliniques ont touché 18 millions d'euros à ce titre, soit seulement 0,03% du total (4,5 milliards d'euros)*», explique Ken Danis, qui réfute au passage les accusations avancées par la FHF : «*S'il y a eu un effet T2A en 2005, après l'entrée des cliniques dans le nouveau système de facturation, il est au maximum de 1%, soit environ 80 millions d'euros. On ne peut pas parler de dérapage complet*», explique le président de la FHP. «*Augmenter d'un côté le fonds Migac de 12%, qui profite essentiellement aux hôpitaux, et de l'autre, réduire les tarifs de 1% pour les deux secteurs, en oubliant au passage de poursuivre le processus de convergence contre la décision du Parlement, voilà qui est inacceptable*», conclut Ken Danis.

### **Médecins à diplôme étranger : rendez-vous chez le ministre le 30 janvier Le Quotidien du Médecin du 17/01/2006**

Xavier Bertrand rencontrera le 30 janvier les syndicats des médecins à diplôme étranger (hors Union européenne) qui protestent depuis plusieurs mois contre la précarité de leur statut. Le ministère de la Santé estime que 7 000 praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue) exercent dans les hôpitaux de France «sans la plénitude d'exercice».

Réunis en Intersyndicale, les médecins protestent contre la différence entre leur statut (médecin attaché associé ou faisant fonction d'interne) ou leur rémunération et ceux des médecins français titulaires. L'Intersyndicale revendique notamment la prise en compte pour les médecins à diplôme étranger exerçant depuis plusieurs années en France de la validation des acquis de l'expérience (VAE). Le ministère de la Santé indique poursuivre deux objectifs : «Offrir à des praticiens à diplôme hors UE la possibilité d'obtenir une autorisation de plein exercice répondant aux mêmes exigences requises pour les médecins à diplômes français ou communautaire» et «pérenniser une offre de formations complémentaires à des praticiens à diplôme hors UE dans le cadre d'accords de coopération.»

Pour y parvenir, le ministère indique avoir modifié la nouvelle procédure d'autorisation (NPA), qui permet d'accorder le plein exercice aux médecins à diplôme hors UE au terme d'un contrôle des connaissances. Les candidats pourront maintenant tenter ce concours jusqu'à quatre fois au lieu de deux. Pour la deuxième session de la NPA, 6 000 candidats se sont déjà inscrits pour 599 places. «Il est envisagé de mettre en oeuvre une procédure simplifiée pour les médecins à diplôme hors UE ayant réussi les épreuves du certificat de synthèse clinique et thérapeutique (Csc) organisées en 2001», précise le ministère, qui propose également une concertation sur le quota de la NPA avec l'ensemble des syndicats concernés et la mise en ?uvre d'une offre de formation spécialisée de haut niveau dans le cadre des accords de coopération.

### **Nouvelle gouvernance, T2A, statut des PH, retraite La Confédération des praticiens des hôpitaux annonce des « luttés au couteau » Le Quotidien du Médecin du 17/01/2006**

La Confédération des praticiens des hôpitaux (CPH) s'inquiète des projets des pouvoirs publics sur l'hôpital et sur le statut des praticiens hospitaliers. Son président, Pierre Faraggi, demande que soit préservée l'indépendance des PH vis-à-vis des directeurs d'établissements et réclame la reprise rapide des négociations sur le régime de retraite Ircantec dont le projet de réforme a été retiré par le Premier ministre à la fin de l'année dernière. Il s'inquiète aussi des conséquences de la T2A.

LA NOUVELLE année a été l'occasion pour la CPH (Confédération des praticiens des hôpitaux, née il y a quelques mois de la fusion de la Confédération des hôpitaux généraux et du Collectif des syndicats de PH pour la défense de l'hôpital public) de fêter 2006 en reprenant de plus belle sa contestation de la politique hospitalière des pouvoirs publics.

Après avoir dénoncé les effets pervers de la T2A, jugée «inflationniste et destructrice pour le service public», les responsables de la CPH se sont attaqués à la réforme de gouvernance hospitalière en critiquant notamment la mise en place de comités exécutifs et la «logique gestionnaire» du découpage des services en pôles d'activités.

«Nous sommes légalistes», a toutefois précisé le Dr Pierre Faraggi, président de la CPH, mais il est essentiel de «maintenir des enveloppes conséquentes pour le service public» et d'«éviter les dérives perverses vers des activités plus rémunératrices».

«Ça va être des luttes au couteau», a-t-il annoncé. Les différents responsables de la CPH n'ont pas mâché leurs mots pour exprimer leur inquiétude, évoquant «l'euthanasie» et la «faillite» du service public, les finances «exsangues» et «le scandale» du manque de lits. Ils ont évoqué la continuité, logique selon eux, entre T2A, gouvernance, pôles d'activité, nouvelles procédures de nomination des PH, qualifiant de «naïveté extraordinaire» la position de la Fédération hospitalière de France (FHF) consistant selon eux à admettre la T2A tout en critiquant la convergence des tarifs public-privé.

Mobilisation. Les représentants de la CPH ont également abordé deux dossiers qui leur tiennent à cœur : le régime de retraite complémentaire Ircantec des praticiens hospitaliers, dont le projet de réforme avait fait l'objet de houleuses négociations avant d'être retiré à l'initiative même du Premier ministre («le Quotidien» du 12 décembre 2005) et la procédure de nomination des PH.

Sur ce point, le Dr Faraggi a rappelé ne vouloir «à aucun prix» que les décisions de nomination, et même d'affectation, soient transférées au niveau local et dépendent des directeurs d'établissement. «Pour nous, il est clair que, si on n'obtient pas satisfaction, a-t-il averti, s'il n'y a pas de recul, nous appellerons à une mobilisation des praticiens.» Le Dr Faraggi estime en effet que cette question est au cœur de la «défense de l'hôpital public» et qu'il faut garantir l'indépendance des praticiens vis-à-vis des gestionnaires. Quant aux négociations sur les retraites, dossier actuellement «au point mort», la CPH demande la reprise rapide des négociations.

Enfin, les responsables du syndicat ont présenté les revendications des différentes composantes de la CPH, montrant un front syndical uni tant vis-à-vis de leurs propres adhérents que des négociateurs éventuels qui remettraient en cause leur représentativité par branche d'activité : les difficultés démographiques des radiologues, l'avenir sombre de la chirurgie publique, la déstabilisation des biologistes face à un nouveau décret, les tensions importantes aux urgences, les «pressions» subies par certains gériatres au niveau local ont ainsi été évoqués par le président du syndicat qui, une nouvelle fois, a dénoncé l'attitude «peu fiable» des pouvoirs publics lors des dernières négociations.

En tout état de cause, conclut Pierre Faraggi, «la CPH poursuivra son travail d'information, de sensibilisation, de mobilisation des praticiens».

### **Sondage : Les Français satisfaits de leur système de santé**

#### **Flash Quotidien du Médecin**

Plus de deux Français sur trois se disent satisfaits de leur système de santé, ainsi que des infrastructures du pays et des services publics, selon un sondage CSA pour l'hebdomadaire «Challenges» paru la semaine dernière. 69 % des personnes interrogées voient le système de santé comme un atout pour l'avenir de la France, et seulement 28 % le considèrent comme un handicap. Les personnes interrogées placent les infrastructures en deuxième position des atouts de la France (67 %), devant les services publics (63 %) et les entreprises de grande taille (62 %). Le système éducatif recueille 54 %, mais le «modèle social», seulement 49 %. Ce sondage a été réalisé par téléphone les 7 et 8 décembre 2005 auprès d'un échantillon représentatif de 1 004 personnes âgées de 18 ans et plus.

### **Xavier Bertrand fixe le cap pour 2006**

#### **Flash Quotidien du Médecin**

*Vendredi 13 janvier.* Des états-généraux de la prévention à une date encore non précisée, des états-généraux contre l'alcoolisme «au printemps», un deuxième Programme national nutrition santé contre l'obésité «en mars», des orientations dans la lutte contre le tabac dans les «semaines qui viennent»... Le ministre de la Santé a fixé, lors de ses vœux à la presse, ses priorités pour l'année

2006. Le dépistage organisé du cancer du sein devrait ainsi s'étendre à 80 % des femmes de 50 à 74 ans cette année, a-t-il indiqué. Sont aussi attendues "très prochainement" des propositions pour mettre fin à la discrimination contre les séropositifs pour l'accès au crédit, la parution des textes d'application de la loi du 11 février 2005 (lutte contre les discriminations, droit à compensation, accessibilité), la mise en place de l'Agence de l'adoption ainsi que, en "début d'année", la parution des décrets d'application de la loi du 22 avril 2005 sur la fin de vie. Le ministère compte également préparer en 2006 une loi relative à la protection de l'enfance et "reprenre les propositions" du président d'Emmaüs France, Martin Hirsch, "pour améliorer la situation matérielle des familles les plus démunies". Rappelant que le « plan démographie médicale » sera présenté « tout prochainement », Xavier Bertrand a annoncé dans ce domaine un bonus d'au moins 20 % des consultations des médecins en cabinet de groupe dans les zones sous-médicalisées. Au chapitre de la permanence des soins, il entend régler « au printemps » les points faisant encore l'objet de conflits comme « la prise en charge du samedi après-midi » et la « lisibilité » des maisons médicales de garde dont certaines sont menacées de fermeture, faute de financement pérenne. Pour l'hôpital, la modernisation des établissements mobilisera cette année 1,5 milliards d'euros d'investissement dans le cadre d'Hôpital 2007 (voir notre flash précédent).

## **Hôpital : cap sur 2012**

### **Flash Quotidien du Médecin**

*Vendredi 13 janvier.* Le ministre de la Santé Xavier Bertrand présentera « dès cette année » les objectifs, les moyens et la méthode d'un plan Hôpital 2012 pour dépasser le plan Hôpital 2007 en cours d'exécution. Ce plan quinquennal doit poursuivre « la modernisation des hôpitaux » entrepris avec "Hôpital 2007", engagé par l'ex-ministre de la Santé Jean-François Mattei et sera centré notamment sur « l'informatisation » et certains travaux de restructuration. Xavier Bertrand récuse toutefois l'idée d'une énième réforme hospitalière. Pour ce qui est de 2006, il a rappelé son souhait que, dans le cadre de la réforme du financement des établissements, la tarification à l'activité (dite "T2A") représente 35% des budgets des hôpitaux cette année (contre 25 % en 2005) et 50% en 2007. En marge de son discours, le ministre a par ailleurs annoncé que les tarifs des actes hospitaliers facturés à la Sécurité sociale "baisseront dès le début de l'année (...)", sans toutefois préciser le montant de cette diminution. Enfin, dès la fin du mois, Xavier Bertrand présentera « un tableau de bord pour la surveillance des infections nosocomiales » dans les établissements. Il ne s'agit pas « d'attribuer des bons points ou des bonnets d'âne » mais « de donner une information claire à tous, hospitaliers comme patients ».

## **18 millions d'euros supplémentaires pour la santé mentale**

### **Flash Quotidien du Médecin**

*Vendredi 13 janvier.* Le ministre de la Santé a annoncé vendredi la mise en œuvre d'une enveloppe exceptionnelle de 18 millions d'euros pour la santé mentale au cours d'un point d'étape où étaient conviés les représentants du secteur et qui avait pour objectif de faire le point sur les thèmes de la sécurité dans les établissements de santé mentale et plus largement sur la prise en charge psychiatrique. Cette enveloppe exceptionnelle de 18 millions d'euros « ne s'imputera pas sur les crédits du plan santé mentale mais représente un effort supplémentaire », selon le communiqué du ministère. Il doit permettre de « satisfaire rapidement les demandes d'équipements et de petits travaux de sécurité ». Seront privilégiés tout particulièrement : les systèmes de protection des travailleurs isolés, la vidéo-surveillance, les dispositifs de contrôle des flux, la sécurisation des chambres. Xavier Bertrand a par ailleurs annoncé la mise en place d'une « concertation large » autour du projet d'accélération du programme d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). Le cahier des charges de ces structures sera transmis dans les jours qui viennent à l'ensemble des acteurs de la psychiatrie et aux organisations syndicales. Le ministre a indiqué que l'espace de soins prévu au sein de ces unités sera réservé aux personnels soignants, le personnel pénitentiaire assurant « une sécurisation périmétrique à cet espace ». Enfin, une concertation va s'engager sur les mesures envisagées suite au rapport conjoint de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des services judiciaires sur la réforme de la loi du 27 juin 1990. Un comité de suivi interministériel Santé /Justice aura pour mission d'en valider les propositions.

## **La Croix-Rouge rouvre ses dispensaires**

### **L'Humanité 17 janvier 2006**

*SEINE-SAINT-DENIS. Après une première victoire à mettre au crédit de la population, des personnels des centres et des élus, la mobilisation continue.*

Les trois dispensaires de la Croix-Rouge du Blanc-Mesnil, Drancy, Épinay-sur-Seine, en Seine-Saint-Denis, étaient de nouveau ouverts vendredi. Ils avaient été fermés le 1er janvier sur ordre de la direction de l'association humanitaire, présidée par l'ancien ministre de la Santé, le professeur Jean-François Mattéi. Celle-ci justifiait sa décision en invoquant les déficits cumulés et l'absence des moyens financiers nécessaires pour procéder aux rénovations indispensables. Et elle entendait la faire avaliser par le comité central d'entreprise (1). C'était sans compter avec la mobilisation des populations, des personnels des centres et des élus (l'Humanité du samedi 7 janvier). Alors que les violences du mois de novembre avaient pris naissance dans ce département, en mettant une nouvelle fois en lumière des inégalités de plus en plus insupportables, la fermeture de ces dispensaires implantés dans des quartiers populaires est apparue comme une provocation. Toute la Seine-Saint-Denis et particulièrement ces quartiers sont déjà confrontés à une offre de soins déficitaire. La fermeture des dispensaires l'accroissait. Elle signifiait aussi, pour de nombreuses familles frappées par le chômage, pour des salariés aux revenus modestes ou pour des personnes âgées, la remise en cause, purement et simplement, du droit à la santé.

Réuni mercredi, le comité central d'entreprise de la Croix-Rouge avait mis à son ordre du jour l'examen du plan social lié à la fermeture des établissements. Non seulement il n'a pas suivi la direction mais il a, selon le représentant de la CGT, Djilali Benaboura, « voté à l'unanimité la motion d'assigner en justice la Croix-Rouge » pour non-respect de la procédure légale. C'est ainsi que vendredi, les médecins qui assuraient des consultations dans ces centres et les personnels de santé ont été contactés par téléphone en vue de reprendre leurs activités dès cette semaine. Une décision dont s'est aussitôt félicité Hervé Bramy, le président communiste du conseil général, en soulignant « l'efficacité de l'action convergente des salariés de la Croix-Rouge et des élus du département ».

Reste que la situation de ces centres est toujours précaire. Le comité central d'entreprise doit reprendre les discussions demain et de nouveaux contacts sont prévus entre l'association et les élus locaux. Mais il apparaît que c'est le gouvernement qui est aujourd'hui au pied du mur. « Dans un département où plus de 100 000 personnes sont privées d'emploi, les services publics et les centres de soins de proximité doivent être renforcés », déclare l'union départementale CGT, qui estime qu'au moment où il vient de nommer un préfet pour « l'égalité des chances », le gouvernement ne peut pas se contenter de discours.

C'est aussi ce que pense Yvette Sauvage, l'une des animatrices du comité de défense du centre Saint-Charles du Blanc-Mesnil : « Il faut maintenant un engagement de l'État », dit-elle, avant d'ajouter : « Nous allons relancer la mobilisation des habitants pour obtenir la réouverture définitive et des travaux de réhabilitation. » Samedi 28 janvier, à 10 h 30, à l'appel de nombreuses organisations, un rassemblement aura lieu devant la mairie d'Épinay-sur-Seine. Le combat pour que les dispensaires de Seine-Saint-Denis aient les moyens de vivre et de répondre aux besoins de la population continue.

(1) Au total, neuf structures de soins sont concernées dans cinq départements : le Nord, le Val-d'Oise, la Loire, la Drôme et la Seine-Saint-Denis.

### **Tir de barrage contre la dépense publique L'Humanité 13 janvier 2006**

*Économie . Le programme de stabilité des finances publiques pour 2007-2009 vise la diminution des dépenses publiques. Des économistes de gauche prennent le contre-pied.*

Les restrictions budgétaires sont-elles de mises quand les besoins explosent ? Malgré la demande croissante en termes de rénovation urbaine, d'accès à la formation, à la culture et à la santé (voir article ci-après), Dominique de Villepin s'est employé cette semaine à ériger en norme comptable la réduction des dépenses publiques. En sortant du champ politique la nécessité de financements colossaux pour les besoins existants et nouveaux, les libéraux veulent faire du budget une question de pure contrainte technique. Le programme de stabilité pour la période 2007-2009 envoyé hier à la Commission de Bruxelles ne déroge pas à la règle. Il prévoit de mettre « nos finances publiques sur une trajectoire de désendettement crédible ». « Les comptes publics doivent retrouver l'équilibre et la

dette publique repasser sous les 60 % du PIB d'ici la fin de la décennie », précise le document (voir encadré). Pour parvenir à un effacement complet du déficit public en cinq ans, la réduction des dépenses (État central + collectivités locales + Sécurité sociale) est donc privilégiée.

### **Saigner au lieu de soigner**

Si l'objectif de réduction des dépenses publiques fait controverse parmi les économistes de gauche, ils semblent unanimes pour vouloir d'abord relancer la croissance et l'emploi pour espérer ensuite assainir les finances publiques, comme le souligne Jean-Paul Fitoussi, le président de l'OFCE (Observatoire français des conjonctures économiques). Dans une économie à plat depuis cinq ans déjà, le remède du gouvernement ne peut que renforcer le cycle dépressif. À la manière des « médecins » du Moyen Âge qui prétendaient guérir le malade en le saignant, les libéraux vont finir par l'achever. Pour Yves Dimicoli, économiste et membre du conseil national du PCF, de telles contraintes budgétaires mènent « vers de graves difficultés pour la majorité des Français » (1). Il note que « les efforts pour réduire la part des prélèvements obligatoires dans le PIB en réduisant la dépense à financer ne font qu'exacerber les facteurs de déficit et le freinage de la croissance ». Pour Liêm Huang Ngoc (2), proche d'Emmanuelli, « l'origine de la montée de l'endettement n'est pas l'excès de dépenses publiques. Au contraire, la tendance depuis vingt ans est à leur baisse et à la rationalisation avec la LOLF. On ne peut mettre les déficits publics sur le compte du trop-plein de fonctionnaires. La dernière fois qu'on a créé massivement des postes de fonctionnaires, c'était en 1981 ».

### **Qui dépense trop ?**

Thierry Breton, cet été, vilipendait cette « France qui vit au-dessus de ses moyens », pour justifier les restrictions budgétaires et les compressions d'effectifs dans la fonction publique comme moyens de réduire la dette publique. Selon Yves Dimicoli, « c'est ce type de politique, conjuguée à la gestion des grands groupes pour la rentabilité qu'elle encourage, qui creuse la dette ». Pour Liêm Huang Ngoc, les cadeaux fiscaux encouragent l'épargne qui dort. Pour l'économiste de Paris-I, la masse importante d'« épargne ne se transforme pas en investissement parce que les entreprises n'investissent pas ». Reste à savoir vers où se dirige cette masse énorme d'argent. Depuis le 2 janvier, le CAC 40 s'est apprécié de 3,4 %, soit sa meilleure performance depuis 1999. En 2005, la hausse a été de 24 %, alimentée par un retour en force des mouvements de fusions-acquisitions. Les OPA (offres publiques d'achat) ont totalisé 955 milliards d'euros en Europe l'année dernière (2 700 milliards dans le monde), tirées par les opérations géantes d'entreprises françaises comme France Télécom, Arcelor ou Saint-Gobain.

Si, face à la relance des marchés financiers, les deux économistes appellent à une réorientation efficace de certaines dépenses publiques, notamment des 20 milliards d'euros d'exonération de cotisations sociales patronales, les visées budgétaires ne semblent pas les mêmes. Yves Dimicoli réclame « une rupture pour un nouveau type de croissance qui ferait de la progression continue des dépenses nécessaires au développement des capacités humaines le moteur » du développement. Il juge impératif en même temps des « économies systématiques sur les gâchis en capitaux matériels et financiers ». Liêm Huang Ngoc, de son côté, « propose de sortir du calcul du déficit public, dans le cadre du pacte de stabilité, les dépenses d'investissement ». Élections aidant, le débat sur la dépense publique ne fait peut-être que commencer.

(1) Économie et politique, n° 614-615, septembre-octobre 2005.

(2) Liem Huang Ngoc enseigne l'économie à l'Université de Paris-I. Il est proche d'Henri Emmanuelli.

### **Retraite, dépendance : des dépenses délibérément ignorées** **L'Humanité 13 janvier 2006**

*L'objectif d'austérité fixé à la Sécu est incompatible avec le financement des retraites et la prise en charge des personnes âgées dépendantes.*

« Impossible » à tenir, a réagi la présidente de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, Danièle Karniewicz, à l'annonce par Villepin de son intention de limiter à 1 % la hausse des dépenses de Sécurité sociale. L'arrivée à l'âge de la retraite, à partir de cette année, des générations nombreuses du baby-boom rend cet objectif tout simplement irréaliste, sachant que « les dépenses (de retraite) vont augmenter de 20 % en volume entre 2003 et 2010 », a-t-elle souligné. « Ce sont des générations en partance maintenant et on ne peut pas comprimer ces dépenses. »

Outre le phénomène du papy-boom, l'allongement de l'espérance de vie et son corollaire, la dépendance, entraînent une hausse inéluctable des besoins de financement de la protection sociale. Régime de retraite, assurance-maladie, mais aussi l'État et les collectivités locales, qui financent notamment l'allocation personnalisée autonomie (APA), sont directement concernés. Les soumettre à la norme d'austérité voulue par Villepin reviendrait à les empêcher de répondre à une demande sociale qui, dans ces domaines du troisième et du quatrième âge, se fait déjà très pressante et, dans les prochaines années, va croître de façon quasi exponentielle. Un rapport récent de la très officielle Cour des comptes a montré combien le « défi médical, social et financier » de la prise en charge des personnes âgées dépendantes est « largement sous-estimé ».

Cette population va connaître, d'ici 2040, une augmentation « qui n'a pas eu d'équivalent dans le passé », atteignant alors 1,22 million, moitié plus qu'en 2000. Aide à domicile, santé, hébergement en maisons de retraite... Les déficits sont déjà criants, comme l'a révélé la canicule de 2003. À l'avenir, le coût des différentes modalités de prise en charge de la dépendance va exploser. Exemple, l'APA, allocation universelle créée en 2002 et qui a connu une « montée en charge beaucoup plus rapide et forte que prévu » (911 000 bénéficiaires au 30 septembre 2005, à domicile et en établissement) : le gouvernement Raffarin n'a trouvé d'autre solution pour la financer que d'en durcir les conditions d'octroi et de supprimer un jour férié. Selon la Cour des comptes, cette prestation devrait coûter 6 milliards d'euros en 2020, « soit une augmentation de 64 % par rapport à 2004 ». « Pour l'assurance maladie et les personnes elles-mêmes, les enjeux financiers sont supérieurs à ceux de l'APA » : les coûts supplémentaires seraient de 3 à 4,7 milliards d'euros par an pour la première, et de 1,6 à 2,7 milliards d'euros pour les résidents en établissements à l'horizon 2020.

**La réforme du financement de la protection sociale  
Les pistes et les réserves de l'économiste Michel Didier (Rexecode)  
Le Quotidien du Médecin du 12 janvier 2006**

*Dominique de Villepin vient d'annoncer qu'il réunirait « très prochainement » un comité interministériel pour le financement de la protection sociale. Directeur de l'institut de conjoncture Rexecode, Michel Didier souligne que la réforme du financement à l'étude ne vise pas à procurer davantage de recettes pour la Sécurité sociale. Il estime, en revanche, que les dépenses de santé ne peuvent pas progresser toujours plus vite que la richesse nationale.*

**LE QUOTIDIEN – Pensez-vous que le projet du gouvernement d'étendre l'assiette des cotisations patronales à la valeur ajoutée des entreprises puisse être, en bout de course, bénéfique à la Sécurité sociale ?**

**MICHEL DIDIER** – Il est difficile de donner une réponse absolue. Mais sortons d'emblée de l'ambiguïté sur l'objectif de cette réforme. Est-ce que ça va rapporter plus d'argent ? Je n'en sais rien, cela dépendra des taux. En principe, l'objectif n'est sûrement pas d'augmenter les prélèvements obligatoires dans notre pays. *A priori*, le but n'est donc pas d'augmenter les recettes, mais plutôt, si l'on en croit les propos du président de la République, d'améliorer l'emploi en France. Ma première analyse, c'est que ce n'est pas un système qui vise de façon mécanique à procurer davantage de recettes.

**Pour assurer un financement solide de l'assurance-maladie, quels leviers économiques ont votre préférence ?**

Il y a un débat de fond sur la façon d'obtenir des recettes pour la protection sociale de manière optimale pour l'emploi. L'allègement des cotisations sociales sur l'emploi, reporté sur le complément du travail dans la valeur ajoutée, a pour effet de diminuer relativement le coût du travail, mais pour un inconvénient majeur de charger le coût de l'investissement. Cela ne rend pas les prix des produits français moins chers. Sur le plan de la compétitivité, c'est neutre. En revanche, on peut craindre que l'investissement en France soit affaibli, ce qui serait, au bout du rouleau, défavorable à l'emploi.

Pour ma part, j'estime que le système actuel de financement de l'assurance-maladie est parfaitement adapté ; le problème, c'est que les dépenses d'assurance-maladie augmentent sans cesse ! Quant au mode de financement le plus logique pour des prestations qui bénéficient aux personnes, c'est la CSG. Mais évidemment, le jour où on décide d'augmenter le taux, ce n'est pas facile.

**La réforme de l'assurance-maladie votée en 2004 est-elle à la hauteur du déficit actuel ? Est-elle de nature à permettre le retour à l'équilibre de la branche maladie dans les trois ans à venir ?**

Indéniablement, cette réforme a instauré un certain nombre de mécanismes de responsabilisation, notamment des médecins, des assurés et des caisses, qui se mettent en place lentement. Tout dépendra de l'utilisation de ces mécanismes par les acteurs en ville, mais aussi à l'hôpital, où je suis convaincu que l'on peut faire beaucoup mieux, même si ce n'est pas facile.

**La situation financière de la Sécurité sociale pèse lourdement sur la dette publique. Ce déficit menace-t-il la survie de notre système de protection sociale ?**

La dépense de santé ne peut pas éternellement progresser plus vite que la richesse nationale. Forcément, il faut trouver le moyen de limiter la dépense sans trop contraindre les personnes. De ce point de vue, la réforme adoptée va dans ce sens. Est-ce que le résultat sera à la hauteur ? On ne peut pas le savoir car il y a un côté « pari ». Je suis convaincu que, périodiquement, il faudra trouver de nouveaux équilibres entre les recettes et les dépenses, ne serait-ce qu'en raison du progrès médical, des technologies, des nouvelles maladies... Aucune réforme n'est faite pour l'éternité.

**Partenariat public-privé à Argenteuil  
Inauguration d'une unité de coopération en psychiatrie  
Le Quotidien du Médecin du 12 janvier 2006**

LA CLINIQUE d'Orgemont à Argenteuil (Val-d'Oise) a inauguré une unité de coopération en soins psychiatriques avec le centre hospitalier Victor-Dupouy. L'objectif de ce partenariat est de mettre à disposition du service de psychiatrie publique d'Argenteuil des lits privés d'hospitalisation à temps complet.

L'ouverture de cette unité de coopération marque l'aboutissement de deux années de travail des promoteurs du projet, les Drs Jean-Claude Marian, psychiatre et P-DG du groupe Orpea-Clinea, et Sylvie Péron, chef du département de psychiatrie de l'hôpital d'Argenteuil. Située au rez-de-chaussée de la clinique, l'unité de coopération se compose de vingt lits d'hospitalisation à temps complet et d'une chambre d'isolement. Une équipe spécifique, médicale et paramédicale, lui est affectée. Elle se compose de deux psychiatres, un cadre de santé, des infirmiers et aides-soignants, un psychologue, un ergothérapeute, une psychomotricienne et une assistante sociale. Une permanence médicale est assurée dans la clinique vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept.

Pour assurer un bon fonctionnement de l'unité, les médecins des deux structures ont convenu de traiter ensemble les demandes d'admission. Le staff hebdomadaire organisé à la clinique sera ouvert aux équipes du CH d'Argenteuil et des rencontres mensuelles sont programmées entre les équipes des différentes structures de soins afin d'ajuster l'organisation médicale. Ce sont les médecins du secteur public qui adresseront les patients à la clinique, après l'avis d'un médecin de la clinique. Les patients sous contrainte seront évalués sur les plans psychiatrique et somatique aux urgences du CH d'Argenteuil, où les premiers certificats d'hospitalisation à la demande d'un tiers et d'hospitalisation d'office seront établis. Une tarification spécifique a été établie avec la Caisse régionale d'assurance-maladie d'Ile-de-France (Cramif). Le fonctionnement administratif et médical de l'unité de coopération sera sujet à une évaluation dans six mois puis chaque année. Un premier bilan d'activité est prévu au premier trimestre 2007. « Cette unité est un bon exemple de coopération utile. Les besoins en psychiatrie sont considérables », confie le Dr Jean-Claude Marian.

**La préparation du plan Démographie  
Les missions régionales de santé achèvent le recensement des zones déficitaires  
Le Quotidien du Médecin du 12 janvier 2006**

Vingt-cinq des vingt-six missions régionales de santé (MRS) auraient d'ores et déjà achevé leur travail de définition des zones déficitaires en offre de soins. C'est à partir de cette cartographie qu'un certain nombre d'aides, tant à l'installation qu'à l'exercice, pourront être obtenues par les professionnels de santé qui exercent dans ces zones. Le ministre de la Santé doit présenter dans les prochains jours les grandes lignes de son plan Démographie médicale.

LE 14 JANVIER 2005, une circulaire conjointement rédigée par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos) et par l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam) demandait aux missions régionales de santé (MRS) de réaliser une cartographie des zones sous-médicalisées, selon des critères précis (voir encadré).

Un recensement vivement attendu par les médecins libéraux, car exercer dans une de ces zones ouvre des droits pour l'attribution d'un certain nombre d'aides, qu'elles viennent de l'Etat, des collectivités locales ou territoriales, ou encore de l'assurance-maladie.

Cette circulaire demandait aux MRS d'achever ce travail pour le mois de mars 2005. Le délai a donc été largement dépassé, mais les MRS font légitimement valoir que, si la circulaire était bien datée du 14 janvier 2005, elle n'est arrivée à destination qu'au mois de mars suivant. Leur demander d'avoir achevé ce travail à réception de la circulaire n'était pas réaliste. Quant aux aides auxquelles peuvent prétendre les médecins exerçant, ou envisageant d'exercer, dans ces zones sous-médicalisées, elles sont nombreuses.

La loi de réforme de l'assurance-maladie du 13 août 2004 propose aux médecins exerçant dans des zones sous-médicalisées des «*rémunérations forfaitaires annuelles*», mais renvoie à la convention pour les modes de calcul de cette rémunération. Quant à ladite convention, elle précise bien que les partenaires sociaux doivent avoir étudié les modalités d'attribution de ces aides au plus tard au 1er janvier 2006, mais cela reste encore à faire.

S'agissant de la loi sur les territoires ruraux, son article 109 précise que les collectivités territoriales peuvent attribuer des aides aux professionnels de santé qui s'installent dans les zones sous-médicalisées.

Des décrets en attente. Le même article 109 prévoit la possibilité, pour les collectivités territoriales, d'accorder «*des indemnités de logement et de déplacement aux étudiants de troisième cycle de médecine générale lorsqu'ils effectuent leurs stages dans des zones sous-médicalisées.*» De même, «*une indemnité d'étude et de projet professionnel peut être attribuée par les collectivités à tout étudiant en médecine à partir de la première année du troisième cycle, s'il s'engage à exercer comme médecin généraliste au moins cinq années dans l'une des zones déficitaires*». Enfin, «*la rémunération perçue au titre de la permanence des soins par les médecins ou leurs remplaçants installés dans une zone sous-médicalisée est exonérée de l'impôt sur le revenu à hauteur de soixante jours de permanence par an*». Cependant, l'application des mesures dépend de la parution de décrets qui ne sont pas encore publiés.

Certaines collectivités locales ou territoriales n'ont d'ailleurs pas attendu la publication de cette cartographie des zones sous-médicalisées pour attribuer des aides à certains médecins. Mais il s'agit le plus souvent d'aides ciblées et personnalisées, attribuées au cas par cas, par exemple pour le seul médecin généraliste exerçant sur l'île de Sein.

Enfin, le plan Démographie médicale que le ministre de la santé doit dévoiler dans les prochains jours devrait ajouter quelques lignes à cette liste d'aides.

Selon un des proches du dossier, une seule MRS n'aurait pas encore rendu sa copie, sans qu'il soit en mesure de la citer. Selon lui, le ministre de la Santé pourrait dévoiler la cartographie complète des zones sous-médicalisées vers la fin de la semaine prochaine.

## **Le rôle des MRS**

### ***Le Quotidien du Médecin* du 12 janvier 2006**

Créées par la réforme de l'assurance-maladie du 13 août 2004, les missions régionales de santé sont composées de représentants des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et de l'union régionale des caisses d'assurance-maladie (Urcam). Elles sont dirigées alternativement, par période d'un an commençant au 1er janvier, par le directeur de l'ARH et le directeur de l'Urcam. La liste de leurs directeurs a été publiée au «*JO*» du 16 février 2005.

Ces instances préfigurent les futures agences régionales de santé.

Elles doivent notamment proposer une organisation régionale de permanence des soins (en coordonnant tous les acteurs locaux), déterminer les orientations sur la répartition des professionnels de santé libéraux et des centres de santé, en particulier dans les zones rurales et urbaines difficiles (d'où leur mission), et assurer, améliorer la coordination entre les différentes composantes régionales du système de soins.

Ce que dit la circulaire : la circulaire du 14 janvier 2005 énumère un certain nombre de conditions pour qu'une zone soit déclarée sous-médicalisée :

« Nous invitons [les responsables des MRS] à prendre en compte comme principaux critères, dans les territoires définis, la densité et l'activité médicale. Ainsi, par exemple, lorsque plus de la moitié des médecins du territoire ont une activité (C+V) supérieure de 30 % à 50 % à l'activité moyenne nationale, et que la densité des praticiens est inférieure de 30 % à la moyenne nationale, ce territoire pourrait être considéré comme déficitaire. Ces références peuvent être adaptées lorsque le territoire comporte des particularités (...) (vallées de montagnes enclavées, par exemple). »  
D'autres critères peuvent également être pris en compte, précise cette circulaire :

« le délai d'accès au médecin généraliste qui, dans un souci d'accès aux soins notamment des personnes les plus âgées et fragiles, ne doit pas excéder vingt minutes ;

– les difficultés particulières des territoires liées notamment à la part des personnes âgées de plus de 75 ans, dès lors que leur présence serait supérieure de 10 % à la moyenne régionale ;

– des fragilités sociales plus globales des territoires, déterminées notamment par leur classement en zone de revitalisation rurale, zone franche urbaine ou zone de redynamisation urbaine.»

Le texte préconise « de limiter le nombre de zones à celles (...) comme devant être prioritairement éligibles aux aides », afin d'éviter tout « saupoudrage ».

### **Le risque obstétrique effraie de plus en plus les assureurs *Le Quotidien du Médecin* du 12 janvier 2006**

Les assureurs couvrant la responsabilité civile médicale affichent de nouvelles hausses de tarifs en ce début d'année pour les spécialités à risque. Le marché se régule progressivement, mais un sérieux problème demeure : l'obstétrique. De plus en plus de compagnies s'interrogent pour savoir s'il faut continuer à couvrir ce risque. Assureurs et accoucheurs réclament un débat de fond. L'avenir de la discipline est en jeu.

NOUVELLE ANNEE, nouveaux tarifs. Si les primes en responsabilité civile médicale sont globalement stables – en moyenne 300 euros pour un généraliste libéral –, certaines spécialités, toujours les mêmes, devront payer davantage que l'an passé pour s'assurer.

Les syndicats médicaux ont fait le calcul. En anesthésie, la hausse des primes est modérée, + 2 %. En chirurgie, la revalorisation oscille entre + 10 % et + 40 %, et entre + 10 % et + 20 % pour l'obstétrique. «Ça commence à 12000euros. Mais la réalité est beaucoup plus dure chez les obstétriciens de plus de 60ans, à qui l'on propose des primes de plus de 40000euros: les assureurs font des provisions pour assumer les réclamations déposées après leur départ en retraite», indique le Dr Jean Marty, du Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France (Syngof).

En fait, assureurs et médecins dressent le même constat : alors que le marché de la RC médicale semble avoir retrouvé une certaine stabilité, seule l'obstétrique continue de poser problème. L'anesthésiste Michel Lévy l'admet volontiers : «Aujourd'hui, je me battraï plus pour les obstétriciens que pour les anesthésistes». Le secrétaire général du Snarf (Syndicat national des anesthésistes-réanimateurs de France) s'explique : «Le risque anesthésique est considéré comme un bon risque, assurable, car nos efforts ont payé: en vingt ans, on a réduit le risque de morbidité-mortalité par 10, grâce à l'évolution des structures, des techniques et des pratiques. En obstétrique, un seul sinistre peut coûter une fortune, et certains ne sont pas évitables. La seule solution passe par une prise en

*charge par la société de ce problème-là, sans quoi on risque de ne plus avoir d'obstétriciens si cela continue.»*

L'inquiétude à son comble. A la Macsf, premier assureur de professionnels de santé en France, on ne dit pas autre chose. «Où vont aller s'assurer les obstétriciens? C'est un énorme problème, c'est la seule vraie question», résume le directeur général, Michel Dupuydauby. *Les 400 obstétriciens couverts par la Macsf ont du souci à se faire.* «On n'a pas encore commencé à résilier des contrats, mais on se demande sincèrement si on va continuer à couvrir ce risque, poursuit Michel Dupuydauby. Souffrance f?tale, césarienne ou accouchement difficile: en 2005, on a eu plusieurs sinistres à plus de 3 millions d'euros chacun. Il suffit d'une dizaine d'accidents comme cela en une année pour dépenser l'ensemble de nos recettes annuelles en RC –de l'ordre de 50 millions d'euros».

Au Syngof, l'inquiétude est à son comble. «Il faut trouver une solution, sinon il n'y aura plus du tout d'accoucheurs, prévient le secrétaire général, le Dr Jean Marty. Il ne faut pas se contenter d'un petit replâtrage de plus, comme l'aide que nous verse la Sécurité sociale. Les assureurs proposent de plafonner les indemnités: ce n'est pas une bonne chose car ça ne règle pas le problème de l'insécurité juridique. Or quand on reçoit une plainte, personne ne peut dire comment on va s'en sortir. On sait seulement que l'on va être embêté par l'assureur. Ce n'est pas bon de maintenir un climat dans lequel les médecins se méfient de faire l'activité pour laquelle ils ont été formés.»

Les Urml (Unions régionales des médecins libéraux) s'apprentent à présenter en février un ensemble de propositions pour sortir l'obstétrique de la crise. «On ne demande pas énormément d'argent, mais qu'on écoute nos idées et qu'on règle les problèmes intelligemment», précise le Dr Marty, qui pense notamment à l'accréditation des praticiens. «On aimerait mettre en place la gestion des risques, mais le dossier s'enlise car on a beaucoup de mal à trouver le financement auprès de la Sécurité sociale.»

Le directeur général de la Macsf souhaite également l'ouverture rapide d'un débat sur le sujet. «Xavier Bertrand, il y a quatre mois, avait annoncé un groupe de travail: on l'attend encore. Peu important les solutions, mais il faut en parler, et vite, insiste Michel Dupuydauby. D'autant qu'on ne sait pas combien de temps durera Micl», la société irlandaise reprise par MMA l'été dernier, qui couvre plusieurs milliers de praticiens libéraux à tarif très compétitif, et dont la solvabilité avait un temps été mise en doute. «L'existence de Micl rassure tout le monde. Mais est-ce tenable? Ça va être le drame si son offre s'arrête», anticipe Michel Dupuydauby.

## **Le cas des hôpitaux et des cliniques** **Le Quotidien du Médecin du 12 janvier 2006**

Du côté des établissements de santé, pas de mauvaise surprise à signaler en secteur privé. «Il n'y aura pas d'orphelin d'assurance en 2006, note Sabine Guiné, de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP). Les cliniques n'ont pas eu de grosse augmentation de prime.»

Malgré tout, la RC pèse lourd dans le chiffre d'affaires des cliniques, qui espèrent pour 2006 une revalorisation tarifaire tenant compte de ce facteur. Les hôpitaux publics, eux, accusent le coup. Leurs dépenses en assurances ont plus que doublé en quatre ans (voir tableau). La tendance pour 2006 n'est pas à la baisse. Or les politiques attendent des économies sur les achats hospitaliers. Principal assureur des hôpitaux, la Société hospitalière d'assurances mutuelles (Sham) promet des baisses de primes à ceux qui développeront la qualité et réduiront les risques. La FHP espère que le concept séduira également ses adhérents. «Nous encourageons les cliniques à mieux gérer les risques en amont, et les sinistres en aval», explique Sabine Guiné. L'établissement s'y retrouvera financièrement, et le patient, médicalement.

Si la crise de l'offre en assurance est bel et bien finie pour les cliniques privées, plusieurs problèmes demeurent, que la FHP compte rapidement résoudre. «Aujourd'hui, en cas d'infection nosocomiale, explique Sabine Guiné, la présomption de responsabilité continue de peser sur un établissement, même dans le cas où cette infection était inévitable. Il faut travailler sur l'évolution du régime des responsabilités, tout en garantissant le même niveau d'indemnisation pour les victimes. Il va aussi falloir trouver le juste responsable, poursuit la juriste. Je m'explique: souvent, les accidents iatrogéniques sont à la charge des seuls établissements de santé. Or, s'il y a usage d'un médicament ou d'un produit de santé défectueux, ils n'en ont été que le fournisseur. Le patient a moins de difficulté à

attaquer un établissement qu'un médecin ou un laboratoire. Il faudrait que cela change: le médecin et son assureur, ou le producteur de produits de santé et son assureur, devraient être plus souvent présents lors de l'expertise pour qu'on sache comment l'accident s'est produit. L'idée n'est pas de léser la victime, mais de trouver le juste payeur.»

### **L'observatoire des risques médicaux** ***Le Quotidien du Médecin* du 12 janvier 2006**

Les médecins paient-ils leur assurance au juste prix ? Il faudra encore patienter avant de connaître la réponse à cette question. Mais, au moins, les choses avancent sur la voie de la transparence : l'observatoire des risques médicaux installé l'an passé est opérationnel depuis le 1er janvier. «Nous sommes prêts techniquement pour commencer le recueil des données», précise son président, le Dr Hubert Wannepain, par ailleurs secrétaire national de la Csmf (Confédération des syndicats médicaux français). L'observatoire, placé sous l'égide de l'Oniam (Office national d'indemnisation des accidents médicaux) regroupe médecins, assureurs et usagers. «On va relever tous les sinistres de plus de 15000euros –uniquement les dossiers clos. Cela va prendre du temps», explique encore Hubert Wannepain. Un rapport fera le point en fin d'année. Toutes les grandes compagnies d'assurance ont donné leur accord pour jouer le jeu. Le directeur de l'Oniam, Dominique Martin, mesure l'étendue du travail à fournir. «Le problème, c'est qu'on part de rien, dit-il. On ne sait pas grand-chose sur la fréquence des accidents ni sur le montant des indemnités versées.» Parallèlement au recueil de données, l'observatoire a prévu de mener une étude rétrospective sur deux sujets jugés sensibles : les infections nosocomiales et l'obstétrique.

### **Reprise des négociations conventionnelles** **Maîtrise, parcours de soins, objectifs 2006 : parlons chiffres** ***Le Quotidien du Médecin* du 11 janvier 2006**

***La quatrième séance de négociation conventionnelle s'ouvre ce soir. Les signataires de la convention vont faire le point sur les économies 2005 de la maîtrise médicalisée, les parcours de soins et les objectifs quantitatifs et qualitatifs pour 2006.***

C'EST SANS ENTHOUSIASME que les responsables des syndicats Csmf, SML et Alliance (signataires de la convention) retrouveront Frédéric van Roeyckeghem, le « patron » de la Sécu, pour leur premier round de négociation de l'année 2006, ce soir à partir de 18 h 30. Même si ce cycle de «négo» (prévu depuis un an par la « clause de revoyure » de la convention médicale) a démarré le 7 décembre dernier, il ne devrait pas entrer officiellement dans le vif du sujet avant le 19 janvier. Ce jour-là, Frédéric van Roeyckeghem soumettra en effet au Conseil de l'Uncam un projet de cadrage des relations conventionnelles entre l'assurance-maladie et la médecine libérale en 2006. C'est pourquoi une autre séance de négociation est d'ores et déjà proposée aux syndicats médicaux, le 25 janvier, après le vote du Conseil de l'Uncam.

A quoi servira donc le round de ce soir, ou de cette nuit si les discussions se prolongent ? Cette quatrième réunion réclamée avec insistance par les leaders syndicaux, qui jugent la réunion du 25 janvier «*un peu tardive*», doit permettre de «*faire un point de la situation sur la maîtrise médicalisée, l'activité des médecins libéraux en 2005 et les perspectives pour 2006*», précise-t-on à la Caisse nationale d'assurance-maladie (Cnam).

Les médecins attendent avec impatience le bilan consolidé des résultats de la maîtrise médicalisée pour 2005, alors que le ministre de la Santé et Frédéric van Roeyckeghem ont déjà souligné en fin d'année que les revalorisations tarifaires en dépendraient. Michel Chassang tient cependant à mettre d'emblée les points sur les « i » : la Csmf qu'il préside considère qu'«*à la fin janvier*», les médecins libéraux auront tenu «*largement*» le pari de la maîtrise, parce que l'objectif initial de 998 millions d'euros d'économies doit être selon lui ramené à «*798 millions*», compte tenu de la dérive des prescriptions hospitalières imputées sur l'enveloppe des soins de ville. En décembre, la Cnam avait publié un bilan provisoire estimé à «*environ 700 millions d'euros*». Dans le même temps, le chef de la Csmf souhaite que l'assurance-maladie recense ses propres économies, à savoir les sommes budgétisées dans la convention mais non dépensées. Sur la seule année 2005, le Dr Chassang fait

remarquer que les budgets n'ont pas été entièrement consommés sur plusieurs postes : forfaits ALD des médecins traitants, nouvelle nomenclature technique (la Ccam n'étant devenue tarifante qu'au 1er septembre), prise en charge partielle des cotisations sociales des médecins de secteur II ayant souscrit à l'option de coordination, permanence des soins, majoration nourrissons...

Par ailleurs, les syndicats comptent bien sortir du brouillard en obtenant des données chiffrées des caisses relatives aux baisses éventuelles d'activité et de revenus enregistrées l'an passé par certaines spécialités cliniques (dermatologues, ORL, rhumatologues...), du fait des nouveaux parcours de soins coordonnés par le médecin traitant (généraliste pour 99 % des patients).

Les partenaires devraient aussi discuter du montant total des économies à réaliser cette année dans le cadre de la poursuite de la maîtrise médicalisée. Or le ministre de la Santé a déjà publiquement fixé la barre à «840 millions d'euros en 2006», sur la base du Plfss (« le Quotidien » du 19 décembre). «Xavier Bertrand a perdu une occasion de se taire, commente sèchement le Dr Chassang. *Nous ne sommes pas des figurants, nous sommes des acteurs de premier plan et non des exécutants du ministre!*». Si le chiffre de 840 millions d'euros peut constituer «une base de négociation» aux yeux de Félix Benouaich, président d'Alliance, il a «scotché» son homologue du SML. Perplexe face à cet objectif «assigné» comme au temps de la «maîtrise comptable», Dino Cabrera rappelle que le gouvernement ferait mieux de veiller à «respecter ses engagements sur l'accord chirurgiens d'août 2004, notamment sur le secteur optionnel» (dont la création est hors délai depuis le 30 juin 2005). «*Il est grand temps d'appliquer l'accord de 2004, renchérit le Dr Benouaich. Stop! Cela commence à bien faire!*». Le président d'Alliance ne veut donc «pas attendre que le conseil de l'Uncam donne son accord» pour aborder sérieusement le sujet du secteur optionnel et du secteur II avec Frédéric van Roekeghem.

« L'année des généralistes ». Quant à l'épineuse question des revalorisations tarifaires, elle fait déjà l'objet de divergences de vues entre les organisations syndicales qui ne perdent pas de vue les élections professionnelles, programmées fin mai par un projet d'arrêté ministériel (« le Quotidien » du 9 janvier). A l'heure où le ministre promet que 2006 sera «l'année des généralistes», il y a un consensus à la Csmf et au SML autour de l'idée d'une hausse de la valeur du C, pour atteindre «23 euros en 2007». Les deux centrales jugent en effet cette mesure nettement «plus lisible» sur le terrain que les nouveaux forfaits de prévention envisagés par le directeur de l'Uncam.

En revanche, la Csmf et le SML n'abordent pas tout à fait de la même manière l'application des deux mesures tarifaires prévues par la convention (majoration de 1 euro des consultations spécialisées coordonnées et majoration de 3 euros des consultations généralistes pour les enfants de 2 à 6 ans). Le Dr Chassang estime que ces deux majorations «ne sont pas à renégocier», puisque les médecins «sont dans les clous» et remplissent les conditions posées par le texte entré en vigueur le 12 février 2005. Sa confédération a déjà prévenu les caisses que, si elles ne font rien, les médecins appliqueront ces nouveaux tarifs de gré ou de force «au 12 février» prochain (« le Quotidien » du 22 décembre). Selon le Dr Cabrera, ces mesures représentent «70 millions d'euros au maximum pour les spécialistes et de 30 à 50 millions pour les généralistes». «Pour moi, ce sont des miettes, explique le leader du SML. Avec ça seulement, pas besoin d'aller aux élections! Ce que je veux, c'est un accord de revalorisation global. Si on accepte ces miettes, cela pousse le directeur de l'Uncam à continuer à lambiner sur le reste.» Il se donne jusqu'aux 28-29 janvier, date de l'assemblée générale du SML, pour décider, le cas échéant, «une prise de distance par rapport à la convention» et inciter les médecins à «passer outre les non-revalorisations».

La réunion d'aujourd'hui n'est, selon ses participants, qu'«un tour de chauffe». Dans tous les sens du terme, sans doute...

### **Polémique sur le fléchage des prescriptions Une caisse primaire étend le parcours de soins aux médicaments Le Quotidien du Médecin du 11 janvier 2006**

La caisse primaire du Val-d'Oise (95) aurait demandé aux médecins libéraux de son ressort d'indiquer noir sur blanc sur chacune de leurs prescriptions de médicaments et d'examen de laboratoires la situation du patient au regard du parcours de soins. Pour la Csmf, cette demande n'a aucun fondement. La Cnam affirme n'avoir donné « aucune consigne nationale » en ce sens. Reste que cette

information sur l'origine des prescriptions pourrait être utile aux complémentaires (mutuelles, assureurs) dans le cadre de l'application des contrats responsables. MG-France y voit une preuve supplémentaire de l'« usine à gaz » des parcours de soins.

LES MÉDECINS commencent à peine à se familiariser avec les délices administratifs du parcours de soins coordonnés et sa multitude de codes indicateurs qualifiant la situation du patient et du praticien : MTO (médecin correspondant), MTU (urgence médicalement justifiée), MTH (hors résidence habituelle), MTD (accès direct spécifique), MTN (nouveau médecin traitant), MTR (médecin traitant remplacé) ou encore HCS (accès libre hors coordination des soins)... Sans oublier les diverses majorations désormais en vigueur (MCG, MCS, MNO, MNP, MPC).

Mais les choses pourraient se compliquer encore davantage si l'on en croit du moins une initiative locale de l'assurance-maladie concernant, cette fois, l'obligation faite aux médecins de flécher leurs prescriptions de médicaments. De quoi s'agit-il ?

Selon la Csmf, «certains médecins» du ressort de la caisse primaire du Val-d'Oise (95) ont reçu de la direction de cet organisme un courrier leur demandant «de bien vouloir indiquer, en clair, sur chacune de leurs prescriptions de médicaments et d'exams de laboratoires la situation de leurs patients au regard du parcours de soins». Concrètement, chaque praticien est invité à préciser systématiquement sur ses ordonnances comportant de la pharmacie et/ou des exams de biologie si le patient a consulté à l'intérieur du parcours de soins (médecin traitant ou correspondant) ou « hors piste» (hors parcours).

« Exotisme ». Devant cette demande «incompréhensible», le Dr Michel Chassang, président de la Csmf, a alerté le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam), Frédéric van Roekeghem, afin d'«expliquer ces dispositions» et vérifier surtout s'il s'agit d'une consigne nationale de la Sécu ou d'une erreur. Pour le président de la Conf', en effet, la demande de la caisse du Val-d'Oise n'a aucune justification réglementaire ou conventionnelle. «C'est une interprétation exotique du parcours de soins, ça ne correspond à rien», tranche le Dr Chassang. De fait, si l'assurance-maladie diminue de 10 % son taux de remboursement sur les consultations en dehors des parcours de soins depuis le 1er janvier, le régime obligatoire n'applique aucune pénalité de remboursement sur les médicaments ou la biologie selon la situation de l'assuré au regard du dispositif du médecin traitant (les prescriptions sont remboursées de la même façon).

Le Dr Chassang explique la demande de la Cpm du Val-d'Oise par un «excès de zèle du directeur adjoint». La direction de cette caisse, jointe par « le Quotidien », ne souhaite faire pour sa part «aucun commentaire particulier» sur cette affaire et elle renvoie les explications à la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam). Mais la Cnam affirme qu'elle n'a donné «absolument aucune consigne nationale» à son réseau de caisse primaire visant à demander aux médecins de flécher les prescriptions. «Nous n'intervenons pas auprès des médecins sur ce point, c'est une interprétation personnelle du Val-d'Oise», affirme-t-on à la Cnam.

Une question de fond est néanmoins posée par cette affaire : si l'information sur l'origine des prescriptions n'intéresse pas le régime de base de l'assurance-maladie, répond-elle à un besoin spécifique des complémentaires (mutuelles, assurances privées) pour permettre une gestion du remboursement des médicaments qui tienne compte de la situation du patient par rapport au parcours de soins ? La Mutualité française confirme cette hypothèse. «La Sécu n'applique pas de pénalités sur le remboursement des prescriptions hors parcours, explique-t-on. En revanche, dans le cadre des nouveaux contrats responsables (qui bénéficient d'avantages fiscaux), le décret permet aux complémentaires de moduler le remboursement des prescriptions en matière de biologie et de pharmacie» (selon que la consultation à l'origine de cette prescription se situe ou pas dans le parcours). Même si, là encore, les choses ne sont pas aussi simples. Pour le Dr Chassang, le décret sur les contrats responsables permet, certes, d'assurer un bon remboursement (à 95 %) de certaines prestations (pharmacie, biologie) pour les patients qui respectent le parcours de soins, mais sans diminuer obligatoirement la prise en charge des prescriptions « hors parcours ».

En attendant une clarification, cette polémique risque de donner du grain à moudre aux détracteurs du dispositif administratif des parcours de soins. Pour le Dr Pierre Costes, président de MG-France, le «fléchage des prescriptions» à la demande de certaines Cpm est une nouvelle preuve de l'«usine à gaz» actuelle. «Ce n'est pas un bug isolé ou une erreur, affirme-t-il, mais une nouvelle consigne dont la conséquence est d'accroître la complexité du système et de masquer un déremboursement généralisé».

**Des primes d'intéressement pour les praticiens-conseils  
L'Ordre des médecins dénonce la mesure  
Le Quotidien du Médecin du 11 janvier 2006**

La Caisse nationale d'assurance-maladie (Cnam) projetant de verser à leurs médecins-conseils des primes d'intéressement fondées sur la rentabilité de leurs contrôles, l'Ordre des médecins dénonce « des modalités de rémunération contraires à la déontologie médicale », et prévient les médecins-conseils de son opposition à cette mesure.

DEPUIS 2004, les médecins-conseils de l'assurance-maladie perçoivent des primes d'intéressement au prorata de leur activité, et selon des indicateurs négociés avec l'assurance-maladie.

Exemple d'indicateur mis en place en 2004 : le nombre de contrôles effectués par les médecins-conseils sur les professionnels de santé. Mais, pour 2005, la Cnamts (Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés) et la Canam (Caisse d'assurance-maladie des professions indépendantes) ont proposé à leurs médecins-conseils de prendre en compte de nouveaux indicateurs, comme la consommation d'antibiotiques ou d'antidépresseurs après des visites confraternelles, ou bien encore le nombre de poursuites engagées contre des médecins après examen de leur activité.

Informé de ce projet des caisses et le jugeant antidéontologique, le Dr Alain Gruber, secrétaire général du Syndicat général des praticiens-conseils de l'assurance-maladie (Sgpc), a écrit au Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) pour signaler l'affaire.

*«Nous avons très rapidement réagi en prévenant les caisses que, pour nous, rétribuer les médecins-conseils sur ce type d'activité nous paraissait antidéontologique»,* indique au « Quotidien » le Dr Jean Brouchet, responsable au Cnom de la section exercice professionnel. Pour l'Ordre des médecins, ce qui pose problème n'est pas que les médecins-conseils consacrent une partie de leur temps de travail à ce type d'activité, *«mais qu'ils soient spécifiquement rémunérés pour cela, car, dans les nouveaux indicateurs proposés, il ne s'agit pour les caisses que de faire des économies et pas autre chose. Si la qualité de l'acte médical est jugée par les caisses, ça devient ennuyeux».*

Certes, ajoute le Dr Brouchet, *«les caisses feront ce qu'elles voudront»* de cette mise en garde du Cnom, mais, à toutes fins utiles, l'institution a adressé des courriers aux médecins-conseils des caisses pour les informer de ses réserves.

Rendez-vous le 22 février Au Sgpc, le Dr Gruber précise d'entrée de jeu que son organisation partage l'analyse du Cnom. *«Depuis 2004, nous négocions chaque année les indicateurs qui peuvent ou non servir de base à nos primes d'intéressement. Nous sommes d'accord pour des primes basées sur des indicateurs de moyens, pas sur des indicateurs de résultat, ce qui nous semble, comme au Cnom, antidéontologique.»* Cette année, les caisses ayant proposé d'intégrer des indicateurs comme la consommation de certaines classes médicamenteuses, le Sgpc a refusé de signer la proposition d'accord et a écrit à Frédéric van Roekeghem, directeur de la Cnam, pour lui signifier ce refus et l'informer que ce syndicat souhaitait s'en tenir aux indicateurs négociés en 2004. *«Pour les indicateurs de 2005, on a voulu nous forcer la main, précise le Dr Gruber, mais nous n'avons pas été d'accord.»*

L'affaire en est là pour le moment. Contactée par « le Quotidien », la Cnam précise que, *«si des échanges ont bien lieu actuellement avec l'Ordre des médecins, aucun accord n'est pour le moment signé sur ce sujet».* Mais, au Sgpc, le Dr Gruber indique que le Cnom lui a proposé de le rencontrer pour parler plus à fond de cette affaire et que rendez-vous est déjà pris pour le 22 février prochain. Sur le fond, le principal syndicat des médecins-conseils refusant de signer l'accord proposé par les caisses, la prime d'intéressement sur l'activité de l'année 2005 ne pourra donc retenir comme base de calcul que les seuls indicateurs négociés en 2004.

**CMU complémentaire  
339 659 personnes éligibles à la fin de novembre 2005**

## **Le Quotidien du Médecin du 11 janvier 2006**

A la fin de novembre 2005, 339 659 personnes étaient éligibles à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé délivrée par le régime général de l'assurance-maladie, indique le fonds de financement de la couverture maladie universelle (CMU). Ainsi, «*au 30 novembre, 190 689 attestations couvrant 339 659 personnes ont été délivrées par le régime général*» des caisses d'assurance-maladie, indique le fonds dans sa lettre d'information de janvier.

La réforme de l'assurance-maladie prévoit une aide à l'accès à une couverture complémentaire (offerte par les mutuelles, assurances privées et institutions de prévoyance), un dispositif visant à terme une population de 2 millions de personnes à revenu modeste qui n'en bénéficiaient pas jusque-là.

Il s'agit d'une aide allant, pour 2005, de 75 à 250 euros (selon l'âge de l'individu) pour les personnes ayant un revenu allant jusqu'à 15 % au-dessus du plafond d'accès à la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire.

En pratique, l'assuré social concerné fait la demande auprès des caisses d'assurance-maladie, qui lui délivre une attestation ouvrant droit à une aide à l'acquisition d'une complémentaire. Il a six mois pour faire valoir ce droit.

«*Au 31 août, le nombre de bénéficiaires ayant utilisé l'attestation s'élevait à 113 502*», pour un montant moyen d'aide de 139 euros, ajoute la lettre.

«*Ce nouveau dispositif, en pleine montée en charge, est déjà un succès, en ce sens que le nombre de personnes ayant utilisé leur attestation est le double en six mois de celui des aides*» précédentes qui avaient plafonné, après trois ans d'existence, à moins de 60 000 bénéficiaires», se félicite le directeur du fonds, Jean-François Chadelat.

«*Les mutuelles regroupent 78,9% des bénéficiaires*» de cette aide, contre 17,9 % pour les sociétés d'assurance et 3,2 % pour les institutions de prévoyance, selon le fonds.

Pour rendre ce dispositif plus attrayant, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006 a augmenté le montant de l'aide.

En outre, selon des chiffres provisoires, 4,8 millions de personnes (métropole et DOM) bénéficiaient de la CMU complémentaire au 30 octobre, selon le fonds.

## **Une filière de médecine générale dès 2006 ?**

### **Le Quotidien du Médecin du 11 janvier 2006**

Le Collège national des généralistes enseignants (Cnge) est satisfait de ses derniers entretiens avec le ministre de la Santé, Xavier Bertrand. «*C'est avec satisfaction que nous avons accueilli l'information de la mise en place du stage d'externat en 2ecycle pour l'année 2006 et les perspectives de création de la section de médecine générale au sein du Conseil national des universités (CNU)* », indique le Cnge dans un communiqué. Les généralistes enseignants souhaitent maintenant des précisions sur le calendrier de la révision du statut et de la rémunération des maîtres de stage, ainsi que sur la titularisation d'enseignants généralistes. Le Cnge a récemment lancé une pétition, accessible sur son site Internet – [www.cnge.fr](http://www.cnge.fr) – dans le but de «*préserver la médecine générale et son enseignement*».

## **INFIRMIERS**

### **Trente-huit organisations réclament un Ordre national**

#### **Le Quotidien du Médecin du 11 janvier 2006**

Trente-huit organisations d'infirmiers réunies au sein du groupe Sainte-Anne réclament la création d'un Ordre national des infirmiers.

La création d'un Ordre de cette profession fait l'objet d'une proposition de loi du député (UDF) de Vendée, Jean-Luc Prével, qui devrait être examinée lors d'une niche parlementaire le jeudi 26 janvier. Le groupe Sainte-Anne entend *«mettre en avant le besoin d'expression de la voix des infirmières autour des questions actuelles de santé publique, tant en milieu hospitalier qu'en milieu ambulatoire, ainsi que sur le besoin d'informations professionnelles qu'elles éprouvent»*. Le groupe Sainte-Anne ajoute que *«la profession ne disposant pas d'un Ordre, elle n'est pas en mesure de prendre en compte toutes les conditions d'exercice de manière globale et d'accompagner les évolutions nécessaires à la sécurité et à la qualité des soins infirmiers»*. Ce groupe comprend trente-huit organisations dont la Fédération nationale des infirmières (FNI) et le Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (Sniil). Les représentants du groupe Sainte-Anne seront reçus demain par Xavier Bertrand, ministre de la Santé, sur la question de la création d'un Ordre infirmier. Jean-Jacques Scharff, porte-parole du groupe, a désormais *«bon espoir»* que cette revendication aboutisse, d'autant que *«les députés UMP s'y mettent»*.

## **Étampes se bat pour sauver sa clinique** ***L'Humanité*, 10 janvier 2006**

**Alors que le tribunal de commerce décide la liquidation, la CGT se bat pour constituer un pôle public de soins avec l'hôpital de la ville.**

La clinique du Val-de-Juine, à Étampes, dans le sud de l'Essonne, va-t-elle définitivement fermer ses portes ? Hier après-midi, le tribunal de commerce d'évry en a décidé ainsi. Un plan de redressement avait pourtant été décidé le 19 décembre 2005 pour une durée de six mois. Les malades commençaient d'être déménagés dès hier soir. Le juge liquidateur devrait prononcer le licenciement des 56 salariés. Mais, tout n'est pas pour autant perdu puisque la justice a autorisé la réalisation d'une contre-expertise demandée par les élus du comité d'entreprise. Les salariés, leurs syndicats ainsi que des élus et citoyens de la région (4 000 ont signé la pétition), rassemblés hier, veulent à tout prix maintenir l'activité. D'autant plus qu'une table ronde est programmée, et maintenue, en préfecture, le 23 janvier afin d'examiner le rachat possible de la clinique par l'hôpital général d'Étampes et de constituer ainsi un pôle public de soins qui préserve dans le Sud-Essonne une offre de proximité.

Les difficultés de la clinique remontent à loin. Cet établissement de 60 lits a déjà été placé en redressement judiciaire en 2001. Le tribunal exigea alors, pour rétablir les comptes, la suppression de la prime de fin d'année pour les salariés, ce qui fut fait, et l'augmentation de 10 à 23 % de reversement d'honoraires pour les praticiens actionnaires, ce qui, dénonce la CGT, « n'a jamais été réalisé ». De même, précisent les élus du comité d'entreprise dans une lettre au président du tribunal de commerce, « le remboursement de la dette prévu pour les actionnaires par des versements annuels sur dix ans a été transformé, début 2005, par l'achat des murs de la clinique au profit d'un holding ». Les élus considèrent donc que l'opération immobilière constitue un « préjudice financier ». Ils vont même jusqu'à parler « d'opération de sabotage », voulue pour « préparer le terrain de la liquidation ».

## **Restrictions budgétaires de plus en plus fortes** ***L'Humanité*, 10 janvier 2006**

**Budget . Demain, le premier ministre devrait annoncer un objectif de diminution des dépenses publiques de 53,6 % à 51 % du PIB d'ici 2010.**

Dominique de Villepin s'apprêterait à annoncer mercredi un gel des dépenses - publiques en euros courants, mais pas avant 2007. L'annonce devrait être faite - demain lors de la première conférence nationale des - finances publiques que le premier ministre présidera et à - laquelle assisteront les représentants de l'État, de la Sécurité sociale et des collectivités locales. L'édition des Échos d'hier croit savoir que figure dans les tuyaux de Matignon et de Bercy une baisse progressive de la dépense publique jusqu'en 2010, de 53,6 % du PIB actuellement à 51 %. Pour atteindre un tel - résultat malgré une croissance qui patine depuis cinq ans, le gel des dépenses publiques ne se fera plus en volume comme aujourd'hui, mais en valeur. Autrement dit, les restrictions seront plus fortes encore.

rassurer les créanciers de l'État

La règle actuelle laisse en effet la possibilité déjà mince d'une augmentation de l'enveloppe globale des dépenses sous le seul effet des hausses de prix, le volume restant stable. Demain, cette enveloppe globale ne devra pas augmenter, même sous l'effet de l'inflation. Conséquence : le volume des dépenses devra donc diminuer. Un chiffre circule déjà, celui d'une diminution des dépenses publiques de 1,5 % en volume.

Tout est donc fait pour rassurer les créanciers de - l'État, quitte à prolonger l'atonie de l'économie française. Côté recettes, l'affectation totale des surplus d'impôts à la réduction des déficits est érigée en règle. Pour sauver son affichage vis-à-vis des marchés financiers, le gouvernement entend respecter la norme européenne qui limite les déficits publics à 3 % du PIB (produit intérieur brut).

### **des mesures antisociales**

Le gouvernement devrait affecter les plus-values fiscales au désendettement au lieu de financer des dépenses publiques utiles et efficaces. L'impôt sur les sociétés (IS) devrait rapporter 300 millions d'euros de plus que prévu en 2005. De même, les montants de l'impôt de solidarité sur la fortune (ISF)

et de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) devraient être plus importants que prévu. Les montants ne devraient être annoncés que dans quelques jours.

Particulièrement antisociales, les mesures budgétaires à venir ne seraient mises en oeuvre qu'en 2007, une fois les élections présidentielle et législatives passées. De même, Jacques Chirac a demandé au gouvernement de « stabiliser dès 2007 la dette publique par rapport à la richesse nationale ». - Représentant actuellement 65,8 % du PIB, c'est-à-dire d'un niveau supérieur aux 60 % préconisés par le pacte de stabilité européen, la dette publique a été l'objet du récent rapport Pebereau. Le document était venu conforter en décembre la position du ministre de l'Économie, qui s'en était pris à cette France « qui vit au-dessus de ses moyens ». La formule de Thierry Breton ne visait certainement pas la France rentière favorisée par les différents allègements fiscaux sur le patrimoine.

## **Hôpitaux et cliniques vont devoir baisser les tarifs des soins facturés à la Sécurité sociale** **Les Echos, 10 janvier 2006**

*Le gouvernement veut éviter un nouveau dérapage des budgets hospitaliers cette année. Tablant sur une progression de l'activité des hôpitaux et cliniques cette année, il s'apprête, pour la première fois, à réduire de 1 % les tarifs des actes facturés à la Sécurité sociale.*

Les leçons de 2005 n'auront pas été inutiles. Après avoir constaté un net dépassement des budgets hospitaliers l'an dernier, Xavier Bertrand, ministre de la Santé, s'apprête à annoncer une série de mesures visant à la fois à éviter un nouveau dérapage cette année et à donner plus de visibilité aux établissements. Dès septembre dernier, la Commission des comptes de la Sécurité sociale avait estimé à 650 millions d'euros le dépassement 2005. Un chiffre qui sera légèrement supérieur. A cela, deux raisons principales : des mesures non budgétées prises en cours d'année (comme l'augmentation indiciaire des fonctionnaires), et surtout, l'effet inflationniste de la tarification à l'activité (« T2 A »), le nouveau mode de financement des hôpitaux et des cliniques (lire ci-contre).

Les établissements, incités à se montrer dynamiques, ne se sont pas fait prier : le volume d'actes a augmenté de 3,5 % l'an dernier. Or le gouvernement tablait sur une progression limitée à 1 %. Ce qui lui avait permis de se montrer assez généreux sur l'évolution des tarifs de remboursement dont bénéficient les établissements selon les soins réalisés : ils avaient en moyenne été relevés de 1 % dans le public et de 1,6 % dans le privé. Et pour ne pas braquer les établissements contre la « T2 A », le ministère de la Santé n'a pas diminué les tarifs en cours d'année.

Cette insuffisance de pilotage est pointée du doigt par l'Inspection générale des finances (IGF) et l'Inspection générale des affaires sociales (Igas). Dans un rapport (« Les Echos » du 9 décembre), ils préconisent une pause dans la montée en charge de la T2 A, qui ne concerne pour l'heure que 25 % du budget des hôpitaux (mais 100 % de celui des cliniques).

Le gouvernement s'apprête à annoncer que cette part va être portée à 35 % cette année, et à 50 % en 2007, afin de ne pas casser la dynamique de la réforme. Dans le même temps, des garde-fous vont être instaurés. Prévoyant une nouvelle progression de 2,6 % de l'activité, le gouvernement a décidé, pour la première fois, de réduire d'environ 1 % les tarifs dont bénéficient les hôpitaux et les cliniques. Une condition sine qua non pour respecter l'enveloppe votée par le Parlement.

### **Deux conférences de suivi**

De plus, tous les acteurs du monde hospitalier devraient être conviés à deux conférences annuelles de suivi, en juillet et en décembre. Les tarifs pourront ainsi être revus à la baisse dès l'été si l'activité des établissements se révèle plus élevée que prévu, et inversement. Enfin, la Caisse nationale d'assurance-maladie devra développer les contrôles dans les cliniques, afin de s'assurer que les actes pratiqués par ces dernières correspondent bien aux cotations qu'elles déclarent.

Les établissements les moins actifs vont pâtir de la diminution des tarifs. Le gouvernement pourra cependant faire valoir, auprès des hôpitaux, que cette baisse sera la même pour le public et pour le privé. Ce qui s'apparente à une pause dans le processus de convergence des tarifs, qui doit être achevé d'ici à 2012, et qui inquiète beaucoup la communauté hospitalière. Les cliniques ne manqueront pas de dénoncer ce choix, d'autant que la diminution va affecter la totalité de leur activité. Et qu'à l'automne,

la majorité parlementaire a voté, contre l'avis du gouvernement, un amendement à la loi de financement de la Sécurité sociale rétablissant l'objectif d'une première étape de convergence des tarifs, à 50 %, dès 2008. Mais elles ne peuvent pas se montrer trop gourmandes : ce sont elles qui ont le plus profité de tarifs élevés l'an dernier, avec des volumes d'activité encore plus dynamiques que ceux des hôpitaux publics.

***Hôpital : les premières concrétisations***  
**La généralisation de la nouvelle gouvernance**  
**Le Quotidien du Médecin du 09 janvier 2006**

Le plan quinquennal visant à moderniser l'institution hospitalière prendra sa pleine dimension en 2006, année charnière qui verra les divers volets d'Hôpital 2007 s'appliquer simultanément.

La tarification à l'activité (T2A) poursuit sa montée en charge à l'hôpital public, pour atteindre 30 à 35 % des budgets. Après une anticipation localisée en 2005, la nouvelle gouvernance va se généraliser à l'ensemble des hôpitaux, qui ont jusqu'au 31 décembre 2006 pour achever leur découpage en pôles et la création de leur conseil exécutif.

Cette réorganisation interne des établissements ira de pair avec une redistribution de l'offre de soins sur le territoire. C'est en effet cette année, au plus tard le 31 mars, que seront publiés les schémas régionaux de l'organisation sanitaire de troisième génération. Les Sros 3 vont définir des objectifs quantifiés d'activité pour chaque territoire de santé, objectifs qui seront ensuite déclinés par établissement au sein des contrats d'objectifs et de moyens. Cette nouveauté suscite de nombreuses interrogations sur le terrain. Qui, de la T2A ou des Sros 3, dictera les restructurations ? Les perspectives restent confuses.

La communauté hospitalière, en manque de repères, attend des clarifications. Le ministre de la Santé a maintes fois repoussé son discours politique sur l'hôpital et, dans son entourage, on ne se risque plus à donner de date pour d'éventuelles annonces. Une chose est sûre, en revanche, les services du ministère sont sur le point de présenter un dispositif d'accompagnement visant à coordonner la mise en œuvre des réformes en cours. Reste à voir si ce nouveau comité de pilotage – que va présider Denis Debrosse – sera de nature à rassurer les hospitaliers.

Au plan budgétaire, le mot d'ordre est connu : économie, économie. Avec un objectif d'évolution des dépenses hospitalières limité à + 3,44 %, l'exercice 2006 s'annonce tendu. Certains leviers, telles la rationalisation des achats ou l'amélioration du circuit du médicament, sont clairement affichés. D'autres le sont moins, comme l'ajustement du personnel, qui pèse pour près de 70 % dans les budgets hospitaliers. Les syndicats ne l'entendent pas de cette oreille ; comme précédemment, de nouvelles manifestations pour la défense de l'emploi vont sans doute agiter l'année 2006.

**Sécu : réduction du déficit et spectre du comité d'alerte**  
**Le Quotidien du Médecin du 09 janvier 2006**

La contrainte financière qui pèse sur la Sécurité sociale en 2006 va conditionner les négociations tarifaires avec les professions de santé en général et les médecins en particulier.

Suivant la feuille de route de l'Elysée, le ministre de la Santé, Xavier Bertrand, s'est engagé, dans la loi de financement de la Sécu pour 2006, à accélérer le redressement de l'assurance-maladie cette année en ramenant le déficit de la branche à 6,1 milliards d'euros, au lieu de 8,3 milliards d'euros en 2005 et 11,6 milliards en 2004.

Ce carcan comptable impose notamment une croissance limitée des dépenses à travers un Ondam général (1) 2006 fixé à 2,5 %. Le taux semble très sévère pour les soins de ville (0,9 %) même si, au sein de ce poste, le ministre a lâché un peu de lest sur les honoraires en frappant surtout le médicament (dont les dépenses devront reculer). C'est dans le cadre de cette enveloppe, qui limite les marges de manœuvre du directeur de la Cnam, que va s'ouvrir la négociation sur les revalorisations des honoraires des médecins libéraux et le nouveau plan de maîtrise médicalisée.

La rigueur de l'Ondam 2006 a une autre conséquence majeure. En cas de dérapage par rapport aux objectifs, le spectre du comité d'alerte sur les dépenses d'assurance-maladie resurgira dès le printemps. D'ici à juin, cette instance indépendante pourrait alors sonner l'alarme et imposer à l'assurance-maladie de prendre des mesures de redressement (déremboursements, baisses de tarifs...). Ensuite, les réunions traditionnelles de la commission des comptes de la Sécurité sociale (généralement en juin et en septembre) délivreront un verdict attendu sur l'impact financier durable de la réforme Douste-Blazy.

Mais dès la fin du mois, la Sécurité sociale affronte un premier rendez-vous important dans le cadre de la conférence sur les finances publiques (Etat, Sécu, collectivités territoriales) que doit réunir le Premier ministre, Dominique de Villepin.

(1) Objectif national de dépenses d'assurance-maladie inscrit pour la première fois dans une perspective pluriannuelle (il ne devra pas dépasser + 2,2 % en moyenne sur 2007-2009).

### **Démographie : un plan attendu** ***Le Quotidien du Médecin* du 09 janvier 2006**

Sans doute l'un des dossiers chauds de l'année pour le ministre de la Santé. Si tout le monde est d'accord pour reconnaître que le problème de la démographie des médecins n'est pas tant celui de leur nombre que celui de leur répartition, les avis divergent sur les solutions à apporter.

De plus, le vieillissement du corps médical s'accroît progressivement : l'âge moyen des médecins en activité était de 47,9 ans (45,7 ans pour les femmes et 49,2 ans pour les hommes) en 2004, alors qu'il était de 47,4 ans (45,3 pour les femmes et 48,8 pour les hommes) en 2003. A quoi s'ajoute la grande insuffisance en jeunes médecins liée au fait que leur recrutement est trop faible. Si bien que, en attendant que la hausse du numerus clausus, amorcée en 2002, ne produise ses effets (c'est-à-dire vers 2012-2015), la démographie médicale devra faire face au double défi de départs massifs à la retraite et de nouvelles installations en petit nombre. D'autant que rien n'indique que les contingents plus nourris qui commenceront à exercer à partir de 2012 choisiront les régions où la désertification médicale se fait déjà sentir.

Le ministre de la Santé doit rendre public, dans les tout prochains jours, son plan démographie, qui s'inspirera largement des travaux de la commission qui avait été présidée par le Pr Yvon Berland. Il devrait s'articuler autour de trois axes (« Le Quotidien » du 20 décembre 2005) : «Les incitations, les études, et la pratique médicale», et devrait refléter «une volonté de réforme des études» ainsi que «la possibilité de créer des formations pour de nouveaux métiers».

### **Médecine libérale : un calendrier chargé** **Négociation conventionnelle : la pression** ***Le Quotidien du Médecin* du 09 janvier 2006**

L'heure de vérité est arrivée. Le cycle de négociation, entamé le 7 décembre dernier par le « patron » de l'assurance-maladie, Frédéric van Rookeghem, et les trois syndicats signataires de la convention (Csmf, SML et Alliance), devrait prendre un tour décisif en ce début d'année. Mercredi prochain, les partenaires conventionnels se retrouveront dans un climat nettement plus tendu.

La Csmf et le SML menacent en effet de lancer (à compter du 12 février en ce qui concerne la confédération) un mot d'ordre de revalorisation tarifaire unilatérale si l'augmentation de 1 euro de la consultation spécialisée coordonnée et la majoration de 3 euros du C pour les enfants de 2 à 6 ans n'entrent pas rapidement en application, alors qu'elles ont été prévues par la convention au 1er janvier 2006. Le 19 janvier, Frédéric van Rookeghem soumettra ses orientations pour négocier aux partenaires sociaux siégeant au conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam). Lorsque le directeur de l'Uncam et les syndicats médicaux auront un feu vert institutionnel et disposeront des résultats actualisés de la maîtrise médicalisée, ils pourront enfin aborder la négociation sur les revalorisations tarifaires de 2006 de manière plus concrète. En fin d'année, le

montant des économies réalisées par la maîtrise médicalisée était estimé à 700 millions d'euros (contre un objectif fixé à 998 millions en année pleine), tandis que le ministre de la Santé a déjà fixé la barre à «840millions d'euros» d'économies au titre de l'année 2006.

Outre les revalorisations et les objectifs de maîtrise pour cette année, les parties signataires de la convention doivent examiner l'impact des parcours de soins coordonnés sur l'activité des médecins spécialistes. Des ajustements sont revendiqués, alors que certaines spécialités (dermatologie, cardiologie, rhumatologie, etc.) se plaignent d'une baisse d'activité évaluée entre 10 et 15 %, en moyenne.

En outre, les partenaires conventionnels devront boucler plusieurs dossiers en suspens, tels que le secteur optionnel (dont la création était programmée «au 30juin 2005 au plus tard» par l'accord chirurgiens de 2004) et les modalités de convergence entre l'option référent et le dispositif du médecin traitant.

### **Fermetures de dispensaires « Comment la Croix-Rouge peut-elle nous faire cela ? » *L'Humanité*, 7 janvier 2006**

#### ***La décision de fermer le centre Saint-Charles prive les habitants du quartier populaire des Tilleuls au Blanc-Mesnil, en Seine-Saint-Denis, de leur dispensaire qui enregistrait 20 000 passages par an.***

Un vaste hall clair, des allées et venues, un groupe de femmes qui se rassemblent pour travailler à une prochaine exposition (1). La Maison des tilleuls, dans le grand quartier populaire du même nom au Blanc-Mesnil, en Seine Saint Denis, est grouillante de vie. Plus de traces du cocktail Molotov lancé dans la nuit du 2 novembre, en pleine « crise des banlieues ». La Maison des tilleuls a rouvert le 2 janvier après avoir été, durant toutes ces journées et ces nuits, un lieu de discussion pour les habitants et les jeunes. Quelques rues plus loin, le dispensaire Saint-Charles, lui, est fermé depuis le 1er janvier. Mais ce n'est pas la colère des jeunes qui est en cause.

La décision de tout arrêter s'est prise bien loin d'ici, autour de la table du conseil d'administration de la Croix-Rouge française, dont le président est le professeur Mattei, l'ancien ministre de la Santé de Jacques Chirac. Car c'est la Croix-Rouge qui, depuis 1975, gère ce centre fondé en 1958 par la Congrégation des soeurs de la charité. « Les mères y emmenaient leurs enfants, leurs grands-mères l'avaient fréquenté », témoigne Yvette Sauvage, ancienne conseillère municipale et habitante des Tilleuls. Avec un centre de santé médical et dentaire, un centre de protection maternelle et infantile et de planification et éducation familiale, un centre médico-psychologique destiné aux enfants, le centre Saint-Charles enregistrait 20 000 passages annuels environ dont 6 000 pour des soins dentaires. Et 25 % de ses usagers ressortissaient à la CMU.

Dans le quartier il faisait partie de la vie des gens, toutes les femmes rencontrées à la maison des Tilleuls le fréquentaient. En 2004, quand les risques de fermeture se précisent, un comité de défense se constitue et les pétitions se couvrent très vite de plusieurs centaines de signatures car, explique Yvette Sauvage, qui en a été l'une des animatrices, « cette fermeture est ressentie par les habitants comme une grande injustice, une agression à leur égard ». Un grand nombre de ces habitants sont au RMI, au chômage ou retraités avec de petites ressources, ils ne peuvent pas s'adresser facilement à des médecins libéraux ou se déplacer vers les centres de santé municipaux plus éloignés et déjà très chargés. « Ils sont inquiets et ne comprennent pas, poursuit Yvette Sauvage. Ils se demandent comment la Croix-Rouge peut leur faire cela. Personne ne remet en cause ses engagements internationaux, mais les gens disent : nous aussi on a des problèmes. »

Même incompréhension du côté du personnel du centre qui s'interroge sur les choix de l'association, sur son refus, après l'achat du bâtiment il y a moins de dix ans, de le réhabiliter. D'autant que la ville dirigée par le maire communiste, Daniel Feurtet, n'a pas ménagé ses efforts pour trouver des solutions. Elle est allée, souligne le directeur des centres de santé du Blanc-Mesnil, le docteur Joël Le Corre, jusqu'à concéder au centre Saint-Charles 130 833 euros sur son enveloppe régionale. Mais, précise-t-il, cette somme n'a pas été utilisée. Et lui aussi s'interroge « sur ce que la Croix-Rouge appelle un établissement rentable, quand on sait que les praticiens sont payés à l'acte et que la moyenne annuelle des patients vus en médecine générale est supérieure à 6 par heure de consultation. » De son côté,

l'association estime qu'elle « ne peut avoir des délégations d'action de l'État sans délégations de moyens ». Mais l'État ne manque pas d'être interpellé. Dans ce département qui a le niveau de mortalité avant 65 ans le plus élevé de la région parisienne et qui ne dispose que de 15,3 médecins pour 10 000 habitants contre 19,6 au niveau national, le conseil général réclame, propositions à l'appui, un plan de mise à niveau de l'offre sanitaire. Une demande toujours sans réponse à cette heure. Mais Arlette, Colette, Assita et toutes les femmes des Tilleuls, tous les habitants de ce département n'ont pas dit leur dernier mot.

### **D'autres fermetures programmées**

La Croix-Rouge doit examiner, lors de son prochain comité central d'entreprise (CCE), le 11 janvier, un plan social qui prévoit la fermeture de neuf structures de soins dans cinq départements : le Nord, le Val-d'Oise, la Loire, la Drôme et la Seine-Saint-Denis. Dans ce département, trois centres sont concernés à Épinay-sur-Seine, Blanc-Mesnil et Drancy. Dans les trois cas ils rayonnent dans des quartiers très populaires et touchent une population aux revenus très modestes. Depuis le 1er janvier ils ont cessé leur activité sur ordre de la direction de la Croix-Rouge, malgré l'opposition des élus CGT au CCE.

### **Menaces sur les retraites américaines**

*Le Figaro, 7 janvier 2006*

Social Après d'autres grands groupes, l'informaticien IBM renonce à son tour à garantir une retraite à ses salariés.

LES SALARIÉS américains ont du souci à se faire pour leur retraite. Après Verizon (deuxième opérateur téléphonique du pays), Hewlett-Packard, Motorola ou encore le groupe de distribution Sears, IBM annonce qu'il ne garantira plus, à l'avenir, la retraite mensuelle de ses salariés.

Depuis plusieurs années, un nombre croissant d'entreprises aux Etats-Unis changent la nature des promesses de paiement de retraite faites à leurs employés au profit d'un régime d'épargne-retraite moins coûteux pour elles. Selon les sondages, plus de 10% des entreprises américaines se sont déjà engagées dans cette voie.

Ces employeurs abandonnent la promesse du paiement d'un montant de retraite mensuelle définie, connu à l'avance, déterminé en fonction du salaire passé et du nombre d'années de service. A la place, l'employé se voit simplement promettre un montant annuel de cotisation défini par la firme durant sa carrière. À ces cotisations patronales s'ajoutent celles de l'employé, qui sont défiscalisées. Le tout forme un capital de retraite, censé augmenter chaque année et atteindre une taille critique suffisante au terme de la carrière du salarié. A ce pécule privé s'ajoute la pension de retraite d'origine publique, dite «Social Security», alimentée par les cotisations obligatoires des contribuables américains, mais dont le montant est plafonné à un niveau assez bas.

La différence entre le régime traditionnel et le nouveau est grande. La nouvelle formule ne garantit plus un niveau de vie au retraité. La responsabilité ultime de la gestion du capital repose non plus sur l'employeur mais sur l'employé. À ce dernier de gérer comme il l'entend son portefeuille d'actions, d'obligations ou de fonds communs de placement. Suivant les aléas boursiers, des pertes de capital certaines années sont donc tout à fait possibles.

La conversion d'IBM à ce nouveau régime de retraite fait du bruit car le géant de l'informatique, qui emploie 117 000 personnes aux Etats-Unis, est en bonne situation financière. Son fonds de pension est un des plus riches du pays, avec ceux de General Electric, General Motors, Ford et Exxon Mobil. Les actifs du fonds d'IBM atteignent ainsi 48 milliards de dollars. IBM y a contribué 6 milliards de plus au cours des quatre dernières années. La société d'Armonk (État de New York) est aussi perçue comme une société phare en matière de prestations sociales. D'autres firmes comme General Electric seront donc incitées à suivre son exemple, source de milliards de dollars d'économies.

### **Tous les secteurs touchés**

Les premières entreprises qui s'étaient engagées dans cette voie y étaient acculées. Il s'agissait plutôt de firmes frappées par le vieillissement de leur main-d'oeuvre, dans des secteurs fortement syndiqués

où les promesses de retraites étaient très généreuses. Dans le même temps elles se trouvaient fragilisées par l'irruption de concurrents plus compétitifs. La sidérurgie, l'industrie lourde et les grandes compagnies aériennes en sont des exemples. Souvent elles ont connu cette révolution au prix d'un passage sous la protection du régime des faillites. La totalité de leurs obligations en matière de fonds de pension dut alors être assumée par le gouvernement fédéral américain. Mais, plus récemment, ce sont des firmes financièrement solides qui ont franchi le pas.

IBM estime à plus de 450 millions de dollars par an les économies qu'elle réalisera par ce biais cette année. Naturellement le changement, effectif à compter de l'année prochaine, n'affecte en rien les retraités actuels du leader de l'informatique. C'est en revanche son personnel en activité aujourd'hui qui, à partir de l'année prochaine, verra geler les montants de pensions auxquelles il avait droit au titre de l'ancien système.

### **Cotisations : le choix risqué de la valeur ajoutée** **Le Figaro, 7 janvier 2006**

***Expérimentation Une première étape d'élargissement des cotisations patronales serait engagée dès la fin de l'année.***

SI LE CALENDRIER de la réforme du financement social est posé – une «*décennie*» –, les questions restent multiples. Veut-on prélever plus ou prélever mieux ? S'il s'agit de prélever plus, quelles que soient les modalités retenues, cela pèsera sur la croissance et donc l'emploi. La maîtrise des dépenses doit donc rester l'objectif premier. S'il s'agit de prélever mieux, c'est-à-dire autrement qu'aujourd'hui où l'essentiel repose sur les salaires, cela mérite débat. En gardant à l'esprit que les marges de manoeuvre sont étroites, qu'aucune «*assiette*» n'est parfaite et que s'il existait une martingale, il y a longtemps qu'on l'aurait trouvée, nous ou les pays alentour ! Il faut donc choisir entre différents inconvénients pour trouver le prélèvement le plus neutre pour l'emploi et celui qui soit le plus en ligne avec l'activité (*voir graphique*).

Jacques Chirac a rappelé qu'une première réforme a été «*utilement*» réalisée avec la CSG qui a diversifié un peu les cotisations des ménages. Auparavant financées sur les seuls revenus du travail, les cotisations maladie ont été transférées sur la CSG qui fait contribuer aussi les retraités et chômeurs (sauf s'ils ne sont pas imposables) ainsi que les revenus du capital. Le chef de l'Etat estime le moment venu de faire le «*pendant*» pour les cotisations patronales, même si on peut s'interroger sur la pertinence de cette distinction entre cotisations salariales et cotisations patronales qui empêche d'embrasser objectivement la problématique du financement social.

La vraie question à se poser serait sans doute de savoir qui doit financer la protection sociale selon qu'il s'agit d'assurances universelles (maladie, famille) ou d'assurances liées à l'exercice d'une activité (retraite, chômage, accidents du travail). Le chantier ouvert par le président est donc plus limité : c'est la diversification des cotisations patronales et non pas le financement de la protection sociale dans son ensemble. Ce qui exclut, dans l'immédiat, la montée en puissance de la CSG des ménages.

### **Gagnants et perdants**

Jacques Chirac a aussi rejeté, à brève échéance, la TVA sociale – en vigueur au Danemark et en projet en Allemagne – qui a pourtant l'avantage de taxer tous les produits (y compris importés) de toutes les entreprises. Sans doute pour des raisons économiques – ne pas casser la consommation, moteur de la croissance –, mais aussi politiques – difficile d'augmenter la TVA au moment où la France réclame à l'Europe la TVA réduite dans le bâtiment et la restauration.

Il propose donc de «*basculer*» une fraction des cotisations patronales sur l'ensemble de la valeur ajoutée des entreprises, une donnée plus large que les salaires qui n'en constituent que les deux tiers en moyenne. Une sorte de CSG patronale avec des gagnants et des perdants. Les entreprises de main-d'oeuvre paieront un peu moins, les autres un peu plus. Une première étape serait engagée d'ici à «*la fin de l'année*». A dose homéopathique, pour ne pas casser l'investissement et pour observer à la loupe les effets par secteur et par entreprise. Le seul moyen d'opérer tant l'affaire est complexe et risquée.

**Méfiance patronale, prudence syndicale**  
**Le Figaro, 6 janvier 2006**

***Une fois n'est pas coutume, c'est du camp patronal que sont venues les principales critiques.***

A L'ÉVIDENCE, la proposition de transférer les cotisations patronales des salaires sur la valeur ajoutée a laissé les chefs d'entreprise dubitatifs. La présidente du Medef a en tout cas estimé qu'avant d'engager une telle réforme, il fallait y «réfléchir de manière pragmatique». «Asseoir la cotisation patronale sur la valeur ajoutée, c'est pénaliser l'investissement, notamment dans les nouvelles technologies, puisque c'est charger les investissements de cotisations qu'ils ne subissent pas aujourd'hui», a prévenu Laurence Parisot.

Même analyse du patron de la CGPME qui, s'il s'est déclaré d'accord pour ouvrir des négociations, a, lui aussi, mis en garde : «C'est bien de ne pas asseoir les cotisations patronales que sur les salaires, mais cela ne peut pas être que sur la valeur ajoutée», car il y aurait alors «de gros risques» de «transferts entre certains secteurs», à forte main-d'oeuvre ou à forte valeur ajoutée. Tout en demandant de prendre le temps de la réflexion, le président de l'UPA (artisans) a dégagé une première piste de travail : «Nous, ce qui nous intéresse, c'est de mettre en place un ratio entre le chiffre d'affaires et les salaires, pour que plus les entreprises ont un fort taux de main-d'oeuvre par rapport à leur chiffre d'affaires, moins elles aient à payer de charges», a avancé Pierre Perrin.

Ce scepticisme patronal a tranché avec la relative satisfaction affichée par les syndicats, au premier rang desquels la CGT. Il faut dire que la taxation des profits est l'une des plus vieilles revendications de la centrale, ce que n'a pas manqué de rappeler Bernard Thibault. «Après vingt-cinq ans de revendications (...) peut-être est-on à l'horizon d'une réforme officielle. Il est évident que la CGT s'engagera à fond dans une discussion de ce type et en s'opposant aussi à fond à toute TVA sociale», a indiqué le leader du syndicat, tout en affichant le scepticisme de rigueur. «Je suis conscient que nous sommes à la fois en période de vœux et que le président est en fin de mandat, et donc je ne fais pas preuve d'une euphorie démesurée», a-t-il tempéré. Également opposé à la TVA sociale, Jacques Voisin (CFTC) a indiqué qu'il ne voulait pas «ouvrir la boîte de Pandore : il ne peut pas être question de discuter de cela».

**Son de cloche discordant**

De son côté, la CFDT est elle aussi prête à s'engager. «La piste d'une cotisation des entreprises, assise sur d'autres bases que les seuls salaires, intéresse la CFDT. On nous a toujours dit que c'était difficile techniquement. Pour y arriver, ce n'est pas si simple que ça, il faut creuser le sujet», a indiqué François Chérèque. Pour son homologue de FO, Jean-Claude Mailly, la réforme proposée «va plutôt dans le bon sens. Cela permettra un financement plus juste et plus stable de la protection sociale».

Finalement, seule la CGC a fait entendre un son de cloche discordant en émettant des «réserves sur la piste envisagée» selon son nouveau président. Motif invoqué par Bernard Van Craeynest : «il y a un risque de pénaliser les PME innovantes».

**Charges sociales : chercher la piste la plus favorable à l'emploi**  
**Le Figaro, 6 janvier 2006**

***Jacques Chirac souhaite élargir les cotisations patronales, fondées aujourd'hui sur les salaires, à l'ensemble de la valeur ajoutée. Mais «progressivement» et après avoir analysé toutes les pistes.***

IL FUT UN TEMPS où Jacques Chirac proclamait que «la feuille de salaire n'est pas l'ennemi de l'emploi». C'était en 1995. Dix ans plus tard, le président de la République, sans pour autant se dédire, remet le doigt sur l'inquiétude majeure des Français, l'emploi. Et ce qui, indirectement, peut le décourager : le coût du travail, qui va bien au-delà du salaire. La feuille de paie, c'est aussi le salaire indirect, c'est-à-dire les charges sociales.

Dans ses vœux à la nation, le président a relancé le chantier du financement social. Depuis, il le décline à chaque cérémonie, et hier encore devant la presse, avant le «clou», attendu aujourd'hui, devant les «forces vives».

*«Parce qu'il pèse trop exclusivement sur les salaires, le système de financement de la protection sociale joue contre l'emploi», a-t-il réexpliqué. «Plus on embauche, plus on paye de charges. A l'inverse, plus on licencie, plus on délocalise, plus on importe, moins on en paye et plus on entraîne des dépenses sociales», au travers du chômage.*

En France, malgré la création de la CSG, qui fait contribuer tous les revenus de tous (sauf chômeurs et retraités non imposables) au financement d'une partie des dépenses sociales, celui-ci reste à 90% fondé sur les revenus du travail. Pour poursuivre la diversification et la dynamisation des ressources sociales, Jacques Chirac veut *«maintenant aller vers une assiette de cotisations patronales qui ne prenne pas seulement en compte les salaires mais l'ensemble de la valeur ajoutée».*

### **Investissement et emplois futurs**

Les salaires forment grosso modo un peu plus de 60% de la valeur ajoutée. Mais cette part est assez différente selon les entreprises et les secteurs d'activité : les entreprises de main-d'oeuvre, le bâtiment ou le commerce, ont une fraction plus grande de leur valeur ajoutée constituée par les salaires. Elles sont donc «pénalisées» par le mode de prélèvement actuel. A l'inverse, des secteurs très capitalistiques comme les télécoms ou l'industrie pétrolière ont une fraction moindre de salaires dans leur valeur ajoutée. Elles sont donc «favorisées» par l'assiette actuelle. Mais ce sont des secteurs d'investissement, et à trop transférer de charges sur elles, comme le propose le PS en instaurant brutalement une taxe sur la valeur ajoutée, on risque de perdre en innovation, donc en croissance et en emplois futurs, ce que l'on gagnerait en emplois immédiats.

### **Syndicats et patronat divisés**

Tel n'est pas le projet élyséen, qui pencherait plutôt pour une modulation des cotisations selon la part des salaires dans la valeur ajoutée, et selon un rythme très progressif. L'affaire est complexe et a déjà été beaucoup débattue depuis 1994. Mais le monde et l'environnement changent, et c'est à cet aune qu'il faut peser les avantages et les inconvénients de l'un ou de l'autre mode de prélèvement.

Que l'Allemagne, par exemple, qui avait un coût du travail supérieur au nôtre, soit en train de gommer l'écart, attire l'attention. Que la même Allemagne s'oriente, même très prudemment, vers la TVA sociale doit aussi être pris en compte. C'est, dit-on dans l'entourage du chef de l'Etat, le déclic qui l'a convaincu de relancer ce chantier, et de donner *«une impulsion très violente»* pour trouver l'assiette de financement social *«la plus neutre possible au regard de l'emploi».*

Jacques Chirac n'a d'ailleurs pas arrêté son choix, même si l'on devine à ses propos qu'il est tenté par la piste de la valeur ajoutée. *«Cette réforme sera élaborée en étroite concertation avec les partenaires sociaux»,* a-t-il assuré. *«Elle sera progressive pour tenir compte de la situation de l'ensemble des entreprises.»*

Quelles sont les autres solutions ? Il n'y en a guère que deux, à moins de faire de tout un peu. Une TVA sociale qui majorerait le coût des produits importés et ferait payer le consommateur ; ou la montée en puissance de la CSG – en contrepartie d'une baisse des cotisations salariales – qui ferait payer tous les revenus, avec le risque de pousser à la délocalisation du capital, encore plus mobile que l'emploi.

Hormis la CGC, favorable à une taxe sur la consommation, les autres syndicats sont très réticents à l'instauration de cette TVA sociale, mais souhaitent la prise en compte de la valeur ajoutée des entreprises.

Renvoyant dos à dos ces deux pistes, le Medef, par la voix de Laurence Parisot, a mis en garde contre des solutions *«simplistes»* et souhaité qu'on prenne le temps d'une *«approche micro-économique et pragmatique».*

L'important, en effet, est de ne pas lâcher un mal pour un autre. Et, à l'approche d'un scrutin politique majeur, de débattre largement pour éviter que l'un ou l'autre des candidats n'avance une «solution miracle» qui n'existe pas.