

## revue de presse ONALA JUIN 2004

### **Les conditions de travail des personnels soignants**

#### **Le stress gagne du terrain à l'hôpital**

#### **Le quotidien du médecin 30 juin 2004**

Le récent colloque organisé par le groupe d'éthique des hôpitaux parisiens Pominou et Broussais sur le stress à l'hôpital a montré clairement que les personnels soignants des établissements de soins sont de plus en plus stressés, notamment en raison de la dégradation de leurs conditions de travail. Des solutions existent pourtant. Un parallèle intéressant a été dressé avec le milieu de l'aéronautique : un pilote d'avion a raconté comment gérer son stress grâce à une formation de tous les instants.

POUR LES SOIGNANTS, l'hôpital, c'est à la fois un lieu fermé de non-dits et une source de stress jamais réellement avouée et reconnue. « *Le stress y est considéré comme une affaire privée*, explique Marie-Christine Pouchelle, ethnologue au Cnrs, lors du colloque organisé sur le stress à l'hôpital par le groupe d'éthique des hôpitaux Pominou et Broussais. *Les infirmières le traitent à coup d'anxiolytiques, les médecins, avec des amphétamines.* » Autant dire que ce n'est pas la solution.

Sans aller jusqu'au burn-out, qui se traduit par un épuisement émotionnel et une dépersonnalisation, les cas de médecins ou d'infirmiers « stressés » sont fréquents. Et pour cause : la maladie, la souffrance, la mort, le rapport avec le corps malade, mais aussi les conflits au sein des équipes soignantes, les changements de mode organisationnel (après une restructuration par exemple) sont autant de sources de stress, auxquelles s'ajoutent maintenant des impératifs budgétaires. « *J'aimerais bien vous sauver, mais on n'a plus les moyens : dire cela vide le message de son sens et de son contenu émotionnel*, observe Tim Greacen, psychologue. *C'est quand les rêves s'évanouissent, qu'on en arrive au stress dépassé.* »

#### **Beaucoup de suicides.**

Catherine Mercadier est cadre infirmier à l'hôpital de Montauban. En préparant sa thèse sur les rapports entre soignants et soignés\*, elle a rencontré des soignants débordés, impuissants. « *Trop souvent* », dit-elle. Elle a aussi découvert l'existence d'une surmortalité par suicide chez les infirmières. « *Ce signe de souffrance est en partie lié aux conditions et à la nature de leur travail* », analyse la sociologue. Créer des groupes de parole pour « *mettre en mots* » son stress devrait être une priorité pour chaque hôpital, estime Catherine Mercadier. « *On ne s'occupe pas d'un corps malade comme d'une voiture, il faut évacuer ses émotions* », préconise l'infirmière montalbanaise.

Tout comme le rapport avec le malade, les conditions de travail peuvent être facteur de stress. Certains hospitaliers, déjà fragilisés par la pénibilité du travail (gardes, travail de nuit...), vivent très mal des changements imposés par de nouvelles réglementations - réduction du temps de travail (RTT), mise en place de pôles, fusion entre établissements, contrôle accru des moyens financiers, etc.

Contraints de travailler à flux tendu, ils craquent. Comme en témoigne cette infirmière parisienne, intervenue lors du colloque pour raconter son expérience personnelle : « *J'ai subi l'épuisement professionnel pendant 17 ans. La nuit, passé 18 heures, il n'y a plus personne, plus un appel. J'ai vécu l'isolement, la peur, la fatigue. C'est très stressant. Maintenant, je travaille de jour.* »

Comment le personnel gère-t-il les tensions au bloc opératoire, lieu anxigène par excellence ? Pour le savoir, l'ethnologue Marie-Christine Pouchelle traîne depuis plusieurs années sa blouse et ses chaussons stériles à l'hôpital Pominou, à Paris. Ses conclusions sont claires : la dégradation des conditions de travail a un impact direct sur le moral des soignants. « *La qualité des soins reste assurée au maximum, mais je note une progression de la démotivation, de l'absentéisme et des maladies professionnelles*, raconte-t-elle. *Avec la RTT, la pénurie s'est aggravée. Certaines infirmières anesthésistes sont obligées de s'occuper de deux ou trois blocs à la fois. Elles savent qu'elles ont un risque de se tromper dans les dosages ; du coup, elles courent partout et s'inquiètent constamment pour la sécurité de leurs patients.* »

#### **Les pressions de l'administration.**

Les équipes soignantes doivent intégrer l'idée que le succès d'une intervention n'est pas garanti par le seul geste du chirurgien. « *Le patient miraculeusement sauvé par un brillant chirurgien peut mourir malgré tout car une aide-soignante en proie au stress fera mal son boulot, ce qui causera la survenue d'une infection nosocomiale* », explique Marie-Christine Pouchelle.

Parfois, c'est l'administration qui ajoute une dose de stress aux soignants. « *Certains viennent d'apprendre que leurs heures supplémentaires effectuées ne seraient ni payées ni récupérées*, rapporte la chercheuse au Cnrs. *Sous prétexte de rentabilité accrue, la direction fait preuve d'une violence sans nom.* »

Catherine Mercadier, la cadre infirmière de Montauban, est convaincue que l'hôpital gagnerait beaucoup à choyer davantage ses blouses blanches. « *On dit que 80 % des moyens de l'hôpital, c'est le personnel. Mais on ne fait rien pour lui, on ne l'écoute pas, les cadres sont happés par tout un travail administratif aux dépens du reste.* »

La solution existe pourtant : apprendre à gérer son stress. Une petite révolution s'impose, car l'hôpital, par tradition, n'a jamais prêté l'oreille aux émotions de son personnel. Les internes disposent tout de même d'un exutoire, leur salle de garde. Quant aux paramédicaux, ils s'abritent derrière des protocoles très détaillés, ce qui élimine toute spontanéité et toute émotion lors du soin. « *Le recours à outrance aux protocoles - un manuel décrit la toilette, le soin le plus simple, en 28 étapes! - aide les soignants à se tenir à distance du malade* », dit Catherine Mercadier. Mais les moyens de défense contre le stress s'arrêtent là. Comment, dès lors, les approfondir ?

### **L'exemple du pilote d'avion.**

Les hospitaliers devraient peut-être s'inspirer de l'initiative développée par le secteur aéronautique. Convié au colloque, Noël Chevrier, commandant de bord à Air France, a livré les clés de son expérience. « *Air France a passé cinquante ans à améliorer la fiabilité de ses transports (qui a été multipliée par un facteur 1 000). Dans les années 1980, on a compris que la technique n'était pas tout, et qu'il était temps de s'occuper des hommes. L'avion est construit, entretenu et conduit par des humains. La compagnie a donc mis l'accent sur la formation et l'information. Il m'a fallu apprendre à gérer les hommes, l'équipe comme les passagers. Gérer mon stress, aussi. Car le chef peut stresser un régiment : le médecin, à la manière du commandant de bord, doit apprendre à se contrôler. Au sol, je m'entraîne sur un simulateur. A chaque décollage, je pense à ce qu'il faudrait faire en cas de panne de moteur. De leur côté, les hôtesses se récitent la liste des gestes à faire en cas de feu ou de problème. Si le moteur se met à flamber vraiment, je pense à l'essentiel, c'est-à-dire sauver la trajectoire et éviter la montagne. Peut-on se préparer à l'inconnu ? Notre expérience montre que l'on peut progresser.* »

Comme l'a expliqué Noël Chevrier, Air France est parvenue en quinze ans à développer une culture de reconnaissance de l'erreur. Le chef d'équipe y a peut-être un peu perdu, mais au bénéfice du plus grand nombre. « *J'étais un dieu, il y a 25 ans, un demi-dieu il y a dix ans. Aujourd'hui, je suis au service de mon équipe, reconnaissant et modeste !* », s'amuse le commandant de bord.

Les médecins hospitaliers sauront-ils en prendre de la graine ? Pour Marie-Christine Pouchelle, l'hôpital a vingt ans de retard sur l'aviation. « *Le modèle du chirurgien héroïque, qui ne souffre jamais et qui dépense son temps sans compter, a vécu*, dit l'ethnologue. *Le malaise hospitalier vient beaucoup de l'absence de prise en compte des facteurs humains. Le changement des mentalités n'est pas fait. Il est important, pourtant, que le médecin accepte de montrer qu'il se trompe, qu'il n'est pas infaillible. En donnant l'exemple, chacun pourra alors évacuer son stress, et le travail gagnera en qualité.* »

\* Catherine Mercadier a publié sa thèse en 2002 sous le titre « *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital* », aux éditions Seli Arslan.

### **Le problème des restructurations**

Jean-Paul Dumond, enseignant-chercheur à l'Ensp, a mené plusieurs enquêtes qui montrent comment sont perçues les restructurations hospitalières par le personnel.

Une de ces études a porté plus particulièrement sur les fusions conduites par l'AP-HP en 2002 (plus grand établissement hospitalier public de France, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris regroupe 39 hôpitaux) ; 870 membres du personnel, soignants et administratifs, ont répondu aux questions de Jean-Paul Dumond. A la question « *qu'avez-vous ressenti lors de l'annonce de la restructuration ?* », 13 % ont répondu une menace, et 64 % une source d'inquiétude. De ces résultats, il ne faudrait pas tirer de conclusion hâtive, car 40 % des sondés ont aussi répondu une chance à saisir, et 25 %, un événement très positif. « *Cela montre l'ambiguïté de certaines personnes ou leur rationalisation a posteriori* », analyse le chercheur ; 8 % des personnes interrogées disent avoir souvent vécu des moments de violence au cours des restructurations, 20 % parfois, et 54 % jamais. La plupart ont, en revanche, vécu des moments de stress : 50 % souvent, 40 % parfois. Les cadres et les médecins se disent les plus stressés. « *Il semble logique que les plus atteints soient ceux qui vivent les conflits de plein fouet* », commente Jean-Paul Dumond. D'autres études semblent montrer, sans toutefois le prouver, qu'il existerait un lien entre les restructurations et l'absentéisme, les démissions et, parfois même, les suicides.

Comment Jean-Paul Dumond explique-t-il cela ? « *Le personnel, dit-il, perçoit une dégradation de ses conditions de travail - à tort ou à raison, je ne jugerai pas. Peut-être faut-il y voir l'effet de l'intensification du travail, d'un ras-le-bol, d'une démotivation. Mais il faut se garder d'accuser les 35 heures : l'explication est certainement plus nuancée et moins caricaturale.* »

### **La réforme de l'assurance-maladie devant les députés**

**La création d'une union nationale des professions santé divise déjà**

**Le quotidien du médecin 30 juin 2004**

Un amendement de l'UMP au projet de loi de la réforme propose la création d'une union nationale des professions de santé. Ce que réclament également douze syndicats de professionnels de santé libéraux. Une initiative qui ne fait cependant pas l'unanimité.

LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ libéraux se sont trouvés une place dans le projet de loi de réforme de l'assurance-maladie, depuis que la commission spéciale chargée d'examiner le texte à l'Assemblée nationale a adopté un nouvel amendement prévoyant une « *union nationale* » chargée de regrouper les représentants des professions de santé. Cet amendement, présenté par le Pr Jean-Michel Dubernard, rapporteur de cette commission spéciale, précise que la future Union nationale des professions de santé émettra « *des avis sur les propositions de décisions de l'union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam)* », notamment en ce qui concerne la participation financière de un euro des patients par acte médical.

Il y a quelques jours, le Centre national des professions de santé (Cnps) revendiquait « *la place qui lui revient* » dans la nouvelle gouvernance (« *le Quotidien* » du 22 juin). Aujourd'hui, l'Union nationale des professions libérales (Unapl) « *soutient* » l'amendement Dubernard créant une Union nationale des professions de santé et « *estime que le Cnps devrait être cette nouvelle structure* ». Malgré cet amendement, douze organisations syndicales (soit un peu moins de la moitié des syndicats siégeant au Cnps) pensent que la question de la représentation des professionnels de santé libéraux est loin d'être réglée (1).

Au nom de « *la nécessaire dimension interprofessionnelle des soins de ville* », elles réclament, dans une déclaration commune, la création d'une union nationale des professions de santé avec des missions de représentation et de négociation d'accords interprofessionnels, « *un conseil national (et des) conseils de région identifiant un collège par profession* ». Dans leur esprit, cette structure s'ajouterait au Cnps.

Pour le président de MG-France, l'amendement Dubernard est « *incomplet* » et peut être de toute façon biffé à tout moment par les députés ou les sénateurs. D'autant qu'il existe, note le Dr Pierre Costes, une « *contre-mobilisation* » des organismes d'assurance-maladie « *qui n'ont pas envie d'avoir des partenaires renforcés* ». Les professionnels de santé libéraux pourraient bien « *se révolter contre la loi et la réforme s'ils en sont exclus* », prévient-il.

Le Dr Jean-Gabriel Brun, président de l'Union collégiale des chirurgiens et spécialistes français (Uccsf-Alliance), voit aussi dans l'Union nationale des professions de santé le seul moyen de peser face aux « *mastodontes* » de l'Uncam et de l'union des complémentaires santé. L'appel lancé à l'initiative de MG-France ne rassemble « *pas tout le monde, mais ça viendra* », pronostique le Dr Brun, qui juge le Cnps « *paralysé* » et « *has been* ». « *Le Cnps a du mal à se réformer pour avoir une représentativité interprofessionnelle, car ses statuts ne le lui permettent pas : on l'a vu avec l'Acip* », renchérit Jean Benoît, président du Syndicat des biologistes (SDB).

L'accord-cadre interprofessionnel (Acip), négocié fin 2002 entre le Cnps et les caisses d'assurance-maladie, est resté finalement lettre morte car il n'a pu être validé en interne par le Cnps en raison d'un blocage de plusieurs syndicats, dont la Confédération des syndicats médicaux français (Csmf). Jean Benoît verrait bien une union nationale « *idéale avec une voix par profession* », indépendamment du poids démographique des uns et des autres. Cela suppose, souligne-t-il, « *un effort important demandé aux médecins pour qu'ils acceptent et comprennent de fonctionner en équipe de soins, même si personne ne conteste le rôle pivot du médecin en soins de ville* ».

Quoi qu'il en soit, le président de la Csmf ne semble pas prêt d'accepter cette main tendue. « *Sans la signature des syndicats médicaux Csmf, SML, FMF, de la Cnsd pour les chirurgiens-dentistes et des sages-femmes, ce n'est pas une démarche consensuelle* », note le Dr Michel Chassang. Sur le fond, il fait valoir qu'« *une structure existe déjà, c'est le Cnps, et (qu') il est inutile d'en créer une autre* ».

Un avis partagé par le président du Cnps (qui doit remettre son mandat à l'automne), le Dr Jacques Reignault. Ce dernier craint que la « *médiatisation* (de l'appel des douze syndicats) *nuise à l'unité (et) rajoute à la confusion* ».

(1) L'appel est signé d'ores et déjà par les responsables des syndicats médicaux MG-France et Uccsf-Alliance, de l'Ujcd-Union dentaire, des syndicats infirmiers (FNI et Convergence Infirmière), de la Ffmkr (kinés), de la Fspf et de l'Unpf (pharmaciens), de la FNO (orthophonistes), du Snao (orthoptistes), de la FNP (podologues).

## **La réforme de l'assurance-maladie devant les députés**

**Philippe Douste-Blazy répond à Bercy**

**Le quotidien du médecin 30 juin 2004**

***Irrité par la note alarmiste de la Direction de la prévision au ministère de l'Economie, qui ne croit pas aux effets de la réforme, le ministre de la Santé a répliqué point par point, et confirmé son objectif : 15 milliards d'euros par an, à partir de 2007.***

Alors que l'efficacité économique de la réforme de l'assurance-maladie a été mise en doute par une note interne de Bercy (« *le Quotidien* » du 28 juin), qui ne croit pas au retour à l'équilibre des comptes à l'horizon 2007, le ministre de la Santé s'est engagé à faire « *une réforme de 15 milliards d'euros, très ambitieuse, pas une réformette* ». Pour autant, il précise que plusieurs mesures structurelles auront un impact financier à moyen terme. A propos du dossier médical personnel

(DMP), outil emblématique de son plan d'économies, il explique que « *ce n'est pas du sonnante et trébuchant au 1er octobre* ». Fait plutôt rare, le ministre de la Santé a contesté sur le fond, dans un texte détaillé, la note alarmiste de Bercy qui reposerait sur « *des chiffrages erronés* » et aurait donc un « *crédit extrêmement limité* ». Mesure par mesure, le ministre a confirmé ses prévisions.

### **Un milliard d'euros grâce aux génériques.**

L'amélioration de la gestion du risque (promotion des référentiels de soins, évaluation des pratiques, coordination...) qui, selon Bercy, n'apporterait aucune économie ? Elle aura au contraire un « *impact significatif* » sur les dépenses de santé, martèle le ministre, qui rappelle les prévisions de la Cnam dans ce domaine : 5 à 6 milliards d'euros correspondant aux dépenses non médicalement justifiées.

La politique du médicament qui ne produirait que 0,5 milliard d'euros d'économies ? Le ministre récusé un chiffre fantaisiste puisque, selon lui, la seule promotion des génériques rapportera un milliard d'euros, à quoi il faut ajouter les autres mesures sur le médicament (conditionnement plus adapté, taxation de l'industrie pharmaceutique) pour un montant global de 2,3 milliards d'euros. Les économies à l'hôpital qui n'atteindraient que 400 millions ? Philippe Douste-Blazy prévoit exactement quatre fois plus (1,6 milliard) grâce, notamment, à la rationalisation des achats à l'hôpital. Et encore ne s'agirait-il que d'une « *évaluation prudente* ».

Le ministre réplique également sur l'efficacité de sa croisade contre les arrêts de travail abusifs (800 millions d'euros attendus) et sur la franchise de un euro par acte. « *Les exemples étrangers, notamment celui de l'Allemagne, dernièrement, montrent qu'une contribution directe a un impact sur la consommation de soins* », explique-t-il. En clair, Bercy aurait tout faux en se montrant aussi pessimiste. Et le ministre de la Santé de répéter que le gouvernement « *a fait le choix de la promotion de la qualité et de la maîtrise médicalisée* » et que le gisement d'économies est « *énorme* ». A condition, bien sûr, que les principaux acteurs (prescripteurs et assurés en premier lieu) se mobilisent en modifiant leurs comportements.

Dès lors, le gouvernement envisage-t-il l'échec de son plan ? Il ne l'exclut pas totalement. Dominique Bussereau, secrétaire d'Etat au Budget, a affirmé sur Europe 1 qu'il faudrait « *une logique de dureté* » en cas d'échec, avec à la clé des déremboursements. « *A ce moment-là (si le déficit de l'assurance-maladie ne se réduit pas), il ne faudra pas simplement un euro de franchise sur les consultations mais sur tous les actes médicaux ou autres* », a-t-il mis en garde. Même si Jean-Pierre Davant, président de la Mutualité française, estime que la note de Bercy a causé « *beaucoup de bruit pour rien* », cette polémique sur l'efficacité de la réforme apporte de l'eau au moulin des socialistes. Elisabeth Guigou, ancienne ministre des Affaires sociales, a qualifié de « *supercherie* » le projet du gouvernement fondé sur des économies « *gonflées* » et des recettes « *aléatoires* ». Pour Jean-Marie Le Guen, la réforme va même « *aggraver* » le déficit et « *mettre sous pression* » l'assurance-maladie. Le débat parlementaire est lancé. Il devrait durer un mois.

### **Le dossier médical personnel**

#### **Un rapport préconise des solutions provisoires**

##### **Le quotidien du médecin 30 juin 2004**

LA MISE EN ŒUVRE du dossier médical personne (DMP) est « *un grand chantier* » qui ne pourra être mené à bien qu'en recourant, dans un premier temps, à « *des solutions provisoires* ». Tel est le verdict de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques qui rend publics les résultats d'une étude sur « *les télécommunications à haut débit au service du système de santé* », un travail dont la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale lui a passé commande en décembre dernier.

Car, en matière d'utilisation des nouvelles technologies de l'information en général - de DMP en particulier -, la France part de loin. « *Moins de 5 % des hôpitaux disposent d'un dossier informatisé et encore moins d'un dossier médical unique commun à tous les services (95 % des dossiers sont manuscrits)* », rappellent les parlementaires. Conséquence : le DMP ne sera pas généralisé d'un claquement de doigt et il nécessitera de très lourds investissements - l'Office se rallie aux estimations de la Mutualité et convient que l'opération « *pourrait coûter jusqu'à 10 milliards d'euros* ». Le temps - Philippe Douste-Blazy souhaite que le dossier médical personnel fonctionne au plus tard le 1er juillet 2007 - et les finances ne sont pas les seuls obstacles à la généralisation du DMP : la technique, la déontologie, la réglementation, voire la loi, sont également en travers de la route.

D'un point de vue technique, députés et sénateurs suggèrent que, à court terme et pour la majorité de la population, le dossier médical se confonde avec la carte Vitale (dont la capacité de mémoire est limitée). Mais ils proposent que le DMP des malades lourds ou chroniques soit, lui, enregistré sur une clé USB (petite, peu fragile et à la mémoire étendue). L'Office règle la question de l'identifiant des assurés (nécessaire pour une consultation facile mais sécurisée du DMP) en proposant l'utilisation du numéro d'Insee doublé d'un code propre au patient (pourquoi pas l'empreinte digitale, « *qui présente l'avantage de pouvoir être utilisée même si le patient est inconscient* » ?).

Les parlementaires tentent par ailleurs de démêler l'imbroglio que constituent les textes permettant au malade d'accéder à son dossier et le code de déontologie médicale. *Quid* des fiches d'observation, des notes des praticiens ? Il faut trancher, car se pose « *le problème de la tenue de deux dossiers médicaux : l'un qui serait la propriété du malade où se trouveraient essentiellement les données brutes et un autre contenant les analyses du médecin auquel le malade n'aurait pas obligatoirement accès* ».

Un autre point potentiellement faible du DMP retient l'attention de l'Office : il ne faudrait pas que leurs détenteurs soient tentés de les monnayer - il s'agit entre autres d'« éviter que des laboratoires puissent soustraire du domaine public des éléments précieux pour la recherche ». D'où la proposition d'« ôter tout caractère marchand » au dossier médical. Dans le même ordre d'idées, les parlementaires voudraient que la consultation induite du dossier médical par un employeur ou un assureur - il est impossible de l'empêcher en l'état actuel des choses, précise leur rapport - soit érigée en délit, même si elle se fait en accord avec le titulaire du dossier.

### **Deux médecins portent plainte contre Douste Le quotidien du médecin 30 juin 2004**

Mardi 29/06/2004. Les actions de protestation contre la réforme de l'aide médicale d'état (AME) se poursuivent. Deux praticiens, le Dr Federmann, psychiatre à Strasbourg et le Dr Doubovetzky, généraliste à Albi ont saisi l'ordre des médecins d'une plainte contre le ministre de la Santé, Philippe Douste-Blazy. Selon eux, le nouveau dispositif de l'AME « met les médecins dans l'impossibilité de remplir leurs devoirs déontologiques ». En sa qualité de médecin, le ministre « a gravement contrevenu à ses obligations déontologiques », estiment-ils. Très contestée, la réforme de l'AME complique depuis le 1er janvier dernier l'accès aux soins des étrangers. Puisque ces derniers doivent prouver leur résidence en France dans les trois mois qui précèdent la demande de prise en charge. Plusieurs associations humanitaires réclament le rétablissement de l'accès immédiat à l'AME « quand la situation l'exige ».

### **Réforme de l'assurance-maladie : le gouvernement accorde une marge de manœuvre limitée aux députés Le Monde 30 juin 2004**

***L'examen du projet de loi devait débiter, mardi 29 juin, à l'Assemblée nationale. La prolongation de la CRDS souhaitée par M. Douste-Blazy fait débat au sein de la majorité***

Coup d'envoi, mardi 29 juin, de la discussion à l'Assemblée nationale du projet de réforme de l'assurance-maladie. Le gouvernement a prévenu : les parlementaires devront siéger en session extraordinaire jusqu'à son adoption définitive... Le premier ministre, Jean-Pierre Raffarin, devait ouvrir lui-même le débat, laissant ensuite au ministre de la Santé, Philippe Douste-Blazy, et à son secrétaire d'Etat à l'assurance-maladie, Xavier Bertrand, le soin de défendre le dispositif. Cette « réforme d'une ampleur jamais égalée », ainsi que ne cesse de la qualifier M. Douste-Blazy, est censée générer, à partir de 2007, plus de 5 milliards d'euros de nouvelles recettes et près de 10 milliards d'économies pour sauver un régime général qui accuse un déficit de 14 milliards d'euros.

Depuis vendredi 25 juin, une note émanant de la direction de la prévision du ministère de l'économie est toutefois venue minimiser les économies attendues : en chiffrant celles-ci à 8 milliards d'euros, elle a mis en doute le retour à l'équilibre à l'horizon 2007. « A toute chose malheur est bon, soupire M. Bertrand. Je ne dis pas que ce rapport de la prévision nous est utile, mais il va nous permettre de préciser les choses. »

Au scepticisme assez largement partagé qui a accueilli cette réforme, le secrétaire d'Etat oppose un volontarisme à tous crins : « Je ne vais pas expliquer que nous pouvons faire des économies, je vais montrer comment nous allons les faire. » Place, donc, à la discussion : « Il y a des marges de débat », assure M. Bertrand. Y a-t-il pour autant de « vraies marges de manœuvre pour le Parlement », comme veut s'en convaincre le rapporteur (UMP) du projet de loi à l'Assemblée, Jean-Michel Dubernard ? La commission spéciale a certes adopté une série d'amendements qui, s'ils ne changent pas l'architecture générale du texte, en précisent certaines dispositions, notamment en matière de financement. Tous, loin s'en faut, ne devraient pas recevoir l'aval du gouvernement.

### **LES CRITIQUES DU PS**

Les critiques les plus virulentes ont porté sur la prolongation, au-delà de 2014, de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Au sein même de l'UMP, ce « report de la dette sur les générations futures » a fait débat. Toutefois, si le gouvernement est prêt à accepter que soit fixée une date butoir en 2020, comme le propose la commission, il exclut une augmentation des prélèvements. Un amendement voté en commission prévoit de porter de 0,5 % à 0,65 % le taux de la CRDS : « Ce n'est pas la bonne solution », prévient M. Bertrand, tout en disant regretter que cette question ait pris « trop d'importance ».

Une solution de repli a été envisagée. La députée (UMP) des Yvelines Valérie Pécresse devait déposer, mardi après-midi, un amendement spécifiant que les excédents à venir de l'assurance-maladie seront affectés au remboursement de la dette. « Je suis persuadée que cette réforme ne manquera pas de générer de nouvelles entrées », assure Mme Pécresse, qui dit vouloir « lier les gouvernements à venir pour que le remboursement de la dette devienne prioritaire ». En espérant que cela suffira à dissuader ses collègues de soumettre leur amendement au vote.

Le débat risque également de se concentrer sur le volet « régionalisation » du système de santé. L'UDF en fait un de ses principaux axes de bataille. Sensibles à cette pression, les députés de l'UMP ont souhaité introduire une plus grande souplesse. La commission s'est prononcée pour la création de « missions régionales de santé » et pour la possibilité

d'expérimentations, sur la base du volontariat, pouvant déboucher sur la mise en place d' "agences régionales de santé". Le gouvernement se montre pour le moins réservé.

Autre source de friction : le dispositif d'aide pour l'accès à une complémentaire santé. Ce crédit d'impôt, d'un montant de "150 euros par foyer fiscal", selon M. Bertrand, est censé bénéficier potentiellement à 2 millions de personnes. "Cela va représenter un effort de 250 à 300 millions d'euros pour l'assurance-maladie", assure M. Douste-Blazy dans *Les Echos* du 29 juin.

En revanche, le gouvernement devrait mettre son veto à l'extension du forfait de 1 euro aux consultations aux urgences hospitalières non suivies d'une hospitalisation et à la suppression de son exonération pour les bénéficiaires de la couverture-maladie universelle (CMU). "C'est une réforme qui n'a aucune chance de régler tous les problèmes", assure Laurent Fabius, numéro deux du Parti socialiste (PS) qui sera l'un des principaux orateurs de son groupe. "L'affaire de la CRDS, qui serait reportée jusqu'en 2025, c'est de l'esbroufe", poursuit M. Fabius qui prévient que, de retour au pouvoir, le PS remettrait cette réforme en cause : " Comme pour les retraites, il faudra tout recommencer."

### **La réforme de l'assurance-maladie examinée par les députés Les dispositions du texte gouvernemental Le Quotidien du médecin 29 juin 2004**

Les députés commencent aujourd'hui la discussion sur le projet de loi de réforme de l'assurance-maladie. Les débats s'annoncent animés, d'autant que la dernière note économique de la Direction de la prévision du budget a jeté de l'huile sur le feu en estimant que ce plan ne permettrait pas de résorber le déficit de l'assurance-maladie. Des réserves également formulées par la Cnam. Le texte que commence à examiner l'Assemblée nationale comporte de nombreuses mesures qui vont changer la pratique des médecins.

- Le dossier médical personnel : il s'est d'abord appelé « dossier médical partagé » ; le voici rebaptisé. C'est l'outil de la nouvelle coordination des soins. Le gouvernement souhaite rendre ce DMP, mis en place au plus tard le 1er juillet 2007 et dont un premier cahier des charges est attendu pour septembre, obligatoire pour le patient (sa présentation conditionnera le remboursement). Informatisé, le dossier comportera les éléments diagnostiques et thérapeutiques rapportés par les professionnels de santé comme les éléments du compte-rendu résumé de sortie en cas de séjour à l'hôpital. Le patient, détenteur de son DMP, pourra contrôler l'accès des professionnels aux informations qu'il contient.

- Le médecin traitant : c'est autour de lui (généraliste ou spécialiste, choisi par le patient) que va se développer le « parcours de soins coordonné ». Son rôle est donc central dans l'orientation et le suivi des malades. Philippe Douste-Blazy souhaite que le dispositif soit en place dès l'an prochain. Indirectement, le médecin traitant est à l'origine de l'espace de liberté tarifaire ouvert par la réforme : consultés en dehors des parcours de soins, les médecins (hors spécialités pour lesquelles un accès direct restera possible) devraient pouvoir facturer des dépassements d'honoraires dans des conditions (dans les limites d'un plafond ?) qu'il appartiendra à la convention de définir.

- Des protocoles de soins pour les ALD : les patients inscrits en ALD (affection de longue durée) vont signer le protocole de soins jusqu'à présent paraphé par les seuls médecin conseil et médecin traitant. Ils devront présenter ce document à tout médecin consulté dans le cadre de soins exonérés du ticket modérateur. Le respect, pour la prise en charge à 100 %, du périmètre des actes et des prestations défini dans ce protocole sera opposable aux patients comme aux médecins.

- L'évaluation des pratiques : tout médecin doit s'engager dans une démarche d'évaluation de sa pratique professionnelle. Il a le choix entre le dispositif mis en place par l'Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) et tout autre dispositif agréé. L'évaluation des pratiques est obligatoire mais le projet de loi ne prévoit pas de sanctionner les médecins au cas où ils ne s'y plieraient pas.

- Les pénalités financières : des « amend.es administratives » graduées sont prévues qui permettent aux caisses locales d'assurance-maladie de sanctionner les auteurs (assurés, professionnels ou établissements de santé) d'abus ou de fraudes comme les usurpations de carte Vitale, les fausses déclarations, les cotations d'actes fictifs... Les sanctions ne seront prises qu'après avis d'une commission réunissant représentants locaux de l'assurance-maladie et professionnels de santé ; elles pourront être contestées devant le Tass (tribunal des affaires de Sécurité sociale).

En outre, un dispositif spécifique est prévu pour les prescriptions abusives d'arrêts de travail ou de transports (activité du médecin sous contrôle - elle sera soit suspendue purement et simplement pendant six mois dans le domaine de prescription en cause, soit subordonnée à un accord préalable du service médical).

- Le forfait de 1 euro : sauf les enfants, les bénéficiaires de la CMU (couverture maladie universelle) et sans doute les femmes enceintes - pour l'instant, elles ne figurent pas dans le projet de loi -, tous les assurés sociaux devront, chaque fois qu'ils consultent un médecin, y compris dans le cadre des consultations externes des hôpitaux, s'acquitter d'une « contribution forfaitaire », non remboursée, ni par l'assurance-maladie ni par les complémentaires. Le but de la mesure est de « responsabiliser l'assuré dans son comportement de soins ». La valeur initiale de cette participation (qui pourra être modifiée par la suite par l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie) sera arrêtée par le gouvernement.

Depuis l'annonce de ce dispositif par le Premier ministre, c'est le chiffre de 1 euro qui circule. Un plafonnement de cette contribution devrait être institué par amendement.

- La carte Vitale : les hôpitaux vont pouvoir demander aux patients d'attester qu'ils sont bien les détenteurs de la carte Vitale qu'ils présentent. Philippe Douste-Blazy a par ailleurs décidé qu'une photographie serait apposée sur les cartes Vitale lors de leur prochain renouvellement.

- Le médicament : la promotion des génériques est au programme. Leur définition est élargie (en accord avec une directive européenne qui pose que les différents dérivés chimiques d'une substance active doivent être considérés comme le même principe actif) afin d'empêcher les laboratoires de commercialiser des « copies » à l'expiration de leurs brevets. Un programme d'amélioration de la qualité des visites médicales est également arrêté. Et il est prévu, pour éviter les gaspillages, de réserver l'inscription au remboursement aux seules spécialités pharmaceutiques présentées « sous un conditionnement adéquat ».

- La Haute Autorité de santé : à elle de définir les protocoles qui seront appliqués par les médecins. A elle aussi d'évaluer scientifiquement les pratiques médicales et les processus diagnostiques et thérapeutiques. Indépendante, financièrement autonome, elle sera dirigée par un collège de 12 membres nommés par le président de la République, le président du Sénat, le président de l'Assemblée nationale et le président du Conseil économique et social. Cette Haute Autorité devrait être installée avant décembre.

### **Un Numéro Indigo, un site Internet et deux courriers**

Soucieux d'expliquer sa réforme au grand public comme aux professionnels, le ministère de la Santé a mis en place un « dispositif d'information ».

Une plate-forme téléphonique (accessible par le Numéro Indigo 0825.396.396, 0,15 euro la minute) a été mise en place qui permet à tout un chacun de poser les questions qu'il souhaite sur les principales mesures du projet de loi. Un site Internet (accessible par le site officiel du ministre - [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) - en cliquant sur « Réforme pour l'assurance-maladie ») fait par ailleurs le tour de la réforme ; les internautes peuvent poser une question par mail. Enfin, deux courriers personnalisés accompagnés d'un document explicatif sous forme de questions/réponses ont été envoyés vendredi dernier à tous les médecins et aux pharmaciens d'officine.

### **Maxime Gremetz (PC) : un débat animé, forcément...**

**Le député communiste de la Somme défendra des milliers d'amendements et promet au gouvernement un débat « animé ».**

**Le Quotidien du médecin 29 juin 2004**

### **LE QUOTIDIEN - Les députés communistes vont-ils faire de l'obstruction systématique ?**

MAXIME GREMETZ - Mais pas du tout ! Nous avons présenté notre propre projet de modernisation de l'assurance-maladie, et nous l'avons traduit en amendements au texte du gouvernement. Des amendements de suppression, puisque de nombreuses dispositions ne nous conviennent pas, mais aussi des propositions concrètes pour une réforme qui respecte les principes de 1946 : la solidarité entre les générations, la justice, l'égal accès à la santé. Nous avons parlé de la discussion qui s'annonce avec le président (de l'Assemblée nationale) Debré et le ministre de la Santé. Nous exigeons un débat de fond, serein, mais qui sera animé, forcément. Deux projets vont s'affronter, le consensus est impossible. Sur les questions majeures, le gouvernement fait l'inverse de ce que nous souhaitons. Nous défendrons 6 000 amendements. Il faudra aller jusqu'à début août pour examiner tout cela tranquillement.

### **Quelle est votre objection principale au plan gouvernemental ?**

Nous n'avons jamais voté les lois de financement de la Sécurité sociale, même quand des ministres communistes étaient au gouvernement. Nous avons une divergence de fond, y compris avec nos partenaires socialistes, sur le mode de financement de la Sécurité sociale. Eux choisissent l'augmentation de la CSG, qui frappe les salariés, les retraités et les personnes âgées. Nous voulons modifier l'assiette des cotisations et supprimer les 20 milliards d'exonérations de cotisations patronales octroyées au nom de l'emploi alors que le chômage augmente. Il faut prendre en compte la valeur ajoutée des entreprises et taxer les revenus financiers. Et il faut transférer à la Sécu ce qui lui revient : les taxes sur les tabacs et les alcools. L'angle d'attaque unique du gouvernement, c'est le déficit, qui est réel. Mais pourquoi ? Pas pour les raisons qu'on nous donne. J'ajoute que le plan proposé ne répondra pas aux besoins nouveaux en santé, résultant de l'allongement de la vie, mais aussi des technologies et médicaments innovants.

### **La nouvelle gouvernance vous satisfait-elle ?**

On avait déjà supprimé les élections à la Sécu. Aujourd'hui, le gouvernement enlève tout pouvoir au conseil d'administration, en nommant un superdirecteur. C'est une étatisation qui, en vérité, doit permettre d'aller vers une privatisation rampante.

### **Estimez-vous que les médecins sont suffisamment mis à contribution ?**

Je ne veux pas opposer les médecins, les salariés, ou encore d'autres catégories. Le gouvernement, c'est sa méthode, stigmatise les uns et les autres pour ne pas faire payer les entreprises et tenir compte de la richesse produite. On continue les exonérations de cotisations. Pendant ce temps, on ouvre le marché de la santé aux assurances complémentaires, notamment privées.

**Le gouvernement parie sur le changement des comportements des usagers et des prescripteurs pour faire plusieurs milliards d'euros d'économies.**

C'est du pipeau ! Le médecin-référent, le contrôle des abus, la contribution des ménages pour payer leur santé, ça existe déjà, non ? La façon de présenter les choses ne doit pas masquer le fond. Faut-il en appeler à la responsabilité des gens ? Oui. Mais sûrement pas en augmentant le forfait hospitalier ou en taxant chaque acte de 1 euro. Les trusts pharmaceutiques ont des taux de profit élevés.

**Bercy semble douter du retour à l'équilibre des comptes à l'horizon 2007 avec cette réforme. Vous aussi ?**

Ce que dit Bercy dans sa note interne est tout à fait vrai. Non seulement la question du déficit ne sera pas réglée avec ces mesures, mais les gens auront de moins en moins la possibilité d'accéder à une bonne qualité de soins. C'est grave.

**Bernard Accoyer (UMP) : une dynamique est engagée**

**Le président du groupe UMP à l'Assemblée nationale déplore l'obstruction attendue de l'opposition dont il dénonce l'absence de projets, alors que dit-il, une réforme dynamique est engagée.**

**Le Quotidien du médecin 29 juin 2004**

**LE QUOTIDIEN - Craignez-vous une obstruction du débat parlementaire ?**

Dr BERNARD ACCOYER - A partir du moment où on annonce plusieurs milliers d'amendements, on peut évidemment parler d'obstruction. Ce n'est pas au groupe majoritaire d'accélérer la procédure. Le groupe majoritaire apportera sa contribution. Quant à agir sur la procédure elle-même pour l'accélérer, cela revient à ceux qui tentent de la bloquer et éventuellement au gouvernement. Je suis assez déçu d'apprendre que l'opposition voudrait bloquer le fonctionnement de l'Assemblée.

Le président de la République et le gouvernement ont choisi la voie d'un projet de loi gouvernemental et non la voie des ordonnances pour entreprendre la réforme de l'assurance-maladie. Or la Sécurité sociale, depuis sa création, a toujours été réformée par voie d'ordonnances, ce qui ne donne pas la possibilité d'un débat parlementaire et le droit aux amendements. Dévoyer cette possibilité de débat offerte par le gouvernement relève de l'incompréhensible. En réalité, cette attitude ne vise qu'à masquer l'absence de propositions alternatives de la part de l'opposition.

**La commission spéciale présidée par Yves Bur a adopté plusieurs amendements. Vont-ils dans le bon sens ?**

Le groupe parlementaire approuve et se retrouve dans les amendements qui ont été proposés par les membres UMP de la commission spéciale. Ce sont des amendements de fond intéressants qui contribuent à améliorer le texte. Ce n'est absolument pas le cas des centaines d'amendements de l'opposition qui risquent de bloquer le débat.

**Le projet de réforme prévoit 10 milliards d'économies grâce à la maîtrise médicalisée. Pourtant de nombreuses voix dénoncent un « plan d'austérité injuste et inefficace » qui n'aboutira qu'à des « économies illusoires ».**

L'opposition se grandirait à faire de vraies propositions. Il n'y en a pas une seule qui soit crédible. Cela prolonge ce qu'elle a fait lorsqu'elle était au pouvoir avec Lionel Jospin. Aucune mesure structurelle pour sauvegarder ou préserver l'avenir de l'Assurance-maladie n'a été engagée. Au contraire, le gouvernement Jospin s'est illustré en détournant des recettes importantes de l'assurance-maladie pour financer les 35 heures à hauteur, par exemple pour cette année, d'environ 10 milliards d'euros. Il avait créé le Forec pour donner l'illusion d'une réforme qui n'est jamais intervenue et dont le but était de prendre l'argent de la taxe sur les tabacs et alcools ainsi que sur les assurances pour financer les exonérations de charge rendues nécessaires par la politique systématique de réduction du temps de travail. Si nous avions aujourd'hui ces 10 milliards d'euros disponibles pour l'assurance-maladie, nous ne serions pas dans la situation actuelle.

**Une note de la Direction de la prévision du ministère des Finances conteste le montant des économies attendues par le ministère de la Santé.**

Il ne s'agit que d'une rumeur. Tout ce qui émane de la Direction de la prévision du ministère des Finances rappelle malheureusement les faits de 1997 où elle s'était illustrée en annonçant qu'il n'y aurait pas de reprise économique à cours ou à moyen terme. La crédibilité de ce service est particulièrement réduite. Cette note, à l'évidence, ne tient pas compte du caractère dynamique de la réforme engagée, qui va s'appliquer sur plusieurs années et va évidemment comporter des mesures utiles, comme la création d'une Haute Autorité.

**La réforme sera-t-elle adoptée dans les délais prévus, avant fin juillet ?**

Nous ne partirons pas en vacances avant que le projet de loi de réforme de l'assurance-maladie ne soit voté. Il y a tout lieu de penser que le vote sera acquis avant la fin du mois de juillet.

**Hôpitaux de proximité**

**L'Apvf demande des « mesures concrètes »  
Le Quotidien du médecin 29 juin 2004**

L'Association des petites villes de France (Apvf), présidée par le socialiste Martin Malvy, demande au gouvernement, au-delà des « simples effets d'annonce », de « prendre des mesures concrètes » pour les hôpitaux de proximité. Il faut, précise l'Apvf, « afficher beaucoup plus clairement l'importance et la pertinence des hôpitaux de proximité dans notre système de soins », en mentionnant par exemple dans le plan Hôpital 2007 les « services » que ces petits établissements « rendent à la population ».

**Sécu : pluie de propositions d'amendements  
Ouverture demain du débat sur l'assurance maladie à l'Assemblée nationale.  
François WENZ-DUMAS, Libération 38 juin 2004**

Derniers échauffements avant l'ouverture du débat parlementaire sur l'assurance maladie, demain à l'Assemblée nationale : tandis que la commission spéciale chargée d'étudier le projet de loi peaufine son rapport, les députés sont assaillis par les propositions d'amendements. Syndicats, mutualité, professionnels de santé, industrie pharmaceutique : tous inondent les parlementaires de demandes de modifications du texte qui sera défendu par le ministre de la Santé, Philippe Douste-Blazy, et le secrétaire d'Etat à l'Assurance maladie, Xavier Bertrand. La CFTC, par exemple, juge «culpabilisante» la disposition sur les salariés qui abuseraient des arrêts maladie ; elle propose de renforcer plutôt les sanctions contre les entreprises qui les encourageraient. Autre exemple : un grand laboratoire pharmaceutique spécialisé dans les produits homéopathiques a écrit au président de l'Assemblée, Jean-Louis Debré, pour lui expliquer que les préparations homéopathiques étant moins chères que les médicaments allopathiques la Sécu gagnerait à les rembourser à 65 %. Plus sérieusement, tous ou presque demandent l'abrogation de la franchise de 1 euro par consultation.

**Note.** La publication, vendredi par les Echos, d'une note confidentielle de la Direction de la prévision du ministère de l'Economie, minimisant l'impact financier des mesures proposées par Douste-Blazy, alimente par ailleurs le débat sur le chiffrage des mesures d'économies. Vice-président de la commission spéciale de l'Assemblée, le socialiste Jean-Marie Le Guen a mis en demeure le ministre des Finances de transmettre cette note aux députés. Mais, pour le président de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), c'est «beaucoup de bruit pour rien». «L'enjeu de la réforme n'est pas seulement économique», estime Jean-Pierre Davant, qui ironise : «La Direction de la prévision se trompe une fois sur deux.»

**Ambition.** Hier soir sur Europe 1, le secrétaire d'Etat au Budget Dominique Bussereau a averti : «Si ce plan échoue, ce sera un échec collectif de tous les Français» et «on devra entrer dans une logique de dureté», car «à ce moment-là il faudra des déremboursements». Confiant, Philippe Douste-Blazy, invité du Grand Jury RTL-le Monde-LCI, s'est engagé «à faire une réforme de 15 milliards d'euros, une réforme très ambitieuse, pas une réformette».

**Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé, au "Grand jury RTL- "Le Monde"-LCI"  
"Changer le comportement des médecins et des assurés"  
Le Monde 29 juin 2004**

*Alors que s'engage le débat à l'assemblée sur la réforme de l'assurance-maladie, une note du ministère des finances pointe cruellement son inefficacité. selon cette note, le déficit se maintiendrait entre 7 et 15 milliards d'euros en 2007. c'est un coup bas de nicolas sarkozy ?*  
Je ne veux pas croire cela un seul instant.

*Entre le retour à l'équilibre que vous promettez et les prévisions inquiétantes de Bercy, qui faut-il croire ?*  
Je m'engage ici, aujourd'hui, à faire une réforme de 15 milliards d'euros, avec 5 milliards de recettes supplémentaires et 10 milliards d'économies. C'est la première fois qu'il y a un projet aussi ambitieux depuis vingt ans.

*Le doute jeté par Bercy porte précisément sur les économies que vous promettez...*  
Si l'on veut sauver l'assurance-maladie, il y a deux solutions. Ou bien c'est le plan comptable que l'on connaît depuis vingt ans, on augmente les cotisations et on baisse les remboursements. C'est comme ça que la France a, aujourd'hui, les cotisations les plus élevées et les remboursements les plus importants. Ou bien on adopte une autre logique, plus compliquée c'est vrai, qui consiste à changer les comportements des médecins et des assurés sociaux.

*Comment convaincre les médecins de moins prescrire, ou mieux ?*  
D'une part, nous nous sommes mis d'accord avec les syndicats médicaux pour créer une haute autorité scientifique capable de nous dire si tel médicament est efficace ou non, et si tel examen doit être remboursé ou non. D'autre part, il faut préciser les bonnes pratiques médicales. Et si un médecin dévie de ces bonnes pratiques, il y aura une sanction individuelle, d'abord un avertissement, puis une sanction financière, enfin un déconventionnement. Cela n'a jamais été fait en France, mais les médecins aujourd'hui l'acceptent.

*Jacques Chirac vient de fixer une règle selon laquelle on ne peut être président de l'UMP et ministre. C'est le fait du prince ?*

Dans un gouvernement, il ne peut pas y avoir deux hiérarchies, celle du premier ministre et celle du parti majoritaire. Ce n'est pas un problème de personne, mais de fonction. La logique institutionnelle est valable pour tout le monde. Pour moi comme pour tout le monde.

*Etes-vous candidat à la succession d'Alain Juppé ?*

Tous les membres de l'UMP peuvent se présenter.

### **Les députés dressent des garde-fous pour encadrer le dossier médical personnel Le quotidien du médecin, 25 juin 2004**

*La commission spéciale de l'Assemblée nationale chargée d'examiner le projet de loi de réforme de l'assurance-maladie a apporté quelques retouches à disposition consacrée au dossier médical personnel (DMP). Afin de préserver la confidentialité des données médicales de chaque patient, l'instance a adopté un amendement qui interdit l'accès du dossier médical aux organismes complémentaires lors de la conclusion d'un contrat ainsi qu'aux médecins du travail lors des visites qui précèdent le recrutement de personnel.*

LA COMMISSION SPÉCIALE de l'Assemblée nationale, créée spécialement pour la réforme de l'assurance-maladie, a suivi Xavier Bertrand, secrétaire d'État à l'Assurance-maladie, qui affirmait il y a quelques jours: « *Les assureurs privés n'auront pas accès aux données. Le dossier médical, ce sera entre vous et votre médecin.* »

Chargée d'examiner le projet de réforme avant que ne commencent les débats en séance publique le 29 juin, cette commission a adopté, dans la nuit de mardi à mercredi, des amendements complétant l'article 2 consacré au dossier médical personnel. Le DMP, présenté comme l'une des principales mesures de la réforme de la Sécurité sociale, sera obligatoire pour tous les Français de plus de 16 ans à partir de 2007. Il devrait permettre, selon le ministre de la Santé, d'économiser 3,5 millions d'euros par an. Depuis l'annonce de sa prochaine instauration, les professionnels de santé et les associations de patients craignent que la confidentialité des données médicales, garantie par la loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, ne soit bafouée. La Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) a une nouvelle fois demandé dans son récent rapport annuel que le DMP soit couvert par le secret professionnel. Elle exige que des normes de sécurité très strictes soient imposées aux hébergeurs de données puisque « *dans la mesure où le niveau de prise en charge des actes et prestation est subordonné à l'accès du professionnel de santé au dossier (...) ce consentement n'est pas totalement libre* » (« *le Quotidien* » du 24 juin).

La commission spéciale, présidée par le député UMP Yves Bur, a en conséquence, adopté des amendements de nature à rassurer les plus récalcitrants. Les assureurs ne pourront en effet accéder au dossier médical personnel sur lequel figurera l'histoire médicale d'une personne, ses antécédents médicaux, examens, hospitalisations, traitements déjà reçus ou en cours. L'amendement, présenté par le rapporteur UMP Jean-Michel Dubernard, interdit précisément l'accès au dossier médical « *lors de la conclusion d'un contrat relatif à une protection complémentaire en matière de couverture des frais de santé et à l'occasion de la conclusion de tout autre contrat dont la conclusion exige l'évaluation de l'état de santé de l'une des parties* ». Dans l'exposé des motifs, la commission précise que le DMP ne doit pas être détourné de son objectif initial qui reste « *une meilleure coordination et une meilleure continuité des soins* ». L'amendement établit également que les médecins du travail, lorsqu'ils examinent une personne « *pour la première fois à l'occasion de son accès à l'emploi* », ne peuvent consulter son dossier médical. Tout manquement à ces dispositions entraînerait l'application des peines prévues par l'article 226-13 du code pénal: un an d'emprisonnement et une amende de 15 000 euros.

### **Les complémentaires n'ont pas été écoutées.**

Cet ajout dans le projet de loi va à l'encontre des revendications des assureurs complémentaires qui réclament depuis plusieurs semaines l'accès aux données de santé (« *le Quotidien* » des 3 et 4 juin). Dans un entretien publié le 3 juin par « *le Quotidien* », Gilles Johanet, chargé aux AGF des affaires de santé et d'assurances collectives, estimait que le DMP pouvait être « *un élément tout à fait capital* » dans la transmission des données de santé aux complémentaires. Il mettait en garde les pouvoirs publics: « *Si vous nous laissez à l'extérieur - ou si, a fortiori, vous ne mettez pas en œuvre cette libre circulation des données de santé -, ne comptez pas sur une amélioration de la performance du système. On serait dans une logique de maîtrise comptable.* » Contactés par « *le Quotidien* » mardi, Gilles Johanet, la Mutualité française et la Fédération française des sociétés d'assurance (Ffsa) n'ont pas souhaité commenter, du moins pour l'instant, l'adoption de cet amendement.

Chez les médecins du travail, la nouvelle disposition passe également très mal. Le Dr Lionel Doré, secrétaire général du Syndicat national professionnel des médecins du travail (Snpm), regrette « *la discrimination dont fait l'objet la médecine du travail. Une fois de plus, cela révèle l'état de défiance des pouvoirs publics à notre égard. On doute de l'indépendance du médecin du travail par rapport à son employeur et on l'exclut du partage de l'information médicale* ».

### **L'Ordre sera consulté.**

Seul le Conseil national de l'Ordre des médecins pouvait se réjouir des mesures adoptées dans la nuit du 22 au 23 juin. Devant la profonde réforme des conditions d'exercice de la profession médicale et les questions d'ordre déontologique que va entraîner la mise en place du dossier médical personnel, Jean-Michel Dubernard a demandé que le futur décret d'application du DMP - qui sera publié au plus tard le 1er juillet 2007 - soit précédé de l'avis du Cnom (voir ci-dessous). Un dernier amendement, et non des moindres, a été présenté par Jacqueline Fraysse pour réclamer purement et

simplement la suppression de l'article 2 relatif à la création du dossier médical personnel. La députée communiste craint que le DMP ne soit « *un nouvel outil de contrôle et de maîtrise comptable* ».

#### **La commission amende le dispositif de médecin traitant**

La commission spéciale de l'Assemblée a également adopté l'article 4 du projet de loi qui offre à tout assuré ou ayant droit âgé de plus de 16 ans la possibilité de choisir un médecin traitant (avec l'accord de ce praticien), qu'il désigne à sa caisse d'assurance-maladie. L'article prévoit que les patients qui ne s'inscrivent pas dans ce dispositif, ou qui consultent un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant et en dehors des protocoles de soins, peuvent se voir appliquer une majoration du reste à charge.

Mais les députés de la commission spéciale ont adopté un amendement communiste qui prévoit que cette augmentation du ticket modérateur des assurés ne s'applique pas « *lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin* » que le médecin traitant, « *ou lorsque la consultation se fait en dehors* » du domicile habituel de l'assuré social, par exemple sur son lieu de vacances. Selon l'exposé des motifs de cet amendement, le schéma du gouvernement ne tient pas compte, en l'état, de certaines réalités : « *Une consultation d'urgence chez un autre médecin que celui habituel doit-elle entraîner une sanction du malade ? Une consultation sur un lieu de vacances doit-elle entraîner une sanction financière du malade ?* » Non, estiment en substance les députés.

#### **Le Dr Michel Ducloux (Ordre) : une extrême vigilance s'impose Le quotidien du médecin, 25 juin 2004**

*Respect de l'intimité et de la confidentialité, droit du malade au refus, à l'oubli, à la rectification, indépendance des hébergeurs : le président du Conseil national de l'Ordre des médecins précise les précautions à prendre pour l'instauration du dossier médical personnel.*

LE QUOTIDIEN - La généralisation du dossier médical fait craindre aux députés certaines dérives, notamment de confidentialité. Quelles sont les exigences de l'Ordre ?

**Dr MICHEL DUCLOUX** - Nous n'avons pas changé d'un iota sur le dossier médical et notre fermeté est d'ailleurs à l'origine des questions qui émergent à la veille du débat parlementaire : il faudra préserver à tout prix la confidentialité et l'intimité des gens. Sauf intérêt du malade, on ne doit pas pouvoir accéder à des dossiers sensibles tels que les données psychiatriques ou les maladies infectieuses. Le secret médical, ce n'est pas pour protéger le médecin mais pour protéger le malade ! L'accord exprès de la personne est donc indispensable pour l'enregistrement des données de santé, et on ne peut exiger qu'il s'agisse de l'ensemble des informations. Le droit au refus doit être préservé, sans que cela conditionne le niveau de remboursement. Il s'agit d'un droit de s'opposer pour des raisons légitimes, mais aussi d'un droit à l'oubli et d'un droit de rectification.

Quels garde-fous souhaitez-vous en ce qui concerne les hébergeurs auprès desquels le DMP sera créé ?

Il faut que ces hébergeurs n'aient aucun lien direct ou indirect avec des entreprises ou organismes d'assurances, de capitalisation, de prévoyance. Cette indépendance absolue est fondamentale. Et il est évident que si un hébergeur devait être à l'origine de fuites, il faudrait des sanctions graves, notamment sur le plan financier.

Y a-t-il un risque que cet outil de coordination des soins soit détourné de son objectif ? Faut-il par exemple interdire l'accès du médecin du travail au dossier lorsqu'il examine une personne pour la première fois à l'embauche ?

Encore une fois, tout dépend de l'intérêt du malade. S'il a une infection qui le prédispose à des intoxications, l'accès du médecin de travail peut se faire en accord avec le médecin de famille, et toujours avec l'assentiment du patient. Sur le fond, la mise en place du dossier médical répond à une bonne intention du gouvernement au départ : il s'agit de favoriser la coordination, la continuité et donc la qualité des soins. On ne peut qu'être d'accord avec ces principes, mais avec toutes les garanties. Bien employé, le dossier peut être un bon outil pour éviter la redondance d'exams et faciliter le suivi d'un malade dans les réseaux. N'oublions donc pas tout le côté positif ! Ce qui n'empêche pas une vigilance extrême : s'il n'y a plus de secret entre le patient et son médecin, socle de la confiance et du colloque singulier, plus rien n'est possible. C'est pourquoi il faut prévoir des sanctions.

La commission spéciale de l'Assemblée souhaite que le décret sur les conditions d'accès aux données soit précédé de l'avis du Conseil de l'Ordre. Cela vous satisfait-il ?

Il y a deux partenaires importants dans cette affaire : la Cnil (Commission nationale de l'informatique et des libertés) et le Conseil national de l'Ordre. Ainsi, les conditions d'agrément des hébergeurs sont fixées par décret après avis de la Cnil et des Conseils de l'Ordre des professions de santé. L'encadrement extrêmement précis des données constituera un des points forts de la réforme.

#### **L'offensive des socialistes**

*Le quotidien du médecin, 25 juin 2004*

**LES DEPUTES SOCIALISTES ont présenté leurs 80 amendements « de fond » au projet de réforme de l'assurance-maladie, en proposant en particulier de rémunérer les médecins libéraux « au forfait » pour certains de leurs actes.**

Le PS, dans un document regroupant les « dix alternatives » des socialistes pour l'assurance-maladie, estime en effet que, « pour sortir de la logique du paiement à l'acte qui privilégie la quantité, les médecins libéraux doivent être rémunérés au forfait pour toutes les actions de prévention, d'évaluation, de formation continue, de développement des bonnes pratiques ».

Le PS propose donc que « 30% de la rémunération des médecins soit calculée sur la base de ce forfait ». Les socialistes veulent également « réduire de 20 % en trois ans » le coût de la consommation de médicaments. Le projet du gouvernement « n'est pas une réforme mais un plan d'austérité médicale », a affirmé le président du groupe PS à l'Assemblée nationale, Jean-Marc Ayrault. Selon le PS, « le pilotage du système (de l'assurance-maladie) doit être plus lisible et plus démocratique ». Il suggère la mise en place d'un office parlementaire de contrôle et de suivi de l'assurance-maladie, qui pourra alerter notamment le Parlement et le gouvernement de l'évolution des dépenses de santé.

### **La réplique de Martine Aubry**

De son côté, Martine Aubry, ancienne ministre des Affaires sociales du gouvernement Jospin, a signé, avec Jean Le Garrec, député PS du Nord, une tribune libre dans le journal « Libération » du 23 juin, dans laquelle les auteurs qualifient le projet de réforme de l'assurance-maladie d'« injuste, mensonger et inefficace, donc dangereux ». « Ce plan, écrivent-ils, nous fait courir le risque d'un démantèlement de l'assurance-maladie. »

Ils jugent en premier lieu « injuste » que « l'essentiel des recettes nouvelles pèse sur les assurés : élargissement de l'assiette de la CSG pour les seuls salariés, augmentation du taux de la CSG pour les retraités, franchise sur les consultations » et dénoncent comme « particulièrement choquante » l'augmentation du forfait hospitalier.

Selon les auteurs, « la présentation de la réforme est ensuite mensongère ». « Au-delà de prélèvements et de remboursements bien réels, toutes les économies affichées sont majorées, voire totalement illusoire », estiment-ils, en notant que le ministre de la Santé, Philippe Douste-Blazy, « refuse de s'engager sur un retour de l'équilibre des comptes d'ici à 2007 ».

Enfin, « cette réforme sera inefficace car elle ne comporte aucune mesure structurelle », poursuivent-ils. « Elle est fondée sur un hypothétique changement de comportement des professionnels de santé et des assurés » avec « beaucoup de discours (qui) visent à culpabiliser l'assuré ». Tout en affirmant qu'« une autre politique est possible », Martine Aubry et Jean Le Garrec soulignent que « les Français n'ont aucune envie de voir se développer un système à l'américaine ».

Une autre politique doit « s'inscrire autour de deux priorités », disent-ils. « Une grande politique de prévention s'impose d'abord autour des causes principales de mortalité (alcool, tabac, risques alimentaires, suicide des jeunes). Nous devons ensuite poursuivre l'égal accès de tous aux soins, tout en luttant contre les inégalités territoriales et sociales qui caractérisent notre système. »

### **Le calendrier se précise**

Philippe Douste-Blazy a précisé le calendrier d'application de la réforme de l'assurance-maladie. Le ministre de la Santé a indiqué qu'il souhaitait un vote de la loi au début du mois d'août et la mise en place du médecin traitant, l'une des principales mesures de la réorganisation du système de soins, dès janvier prochain. Un premier cahier des charges avant le lancement du dossier médical personnel informatisé est attendu dès septembre.

Un « début d'extension » du système aurait lieu au deuxième trimestre 2005 et il serait généralisé à tout le pays au début de 2007. Philippe Douste-Blazy souhaite que la Haute Autorité de santé, chargée de déterminer quels médicaments et actes médicaux pourront être remboursés, soit mise en place avant décembre 2004. Au préalable, « il faut installer avant la fin de septembre le conseil de la Caisse nationale d'assurance-maladie, qui regroupera les trois caisses actuelles (Cnam, Msa et Canam) et, avant la fin de décembre, les conseils des caisses locales », a indiqué le ministre de la Santé. Les professionnels de santé et l'assurance-maladie sont pour leur part invités à adopter une convention avant la fin de l'année.

### **Mauvais plan pour notre santé**

**Les mesures du gouvernement pour défendre notre système maladie sont dangereuses.**

**Martine Aubry et Jean Le Garrec**

**Libération, 23 juin 2004**

**Martine Aubry maire de Lille et ancienne ministre, et Jean Le Garrec, député et ancien président de la Commission des affaires sociales.**

L'assurance maladie est née d'un idéal de solidarité. Des hommes et des femmes issus de tous les horizons politiques ont fondé cette réforme essentielle : l'assurance maladie. Confrontés à ce que l'humanité peut faire de pire, ils ont voulu mettre en commun ce qu'ils avaient de meilleur. Préserver cet héritage devrait être la préoccupation première de tout gouvernement. Or, depuis deux ans, le gouvernement Raffarin a laissé filer les dépenses. Résultat, notre système d'assurance maladie connaît une situation dramatique avec un mois de dépenses par an financées par l'accroissement de la dette.

Qu'en est-il de la réforme «*ambitieuse*» annoncée ? La situation imposait un grand débat public sur l'assurance maladie. Il fallait pour cela vouloir défendre notre système de santé et le faire avec courage et sens des responsabilités. Or la réponse de M. Douste-Blazy n'est qu'illusionnisme et communication. Le plan du gouvernement est en effet injuste, mensonger, et inefficace, donc dangereux.

### **La réforme annoncée est injuste.**

L'essentiel des recettes nouvelles pèsera sur les assurés : élargissement de l'assiette de la CSG pour les seuls salariés, augmentation du taux de la CSG pour les retraités, franchise sur les consultations... L'augmentation du forfait hospitalier, avec le projet de le porter d'un peu moins de 11 euros à 16 euros en 2006, apparaît particulièrement choquante. C'est une augmentation de plus de 45 % sur la législation qui est ainsi programmée, alors qu'il n'avait jamais été augmenté sous le gouvernement Jospin. Pour un malade hospitalisé, le forfait hospitalier représentera la moitié du Smic, ou l'équivalent du minimum vieillesse. Certains malades renonceront aux soins alors que le gouvernement fait payer à tous les Français le cadeau fiscal qu'il a fait aux contribuables les plus favorisés depuis 2002.

La présentation de la réforme est ensuite mensongère. Tout d'abord dans son pathétique effort pour faire croire que la situation actuelle ne serait que l'héritage du gouvernement Jospin. Tel n'est pas le cas. Alors que nous avons trouvé un immense déficit en 1997, le régime général était en excédent de 1,2 milliard d'euros en 2001 ; la branche maladie elle-même représentait un déficit limité à 2,1 milliards d'euros. Ces résultats étaient dus pour partie à la croissance mais aussi aux politiques structurelles engagées : réorganisation de l'offre hospitalière, promotion des génériques, réduction du prix des médicaments, exigences vis-à-vis des professionnels de santé... Il faut comparer ces résultats à ceux annoncés par le gouvernement pour 2004 : un déficit du régime général de 14 milliards d'euros, dont 13 milliards pour l'assurance maladie. Pour reprendre l'expression de M. Raffarin, «*la pente est forte*» !

Le gouvernement n'a pas agi pour soutenir la croissance dans une conjoncture internationale peu favorable : pas d'augmentation du pouvoir d'achat, pas de soutien à la consommation, pas de confiance. Il s'est borné, depuis deux ans, à contempler passivement la croissance des déficits en alimentant la dérive par une générosité sans contrepartie vis-à-vis des professionnels de santé. Il a augmenté de 1,5 euro le tarif de la consultation des généralistes ; il renvoie la facture aux assurés qui devront payer 1 euro par acte.

Ce plan est également mensonger car, au-delà de prélèvements et de remboursements bien réels, toutes les économies affichées sont majorées, voire totalement illusoire. M. Douste-Blazy refuse de s'engager sur un retour de l'équilibre des comptes d'ici à 2007. N'est-ce pas là un premier aveu ? Les mesures annoncées laissent sans doute subsister un déficit proche de 10 milliards d'euros. Et certaines annonces touchent à l'imposture lorsque le gouvernement prétend faire accéder 2 millions de personnes à une couverture complémentaire alors qu'il ne fait que prolonger modestement un système d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire instaurée par le précédent gouvernement.

Enfin, cette réforme sera inefficace car elle ne comporte aucune mesure structurelle. Elle est fondée sur un hypothétique changement de comportement des professionnels de santé et des assurés, mais dont on ne sait d'où il pourrait venir. Le projet ne traite pas des enjeux majeurs pour notre système de soins : rien sur l'hôpital, rien sur le décloisonnement ville-hôpital, rien sur la prévention, bien peu de chose sur la qualité et sur la promotion du bon usage des soins... En revanche, beaucoup de discours visent à culpabiliser l'assuré.

### **Ce plan nous fait courir le risque d'un démantèlement de l'assurance maladie.**

Il suffit de se souvenir des propos de M. Mattei sur la nécessité de sortir du tout-gratuit et des rapports préconisant un transfert massif de l'assurance maladie vers les organismes complémentaires. Heureusement, par leur vote aux régionales, les Français ont signifié clairement leur opposition à cette politique de démantèlement. Cet avertissement a contraint le gouvernement à une relative prudence. Pour autant, il poursuit la réduction de la protection sociale devant la maladie.

Le gouvernement a renoncé à maîtriser l'assurance maladie puisqu'il transfère sur les générations suivantes non seulement les déficits passés mais aussi ceux des années 2004, 2005 et 2006. Alors que, jusqu'à présent, ces transferts ne portaient que sur des «*héritages*», M. Raffarin - fait inédit - les utilise pour effacer les effets présents et futurs de sa propre incurie. C'est très grave !

Toutes les dispositions sur la gouvernance vont également dans le même sens. Au lieu d'assumer clairement son rôle d'organisateur, de financeur, de garant des droits des malades et du fonctionnement global du système, et d'affirmer sa légitimité à prendre des décisions courageuses, le gouvernement se défait sur les partenaires sociaux. Sait-on en particulier que, désormais, c'est une Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) qui va prendre les décisions en matière de remboursement des médicaments ? Et sait-on que le Medef pourrait être majoritaire au sein de cet organisme, en s'appuyant sur les organisations agricoles et sur les indépendants non agricoles, sans même avoir besoin de l'appui d'une organisation syndicale représentative des salariés ? Que penser d'un gouvernement qui ne se sent plus légitime pour prendre des décisions aussi majeures ?

Enfin, le gouvernement n'hésite pas à instaurer une médecine à deux vitesses, en prévoyant d'autoriser les médecins spécialistes à fixer librement leurs tarifs si le patient les consulte directement sans passage par un «*médecin traitant*». Sous couvert d'une mesure structurelle, il s'agit d'une mesure clientéliste destinée à satisfaire une revendication des spécialistes. Désormais, on ne pourra plus consulter directement un spécialiste, sauf si l'on dispose de moyens suffisants.

De même, en matière hospitalière, la mise en place précipitée de la tarification à l'activité risque de pénaliser fortement l'hôpital public pour le plus grand bénéfice des cliniques privées. D'ailleurs, M. Douste-Blazy, alors même qu'il promet

ce système de tarification, n'a de cesse que d'en exonérer l'hôpital de Toulouse, son hôpital, par des compensations budgétaires. Et les autres ?

### Une autre politique est possible

La santé n'a pas de prix, mais les soins ont un coût. Les Français n'ont aucune envie de voir se développer un système à l'américaine, système où 40 millions de personnes sont privées de couverture maladie mais qui n'en est pas moins très dispendieux puisque les Etats-Unis consacrent, en 2001, 13,9 % du PIB à la santé contre 9,5 % pour la France. Les Français sont prêts à faire les efforts nécessaires pour assurer la survie du système. Mais il est clair qu'il est impossible de leur demander ces efforts après avoir pendant deux ans multiplié les cadeaux fiscaux aux plus aisés.

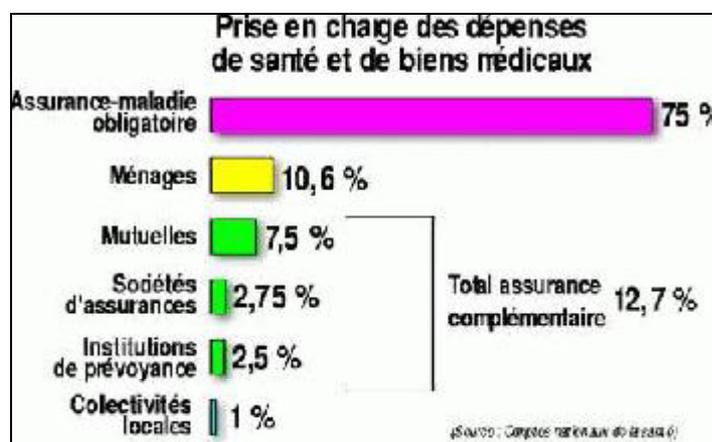
Il faut bien sûr supprimer les dépenses inutiles comme l'avait entrepris le gouvernement Jospin. Il faut du courage pour expliquer qu'une politique de régulation est nécessaire même si, dans bien des domaines, l'augmentation des dépenses est incontournable et justifiée. Il faut du courage pour mettre en oeuvre une nouvelle organisation de l'assurance maladie qui ne soit pas la simple conséquence d'un compromis avec le Medef. Il faut du courage pour dire clairement aux professionnels de santé que « confiance » rime avec « exigence ». Il faut du courage pour résister aux pressions des laboratoires pharmaceutiques.

Une autre politique est possible. Elle doit s'inscrire autour de deux priorités. Une grande politique de prévention s'impose d'abord autour des causes principales de mortalité. Nous devons mettre en place des plans pluriannuels de santé publique dotés de réels moyens contre l'alcool, le tabac, les risques alimentaires, le suicide des jeunes... Nous devons ensuite poursuivre l'égal accès de tous aux soins tout en luttant contre les inégalités territoriales et sociales qui caractérisent notre système. Tout ce que nous avons engagé dans ce sens a été abandonné.

M. Douste-Blazy a organisé une concertation en trompe-l'oeil avec les organisations syndicales et un débat tronqué au Parlement en juillet lorsqu'une partie des Français sera en vacances. Notre sécurité sociale et donc notre cohésion sociale sont en danger. C'est un grand débat qui doit s'engager en toute clarté avec les Français, bien sûr pour réaliser des efforts là où ils doivent l'être, de manière juste, mais surtout pour garantir notre avenir

### Mutuelles et assurances promettent des hausses de tarifs Le quotidien du médecin, 23 juin 2004

Amenées à intervenir davantage dans la prise en charge des dépenses de santé et de biens médicaux, les trois familles de complémentaires (mutuelles, compagnies d'assurances, institutions de prévoyance) prédisent des hausses de cotisations dans les prochaines années, sans en préciser l'ampleur. Philippe Douste-Blazy réclame une « discussion » transparente sur le sujet. Les complémentaires attendent également d'avoir davantage de lisibilité sur de nombreuses mesures de la réforme (accès aux données de santé, gouvernance ou aide à la mutualisation).



Source : comptes nationaux de la santé

IL EST plutôt rare de mettre d'accord la Mutualité française, les compagnies d'assurances et les institutions de prévoyance, autrement dit les trois grandes familles de complémentaires santé, qui assument déjà 12,7 % de la prise en charge totale des dépenses de santé et de biens médicaux et demain, sans doute, beaucoup plus. Ce consensus a pourtant été obtenu, lors d'une table ronde organisée à Paris à l'initiative de l'Agis (1), sur la délicate question des augmentations de cotisations dans les prochaines années, une tendance désormais jugée « inéluctable » par l'ensemble des intéressés.

André Renaudin, délégué général de la Ffsa (compagnies d'assurances), n'y va pas par quatre chemins. « Oui, il faut s'attendre à des hausses de tarifs, quels que soient les organismes, car il faudra bien que les équilibres techniques soient assurés. » Au nom des institutions de prévoyance, qui gèrent 45 % des cotisations de complémentaire santé en entreprise, Jean-Louis Faure (Ctip) répond également par l'affirmative mais s'en tire par une pirouette. « Il est très difficile de préciser cette prévision de hausse, mais il est certain qu'il y aura un chiffre X... ». Etienne Caniard (Mutualité française) fait le même pronostic pour des raisons structurelles. « Personne n'imagine une pause dans la

*croissance des dépenses de santé en général et personne n'imagine que le taux de couverture par les régimes obligatoires augmentera de façon considérable : donc, la tendance à une part plus importante de la richesse nationale consacrée à l'assurance complémentaire, bien sûr, est une tendance inéluctable* ». Mais, nuance-t-il, l'ampleur des ajustements tarifaires à venir dépendra en grande partie de l'impact de la réforme de l'assurance-maladie. Bien difficile à mesurer alors que le débat parlementaire n'a même pas commencé. D'un côté, Etienne Caniard n'exclut pas un « ralentissement » du rythme d'évolution des dépenses « de un ou deux points » (par un effet de creux souvent provisoire). De l'autre, il redoute déjà de nouveaux transferts de charges du régime obligatoire vers les complémentaires. La Cnam espère par exemple réaliser deux milliards d'économies grâce à une application beaucoup plus stricte de l'ordonnancier bizonne, entraînant une limitation des soins ouvrant droit à une prise en charge intégrale pour les patients en ALD. Pour le responsable mutualiste, le nouveau partage des interventions entre le régime obligatoire et les complémentaires risque d'aboutir à un « séisme ». Même si les secousses s'étalent sur de nombreuses années.

**Douste démine.**

***Le quotidien du médecin, 23 juin 2004***

Conscient que la dérive à la hausse des cotisations, déjà perceptible, pose à nouveau la question de l'effort financier à la charge des assurés (par ailleurs mis à contribution par la hausse du forfait hospitalier et la taxe de 1 euro par acte), et donc de l'accès aux soins, le gouvernement a tenté de déminer ce terrain. Philippe Douste-Blazy propose une « discussion » transparente associant le régime obligatoire, mais aussi les professions de santé, sur les tarifs des assurances complémentaires. Il rappelle que la lutte tous azimuts contre les gaspillages, les abus et le nomadisme, avec parallèlement une gestion médicalisée du domaine de remboursement, doit justement permettre de contenir l'évolution des dépenses, ce qui profitera aussi aux complémentaires. Au secrétariat d'Etat à l'assurance-maladie, on s'efforce également de rassurer. « *Il n'y a pas (dans ce plan) le moindre déremboursement. La frontière entre le régime obligatoire et le régime complémentaire sera la même après le vote de cette loi qu'avant. On nous avait dit qu'on allait voir ce qu'on allait voir. C'est faux. Aujourd'hui, on fait un système à périmètre constant. C'est un arbitrage rendu par le Premier ministre lui-même.* »

Reste que l'ensemble des complémentaires jugeront la réforme sur pièces. Et ils n'ont pas pour l'instant toutes les garanties. Or, les assureurs détestent par dessus tout le manque de lisibilité.

La nouvelle gouvernance de l'assurance-maladie est un premier sujet d'inquiétude. Alors que le projet de loi évoque un dialogue et une coordination entre l'assurance-maladie obligatoire et les complémentaires, notamment en amont des discussions conventionnelles, la Mutualité française, qui aspire à cogérer le système en tant que partenaire à part entière, ne cache pas sa déception. « *Le projet ne va pas assez loin en l'état, explique Etienne Caniard. Il ne s'agit pas de nier la prééminence de l'assurance obligatoire dans les négociations mais nous voulons y participer, c'est le seul moyen d'être efficace. Faute de quoi, on aura uniquement des transferts de charges et aucun effet sur les prix.* » Gestion du périmètre remboursable, nouveaux parcours de soins, médicaments, honoraires médicaux, espace de liberté tarifaire... : la Mutualité veut faire entendre sa voix et ne jamais plus « subir » des accords négociés par l'assurance-maladie, payeur principal. Jean-Louis Faure (Ctip) reste pour sa part sceptique quant aux modalités de cette coopération entre assureurs complémentaires et régime de base. « *Tout cela pourrait ressembler à une vaste entente au regard du droit européen et des règles de concurrence* », met-il en garde. Quant aux compagnies d'assurances, leur discours conciliant, favorable au « partenariat » avec l'assurance-maladie, contraste avec leur volonté parfois affichée de gérer au premier euro des domaines complets de soins (appareillage, dentaire), les régimes obligatoires étant alors recentrés sur leur « cœur de métier » (notamment les ALD). Rien ne sera donc simple dans cette nouvelle gouvernance et pour l'instant les trois familles de la complémentaire santé, quoi qu'elles disent, s'épient mutuellement. « *La complémentaire santé est un marché, avec les règles du marché, il ne faut jamais l'oublier* », martèle à juste titre Jean-Louis Faure.

Cette méfiance est d'autant plus vive que la réforme ouvre des horizons encore incertains. Jusqu'où ira l'accès des complémentaires aux données de santé ? Quelles conséquences aura la nouvelle aide à la mutualisation ? Du côté des institutions de prévoyance, on redoute qu'un crédit d'impôt généralisé incite davantage de personnes à souscrire des contrats individuels au détriment des contrats collectifs.

(1) Association des journalistes de l'information sociale

**Plus de la moitié des contrats sont obtenus par l'intermédiaire de l'entreprise**

***Le quotidien du médecin, 23 juin 2004***

*Alors que, pour une majorité de Français, assurance complémentaire santé rime avec entreprise, l'Irdes (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé) a enquêté sur la forme de ces contrats collectifs.*

EN FRANCE, PRES de sept salariés sur dix (67 % précisément) travaillent dans un établissement qui offre une couverture complémentaire maladie et, au total, plus de la moitié des contrats de complémentaire sont obtenus par l'intermédiaire d'une entreprise. Une situation qui justifie que l'on se penche d'un peu plus près sur la complémentaire maladie et la prévoyance santé au sein du monde du travail. L'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé, ex-Credes) l'a fait et publie aujourd'hui les premiers résultats nationaux d'une enquête menée à la fin de l'année 2003 auprès de 3 000 établissements (1).

Il apparaît qu'en moyenne quatre établissements sur dix (hors administrations et secteur agricole) proposent une couverture complémentaire à tout ou partie de leurs salariés. Parmi ceux qui ne le font pas, 91 % n'ont même jamais envisagé de le faire. Dans le détail, le secteur d'activité est déterminant (on propose plus facilement une complémentaire santé dans la construction que dans l'industrie), tout comme l'est la taille de l'entreprise : plus celle-ci est importante et plus les chances qu'on y propose aux salariés une complémentaire santé sont élevées - on passe de 29 % pour les entreprises de 10 salariés à 99 % pour les entreprises de plus de 500 salariés. Ce facteur « taille » explique que le pourcentage de salariés travaillant dans un établissement qui propose une couverture (67 % en moyenne ; 75 % dans le secteur de la construction et 61 % dans le secteur des services) est supérieur au pourcentage des établissements concernés (40 %).

A la même enseigne.

Si l'on se focalise sur les établissements qui proposent une complémentaire maladie, on constate que, dans la grande majorité des cas (83 %), ils logent tous leurs salariés à la même enseigne, sans faire de différence en termes d'accessibilité au sein de leur personnel - 50 % imposent leur contrat à tout le personnel et 33 % le soumettent de manière facultative à tous les salariés. Dans 16 % des cas, en revanche, les catégories socio-professionnelles (cadres - non-cadres) ou le statut des salariés (contrat à durée déterminée...) déterminent le mode d'accès (obligatoire ou facultatif) à l'assurance-maladie complémentaire ou bien, encore plus radical, en ferment les portes.

Dans quelle mesure les entreprises participent-elles au financement de la complémentaire santé de leurs salariés ? Quatorze pour cent ne le font pas du tout. Les autres, en grande majorité, apportent leur écot aux cotisations de la même façon pour tous les salariés ; leur participation atteint un niveau moyen de 58 %. Enfin, dans une entreprise proposant une complémentaire sur dix, il existe différents niveaux de participation de l'employeur selon la catégorie des salariés (cette participation est plus élevée pour les catégories supérieures dans 7 % des cas, elle est favorable aux catégories inférieures dans 2 % des cas). Quant au salarié, c'est avant tout par le biais d'un forfait qu'il finance sa couverture complémentaire (cette situation se vérifie dans 44 % des entreprises). Sa participation peut aussi être proportionnelle au salaire (20 % des cas) ou bien tout bonnement... ne pas exister (4,5 % des cas).

L'Irdes fait de la prospective et se demande qui, dans l'hypothèse d'une augmentation du coût de la complémentaire maladie, supporterait la hausse. Réponse : l'employeur et les salariés conjointement, dans 51,5 % des entreprises. Dans 16,5 %, ce serait plutôt sur les salariés que pèserait l'augmentation et, dans 7 %, plutôt l'employeur.

Entre l'entreprise et « sa » complémentaire, la règle est plutôt la fidélité (dans 35 % des établissements, l'organisme de complémentaire maladie est le même depuis au moins 15 ans ; dans 67 %, l'histoire commune remonte à au moins 5 ans) et pas encore la discussion (seulement 4 entreprises sur 10 ont déjà renégocié le contrat avec l'organisme auquel elles sont liées).

(1) Agnès Couffinhall, Nathalie Grandfils, Michel Grignon et Thierry Rochereau, « La complémentaire maladie d'entreprise », « Bulletin d'information en économie de la santé » n° 83, juin 2004.

***L'avenir du système de soins***  
**Le Cercle des économistes suggère une « révolution »**  
**Le quotidien du médecin, 23 juin 2004**

*Trente économistes et trois professeurs de médecine proposent la voie du « dynamisme économique » pour réformer le système de santé et suggèrent douze principes d'action.*

LE CERCLE DES ECONOMISTES fait entendre sa voix dans le débat sur la réforme de l'assurance-maladie à travers le dernier numéro de ses « Cahiers » (1), auquel ont collaboré trois professeurs de médecine, les Prs Denis Castaing, de la faculté de médecine de Paris-XI et chef du centre hépatobiliaire à l'hôpital Paul-Brousse de Villejuif, François Thépot, de l'université Jules-Verne d'Amiens, et enfin Guy Vallancien, de l'université René-Descartes Paris-V.

Ce cercle, composé d'environ trente économistes, propose rien de moins qu'« une révolution » en opposant l'idée d'une « hausse légitime et souhaitable » des dépenses de santé au discours actuel « démagogique, culpabilisant et décréatif » sur le trou de la Sécu, explique Marc Guillaume, qui a dirigé la rédaction de ce « cahier » de 170 pages.

La clé de la révolution souhaitée par ces économistes réside dans « la compétition, la concurrence, y compris au niveau international ».

Selon Jean-Claude Prager, coauteur du cahier, « la France peut rester une nation de pointe si elle sort d'un protectionnisme malthusien » qui freine toute innovation et toute modernisation, en particulier à l'hôpital, où l'« on a entravé ce qu'il y avait de meilleur ».

Douze principes d'action.

Le document du Cercle des économistes avance deux scénarios, mais privilégie celui de « type bismarckien » (par rapport au « service public intégré »), en raison de son adéquation avec l'héritage historique français et « *la sensibilité de nos concitoyens* ».

Il pose notamment les « *douze principes d'action* » suivants : la solidarité autour d'un panier de haut niveau pour tous, le pari de l'innovation, « *un prix juste et moderne aux soins* » (tarification à la pathologie), « *des maisons de santé performantes pour des soins primaires de qualité* », « *la liberté et l'autonomie pour les hôpitaux* », la responsabilisation de tous les acteurs, « *l'évaluation et la qualité des soins* », la concurrence entre offreurs de soins et entre organismes d'assurance-maladie à but non lucratif, « *une politique de recherche* », « *la planification prévisionnelle des ressources du système* », une efficacité garantie par « *des agences de régulation indépendantes* » et, enfin, le choix de la durée en procédant par expérimentations.

La recette du Cercle des économistes sera sans doute difficile à avaler par la plupart des médecins libéraux. Jean-Claude Prager voit en effet « *au cœur du dysfonctionnement actuel le système de médecine de ville ultralibéral et incontrôlé* ». L'avenir, ajoute cet économiste, est à « *la médecine d'équipe* », au salariat des praticiens et au système de rémunération par capitation. Quant aux corporatismes, précise-t-il, ils devront « *se gérer dans la durée en affichant une direction à long terme* ». Cela demandera sans doute « *une dizaine d'années* », estime le Pr Vallancien, mais il ajoute que la féminisation de la profession médicale, déjà très marquée dans les jeunes générations, « *va nous aider* ».

(1) « Cahier » n° 6 (juin 2004) du Cercle des économistes, « Economie de la santé : une réforme ? Non, une révolution ! ». Pour en savoir plus : [www.lecercledeseconomistes.asso.fr](http://www.lecercledeseconomistes.asso.fr).

### ***Hôpital de proximité Manifestation aux Sables-d'Olonne Le quotidien du médecin, 23 juin 2004***

Environ 180 personnes ont manifesté aux Sables-d'Olonne (Vendée) « *pour l'avenir de l'hôpital public* » de cette ville de 15 500 habitants. Les manifestants protestaient contre le transfert d'une partie des activités de l'hôpital à une clinique privée, et la relégation de ce centre hospitalier au rang d'hôpital local.

### ***Lunettes AGF et MMA remboursent au premier euro et sans ordonnance Le quotidien du médecin, 22 juin 2004***

Les assureurs AGF et MMA rejoignent la Maaf (« le Quotidien » du 12 décembre 2003) : ils vont prendre en charge les lunettes de vue à partir du premier euro et sans prescription médicale pour les plus de 16 ans, lorsqu'il s'agit d'un renouvellement. Le dispositif est mis en place dès aujourd'hui à la MMA ; aux AGF, il attendra le 1er octobre.

Le remboursement à partir du premier euro ne signifie pas remboursement à 100 % car les 3 millions d'assurés concernés sont remboursés selon ce que prévoit leur contrat. Les assureurs prenant tout à leur charge, la Sécurité sociale économise avec cette opération la part du régime obligatoire (de 4,83 à 33,75 euros selon le trouble visuel), alors que les assurés économisent de leur côté la visite chez l'ophtalmologue puisque l'ordonnance ne sera plus exigée pour un renouvellement.

Les AGF et MMA sont partenaires dans le réseau Santéclair, une plate-forme de services à laquelle appartient aussi Maaf Assurances et à laquelle sont liés 1 040 des 8 000 opticiens français

### ***Assurance-maladie : comment Douste-Blazy a gagné son pari Le Monde 19 juin 2004***

***La RÉFORME de l'assurance-maladie a été présentée, mercredi 16 juin, en conseil des ministres, par Philippe Douste-Blazy. Jacques Chirac a salué "une étape décisive pour la sauvegarde et le renforcement" de la protection sociale. Le plan de réforme de la "Sécu" prévoit 10 MILLIARDS d'économies et 5 milliards de recettes nouvelles d'ici à 2007. Il s'appuie sur une franchise de 1 euro par acte médical, la hausse du forfait hospitalier et un élargissement de l'assiette de la CSG. Depuis la nomination de M. Douste-Blazy au ministère de la SANTÉ, soixante-dix-huit jours se sont écoulés, pendant lesquels, aidé par Xavier Bertrand, secrétaire d'Etat à l'assurance-maladie, le ministre s'est efforcé de convaincre tous les acteurs - médecins, syndicats, ASSURÉS et mutuelles - du bien-fondé de sa démarche.***

Soixante-dix-huit jours : c'est le temps qu'il a fallu au ministre de la santé et de la protection sociale, Philippe Douste-Blazy, pour boucler une réforme esquissée par Jacques Chirac il y a un an, à Toulouse, au congrès de la Mutualité française. *"C'est une étape décisive pour la sauvegarde et le renforcement"* de notre protection sociale, a souligné le chef de l'Etat, mercredi 16 juin, lors de l'examen du texte en conseil des ministres. Retour sur deux mois et demi de rencontres officielles et de conciliabules secrets.

### **Nicolas Sarkozy jette l'éponge**

Le 30 mars 2004, M. Douste-Blazy est au cancéropole de Toulouse. Son portable sonne. C'est M. Chirac. Il lui annonce son entrée dans le gouvernement Raffarin III. Xavier Bertrand, animateur des débats sur la réforme des retraites à l'UMP, apprend de Michel Boyon, directeur du cabinet du premier ministre, qu'il sera secrétaire d'Etat à l'assurance-maladie. En quelques jours, ils constituent l'ossature de leur cabinet. Les éléments essentiels de la réforme font encore débat, et le temps presse.

A Matignon, le directeur adjoint du cabinet, Jean-François Cirelli, et le conseiller social, Christian Charpy, veillent au grain : une ou deux "interministérielles" ont lieu chaque semaine, sans compter les réunions de ministres. Même affaibli par la défaite de la droite aux régionales, Jean-Pierre Raffarin tient bon sur la responsabilisation des assurés et "sa" franchise de 1 euro par acte médical, qu'il confirme, le 6 mai, sur TF1. Mais, saisi par Nicolas Sarkozy de propositions draconiennes (franchise généralisée, responsabilisation accrue des professions de santé, etc.), il tranche rapidement en faveur de solutions plus consensuelles avancées par le ministre de la santé, dans le droit fil de la consigne présidentielle : *"Ni privatisation ni étatisation."*

M. Douste-Blazy ne se prive pas d'utiliser l'espace politique ouvert par l'affrontement entre l'Elysée et Bercy. Le 17 mai, quelques heures avant ses "Cent minutes pour convaincre" sur France 2, se tient à Matignon la dernière grande réunion de ministres sur le dossier. M. Sarkozy y met son collègue de la santé au défi d'annoncer des mesures qui fâchent, notamment financières. "Douste" le fait le soir même, et le ministre des finances jette l'éponge, sans cacher le peu de cas qu'il fait du plan.

### **La CGT et la Mutualité négocient en coulisse.**

Au début, le ministre de la santé estime possible de se concilier les bonnes grâces de la CGT sur la gouvernance. Jusqu'à la mi-mai, il privilégie ce scénario, auquel Jean-Pierre Davant, président de la Mutualité française, croit dur comme fer. M. Bertrand s'emploie, lui, à *"ne perdre en route"* aucune organisation.

Fort du travail sur l'assurance-maladie accompli en commun par la Mutualité et les syndicats depuis l'été 2003, M. Davant pense pouvoir aboutir à des propositions communes. Jusqu'à début mai, cégétistes et mutualistes se retrouvent en grand secret au ministère de la santé. Ils travaillent en parallèle, mais dans des salles séparées, sur un projet de texte rédigé par le cégétiste Daniel Prada. Cette version de la gouvernance sera abandonnée, sans explication officielle. Un proche de Bernard Thibault y verra la main de la cellule sociale de l'Elysée - rédacteur du plan Juppé de 1996 -, et de Marie-Claire Carrère-Gée, qui joue les médiateurs, prête attention aux équilibres entre les syndicats et œuvre pour maintenir la CFDT dans le jeu.

Si le gouvernement voit dans les défilés maigrelets du 1er mai un signal positif, la CGT donne des signes de durcissement. Le 3, elle quitte, avant l'heure, une intersyndicale au siège de la Mutualité, en lui déniait le droit de copiloter le système de santé et de définir ce qui doit être remboursé. M. Thibault et M. Davant se rabochoent peu après, mais l'alerte a été chaude.

Les autres syndicats s'impatientent de la tournure prise par la concertation. La réunion multilatérale du 11 mai les exaspèrent : aucun texte n'est rendu public, alors que l'existence de la copie CGT-Mutualité-ministère commence à circuler. Le 12 mai, Jean-Claude Mailly (FO) presse le gouvernement d'*"annoncer la couleur"*. La CFDT renchérit le lendemain : *"Il faut mettre un terme à ce jeu de dupes."* De fait, les tensions à l'intérieur du gouvernement et les ambiguïtés entretenues par le ministre de la santé ont rendu la réforme peu lisible. *"Le gouvernement a gardé deux fers au feu"*, se souvient un mutualiste. M. Bertrand confirme : *"Philippe est là pour dire des choses agréables, je suis là pour aller dans le détail et dire des choses désagréables..."*

### **Philippe Douste-Blazy joue la carte du Medef et de FO**

Le 17 mai, sur France 2, il dévoile les grandes lignes de son plan : 5 milliards de recettes nouvelles, 10 milliards d'économies sur les dépenses. Le lendemain, il remet un premier texte d'orientation aux numéros un des syndicats. La rupture est consommée avec la CGT. M. Thibault, que ses interlocuteurs gouvernementaux jugent *"brutal"*, appelle à la mobilisation pour le 5 juin.

"Douste" décide alors de jouer les cartes Medef et FO. Le 14, il avait déjà convaincu M. Seillière de participer aux instances dirigeantes de la future Union nationale des caisses d'assurance-maladie. Le 16, M. Raffarin reçoit à son tour le dirigeant patronal. Le 18, le Medef réunit un conseil exécutif extraordinaire, qui avalise son retour. C'est une victoire pour Guillaume Sarkozy, vice-président de l'organisation professionnelle.

Le ministre rêve alors de s'attirer aussi les bonnes grâces de M. Mailly, dont il loue l'ouverture et le sens des responsabilités. Il souhaite que FO ne fasse pas de surenchères contre son plan, et réfléchit à l'avenir. Le dimanche 23 mai dans la soirée, il organise au ministère une entrevue discrète entre le successeur de Marc Blondel et M. Seillière, flanqué de son directeur général, Jacques Creyssel. Le ministre assiste à ce rendez-vous, sans parvenir à entamer la fermeté de M. Mailly, qui a aussi été reçu par M. Raffarin. Le 24 mai, FO appelle à manifester et le 25 au matin, après

une nuit de travail infructueuse au ministère, FO dénonce l'immobilisme gouvernemental. Sept syndicats sur huit sont prêts à se mobiliser. La CFDT les rejoindra sans enthousiasme.

### **Le ministre de la santé à Jean-Pierre Raffarin : "J'ai fait une connerie."**

Le 27 mai, à l'issue d'un nouvel entretien avenue de Ségur, M. Mailly note une évolution "positive" de l'avant-projet de loi qu'il juge plus conforme à sa conception du paritarisme. Mais ce texte, remis en séance, suscite au contraire la colère de M. Davant. A dix jours de sa réélection à la tête de la Mutualité, le voilà qui perd sur tous les tableaux : la Mutualité n'est même plus représentée dans les conseils d'administration des caisses ! Le dirigeant mutualiste quitte, furieux, le ministère. Inquiet, M. Douste-Blazy appelle le premier ministre. "Je crois que j'ai fait une connerie", lui lâche-t-il. Matignon et l'Elysée l'aident à corriger le tir.

Le 5 juin, la faible mobilisation syndicale est perçue comme un premier succès par le gouvernement : personne, pas même la CGT, n'a réclamé le retrait du plan. "L'important était d'obtenir que la réforme ne soit pas rejetée en bloc, et que les syndicats ne parlent pas de contre-réforme", se félicite M. Bertrand. Le 9 juin, il se taille un joli succès, lors d'un petit déjeuner avec une soixantaine de parlementaires réunis par Edouard Balladur. Mais il ne convainc pas l'ancien premier ministre sur ses 10 milliards d'économies... Une nouvelle phase de la réforme va s'ouvrir, le 29 juin, avec le débat parlementaire. Sauf imprévu, le deuxième grand chantier social du quinquennat sera sur les rails à la rentrée.

### **Franchise de 1 euro, forfait hospitalier, hausse de la CSG : les patients supporteront l'essentiel de l'effort Le Monde 19 juin 2004**

Franchise d'un euro par acte médical, hausse du forfait hospitalier, présentation obligatoire du dossier médical personnel, choix d'un médecin traitant, augmentation de la contribution sociale généralisée (CSG) : les assurés sociaux sont les premiers touchés par le plan gouvernemental, le 17e depuis 1975. Son succès ou son échec dépendra pour une large part de l'évolution de leur comportement.

Pour rétablir les comptes à l'horizon 2007 et freiner la tendance à l'emballlement des dépenses, le gouvernement a prévu 5 milliards de recettes nouvelles et 10 milliards d'économies, sachant que la "responsabilisation" de l'ensemble des acteurs du système de santé (usagers, médecins, gestionnaires etc.), chère à Jacques Chirac et à Jean-Pierre Raffarin, pèse d'abord sur les assurés.

Dès la promulgation de la loi, les patients devront acquitter une participation forfaitaire, fixée à un euro, pour chaque acte médical réalisé en cabinet ou en établissement de santé (hors hospitalisation). Ils ne donneront pas cet euro à leur médecin, mais seront moins remboursés. Les mineurs, les femmes enceintes et les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU) complémentaire seront exonérés de cette franchise, dont le montant sera ensuite fixé par l'union nationale des caisses d'assurance-maladie. Les complémentaires santé (mutuelles, instituts de prévoyance, assurances) décidant de la prendre en charge dans leurs contrats perdront leurs avantages fiscaux et sociaux. En cas d'hospitalisation, les malades devront payer un forfait journalier plus élevé : il passera de 13 euros (9 en psychiatrie) à 14 euros en 2005, 15 euros en 2006 et 16 euros en 2007.

Au chapitre de la lutte contre les gaspillages, les abus et les fraudes, plusieurs mesures sont prévues. Lorsqu'ils achètent des médicaments, les assurés devraient se voir systématiquement proposer des génériques (quand ils existent). Lorsqu'ils consultent dans un hôpital public ou dans une clinique privée, ils devront prouver que leur identité correspond bien à celle figurant sur la carte Vitale qu'ils présentent. En cas d'abus avérés sur les arrêts maladie, les assurés et les médecins seront sanctionnés. Les patients pourraient être contraints à restituer les indemnités journalières qu'ils ont indûment perçues.

### **"DOUBLE PEINE"**

Les salariés verront leur CSG augmenter légèrement : elle sera calculée sur 97 % du salaire, au lieu des 95 % en vigueur actuellement. S'ils sont retraités et imposables, la CSG sur leur pension de retraite passera, à terme, de 6,2 % à 6,6 %. La hausse de 0,7 point de cette contribution sur les revenus financiers devrait s'appliquer le 1er janvier 2005, comme le relèvement de 0,03 point de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S).

Dans le courant de l'année 2005, les patients seront invités à choisir un médecin traitant (généraliste, pédiatre, ophtalmologiste ou gynécologue, en règle générale). S'ils consultent un spécialiste sans passer par lui, ils pourront être moins remboursés et ce, sur la base d'une consultation plus chère, le spécialiste consulté étant alors autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires dans une limite fixée conventionnellement. Cette "double peine" est sévèrement critiquée par les organisations syndicales.

Le niveau de remboursement en cas d'affection de longue durée (ALD) ou de soins de plus de six mois sera défini dans le protocole signé par le médecin traitant, le médecin conseil de la Sécurité sociale et, désormais, le patient, après recommandation de la Haute Autorité de santé qui devrait être mise sur pied à la rentrée dans le cadre de la rénovation du pilotage de l'assurance-maladie. Pour être remboursés, les assurés devront obligatoirement présenter aux professionnels de santé un dossier médical personnel (DMP) comportant tous les éléments diagnostiques et thérapeutiques les concernant, qu'ils aient été établis par un praticien libéral ou hospitalier. Le niveau du remboursement sera "conditionné" au fait que le professionnel de santé y ait accès.

Ce DMP obligatoire est, avec le médecin traitant, l'une des deux mesures structurelles de la réforme et l'une des principales sources d'économies potentielles. Mais il devra être défini précisément et totalement sécurisé. Il est censé voir le jour "au plus tard au 1er juillet 2007".

### **Pour la première fois depuis 1994, les quatre branches de la "Sécu" seront déficitaires en 2004** **Le Monde 19 juin 2004**

Un déficit qui se creuse à un rythme "très rapide". Une dégradation "sans précédent". Un "déséquilibre structurel". Le secrétaire général de la commission des comptes de la Sécurité sociale, François Monier, a, parfois, cédé au superlatif dans son dernier rapport, rendu public mercredi 16 juin.

De fait, les comptes quasi définitifs du régime général - maladie, accidents du travail, vieillesse et famille - pour 2003 et les prévisions actualisées pour 2004 n'incitent pas à l'optimisme. Réapparu en 2002 (- 3,5 milliards), sous l'effet, entre autres, du retournement de la conjoncture économique, le déficit s'est creusé très fortement en 2003 (- 10,2 milliards) et atteindrait 14 milliards en 2004 - du jamais-vu dans l'histoire de la "Sécu". "Pour la première fois depuis 1994, les quatre branches du régime général devraient être déficitaires", insiste M. Monier. Cette situation s'explique par l'état de la conjoncture et par une forte progression des dépenses sous l'effet de mesures particulières (hausse des charges liées à l'amiante, retraite anticipée).

A lui seul, le déficit de la branche maladie atteindrait 12,9 milliards en 2004 (au lieu des 10,9 milliards prévus) et représenterait 10 % de ses dépenses. Les dépenses prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (Ondam), voté chaque année par le Parlement, ont augmenté de 7,2 % en 2002 et de 6,3 % en 2003. En 2004, elles croîtraient de 4,5 % à 5 % seulement.

Initialement concentrée sur les médicaments, la dérive des dépenses s'est étendue aux honoraires médicaux et aux établissements, entre 2001 et 2003. Malgré le développement des génériques, la croissance des dépenses de médicaments reste soutenue, la consommation glissant vers des produits plus coûteux. Les indemnités journalières ont encore augmenté rapidement en 2003, en raison d'une progression de plus de 10 % des indemnités de longue durée. La part des dépenses de santé remboursées par la Sécurité sociale s'accroît. Elle représente 79,7 % des soins de ville en 2003, en raison de la forte augmentation du nombre des assurés pris en charge à 100 % dans le cadre d'une affection de longue durée.

### **Réformer la "Sécu" sans toucher aux médecins ?** **Le Monde 19 juin 2004**

Les médecins libéraux sont-ils les "épargnés" de la réforme de l'assurance-maladie ? Philippe Douste-Blazy a beau assurer que la maîtrise médicalisée des dépenses de santé permettra d'économiser 3,5 milliards d'euros, il oublie de dire que l'adhésion des praticiens de ville à ce parcours plus vertueux ne se fera pas sans contrepartie financière.

Quand il s'agira, après le vote de la réforme, d'engager les négociations conventionnelles entre les professionnels de santé et l'assurance-maladie pour concrétiser cette fameuse "maîtrise médicalisée", le dialogue risque d'être difficile. "On est dans un pari. Le gouvernement parie sur l'implication des médecins et les médecins parient sur celle du gouvernement", résume le docteur Dinorino Cabrera, président du Syndicat des médecins libéraux (SML).

Combien faudra-t-il rémunérer la tenue du dossier médical par le médecin traitant ? Quelle hausse des honoraires faudra-t-il accorder aux spécialistes du secteur 1 pour qu'ils acceptent le parcours de soins imposés aux patients ? Sans compter que les médecins libéraux exigent d'être mieux payés pour effectuer la permanence de soins (gardes et astreintes).

L'accès aux spécialistes tel que le prévoit la réforme laisse en suspens de nombreuses questions. A l'heure actuelle, 63 % des spécialistes sont en secteur 1 (ils appliquent les tarifs fixés par la Sécurité sociale et bénéficient, en contrepartie, d'une prise en charge d'une partie de leurs cotisations sociales) et 37 % en secteur 2 (pratiquant des honoraires libres, le patient étant remboursé sur le barème de la Sécurité sociale, et davantage à condition qu'il possède une bonne couverture complémentaire).

La réforme entend obliger le malade à passer par son médecin traitant avant de consulter son spécialiste. S'il ne le fait pas, c'est-à-dire s'il va directement voir un spécialiste, ce dernier pourra pratiquer des dépassements d'honoraires non pris en charge par la Sécurité sociale. Ce nouveau système entend améliorer la coordination des soins. Mais il entend surtout répondre au mécontentement grandissant des spécialistes de secteur 1 qui multiplient les dépassements d'honoraires sauvages pour contester le manque de revalorisation de leurs consultations et de leurs actes.

Mais, concrètement, quel sera le montant du dépassement tarifaire autorisé ? Que se passera-t-il pour les médecins du secteur 2 ? Quelle compensation sera accordée à ceux du secteur 1 quand leurs patients leur sont adressés par un médecin traitant ? En l'absence de revalorisation, les spécialistes du secteur 1 seront tentés de prendre en priorité les patients qui viennent en accès direct et de faire patienter ceux auxquels ils devront appliquer les tarifs conventionnés.

"Sans revalorisation, ce système ne vaut rien. Cela n'aurait pas de sens que les médecins hors protocole gagnent plus que ceux qui s'engagent", prévient Michel Chassang, président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF). "Il faut prévoir une majoration de coordination remboursée uniquement si le patient est envoyé par son médecin traitant, réclame M. Costes, président de MG France. Sinon, ce sera comme à l'hôpital : six mois d'attente pour consulter dans le secteur public, un rendez-vous dans la semaine si vous pouvez payer les honoraires libres de la consultation dans le secteur privé."

Plusieurs études - notamment celles de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) - montrent que plus les assurés ont une bonne couverture complémentaire, plus ils consultent des spécialistes. Ainsi, on peut craindre que la réforme n'accroisse l'émergence d'une médecine à deux vitesses, l'accès à un spécialiste devenant encore davantage réservé à ceux qui en ont les moyens.

"Je crains que, de façon déguisée, M. Douste-Blazy n'ait donné carte blanche aux honoraires libres des spécialistes. Ceux-ci vont avoir intérêt à ne recevoir que des patients qui ne seraient pas passés par un médecin traitant. On serait là dans un effet très pervers", note Bruno Pallier, chercheur au CNRS et auteur d'un récent "Que sais-je ?", *La Réforme des systèmes de santé*, dans un entretien accordé mardi 15 juin à l'AFP.

## "C'EST COMME ÇA"

Pour convaincre les médecins de jouer le jeu d'un meilleur suivi médical, il faudra donc mieux les rémunérer. Mais pour quelle contrepartie ? Malgré l'émergence de déserts médicaux qui tendent à créer une inégalité d'accès aux soins sur le territoire, le ministre de la santé n'entend pas toucher à la liberté d'installation des libéraux. Il compte seulement les "inciter" - par des mesures financières - à poser leur plaque dans les régions sous-médicalisées.

Malgré une consommation pharmaceutique particulièrement élevée en France, aucun signal fort n'a été donné pour agir sur les prescriptions de médicaments. "Si les médecins qui prescrivent plus que les autres revenaient à des comportements moyens, l'économie générée pourrait s'élever entre 2 et 2,5 milliards d'euros par an, dont la moitié pour le seul poste des médicaments", indique la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM) dans une étude publiée le 2 juin. Et la CNAM de citer comme exemples "la surprescription de psychotropes et d'hypnotiques" ou "le traitement trop systématique de l'excès de cholestérol par des médicaments hypolipémiants alors que le suivi de règles hygiéno-diététiques suffit dans de nombreux cas".

Finalement, tout se passe comme si le ministre de la santé avait eu pour credo de ne surtout pas fâcher les médecins libéraux. En attendant, certains patients vivent, au quotidien, l'anarchie tarifaire. C'est l'histoire, par exemple, de cette jeune étudiante, Julie, qui a écrit au *Monde* pour raconter sa mésaventure. En stage de fin d'année dans une entreprise à Neuilly-sur-Seine et confrontée à des douleurs rebelles aux cervicales, elle consulte l'annuaire pour trouver un médecin près de son lieu de travail. Peu fortunée, elle s'assure également, via le site Internet de l'assurance-maladie, que ce généraliste est bien en secteur 1.

"Lors de la première consultation, le médecin m'a gardée dix minutes et m'a demandé 25 euros. Etonnée, je paie cependant sans rien dire, pensant qu'il s'agit d'une méprise de ma part. Ayant oublié d'apporter mes radios, le médecin me demande de repasser le lendemain. Lors du second rendez-vous, il me refacture 25 euros. Je lui fais remarquer qu'il est conventionné et que le prix devrait être de 20 euros. Le médecin se met alors en colère, me dit "C'est comme ça" et m'explique que je devrais m'estimer heureuse de ne payer que 25 euros à Neuilly. Il me tend l'ordonnance pour un scanner et m'annonce qu'il ne veut plus me recevoir."

Depuis, Julie a écrit à la Sécurité sociale et à l'ordre des médecins. "Je n'ai eu aucune réponse, tout le monde s'en fiche, pourtant ce qui se passe est illégal", regrette-t-elle.

## **Un trou de près de 13 milliards d'euros pour 2004 Le Quotidien du Médecin du 17 juin 2004**

***Selon le rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale rendu public hier, la branche maladie du régime général de la Sécurité sociale accusera un déficit record à la fin de 2004, de 13 milliards d'euros environ. Et, pour la première fois depuis dix ans, les trois autres branches (vieillesse, famille et accidentés du travail) seront également déficitaires.***

AVEC UN SOLDE de moins 10,2 milliards d'euros en 2003 (chiffre quasi définitif) et moins 14 milliards prévus en 2004, toutes branches confondues (1), le déficit du régime général de la Sécurité sociale et la dégradation de ses comptes depuis trois ans sont « sans précédent », relève le rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale. Elle s'est réunie hier sous la présidence de Philippe Douste-Blazy.

Fait nouveau : « Pour la première fois depuis 1994, les quatre branches du régime général devraient être déficitaires en 2004 », souligne la commission. L'année 2003 s'est caractérisée par un « effet de ciseau maximal entre les dépenses et

les recettes du régime général » (du fait d'une faible augmentation de la masse salariale pesant sur les cotisations et la CSG et du « rythme très rapide » des dépenses, à + 6,4 %) et marque « le point le plus bas du cycle conjoncturel ». Cette année, le « contexte plus favorable n'empêche pas une dégradation encore importante » du solde du régime général, constate la commission des comptes de la Sécu à la fin d'avril. C'est pourquoi elle souligne que seules des « mesures structurelles » peuvent remédier à cette « situation de déséquilibre structurel ».

Estimé à 11,1 milliards d'euros en 2003, le déficit de la seule branche maladie du régime général pourrait atteindre 12,9 milliards d'euros cette année (contre - 10,9 milliards d'euros prévus par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2004), soit « l'équivalent de 10 % des dépenses (ou) des remboursements de médicaments », selon les prévisions de la commission.

Pourtant, la prévision pour cette année repose sur l'hypothèse d'un ralentissement (de + 6,9 % à + 4,6 %) de la croissance des dépenses du champ de l'Objectif national des dépenses d'assurance-maladie (Ondam). Cette « inflexion », explique le rapport, serait « liée à la fin des effets des mesures qui avaient lourdement pesé sur l'évolution des dépenses en 2002 et 2003 (hausse tarifaire des médecins généralistes et réduction du temps de travail) », mais aussi à un « ralentissement de la croissance de l'activité des professionnels libéraux » sur les premiers mois de 2004.

<b>Les résultats du régime général</b>					
En milliards d'euros	2001	2002	2003	2004	
				LFSS (1)	Prévision actuelle
Régime général					
Maladie	- 2,1	- 6,1	- 11,1	- 10,9	- 12,9
Accidents du travail	0	0	- 0,5	- 0,9	- 0,5
Vieillesse	1,5	1,7	0,0	- 0,2	- 0,4
Famille	1,7	1,0	0,4	0	-0,2
<b>Total régime général</b>	<b>1,2</b>	<b>-3,5</b>	<b>-10,2</b>	<b>-11,2</b>	<b>-14,0</b>

(1) Loi de financement de la Sécurité sociale.

#### **Consommation médicale « plus modérée ».**

De son côté, la Caisse nationale d'assurance-maladie (Cnam) vient de publier ses estimations provisoires jusqu'à la fin de mai qui font état d'une progression de + 5,6 % des dépenses du champ de l'Ondam sur un an (après correction des jours ouvrés). La Cnam confirme la « consommation médicale plus modérée au cours du premier trimestre 2004 » par rapport à la fin de l'année 2003, la « poursuite de l'inflexion du rythme de croissance des indemnités journalières » et les effets des déremboursements des soins post-opératoires (Lfss 2004). « Il serait cependant prématuré de tabler (...) sur un ralentissement prononcé et durable de la consommation médicale », fait valoir la Cnam.

Dans le détail, de janvier à mai, les dépenses de remboursements de soins de ville du régime général sont en hausse de + 5,8 %, dont + 3,7 % pour les honoraires médicaux et dentaires, + 7,6 % pour les prescriptions et + 3,3 pour les indemnités journalières. Parmi les dépenses d'hospitalisation, les établissements médico-sociaux enregistrent la plus forte hausse (+ 13,1 %), devant les cliniques privées (+6,4 %) et l'hôpital public (+ 3,8 %).

(1) Branches maladie, vieillesse, accidents du travail et famille.

**St-Vincent-de-Paul craint sa disparition pure et simple**  
**Le Quotidien du Médecin du 17 juin 2004**

***Le comité de sauvegarde de l'hôpital St-Vincent-de-Paul, à Paris, demande au président de la République de « mettre un terme aux menaces de fermeture » qui planent sur l'hôpital, et de l'autoriser à appliquer le projet médical entériné par l'AP-HP en 2002.***

FORT DE SES 18 684 membres, le comité de sauvegarde de l'hôpital St-Vincent-de-Paul, à Paris, hausse le ton face aux menaces de fermeture définitive du site (« le Quotidien » du 5 avril 2004). Selon ses responsables, « depuis 18 mois, le comité de sauvegarde est en état de vigilance face à des attaques quotidiennes menées contre l'activité de l'hôpital ».

Selon ce comité, on laisserait entendre aux volontaires qu'il ne vaut guère la peine de postuler auprès d'un hôpital promis à une prochaine disparition. Un chef de service proche de la retraite, en délicatesse avec l'hôpital, serait sur le point de partir avec armes et bagages pour l'hôpital Trousseau, dans le 12<sup>e</sup> arrondissement parisien, entraînant la fermeture de son service. On inciterait les membres du personnel soignant à demander leur mutation, une cuisine et un centre de tri des analyses médicales auraient été fermés sans concertation aucune, entraînant une désorganisation des services. Bref un climat délétère semble régner sur les lieux.

Sans compter que, en février dernier, le préfet de la région Ile-de-France s'est fait l'écho d'une demande prioritaire de l'Etat, qui demande le reclassement des terrains de l'hôpital pour y implanter un futur tribunal de grande instance.

Pour autant, un projet médical d'établissement avait été adopté en 2001 et entériné par l'AP-HP en 2002. Il prévoyait, dans le cadre d'une fusion avec l'hôpital Cochin, le transfert d'un certain nombre de services vers cet autre hôpital, afin que St-Vincent-de-Paul se transforme en un « pôle d'excellence Mère-Enfant », avec notamment le maintien d'une activité pédiatrique médico-chirurgicale, 140 lits en pédiatrie et 20 lits en hôpital de jour, 234 lits en périnatalité pour assurer la prise en charge de 5 000 accouchements par an et, enfin et surtout, « l'adossement à ces activités d'un projet innovant de prise en charge médico-sociale du handicap de l'enfant et de l'adolescent sur les terrains de St-Vincent-de-Paul ».

**Une lettre au président de la République.**

Si bien que les membres du comité de sauvegarde ont pris leur plus belle plume pour s'adresser au président de la République. Rappelant que l'année 2004 a été déclarée année du handicap, ils lui demandent « de mettre un terme à ces menaces de fermeture et de remise en cause de cette offre de soins pédiatrique et périnatale, et ainsi de permettre à la mission mise en place par la ville de Paris, la Ddass et l'AP-HP de continuer, pour préciser le contenu du projet médico-social pour le handicap ».

De son côté, Pierre Castagnou, maire (PS) du XIV<sup>e</sup> arrondissement et administrateur à l'AP-HP, a écrit à Philippe Douste-Blazy pour lui exprimer la même inquiétude, et lui demande « de bien vouloir veiller tout particulièrement à ce que les décisions prises par le conseil d'administration de l'AP-HP soient aujourd'hui respectées, et qu'enfin les craintes qui pèsent sur cet établissement soient définitivement levées ». Enfin, pour le Pr Jamil Hamza, chef du service d'anesthésiologie réanimation à St-Vincent-de-Paul, « il y a menace immédiate pour notre hôpital qui est victime d'un système de garrotage : quand un chef de service s'en va ailleurs et que c'est accepté par l'AP-HP, c'est que celle-ci sait que l'hôpital est condamné ; du coup, le personnel quitte l'hôpital et la qualité des soins s'en trouve altérée ».

**Pour encourager l'évaluation dans les hôpitaux**

**Des primes pour les établissements**

***Le Quotidien du Médecin* du 17 juin 2004**

***L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), avec le concours de « Décision et Stratégie Santé » (groupe MediMedia), a réuni à Bordeaux personnels soignants, responsables d'hôpitaux publics et privés, médecins libéraux, pour les sensibiliser au développement de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Philippe Douste-Blazy est venu soutenir cette initiative, et a notamment confirmé l'attribution de primes aux hôpitaux pour les encourager à se lancer dans cette démarche.***

« METTRE en place un travail commun entre les établissements de soins, encourager les initiatives à partir de méthodes et outils proposés par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), diffuser et transposer les expériences locales acquises ici en Aquitaine, telles sont les pierres angulaires du travail pédagogique et d'accompagnement amorcé par l'Anaes, sur le thème de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) », a affirmé Philippe Douste-Blazy en introduction de la première journée régionale sur l'évaluation des pratiques professionnelles des établissements de santé, organisée à Bordeaux, à l'initiative de l'Anaes, et avec le concours de « Décision et Stratégie Santé ».

La première étape d'un périple qui devrait conduire l'Anaes dans plusieurs régions. La salle comble, plus de 350 personnes, un programme riche et la présence du ministre lui-même traduisent l'importance des enjeux qui se profilent derrière l'EPP. La qualité du service médical rendu arrive en tête de ces priorités. L'évaluation de la qualité en santé et donc des pratiques professionnelles représente logiquement un enjeu majeur pour l'avenir du système de santé, a déclaré le ministre de la Santé et de la Protection sociale.

Alain Coulomb, directeur général de l'Anaes, a insisté sur l'impact de cette démarche sur les différents acteurs : les patients sont certes les premiers concernés, rapporte-t-il. Mais également les pouvoirs publics qui, outre leur rôle de régulateur des dépenses, doivent se porter garants de la qualité du système de soins, et enfin les professionnels de santé, notamment les médecins, doivent trouver dans l'EPP la valorisation de leurs pratiques et une source de reconnaissance de leur rôle et de leurs missions.

« *De plus, la non-qualité a un coût*, précise le directeur de l'Anaes. *Il suffit de citer les infections nosocomiales, la iatrogénie ou encore les conséquences d'actes inappropriés. Au total, on arrive à 10 % de l'activité hospitalière.* »  
Aussi les moyens pour améliorer cette qualité doivent-ils surtout concerner les pratiques professionnelles.

En collaboration avec le Ccecqa (Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine) et des équipes volontaires, l'Anaes construit des méthodes, des outils et des référentiels. Elle a mis au point une nouvelle version de l'accréditation et des grilles pour les audits qui vont soutenir et cadrer les démarches d'évaluation. L'intérêt financier n'est pas absent : « *La qualité fera l'objet d'encouragements financiers à hauteur de 15 millions d'euros pour 2004-2005*, a d'ailleurs confirmé Philippe Douste-Blazy. *Il y aura un lien entre la qualité des résultats et une enveloppe budgétaire.* »

Il est certain, a précisé le ministre, que la qualité peut justifier une rémunération complémentaire, « *mais paradoxalement la non-qualité aussi, sous forme d'un appui financier transitoire pour atteindre un meilleur niveau.* »

L'objectif est d'aider de façon significative le développement de l'EPP, et d'encourager les établissements à atteindre de meilleurs niveaux de performance. L'EPP ne doit pas être une épreuve sanction et une démarche individuelle, mais la marque d'une volonté collective de faire progresser le système, a dit le ministre.

#### **Coup de pouce à l'HAD**

En ouvrant le colloque sur l'hospitalisation à domicile qu'organisait mardi dans son ministère la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos), Philippe Douste-Blazy a confirmé les engagements pris par son prédécesseur.

Faisant du développement de l'HAD une « *priorité* », le ministre a promis, comme l'avait fait Jean-François Mattei en février dernier, que le secteur compterait 8 000 places d'ici à 2005 (contre 4 700 aujourd'hui). 40 millions d'euros ont été consacrés à cet accroissement des capacités ; 70 millions d'euros devraient l'être l'an prochain.

Le ministre a rappelé que les prochains schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) comporteraient obligatoirement un volet « HAD » et annoncé qu'il souhaitait développer un nouveau concept : celui d'HAD « *de proximité* », afin, explique le ministère, « *d'assurer une meilleure couverture du territoire pour les patients en zone semi-urbaine ou rurale* ». Philippe Douste-Blazy a par ailleurs souhaité que les médecins prescrivent davantage l'HAD et que cette discipline soit intégrée dans leur cursus de formation.

**K. P.**

#### **Complémentaires : Jean-Pierre Raffarin pour le crédit d'impôt Le Quotidien du Médecin du 17 juin 2004**

*Mardi 15 juin.* Le Premier ministre aurait tranché en faveur d'un dispositif de crédit d'impôt pour l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, selon Jean-Pierre Davant, le président de la Mutualité française, qui rencontrait ce mardi le Premier ministre. *"Le gouvernement a décidé de commencer par la population qui est juste au-dessus du seuil d'accès à la couverture maladie universelle (CMU, 566,50 euros mensuels), puis le dispositif sera généralisé"*, a-t-il précisé. Pour le président de la Mutualité qui plaide depuis longtemps pour cette formule, elle est « *de nature à réguler le système de soins* » puisque la mesure concernera seulement les complémentaires qui s'inscrivent « *dans des accords avec les professionnels de santé* », ne feront pas « *de sélection de risques* » et ne pratiqueront pas de « *tarifs trop différenciés selon les âges* ».

#### **Chirac appuie la réforme de l'assurance maladie Le Figaro, 16 juin 2004**

***Le président de la République a estimé ce matin en Conseil des ministres que le projet de loi sur l'assurance maladie était «une réforme indispensable» qui garantit «l'avenir de notre système de santé et l'égalité des Français devant les soins».***

Jacques Chirac, dont les propos étaient rapportés par le porte-parole Jean-François Copé, a estimé que cette réforme, approuvée par le conseil des ministres, était «une étape décisive pour la sauvegarde et le renforcement de notre système de protection sociale».

Cette réforme, a-t-il dit, respecte «la justice sociale», «garantit l'accès de tous au progrès médical» et «va aider près de 2 millions de Français modestes à avoir une mutuelle». Il a souligné que le projet, élaboré par Philippe Douste-Blazy et Xavier Bertrand, «fait appel à la responsabilité de chacun : les pouvoirs publics, les partenaires sociaux, les soignants, les entreprises mais aussi les Français eux-mêmes».

Enfin, selon le chef de l'Etat, cette réforme «favorise le dynamisme de notre économie en permettant le rétablissement des comptes sans faire peser des charges excessives sur les actifs». «Les sécurités essentielles à la vie des Français vont ainsi être consolidées. Ce sera une inquiétude en moins pour nos compatriotes et des chances supplémentaires de dynamisme pour notre pays», a conclu Jacques Chirac.

### **Les multiples incertitudes du projet de réforme de l'assurance-maladie *Le Figaro, 16 juin 2004***

Vilipendée par les syndicats qui ont longtemps eu le sentiment d'être «baladés», la méthode Douste-Blazy pour dévoiler pas à pas le projet de réforme de l'assurance-maladie a pour l'instant fait merveille. En dramatisant l'enjeu – «*l'assurance-maladie est en faillite... c'est la réforme de la dernière chance*» – puis en assurant qu'il ne serait «*pas l'homme de la privatisation*», le ministre de la Santé a forcé l'attention de l'opinion. En mettant successivement le projecteur sur les fraudes et abus – carte Vitale, arrêts de travail –, puis sur les mesures innovantes – le dossier médical personnel, le médecin traitant –, il a brassé suffisamment large pour rassembler.

Avec les fraudes, il a fait le jeu de ceux qui sont persuadés que «le déficit, c'est les autres». Avec les mesures innovantes, il a rallié ceux qui savent que le mal est plus profond : le déficit tient en effet d'abord à l'inorganisation du système de soins, aux cloisonnements ville-hôpital, et à une confusion telle des responsabilités à tous les niveaux que personne ne sent vraiment responsable de rien. C'est autour de ces deux grands chapitres – «*organisation des soins et maîtrise médicalisée des dépenses*», et «*pilotage clarifié et transparent de l'assurance-maladie*», que le projet est bâti. S'y ajoute un chapitre financier, d'un grand classicisme celui-là, qui focalise toutes les critiques !

A l'exception de la CGT qui, comme FSU et Sud, rejette la réforme en bloc, les autres syndicats se reconnaissent quelque part dans le projet et veulent «*l'améliorer*», même s'ils n'ont pas tous les mêmes priorités. C'est ce qui fait dire à Jean-Pierre Raffarin que la réforme est «*globalement comprise*» puisqu'un certain nombre de grands axes ont «*le soutien de nombreux acteurs*». Mais si ce front éclaté fait le jeu immédiat du gouvernement, il n'assure pas la réussite à long terme de la réforme.

Car le projet est encore en devenir. Tout peut en sortir. Pas grand-chose si son application se heurte aux conservatismes et aux lobbys, le meilleur s'il parvient à enclencher une nouvelle approche de la santé.

Son financement, critiqué de tous côtés, est aléatoire. Cela tient certes à la dimension structurelle du projet, mais c'est une zone d'incertitude majeure. Sur les 15 milliards d'euros attendus du projet d'ici à 2007, les deux tiers sont liés à une meilleure organisation des soins, porteur à la fois de comportements plus rationnels et d'économies. «*Si nous changeons tous un peu, tout peut changer*», répète Philippe Douste-Blazy qui a trouvé là un slogan en or. Si cela ne marche pas, c'est que nous n'aurons pas changé assez : nous, nos comportements, notre façon d'utiliser le système de soins.

Le projet comporte à cet égard beaucoup d'innovations qui sont autant d'incertitudes... Ainsi en est-il du dossier médical, du parcours du patient par le médecin traitant, et même de la relance des références médicales que les médecins seront invités à observer, car ce qui est une dépense pour l'assurance-maladie est un revenu pour eux. L'expérience passée montre que la pédagogie et le battage faits à l'occasion des réformes font tomber la fièvre des dépenses pendant environ 18 mois. Aller au-delà suppose que les outils prévus – certains posent des problèmes techniques ou éthiques lourds, d'autres sont soumis à négociation –, et la volonté politique soient tels que la pression ne se relâche pas. C'est tout le pari du gouvernement, et c'est pourquoi il entend doter l'assurance-maladie d'un directeur fort.

Plus classique, le projet comporte aussi des ressources nouvelles, pour environ 5 milliards d'euros. C'est l'aspect le plus immédiat et le moins incertain du projet. Mais c'est aussi le plus critiqué des syndicats. Tous considèrent que les efforts sont «*inéquitablement*» répartis et demandent trop aux patients et aux assurés, par rapport aux entreprises et aux professions de santé qui seraient davantage «*épargnées*».

Deux mesures focalisent plus particulièrement les critiques. La première est la franchise d'un euro par consultation, non remboursable (*voir ci-dessous*). Le gouvernement considère, avec le patronat, que cette participation financière modique de chacun peut être un facteur de responsabilisation accru. Au contraire, les syndicats et la Mutualité craignent qu'elle joue progressivement un rôle de «*variable d'ajustement*», et qu'elle augmente avec le temps, comme ce fut le cas

du forfait hospitalier : le plafonnement de cette franchise (50 euros par an par exemple ?) sera un point important du débat parlementaire.

La seconde critique forte des syndicats, à l'exception de FO qui l'admet, c'est le report d'une dette faramineuse (50 milliards) sur les générations futures : le prélèvement de la CRDS qui devait s'éteindre en 2014, sera prolongé bien au-delà. Un choix «égoïste» que le gouvernement justifie par le souhait de ne pas porter atteinte au pouvoir d'achat alors que la bonne tenue de la consommation est vitale pour la reprise économique. Mais il devra sur ce point compter aussi avec l'UDF qui considère

### **Les pays européens face à la maîtrise des dépenses**

*Le Figaro, 16 juin 2004*

Présenté aujourd'hui à l'Assemblée nationale, le rapport Landrain fait un tour d'horizon des systèmes d'assurance-maladie européens, et des réformes qui ont été adoptées pour les rendre plus efficaces et moins chers. Au moment où la France est en train de faire ses propres choix, la délégation pour l'Union européenne estime précisément que «*sur certains grands débats de société, la comparaison internationale est salutaire*». Elle permet, estime-t-elle, de mieux apprécier ses forces et ses faiblesses, et «*d'identifier les bons et les mauvais remèdes*».

Tous les pays européens font face aux mêmes défis. Ils ont des populations vieillissantes, doivent maîtriser des dépenses galopantes et résoudre des problèmes de qualité et d'accès aux soins. Mais pour y faire face, tous n'actionnent pas les mêmes leviers : selon les caractéristiques de leur système de soins, les orientations prises sont différentes, et font la part belle à la déconcentration, à la privatisation ou encore aux hausses de cotisations.

En gros, le rapport distingue trois groupes de pays. Ceux qui ont un système national de santé – Royaume-Uni, pays scandinaves –, ceux qui ont un modèle d'assurance sociale – Allemagne, Pays-Bas et France, entre autres – et ceux dits «mixtes», qui mélangent une assurance sociale et le secteur privé, comme l'Italie ou l'Espagne.

Certains pays du premier et du troisième groupes ont opéré une franche décentralisation de la gestion de leur assurance-maladie et de son financement, au niveau des régions, des communes ou des centres de soins. L'Espagne et l'Italie ont ainsi mis au point une régionalisation de la prise en charge des patients et de l'organisation des soins. Afin de résorber les files d'attente – en 2002, plus d'un demi-million d'Anglais attendaient une intervention chirurgicale, dont 31 000 depuis plus d'un an –, la Grande-Bretagne permet, depuis 2003, aux généralistes de gérer librement leur propre budget et aux hôpitaux de bénéficier d'un statut autonome.

D'autres pays, comme le Danemark ou les Pays-Bas, ont choisi de faire une «*mise en concurrence régulée*» des prestataires de santé. Le système irlandais associe, dans son système de soins, des organismes et des investisseurs publics et privés. Les personnes les plus fragiles (invalides, plus de 70 ans) bénéficient de soins gratuits, mais les autres se couvrent aussi grâce au secteur privé. Une loi de 2001 régleme le fonctionnement de ce marché et impose notamment aux assureurs de respecter un ensemble d'obligations et d'offrir un minimum de prestations.

Beaucoup d'Européens ont instauré une plus grande «*responsabilisation des acteurs*», c'est-à-dire une plus grande participation financière de leur part, ou une moindre liberté d'aller et de venir dans le système. Depuis l'année dernière, les Allemands doivent ainsi payer 10 euros de franchise par trimestre, 10 euros par journée d'hospitalisation et entre 5 et 10 euros pour leurs prescriptions. Ils doivent, par ailleurs, faire systématiquement appel à un médecin généraliste avant de se rendre chez un spécialiste.

Parfois, les pays ont cherché à moderniser leur gestion, en ouvrant des réseaux de soins ou en développant des nouvelles technologies de l'information. Enfin, tout le monde s'est peu ou prou préoccupé de renforcer l'évaluation et le contrôle du corps médical, en interne ou par des organismes indépendants, et de limiter les prescriptions médicamenteuses. Le Portugal a, par exemple, engagé une politique du médicament en 2003 visant notamment à promouvoir les génériques.

Dans ce concert européen, la France semble offrir une bonne couverture sociale, mais à un coût plus élevé que ses voisins. Le document rappelle la surconsommation de médicaments par les Français (la consommation est deux fois plus élevée qu'aux Pays-Bas, deux fois et demie plus importante qu'au Danemark ou qu'en Irlande). Il redit également que le système français «*est centralisé et complexe*», qu'il ne prévoit pas de mise en concurrence des producteurs de soins, que sa politique de prévention est «*lacunaire*» et sa régulation de l'offre de soins «*trop limitée*».

La délégation ne craint pas d'appeler de ses vœux un «*nécessaire aggiornamento*» et un profond remaniement de notre système. A dire vrai, beaucoup d'instruments de réforme mis en oeuvre dans les pays européens se retrouvent dans le plan de Philippe Douste-Blazy. Le rapport, en ce sens, tombe à la fois à pic – il montre que tous les pays conduisent des réformes, parfois avec plus de vigueur que la France – et un brin trop tard.

### **La réforme tout de même**

*Le Figaro, 16 juin 2004*

Statut d'EDF et assurance-maladie : deux grands projets de loi sont à l'ordre du jour. L'avenir commande d'engager ces deux réformes. La première pour se mettre en conformité avec l'ouverture du marché de l'électricité décidée par l'Union

européenne, et sauver ainsi une entreprise qui pourrait mal résister à la concurrence. La seconde pour remédier au déficit de la Sécurité sociale, creusé par la branche maladie.

Passeront, passeront pas ? La question ne devrait pas se poser puisque le gouvernement dispose d'une confortable majorité parlementaire. Mais l'affaire n'est pas si simple. Pour trois raisons.

La première relève du harcèlement social, celui que quelques syndicats, CGT en tête, entretiennent dans ce pays. Divisés, faibles en effectifs, ils en cultivent une amertume certaine, un ressentiment calculé. Plutôt que de prévoir les besoins et les emplois de demain, ils défendent des avantages d'un autre âge. Ils donnent l'impression de rêver d'un grand soir quand il faudrait qu'ils préparent des matins qui chantent. Leur attitude est tellement prévisible qu'on l'anticipe peut-être à l'excès.

La deuxième raison tient au développement de la démocratie d'opinion. Parce qu'un gouvernement essuie des revers électoraux dans des scrutins qui ne sont pas destinés à l'évaluation de sa politique, il serait rendu illégitime. Donc condamné à l'inaction. Voire à la démission, comme le réclame le Parti socialiste. Parfois, un mauvais sondage, un mécontentement diffus, une grande manifestation de rue suffisent à faire illusion pour en déduire aussitôt l'état de l'opinion. Ainsi a-t-on longtemps été persuadé qu'une réforme des régimes de retraite serait propre à faire tomber plusieurs gouvernements.

La dernière raison, qui découle des deux précédentes, vient du luxe de précautions dont s'entoure l'actuelle équipe dirigeante. A force d'aménagements, parfois de concessions, elle vide peu à peu ses projets de réforme d'une partie de leur contenu. Ce fut le cas, l'année dernière, pour les retraites. C'est également celui d'EDF, Nicolas Sarkozy ayant multiplié les signes d'apaisement en direction du personnel. Il y a fort à parier que l'équilibre des comptes de l'assurance-maladie ne sera pas retrouvé en 2007, comme le souhaite Philippe Douste-Blazy, et qu'un plan plus musclé sera nécessaire.

C'est ainsi que la France avance à pas comptés sur le chemin des réformes. L'action politique y est devenue l'art de gérer la réduction des possibles. La gauche peut aujourd'hui bomber le torse, elle était transie de peur quand elle était aux commandes. La droite a le mérite d'essayer. Sur un mode mineur : pas toute la réforme, mais la réforme tout de même.

Elle détient presque tous les pouvoirs et elle a trois ans devant elle, diront certains. C'est oublier ce climat français si particulier. Il oblige les ministres à en rabattre, même les plus volontaristes.

### **L'hôpital souffrira de la réforme** ***L'Humanité, 16 juin 2004***

#### ***Le Comité national de défense de l'hôpital dénonce les mesures d'économies du projet de loi.***

" Il nous semble qu'avec ce projet de réforme, le risque est grand de remettre en cause les principes de notre système hospitalier public ouvert à tous, et où il ne serait plus possible de prescrire en fonction des données actuelles de la science. " Le Comité national de défense de l'hôpital (CNDH), qui rassemble des praticiens attachés au service public, a analysé les incidences sur le système hospitalier de la réforme de l'assurance maladie. Et son diagnostic est formel : l'accès à l'hôpital est menacé d'une nouvelle restriction.

Le CNDH constate ainsi que le passage obligé par le médecin traitant avant de consulter un spécialiste interdira le recours libre à l'hôpital, et pénalisera les personnes modestes qui utilisent les consultations hospitalières par nécessité. " Les patients les moins fortunés, incapables d'assurer financièrement soit des avances de frais de consultation ou de moindres remboursements, seront privés de leur liberté de choisir leur médecin et de se rendre directement à l'hôpital. " L'augmentation du forfait hospitalier les fragilise de la même façon : " En cas d'arrêt maladie, la Sécurité sociale verse des indemnités journalières égales à la moitié du salaire, c'est-à-dire 495 euros pour un smicard. Un mois d'hospitalisation, c'est 343 euros de forfait hospitalier : il reste 107 euros pour payer un loyer, nourrir sa famille ! "

Autre point de friction : le dossier médical personnel. Les médecins des hôpitaux craignent l'intrusion des employeurs et des assureurs dans les bases de données : " Ce serait la fin du secret médical et de toute relation de confiance entre les malades et les médecins. Le malade n'aurait même pas la possibilité d'exiger le secret sur son intimité car ce dossier informatisé (...) conditionnerait le niveau de prise en charge des prestations correspondantes par l'assurance maladie. " En outre, combiné à l'influence de la Haute Autorité, chargée de faire respecter l'enveloppe financière, " le dossier médical partagé ne permettrait-il pas (...) de vérifier que les médecins, y compris les médecins hospitaliers, respectent bien les limites du périmètre de soins remboursables ? ", s'interroge le CNDH, qui craint les sanctions pour ceux qui, " pour respecter leur devoir déontologique d'apporter les meilleurs soins aux malades, enfreindraient ces nouvelles règles (...). " Au niveau des établissements, l'étau se resserre également : un comité d'hospitalisation définirait les orientations, et garantirait l'application de la tarification à l'activité. " Le risque ? Minime : sélection des patients et des pathologies ! Une paille mais de taille. "

La réforme, qui fait primer les économies sur la santé, signe donc pour le CNDH une évolution à contresens des missions et des besoins de l'hôpital, qui souffre avant tout d'un manque considérable de moyens matériels et humains. Et les

mesures de Douste-Blazy sont d'autant plus illégitimes que, rappelle le CNDH, l'État n'a jamais compensé 21,6 milliards d'exonérations de cotisations sociales des entreprises, un manque à gagner pour l'assurance maladie qui comblerait en partie le déficit. Et rendrait soudain la réforme nettement moins pressante.

## **ASSURANCE MALADIE**

**L'abîme se creuse**

**L'Humanité, 16 juin 2004**

***Le déficit atteindra 14 milliards fin 2004, toutes les branches seront dans le rouge, prévoit la commission des comptes. L'assurance maladie, comme la caisse vieillesse, est avant tout plombée par le chômage et la faiblesse des salaires.***

La commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS) devait présenter son rapport cet après-midi. En raison de fuites pour le moins opportunes, il a été rendu public hier, le jour d'une nouvelle étape de la mobilisation sociale pour défendre la Sécu contre la réforme Douste-Blazy. Les chiffres qu'il contient tombent à pic pour faire monter d'un cran la dramatisation de la situation financière de notre système de protection sociale. Une dramatisation dont le gouvernement a fait son principal argument pour justifier son projet. Selon la commission, le régime général (salariés) de la Sécurité sociale devrait enregistrer en 2004 un déficit de 14 milliards d'euros, soit le niveau le " plus haut jamais enregistré ". Et, pour la première fois depuis dix ans, les quatre branches, et non plus la seule maladie, seront dans le rouge. Selon la CCSS, le déficit de la branche maladie atteindra un nouveau record, avec 12,9 milliards d'euros, soit 10 % des dépenses. Ce résultat " dépasse de très loin les pires résultats antérieurs ", insiste le rapport. La branche accidents du travail-maladies professionnelles accusera, elle, un déficit de 500 millions d'euros, la branche vieillesse de 400 millions et la branche famille de 200 millions. Encore la réalisation de ces prévisions suppose-t-elle " une reprise de l'emploi salarié en cours d'année, assurant l'accélération de la masse salariale ", et donc l'abondement des caisses en cotisations sociales, principales ressources de la Sécu. Or la CCSS révisé à la baisse la progression des recettes : " La croissance de la masse "

Du côté des dépenses, les principales incertitudes portent sur l'assurance maladie et les retraites ", note la commission. Allusion au rythme de croissance toujours élevé des dépenses de santé remboursées (prévu à 4,5 %, soit au-dessus de l'objectif de 4 % fixé par le Parlement) et au pari très osé, aux yeux de beaucoup, fait par le ministre de la Santé sur leur réduction grâce à un arsenal de mesures de contraintes inscrites dans sa réforme. Quant à l'assurance vieillesse, elle voit ses dépenses s'accroître " sous l'effet des mesures de la loi du 21 août 2003 (réforme Fillon - NDLR), et notamment l'entrée en vigueur de la retraite anticipée ", observe la CCSS. Tandis que ses recettes, comme celles de l'assurance maladie, suivent le mouvement inverse. Au total, " le régime général est clairement dans une situation de déséquilibre structurel qui ne pourra être corrigée durablement que par des mesures structurelles ", juge la commission. Ce constat posé, le débat reste largement ouvert sur la nature des mesures à prendre.

Un récent rapport du Conseil d'orientation des retraites (COR) a nettement montré que, en dépit de la baisse du niveau des pensions qu'elle entraîne, la réforme Fillon n'assure pas l'équilibre financier du régime par répartition : les économies engrangées sur le dos des retraités ne couvriront qu'un tiers des besoins de financement supplémentaires à l'horizon 2020. Le retour à l'équilibre dépendra principalement d'un retour au plein emploi, avertit le COR. Construite sur le même modèle que la réforme des retraites, le projet Douste-Blazy sur l'assurance maladie est, financièrement, aussi peu fiable : les économies attendues de la limitation de l'accès aux soins pèsent peu en regard de l'augmentation certaine, et légitime, des dépenses de santé entraînée par le progrès médical. L'assurance maladie comme la retraite a besoin de recettes nouvelles, qui ne peuvent venir que d'un recul massif du chômage et d'une hausse des salaires. Rappelons qu'une revalorisation des rémunérations de 1 % ferait rentrer 2,5 milliards d'euros de cotisations en sus dans les caisses de la Sécu. La création de 100 000 emplois lui rapporterait 1,3 milliard d'euros. S'il y a bien une urgence devant le déficit annoncé, c'est donc de rouvrir le débat sur l'emploi. De s'interroger enfin sur cette politique d'exonération de cotisations patronales qui plombe les finances de la Sécu (sur les près de 20 milliards d'euros d'exonérations attribuées, 2,1 milliards ne sont pas compensés par l'État) sans produire d'effets durables sur le chômage.

**MEDEF " Allons-y vite et fort ! "**

**L'Humanité, 16 juin 2004**

Il n'y aura pas d'" élections pendant trois ans. Le gouvernement est libre d'agir, il n'a plus à se préoccuper des échéances électorales [.]. Alors allons de l'avant, allons-y vite et allons-y fort ! " a lancé hier Ernest-Antoine Seillière. Le baron, peu soucieux du résultat des urnes, donne sa feuille de route. " Les réformes, le gouvernement s'y est mis lentement, mais il l'a fait, de façon certes insuffisante sur les retraites, et il est en train de le faire pour l'assurance maladie. " S'agissant du dossier EDF-GDF, le patron du MEDEF s'est dit peu concerné par la privatisation. " Ce que nous voulons, c'est de l'électricité peu chère ", a-t-il lancé, oubliant que la concurrence qu'il appelle de ses vœux conduit au contraire à des hausses de tarifs et à des destructions d'emplois. Il estime " dépassée l'idée qu'un gouvernement national se préoccupe d'une entreprise [.], c'est au niveau européen qu'il faut agir ". Il préfère éloigner le niveau de décisions des citoyens pour le rapprocher des lobbies industriels et bancaires qui hantent les couloirs de la Commission de Bruxelles. Enfin, Ernest-Antoine Seillière s'est inquiété d'un projet gouvernemental qui diminuerait le montant des exonérations de cotisations patronales prévues dans la loi Fillon. Le gouvernement envisagerait de porter la baisse de cotisations jusqu'à 28 points (de pourcentage sur les bas salaires au lieu de 26 actuellement - NDLR), mais de restreindre son application aux salaires

inférieurs ou égaux à 1,5 SMIC (au lieu de 1,7 SMIC). Cette opération ne manquerait pas de tirer plus encore vers le bas toute la grille salariale, dont Ernest-Antoine Seillière a critiqué le niveau encore trop élevé.

### **Réforme de la Sécu : les députés joueront la montre** **Libération 16 juin 2004**

**Présenté en Conseil des ministres ce matin, le texte devrait être à l'Assemblée le 29 juin.**

La réforme de l'assurance maladie n'aura pas autant mobilisé les foules que celles des retraites. La journée d'action du 5 juin, à laquelle appelait l'ensemble des syndicats, a été un semi-échec. Et, hier, les manifestations organisées par la CGT, la FSU et le G10 Solidaires ont parfois rassemblé moins de monde que celles des salariés d'EDF-GDF (lire aussi page 2). Rien de comparable avec ce qui s'était passé l'an dernier contre le projet du gouvernement.

«**Tenir**». Mais à l'Assemblée nationale, le débat sur l'assurance maladie pourrait bien, comme celui sur les retraites, battre des records de longueur. Les députés socialistes et communistes s'apprentent à déposer plusieurs milliers d'amendements sur le texte que défendra le ministre de la Santé. Il doit être présenté ce matin au Conseil des ministres par Philippe Douste-Blazy. «*Le président de l'Assemblée, Jean-Louis Debré, m'a demandé comment nous comptons procéder, confiait hier le communiste Maxime Gremetz. Je lui ai répondu que j'étais prêt à faire mieux que pour les retraites et à tenir jusqu'au 3 août s'il le fallait.*» L'an dernier, le député de la Somme avait réussi, en défendant chacun des amendements déposés par le groupe communiste, à faire durer quatre semaines l'examen en première lecture du texte sur la réforme des retraites. Au total, 11 129 amendements avaient été déposés, en majorité par les 22 députés communistes qui avaient profité de la possibilité de déposer individuellement 22 amendements identiques.

Le débat sur l'assurance maladie doit en principe démarrer le 29 juin à l'Assemblée, à condition que le calendrier parlementaire n'ait pas pris du retard d'ici là. Quelque 1 800 amendements ont déjà été préparés par la gauche : un millier par les socialistes, et 800 par les communistes qui n'excluent pas de décupler ce chiffre en déposant 22 fois la plupart d'entre eux. Outre Gremetz, Jacqueline Fraysse (Hauts-de-Seine) et l'apparenté communiste Jean-Pierre Brard (Seine-Saint-Denis) s'apprentent à les défendre. Reste à savoir si cette fois le gouvernement acceptera de laisser le débat aller à son terme, ou s'il aura recours à la procédure du vote bloqué pour éviter qu'il ne se prolonge.

**Modifications.** En séance publique, d'importantes modifications doivent être apportées au projet de loi initial. C'est notamment le cas du crédit d'impôt destiné à aider les plus démunis à souscrire une complémentaire santé dès lors qu'ils ne peuvent bénéficier de la Couverture maladie universelle (CMU). Philippe Douste-Blazy avait précisé, la semaine dernière, que ce dispositif, conçu comme un crédit d'impôts, serait introduit «*par amendement du gouvernement*». De même, le plafonnement du forfait d'un euro par consultation et son exonération pour les femmes enceintes ne figurent pas dans le texte. D'autres corrections pourraient être apportées. Répondant hier à une question d'Alain Claeys (PS, Vienne), le ministre de la Santé s'est déclaré «*ouvert dans la discussion parlementaire pour continuer à améliorer le texte*». Côté socialiste, on assure ne pas vouloir mener d'obstruction. «*Nous avons notre projet et nous le défendrons*», confie Pascal Terrasse (Ardèche), qui avait l'an dernier mené l'offensive pour le groupe PS contre la réforme Fillon.

Nettement plus court que le projet de loi sur les retraites, le texte sur l'assurance maladie comporte 44 articles. Il prévoit notamment la création d'un dossier médical partagé, l'instauration d'une haute autorité de santé, le choix d'un médecin traitant pour bénéficier d'un remboursement au taux maximal lorsque l'on consulte un spécialiste, un renforcement des sanctions pour les arrêts de travail abusifs, et surtout un important volet financier qui doit apporter 5 milliards d'euros de recettes nouvelles. La moitié de cette somme doit provenir des hausses de la CSG, notamment pour les retraités imposables et pour les salariés.

### **Plan « Douste » : la fin du premier round** **Le Quotidien du Médecin, 15 juin 2004**

CONTRAIREMENT à Jean-François Mattei, Philippe Douste-Blazy semble avoir la baraka. A la veille de l'examen en conseil des ministres de son projet de loi sur l'assurance-maladie, le ministre de la Santé est en passe de réussir son pari. Pilote et VRP de luxe d'une réforme à hauts risques (dont le mécanicien en chef est son secrétaire d'Etat, Xavier Bertrand), l'ancien maire de Toulouse a franchi la première zone de turbulences (la concertation sociale) sans dégâts majeurs. Et, depuis une dizaine de jours, les éléments lui sont favorables, renforçant l'impression que cette réforme qui devait mettre le feu aux poudres suit un cours plutôt tranquille, malgré la complexité du dossier et la multiplicité des acteurs aux intérêts divergents.

Le semi-échec de la manifestation contre le plan « Douste », où les syndicats ont mobilisé en ordre dispersé, avait apporté au ministre la première bonne nouvelle : la pression de la rue reste pour l'instant limitée, loin du brasier des retraites. L'examen des 44 articles du projet de loi par le conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance-maladie (Cnam) fut ensuite l'occasion d'une divine surprise. Particulièrement alambiqué, l'« *avis motivé* » de la caisse

(une « critique constructive » de sept pages), que seule la CGT a rejeté, a permis à Philippe Douste-Blazy de se réjouir que le front syndical soit « cassé ». Et même si plusieurs confédérations de salariés, dont la Cfdt, ont précisé que cet avis ne constituait en aucun cas une adhésion au plan gouvernemental, la réforme a marqué un point. Le dernier signal positif est venu des praticiens, avec le soutien vigilant de la Csmf (Confédération des syndicats médicaux français), premier syndicat de médecins libéraux. Certes, le Dr Michel Chassang, président de la Csmf, explique que la réforme est « *perfectible* », que le ministre de la Santé devra respecter ses engagements favorables aux médecins et que la Csmf ne roule pas pour le gouvernement (« le Quotidien » du 11 juin). Mais les faits sont têtus : après dix années de guerre ouverte contre les plans « *comptables* » des différents ministres (Juppé-Barrot, Aubry, Guigou), la Csmf juge cette fois que les choses « *vont plutôt dans le bon sens* », celui d'une régulation médicalisée (qui renvoie toutefois les sujets sensibles aux négociations conventionnelles...).

Tirant le bilan de cette longue phase de concertation tous azimuts, Philippe Douste-Blazy n'a pas hésité à saluer dans un entretien avec l'AFP « *une victoire de la démocratie sociale* ».

## Deuxième round

Il serait pourtant imprudent d'imaginer que la deuxième phase, politique et parlementaire, sera une partie de plaisir pour le gouvernement, d'autant que plusieurs acteurs de poids ne désarment pas. Dès aujourd'hui, la CGT, la FSU et le G10 tentent de (re)mobiliser. Au menu : débats, arrêts de travail et manifestations. FO n'exclut pas une « *journée interprofessionnelle de grève public-privé* » pour peser sur le dossier. La Mutualité française, qui ne trouve pas sa place dans la nouvelle gouvernance et aspire à la cogestion, lance de son côté une journée nationale d'action et d'information du grand public, le 22 juin, dans le cadre d'une démarche commune avec la Cfdt et l'Unsa. Enfin, le front médical existe toujours. Les médecins spécialistes « coordonnés » durcissent même le ton. Le mouvement de déconventionnement national solidaire (Mdns) appelle l'ensemble des libéraux à manifester aujourd'hui, à Lyon, en solidarité avec les praticiens de secteur I sanctionnés par les caisses primaires.

L'épreuve du Parlement, qui commencera au début juillet, sera décisive. Le PS, qui juge la réforme à la fois « *injuste et inefficace* », prépare une riposte sur le thème du recul de l'accès aux soins, de la répartition « *inéquitable* » des efforts financiers et de la privatisation rampante. Quelles que soient les critiques, et d'où qu'elles viennent, Philippe Douste-Blazy a tenu jusqu'à présent le même discours : il est tout disposé à « *améliorer* » son texte. A condition que la réforme permette de sauver le système de la faillite.

### La commission des comptes de la Sécu se réunit demain

La Commission des comptes de la Sécurité sociale (Ccss), présidée par Philippe Douste-Blazy et composée de représentants des partenaires sociaux et du monde de la santé, se réunira demain après le conseil des ministres et la séance des questions à l'Assemblée nationale. La Ccss examinera les comptes de l'ensemble des branches de la Sécurité sociale (maladie, famille, vieillesse, accidents du travail), avec les chiffres quasi définitifs pour l'année 2003 et les prévisions actualisées pour 2004.

Début mai, une note de cette commission annonçait un déficit record de 10,2 milliards d'euros du régime général de la Sécurité sociale depuis 1995 (toutes branches confondues), en raison d'un trou « *historique* » de 11,1 milliards de la branche maladie. Le ministre de la Santé et de la Protection sociale a, quant à lui, déjà indiqué que le déficit atteindrait en 2004 14 milliards d'euros pour le régime général dans son ensemble et 12,9 milliards pour la seule branche maladie.

### Yves Bur (UMP) : « Transformer les comportements » Le Quotidien du Médecin, 15 juin 2004

*Président pressenti de la commission spéciale de l'Assemblée nationale, qui sera installée demain et examinera le projet de loi de réforme de l'assurance-maladie, Yves Bur (UMP, Bas-Rhin) affirme que la réforme est « bien engagée » mais qu'elle devra évoluer sur plusieurs points (régionalisation, hôpital...). Il demande au gouvernement une feuille de route sur les économies attendues en 2004, 2005 et 2006 et rappelle la priorité : l'évolution des comportements « en premier lieu des prescripteurs ».*

LE QUOTIDIEN - Pourquoi cette commission spéciale sur l'assurance-maladie ?

**YVES BUR** - Nous devons attendre que le projet de loi soit déposé sur le bureau de l'Assemblée pour mettre en place cette commission spéciale, chargée d'examiner le texte jusqu'à son adoption. Temporaire, elle a les mêmes pouvoirs que les commissions permanentes, auxquelles elle se substituera sur ce texte majeur. Elle s'inscrit également dans l'esprit de la mission Debré (sur l'assurance-maladie). Composée de 57 parlementaires (37 UMP, 15 PS, 3 UDF, 2 PC, et éventuellement 2 non-inscrits), la commission spéciale sera installée dès demain, avec l'élection du président et du bureau. Le rapporteur sera naturellement Jean-Michel Dubernard (président de la commission des Affaires sociales). Dès jeudi, nous procéderons à l'audition du ministre. L'objectif est d'être efficace.

Quel volet du texte voulez-vous amender ?

Philippe Douste-Blazy a proposé une armature, celle-ci a déjà évolué, de nouveaux engagements ont été pris et nous pouvons encore modifier le texte sur plusieurs points. Il me semble utile, par exemple, d'explorer mieux la voie de régionalisation et des ARS (agences régionales de santé). La nouvelle gouvernance juxtapose les pouvoirs des partenaires sociaux et de l'Etat : un des objectifs prioritaires sera de voir comment associer davantage l'hôpital à cette réforme. Il y aura aussi une réflexion forte sur tout ce qui relève de l'offre de soins et de l'amélioration de la qualité. Nous devons par

ailleurs examiner l'aide à la complémentaire pour tous. C'est un dossier auquel les parlementaires sont très sensibles. Mais attention : nous ne voulons pas trop toucher à un équilibre qui a quand même permis d'avoir une certaine bienveillance des syndicats, sans pour autant obtenir une adhésion forte.

Nombreux sont ceux qui doutent qu'on puisse faire 10 milliards d'économies sur l'offre de soins...

L'axe de la réforme, c'est la transformation profonde des comportements de tous les acteurs et en premier lieu des prescripteurs. Nous voulons que cet axe très fort puisse se concrétiser assez rapidement pour générer des économies et éliminer les abus et les excès. Nous allons demander au gouvernement une feuille de route claire pour connaître les bases sur lesquelles se fera la montée en charge vers le retour à l'équilibre des comptes. Quelles économies fin 2004, fin 2005 et fin 2006 ? Beaucoup de choses sont également renvoyées aux négociations conventionnelles. Il faudra donc que très rapidement, dès septembre, le gouvernement sorte les décrets nécessaires pour mettre en place l'organisation de la nouvelle gouvernance et les outils nécessaires pour mieux réguler l'offre de soins.

Que pensez-vous du droit au dépassement qui serait octroyé à certains spécialistes consultés en accès direct ?

Je comprends l'attente des spécialistes. La qualification professionnelle, le service rendu doivent être rémunérés à leur juste valeur. Mais en même temps, on ne peut ouvrir la voie à tous les excès. Tout cela doit être entrepris dans un esprit de responsabilité, avec l'objectif d'un système de solidarité que nous devons aux Français. Nous ne voulons pas d'une médecine à deux vitesses. J'appelle les syndicats médicaux à en prendre conscience.

Estimez-vous que le processus de réforme est sur de bons rails ?

La réforme est plutôt bien engagée. Tout le monde doit comprendre qu'il n'y aura pas d'échappatoire aux modifications de comportement. Sinon, des mesures beaucoup plus brutales seront nécessaires. Nous devons éviter absolument l'interférence de ce fameux comité d'alerte (chargé de suivre les dépenses), dont il faudra de toute façon rediscuter. Il faut trouver des indicateurs très simples permettant de localiser rapidement tel ou tel problème. Sur le fond, chacun devra aller de l'avant. Nous ne pouvons plus nous contenter du conservatisme, que ce soit en médecine de ville, à l'hôpital et dans la gouvernance. J'en appelle à la conscience de tous.

### **Congrès annuel des hôpitaux franciliens**

***Le Quotidien du Médecin, 15 juin 2004***

#### ***L'Uhrif déplore une situation budgétaire très critique***

***160 millions d'euros. C'est le montant du déficit des hôpitaux franciliens (hors AP-HP), si l'on en croit l'Union hospitalière de la région Ile-de-France.***

L'UNION HOSPITALIÈRE de la région Ile-de-France (Uhrif), qui regroupe les hôpitaux publics et les établissements médico-sociaux franciliens hors AP-HP (Assistance publique-Hôpitaux de Paris), a organisé son congrès annuel le 8 juin à Port-Marly (Yvelines).

L'association a profité de l'occasion pour faire le point sur la santé financière de ses établissements, au nombre de 151. En intégrant les données 2003, leur déficit cumulé s'élève à 160 millions d'euros. Une situation critique que n'a pas manqué de souligner le président de l'Uhrif, Yves Tavernier (maire PS de Dourdan, dans l'Essonne). L'intention affichée par le ministre de la Santé de remettre tous les compteurs à zéro est louable, mais les 300 millions d'euros annoncés ne suffiront jamais à combler les déficits de l'ensemble des hôpitaux français, a expliqué Yves Tavernier.

Déception également vis-à-vis des efforts consentis pour la région Ile-de-France : selon l'Uhrif, l'aide exceptionnelle récemment accordée aux établissements franciliens ne suffira pas - il y a un mois, le ministre de la Santé, Philippe Douste-Blazy, annonçait le déblocage d'une enveloppe de 40 millions d'euros pour l'ensemble de la région Ile-de-France, en vue de couvrir les déficits des établissements de santé publics et privés hors AP-HP. « *On s'étonne du montant de cette enveloppe : l'AP-HP, elle, va recevoir 240 millions d'euros sur quatre ans par le biais de son contrat signé avec l'Etat, alors que depuis sept ans nos hôpitaux subissent des ponctions égales à celles de l'AP-HP au titre de la péréquation interrégionale* », récapitule Jean-Pierre Burnier, secrétaire général de l'Uhrif.

Présent comme chaque année au congrès de l'Uhrif, le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos), Edouard Couty, a annoncé qu'une nouvelle aide, de 50 millions d'euros cette fois, viendrait s'ajouter à la première pour les hôpitaux publics et privés de la périphérie francilienne.

#### **L'écueil de la T2A.**

Il s'est également engagé à recevoir rapidement une délégation de l'Uhrif et de la FHP Ile-de-France (Fédération de l'hospitalisation privée), pour discuter d'une disposition qui fâche : l'application, dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), d'un coefficient géographique correcteur à une partie seulement des établissements de santé d'Ile-de-France : ceux situés dans Paris et la petite couronne. Ce coefficient majorera de 10 % les tarifs des GHS (groupes homogènes de séjour) des établissements concernés. La mesure passe mal auprès de l'Uhrif et de la FHP Ile-de-France, qui voient là un cadeau déguisé à l'AP-HP (l'AP-HP regroupe l'essentiel des hôpitaux de Paris *intra-muros* et des alentours).

« *Ces écarts tarifaires ne sont pas justifiés. Prenons l'exemple de l'hôpital d'Aulnay-sous-Bois (Seine-Saint-Denis), à 4 kilomètres de celui de Gonesse (Val-d'Oise) : il traite la même population, les mêmes malades, et engendre les mêmes coûts. Pourquoi devrait-il toucher 10 % de ressources en plus que son voisin ?* », questionne Jean-Pierre Burnier.

L'Uhrif et la FHP Ile-de-France réclament l'extension de l'application du coefficient correcteur, sensé compenser des surcoûts liés à un emplacement géographique particulier, à l'ensemble de la région Ile-de-France. Après avoir saisi

l'Arhif (agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France) de la question, les deux organisations s'apprêtent à interpellier Philippe Douste-Blazy. Elles indiquent qu'elles n'entreront pas dans les discussions sur le Sros 3 (schéma régional de l'organisation des soins de troisième génération) tant que le problème ne sera pas résolu.

**François Chérèque, secrétaire général de la CFDT**

**« En l'état actuel, la réforme de l'assurance-maladie est trop éloignée de nos exigences »**

**Le dirigeant de la Confédération déplore « la démarche d'isolement » de la CGT**

**Le Monde, 12 juin 2004**

*Le texte de cet entretien a été relu et amendé par M. Chérèque.*

***A l'issue de son bureau national, jeudi 10 juin, quelle position la CFDT exprime-t-elle sur la réforme de l'assurance-maladie ?***

Le bureau national a estimé que le projet de loi, tel qu'il est proposé, est trop éloigné de nos exigences. Les mesures de financement sont injustes ; la réponse sur la généralisation de la complémentaire santé et de la prévoyance est insuffisante ; et, en matière d'organisation des soins, les réponses sont partielles et elles doivent être encore concrétisées. Pour la CFDT, c'est une réforme qui, dans l'état actuel, manque d'ambition. Nous allons tout faire maintenant en direction du débat parlementaire pour l'améliorer.

***Cela signifie-t-il qu'en l'état actuel du projet la CFDT pourrait hésiter à se réimpliquer dans la gestion de l'assurance-maladie ?***

On constate déjà que l'on a bien fait de rester à la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM). Parce que si nous en étions partis, l'étatisation ou la privatisation serait déjà faite. L'objectif du Medef, lors de son départ des caisses, était de rejeter toute la responsabilité de gestion sur l'Etat, avec un vrai risque de mise en concurrence des caisses ensuite. Ce qui signifie qu'il n'est pas question pour nous, dans l'avenir, de désertir notre responsabilité dans la Sécurité sociale. Et que l'on utilisera cette place pour faire évoluer le système de soins dans le sens de nos exigences, pour l'améliorer.

***Vous ne proposerez donc pas d'abandonner la présidence de la CNAM ?***

Non, notre stratégie ne change pas. Par notre présence dans les caisses d'assurance-maladie, au niveau national, régional et départemental, nous comptons peser sur ses orientations à venir. Nous aurons des échéances de négociation tous les ans, sur les budgets, dans le cadre des relations entre les caisses et l'Etat.

***A la différence des retraites, la CFDT ne soutient donc pas la réforme de la Sécurité sociale proposée aujourd'hui. Le débat parlementaire pourrait-il vous faire changer de position ?***

Nous ne nous trouvons pas dans le même contexte que pour les retraites. Nous étions alors dans un système de négociations classiques pour les partenaires sociaux - la retraite est un salaire différé -, avec un résultat qui était un compromis entre les demandes des uns et des autres.

Sur l'assurance-maladie, nous avons toujours dit que nous refuserions d'entrer dans une négociation, parce que les décisions finales relèvent des parlementaires, en particulier sur le rôle de l'Etat. Il ne nous revient pas de négocier ce rôle. Nous avons aussi annoncé que l'on jugerait cette réforme en fonction de quatre priorités : une aide pour tous afin d'accéder à une mutuelle ; une meilleure organisation des soins qui responsabilise les patients mais aussi les professionnels ; un financement équitable dans le cadre d'une politique globale sur la fiscalité ; et la clarification du rôle de l'Etat et des partenaires sociaux dans la gouvernance.

***Allez-vous participer à la journée d'action organisée le 15 juin par la CGT ?***

Nous n'allons pas arrêter notre mobilisation. Et nous appelons, avec la Mutualité française, à une journée d'action le 22 juin dans toutes les régions, orientée vers les parlementaires, avec un grand meeting à Rennes. Nous proposons à d'autres partenaires, syndicaux et associatifs, de se joindre à cette initiative. L'UNSA nous a d'ailleurs déjà donné son accord. Ce qui signifie que l'on ne participera pas à la journée de la CGT du 15 juin, qui d'ailleurs était une journée d'action EDF-GDF.

***Appellerez-vous FO et la CGT à se joindre à vous le 22 juin ?***

Non. Nous avons des divergences très fortes avec FO sur le contenu de la réforme, en particulier sur le financement. Nous n'acceptons pas que la dette de l'assurance-maladie soit reportée sur nos enfants. Nous ne voulons pas, par égoïsme, creuser les inégalités entre générations. Quant à la CGT, elle a voté contre l'avis critique émis par le conseil d'administration de la CNAM. Cet avis, qui était soutenu par la CFDT, la Mutualité française et l'UNSA, illustre bien un rassemblement possible avec tous ceux qui partagent cette démarche de réforme.

***Vos relations avec la CGT sont-elles compromises ?***

La CGT a, ces derniers mois, une démarche d'isolement. Cela se voit par le fait que la CGT a quitté l'intersyndicale formée avec la Mutualité et qu'elle a décidé, seule, de l'action à mener. On le voit aussi sur le dossier d'EDF-GDF, où les coupures d'électricité entreprises par une partie de ses équipes sont désapprouvées par la CFDT. On ne peut que le regretter. L'évolution du syndicalisme français passe par une confrontation positive entre nos façons de voir et de pratiquer l'action syndicale.

***Ne craignez-vous pas, fort de l'expérience des retraites, que le gouvernement ne tienne pas ses engagements sur la réforme de l'assurance-maladie ?***

A propos des retraites, sur les carrières longues des fonctionnaires, le gouvernement n'a toujours pas tenu ses engagements. Et sur l'assurance-maladie, nous gardons un goût amer de la méthode utilisée par le ministre. Nous avons en particulier le sentiment que le ministre avait plus le souci d'annoncer le soutien de tel ou tel syndicat que de nous donner satisfaction sur le contenu de la réforme. Cette attitude nous éloigne de notre conception du dialogue social.

**La CGT se retrouve isolée dans son opposition à la réforme de l'assurance-maladie  
Le Monde 10 juin 2004**

***La centrale de Bernard Thibault a été le seul syndicat, mardi 8 juin, à voter contre le projet de loi présenté aux caisses de Sécurité sociale. Elle appelle à une nouvelle journée d'action, le 15 juin***

Le front syndical sur l'assurance-maladie, déjà vacillant lors des manifestations du 5 juin, a volé en éclats. Mardi 8 juin, la CGT a été la seule organisation à voter contre le projet de loi qui était soumis, pour avis, aux conseils d'administration des deux principales caisses de Sécurité sociale - avant son examen, le 16 juin, en conseil des ministres.

La Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM) a émis un "avis motivé" favorable sur le projet du gouvernement, la CFDT, la FNMF (Mutualité française) et l'Union professionnelle artisanale (UPA) ayant voté pour (ainsi que trois personnes qualifiées), la CGT contre, FO et la CFE-CGC n'ayant pas pris part au vote et la CFTC s'étant abstenue. A la Caisse d'assurance-vieillesse (CNAV), la CGT a voté contre, la CFDT a choisi de s'abstenir avec la CFTC, FO et la CFE-CGC n'ont, elles, pas pris part au vote. Seule l'UPA a voté pour. Saisi pour donner son avis sur le texte, le conseil d'administration a ainsi "exprimé majoritairement une position d'abstention". Les administrateurs de la Caisse nationale d'allocations familiales devaient se prononcer mercredi 9 juin.

Le ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy, s'est "réjoui du vote constructif" à la CNAM. Il a indiqué que son texte pourrait "encore faire l'objet d'évolutions dans le cadre du débat parlementaire". Et Xavier Bertrand, secrétaire d'Etat à l'assurance-maladie, a estimé, mardi, qu'"un certain nombre de partenaires sociaux ont vu qu'il y avait des avancées dans le texte, même si certains attendent encore des améliorations". "Ces partenaires auront à cœur de prendre leur place dans la nouvelle gouvernance", a-t-il souligné.

La CGT ne s'émeut pas de se retrouver seule dans l'opposition. "Nous avons voté contre parce que nous pensons qu'il ne s'agit pas en l'état d'une bonne réforme", a indiqué au Monde son secrétaire général, Bernard Thibault. "Nous voyons ce que valaient certaines déclarations sur la suite du mouvement", a-t-il poursuivi, faisant allusion aux propos tenus par le secrétaire général de FO, Jean-Claude Mailly, sur le recours éventuel à la grève. La CGT propose, seule, une nouvelle journée de mobilisation, le 15 juin, à la veille de la présentation du texte au conseil des ministres. La confédération devrait être reçue, à cette date, par le premier ministre, Jean-Pierre Raffarin, auquel elle remettra les quelque 700 000 signatures recueillies pour sa pétition contre la réforme. Cette journée du 15, marquée par des manifestations et des arrêts de travail, sera aussi une journée d'action EDF-GDF, un mélange des genres qui agace certains syndicats, mais qui devrait assurer une relative affluence dans les défilés.

M. Mailly s'était prononcé contre le scénario de journées de mobilisation "sauts de puce". FO entend cependant "maintenir la pression" sur le gouvernement et a décidé d'"intervenir auprès des parlementaires". Un lobbying adopté par l'ensemble des syndicats, qui illustre les divergences sur les formes d'action.

La mobilisation limitée du 5 juin a pesé lourd dans la rupture syndicale. Celle-ci était, au demeurant, prévisible, en raison des divergences existantes. Elle place le gouvernement en position de force pour faire approuver sa réforme. Sans pouvoir se prévaloir d'un soutien généralisé, le ministère peut se féliciter de se retrouver face à une opposition désunie et d'avoir évité un vote négatif de FO. "Aucun cortège du 5 juin ne réclamait le retrait du projet de la réforme, contrairement à ce qui s'est passé sur les retraites", souligne-t-on au ministère.

La CFDT et la CFTC restent en désaccord avec la franchise d'un euro par acte médical, et avec l'ensemble des mesures de financement. Elles estiment que le projet mérite encore d'être amendé et précisé. Le président de la centrale chrétienne, Jacques Voisin, estime que l'aide à la complémentaire santé constitue néanmoins un "premier pas". Son homologue de la CFE-CGC, Jean-Luc Cazes, juge le texte "nettement insuffisant ou trop flou". "Ni Jean-Claude Mailly (FO), ni François Chérèque (CFDT), ni Jacques Voisin (CFTC), ni moi-même n'envisageons la poursuite de l'action", a indiqué M. Cazes, ajoutant que sa centrale se mobiliserait pour la bataille parlementaire. M. Voisin, lui, a souhaité que les syndicats œuvrent ensemble à la rédaction d'amendements.

**Jean-Pierre Davant, président de la Fédération nationale de la mutualité :  
«On ne responsabilise pas le malade en le faisant payer»  
Libération 9 juin 2004**

Réélu samedi à la quasi-unanimité, Jean-Pierre Davant préside depuis 1992 la puissante Fédération nationale de la mutualité française (FNMF). Assurant la couverture complémentaire de 38 millions de personnes, la FNMF a pesé sur la

réforme de l'assurance maladie préparée par Douste-Blazy. Le projet de loi a été soumis hier aux caisses de Sécurité sociale. La CGT, qui appelle à une journée d'action le 15 juin, a voté contre ; la CFTC s'est abstenue ; la CFDT, FO et la CGC ont refusé de voter.

***Le ministre de la Santé propose d'aider les plus modestes à souscrire une complémentaire santé en leur versant 150 euros par an. Cette mesure vous satisfait-elle ?***

Attendons le débat parlementaire pour voir comment cette mesure sera mise en oeuvre. Elle doit en effet être introduite par amendement, et ne figure pas dans le projet de loi. Sur le principe, cela va dans le bon sens, à condition que ce soit une première étape, préfigurant le crédit d'impôt que nous réclamons. Actuellement, 52 % de la population bénéficie d'aides publiques sous forme notamment d'exonération de charges dans le cadre des contrats d'entreprise. Il n'y a pas de raison que les 48 % restant ne soient pas également aidés, d'autant qu'il s'agit souvent des plus âgés et des plus précaires.

***Etes-vous satisfait de la place laissée à la Mutualité dans le futur pilotage de l'assurance maladie ?***

Tout n'est pas encore arrêté. Ce que nous voulons, c'est que la Mutualité participe à la négociation de conventions tripartites : régime de base, complémentaires et professionnels de santé. Nous prenons déjà en charge 40 % des dépenses en médecine de ville. Nous ne voulons plus rembourser à l'aveugle. Nous n'ignorons pas que deux syndicats sont très réticents à cette idée, au nom d'un paritarisme strict. Il faudra qu'ils nous expliquent pourquoi.

***La CGT et FO, pour les nommer, voient dans les mutuelles le cheval de Troie de l'assurance privée...***

Alors, qu'ils commencent par balayer devant leur porte. Combien ces syndicats ont-ils signé d'accords avec des compagnies d'assurance privées, dans le cadre des contrats collectifs d'entreprise ? On peut en publier la liste... Et si des syndicalistes ne sont pas capables de faire la différence entre une entreprise capitaliste, qui recherche le profit, et une société de personnes à but non lucratif, il faudra qu'ils révisent leurs fondamentaux. La Mutualité est née avant même les syndicats, bien avant la Sécurité sociale : cela s'appelait les sociétés de secours mutuel. Mais nous ne prétendons surtout pas nous substituer au régime obligatoire : nous l'avons toujours défendu. D'autres syndicats heureusement comprennent que le couple assurance maladie obligatoire-mutuelles peut être le fer de lance du progrès social.

***Il vous est aussi reproché de ne pas responsabiliser l'usager, en prenant en charge ce qui est déremboursé...***

C'est un reproche totalement infondé. Ce n'est pas en faisant payer le malade qu'on le responsabilise. Nous avons déjà un ticket modérateur parmi les plus élevés en Europe et il ne modère pas grand-chose. Ce n'est pas par l'argent que l'on va freiner la dérive des dépenses de santé, mais en informant les gens. Et en organisant une offre de soins cohérente. Quand le gouvernement, de façon autoritaire, passe le remboursement d'un médicament de 65 % à 35 % sans nous dire pourquoi et sans demander notre avis, il ne faut pas nous reprocher de rembourser la différence à nos adhérents !

***La création d'une Haute autorité de santé devrait améliorer les choses...***

C'était une de nos propositions, adoptée il y a un an à notre congrès de Toulouse. On ne peut rien faire si l'on ne dispose pas d'abord des informations. Ensuite seulement, nous pouvons participer aux décisions et en prendre notre part.

***Que pensez-vous de la franchise d'un euro par consultation ?***

C'est une mesure qui me paraît totalement inutile et, à terme, nocive. Il faut voir, depuis l'annonce de cette franchise, les ministres ajouter chaque semaine une nouvelle catégorie qui en sera exemptée : les bénéficiaires de la CMU, les enfants, et maintenant les femmes enceintes. On se demande s'ils sont vraiment convaincus de son efficacité. Et restera-t-on à un euro ? Le forfait hospitalier, qui devait rester modeste, va augmenter d'un euro par an...

***Le texte devrait être fortement amendé en juillet par le Parlement. Cela vous inquiète-t-il ?***

Avec les organisations qui partagent notre analyse, nous allons rencontrer les parlementaires. Il doit y avoir des engagements précis et qui soient respectés. Ce n'est qu'au terme de ce débat que nous pourrions avoir une appréciation d'ensemble sur cette réforme.

**Organisation interne des hôpitaux**

**Le gouvernement se donne les moyens de réformer par ordonnances**

**Le Quotidien du Médecin, 10 juin 2014**

***Le projet de loi de simplification du droit qu'examinent depuis hier les députés permet au gouvernement de procéder par ordonnances pour réviser le fonctionnement interne des hôpitaux publics. En sommeil depuis plusieurs mois, la nouvelle « gouvernance » de l'hôpital se réveille d'un coup et cela n'a pas l'heur de plaire à tous les professionnels. Les opposants à cette réforme se sentent d'autant plus floués qu'ils l'imaginaient en stand-by jusqu'à la fin de l'année.***

ON LA CROYAIT en sommeil pour encore plusieurs mois. On se trompait. La réforme de la « gouvernance » de l'hôpital, qui divise en deux le monde hospitalier - les uns sont farouchement pour, les autres violemment contre -, revient sur le devant de la scène. Elle le fait au détour de cinq lignes, issues d'un texte qui, au fil de 61 articles, en compte plusieurs centaines : le projet de « loi de simplification du droit ».

Les députés ont commencé à examiner hier ce texte fourre-tout qui touche aussi bien au droit de la filiation qu'à la protection du patrimoine culturel, aux opérations funéraires, au droit forestier... Son chapitre 50, dont l'alinéa 7 nous intéresse aujourd'hui, a déjà fait parler de lui au mois de mars dernier, en laissant croire aux partenaires sociaux que Jean-François Mattei envisageait de réformer l'assurance-maladie par voie d'ordonnances (« le Quotidien » du 17 mars). Rebelote, donc, sur l'hôpital. Car que disent les cinq lignes consacrées à la question ? Que « *le gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances toutes mesures pour (...) réformer les règles de fonctionnement des établissements publics de santé, les règles et les modes d'organisation budgétaires et comptables ainsi que les règles de gestion des établissements de santé, adapter et aménager les compétences des agences régionales de l'hospitalisation en ces matières et réformer les règles de gestion des directeurs de ces établissements et des praticiens hospitaliers* » (à la date où nous paraissions, la mention des règles de nomination des médecins de l'hôpital a pu être retirée du texte).

Que le parlement adopte ce projet et les pouvoirs publics seront à même, à tout moment, de réviser entre autres l'organisation interne des hôpitaux, selon des plans qui ne font toujours pas l'unanimité à l'hôpital public.

Pour ceux qui, emmenés par la FHF (Fédération hospitalière de France), les Conférences hospitalières et deux organisations de praticiens hospitaliers (le Snam - Syndicat national des médecins des hôpitaux publics - et la CMH - Coordination médicale hospitalière), militent depuis des mois pour la mise en Œuvre rapide de cette réforme, c'est une bonne nouvelle. Leur lobbying incessant - exercé notamment auprès de Matignon depuis les élections régionales - a manifestement porté ses fruits. Pour les détracteurs de la nouvelle gouvernance de l'hôpital, c'est un coup de Trafalgar. Ils n'ont rien vu venir.

### **Ne fâcher personne**

Car, tiraillé entre les partisans de la réforme et ses opposants, accaparé, aussi, par le dossier de l'assurance-maladie, Philippe Douste-Blazy, jusqu'à présent, a laissé penser que la réorganisation interne des hôpitaux était en stand-by, ni totalement abandonnée ni boostée. Il ne se passera rien avant le début de l'année prochaine, a-t-on cru comprendre après que le ministre de la Santé eut annoncé qu'il allait, pour sonder les professionnels, réunir à l'automne, notamment sur cette question de la gouvernance, des assises régionales de l'hôpital. Cela n'empêche pas la réflexion de progresser, a-t-on imaginé dans le même temps, le ministre insistant sur la poursuite de l'expérimentation, engagée par son prédécesseur, des nouveaux modes d'organisation par une centaine d'établissements. Ni oui, ni non, disait donc Philippe Douste-Blazy à la réforme, et cela permettait, sinon de contenter tout le monde, du moins de ne fâcher personne.

Mais voilà que, pour le gouvernement, la donne a changé. D'abord, les choses s'éclaircissent du côté de l'assurance-maladie : le projet de loi est bouclé ; la fronde des syndicats de salariés ne fait plus peur depuis le relatif échec de la manifestation unitaire de samedi dernier. Dans ces conditions, prendre le risque d'ouvrir un front de protestation à l'hôpital devient possible. D'autant que, après plus de deux mois passés Avenue de Ségur, Philippe-Douste Blazy a, dit-on, soupesé la grogne hospitalière et jugé que, face à la puissante FHF, face à la direction du mastodonte AP-HP (l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, très investie sur ce dossier), face aux conférences de directeurs d'hôpital ou de présidents de CME (commission médicale d'établissement), le Collectif qui réunit les opposants à la gouvernance (notamment la CHG - Confédération des hôpitaux généraux -, l'Amuhf - Association des médecins urgentistes hospitaliers de France - et plusieurs syndicats dissidents de l'Inph - Intersyndicat national des praticiens hospitaliers) ne faisait pas le poids.

### **Le premier pas**

Un pas est donc franchi. Il se dit que l'impulsion a été donnée à l'Elysée, où l'on se serait ému il y a une quinzaine de jours du sort de la loi d'habilitation autorisant le gouvernement à recourir aux ordonnances (encore une fois sur des sujets bien plus vastes que la gouvernance hospitalière). Philippe Douste-Blazy devait justifier hier, devant les hospitaliers réunis au sein du comité de suivi de la réforme de la gouvernance de l'hôpital, une décision que certains, persuadés que cette porte sur la réforme ne s'ouvrirait pas de sitôt, qualifient déjà de « *trahison* ». Aux inquiets, le ministre a déjà expliqué que se permettre de réformer n'est pas réformer. Un argument qui ne convainc pas le Dr Pierre Faraggi, président de la CHG et porte-parole du Collectif des syndicats de praticiens hospitaliers pour la défense de l'hôpital public. « *Au ministère, on nous avait assuré que l'hôpital ne serait pas réformé par ordonnance, s'alarme-t-il, alors on est vent debout ! (...) Supprimer l'alinéa qui concerne l'hôpital serait très possible. Pourquoi le gouvernement ne l'a-t-il pas fait ?* » Pourtant signataire du projet des pouvoirs publics concernant la gouvernance, la présidente de l'Inph, le Dr Rachel Bocher, est elle aussi en colère : « *On nous a menti en nous disant qu'il n'y aurait pas d'ordonnance ! Et sur le fond, tout est remis en cause (l'Inph ne retrouve pas les amendements au texte qu'elle avait obtenus de Jean-François Mattei dans l'exposé des motifs du projet de loi d'habilitation, ndlr)* ».

### **Les politiques dans la bataille**

Même les politiques s'en mêlent. Délégué national du PS aux questions de santé, Claude Pigement est « *scandalisé* » de voir qu'un sujet « *aussi important que la gouvernance hospitalière* » va être traité « *par ordonnances, en catimini et de manière honteuse. La méthode, tonne-t-il, est peu démocratique ; elle court-circuite les syndicats hospitaliers* ».

Président de la CMH et partisan, même s'il pense qu'elle peut être améliorée sur certains points, de la réforme de la gouvernance, le Dr François Aubart, prône, lui, le retour au calme. « *Nous sommes, explique-t-il, face à un enjeu de santé publique. La question doit transcender les intérêts conjoncturels des partis politiques. Une large majorité d'hospitaliers s'est accordée dans une certaine perspective. Le pire serait le statu quo. Que le ministre rouvre le dossier dans une démarche de dialogue social est une bonne chose.* »

## Ce que dit le texte

La « *modernisation* » par ordonnances de « *la gouvernance de l'hôpital* » s'appuiera, selon l'exposé des motifs du projet de loi de simplification du droit, sur deux piliers (le but étant d'en finir avec les « *rigidités* » et les « *cloisonnements* » existants) : la « *simplification de l'organisation budgétaire et comptable* » (un accompagnement, *via* l'assouplissement des contraintes de gestion, de la réforme déjà en œuvre du financement des hôpitaux - la T2A) ; la simplification et la modernisation de « *l'organisation des établissements hospitaliers* ».

Sur ce second point, le développement de la contractualisation interne, le découpage des hôpitaux en pôles d'activité disposant d'une délégation de gestion assortie d'une politique d'intéressement sont dans les tuyaux. Les missions des conseils d'administration (à la composition resserrée) sont recentrées sur l'évaluation et le contrôle tandis qu'un « *conseil exécutif médico-administratif* », présidé par le directeur, est en charge de la gestion de l'hôpital.

## Trois pommes de discorde

Meneur de l'opposition à la nouvelle gouvernance, le Collectif des syndicats de praticiens hospitaliers pour la défense de l'hôpital public fustige sur trois points les projets du gouvernement.

- L'« *idéologie managériale* » : le Collectif, qui rapporte qu'en expérimentant la nouvelle gouvernance, le CHU de Montpellier a engagé... 11 directeurs supplémentaires, voit mal ce que l'hôpital, « *sous tension permanente parce que victime de son succès* », va pouvoir retirer de cette logique ;

- La « *perte de légitimité du pilotage médical* » des établissements : les médecins, recrutés par un directeur local sur un établissement, vont perdre leur indépendance et leur influence, accuse le Collectif ;

- La « *tentation productiviste et libérale* », incompatible, selon le Collectif, avec l'exercice des missions de service public de l'hôpital.

## Le PS: une politique commune de santé publique

*Un entretien avec le Dr Claude Pigement*

*Le Quotidien du Médecin, 10 juin 2014*

**LE QUOTIDIEN - La campagne du Parti socialiste, lors de ce scrutin européen, met l'accent sur la nécessité de bâtir l'Europe sociale. Et la santé ?**

**Dr CLAUDE PIGEMENT** - Elle est tout aussi importante, évidemment. Mais reconnaissez que, dans le domaine social, l'Europe a bien des lacunes, de grosses lacunes. C'est pourquoi nous en avons fait le thème central de notre campagne en préconisant la mise en place d'un salaire minimal européen, une coordination des politiques sociales, la défense de l'emploi et des droits sociaux : autant de domaines qui nous semblent urgents en effet d'améliorer au niveau européen. L'Union ne doit pas être seulement économique : elle doit être sociale. Cela rejoint d'ailleurs la santé, puisque la mise en place d'une politique sociale passe en particulier par la défense de l'hôpital public.

**Le Parlement européen, dans le domaine sanitaire, au cours de la dernière législature, s'est surtout préoccupé de la santé publique.**

En effet, et il faudra sans aucun doute poursuivre dans cette voie. Santé publique et prévention doivent figurer en tête des préoccupations des autorités européennes et du Parlement de Strasbourg. Il est tout à fait remarquable que les Etats se soient entendus sur une politique de prévention du tabagisme, en inscrivant notamment sur les paquets de cigarettes des avertissements mettant en garde l'ensemble des consommateurs européens sur les dangers du tabac. De même, l'Europe s'est largement retrouvée autour du problème de la sécurité sanitaire. Des innovations sont également à saluer, comme la mise en place de la carte européenne d'assurance-maladie qui sera valable dans tous les pays de l'Union et même au-delà. Autre acquis de l'Europe : la libre circulation des professionnels de santé.

**On peut regretter cependant que le domaine de la protection sociale ne soit pas concerné par cette politique européenne.**

Mais autant nous pensons qu'il faut mettre en place une politique commune de santé publique, autant il ne nous semble pas opportun que les politiques de protection sociale soient concernées. Il y a trop de différences entre les pays. Cela risquerait de créer plus de problèmes que de solutions.

**Ce qui signifie que l'on ne peut pas, pour l'instant, décider de politiques communes de maîtrise des dépenses, alors que tous les Etats européens sont confrontés à des problèmes de déficits.**

Nous pensons que l'élaboration de schémas de maîtrise médicalisée doit être assumée par les Etats dans le cadre des politiques de santé et de protection sociale. Mais il revient à chaque pays de décider de ses propres recettes et de ses remèdes.

**C'est-à-dire que l'on ne pourrait pas, par exemple, appliquer en France la réforme allemande ?**

Absolument pas. Comme il serait tout aussi maladroit pour le moins de transposer une réforme britannique. Les Etats et les gouvernements dans ce domaine doivent rester maîtres de leurs réformes.

### ***Enfin, un mot sur le médicament qui a été l'objet de bien des textes lors de la précédente législature.***

A noter d'abord toute l'importance de l'Agence européenne du médicament qui a un rôle de plus en plus important à jouer et qui le joue. Les textes sur le médicament ont été essentiels, qu'il s'agisse de l'abaissement de la protection des brevets, de l'allègement des procédures d'AMM, ou du vote des députés s'opposant à un texte qui aurait permis aux laboratoires de communiquer directement aux patients leurs propres informations concernant ces trois maladies que sont le sida, l'asthme ou le diabète. Le Parlement a montré en l'occurrence toute l'importance de son rôle.

#### **A l'issue de son conseil d'administration**

##### **La FMF durcit le ton**

##### ***Le Quotidien du Médecin, 10 juin 2004***

LORS de son dernier conseil d'administration, la Fédération des médecins de France (FMF) a adopté plusieurs motions qui traduisent un regain de tension sur les dossiers les plus sensibles pour les médecins libéraux : la rémunération de la permanence des soins, la réforme de la nomenclature et la situation des spécialistes de secteur I en conflit avec l'assurance-maladie.

Alors que l'incertitude la plus totale demeure sur le financement et la rémunération de la permanence des soins, avant d'ultimes négociations entre partenaires conventionnels (« Le Quotidien » du 7 juin), la FMF réclame « 3C nets de l'heure au minimum » pour les médecins régulateurs libéraux et, pour les médecins effecteurs (sur le terrain), une « revalorisation conséquente de l'astreinte ». On ne saurait mieux dire : la FMF demande « 3C par heure », soit 720 euros pour une astreinte de 12 heures (environ 14 fois plus que la rémunération actuelle). « C'est une demande très raisonnable, explique le Dr Régi. Nous sommes prêts à faire la comparaison avec les praticiens hospitaliers en tenant compte des charges, de la pénibilité ». Soucieuse de « maintenir la pression », La FMF rappelle qu'elle n'a jamais levé son mot d'ordre de grève de gardes et que des conflits durs peuvent repartir localement. D'autant que, dans certains départements, les conseils ordinaires feraient preuve, toujours selon la FMF, d'un zèle très particulier pour faire respecter le devoir de garde. « Dans des secteurs où 95 % des médecins sont volontaires, il arrive que l'ordre "réquisitionne" les 5 % restants en les inscrivant sur le tour de garde, c'est insupportable », affirme le Dr Régi.

Autre dossier dans le flou : la mise en place de la Classification commune des actes médicaux (Ccam) pour les spécialités techniques, qui doit entrer en vigueur au 1er octobre. « Après quinze ans de blocage des honoraires, il serait inadmissible que certaines spécialités subissent encore une perte de revenus », analyse la FMF. Les syndicats médicaux soulignent depuis des mois que la réforme de la nomenclature exige un investissement significatif des pouvoirs publics - que certains ont chiffré à 180 millions d'euros - pour avoir des effets neutres ou positifs sur les revenus des médecins concernés ; mais le gouvernement n'a donné aucune garantie en ce sens, austérité budgétaire oblige.

La FMF réaffirme enfin son soutien aux spécialistes de secteur I « déconventionnés par les caisses d'assurance-maladie » et annonce sa participation à la manifestation qui sera organisée par les coordinations le 15 juin à Lyon, pour laquelle elle appelle à une « mobilisation massive » des spécialistes.

Par ailleurs, la FMF s'inquiète du coût « réel » et des modalités de mise en place du futur dossier médical informatisé. Le syndicat reste notamment opposé au « stockage des informations en clair et centralisées dans un coffre-fort électronique ».

#### **Dépenses de santé**

##### **L'écart se creuse entre les Etats-Unis et les autres pays de l'OCDE**

##### ***Le Quotidien du Médecin, 10 juin 2004***

LES DÉPENSES de santé ont fortement augmenté dans tous les pays industrialisés depuis cinq ans, mais les Etats-Unis continuent à dépenser beaucoup plus que les autres, selon une étude de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). « Sous l'effet conjugué de l'accélération du rythme de la croissance des dépenses de santé et d'un ralentissement de l'activité économique, le poids des dépenses de santé s'est accru, passant de 7,8 à 8,5 % du PIB, en moyenne, entre 1997 et 2002 », écrit l'OCDE.

« Il s'agit d'un fort contraste par rapport à la période 1992-1997, où la part des dépenses de santé dans le PIB était restée pratiquement inchangée », ajoute-elle. Aux Etats-Unis, les dépenses de santé ont connu une progression 2,3 fois supérieure à celle du PIB national, la part des dépenses de santé passant de 13 % du PIB en 1997 à 14,6 % en 2002.

Dans les autres pays de l'OCDE, la progression des dépenses de santé a été de 1,7 fois celle de l'activité économique. En 2002, les dépenses de santé représentaient en Suisse 11,2 % de son PIB, en Allemagne 10,9 %, en France 9,7 % et au Royaume-Uni 7,7 %.

La dépense de santé par habitant a atteint 5 267 dollars aux Etats-Unis en 2002, soit 4 317 euros, ce qui est pratiquement 140 % supérieur à la moyenne de la zone de l'OCDE (2 144 dollars, soit 1 753 euros). Juste après les Etats-Unis, la dépense par habitant atteignait 3 445 dollars en Suisse (2 824 euros).

En France, la dépense était de 2 736 dollars par habitant, c'est-à-dire environ 2 246 euros.

## **Assurance-maladie**

### **Le projet de loi sera examiné par une commission spéciale**

***Le Quotidien du Médecin, 10 juin 2004***

LE PROJET DE LOI sur la réforme de l'assurance-maladie, présenté en conseil des ministres le 16 juin, sera examiné à l'Assemblée nationale par une commission spéciale, à la demande du gouvernement et des présidents des groupes UMP et PS. Cette commission de 57 membres (37 députés UMP, 15 PS, 3 UDF et 2 PCF, proportionnellement à la composition de l'Assemblée nationale), devrait être mise en place le 16 juin. Comme pour la dernière loi bioéthique ou la loi d'orientation sur la lutte contre les exclusions, une commission spéciale est créée lorsqu'un texte nécessite la saisine de plusieurs commissions permanentes (commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, commission des Finances ou des Affaires économiques par exemple). Le président et le rapporteur de la commission spéciale seront élus par ses membres.

## **ASSURANCE MALADIE**

### **Le projet de loi sans majorité**

***L'Humanité 9 juin 2004***

Le projet était soumis hier au vote des partenaires sociaux dans les caisses de la Sécurité sociale. Aucune majorité ne s'est dégagée.

Le gouvernement a fermé le ban. Pas les syndicats. Son projet de loi de réforme de l'assurance maladie est, selon le ministre de la Santé, Philippe Douste-Blazy, passé dans un " autre moment, celui de la démocratie parlementaire ". Après avoir pris connaissance lundi des modifications apportées au texte, les organisations syndicales n'ont visiblement pas décidé de se taire. La CGT a examiné, hier en bureau confédéral, les " suites à donner aux mobilisations du 5 juin ". Forte des 671 400 signatures recueillies sur sa pétition, la confédération s'est livrée hier à plusieurs réunions téléphonées avec les unions départementales et fédérations afin de sonder l'État d'esprit des salariés et continuer de construire la mobilisation.

Seule la CGT vote contre

Dans un communiqué, Daniel Prada, membre de la commission exécutive, considère que "la logique financière demeure" et que les mesures " auront des conséquences douloureuses pour les malades et les familles disposant de faibles ressources ". FO a estimé, après son bureau confédéral vouloir " maintenir la pression ". La CFDT va prendre des initiatives pour " peser sur le débat parlementaire ".

Les votes, émis hier lors des conseils d'administration, le matin, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, et l'après-midi, de la Caisse nationale d'assurance maladie, ont reflété ce scepticisme. L'UPA, seule organisation patronale à siéger, a voté " pour ", la CFTC et la CFDT se sont abstenues, FO et la CFE-CGC n'ont pas pris part au vote. La CGT s'est prononcée contre un projet " qui ne relève en rien les défis posés par l'augmentation des besoins de santé ", a motivé Jean-François Nathan, administrateur à la CNAM. Trois voix " pour " (UPA), trois voix " contre " (CGT), huit " abstentions " (CFTC, CFDT et trois personnes qualifiées), et cinq qui refusent de se prononcer, (CFE-CGC et FO), on a vu mieux comme consensus. Le projet de loi ne recueille aucune majorité.

Aménagements partiels

Le gouvernement a pourtant tout fait pour se rallier les suffrages d'un certain nombre de partenaires sociaux. Il a accédé pour partie à la principale revendication de la CFDT, la CFTC et du mouvement mutualiste en annonçant la mise en place d'une aide fiscale à l'acquisition d'une mutuelle ou assurance complémentaire. La CFDT, qui réunit son bureau confédéral demain, parle de " réponse partielle à une exigence de justice sociale ". Le ministre a aussi accepté de " border " la franchise de 1 euro par acte médical en excluant les moins de 16 ans et les femmes enceintes du dispositif, en ouvrant la porte à l'établissement d'un " plafond ", mesure portée par la CFTC. Enfin, il a tenté de rassurer FO qui craint le retour des " enveloppes financières " chères à la maîtrise comptable des dépenses de santé. " Quand d'ici quelque mois, on fera le bilan de la principale annonce du ministre concernant l'aide à la mutuelle, on se rendra compte de son manque d'efficacité au regard des enjeux. Chaque affaiblissement du régime général obligatoire entraîne un développement des inégalités et des exclusions de soins ", insiste Jean-François Nathan. Malgré les aménagements " partiels " du gouvernement, le texte, qui sera présenté le 16 juin en Conseil des ministres, préserve sa marque principale. Après, le système d'assurance maladie sera moins solidaire qu'avant. Les syndicats, même les plus " réformistes " le savent. Ils ne peuvent donc pas aller trop vite en besogne à approuver un texte, même amélioré à la marge, sous peine, comme pour les retraites, de payer le prix du retour de bâtons.

## **Couverture complémentaire : le compte n'y est pas**

***L'Humanité 9 juin 2004***

Lundi, Philippe Douste-Blazy a qualifié de " formidable avancée sociale " sa propre décision d'instaurer une aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire santé pour deux millions de Français qui, faute de ressources financières,

n'y ont pas accès. La mesure, surtout destinée à amadouer les syndicats et les mutualistes qui ont plus que fraîchement accueilli son projet de réforme de la sécurité sociale, serait financée non pas par l'État, mais par l'assurance maladie elle-même, par le biais de ses fonds d'action sociale. Premier couac : l'argent de l'assurance maladie, produit des cotisations sociales, subventionnerait donc le développement des assurances et mutuelles complémentaires, plutôt que de servir à améliorer la couverture, sans cesse en recul, offerte par le régime obligatoire. Au total, le coût de l'opération serait compris entre 250 et 300 millions d'euros. La Mutualité française, qui représente la grande majorité des mutuelles santé, s'est réjouie de cette concession du ministre, la jugeant " intelligente ". Mais elle a aussi, dans la foulée, pointé l'insuffisance des crédits que le gouvernement prévoit d'y consacrer. Alors que le ministre de la Santé et de la Protection sociale estime à 150 euros par an la somme qu'il compte allouer à chaque personne pouvant bénéficier du coup de pouce, la Mutualité a rappelé, dans une information à l'AFP, que le coût moyen d'une couverture complémentaire individuelle s'élevait à 40 ou 50 euros par mois - soit 480 à 600 euros par an. La cotisation peut même atteindre 100 euros mensuels, soit 1 200 euros par an, pour une personne âgée de plus de 65 ans. Ces chiffres montrent que cette allocation, annoncée à grand renfort de publicité, et même si elle est modulée en fonction de l'âge des individus, ne couvrira dans le meilleur des cas qu'un tiers du coût annuel d'une mutuelle ou d'une assurance santé. Restera à la charge des assurés entrés dans ce dispositif une somme importante, alors même que le plafond de revenus fixé pour profiter de cette aide sera de l'ordre de 650 euros par mois. À moins que, dans l'impossibilité de faire face au coût d'une couverture complémentaire sérieuse, les foyers concernés ne se rabattent sur les contrats offrant des garanties minimales. Auquel cas, leur accès au système de soins se trouvera à peine amélioré par l'aide octroyée par l'assurance maladie.

**Aide médicale d'État  
Médecins mais pas flics  
L'Humanité 9 juin 2004**

***Les restrictions pour obtenir l'AME aggravent l'accès aux soins des plus précaires.***

Malgré la sonnette d'alarme, tirée en décembre dernier, pour prévenir des conséquences désastreuses de la réforme de l'aide médicale d'État (AME), le gouvernement n'a rien voulu savoir. Six mois après leur appel, Médecins du monde (MDM) et Médecins sans frontières (MSF), rejoints par le SAMU social de Paris et le Comede (comité médical pour les exilés) peuvent malheureusement prouver la justesse de leurs prévisions. Suppression du droit à l'admission immédiate à l'AME, obligation de justifier d'une résidence continue sur le territoire au cours des trois derniers mois et, bientôt - on attend le décret d'application - la fin de la gratuité de l'accès aux soins par l'instauration d'un ticket modérateur. Autant de mesures prises par le gouvernement Raffarin qui mettent quotidiennement en danger la santé, et donc la vie de 150 000 personnes des plus précaires. La plupart du temps sans titre de séjour et toujours avec des ressources financières extrêmement faibles. Et dans ces cas-là, on sait bien que " la santé n'est pas la première des préoccupations ", rappelle Xavier Emmanuelli, président fondateur du SAMU social de Paris, pour qui " un médecin est là pour soigner " pas pour demander des papiers. Et encore moins pour " perdre son temps dans l'évaluation des coûts " pour la société, ajoute Patrick Pelloux, président de l'association des médecins urgentistes de France. D'autant plus que la répercussion de la prise en charge des soins de ces 150 000 personnes - comme c'était le cas avant modification de la loi de finances - sur le budget national ne devrait pas causer de gros soucis à Bercy. " Ils pinaillent et oublient que l'on parle d'êtres humains ", s'indigne Gabrielle Buisson-Touboul, vice-présidente de Comede. Ce sont parmi les plus vulnérables, qui ont les plus grandes difficultés à se faire soigner ", constate François Jeanson, présidente de Médecins du monde. Comme le confirme l'histoire de Balbine, Camerounaise de trente-deux ans, vivant en France sans titre de séjour, depuis 1995. En mai dernier, elle fait une demande de soins. Elle a des justificatifs pour les mois de mars et avril mais rien pour février. Impossible donc d'obtenir l'AME alors que cette femme souffre d'hémorragies utérines inquiétantes. Sans diagnostic immédiat et traitement approprié, son état de santé ne peut que s'aggraver. Résultat : une anémie très importante. Et la liste de témoignages relevés dans les différents centres médico-sociaux est longue et accablante. Aujourd'hui, plus de 160 organisations demandent au gouvernement un retour au texte de 1999 qui permettait à ceux dont les ressources sont inférieures à 556 euros par mois, une prise en charge médicale digne d'un pays comme la France.

**Des soins remboursés... quel que soit l'Etat membre où ils sont prodigués  
Le Monde 8 juin 2004**

***Chaque citoyen de l'Union se verra bientôt attribuer une carte européenne d'assurance-maladie***

L'événement a été salué à la "une" de plusieurs journaux : la naissance de la carte européenne d'assurance-maladie, instaurée par un récent règlement communautaire. Grâce à ce bout de plastique, pour l'instant sans photographie de son titulaire, tout assuré social d'un Etat membre pourra non seulement se faire soigner au sein des Vingt-Cinq mais surtout voir les soins pris en charge comme s'ils avaient été prodigués dans l'Etat d'affiliation au régime de sécurité sociale. Cette carte frappée des étoiles européennes n'est que la partie émergée de la coordination entre l'Union, les Etats de l'Espace économique européen (EEE) et depuis peu la Suisse, des règles nationales de sécurité sociale. Le touriste soigné en Grèce, l'étudiant en séjour Erasmus qui recourt à un dentiste au Royaume-Uni, le retraité émigré sur la Costa del Sol espagnole se voient appliquer le règlement 1408/71. Le plus souvent, d'ailleurs, sans le savoir !

Car la sécurité sociale reste de la compétence de principe des Etats. Ce domaine n'a pas été transféré aux institutions européennes. Comment expliquer, alors, l'intervention communautaire qui débouche aujourd'hui sur un numéro d'identification unique pour les millions d'assurés sociaux européens ? Ce sont les caractéristiques mêmes des règles de la sécurité sociale qui justifient l'intervention européenne.

Les lois de sécurité sociale sont "d'application territoriale". Les prestations ne peuvent, en principe, être versées que sur le territoire de l'Etat dans lequel elles ont été "acquises" par le paiement de cotisations ou le versement d'impôts ; elles ne peuvent être ni "exportées" ni prises en charge, dès lors qu'elles n'ont pas été servies sur le territoire de l'Etat d'affiliation.

Cette territorialité des lois de sécurité sociale posait un problème particulier dans le contexte communautaire. Le travailleur qui usait de la liberté de circulation au sein de l'Union européenne (UE) se trouvant en effet pénalisé dans l'acquisition de droits à des prestations de sécurité sociale par rapport à celui qui accomplit l'ensemble de sa carrière sur le territoire d'un seul Etat membre.

Ces traitements différenciés ont été jugés intolérables par les rédacteurs du traité de Rome. La liberté de circulation des travailleurs - devenue depuis lors la liberté de circulation des personnes - a commandé de mettre en place un mécanisme qui gommait l'appartenance successive à plusieurs régimes nationaux de sécurité sociale. La Cour de justice des communautés européennes a, dès les années 1960, interprété de façon extensive la notion de travailleur migrant, qui détermine l'application du règlement. Depuis le célèbre arrêt Unger "*est un travailleur non seulement celui qui se déplace dans l'EEE pour travailler, mais tout assuré social, peu importe le motif du séjour à l'étranger*". Depuis 2003, peu importe également la nationalité du titulaire de la carte. Ainsi, les ressortissants d'Etats dits "tiers" - non membres de l'EEE - pourront bénéficier de cette carte dès lors qu'ils sont assurés sociaux dans un Etat membre, sauf lorsqu'ils se rendent au Danemark.

## **ZONES D'OMBRE**

Il ne sera pas nécessaire, dans un premier temps du moins, de posséder la carte européenne lorsqu'on ne se déplace pas dans un autre Etat membre. D'ailleurs, la carte ne sera attribuée que sur demande, au lieu et place des formulaires papiers bien connus notamment des touristes. Sauf en Estonie, qui a profité de l'introduction programmée d'un justificatif d'assurance-maladie pour faire de la carte européenne sa carte nationale. Les Allemands auront eux une carte avec deux faces, l'une nationale, l'autre européenne.

Si quelques zones d'ombre subsistent encore dans la mise en œuvre concrète de ce vaste chantier européen, la symbolique de la carte européenne de santé, qui va peut-être un jour devenir une carte européenne d'assuré social, est forte. Au passeport mentionnant l'UE, correspond maintenant également un document attestant de l'existence d'une protection sociale. Un symbole loin d'être usurpé : comparée à d'autres parties du monde, l'Europe des Vingt-Cinq est la région de la planète définie par une sécurité sociale couvrant la très grande majorité de la population.

**Francis Kessler, maître de conférences à l'université Paris-I-Panthéon-Sorbonne**

**Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale**  
**"Mettre en place un dispositif d'aide à la complémentaire"**  
**Le Monde 8 juin 2004**

***Le ministre propose de verser 150 euros aux personnes dont les revenus sont de 15 % supérieurs au plafond prévu par la CMU***

Le texte de cet entretien a été relu par M. Douste-Blazy.

## **Quels enseignements tirez-vous des manifestations du 5 juin pour défendre l'assurance-maladie ?**

Les Français sont conscients du risque majeur que représenteraient l'immobilisme et le manque de courage pour les plus modestes. Ils savent aussi que beaucoup de gens misaient sur sa faillite pour privatiser le système d'assurance-maladie. Sa sauvegarde est un enjeu de société sur lequel nous sommes nombreux à nous retrouver, et je ne laisserai pas penser que les syndicats ont un autre objectif que celui-là.

## **Modifierez-vous votre projet de loi avant son examen, mardi, par les conseils d'administration des caisses de Sécurité sociale et par le Conseil d'Etat ?**

La réforme que nous proposons avec Xavier Bertrand est nécessaire, structurelle et équitable. Nécessaire car le système court à la faillite. Structurelle, car elle suppose de véritables changements de comportement des usagers, des professions de santé, des gestionnaires et de l'Etat. Equitable, enfin, car c'est en changeant tous un peu que tout peut changer. Pour autant, nous sommes prêts à apporter des modifications au texte et nous pensons qu'accepter le jeu de la négociation, ce n'est en rien renoncer ou capituler.

Notre pays a une curieuse idée des réformes. Il y aurait celles, fortes et courageuses, qui mettent des millions de personnes dans la rue et celles, négociées dans un climat plus paisible, qui ne seraient ni fortes ni courageuses. Une vraie réforme est celle qui donne une vision nouvelle, fait adhérer l'opinion publique et modifie les comportements dans le calme.

### **Maintenez-vous la franchise d'un euro par acte médical ?**

Aujourd'hui, il n'est pas possible de responsabiliser les patients. Car si la couverture complémentaire améliore l'accès aux soins, elle neutralise aussi l'effet des dispositifs de modération des dépenses. Le gouvernement a donc décidé de demander aux assurés une participation d'un euro par acte médical. C'est une part minime de leur consommation, et je souhaite qu'elle ne soit pas prise en charge par les organismes de protection complémentaire. Les contrats qui le feraient supporteront donc la taxe sur les conventions d'assurance et ne seront plus éligibles aux aides fiscales et sociales.

Par ailleurs, cette franchise ne doit évidemment pas être un obstacle à l'accès aux soins, en particulier pour les plus modestes. Il est d'ores et déjà prévu d'exonérer de cette mesure les enfants de moins de seize ans et les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC). Les femmes enceintes doivent l'être aussi. Et, pour tenir compte des réticences qui se sont exprimées, je propose que la discussion parlementaire soit l'occasion d'évoquer le plafonnement du dispositif.

### **Instaurer une telle mesure, n'est-ce pas s'inscrire dans une logique comptable ?**

Nous avons refusé les déremboursements aveugles et opté clairement pour la maîtrise médicalisée des dépenses, avec la réorganisation de l'offre de soins et la création d'un dossier médical personnel (DMP) obligatoire. Le gouvernement bannit toute idée de maîtrise comptable, ne serait-ce que parce qu'il est impossible de limiter le nombre des malades en fonction de l'évolution des recettes de la Sécurité sociale. Nous réécrivons certains articles qui ont fait craindre le contraire. Par exemple, celui sur le comité d'alerte sera revu de façon à bien montrer qu'il s'agit d'un outil d'aide à la responsabilisation, et non d'un outil de maîtrise comptable.

### **Aidez-vous les assurés à acquérir une couverture complémentaire ?**

Actuellement, 8 % des Français, soit près de 5 millions de personnes, n'ont pas de couverture complémentaire dans le domaine de la santé. Si un certain nombre d'entre eux ont fait ce choix librement, plus de 2 millions y ont été contraints pour des raisons financières. La couverture maladie universelle complémentaire n'a pas répondu à ce problème, elle l'a, d'une certaine manière, déplacé en créant un effet de seuil très important. Au-dessous du plafond de la CMUC (570 euros par mois pour une personne seule), les usagers bénéficient gratuitement d'une couverture complémentaire de qualité. Juste au-dessus, ils doivent payer 100 % de leur contrat pour être, parfois, moins bien couverts. Le premier ministre a apporté à ce problème une première réponse forte en annonçant que 300 000 enfants supplémentaires seraient couverts par la CMUC. Le débat parlementaire nous donnera l'occasion d'aller plus loin et de proposer la mise en place d'un dispositif d'aide à la complémentaire - crédit d'impôt ou aide directe -, ciblé sur les revenus au-dessus du plafond de la CMUC, comme le président de la République s'y était engagé à Toulouse en juin 2003. Je proposerai d'introduire un amendement du gouvernement en ce sens. Cette aide, dont le montant pourrait être de 150 euros par personne pour des revenus allant jusqu'à 15 % au-dessus du plafond de la CMUC, concernera près de 2 millions de personnes.

### **Les syndicats critiquent les possibilités de dépassement d'honoraires. Que leur répondez-vous ?**

Il faut restaurer la confiance entre le corps médical, les caisses d'assurance-maladie et l'Etat : c'est la condition sine qua non de la reprise de la vie conventionnelle et, partant, de toute maîtrise médicalisée. Donner aux médecins spécialistes la possibilité de faire des dépassements d'honoraires en cas d'accès direct aux soins, c'est-à-dire qui ne soit prévu ni dans un protocole ni par le médecin traitant, est un des instruments d'une meilleure coordination. Mais ces dépassements seront autorisés dans le seul cadre conventionnel, qui devra en préciser les modalités. En 2002, les partenaires conventionnels avaient fait la même chose à propos des visites à domicile. J'ajoute que le dossier médical personnel et les références dans le domaine des bonnes pratiques s'appliqueront indifféremment à la médecine de ville, à l'hôpital public et aux cliniques privées.

### **Comment favoriser l'installation des médecins libéraux ?**

D'abord modifier le décret prévoyant des aides financières à l'installation dans les zones médicales désertifiées. Aujourd'hui, ce texte est trop restrictif et ne permet pratiquement à aucun territoire d'être éligible aux aides. Les partenaires conventionnels devront aussi pouvoir jouer leur rôle et fixer ensemble les modalités des mesures incitatives financées par l'assurance-maladie. Toutefois, l'Etat garantira ses responsabilités en termes d'accès aux soins. Il agréera le schéma régional d'organisation sanitaire et sociale (Sross) qui sera élargi à la médecine de ville. Etabli en coopération avec les unions régionales des médecins libéraux (URML) et l'assurance-maladie, notamment l'union régionale des caisses d'assurance-maladie (Urcam), ce Sross élargi identifiera les zones sur et sous-médicalisées, et choisira celles nécessitant une action prioritaire.

### **Allez-vous changer encore le schéma de pilotage de l'assurance-maladie ?**

Non, nous n'avons pas l'intention de toucher aux pouvoirs respectifs du conseil et de l'exécutif des caisses. Nous pensons avoir trouvé un point d'équilibre avec les partenaires sociaux.

### **A Paris, le défilé pour la défense de la "Sécu" n'a pas connu l'affluence des grands jours Le Monde 8 juin 2004**

Ni un échec ni un franc succès. Le défilé parisien des syndicats pour défendre l'assurance-maladie, samedi 5 juin, n'a pas connu l'affluence des grands jours. Selon la CGT, ils étaient 50 000, 10 000 selon la police. Les manifestants ont crié leur attachement à la "Sécu" de la place de la République à celle de la Nation, sous un soleil complaisant.

*"Il y a du monde, mais quand même moins que pour les retraites",* se commente Annie, une cégétiste du Val-d'Oise, un rien nostalgique. La division syndicale explique pour partie cette moindre affluence. *"C'est difficile de nous mettre d'accord avec les autres",* reconnaît Paul, militant CGT de la RATP. L'échec de la mobilisation de 2003 sur les retraites semble également avoir pesé sur la manifestation de samedi. *"C'est normal que la mobilisation soit moindre que l'année dernière, on a pris une telle claque en 2003 avec les retraites",* explique cet enseignant parisien, nouveau militant de FO.

Pour autant, les milliers de manifestants ont défilé avec entrain. La CGT assurait les deux tiers de la manifestation. Au milieu des nombreuses banderoles des services publics et des territoriaux, de l'Assistance publique, d'EDF-GDF, de la RATP, des habitués de Renault-Flins ou de Peugeot-Poissy et du Livre parisien, défilait aussi la CGT de l'Armée du Salut.

Derrière, si la FSU et le Groupe des dix comptaient des cortèges importants, les autres syndicats n'avaient visiblement pas fait le plein de leurs militants. L'UNSA, drapeaux au vent, la CFE-CGC, FO dont un militant s'époumonait à la sonnerie pour la *"grève générale"*, la CFTC qui s'est fait brocarder en passant devant les militants anarcho-syndicalistes de la CNT criant *"Ni Dieu ni maître"*. Les slogans sont devenus plus agressifs au passage des militants de la CFDT traités de *"collabos"* par la CNT. La centrale syndicale de François Chérèque a même dû disposer quelques membres de son service d'ordre face aux anarcho-syndicalistes pour faire passer sans encombre son cortège.

Au-delà de l'unité affichée en tête de manifestation, l'ambiance n'était pas aux grandes retrouvailles entre organisations syndicales. M. Chérèque a fait un court passage dans le carré de tête *"pour répondre aux questions des journalistes"*. Mais, dès 14 h 15, avant même le départ du défilé, il rejoignait ses militants, en queue du cortège. Les autres responsables syndicaux ont défilé côte à côte, en tête : Jean-Luc Cazettes (CFE-CGC), Alain Olive (UNSA), Bernard Thibault (CGT), Gérard Aschieri (FSU), Jean-Claude Mailly (FO), Pierre Khalifa (G10-Solidaires) et Jacques Voisin (CFTC).

### **SOUTIEN DES POLITIQUES**

Outre les syndicats, de nombreuses associations étaient présentes. Des collectifs de sans-papiers ont expliqué que l'aide médicale d'état (AME) était *"vitale"* pour eux. Un militant d'Act Up brandissait une pancarte sur laquelle on pouvait lire : *"Je suis séropo, combien vaut ma santé"*, des associations d'handicapés côtoyaient les collectifs de défense de la "Sécu". Tout au long du parcours, sur les trottoirs, les organisations politiques ont affiché leur solidarité. Le PCF, la LCR, à distance de LO, les Verts, l'Alternative libertaire... Seul absent de marque, le PS, qui était néanmoins représenté par certains de ses dirigeants - Dominique Strauss-Kahn, Jean-Marie Le Guen, entre autres.

Affichant une satisfaction relative au vu de la mobilisation, les dirigeants syndicaux ont expliqué qu'ils attendaient de connaître les modifications que Philippe Douste-Blazy, le ministre de la santé, apporterait à son projet de loi. Des contacts téléphoniques étaient prévus dès lundi pour décider des formes que prendrait la mobilisation par la suite. Plus révélateur, le vote des représentants syndicaux au conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance-maladie, mardi, sur le texte ministériel, devrait avoir valeur de test.

### **Des manifestations limitées aussi en province**

Les manifestations du 5 juin pour défendre la Sécurité sociale ont rassemblé 120 000 personnes selon la police, 273 000 selon la CGT, qui prend en compte une centaine d'initiatives. Les plus gros défilés ont eu lieu à Marseille (de 10 000 à 50 000 personnes), Toulouse (6 000 à 30 000), Nantes (5 000 à 10 000), Nancy (2 800 à 8 000), ou encore Rennes, Saint-Etienne, Lyon, Dijon, Rouen, Saint-Nazaire... Dans de nombreuses villes, les manifestations étaient appelées unitairement par l'ensemble des syndicats.

Si les organisateurs se félicitent de la mobilisation, cette journée n'a pas connu, néanmoins, le succès des manifestations en défense des retraites. Au début de la mobilisation, le 1er février 2003, les manifestants étaient 325 000 selon la police et 500 000 selon les syndicats.

### **A Lyon, un hôpital privé flambant neuf va être détruit Le Monde 8 juin 2004**

***Une accumulation de malfaçons dans le gros œuvre a conduit la Générale de santé à annoncer, vendredi 4 juin, la démolition de l'hôpital Mermoz, qui devait réunir trois cliniques privées et offrir 21 salles d'opération. Les opérateurs ont voulu éviter tout parallèle avec l'accident de Roissy***

Les bâtiments sont encore debout. Les grues aussi. L'ensemble a plutôt fière allure, mélange de béton, de métal et de bois. L'hôpital privé Jean-Mermoz devait ouvrir ses portes en 2003, dans le 8e arrondissement de Lyon, à proximité des facultés de médecine et de l'hôpital public Edouard-Herriot.

Le projet figurait parmi les pôles privés les plus ambitieux réalisés en France : 28 848 m<sup>2</sup>, destinés au regroupement de trois cliniques privées lyonnaises d'excellence, appartenant à la Générale de santé (chaîne de cliniques privées). Le projet global, estimé au départ à 48 millions d'euros, comprenait trois structures, une maison médicale, une clinique réservée à l'hospitalisation et un institut d'oncologie, dotés de matériel de pointe : scanner, accélérateur de particules, etc.

Mais voilà, la totalité de ces bâtiments presque achevés va être livrée... aux bulldozers. Les constructions souffrent en effet d'une série de graves malfaçons : piliers de travers, fissures dans les dalles, poutres de béton mal coulées. L'opérateur, la Société civile immobilière (SCI) de l'Europe, filiale de la Générale de santé, a lancé, vendredi 4 juin, un appel d'offres pour des travaux de démolition.

L'histoire de cet incroyable gaspillage financier commence à l'été 2002, lorsque l'entreprise chargée du gros œuvre, Charles Queyras Constructions (STGD), une société de Gap (Hautes-Alpes), est placée en redressement judiciaire. Le chantier, lancé en grande pompe un an et demi plus tôt en présence du maire de l'époque, Raymond Barre (app. UDF), est suspendu en septembre 2002 lorsque la société dépose son bilan.

Sur le terrain, les propriétaires découvrent les premières malfaçons et saisissent la justice pour demander une expertise. Un pré-rapport, remis à l'été 2003, conduit la Générale de santé à opter pour la démolition d'un premier bâtiment, le plus avancé, la maison médicale. Le 1er décembre 2003, les 3 600 m<sup>2</sup>, qui devaient accueillir une quarantaine de bureaux de consultation, pour 80 praticiens, sont tout simplement rasés.

Deux mois plus tard, en février, le rapport définitif remis à la justice conclut cette fois à la destruction totale des deux bâtiments restants, construits à 75 % : l'institut d'oncologie de 3 500 m<sup>2</sup>, qui devait regrouper un centre de radiothérapie, un espace de curiethérapie et douze cabinets de consultations ; enfin la clinique, d'une superficie de 21 653 m<sup>2</sup>, conçue pour abriter, notamment, vingt et une salles d'opération, cinq box de soins d'urgence, une crèche, un restaurant.

Les conclusions des experts, Henry Duc Dodon et Pierre Martin, ont été sans appel. *"Les capacités portantes de ces structures sont douteuses, tant les désordres sont variés ainsi qu'excessivement nombreux, et des effondrements sont à craindre"*, écrivent-ils. Les deux experts estiment que les responsabilités de ce désastre sont largement partagées entre les différents intervenants : l'entreprise de gros œuvre, bien sûr, mais aussi l'architecte et maître d'œuvre, Françoise Jourda - qui selon eux n'a pas pu ignorer *"les malfaçons apparentes"* -, les bureaux d'études, ceux de contrôle et aussi la Générale de santé.

Les experts considèrent que cette dernière a *"privilié les considérations financières au détriment de la qualité des ouvrages"*. Ils relèvent que le maître d'ouvrage a *"accepté le risque de confier les travaux à une entreprise n'ayant aucune référence pour des travaux de cette technicité, étant en grosse difficulté financière et dont l'offre était respectivement de 13 % plus basse que l'estimation des maîtres d'œuvre et 25 % que les autres offres des concurrents"*.

Interrogé sur ce point, le directeur régional de la Générale de santé *"conteste"* ces conclusions. *"A aucun moment, explique Pierre-Yves Guiavarch, la Générale de santé, avant l'arrêt du chantier, n'a été informée du caractère irréversible des malfaçons."* La Générale de santé fait valoir que la société Queyras a emporté le marché parce que *"son offre se situait dans les fourchettes financières préétablies"*.

La Générale de santé ne nie cependant pas qu'elle connaissait les difficultés financières de l'entreprise retenue, mais elle les relativise. *"Au moment de la signature du marché, nous avions une entreprise en plan de continuation, et non en liquidation judiciaire, qui présentait des perspectives de pouvoir continuer convenablement son exploitation"*, se défend Pierre-Yves Guiavarch.

Alors que le tribunal de grande instance de Lyon ne s'est pas encore prononcé sur la solution préconisée par les experts, l'opérateur a finalement décidé d'anticiper cette échéance afin de relancer le chantier et de préserver ses droits sur le permis de construire en cours, en lançant la procédure de destruction totale du chantier. Il a surtout voulu éviter une association catastrophique dans l'esprit du public avec l'effondrement de Roissy : "Mermoz, c'est l'anti-Roissy", assurent les communicants de la Générale de santé. *"Aucune partie ne conteste plus l'opportunité de cette solution"*, explique le directeur régional de la Générale de santé. C'est pourquoi nous pouvons maintenant lancer l'opération." Les experts ont chiffré le coût de la démolition-reconstruction à 17,2 millions d'euros. A ce surcoût s'ajoutent les travaux réalisés dans les trois cliniques existantes, en raison du retard pris par leur regroupement, 2,5 millions d'euros.

La démolition doit intervenir à partir de la première quinzaine d'août, pour s'achever à la mi-janvier 2005. La Générale de santé estime que le nouveau chantier pourrait débuter en mars 2005. Les bâtiments pourraient être livrés au second semestre 2007, soit cinq ans après la date initialement prévue. Convaincu que *"la pertinence du projet reste intacte"*, le groupe n'a pas modifié le concept initial, sauf la capacité d'accueil, qui sera portée de 209 à 228 lits.

La maîtrise sera désormais scindée. La conception sera confiée au même cabinet d'architectes, Jourda, l'exécution à l'entreprise Coteba, renforcée par un bureau d'études, Arcadis. L'hôpital Mermoz a tous les atours d'un bel éléphant blanc.

### **Bernard Thibault, CGT, à l'initiative des défilés de samedi contre le projet Douste:**

**« On détruit les règles de base de l'assurance maladie »**

***Libération, 5 juin 2004***

Cela fait plus d'un an que cela n'était pas arrivé : tous les syndicats manifestent ensemble ce samedi contre le plan Douste-Blazy de réforme de l'assurance maladie. Une journée d'action programmée depuis plusieurs semaines, à l'initiative de trois d'entre eux, CGT, Unsa et FSU, aussitôt soutenus par le G10-Solidaires. Force ouvrière a rejoint le mouvement, puis la CFTC et la CFE-CGC, qui ont attendu de connaître le contenu du plan gouvernemental pour confirmer leur participation. Enfin, le 27 mai, la CFDT annonçait, à l'issue de son bureau national, qu'elle participerait aux manifestations. Il y a aura aussi dans les quelque 118 cortèges organisés dans toute la France (1) des représentants des syndicats hospitaliers et de plusieurs associations d'usagers. Les partis de gauche (PS, PCF, Verts) et d'extrême gauche (LCR, LO) appellent également à manifester.

Principal organisateur de cette journée d'action le secrétaire général de la CGT, Bernard Thibault, en détaille les motifs.

### ***Que reprochez-vous à ce plan, que le ministre de la Santé présente comme une grande réforme de l'assurance maladie ?***

Le projet de loi se limite à un objectif de 15 milliards d'euros d'économies. Il ne traite pas le sujet principal identifié par le rapport du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie : les dépenses de santé vont augmenter dans les années à venir, plus rapidement que la richesse nationale. Le phénomène est lié à deux facteurs : l'allongement de l'espérance de vie, et l'évolution des techniques pour soigner les pathologies. Il faudrait relever ce défi dans le cadre solidaire qu'est la Sécurité sociale.

### ***N'y a-t-il pas quelques mesures positives ?***

Quand on propose des outils, tout dépend de l'usage que l'on peut en faire. Mettre en place un conseil scientifique qui évalue les besoins et les priorités est une proposition de bon sens, et nous l'avions aussi faite. Mais cela devient, comme à peu près tout ce qu'il y a dans ce projet de loi, un instrument de contrôle. Faire la chasse aux abus, réels ou supposés, semble être une des mesures prioritaires du gouvernement. Mais est-ce qu'il pose la question des nouvelles pathologies au travail ? De la pression patronale pour que les accidents du travail ne soient pas reconnus comme tels ? Et, il n'y a aucune ligne dans ce texte sur la prévention. En revanche on augmente la CSG, on instaure un euro par consultation, on programme une hausse pendant trois ans du forfait hospitalier. On détruit petit à petit les règles de base de l'assurance maladie : les soins ne doivent pas être conditionnés aux revenus, quand on sait qu'une famille sur cinq se prive déjà de soins pour des raisons financières.

### ***Reste qu'il y faut bien combler le trou. Un syndicaliste peut-il accepter un déficit structurel de la Sécurité sociale ?***

Il faut une réforme de fond du financement. De notre point de vue, il est nécessaire d'allouer des recettes supplémentaires à la Sécurité sociale. Justement, nous préconisons une contribution sur l'ensemble des richesses créées dans l'entreprise. On nous dit que les mesures financières ne sont pas négociables. Dans le même temps, l'Etat a toujours une dette envers la Sécu ainsi que les entreprises pour un montant de 2 milliards d'euros par an. Encore une injustice !

### ***Si la part des cotisations baisse, la place des partenaires sociaux dans la gestion de la Sécu se justifie moins. Pourquoi ne pas l'ouvrir à d'autres acteurs, comme les mutuelles ?***

Les cotisations sont issues du travail des salariés qui financent aussi 88 % de la CSG. Il est donc normal qu'ils gèrent la Sécurité sociale, par l'intermédiaire de leurs syndicats. Pour que cette représentativité soit renforcée, la CGT demande qu'il y ait des élections. Il faut aussi développer un partenariat avec les acteurs de statut différent : les mutuelles, les usagers et les professionnels de santé. Il ne faut pas oublier que l'on est dans un cadre d'exercice libéral. Il faut donc une entente avec les médecins libéraux. Ce n'est pas pour autant qu'ils ont, les uns ou les autres, vocation à piloter le système.

### ***Et l'hôpital ?***

C'est un des grands absents du projet. Il faudrait repenser l'ensemble des relations entre l'hôpital et la médecine de ville. L'hôpital représente la moitié des dépenses d'assurance maladie. Tout ce que l'on propose, c'est le plan «hôpital 2007» et la tarification à l'activité. Résultat : les médecins vont passer de plus en plus de temps à la gestion administrative et de moins en moins à exercer leur métier. On ne peut pas dire que cela soit à la hauteur des ambitions affichées.

### ***Et la riposte syndicale vous semble-t-elle à la hauteur des enjeux ? Irez-vous jusqu'à appeler à la grève ?***

La majorité de nos concitoyens est opposée à la réforme Douste-Blazy. Dès lundi la CGT appellera les salariés dans les entreprises à envisager la suite du mouvement, en fonction de ce qu'aura été la mobilisation ce samedi. Nous lancerons aussi une concertation intersyndicale. On peut envisager d'autres actions avant le 16 juin, date à laquelle le projet de loi sera présenté au Conseil des ministres. La CGT a lancé une pétition qui a recueilli plus de 600 000 signatures et ce n'est pas fini. J'ai demandé à être reçu par le Premier ministre pour la lui remettre. J'attends toujours une réponse. Il est possible aussi que certains de nos concitoyens pensent à se servir du vote du 13 juin, pour exprimer leur réprobation.

### ***La CFDT vous a rejoint dans cette journée d'action. Est-ce le retour à une stratégie unitaire ?***

Nous avons décidé cette mobilisation il y a plusieurs semaines, en recherchant comme à chaque fois la plus large unité d'action. D'autres ont préféré attendre l'annonce du projet gouvernemental. Aujourd'hui tout le monde est d'accord : le projet n'est pas bon. Pour le gouvernement c'est un revers. Avec la CFDT, nous nous sommes rencontrés, pour constater que nous n'avions pas la même analyse de ce qui était possible et acceptable. Ces divergences ne se régleront pas entre dirigeants. C'est aux salariés de s'exprimer et d'agir pour une réforme répondant à leurs besoins de santé.

(1) A Paris, départ 14 h 30 de République à Nation. Principaux autres cortèges : Bordeaux (10 h 30), Lille (15h), Lyon (14h), Marseille (15h), Nancy (14 h 30), Rennes (15h), Toulouse (10 h 30), Strasbourg (14h).

### **La LCR présente avec le PCF et les Verts un contre-projet sur l'assurance-maladie Caroline Monnot, *Le Monde* 4 juin 2004**

#### ***Les trois formations jugent que le texte du gouvernement ouvre la voie aux assureurs privés. Ils réclament une réforme du financement***

Le projet gouvernemental de réforme de la Sécurité sociale va-t-il nourrir un front commun à la gauche du PS ? Le PCF, les Verts et la Ligue communiste révolutionnaire (LCR) se sont retrouvés, mercredi 2 juin, pour présenter, dans une salle de l'Assemblée nationale, un socle de propositions communes *"pour sauver l'assurance-maladie"*. Les trois formations étaient réunies à l'initiative de la fondation Copernic, un club de réflexion "antilibéral", et de Catherine Mills, membre de la commission économique du PCF, à l'origine d'un appel contre la réforme de la "Sécu" qui connaît, depuis un mois, un petit succès au sein de la gauche politique et syndicale. *"C'est une heureuse surprise. Cela montre qu'indépendamment de la compétition électorale, il peut y avoir de vraies convergences sur le fond, a expliqué Willy Pelletier, de la fondation Copernic. Nos propositions démarquent un camp. Il y a ceux qui pensent qu'il faut taxer toujours davantage les ménages, les culpabiliser. Et puis il y a ceux qui veulent s'attaquer aux causes de fond"* du déficit.

Un document de douze pages a été ainsi rédigé par des représentants de ces formations : Jacqueline Fraysse, députée (PCF) des Hauts-de-Seine, Maxime Gremetz (PCF, Somme) et Mme Mills ; des élus Verts, au premier rang desquels la députée de Paris, Martine Billard ; le responsable de la LCR, Dominique Mezzi ; des syndicalistes et des membres d'associations signataires de l'appel lancé par Mme Mills.

Pour les auteurs de ce contre-projet, la Sécurité sociale connaît *"un vrai déficit"*, mais *"un déficit de prévention, de cotisations patronales, de niveau des salaires et de démocratie sociale"*. Pour eux, le plan du ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy, ne vise qu'à *"réduire les dépenses publiques de santé"*, c'est-à-dire la prise en charge par le régime de base et à organiser *"la montée du privé et notamment le poids des complémentaires santé"*. Estimant que *"personne ne fera l'économie d'une réforme des modalités de financement"* de la "Sécu", ils plaident pour la suppression des exonérations de cotisations patronales *"qui n'ont eu aucun effet sur l'emploi"*, prônent le relèvement du taux de cotisation des employeurs, ainsi que de la part des salaires dans la valeur ajoutée. Ils envisagent une *"modulation"* du taux de cotisation des entreprises en fonction de leur comportement en matière de salaires et d'emploi. Enfin, ils réclament la suppression des ordonnances Juppé de 1996, l'abandon du plan Hôpital 2007 et l'élection des gestionnaires de la Sécurité sociale par les assurés sociaux. *"Nous avons des divergences d'appréciation, par exemple sur la CSG"*, a reconnu Mme Fraysse, hostile à ce prélèvement, ajoutant qu'il existe *"des points fondamentaux en commun, comme celui de mettre l'entreprise au coeur du financement"*.

Et le PS ? Son absence n'est *"pas étonnante"*, a jugé M. Gremetz. *"Tout cela renvoie à la question de fond : quelle alternative à la politique de droite aujourd'hui ?"*, a-t-il ajouté. Pour M. Mezzi, *"beaucoup de militants socialistes peuvent se retrouver sur nos propositions. Mais le fait est que des dirigeants socialistes notoires ont défendu le plan Juppé"*. Mme Fraysse a regretté *"le manque de courage de ceux qui, au sein du groupe socialiste, auraient pu signer l'appel de Catherine Mills"* en évoquant les députés issus des courants minoritaires, NPS et Nouveau Monde.

*"On n'a pas été invité. Je n'ai jamais entendu parler de cette initiative"*, a répliqué le député socialiste des Landes, Henri Emmanuelli, un des fondateurs de Nouveau Monde. *"De toute façon, si on avait été conviés, je n'y serai personnellement pas allé, vu la configuration. J'ai un masochisme limité"*, indiquait-il en pointant la présence de la LCR. Du côté du courant majoritaire, Jean-Christophe Cambadélis, député de Paris et partisan de Dominique Strauss-Kahn, ironisait : *"s'il n'y avait pas le PS, il n'y avait pas non plus Lutte ouvrière"*.

### **« La Sécu est le socle de tout projet de société » *L'Humanité* 5 juin 2004**

***Bernard Teper, coordinateur national d'ATTAC pour la santé et la Sécurité sociale, expose le positionnement de l'organisation altermondialiste dans le débat sur la Sécu.***

Quelles sont les réactions d'ATTAC face à la réforme gouvernementale de la Sécurité sociale annoncée par Philippe Douste-Blazy ?

Bernard Teper. C'est la continuation du projet néolibéral visant à accompagner l'abaissement de la part des salaires et des cotisations sociales dans la valeur ajoutée, et du processus de marchandisation et de privatisation du secteur. La proposition gouvernementale de deux filières de soins, une pour les riches qui pourront directement avoir accès aux spécialistes à honoraires libres, et une autre pour ceux qui n'en auront pas les moyens et qui seront obligés de passer par un médecin référent avant d'accéder à un spécialiste, accroîtra les inégalités sociales. La mesure de un euro par prestation est dans la ligne directe du rapport Chadelat qui vise à augmenter les remboursements par l'assurance maladie complémentaire où s'exerce la concurrence entre les mutuelles et les grands groupes d'assurance privés. Cela débouchera donc sur la rentrée massive des groupes privés dans le système de remboursement des soins. Le concept de solidarité, qui avait été mis à l'ordre du jour par le Conseil national de la Résistance et par les ordonnances du 4 et 19 octobre 1945, stipulait que chacun doit contribuer selon ses moyens et bénéficier selon ses besoins. La réforme de Douste-Blazy tend plutôt à infléchir vers le système états-unien. Or les dépenses de santé par habitant aux États-Unis sont 40 % plus élevées qu'en France avec plusieurs filières de soins, et 43 millions d'Américains sont sans couverture sociale.

Quelles sont les propositions alternatives portées par ATTAC ?

Bernard Teper. Premièrement, nous souhaitons la transformation du système actuel de soins en un système de santé. Aujourd'hui, les principales maladies sont des maladies chroniques : cancer, sida, obésité, diabète. La médecine curative ne suffit plus. L'éducation à la santé, l'élimination des facteurs de risques et les dépistages doivent être placés au centre du dispositif afin d'incorporer les déterminants sociaux. Deuxièmement, nous proposons le remboursement à 100 % des soins utiles et nécessaires. En Alsace-Moselle, un régime spécial d'assurance maladie rembourse à 100 % les frais d'hospitalisation, et à 90 % la médecine de ville et les médicaments, pour une cotisation additionnelle de 1,7 % du salaire déplafonné. Les mutuelles doivent se déployer dans d'autres champs que la complémentaire (soins à domicile, gestion des centres de santé). Sur le problème de financement, le déficit comptable de 13 milliards d'euros pour 2003 est à mettre en relation avec l'abaissement constant, depuis vingt ans, de la part des salaires et des cotisations sociales dans la valeur ajoutée. Depuis 1984, salaires et cotisations sociales ont perdu 10 points de PIB, ce qui correspond à 150 milliards d'euros, cette somme comblerait largement le déficit. Notre quatrième piste correspond à la démocratie sanitaire. La Sécu doit être gérée par les représentants élus des assurés sociaux. Nous désirons un collège majoritaire émanant des syndicats, et qu'une place soit faite aux associations de malades et d'usagers de la Sécu qui ont beaucoup apporté à la santé depuis quelques années : contre le sida, les myopathies, l'amiante. Enfin, concernant la recherche pharmaceutique, il faut Ouvrir à la création d'un pôle public de recherche de médicaments financé par de l'argent public, afin que la recherche s'appuie sur les besoins sociaux. L'industrie pharmaceutique calcule aujourd'hui ses axes de recherche selon la rentabilité, ce n'est pas normal. Ouvrons la discussion démocratique. Tout projet de société doit d'abord se déterminer autour d'un socle : la définition de la Sécurité sociale solidaire pour l'avenir.

Votre organisation s'est fortement engagée pour la défense de la Sécu, de manière beaucoup plus directe que dans les retraites au printemps 2003. Pourquoi ?

Bernard Teper. Pour les retraites, malgré le plus grand mouvement social depuis trente-cinq ans, cela a été insuffisant, notre analyse a été de mobiliser plus tôt et plus largement. Pour que les citoyens prennent conscience du danger, il faut un travail populaire pour construire une riposte massive. Ainsi, nous avons organisé 220 réunions publiques depuis août 2003, 5 stages de formation nationaux afin de former environ 150 militants pour intervenir dans des débats publics, et nous avons lancé la procédure des états généraux de la santé et de l'assurance maladie. Ce processus a rassemblé des syndicats, des associations, des comités de défense de la Sécu, des comités de défense des hôpitaux publics, des partis politiques de gauche. Nous espérons par ce biais favoriser une mobilisation additionnelle à la mobilisation syndicale. Dans ce cadre, nous appelons toutes les organisations des états généraux à manifester le 5 juin.

*Santé, assurance maladie, quelles alternatives ?*  
collection "ATTAC", Éditions Mille et Une Nuits. Sortie le 4 juin.

**Le PS fait bande à part**  
***L'Humanité* 5 juin 2004**

Le Parti socialiste a trouvé des mots durs pour dénoncer la " potion " de Douste-Blazy, qualifiée par sa secrétaire nationale en charge de la protection sociale, Marisol Touraine, d'" injuste, inquiétante et imprévoyante ". En phase avec le reste de la gauche sur le plan de la critique, le PS fait cependant bande à part sur le terrain des propositions. Aucun de ses dirigeants, aucun de ses parlementaires n'a voulu s'associer à la démarche commune du PCF, des Verts et de la LCR. Une absence qui reflète des divergences substantielles, à gauche, sur le sujet.

Marisol Touraine met en cause les efforts demandés aux assurés sociaux sous la forme notamment du ticket modérateur sur chaque visite et de la hausse de la CSG. Elle dénonce leur "culpabilisation" et leur "pénalisation". Mais la critique est

passablement affaiblie par le fait que - comme la droite n'a pas manqué de le faire observer - les gouvernements socialistes ont été, hélas ! précurseurs en matière de " responsabilisation " des assurés : c'est au nom de ce principe, aujourd'hui défendu par Douste-Blazy pour justifier une réduction de la couverture de la Sécu, que Pierre Bérégovoy a mis en place, en 1983, le forfait hospitalier, non remboursé par la Sécu. Et que ses successeurs au ministère des Affaires sociales, socialistes ou de droite, l'ont régulièrement augmenté pour tenter de boucher le " trou " de la Sécu.

Quant à la CSG, instituée naguère par Michel Rocard, le PS considère toujours aujourd'hui qu'elle "doit rester le socle financier" du système d'assurance maladie, en arguant qu'"elle est payée par tous les Français et porte sur l'ensemble des revenus". En réalité, la CSG est un prélèvement particulièrement injuste, puisqu'il repose à 88 % sur les revenus du travail, et qu'elle égratigne seulement les revenus financiers. Sur la demande insistante des communistes, le gouvernement Jospin avait promis, en 1997, une réforme du mode de financement de la Sécu, suggérant une cotisation patronale assise sur la valeur ajoutée, et non plus sur la masse salariale. L'idée est toujours au programme du PS, mais elle fait pas oublier que, pendant les cinq années du gouvernement Jospin, la promesse de 1997 est restée lettre morte, tandis que la désastreuse politique d'exonérations de cotisations patronales " au nom de l'emploi " était poursuivie.

### **Les quatre points du plan Douste-Blazy qui fâchent les syndicats Le Monde 5 juin 2004**

***L'ensemble des syndicats de salariés a appelé à une journée de MANIFESTATIONS à Paris et en province, samedi 5 juin, pour la défense de l'assurance-maladie. S'ils sont unanimes pour critiquer le plan de réforme annoncé par le ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy, ils n'ont pas les mêmes solutions pour renflouer la "Sécu", dont le DÉFICIT CUMULÉ atteindra 32 milliards d'euros fin 2004. Dans un entretien au Monde, Jean-Claude Mailly (FO) reconnaît "des divergences" entre les syndicats. L'objectif de 10 MILLIARDS D'ÉCONOMIES prévu par le gouvernement sera difficile à atteindre. M. Douste-Blazy a présenté, vendredi, des mesures pour réduire les dépenses de MÉDICAMENT. Dans une tribune au Figaro, vendredi, Jean-Pierre Raffarin assure que la réforme rendra le système "plus efficace" et "plus équitable".***

*"Ensemble pour l'avenir de l'assurance-maladie."* Les dirigeants de tous les syndicats - à l'exception, peut-être, de François Chérèque (CFDT) - prendront place derrière cette banderole, en tête du cortège parisien, samedi 5 juin. Dans l'ensemble du pays, près d'une centaine de manifestations unitaires sont prévues. Proposée par la CGT, vite soutenue par la FSU, l'UNSA, le Groupe des Dix, puis FO, la CFTC, la CFE-CGC et, enfin, la CFDT, cette journée d'action a enregistré le renfort de syndicats de praticiens hospitaliers, d'associations d'usagers et de la Fédération des mutuelles de France.

L'importance des défilés attendus et l'affichage de l'unité syndicale, inédite depuis la réforme des retraites en 2003, traduisent, selon eux, le mécontentement contre une réforme que Jean-Pierre Raffarin présente, dans le *Figaro* du 4 juin, comme "plus efficace" et "plus équitable". Le ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy, a annoncé pouvoir encore modifier certains points du texte, "après le 5 juin", un texte que le Conseil d'Etat examine mardi.

Certains syndicats ont déjà annoncé l'éventualité d'une grève, comme FO, qui estime que "la préservation d'une Sécurité sociale solidaire et égalitaire mérite que soit posée la nécessité d'une journée de grève interprofessionnelle". Derrière l'addition des mécontentements, apparaissent des appréciations sensiblement différentes de la réforme gouvernementale. Quatre questions sont au cœur des désaccords.

#### **L' "euro Raffarin"**

Qu'ils soient hostiles à l'économie générale du projet de réforme ou réservés sur certaines de ses dispositions, les syndicats s'accordent au moins sur un point : ils ne veulent pas de la franchise d'un euro par acte médical imposée par le premier ministre au nom de la "responsabilisation" des assurés. Ils l'estiment injuste, contraire aux principes d'une assurance-maladie obligatoire, universelle et solidaire car elle pénalise les plus démunis et les malades, inefficace en termes de régulation des dépenses de santé, et dangereuse car elle ouvre la voie aux déremboursements et, pour certains, à la "privatisation" du système de santé. Instruits par l'expérience de l'augmentation du forfait hospitalier journalier, les syndicats pensent que la franchise d'1 euro par acte médical en 2005 peut fort bien passer ensuite à 2, 3 ou 4 euros au gré d'éventuels besoins de financement supplémentaires du système de santé. Tous ont demandé au gouvernement et à l'Élysée de retirer cette mesure "idéologique".

#### **Un plan de redressement "inéquitable"**

Les mesures arrêtées par le gouvernement pour isoler la dette de la "Sécu" ou pour permettre le retour à l'équilibre de l'assurance-maladie à l'horizon 2007 sont généralement critiquées pour leur iniquité et parce qu'elles pèsent trop sur les salariés. Si FO a accepté la prorogation de la Caisse d'amortissement de la dette sociale et de la Contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), la majorité des syndicats fait remarquer que ce choix pénalise les générations futures. Tous auraient préféré que le budget de l'Etat soit sollicité pour apurer la dette, fut-ce partiellement. Le G10-Solidaires dénonce une "dramatisation" de la situation financière de la "Sécu".

Si le recours à la contribution sociale généralisée (CSG), contesté par la CGT, est peu ou prou accepté, l'augmentation de 0,4 point du taux applicable aux retraites (6,6 %) ne fait pas l'unanimité. Il en est de même pour l'élargissement de l'assiette salariale (95 % à 97 %) sur laquelle est calculée la CSG des actifs. Moins réservés, voire partisans de la hausse

de cette contribution sur les revenus du patrimoine, les placements financiers ou le produit des jeux, les syndicats regrettent que les entreprises ne soient sollicitées qu'à hauteur de 780 millions d'euros, via la hausse de la contribution sociale sur les sociétés (C3S). La plupart souhaitent que les cotisations patronales soient augmentées. Ils avancent diverses propositions pour élargir le financement de l'assurance-maladie. La CFE-CGC plaide, ainsi, pour une TVA sociale, la CGT et l'UNSA pour une prise en compte de la valeur ajoutée, la CFDT pour une contribution sur les bénéficiaires. La majorité demande la création d'une aide fiscale à l'acquisition d'une couverture complémentaire.

Les dépassements d'honoraires. Le premier volet de l'avant-projet de loi de réforme, consacré à l'offre de soins, fait l'objet de critiques variées et nuancées. Généralement acquis au "parcours de soins" et au dossier médical partagé - à la condition que ce document reste confidentiel et que son accès soit limité aux médecins prescripteurs -, les syndicats déplorent les possibilités de dépassements d'honoraires offertes aux spécialistes que les patients consulteraient directement. Ils dénoncent une "médecine à deux vitesses" et mettent en garde contre les risques d'une généralisation du secteur II (à honoraires libres).

Un pilotage "*trop étatiste*". Tout en concédant quelques avancées, les syndicats restent sur leur faim dans le domaine de la gouvernance du système de santé. Jugeant le projet "*trop étatiste*", la plupart demandent que le conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance-maladie puisse davantage peser sur le choix de son directeur et sur ses décisions. La CGT et FO, entre autres, sont opposées à la constitution d'un comité d'alerte chargé, en cas de dérapage des dépenses, de demander des mesures de redressement. Une telle mesure, ajoutent les deux confédérations, relève d'une logique de maîtrise comptable et porte en elle le germe d'un rationnement de soins.

**Jean-Claude Mailly, secrétaire général de Force ouvrière**  
**"Nous n'excluons pas une journée de grève interprofessionnelle"**  
**Le Monde 5 juin 2004**

#### **Quelle est votre appréciation sur le projet de réforme de l'assurance-maladie ?**

Nous disposons enfin du projet de loi, avec lequel nous avons de nombreux points de désaccord. Ceux-ci portent d'abord sur la logique de maîtrise comptable. Le texte tel qu'il nous est présenté s'inscrit dans cette logique même si le ministre ne parle pas formellement d "*enveloppe*". La mécanique prévue pour le pilotage financier est inacceptable. Le Parlement fixe des objectifs, un comité ou une commission d'alerte intervient dès que ces objectifs sont dépassés ; l'Etat et l'assurance-maladie présentent alors des mesures de redressement. Il s'agit bien d'une logique comptable.

#### **Que pensez-vous des mesures de financement proposées ?**

FO avait accepté le prolongement de la CRDS et nous avons dit que si la CSG devait augmenter, cela devrait porter uniquement sur les revenus financiers de placement. Mais nous sommes opposés à toutes les autres mesures, telles que l'augmentation de la CSG pour les retraités. Nous ne sommes pas d'accord non plus avec l'élargissement de l'assiette pour les salariés, qui se traduit par une augmentation de 0,15 % de la CSG. Nous contestons le fait que le gouvernement ne propose que 1 milliard d'euros pour compenser les exonérations de cotisations patronales, soit 2,1 milliards en 2003. De plus, ce milliard, insuffisant, serait financé par une affectation de la taxe sur les tabacs, et donc prélevé sur un budget qui devrait revenir de toute façon intégralement à la "Sécu".

Nous souhaitons une contribution des entreprises qui soit une cotisation patronale. Avec la C3S, il s'agit d'un impôt qui ne concerne pas toutes les entreprises et dont le rendement n'est que de 760 millions. Nous sommes enfin toujours opposés à la franchise de 1 euro payé par acte médical.

#### **Avez-vous d'autres points de désaccord, notamment sur la place des complémentaires dans le système ?**

Ce projet est plein d'ambiguïtés. Concernant le dossier médical partagé, on en accepte le principe, mais on veut de strictes clauses de confidentialité. Pour le moment, elles ne sont pas suffisantes. Il ne suffit pas non plus de dire que ce dossier est la propriété du patient. S'il lui appartient, le patient peut donc le transmettre. Que fera-t-il si le médecin de sa compagnie d'assurances le lui réclame ? Nous ne sommes pas d'accord, le dossier médical personnel doit être réservé au médecin prescripteur, ce que n'est pas, par exemple, le médecin de l'assurance.

Il y a aussi des ambiguïtés concernant les mécanismes de négociation avec les professionnels de santé. Quel va être le rôle exact des complémentaires ? Que celles-ci soient consultées ne nous pose pas de problèmes, mais les régimes complémentaires ne doivent pas copiloter le système ou pouvoir discuter directement avec les professionnels de santé sur la couverture médicale. Parce que les complémentaires aujourd'hui, ce sont aussi les compagnies d'assurances. Si la porte est ouverte, elles vont rentrer et pourront négocier directement, ce qui serait une amorce de privatisation du système.

#### **FO serait-elle candidate à assumer un rôle de direction à la Sécurité sociale ?**

On ne s'est pas posé la question. Cela n'a jamais été discuté dans notre syndicat ni avec le gouvernement. Les points de désaccord avec le texte ministériel sont nombreux et importants. Même s'il y a eu une évolution positive sur le paritarisme, par exemple. Mais il faut rappeler qu'il ne s'agit pas d'une négociation puisque, *in fine*, c'est le

gouvernement qui prendra ses responsabilités, avec aussi la possibilité d'intégrer des amendements dans le cadre du débat parlementaire.

### **Pensez-vous peser sur le gouvernement avec la mobilisation du 5 juin ? S'agit-il vraiment, selon vous, d'une manifestation unitaire ?**

Le 5 juin, FO défend ses propres revendications sur le dossier de la Sécurité sociale. Nous n'avons pas voulu rééditer le scénario des retraites de l'année 2003 avec une déclaration commune des syndicats qui comportait des ambiguïtés. On sait très bien qu'il y a des divergences ou des différences entre les syndicats. Nous n'avons pas souhaité entrer dans une mécanique d'illusion. Nous avons tiré le bilan de la lutte contre la réforme des retraites. Nous ne voulons pas non plus d'un scénario de sauts de puce, une manifestation tel jour, puis une autre... Cela ne débouche sur rien.

### **Force ouvrière va-t-elle appeler à la grève ?**

Nous n'excluons pas une journée de grève interprofessionnelle qui devra être discutée avec les autres confédérations. Et nous allons, bien sûr, regarder d'abord la réalité de la mobilisation du 5 juin.

### **Les dix milliards d'économies à l'horizon 2007 sont aléatoires Le Monde 5 juin 2004**

Dix milliards d'économies sur l'offre de soins et cinq milliards de recettes nouvelles : tel est le dosage retenu par le gouvernement dans son plan de rétablissement des comptes de l'assurance-maladie à l'horizon 2007. Il affiche ainsi sa volonté de se conformer au diagnostic, dressé le 15 janvier 2004, par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie qui avait souligné la dimension, aux deux tiers structurelle, du déficit. Mais si l'objectif politique du gouvernement est clair, les moyens de l'atteindre sont incertains. Et nul ne se risque, au ministère de la santé, à affirmer que les économies prévues seront bel et bien réalisées.

Elles reposent en effet, pour une bonne part, sur une modification du comportement des assurés sociaux et des professions de santé, par définition difficile à mesurer. Les dix milliards d'économies portent sur différents postes de dépenses, dont les principaux sont la maîtrise médicalisée (3,5 milliards), les médicaments et produits de santé (2,3 milliards), l'amélioration de la politique d'achat des hôpitaux (1,5 milliard) et le renforcement du contrôle des arrêts-maladie (800 millions). Le gouvernement attend, par ailleurs, un milliard d'euros d'économies sur les intérêts de la dette de la Sécurité sociale.

Les 3,5 milliards d'économies attendus de la maîtrise médicalisée reposent à la fois sur la mise en œuvre du dossier médical partagé, censé rapporter un peu moins d'un milliard en 2007, mais aussi sur le respect des protocoles de soins, des référentiels de bonnes pratiques et de l'ordonnancier bi-zone (500 à 700 millions d'euros). Ce document, réservé aux patients atteints d'une affection de longue durée (ALD), permet aux caisses de faire la part entre ce qui est pris en charge à 100 % et ce qui ne l'est pas. Conscient du fait que le respect des protocoles de soins et des référentiels de bonnes pratiques - tel celui relatif à l'usage d'antibiotiques en cas d'angine - suppose un surcroît de bonne volonté et de discipline des malades et des médecins, le ministère de la santé a retenu, dans ce domaine, un montant d'économies limité. Sensiblement plus modeste, en tout cas, que les chiffres avancés par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) ou par la Caisse nationale d'assurance-maladie. Dans son dernier point de conjoncture, daté de mai 2004, la CNAM évalue à "5 à 6 milliards d'euros" les économies possibles sur "les dépenses non médicalement justifiées", dont 1,2 milliard sur les médicaments et 2 milliards sur les ALD. Les 800 millions d'économies attendus du tour de vis sur les arrêts maladies sont également aléatoires : ils supposent que les procédures de renforcement des contrôles, que les patients et les médecins peuvent mal accueillir, soient utilisées à plein et partout.

Pour le reste, les chiffres gouvernementaux paraissent plus sûrs. Le ministère de la santé a retenu des montants d'économies sur les médicaments plutôt minorés par rapport aux chiffres avancés par l'industrie pharmaceutique. Le LEEM, organisation patronale des laboratoires, évalue à 1,5 milliard les économies potentielles d'une diffusion accrue des génériques. Les pouvoirs publics ont préféré tableter sur un gain d'un milliard d'euros. Les gains espérés de la rénovation de la politique d'achat des hôpitaux apparaissent ambitieux : 1,5 milliard d'euros. Le ministère de la santé fait toutefois remarquer l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris a fait 40 % d'économies sur ses dépenses de téléphone en renégociant son contrat avec France Télécom.

Au total, entre un quart et un tiers des dix milliards d'économies prévues fin 2007 sont aléatoires. C'est une des raisons pour lesquelles le secrétaire d'Etat à l'assurance-maladie, Xavier Bertrand

### **Le gouvernement révisé son projet de loi sur le droit des handicapés sous la pression des députés UMP Le Monde 5 juin 2004**

## ***Au cours des discussions à l'Assemblée nationale, les conditions d'accès à la prestation de compensation du handicap ont été assouplies. Les moyens de financement restent flous***

La discussion à l'Assemblée nationale du projet de loi sur le droit des personnes handicapées, commencée mardi 1er juin, aura donné lieu à des échanges - et à des avancées - tels qu'on en avait peu vu depuis le début de la législature. Sous la pression des députés du groupe UMP, la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées, Marie-Anne Montchamp, a en effet accepté, jeudi 3 juin, de voir le texte issu de la première lecture au Sénat largement modifié, notamment sur ce qui en constitue le "*cœur de cible*", selon son expression : le droit à la prestation de compensation du handicap, destinée à se substituer à l'allocation compensatoire pour tierce personne (ACTP).

Pour en arriver là, il aura fallu réunir plusieurs fois la commission des affaires sociales, afin de dégager une rédaction qui se rapproche du "*droit à compensation intégrale*" réclamé par les associations d'aide aux handicapés ainsi que par de nombreux députés. Mme Montchamp, sans accéder à l'intégralité des demandes des parlementaires, est allée jusqu'au bout de ce qu'elle pouvait accorder, voire un peu plus, puisque certains amendements ont été adoptés contre l'avis du gouvernement.

Le premier épisode est intervenu jeudi, en fin de matinée. L'opposition s'est alors indignée des conditions dans lesquelles se déroulait la discussion, après le dépôt en séance d'une centaine d'amendements gouvernementaux. "*On s'achemine vers un autre texte que celui examiné en commission*", s'est étonnée Hélène Mignon (PS, Haute-Garonne). Soucieux de "*mettre un peu d'ordre dans le débat*", le président (UMP) de la commission des affaires sociales, Jean-Michel Dubernard, a proposé que la commission se réunisse de nouveau "*pour que le gouvernement explique les raisons qui l'ont conduit à déposer de nouveaux amendements*".

Au retour, dans l'après-midi, le climat était presque apaisé. René Couaneau (UMP, Ile-et-Vilaine), qui avait été en pointe dans la bataille pour le droit à la compensation intégrale du handicap, reconnaissait "*des progrès considérables*" dans les propositions du gouvernement. De fait, la secrétaire d'Etat a levé en grande partie les conditions d'accès à cette prestation. Sur les conditions de ressources, d'abord : l'amendement présenté par le gouvernement précise que ne seront retenus pour la détermination du taux de prise en charge ni les revenus d'activité professionnelle de l'intéressé ni les ressources du conjoint ni les rentes viagères lorsqu'elles ont été constituées par la personne handicapée elle-même ou en sa faveur. Les frais restant à la charge du bénéficiaire ne pourront excéder 10 % de ses ressources nettes d'impôt.

Le gouvernement s'est par ailleurs engagé à supprimer dans un délai maximum de cinq ans toutes les dispositions opérant une distinction entre les personnes handicapées en fonction de critères d'âge.

### **"CALCULS D'ÉPICIER"**

Autant d'avancées saluées sur tous les bancs de l'Assemblée, sans pour autant que toutes les inquiétudes soient levées. La mise en œuvre de ces dispositions semble encore entourée de flou. Mme Montchamp a admis qu'elle espérait parvenir, "*d'ici à la deuxième lecture*", à "*mieux cerner l'enveloppe nécessaire*". Elle compte sur les différents groupes de travail mis en place par ses soins pour "*apporter des réponses, notamment sur le pilotage*" : "*La sagesse commande de ne pas prescrire de solution à ce stade*", concédait-elle.

En revanche, quand il s'est agi d'examiner l'amendement proposant d'abaisser à 5,5 % la TVA sur les aides techniques aux handicapés, la secrétaire d'Etat a été contrainte de s'y opposer. "*Vous avez lu une réponse préparée par Bercy*", a relevé Paulette Guinchart-Kunstler (PS, Doubs), rappelant qu'elle-même, lorsqu'elle occupait des fonctions ministérielles, avait dû faire la même réponse. "*Il faut que la morale l'emporte sur les calculs d'épicier*", a plaidé en vain Jean-Pierre Brard (app. PCF, Seine-Saint-Denis). Seuls 6 des 49 articles du projet de loi ont pu être examinés.

## **Un milliard d'économies par an attendu des génériques en 2007 Le Monde 5 juin 2004**

Comme à son habitude, c'est "*sur le terrain*" que Philippe Douste-Blazy a choisi de dévoiler l'une des nouvelles mesures de la réforme de l'assurance-maladie. Après le dossier médical partagé présenté dans une clinique de Toulouse et la lutte contre les arrêts maladie "*injustifiés*" révélée depuis la caisse primaire d'assurance-maladie de Sartrouville (Yvelines), le ministre de la santé a choisi le groupe pharmaceutique Servier à Gidy-la-Forêt (Loiret) pour exposer, vendredi 4 juin, son "*plan en faveur du développement du générique*", serpent de mer de la politique du médicament.

La montée en puissance des génériques - ces "copies" de molécules dont le brevet est tombé dans le domaine public - devrait "*procurer à l'horizon 2007 plus de 1 milliard d'euros d'économies annuelles pour l'assurance-maladie*", a assuré M. Douste-Blazy.

Pour y parvenir le ministre veut jouer sur trois leviers : la transcription en droit français d'une directive européenne qui fait passer de quinze à dix ans le délai à partir duquel un médicament peut être copié par un fabricant de génériques ; la baisse de 10 % du prix de ces produits déjà sur le marché et des prix inférieurs de 40 % à 50 % à celui du médicament de marque pour les nouveaux génériques ; l'application d'un tarif uniforme de remboursement à tous les produits

équivalents (ou "tarif forfaitaire de responsabilité") si un générique n'atteint pas, au bout d'un an, 60 % de part de marché.

Pour l'heure, la France accuse un fort retard dans le développement du générique. *"Il a représenté, en avril, 6 % du marché du médicament remboursable et 13 % des boîtes vendues en officine contre 30 %, 50 % et 51 % chez nos voisins allemands, anglais et américains"*, a indiqué le ministre.

Les économies escomptées font écho aux conclusions d'une étude prospective récemment présentée par Claude Le Pen, professeur en économie de la santé, montrant que la Sécurité sociale pourrait économiser au moins 1 milliard d'euros par an dès 2006 grâce aux génériques (*Le Monde* du 29 mai).

### **MÊME EFFICACITÉ**

Selon plusieurs sondages, les Français sont de plus en plus nombreux à être favorables à la prescription de ces produits (64 % en ont utilisé au moins un en 2003, contre 48 % en 2002) et à avoir intégré qu'ils avaient la même efficacité thérapeutique que leur équivalent de marque.

Mais dans un pays grand consommateur de médicaments, la politique en faveur des génériques permettra, certes, de maîtriser les dépenses mais ne changera rien à la longueur des ordonnances des médecins. Selon une étude de l'OCDE, publiée jeudi 3 juin, la France arrive en deuxième position, derrière les Etats-Unis, pour les dépenses de médicaments par habitant (570 dollars, contre 408 en Allemagne). Pour expliquer cette spécificité hexagonale, l'OCDE note *"la moindre résistance des médecins à l'industrie pharmaceutique venue leur présenter ses nouveautés, notamment parce qu'il n'y a pas en France de formation médicale continue indépendante"*.

### **Un médicament prescrit sur cinq a peu d'effet thérapeutique Le Monde 5 juin 2004**

Les médecins usent, et parfois abusent, des médicaments à service médical rendu (SMR) insuffisant. Selon une étude publiée, mardi 1er juin, par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes, ex-Credes), leur prescription est une *"pratique courante : en 2001 un produit prescrit sur cinq relève de cette catégorie"*. A l'heure où le ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy, est censé poursuivre le processus de déremboursement de ces médicaments, engagé en 2003 par son prédécesseur, ce document tombe à point nommé.

Les médecins utilisent surtout ces produits pour soigner les jeunes enfants et les personnes âgées et, *"plus les ordonnances sont longues, plus la proportion de médicaments à SMR insuffisant est importante"*. Globalement, 60 % des lignes de prescription de ces produits se concentrent dans trois groupes de pathologies : les maladies de l'appareil respiratoire (100 % des expectorants et 50 % des antitussifs sont concernés), celles de l'appareil circulatoire (avec les veinotoniques, certains vasodilatateurs et les antivariqueux à usage local) et, enfin, les maladies infectieuses et parasitaires (avec notamment les anti-diarrhéiques).

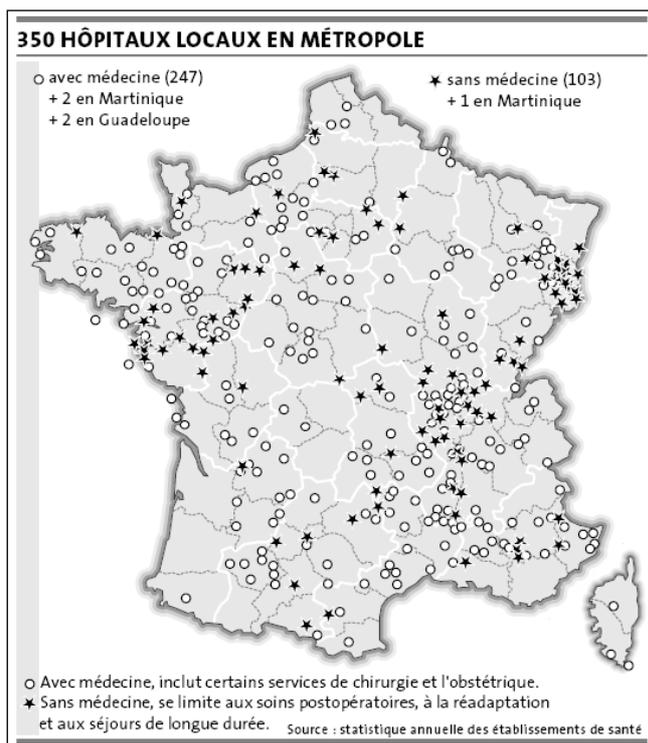
Dans certains cas - le traitement de la diarrhée ou de la rhinopharyngite, par exemple - *"les produits à SMR insuffisant semblent être prescrits en supplément sur l'ordonnance"*, note l'Irdes. Ils pourraient donc être aisément supprimés et entraîner *"des économies directement mesurables"*. 159 médicaments entrent dans cette catégorie. Dans d'autres pathologies, *"il est possible de substituer ces médicaments par d'autres produits ayant un SMR supérieur"*, ce qui n'entraînerait aucun impact sur le coût de la prescription. Enfin, certains produits à SMR insuffisant ne disposent d'aucune alternative mais *"pourraient faire l'objet de reports vers d'autres classes thérapeutiques ou vers des alternatives non médicamenteuses"*.

### **Le débat sur l'avenir des hôpitaux de proximité est relancé Le Monde 5 juin 2004**

***En affirmant, le 29 mai, qu'il souhaitait les préserver, le ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy, a suscité espoirs et doutes. En Midi-Pyrénées, le combat des habitants de Saint-Affrique pour garder leur hôpital est devenu emblématique du refus des "zones blanches"***

Dans son bureau toulousain de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), Pierre Gauthier concède qu'il ne sait pas exactement combien Midi-Pyrénées compte d'hôpitaux de proximité. *"Une douzaine"*, risque le directeur de l'ARH, qui contrôle pourtant l'en-semble des établissements de santé de la région, publics et privés. Le problème, c'est que la notion même d'"hôpital de proximité" ne possède aucune définition légale. *"C'est une appellation commode et très subjective"*, résume M. Gauthier.

Entre les 18 "hôpitaux locaux" et la vingtaine de "centres hospitaliers" recensés par l'ARH de Midi-Pyrénées, l'introuvable "hôpital de proximité" constitue au sein de l'organisation hospitalière française, définie par une loi de 1991, *"le chaînon manquant"*, selon Pierre Chevallier, anesthésiste à Saint-Affrique (Aveyron). Comme pour illustrer son propos, l'hôpital de cette petite commune du sud de l'Aveyron ne figure plus sur les listes de l'ARH. Il a été administrativement rattaché à l'hôpital de Millau, distant d'une quarantaine de kilomètres, au sein d'un "centre hospitalier intercommunal" (CHIC).



Craignant la disparition programmée de son hôpital, la population de Saint-Affrique a fortement réagi. La semaine dernière, une petite délégation s'est rendue à Toulouse pour déposer devant les bureaux de l'ARH un cer-cueil, symbole de la mort annoncée de ces hôpitaux qui n'ont pas d'existence légale. La résistance de Saint-Affrique est devenue emblématique du combat pour le maintien des hôpitaux de proximité. Une Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité, regroupant 77 établissements, a été constituée dans la petite ville aveyronnaise, le 4 avril. Elle doit se réunir en assemblée générale ce week-end, à Ambert (Puy-de-Dôme). Dans le sud de l'Aveyron, on ne se bat plus, comme dans les années 1970, contre l'extension du camp militaire sur le plateau du Larzac, mais pour le plateau technique de l'hôpital.

Afin de conserver les services de chirurgie et de réanimation à Saint-Affrique, cinq personnes n'ont pas hésité à mener une grève de la faim (*Le Monde* du 30 octobre 2003). Si tous les combats ne sont pas aussi radicaux, l'attribution d'un scanner ou d'un appareil IRM fait souvent l'objet de sourdes batailles entre l'ARH et les élus locaux dans la plupart des petites villes de la région. Lors de sa récente visite à l'hôpital de Gourdon (Lot), le ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy, n'a pas oublié d'assurer la maire, Arlette Feixa (UMP), anesthésiste de formation, de l'arrivée prochaine d'un scanner.

Pour tenter d'enrayer cette course à l'équipement, l'ARH préconise depuis longtemps des regroupements d'établissements. Les hôpitaux de Castelsarrasin et Moissac (Tarn-et-Garonne) ont ainsi fusionné, comme ceux de Foix-Pamiers (Ariège) et de Castres-Mazamet (Tarn), qui se sont lancés dans la construction de centres flambant neufs. Mais cette politique de mariages, parfois forcés, montre ses limites, comme l'illustrent les difficultés entre Millau et Saint-Affrique.

Le président du conseil régional de Midi-Pyrénées et président de l'Association des petites villes de France (APVF), Martin Malvy (PS), plaide pour l'élaboration de schémas d'organisation "plus démocratiques, non imposés par la tutelle". M. Malvy reconnaît cependant que l'institution qu'il préside n'a pas les moyens financiers de sauver de façon unilatérale la dizaine d'hôpitaux de proximité de la région, "menacés", selon les comptes de la coordination à Saint-Affrique.

Le conseil régional préfère, aujourd'hui, mettre en avant les avancées de la télémédecine, qui permet de relier les établissements grâce à des liaisons haut débit. Lancé par le professeur Louis Lareng, ancien conseiller régional (PS), le réseau de télémédecine de la région fait figure de pionnier en France.

### "MÉDECINS MERCENAIRES"

Les consultations à distance ne peuvent cependant pas remplacer les soins de proximité. L'autre originalité de Midi-Pyrénées est d'avoir intégré la notion de distance et de temps de parcours pour élaborer sa dernière carte sanitaire. Dans une région vaste comme le Danemark, où la population est très inégalement répartie entre la métropole toulousaine et des franges rurales et montagneuses, le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) établi en 1999 reconnaît une sorte d'"exception géographique", qui permet aux habitants d'être à moins de 45 minutes en voiture d'un centre hospitalier.

Cette volonté de proximité a permis de conserver des petites maternités réalisant moins de 300 accouchements par an, considérées comme "dangereuses" par certains experts. Ce fut le cas à Gourdon, notamment. A Saint-Affrique, le docteur Pierre Chevallier voudrait ériger ce principe en règle pour tous les services. L'anesthésiste a planché sur des cartes Michelin pour dessiner des "zones blanches", trop loin d'un hôpital. Il en a identifié trois en Midi-Pyrénées, dans le nord et le sud de l'Aveyron, ainsi que dans les Pyrénées.

Dans son bureau toulousain, M. Gauthier reconnaît l'existence de ces fameuses "zones blanches", qu'il repère même aux franges du Gers, et se déclare prêt à défendre le principe d'un temps d'accès maximum de 45 minutes. Mais le directeur de l'ARH souligne également le problème des médecins "mercenaires", recrutés à prix d'or par des petits hôpitaux qui n'arrivent plus à attirer des spécialistes permanents en raison de la démographie médicale. Pour M. Gauthier, ces "mercenaires" ne sont pas seulement coûteux, mais aussi "dangereux".

Pour pallier les désaffections médicales dans certaines zones rurales, faudra-t-il imposer une "obligation de service" de deux ans aux jeunes spécialistes ? C'est l'une des dix propositions faites à Saint-Affrique par l'APVF. Dans la petite commune au pied du Larzac où il a choisi d'exercer depuis vingt ans, l'anesthésiste Pierre Chevallier soupire, tout en riant : "Les jeunes confrères préfèrent l'Afrique à Saint-Affrique."

### **Les associations attendent "des précisions et des mesures concrètes"** **Le Monde 5 juin 2004**

"la logique pour moi est d'arrêter de dire que les hôpitaux locaux vont tous fermer comme on l'a dit précédemment. Mon but est de les garder et d'y mettre en place une activité médicale." Cette déclaration du ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy, faite samedi 29 mai (*Le Monde* du 1er juin) lors d'une visite à l'hôpital de Gourdon (Lot), suscite étonnement et scepticisme dans les rangs de ceux qui défendent les hôpitaux de proximité, au nom de l'égalité d'accès aux soins et de la sauvegarde du monde rural.

Etonnement d'abord parce que ce discours tend à rompre avec la politique de restructuration hospitalière engagée depuis plusieurs années et qui doit se poursuivre dans le cadre du plan "Hôpital 2007". Scepticisme ensuite dans la mesure où le terme d'"activité médicale" reste vague. "Nous avons été agréablement surpris par le discours de M. Douste-Blazy, qui va à contre-courant de celui de son prédécesseur, mais nous attendons des précisions et des mesures concrètes", résume Mathieu Sarda, chargé de mission sur les questions de santé à l'Association des petites villes de France (APVF).

"Nous prenons acte d'un changement de vocabulaire, d'une évolution par rapport au traditionnel discours "tout ce qui est petit est trop cher et pas assez sûr", souligne Alain Fauconnier, maire (PS) de Saint-Affrique (Aveyron) et président de la toute jeune Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité.

Surtout, il y a une grande différence de fonction entre un hôpital local qui n'assure, par exemple, que des soins de suite postopératoire ou de réadaptation et un centre hospitalier de proximité avec des services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique qui permettent de dispenser les soins adaptés en cas d'accident ou de pathologies courantes. Ce sont ces derniers qui - pour ceux qui militent contre les fermetures d'établissement - permettent véritablement de répondre au problème de santé publique et d'aménagement du territoire.

### **PROBLÈME DÉMOGRAPHIQUE**

"C'est vrai qu'il ne faut pas croire qu'il y aura des plateaux techni-ques très perfectionnés dans tous ces hôpitaux", a précisé M. Douste-Blazy. Pour les hôpitaux locaux - qui en sont souvent dépourvus et qui fonctionnent avec des médecins généralistes payés à l'acte -, le ministre a promis qu'il veillerait à ce que les 88 millions d'euros promis en 2003 leur soient bien attribués. "Je viens de nommer une commission pour faire le point sur ces aides financières et réfléchir aux moyens d'augmenter le nombre de lits de médecine", a-t-il déclaré. Pour l'ensemble des hôpitaux de proximité, M. Douste-Blazy a annoncé une revalorisation, d'ici trois mois, de l'enveloppe forfaitaire, établissement par établissement. Cette mesure devrait leur permettre de poursuivre leur mission d'intérêt général, tout en rassurant les médecins qui redoutent que la réforme sur la tarification à l'activité ne soit défavorable aux hôpitaux de proximité.

Reste que tous ces hôpitaux sont confrontés au problème majeur de la démographie médicale à l'heure où certaines spécialités (chirurgie, anesthésie, obstétrique) enregistrent, au niveau national, une pénurie de praticiens et où certaines zones géographiques sont désertées par les médecins. Le ministre de la santé a reconnu que les incitations financières à l'installation de médecins en zone rurale "ne marchent pas". De nouvelles propositions pour les hospitaliers devraient être faites dans les trois mois et le décret fixant la carte des zones médicalement désertifiées devrait être prochainement revu car, estime M. Douste-Blazy, trop peu sont concernées. De son côté, l'APVF estime qu'"il faut donner aux agences régionales d'hospitalisation (ARH) les moyens d'un contrôle plus effectif sur la liberté de mouvement du personnel médical et hospitalier" et propose d'instituer "une obligation de service d'au moins deux ans dans les petites structures pour les jeunes spécialistes".

Réclamant "un moratoire" des restructurations hospitalières, la Coordination nationale de défense des hôpitaux de proximité s'étonne que "les technocrates attendent dix ans de statistiques pour découvrir qu'un désert hospitalier est suivi d'un désert sanitaire (fuite des généralistes) puis d'un désert tout court".

### **Le débat sur la libre circulation des données de santé** **Gilles Johanet : « Les assureurs sont d'accord pour être contrôlés »** **Le Quotidien du Médecin 3 juin 2004**

Chargé aux AGF des activités de santé et d'assurances collectives, l'ancien directeur de la Caisse nationale d'assurance-maladie (Cnam), Gilles Johanet, considère l'accès des complémentaires aux informations relatives à la santé de leurs assurés comme indispensable dans un système où la régulation des dépenses se fonde sur la qualité et la performance des soins.

**LE QUOTIDIEN - Vous avez participé à un colloque sur la transmission des données de santé. Ce sujet est-il devenu crucial pour la bonne marche de notre système de santé ?**

**GILLES JOHANET** - Complètement. Je crois que la conclusion particulièrement nette sur ce point du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie le démontre. En matière de données de santé, nous sommes devant une évolution qui fait de « la libre circulation la règle et de la rétention, l'exception ». Pourquoi ? Parce qu'il y a, aujourd'hui, consensus : la qualité et la pertinence des soins doivent être les moteurs de la régulation. Pour que cela fonctionne, il faut savoir ce qu'on consomme. Cela étant, que la libre circulation des données de santé suscite des craintes, nous pouvons le comprendre. Mais nous ne réclamons pas un blanc seing. Nous disons seulement aux pouvoirs publics : si vous nous laissez à l'extérieur - ou si, *a fortiori*, vous ne mettez pas en oeuvre cette libre circulation des données de santé - ne comptez pas sur une amélioration de la performance du système. On serait dans une logique de maîtrise comptable, la question serait autre. Mais dans un système de maîtrise médicalisée, on s'intéresse à chaque acte. Et on privilégie la continuité et la coordination des soins.

**En matière de données de santé, quelles sont les doléances des organismes complémentaires ?**

Il faut partir de ce constat : à l'heure actuelle, les assureurs complémentaires n'ont pas le droit d'accéder à quelque donnée de santé que ce soit. Ils reçoivent des agrégats du régime général (auquel cela coûte d'ailleurs très cher) et ils paient leurs assurés à l'aveugle. Si, un jour, le gouvernement décide de dérembourser totalement 425 médicaments, nous ne pourrions pas choisir, nous assureurs complémentaires, de maintenir le remboursement pour une partie d'entre eux... Les assureurs complémentaires sont soupçonnés des pires maux. Je note d'ailleurs que si tous les reproches que j'entends étaient avérés, leurs profits seraient rutilants, ce qui n'est pas vraiment le cas en assurance santé ! Nous tenons à ce que l'on ne pratique pas l'amalgame entre l'assurance vie (qui est obligatoirement sélective) et l'assurance santé où 95 % des contrats ne sont pas sélectifs - ils ne le sont pas, d'ailleurs, d'emblée puisque le gros risque est pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire.

**Comment calmer les inquiétudes que vous évoquez et qui, malgré tout, ne manquent pas de se manifester quand on évoque l'accès des assureurs privés aux données de santé ?**

Deux choses. Il faut d'abord un accord entre les pouvoirs publics ou l'AMO [assurance-maladie obligatoire, c'est-à-dire le régime de base] et l'AMC [assurance-maladie complémentaire] sur la répartition données nominatives/données anonymes. Ensuite, il est important de comprendre qu'au-delà d'un cahier des charges initial, les assureurs sont parfaitement d'accord pour être contrôlés. Sur pièces et sur place. Que ce soit par la Cnil ou par un autre organisme. Pour ce contrôle, le paradigme doit changer : la prévention sera ringarde et la répression moderne. Car si on interdit trop *a priori*, on ne peut rien faire. On est même en porte-à-faux croissant avec nos assurés qui sont de plus en plus exigeants et appliquent cette exigence à une offre de soins de plus en plus diversifiée. Prenons l'exemple des médicaments à spectre étroit et à coût élevé. Face à ces médicaments, si on veut maîtriser la dépense, il faut forcément un effet nominatif. Si c'est interdit, alors il y aura étranglement de l'offre et de la demande. La seconde grande régulation relève moins des pouvoirs publics que de l'individu. Que souhaitez-vous ? Il faut son accord et la question qu'il doit se poser est celle de l'équilibre entre la protection de sa vie privée et sa perte de chance sanitaire. En fonction de ces deux données un peu contraires, chacun doit doser lui-même son degré de transparence.

**Le futur dossier médical partagé devra-t-il être l'élément pivot de la transmission des données de santé ?**

Il peut être un élément tout à fait capital mais on n'en est pas là - ce « on » étant tout le monde puisque le ministre de la Santé ne prévoit pas la généralisation du dossier médical avant juillet 2007. Gérer les données de santé, c'est très coûteux, très compliqué. Les assureurs aimeraient bien commencer simplement. Par le médicament et les dispositifs médicaux, par exemple - les volets prescription et diagnostic étant extraordinairement complexes sur le plan éthique et médical.

Vous présidez désormais le comité chargé de l'assurance-maladie au sein de la Ffsa (Fédération française des sociétés d'assurance). Quel regard portez-vous à ce titre sur le projet de réforme de l'assurance-maladie défendu par Philippe Douste-Blazy ?

Au comité maladie de la Ffsa, nous avons deux soucis. Celui de l'accès aux données, clef de voûte de la qualité. Celui de la coordination entre l'assurance-maladie obligatoire et l'assurance-maladie complémentaire. Dans le cadre d'objectifs de santé publique, nous disons oui à une convergence, non à une uniformité qui serait un jeu perdant/perdant. Nous faisons le constat basique que l'AMO en France ne rembourse pas toutes les utilités médicales secondes et ne peut pas le faire - la ressource est limitée quand la demande est, peut-être, illimitée. Soit. Dans ces conditions, deux réglementations sont possibles : l'uniformité de remboursement AMO/AMC (mais cela correspond à une perte de chance avérée pour les assurés) ; la création d'un espace pour l'AMC. Dans le second cas, l'AMC ne déciderait pas, bien sûr, de ce qui relève de l'utilité médicale seconde mais elle pourrait, comme n'importe quelle partie prenante, constater que tout un champ n'est pas couvert par l'AMO et l'investir. Pour le reste, cette réforme est une étape. Il y en aura d'autres.

**Réforme de la Sécurité sociale  
Doust-Blazy lance la chasse aux arrêts maladie abusifs**

### **Le Quotidien du Médecin 3 juin 2004**

En visite dans un centre de contrôle médical à Sartrouville, le ministre de la Santé a dans le collimateur « 2-3 médecins » surprescripteurs par département.

« DEUX-TROIS MÉDECINS par département, pas plus, sont des "spécialistes" des arrêts maladie (...). 0,5 % d'arrêts de courte durée contrôlés, cela ne suffit pas », au regard des « 212 millions de journées » d'arrêts indemnisés par an, a martelé Philippe Douste-Blazy devant une forêt de micros et de caméras, lors d'une visite au centre de contrôle médical de la Sécurité sociale de Sartrouville (Yvelines). Le ministre de la Santé et de la Protection sociale a répété ces chiffres clés en soulignant qu'il ne fallait « pas rejeter la culpabilité sur tous les médecins et tous les malades ».

Philippe Douste-Blazy s'est déclaré favorable à la défense du « système beau et généreux » des arrêts maladie, « mais s'il y a des gens malhonnêtes, il faut les arrêter ». D'où le renforcement du dispositif de contrôle dans l'avant-projet de loi sur la réforme de l'assurance-maladie (« le Quotidien » du 1er juin) qui vise à économiser, a précisé Philippe Douste-Blazy, « 1 milliard d'euros » sur les « 5,2 milliards d'euros par an » que coûtent les arrêts maladie à la Sécu. Le texte prévoit en cas d'« utilisation abusive des prescriptions d'arrêts de travail ou de transports » non seulement d'« éventuelles sanctions financières », mais une « mise sous contrôle de l'activité de prescripteur du médecin » pendant six mois au maximum, soit par un refus de la caisse de payer les indemnités journalières et transports prescrits, soit par une prise en charge des prescriptions « subordonnée à un accord préalable du contrôle médical ».

D'autre part, l'avant-projet de loi veut inciter les 2500 médecins-conseils des caisses à vérifier de plus près la justification médicale des arrêts de travail continus de moins de six mois ainsi que les arrêts courts mais répétitifs. Enfin, le ministre de la Santé a confirmé qu'un assuré en arrêt maladie - alors qu'il n'est pas malade - passera à l'avenir « devant une commission composée de médecins libéraux et de médecins-conseils » et, « s'il est solvable, il pourra être amené à rembourser » les indemnités journalières indûment perçues. Une mesure approuvée pour son « effet dissuasif » par le directeur de la Caisse nationale d'assurance-maladie (Cnam), qui accompagnait le ministre à Sartrouville. « La loi permettra de renforcer notre action », a ajouté Daniel Lenoir. Le directeur de la Cnam a néanmoins rappelé au ministre que sa caisse avait engagé « dès 2003 » un plan d'action consacré aux arrêts de travail, qui a donné lieu à « 80 000 contrôles ciblés » l'an passé et au constat de « 22 % de fraude » parmi les cas recensés comme atypiques. En revanche, la Cnam estime à « 6 % » le taux d'abus sur l'ensemble des arrêts maladie. Daniel Lenoir a rappelé aussi que la courbe de croissance des indemnités journalières « s'est infléchie dès juillet 2003 » (passant de + 11 % en 2002 à une tendance prévisionnelle de + 4,5 % en 2004), d'où la nécessité aujourd'hui de « mesures plus structurelles, notamment l'accompagnement dans les entreprises ».

Philippe Douste-Blazy a pour sa part adressé le message suivant aux chefs d'entreprises : « Attention de ne pas confondre arrêts de travail et préretraites. L'Unedic, c'est une chose, l'assurance-maladie, c'en est une autre. » Le comportement des employeurs n'est pas la seule limite, semble-t-il, à la chasse aux abus lancée par Philippe Douste-Blazy. Une responsable du service médical de la Cnam de Sartrouville a mis l'accent sur les difficultés rencontrées par le contrôle des arrêts très courts et « le manque de référentiels » en France, contrairement au système allemand. « L'Anaes [Agence nationale d'accreditation et d'évaluation en santé, Ndlr] déplore que le sujet soit assez peu documenté en France », confirme le directeur de la Cnam, selon lequel un premier référentiel sur les lombalgies devrait cependant être publié « en septembre ». Daniel Lenoir souhaite en tout cas que les règles, en matière de prescription, s'appliquent aussi à l'hôpital dont les praticiens prescrivent 16 % des arrêts de travail. Le ministre envisage à cet égard « une responsabilisation financière » de l'hôpital à travers « des conventions » conclues entre les unions régionales des caisses d'assurance-maladie (Urcam) et les agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

### **Le ministre de la Santé annonce une revue de mesures Les hôpitaux locaux et de proximité satisfaits d'être enfin « reconnus » Le Quotidien du Médecin 3 juin 2004**

*Le ministre de la Santé vient d'annoncer une série de mesures en faveur du maintien des petits hôpitaux publics, qu'ils soient locaux ou dits « de proximité ».*

EN DÉPLACEMENT au centre hospitalier de Gourdon, dans le Lot, le ministre de la Santé a annoncé une série de mesures en faveur des hôpitaux locaux et des hôpitaux de proximité. Les premiers ne sont pas voués à la fermeture, assure Philippe Douste-Blazy : « Mon but, a-t-il dit, est de garder (les hôpitaux locaux) et d'y mettre en place une activité médicale. » Quant aux hôpitaux de proximité, le ministre promet de les rendre attractifs pour y faire venir les médecins. Ses propos ont été bien accueillis par ceux, professionnels, élus et usagers, qui militent pour le maintien de ces petits établissements ruraux. Le Dr Emile Mania, qui s'est battu et se bat encore pour que survive l'hôpital de Saint-Affrique, fusionné depuis 2000 avec l'hôpital de Millau, en Aveyron, salue « un discours neuf, qui reconnaît notre utilité, qui peut être le départ d'une véritable réforme pour nos hôpitaux, et qui, je l'espère, signera l'arrêt du démantèlement des petits hôpitaux par les ARH » (agences régionales de l'hospitalisation). En préambule de son discours, Philippe Douste-Blazy s'est attaché à distinguer les deux catégories d'établissements. Les hôpitaux locaux, au nombre de 355, représentent le tiers des établissements publics français. Souvent dépourvus de plateau technique, ils fonctionnent en milieu rural avec des médecins généralistes payés à l'acte. La définition des hôpitaux de proximité (environ 150) est en revanche plus floue. Suggestion du Dr Mania : « Pour moi, un hôpital de proximité est une unité hospitalière rurale, qui dispense des soins continus en MCO (médecine chirurgie obstétrique), qui a un service d'urgences, de radiologie, de biologie et un plateau technique minimal. »

L'artisan et l'usine. S'il n'a pas précisé sa conception de l'hôpital de proximité, Philippe Douste-Blazy a annoncé la revalorisation, dans les trois mois à venir, de l'enveloppe forfaitaire attribuée à chacun de ces établissements. Cela afin de leur permettre de continuer à assurer leurs missions d'intérêt général alors que se met en place la T2A (tarification à l'activité), qui adosse les ressources des hôpitaux sur leur activité. Pour le Dr Mania, de Saint-Affrique, cette mesure va « dans le bon sens ». « Entre l'hôpital de proximité et le CHU, c'est comme entre l'artisan et l'usine qui travaille à la chaîne : on ne peut pas se battre sur le même pied d'égalité », commente-t-il. Avec ce coup de pouce financier, le ministre espère attirer les médecins dans ces hôpitaux excentrés, de plus en plus désertés par les blouses blanches. Aux hôpitaux locaux, Philippe Douste-Blazy a assuré qu'il veillerait à ce que les 88 millions d'euros fléchés l'an dernier leur seront correctement attribués.

Il a aussi annoncé la nomination d'une commission « présidée par le directeur des hôpitaux, Edouard Couty, dans laquelle il y aura également des médecins généralistes et des élus locaux pour faire le point, avec l'ARH, sur ces aides financières » et réfléchir aux moyens d'augmenter le nombre de lits de médecine. Abordant la question de la continuité des soins, Philippe Douste-Blazy a déclaré qu'il souhaitait créer « un maillage des urgences, pour les gens qui habitent en zone rurale n'aient pas moins de chances que les autres vis-à-vis des urgences vitales ». « Vous avez aujourd'hui des zones qui sont malheureusement blanches de Smur », a-t-il déploré, en souhaitant « que l'on passe des conventions entre les Samu et certains médecins généralistes que l'on formerait, à qui l'on fournirait les matériels nécessaires et qui, dès l'instant où le 15 les appellerait, iraient au chevet du malade ». Le ministre entend améliorer la coordination entre médecine libérale et hôpital, grâce à l'élaboration prochaine d'« une convention entre l'ARH et l'URCAM (union régionale des caisses d'assurance-maladie, ndlr) pour mieux définir la permanence des soins et la politique d'installation ». Le coordination nationale des comités de défense des hôpitaux de proximité, créée début avril à Saint-Affrique, se réunit les 5 et 6 juin à Ambert, dans le Puy-de-Dôme ([www.coordination-nationale.org](http://www.coordination-nationale.org)). Il sera notamment question d'établir une cartographie précise des zones blanches, c'est-à-dire sans couverture médicale, en France.

***Le projet d'extension de la CMU  
10 % de bénéficiaires en plus  
Le Quotidien du Médecin du 2 juin 2004***

LA MESURE, a-t-on annoncé à Matignon, ne sera pas forcément liée au projet de loi de réforme de l'assurance-maladie. Eventuellement prise par décret, elle pourrait même être effective « assez rapidement » <<S>. Il s'agit du relèvement des plafonds de ressources ouvrant droit à la couverture maladie universelle (CMU). Le Premier ministre avait dévoilé son intention en annonçant mercredi dernier sur France Inter l'extension à 300 000 enfants supplémentaires et à leurs familles de l'accès gratuit aux soins. Un projet un peu mystérieux jusqu'à ce que, en fin de semaine, Matignon le relie à la CMU : « Le barème va être réajusté vers le haut. » <<S> De quelle ampleur sera le réajustement ? Nul ne le sait encore mais l'enveloppe dégagée se situera « aux alentours de 200 millions d'euros » <<S>. La CMU concerne aujourd'hui 4,8 millions de personnes. Avec le relèvement des plafonds, « il y aura environ 10 % de bénéficiaires en plus » <<S>, selon Matignon, dont les 300 000 enfants évoqués par le Premier ministre. En tout, ce sont entre 600 000 et 700 000 personnes de plus qui devraient pouvoir, par le biais de la CMU, accéder à une assurance-maladie complémentaire - 7 % des Français en sont aujourd'hui dépourvus.

**Quid du crédit d'impôt ?** La CMU - créée en 1999 pour permettre un accès aux soins des personnes à faibles revenus - est attribuée sous condition de ressources, soit 566,50 euros nets par mois actuellement pour une personne seule, 283 euros pour la deuxième personne de la famille et 170 euros à partir de la troisième. Si le gouvernement devait effectivement étendre le dispositif à davantage de bénéficiaires, la question se poserait de l'avenir d'une promesse électorale faite aux mutuelles par Jacques Chirac : celle du « crédit d'impôt », aide fiscale à l'acquisition d'une mutuelle, qui permet d'éviter les effets de seuil qui accompagnent forcément les plafonds de ressource de la CMU. Pour l'heure, Matignon assure que crédit d'impôt et extension de la CMU ne sont pas incompatibles.

***Numerus clausus : 7 000 étudiants à l'horizon 2006  
Le Quotidien du Médecin du 2 juin 2004***

Lors de la séance des questions d'actualité à l'Assemblée nationale, la semaine dernière, le ministre de la Santé a confirmé, une nouvelle fois, qu'il fallait « augmenter le nombre de places au concours de première année de médecine, pour arriver à 7 000 » ; mais, a-t-il précisé, « ce chiffre ne sera pas atteint avant 2006 ». Ainsi, après avoir annoncé en avril son intention d'augmenter le nombre d'étudiants autorisés à passer en seconde année d'étude de médecine de 5 600 à 7 000, Philippe Douste-Blazy a précisé l'échéance de cette hausse (« le Quotidien » des 30 avril et 4 mai). Interrogé par le député UMP de Haute-Vienne, Alain Marsaud, sur la situation démographique précaire des spécialistes du cancer, le ministre de la Santé a également indiqué que le nombre d'internes, de chefs de clinique et de praticiens hospitaliers dans la filière oncologie devrait être augmenté. Avec 7 000 étudiants, le ministre se rapproche des recommandations du rapport Berland sur la démographie des professions de santé. Le doyen de la faculté de Marseille préconisait un *numerus clausus* de 8 000 en 2007. L'annonce du ministre a satisfait la Conférence des doyens de faculté de médecine qui réclame depuis plusieurs années une hausse significative du *numerus clausus* à l'issue du Pcem1. « Nous atteindrons l'objectif 7 000 avec un an d'avance mais cela ne posera pas de problèmes aux facultés pour organiser l'accueil des étudiants », a commenté le Pr Bernard Charpentier, président de la Conférence des doyens. Le

*numerus clausus* pour l'année 2005 devrait être annoncé en septembre ou octobre, après concertation entre les ministères de la Santé et de l'Éducation nationale.

### ***Le président de la CMH juge la politique hospitalière du gouvernement***

***Le Quotidien du Médecin du 2 juin 2004***

***Le Dr Aubart : en finir avec une organisation vieille d'un siècle***

Le Dr François Aubart, président de la Coordination médicale hospitalière (CMH), explique pourquoi, à son sens, l'hôpital doit réviser les règles de son fonctionnement interne en gardant le cap tracé par Hôpital 2007.

LE QUOTIDIEN - En dévoilant, mardi dernier, ses projets pour l'hôpital public (« le Quotidien » du 27 mai), Philippe Douste-Blazy a-t-il répondu à vos attentes ?

Dr FRANÇOIS AUBART Non. L'hôpital public vit à crédit et l'assurance-maladie est surendettée. Pour autant, la crise financière ne sera pas résolue à coup de milliards virtuels. Il faut de l'argent, notamment, c'est vrai, pour remettre les finances hospitalières à zéro, mais il en faut surtout pour investir. Trois dossiers sont prioritaires. Celui, d'abord, de l'université médicale : on ne peut pas passer d'un *numerus clausus* de 5 500 à 7 000 sans donner à l'université les moyens d'accueillir les étudiants supplémentaires. Celui, ensuite, de la restructuration architecturale (un aspect positif du plan Hôpital 2007). Et puis il y a le fameux dossier médical partagé informatisé : l'Angleterre, pays plus avancé que nous en la matière, consacre à ce projet près de 4 milliards de livres (soit près de 6 milliards d'euros - ndlr) ; Philippe Douste-Blazy est resté dans des propositions financières très en-deçà et dans un flou organisationnel préoccupant.

La réforme de la gouvernance des hôpitaux, c'est-à-dire leur réorganisation interne, est en suspens. Pourquoi considérez-vous cette situation comme préjudiciable ?

Parce que ceux qui privilégient à l'hôpital un système de financement et de fonctionnement envahi par l'administration et fondé sur une organisation qui date du siècle dernier mettent les plus faibles et les moins informés des malades dans de mauvaises conditions de prise en charge. Le changement d'organisation doit accompagner la réforme du système de santé, laquelle doit faire tomber les barrières entre la ville et l'hôpital et, à l'intérieur de l'hôpital, remettre le malade au centre de tout. L'organisation en pôles et en services projetée n'est pas parfaite. Elle peut être améliorée. Mais c'est une direction à tenir.

Jusqu'où peuvent aller les « changements d'organisation » que vous prônez ?

L'hôpital de Saint-Affrique donne un exemple de ce qui est à revoir. Cet hôpital doit être maintenu, mais tous les professionnels savent bien que la chirurgie doit y être arrêtée. Parce qu'il y a les moyens pour les patients d'avoir, autrement, une prise en charge de meilleure qualité avec une meilleure coordination des soins. A Saint-Affrique, on est devant une apparence. On fait semblant de...

Que pensez-vous du projet du ministre d'établir un classement officiel des hôpitaux dès l'an prochain ?

Les hospitaliers ont pris conscience de l'importance de travailler avec des indicateurs de qualité et de performance. Il ne faut pas briser cela par la publication de hit-parades réducteurs et trop rapides. Ce serait une grave erreur.

L'hôpital donne l'impression d'être plus divisé que jamais. Médecins et directeurs s'affrontent ; les organisations de médecins sont traversées par d'importantes tensions... Comment l'apaiser ?

Le fait est que l'hôpital a vu se multiplier les métiers qui interviennent autour du malade, il a vu se fragmenter le temps soignant et le temps des organisations et n'a pas abordé le temps de ce que j'appellerai la « gouvernance clinique », c'est-à-dire la coordination de tous ceux qui interviennent auprès du malade. A partir de cet émiettement des organisations, on ne peut retrouver de logique que par une prise de responsabilité médicale, la seule que le patient est à même d'identifier. Derrière cela, il y a bien sûr les questions de coordination entre professionnels de santé, de coordination entre seniors et juniors à l'intérieur d'une même profession... mais ce qui doit être retrouvé, c'est la cohérence des équipes. L'équipe est ce qui fonde l'hôpital et sa désunion actuelle entraîne une perte de sens pour l'institution.

Vous allez manifester le 5 juin pour défendre l'assurance-maladie. Pourquoi ?

Au moins pour deux raisons. D'abord parce que l'accentuation de la pression financière exercée aujourd'hui et demain (puisque report de la dette il y a) sur les malades n'est pas acceptable. Ensuite parce que je considère que les projets de réforme, tout en repoussant à demain ou à après-demain des prises de décision douloureuses, ont en fait pour enjeu la détermination d'un panier de soins remboursés de façon variable et flottante. Et donc d'ouvrir le système aux mutuelles ou aux assurances privées. On est très loin des fondements de l'assurance-maladie solidaire.

PROPOS RECUEILLIS PAR KARINE PIGANEAU

### **Politique du médicament**

#### **Les Français contre les déremboursements**

## **Le Quotidien du Médecin du 2 juin 2004**

Le sondage « Quotidien du Médecin »-Espace social européen-TNS Sofres (1) montre une opposition des Français à des remboursements qui auraient d'ailleurs un impact limité sur les dépenses d'assurance-maladie : près de 3 personnes sur 4 déclarent tranquillement qu'elles demanderaient à leur médecin de leur prescrire des médicaments similaires mais remboursés.

SI 86 % DES FRANÇAIS (et même 94 % des employés) déclarent que leurs concitoyens consomment trop de médicaments, la tonalité est radicalement opposée quand on les interroge sur leur consommation personnelle : 4 % seulement déclarent consommer beaucoup de médicaments, 13 % assez et 63 % assez peu ... Autrement dit, les responsables d'une éventuelle surconsommation, ce sont les autres. L'attitude face à la perspective du déremboursement de certains médicaments est beaucoup plus nette : on constate qu'une majorité (57 %) des Français interrogés se déclarent plutôt (33 %) ou tout à fait (24 %) défavorables au déremboursement éventuel des médicaments destinés à la prise en charge (des maladies les moins graves). L'opposition au déremboursement est forte dans toutes les tranches d'âge et dans toutes les catégories socioprofessionnelles. Toutefois, si l'on isole les groupes comportant le plus fort pourcentage de sujets tout à fait défavorables au déremboursement, on retrouve parmi ceux qui s'opposent globalement à cette réforme (34 % contre 24 en moyenne) les foyers comportant au moins un enfant (29 %), ce qui recoupe sans doute en partie la tranche d'âge des 25-35 ans (29 %) ; on note aussi que les farouches partisans au remboursement sont plus nombreux dans les couches socioprofessionnelles défavorisées (29 %).

La substitution sans hésiter Si ces chiffres sont déjà démonstratifs, l'analyse du comportement des Français en cas de déremboursement est encore plus significative, d'autant qu'elle rappelle des phénomènes observés dans le passé. On constate en effet que 72 % des Français déclarent qu'ils demanderaient tout simplement à leur médecin de leur prescrire des médicaments similaires, mais qui seraient, eux, remboursés (au passage, on sait que ces derniers sont plus chers) ; 8 % décideraient de continuer à les utiliser en choisissant une mutuelle qui pourrait se substituer à la Sécurité sociale pour le remboursement. En définitive, il n'y a que 14 % de patients qui déclarent qu'ils continueraient à utiliser ces médicaments déremboursés et 4 % n'en prendraient plus. Autrement dit, la démarche économiquement « vertueuse » ne serait choisie que par une très faible minorité de Français.

Dr ALAIN MARIÉ

Voir « le Quotidien » du 27 mai. Rappelons que ce sondage a été mené téléphoniquement les 11 et 12 mai auprès de 940 personnes âgées de 18 ans et plus.

### **Assurance maladie**

**" Une réforme en profondeur de la médecine du travail s'impose "**

**L'Humanité 2 juin 2004**

***Évoquant l'augmentation des cancers, le toxicologue Henri Pézerat (1) juge urgente de responsabiliser les entreprises à l'égard de la santé au travail.***

Vous êtes un des signataires de l'Appel de Paris, lancé récemment par d'éminents scientifiques et intellectuels pour alerter sur les dangers de la pollution chimique pour la santé humaine. Quelle est, selon vous, la gravité de ces dangers ?

Henri Pézerat. Cet appel est l'occasion de lancer une campagne sur la nécessité d'un contrôle rigoureux de la toxicité de millions de produits chimiques, en particulier de pesticides, d'additifs divers dans les matières plastiques, les détergents et même dans la nourriture. Souvent, ces produits ont tendance à se stocker dans les graisses et vont ainsi être à même d'atteindre embryons et fœtus, puis de passer dans le lait maternel, d'autant plus qu'il s'agit de produits à longue durée de vie. Une des classes de produits particulièrement préoccupante est celle des " perturbateurs endocriniens ", capables d'altérer le fonctionnement du système qui régule l'ensemble des fonctions de l'organisme et aussi à même de favoriser, par exemple, plusieurs types de cancers dits " hormono-dépendants " (sein, prostate, testicules). Les institutions scientifiques se sont révélées à ce jour incapables de coordonner et de promouvoir la recherche sur les risques liés à ces millions de produits, bien que de plus en plus d'enquêtes indépendantes montrent qu'on les trouve non seulement dans les entreprises, mais dans nos appartements et tout simplement dans nos corps. Dans le sang d'une forte proportion des femmes atteintes de cancer du sein, on trouve des résidus de DDT, un pesticide interdit depuis trente ans en raison de sa forte toxicité. Qui s'en soucie à l'INSERM, au CNRS et à l'INRA ?

Les entreprises tirent-elles profit de cette situation ?

Henri Pézerat. Le lobbying des industriels de la chimie est particulièrement vigilant pour bloquer toute étude sur la toxicité de ces produits. C'est ainsi qu'Atofina (le groupe Total) a créé une structure - Action chimie et écologie - réunissant périodiquement tous les chercheurs dont les sujets de recherche concernent de près ou de loin les perturbateurs endocriniens. Ce qui lui permet, en distribuant des contrats aux bons élèves, en incitant à des pressions sur ceux qui ne feraient que révéler des vérités gênantes, de contrôler ce secteur sensible, alors que la quasi-totalité des laboratoires de toxicologie industrielle ont été détruits. Entre 1980 et 2000, le nombre de nouveaux cas annuels de cancers est passé de 170 000 à 278 000. D'où l'initiative de médecins, de scientifiques et d'intellectuels de réclamer une véritable politique de prévention et de précaution, face à la montée des risques. La croissance des maladies

professionnelles et en particulier des cancers est particulièrement vraie dans les entreprises, l'explosion des maladies liées à l'amiante en étant la tragique illustration.

Certains parlent de " mise en danger délibérée d'autrui ".

Henri Pézerat. C'est le cas, en particulier quand on voit des industriels refuser la substitution de molécules moins dangereuses à des cancérigènes avérés, mesure pourtant impérativement prescrite dans le Code du travail. Un exemple : dans une usine de chimie à Commeny, deux ateliers sur trois utilisent du chlorure de vinyle, un cancérigène bien connu. À cela s'ajoute l'utilisation, dans un de ces ateliers, d'un cancérigène à l'origine de dix-neuf tumeurs du rein en quelques années. Et l'industriel a en main toutes les données de toxicité, tout comme cela a été le cas pour l'amiante. Mais on est face à une démission du rôle de l'État.

N'exagérez-vous pas la puissance de ces groupes industriels ?

Henri Pézerat. Jugez-en par le dernier épisode en date, qui illustre les liens entre les pouvoirs économique et politique : l'offensive du lobby chimique international contre le projet européen REACH (pour le recensement et l'évaluation de la toxicité des produits chimiques). Se faisant le relais des industriels de la chimie, le secrétaire d'État américain Colin Powell a, l'an passé, envoyé de nombreux messages, via les ambassades américaines, aux gouvernements européens pour les sommer de s'y opposer. Et, de fait, Chirac, Blair et Schröder ont écrit ensemble, en septembre 2003, au président de la Commission européenne Romano Prodi, pour s'inquiéter de ce projet de réglementation européenne qui constituerait un coût " prohibitif " pour les entreprises. Peu après, le projet était vidé de l'essentiel de son contenu.

Le ministre de la Santé Philippe Douste-Blazy a placé la réforme de l'assurance maladie sous le signe de la " responsabilisation " des patients. Comment, selon vous, faudrait-il impliquer les entreprises ?

Henri Pézerat. La première " responsabilisation " consisterait à leur faire payer leurs arriérés de cotisations, mais je crains que le ministre ne se limite à contrôler la " validité " des arrêts maladie. Compte tenu de l'évolution de la société, il ne pourrait y avoir responsabilisation des entreprises que contrainte et forcée. Ce qui impliquerait une réforme profonde de la médecine du travail et un renforcement considérable - qualitatif et quantitatif - de l'inspection du travail et des DRIRE (directions régionales industrie recherche et environnement). Autant dire que l'on n'en prend pas le chemin avec l'actuel gouvernement.

Que faire pour faire avancer les choses ?

Henri Pézerat. Pour moi, il n'y a d'issue que dans la construction de mouvements sociaux extrêmement larges, sans exclusive, unissant syndicats, mouvements associatifs les plus divers et consommateurs, dans de puissants contre-pouvoirs. En matière de risque, on ne peut ni ne doit couper le monde du travail, et ses problèmes bien réels, de l'ensemble de la société. La santé publique, c'est aussi la santé au travail, la santé dans l'environnement. Les mouvements sociaux ne peuvent imposer leurs vues en laissant l'arme de la compétence en matière scientifique et médicale aux mains de leurs adversaires. Ils doivent donc aider un certain nombre de scientifiques et de médecins à les rejoindre pour construire des outils respectueux aussi bien de la rationalité scientifique que de la rationalité sociale. Enfin, l'arme judiciaire est efficace, les milliers de procès gagnés par les victimes de l'amiante ayant ouvert la voie. Encore faut-il utiliser cette voie de façon collective et politique pour faire évoluer le droit en matière de prévention et de précaution.

Entretien réalisé par Catherine Lafon

(1) Directeur de recherche honoraire au CNRS.

### **Le hold-up du MEDEF sur l'assurance maladie L'Humanité 2 juin 2004**

La sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles reporte sur l'assurance maladie des dépenses qui devraient être supportées par les employeurs.

En culpabilisant les salariés, accusés de creuser le déficit de la Sécurité sociale par leurs " abus " de médicaments, de soins, d'arrêts de travail, le gouvernement occulte volontairement la responsabilité des employeurs. Le fonctionnement et l'existence même de la branche accidents du travail, maladies professionnelles (AT-MP) de la Sécurité sociale ne sont jamais évoqués. Et pour cause : cela obligerait à poser la question du lien entre la santé et les conditions de travail, et à conclure que les vrais fraudeurs sont les employeurs.

La branche AT-MP occupe une place à part dans la Sécurité sociale, car depuis l'origine en 1946, elle est financée par des cotisations à la seule charge des employeurs, puisque les risques encourus par les salariés sont réputés créés par l'entreprise. Un système de cotisation " individualisée " a été conçu pour inciter les employeurs à mettre en place une politique de prévention des risques professionnels. Pour une entreprise de moins de 10 salariés, le taux de cotisation est fixé par secteur d'activité, selon l'importance des risques. Mais pour les entreprises entre 10 et 200 salariés, le taux intègre aussi le coût pour le régime des accidents et maladies du travail survenus dans l'établissement. Au-delà de 200 salariés, le taux est calculé uniquement en fonction ce coût. Autrement dit, la branche AT-MP facture à un employeur les dépenses en soins, indemnités journalières, et rentes, qu'elle a couvertes pour ses salariés. Censée moraliser le

comportement des employeurs, la modulation a un effet exactement inverse : les entreprises font tout pour déclarer le moins d'accidents et de maladies professionnelles possible. Les militants syndicaux dénoncent régulièrement les pressions exercées par les directions sur les salariés pour les dissuader voire les empêcher de déclarer les accidents du travail. L'objectif " zéro accident " affiché par certaines grosses entreprises témoigne moins d'un effort accru de prévention que d'une politique systématique de sous-déclaration des accidents.

Pour les maladies, le patronat bloque en permanence l'élargissement de la liste de maladies professionnelles reconnues et donc indemnisables par la branche AT-MP. Mais le phénomène de sous-déclaration découle aussi de la méconnaissance qu'ont les médecins, et a fortiori les salariés, de l'origine professionnelle des maladies, et de la procédure de réparation spécifique. Face à un cancéreux, le premier réflexe d'un médecin sera d'interroger le comportement individuel du patient (tabac, alimentation, etc.), et non ses conditions de travail, les substances auxquelles il est exposé huit heures par jour. Cette occultation du facteur travail est largement imputable aux pouvoirs publics, qui organisent la formation et financent la recherche médicale.

Par cette sous-déclaration des accidents et cette sous-reconnaissance des maladies professionnelles, le patronat transfère sur la branche assurance-maladie de la sécurité sociale des dépenses qu'il devrait supporter au travers de la branche AT-MP, et contribue à fragiliser la Sécu. Les sommes en jeu sont tellement énormes que les pouvoirs publics ont commencé à s'en inquiéter. Mais au lieu de renforcer le contrôle sur les pratiques des entreprises, ils ont décidé en 1999 d'instaurer une " compensation financière ", de la branche AT-MP vers la branche maladie. Le transfert a été fixé à 150 millions d'euros en 2001, puis 300 millions en 2002, et 330 millions en 2003. Mais on est encore loin du compte. L'an dernier, une étude épidémiologique menée par Ellen Imbernon pour l'Institut de veille sanitaire sur certains cancers d'origine professionnelle faisait état de 8 000 cancers dont seulement 10 % reconnus. Serge Dufour, chargé des questions de santé au travail à la CGT, estime qu'au total, 30 000 cancers professionnels se déclenchent chaque année, dont seulement 1 500 reconnus. " Or, les soins pour un cancer coûtent en moyenne 250 000 euros. Il faut aussi comptabiliser les 170 000 opérations du canal carpien, qui coûtent 50 000 à 100 000 francs chacune, et dont seulement 10 000 sont reconnues, et les indemnités journalières d'arrêt de travail des 54-59 ans, qui découlent de l'usure au travail. " Le syndicaliste évalue ainsi à 15 milliards d'euros par an le hold-up des employeurs sur l'assurance maladie.

Fanny Doumayrou

### **La chasse aux arrêts de travail est ouverte. L'Humanité 2 juin 2004**

Fidèle à sa méthode, Philippe Douste-Blazy prône davantage de contrôles sur les assurés, et laisse les entreprises en paix.

D'où Philippe Douste-Blazy sort-il ses chiffres ? Le ministre de la Santé et de la Protection sociale a d'abord assuré que l'instauration du dossier médical partagé entraînerait 3,5 milliards d'économies par an. L'estimation a laissé les professionnels songeurs. Les objections ne l'ont pas empêché, hier, de se lancer dans un nouvel exercice de prévisions incertaines, en disant attendre un milliard d'euros par an d'un " dispositif de lutte contre les arrêts maladie abusifs et injustifiés. " La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) ne dispose pourtant d'aucun chiffre sur le coût des 6 % d'arrêts de travail abusifs. Et pour cause. Quand un assuré est pris en infraction par un médecin conseil de la CNAM, difficile d'établir que la veille ou deux semaines plus tôt, l'arrêt n'était pas justifié. Impossible, donc, d'évaluer la durée d'un abus, et ce faisant, son poids financier.

Sanctions pour médecins et usagers.

Le raisonnement ne trouble pas Philippe Douste-Blazy, qui envisage que les assurés en arrêt maladie injustifié retournent à l'assurance maladie leurs indemnités journalières, sans préciser comment le montant du remboursement serait fixé. Le contrevenant " passera devant une commission composée de médecins libéraux et de médecins conseils, et s'il est solvable, il pourrait être amené à rembourser ", a-t-il déclaré, hier, lors d'une visite dans un centre de contrôle de l'assurance maladie à Sartrouville (78). Plus classiquement, celui qui ne se soumettrait pas au contrôle de l'assurance maladie verrait ses prestations suspendues. Les contrôles des arrêts inférieurs à six mois seraient plus courants - Philippe Douste-Blazy semble ignorer que la CNAM contrôle déjà tous les arrêts de plus de trois mois. Autre mesure, figurant dans le projet de loi présenté au conseil d'État et aux caisses de Sécurité sociale : les médecins soupçonnés d'accorder des arrêts maladie à mauvais escient paieraient des amendes, et devraient solliciter, pendant six mois, l'accord du contrôle médical de leur caisse avant de prescrire. La sanction pourrait aller jusqu'à la non-prise en charge des arrêts de travail, ce qui revient à une interdiction de prescrire pour le médecin. Et tant pis s'il lui vient en consultation un salarié très malade, dans l'incapacité totale de travailler.

Liberté pour les entreprises

Les chefs d'entreprise, eux, " ne doivent pas confondre l'UNEDIC et l'assurance maladie. L'assurance maladie, ce n'est pas la préretraite ou la RTT ", a grondé le ministre. Mais la dénonciation de pratiques patronales pesant sur les comptes de l'assurance maladie reste de pure forme : aucune punition n'est prévue. Et la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles n'est jamais mentionnée (voir ci-contre).

Comme à son habitude, en focalisant sur les comportements abusifs, Philippe Douste-Blazy préfère mettre la pression sur les assurés sociaux, présumés délinquants, et leurs médecins complices. Il omet de préciser que les indemnités journalières ne représentent que 5,7 % des dépenses d'assurance maladie, et que leur progression ralentit : elles augmenteraient de + 3,1 % en 2004 - un chiffre en deçà de la hausse générale des dépenses de santé (+ 2 %) - contre + 5,6 % en 2003 et + 11 % en 2002. Il passe également sous silence une des raisons lourdes qui déterminent l'augmentation du coût des arrêts maladie : l'arrivée dans la tranche des 55-59 ans de la génération du baby-boom, qui crée un effet de masse. Enfin, obnubilé par les économies, le ministre de la Santé ne s'inquiète à aucun moment des salariés qui refusent tout arrêt maladie, alors qu'ils en auraient besoin : la tendance, dans un contexte de chômage important, est pourtant certaine.

Anne-Sophie Stamane

**" Cette journée est une première épreuve de vérité " Gérard Aschieri, Fsu  
L'Humanité 1er juin 2004**

**Gérard Aschieri, secrétaire général de la FSU, considère que la réforme instaure une Sécurité sociale moins solidaire et moins juste.**

Vous n'avez pas été invité aux concertations organisées par le gouvernement ni aux réunions intersyndicales. Comment jugez-vous cet état de fait ?

Gérard Aschieri. En excluant la FSU du haut conseil pour l'assurance maladie, le gouvernement a organisé un tri parmi les organisations. La FSU représente une partie des salariés qui, de fait, sont concernés par la réforme. Nous aurions dû être associés. À partir de là, le prétexte était trouvé pour ceux qui ne voulaient pas de notre présence en intersyndicale. Seules la CGT et l'UNSA s'y sont dits favorables.

Finalement, l'ensemble des syndicats sera côte à côte dans les rues le 5 juin. En êtes-vous satisfait ?

Gérard Aschieri. Je l'apprécie très positivement. L'unité syndicale contribue à mobiliser. À l'issue de notre congrès, début février, nous avons déjà souhaité des actions d'ampleur interprofessionnelles et unitaires sur l'assurance maladie. Dès que la perspective du 5 juin s'est dessinée, nous l'avons approuvée. Et je ne désespère pas que la mobilisation permette de reprendre un travail sur les revendications. Il existe des points de convergence non négligeables entre syndicats, comme le refus des systèmes de déremboursements, de forfaits ou la nécessité de trouver des financements durables qui ne pèsent pas que sur les salariés. Nous sommes aussi tous attachés à défendre une protection sociale solidaire et convaincus de la nécessité d'une amélioration du système de santé. Bien sûr, des différences s'expriment sur la manière dont le système doit être financé ou sur le rapport à instaurer entre ce que rembourse le régime obligatoire et les assurances complémentaires. Une partie du mouvement syndical considère qu'il faut articuler les deux et une autre - nous en sommes - privilégie un socle le plus élevé possible de l'assurance maladie obligatoire. Ces différences, pour réelles qu'elles soient, ne me semblent pas insurmontables. Le 5 juin va être une première épreuve de vérité. Il faut très vite se poser la question d'une suite. La FSU n'exclut aucune forme d'action, ni la grève ni l'idée d'une manifestation nationale à Paris. Le calendrier du gouvernement dépend de l'intensité du rapport de forces. Depuis les élections régionales, il est dans une passe difficile et ne peut pas nécessairement se permettre des passages en force.

Pensez-vous que le projet gouvernemental réduit les prérogatives du régime obligatoire ?

Gérard Aschieri. Le texte du gouvernement ouvre la porte à une Sécurité sociale moins solidaire et moins juste. Certaines mesures peuvent sembler indolores mais représentent une brèche. Le petit euro pour la consultation va devenir grand. Il ne représente pas seulement une injustice, mais est porteur de danger pour tout le monde. Des petites maladies, mal soignées parce qu'on n'a pas les moyens de se payer le soin, peuvent aboutir à des risques pour tous et à la recrudescence de certaines maladies. Tout le discours sur le déficit financier fait comme si l'évolution des dépenses de santé n'était pas normale. Pourtant, l'augmentation est inévitable. Nous vieillissons. Les nouvelles technologies qui permettent de nous soigner coûtent cher. Nous aspirons à vivre longtemps et en bonne santé. Or, non seulement le projet ne prend pas en compte cette aspiration, mais il n'offre pas non plus de financements durables. Les mesures, qui ne portent que sur les salariés et les assurés, sont injustes et ne permettent pas de répondre aux besoins. Parler de responsabilisation sans donner aux citoyens les moyens de l'être par une réelle politique d'éducation à la santé, signifie clairement vouloir les faire payer plus. J'ajoute que le projet ne réforme pas la politique de santé à proprement dire. Il ne contient par exemple aucune annonce précise concernant la prévention. Je suis sidéré d'entendre Philippe Douste-Blazy parler de chasse aux abus des arrêts maladies sans poser la question de la santé au travail. Si on veut réduire les arrêts, il faut permettre aux salariés d'être moins malades. Il n'y aura pas baisse des dépenses de santé mais ce projet organise une baisse des dépenses de santé prise en charge solidairement. Ce qui permettra aux systèmes d'assurances privées de prendre de la place.

Entretien réalisé par Paule Masson

**Recherche grosses économies à tout prix  
L'Humanité 1er juin 2004**

***Au nom de la responsabilisation, le projet de loi tente de restreindre l'accès aux soins remboursables en imposant un parcours médical assorti de sanctions.***

Philippe Douste-Blazy a enfin rendu sa copie : depuis vendredi, les conseils d'administration des caisses de la Sécurité sociale et le Conseil d'État disposent du projet de loi réformant l'assurance maladie. Ils ont jusqu'au 8 juin pour rendre leur avis. Auparavant, le 5 juin, les assurés sociaux pourront donner le leur lors d'une journée de manifestations dont l'opportunité apparaît plus que jamais à la lecture du document. Comptant 44 articles répartis en trois titres, le projet est traversé par un fil rouge : la recherche d'économies à tout prix. S'il était mené à son terme, le respect du principe de l'égalité d'accès aux soins affiché en préambule serait encore plus aléatoire qu'aujourd'hui.

Le titre Ier, portant sur la réorganisation du système de soins, contient un arsenal de mesures visant à peser sur le comportement des assurés supposé abusif. Un véritable parcours médical est imposé, sévèrement encadré, assorti de sanctions. Disposition la plus emblématique : le dossier médical personnel, informatisé, mis en place d'ici à 2007. Le patient devra en autoriser l'accès aux médecins pour être pris en charge par la Sécu. Les interrogations sur le respect du secret médical sont balayées d'un revers de main. Comme celles des professionnels sur l'efficacité même du dispositif pour une meilleure coordination des soins censée venir magiquement du recours à l'informatique. L'argument d'une prise en charge plus coordonnée sert également pour obliger (article 3) les victimes de maladies chroniques à signer un " protocole " de soins et à le présenter à tout médecin consulté afin de bénéficier de la couverture à 100 %. " À terme ", les patients en affection de longue durée (ALD) soupçonnés d'abuser du 100 % pourraient être contraints de suivre un parcours de soins pour être exonérés du ticket modérateur. En clair, ils pourraient toujours demander à bénéficier d'un acte non prévu par le protocole, mais à leurs frais. Dans la même veine, l'article 4 impose à chaque assuré de choisir un " médecin traitant " sous peine de " se voir appliquer une majoration de la part restant à sa charge ". Même punition pour les patients qui consulteront un spécialiste sans passer par leur médecin traitant : le spécialiste pourra pratiquer des dépassements de tarif non remboursés. Enfin, toujours pour " responsabiliser l'assuré dans son comportement de soins ", celui-ci devra acquitter une " contribution forfaitaire " sur chaque visite, y inclus " les consultations externes à l'hôpital et les passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation ". Fixé à un euro au départ par l'État, le montant de cette franchise " pourra être modifié " par les caisses d'assurance maladie. L'assuré se voit ainsi imposer une sorte de camisole au nom de la qualité des soins. Mais on peine à trouver dans le projet la trace de dispositions permettant de modifier réellement la prise en charge par les professionnels, d'encourager des pratiques coopératives, la prévention. Le souci majeur est bien de restreindre l'accès aux soins remboursés, quitte à installer une médecine à deux vitesses, réglée par l'argent. La chasse aux arrêts de travail abusifs occupe aussi une place de choix : les médecins suspectés seront mis " sous contrôle " ; le service médical des caisses va être incité à contrôler les arrêts de moins de 6 mois ; les caisses pourront " récupérer les sommes indûment versées " à l'assuré. Aucune contrainte de nulle sorte, en revanche, pour les entreprises qui mettent en danger la santé de leurs salariés.

Le titre II réforme le pilotage de la Sécu. Au lieu de chercher à favoriser l'intervention des assurés et des patients, par la démocratie sociale et sanitaire, pour rapprocher le système de leurs besoins, le projet privilégie le recours aux experts et à un paritarisme dit " rénové ". Une haute autorité de santé " indépendante ", composée de douze personnalités qualifiées nommées par l'État, est instituée pour procéder à " l'évaluation de l'utilité médicale " des actes et produits de santé avant leur admission au remboursement. En vue d'instaurer un " nouvel équilibre des responsabilités ", la gouvernance de la caisse d'assurance maladie est partagée entre un conseil chargé des orientations et un directeur nommé par l'État pour cinq ans, doté de larges prérogatives. Le conseil comprend " en nombre égal " des représentants assurés désignés par les syndicats et des délégués des employeurs. Il reviendra désormais aux caisses d'assurance maladie ainsi gouvernées de fixer les taux de remboursement " dans des limites et conditions fixées par l'État ". Une " coordination " est instaurée entre les caisses et une union des assurances complémentaires. Les contrats proposés par ces dernières seront soumis à un " cahier des charges " fixé par l'État : il prévoira des " niveaux minima de couverture " mais aussi des " exclusions de prise en charge " qui devront être respectés pour que les contrats puissent continuer à bénéficier d'exonérations sociales et fiscales. L'article 32 stipule que les contrats " ne devront pas prévoir la couverture de la nouvelle contribution d'1 euro " sur les actes médicaux.

Enfin, le titre III, portant sur les recettes, reprend toutes les mesures annoncées ces derniers jours - en particulier la hausse de la CSG pour les actifs et les retraités, et la prolongation de la CRDS -, qui font porter l'essentiel de l'effort de financement sur les assurés.

Yves Housson

**" Beaucoup dépendra de la mobilisation autour du 5 juin " Bernard Thibault  
L'Humanité 1er juin 2004**

Philippe Douste-Blazy a remis vendredi soir son projet de réforme aux syndicats. Bernard Thibault, pour la CGT, et Gérard Aschieri, pour la FSU, le jugent inéquitable et coercitif.

La proposition du secrétaire général de la CGT, formulée lors des manifestations du 1er mai dernier, d'organiser une journée de mobilisation pour défendre la Sécurité sociale, rassemble maintenant l'ensemble des organisations syndicales. Pour Bernard Thibault, l'évolution des événements dépend maintenant du degré de mobilisation le 5 juin et après. Il juge la " philosophie du texte redoutable ". Entretien.

Le projet remis par le ministre de la Santé, Philippe Douste-Blazy, confirme-t-il vos craintes que la réforme instaure un " service minimum de la Sécurité sociale " ?

Bernard Thibault. Tout à fait. Nous connaissons enfin le projet de loi, sa philosophie est redoutable. Le premier objectif, qui donne au texte son sens politique, est la volonté de réaliser entre 15 et 16 milliards d'euros d'économies sur les dépenses de santé. Le choix du gouvernement n'est donc pas d'élaborer une réforme de la Sécurité sociale permettant de mieux faire face aux besoins de santé, mais d'économiser sur le niveau des dépenses. Nous ne sommes pas sur la même longueur d'onde. Moins encore lorsque l'on se penche sur la façon dont cet objectif est décliné. Cinq milliards proviendraient de nouvelles recettes immédiates, prélevées chez les assurés sociaux, les patients, les malades qui vont devoir mettre la main à la poche. Dix milliards d'euros d'économie viendraient d'une série de mesures coercitives qui partent du postulat que les malades abusent du système. Il s'agit pourtant d'une contre-vérité. Toutes les expertises le montrent, notamment le rapport du haut conseil pour l'assurance maladie. S'il a mis en évidence la nécessité d'améliorer l'organisation du système de soins, il ne considère en aucun cas que les difficultés de la Sécu proviennent d'abord de comportements irresponsables d'assurés sociaux à l'égard de l'assurance maladie. Aujourd'hui, un cinquième des familles se privent de soins pour des raisons financières.

Considérez-vous que cette réforme amorce un changement de conception de l'assurance-maladie, qu'elle va encore développer les inégalités d'accès à la santé ?

Bernard Thibault. Le gouvernement n'est pas en capacité, comme les plus libéraux dans ses rangs auraient pu le souhaiter, de parvenir à une mise en pièces de la Sécurité sociale. Ceci étant dit, en réduisant le budget de la Sécu au regard des besoins de santé de la population, le gouvernement nous conduit vers plus d'inégalités sociales. Lorsqu'il prévoit de donner au MEDEF une minorité de blocage dans les futures institutions et d'étendre les prérogatives d'un directeur de la Sécu, nommé par le Conseil des ministres au détriment du mandat des représentants syndicaux, on voit quel est le parti pris. Les Français vont consacrer à l'avenir plus de moyens pour leur santé. Toute la question est de savoir s'ils pourront le faire dans un cadre collectif, fondé sur une solidarité interprofessionnelle et intergénérationnelle, garanti par la Sécu, ou si leur santé dépendra de plus en plus de leur capacité à se payer des assurances complémentaires.

La plupart des mesures financières sont créatrices d'inégalités, qu'il s'agisse de l'augmentation du forfait hospitalier pendant trois ans ou de l'euro dit " symbolique " qu'il faudrait verser pour chaque consultation. Cet euro fera des petits au fil des ans et sape un des principes de base du système solidaire qui consiste à ne pas conditionner l'accès au soin de la population à son niveau de ressources. Quand à l'augmentation de la CSG, d'abord annoncée pour les retraités, puis pour les salariés, je rappelle que c'est un impôt inéquitable, qui épargne les revenus financiers, puisque 88 % de ses ressources proviennent des revenus du travail. Le MEDEF prétend que les prélèvements sociaux affectent la compétitivité des entreprises. Pourtant, les entreprises du CAC 40, pour ne prendre qu'elles, ont affiché des marges parmi les plus importantes des dernières années. Tout le monde ne subit pas la crise dans les mêmes proportions.

Le gouvernement assure pourtant qu'il n'y aurait pas d'alternative à sa réforme...

Bernard Thibault. Sa posture est classique. C'était déjà le cas pour les chômeurs " recalculés ", les intermittents, les chercheurs. Le meilleur moyen de couper court à un débat national et sur de vraies négociations sur les options en présence, est de prétendre que la seule solution praticable est la sienne. Je crois que cette opinion n'est pas partagée par la majorité de nos concitoyens, sinon, on ne comprendrait pas la sanction infligée à la politique sociale du gouvernement lors des dernières élections régionales.

Je suis convaincu que sur l'assurance maladie, les Français pensent que d'autres voies sont possibles et ils ont raison. Mais, pour cela, il faudrait pouvoir discuter des moyens et du rôle de l'hôpital, des actions à mener sur la santé au travail, des dettes de l'État et des entreprises envers la Sécu. Tout cela n'est pas à l'ordre du jour.

Notre pétition nationale " Pour la santé, la Sécu c'est Vital " a recueilli, en un mois, plus de 400 000 signatures. Cela fait bien longtemps à la CGT que nous n'avions pas obtenu un tel résultat en si peu de temps. J'envisage de la porter moi-même à Matignon. Je vais demander à être reçu avant le Conseil des ministres du 16 juin qui doit examiner le projet de loi. Tout l'enjeu de la mobilisation et de la journée du 5 juin est de créer un rapport de forces obligeant le gouvernement à négocier une autre réforme et, s'il le faut, avec un autre calendrier.

Tous les syndicats appellent à participer aux manifestations du 5 juin. Pour vous, quels en sont les objectifs ?

Bernard Thibault. La CGT a proposé cette journée d'action avant même de connaître le projet du gouvernement parce que nous étions convaincus qu'il fallait sans attendre permettre aux salariés de porter leurs exigences. Notre proposition s'est trouvée confortée au fil du temps. La CGT essaie d'agir dans le cadre le plus unitaire possible, en livrant ses analyses, en articulant la mobilisation et la négociation. Les récentes élections professionnelles nous confortent dans cette démarche. Jeudi dernier encore, la CGT a obtenu la majorité absolue et a progressé de 4,71 % aux élections pour le conseil d'administration de la RATP. J'y vois beaucoup de points d'appui pour nos objectifs.

Le fait est qu'aujourd'hui, ce n'est pas la multiplication des rencontres entre le gouvernement et les organisations syndicales qui va permettre d'infléchir le texte sur l'assurance maladie. L'évolution des événements va maintenant beaucoup dépendre du degré de mobilisation le 5 juin et les jours suivants. Nous souhaitons discuter des suites possibles avec nos partenaires syndicaux, sans schémas préétablis. Le patronat et le gouvernement tireraient de nouveaux

avantages de la dispersion. Nous sommes partisans d'aller plus loin et de parvenir à défendre des objectifs partagés entre organisations syndicales sur la sécurité sociale. La critique du projet mis sur la table nous rassemble. Tous les syndicats le considèrent inéquitable. Nous allons mettre les prochains jours à profit pour regarder s'il n'y a pas des points d'accords fondamentaux qui justifient une démarche plus unie et convergente à l'égard des pouvoirs publics.

Compte tenu du calendrier et de la proximité de l'été, ne craignez-vous pas qu'il soit trop tard pour construire une mobilisation qui gagne ?

Bernard Thibault. Les manifestations du 5 juin interviennent avant l'examen du projet par le Conseil de ministres le 16 juin et l'ouverture du débat à l'Assemblée nationale le 5 juillet. De ce fait, elles tombent à-propos. Sur un sujet aussi important que la santé, si la mobilisation est là, le gouvernement devra en tenir compte, y compris pour son propre calendrier. Et puis, il y a aussi dans le panorama, une échéance électorale et on sait bien que les scrutins ont toujours une influence sur le déroulement des événements. Il est donc très important de se dire que tout reste ouvert et que beaucoup dépend de nous tous.

Entretien réalisé par Paule Masson