

revue de presse ONALA

mai 2004

ASSURANCE MALADIE : UNE CONCERTATION VIRTUELLE ET DES PROPOSITIONS A MODIFIER PROFONDEMENT **Communiqué de la coordination médicale hospitalière**

La concertation « virtuelle » qui a réuni hier les représentants des médecins hospitaliers et libéraux est totalement insuffisante dans la forme et très préoccupante sur le fond. Après une remise en séance de fiches, une « conversation ouverte » sur le dossier médical partagé a constitué l'essentiel de cette réunion où les sujets prioritaires ont été systématiquement éludés.

- La haute autorité de santé qui se réduirait à une structure déléguée par les corps constitués, oublie les représentants des malades et les professionnels. Chargée de la définition du panier de soins remboursables et des conditions « flottantes » de sa prise en charge par l'assurance maladie, cette haute autorité se trouverait investie de prérogatives majeures sans que ne soient définies de façon explicite celles de l'Etat et du Parlement.

- la coordination entre la médecine hospitalière et la médecine de ville, un des enjeux essentiels, est réduite à des propositions floues et très limitées : un conseil de l'hospitalisation, placé sous la tutelle directe du ministre ne contribuerait qu'au suivi du financement. Au niveau régional, un rapprochement finalement vague est proposé entre les URCAM et les ARH.

- S'agissant des recettes et des tarifs, le système mettrait en place une régulation flottante. Les assurés se verraient taxés d'un euro par consultation ou par acte médical en sachant que, comme pour les tarifs opposables, cette contribution augmenterait ultérieurement en fonction des déficits accumulés. Quant à ceux-ci, ils seront en grande partie détournés vers les générations futures.

Les médecins hospitaliers ont « choisi » un exercice au service du public et dans un système qui se veut solidaire et juste. Le dossier médical partagé, des indicateurs de qualité et de performance, une évaluation des pratiques sont autant d'objectifs qu'il est urgent de mettre en oeuvre. Pour autant, dans un système qui risque fort de laisser aux assurances complémentaires une place de plus en plus grande, ces objectifs peuvent être dévoyés et utilisés aux seules fins de la régulation par le marché.

La réforme profonde du système de santé et de l'assurance maladie doit être urgente et prioritaire. En l'état, ces propositions ne sont pas conformes aux attentes. Le bureau national de la Coordination Médicale Hospitalière réuni de façon exceptionnelle le 27 mai 2004 a décidé de s'associer à la journée d'actions et de manifestations du 5 juin 2004.

Assurance-maladie : la mission parlementaire se divise **La mission Debré réclame une réforme d'envergure, mais n'est unanime que sur le diagnostic** **Béatrice Taupin, *Le Figaro* 27 mai 2004**

Il en est des députés comme des partenaires sociaux : tous conviennent que la situation de l'assurance-maladie est «*préoccupante*» et qu'une «*réforme profonde*» est nécessaire, mais ils sont divisés sur les remèdes. Alors que monte progressivement la tension sur le projet du gouvernement, Jean-Louis Debré, qui a rendu public hier le rapport de la mission parlementaire – trente-deux députés, dont dix d'opposition –, l'admet sans fard. Au terme de dix-neuf auditions et tables rondes, la mission s'est accordée sur le diagnostic et sur «*l'attachement unanime aux principes fondateurs*» : égalité d'accès aux soins, solidarité, accès à des soins de qualité. Mais de «*nettes divergences*» sur les thérapeutiques demeurent, si ce n'est qu'elles passent «*par des soins intensifs pour le financement et une chirurgie réparatrice pour l'organisation*».

Sur le thème de la gouvernance du système, apparu «*prioritaire et prometteur*», un large accord s'est dessiné pour que l'Etat accorde une délégation de gestion renforcée à l'assurance-maladie, y compris pour l'hospitalisation. L'Etat resterait garant des grandes orientations de santé publique et arrêterait chaque année, en liaison avec l'assurance-maladie, un projet de budget «*dont les dépenses une fois votées deviendraient opposables et non plus indicatives comme aujourd'hui*». Le reste serait délégué à l'assurance-maladie, mais, comme les partenaires sociaux, la mission est divisée sur les structures auxquelles déléguer la gestion. Certains sont favorables, comme le gouvernement, à un exécutif fort, nommé par l'Etat et contrôlé par une structure paritaire ; d'autres ont souhaité donner davantage de pouvoirs aux partenaires sociaux, quitte à ce que leurs représentants soient élus.

L'action sur les dépenses passe par la responsabilisation de tous, écrit la mission, qui est unanime à souhaiter le dossier médical partagé, mais qui souligne qu'il faudra s'entourer des garanties nécessaires en termes de confidentialité. La mission recommande l'étude d'une forfaitisation partielle de la rémunération des médecins et un contrôle renforcé de l'assurance-maladie fondé sur une «*échelle graduée de sanctions*». Divisée sur les bienfaits des systèmes de franchise non remboursés, elle se prononce pour un contrôle renforcé de l'admission au remboursement à 100%, plébiscite le

«médecin pivot» et envisage des remboursements modulés selon le comportement des patients (prévention, parcours). Préoccupée par l'effet de seuil de la CMU, elle rappelle l'intérêt d'un «*crédit d'impôt ciblé sur l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé*».

Sur les recettes, enfin, la mission est restée très partagée sur la prolongation de la CRDS pour financer la dette, mais aucun député n'a souhaité majorer son taux, pas plus que celui de la CSG. La piste d'une CSG progressive a été écartée, et le rapprochement des taux des actifs et des retraités fait débat : d'où l'idée évoquée d'un traitement différencié non pas en fonction de la situation de la personne (actif, chômeur, retraité) mais de ses revenus, par un système de franchise de CSG sur les 750 premiers euros. Personne n'a suggéré une hausse des cotisations des entreprises, et l'élargissement à la valeur ajoutée n'a «*pas convaincu la majorité de la mission*», qui a aussi rejeté la TVA sociale ou la taxation accrue de l'épargne salariale. En revanche, la mission a souhaité une compensation intégrale par l'Etat des exonérations de cotisations sociales et l'affectation d'une part supplémentaire des taxes tabac et alcool à la Sécu. De son côté, l'ancien premier ministre Raymond Barre a estimé hier sur La Chaîne parlementaire que le gouvernement «*a de bonnes idées*» en ce qui concerne la réforme et qu'il va dans la bonne direction, mais il lui reproche d'avancer «*à pas mesurés*».

Raffarin étend la gratuité des soins **L'Humanité, 27 mai 2004**

Jean-Pierre Raffarin a annoncé hier sur France Inter que «*300 000 enfants supplémentaires et leurs familles allaient bénéficier d'un accès gratuit aux soins... La réforme de l'assurance-maladie, c'est aussi plus de justice*», a-t-il ajouté. Matignon prépare en effet un décret pour réajuster les barèmes de la CMU, probablement dès le 1er juillet. Aujourd'hui les soins sont gratuits pour les personnes dont les revenus sont inférieurs à 565 € par mois, majorés de 283 € pour la première personne à charge, puis 170 € par personne supplémentaire. Ce réajustement devrait coûter 200 millions d'euros.

SANTE **Les risques du dossier médical partagé** **L'Humanité, 27 mai 2004**

Donnée pour évidente, l'informatisation du dossier médical ne suffira pas à créer la coordination des soins. Les impasses d'une mesure.

Magie de l'informatique ! Philippe Douste-Blazy attend du dossier médical partagé (DMP) des miracles pour l'assurance maladie : en évitant les abus et les examens redondants, il entraînerait pas moins de 3,5 milliards d'euros d'économies par an. Tant de vertus ne sauraient attendre : le ministre de la Santé et de la Protection sociale se passera de l'expérimentation de trois ans recommandée par le rapport remis en mai 2003 à Jean- François Mattei. Il promet que le DMP sera opérationnel dans deux ans. En priorité pour les personnes en affection de longue durée (ALD), prises en charge à 100 %. Ce sont leurs dépenses qui coûtent le plus cher à l'assurance maladie.

L'argument économique, plus que des préoccupations sanitaires, justifie l'empressement du gouvernement autour du DMP. D'où l'ambiguïté : « La démarche est à l'image de l'ensemble du débat sur l'assurance maladie : un vrai problème est posé (celui de la coordination des soins) et le ministre en profite pour culpabiliser les professionnels et les assurés, qui provoqueraient des dépenses inutiles. Puis il nous sort de son chapeau quelque chose de stupide et irréalisable, en disant qu'il suffit de », ironise Didier Ménard, médecin généraliste à Saint-Denis (Seine-Saint-Denis), impliqué depuis longtemps dans les réseaux de santé. Marie Kayser, qui exerce dans un cabinet de quatre médecins généralistes à Nantes (Loire-Atlantique), confirme : " Sous prétexte d'économies, un outil est mis en place au pas de charge, sans que ses effets et ses implications soient sérieusement étudiés. " Or les médecins estiment que la façon de mettre en place le DMP déterminera son efficacité. " Il faut d'abord que les médecins apprennent à travailler ensemble et à communiquer, sinon ce sera un bide, comme le carnet de santé ", assure Marie Kayser. " Un dossier qui se contente d'empiler toutes les données a des chances de n'être qu'une usine à gaz ", s'inquiète une chirurgienne d'un hôpital de la région parisienne, en charge de l'informatisation de son service. " On risque de passer plus de temps à accéder au dossier et à rentrer des données qu'à parler aux patients ", déplore-t-elle. " Restera-t-il de la place pour la subjectivité ? Respecte-t-on les malades en considérant qu'ils sont incapables de répondre aux médecins sur leur passé médical ? " s'interroge-t-elle. " En remplissant des cases, on perdra encore du temps de dialogue avec les malades ", estime Didier Ménard. MG-France, syndicat de médecins généralistes qui milite de longue date pour une coordination axée sur le médecin généraliste, résume : " La technologie est au service d'un système et non l'inverse, un système de santé inorganisé le restera, un système de santé coordonné en bénéficiera. "

Et une coordination, ça se travaille. " L'intérêt du dossier, c'est le médical et le non-médical, une donnée médicale brute ne sert pas à grand-chose. Et mieux un réseau fonctionne, plus il y a d'échanges sur le non- médical ", affirme Didier Ménard, qui plaide pour un dossier en partie ouvert aux travailleurs sociaux. En partageant sa pratique, donc ses patients, avec ses trois collègues, Marie Kayser a pu éprouver, à petite échelle pourtant, les efforts nécessaires, au-delà de l'écran d'ordinateur. " Il nous a fallu nous mettre d'accord sur un logiciel, un langage commun, une façon de rédiger les commentaires. Récemment, nous avons réalisé que nous ne mettions pas suffisamment en mémoire les situations de

travail des patients, leur exposition à des produits. Il nous a fallu modifier notre démarche. " Passé les murs du cabinet, la collaboration avec les spécialistes et l'hôpital est également à construire, pas à pas. Par téléphone, par courrier. Dans le respect du patient. " Un des gros inconvénients du DMP tel qu'il nous est présenté est que le remboursement est suspendu à l'obligation pour le patient de communiquer l'intégralité du dossier à son médecin. Or tout le monde n'a pas à tout savoir ", objecte Marie Kayser.

La remarque vaut pour les médecins, mais aussi pour ceux qu'une telle masse d'informations médicales ne peut laisser indifférents : les assurances et les employeurs. Le projet du gouvernement ne prévoit évidemment pas de leur donner accès à la base de données du DMP. Mais la vigilance impose une inviolabilité sans faille. " L'expérience montre que toutes les grosses bases de données sont les cibles des pirates, parce que c'est tentant par principe ", explique Jean-Luc Bernard, en charge de ce dossier pour le Collectif interassociatif sur la santé (CISS). Le DMP exige donc un hébergement sur Internet hautement sécurisé et une prouesse technique inédite pour assurer une identification à chaque assuré et à chaque médecin. " En deux ans, ça va être juste ", note laconiquement Jean-Luc Bernard. Et même dans ces conditions, des pressions sur le patient restent possibles : " Il y a déjà des dérives avec les dossiers papier ", relève Jean-Luc Bernard. " Avec le DMP, des assureurs pourront exiger une foule d'informations en menaçant de faire capoter un dossier, un prêt : dans ces conditions, le consentement du patient est une illusion. "

En réalité, le barouf orchestré autour du DMP laisse certains médecins au mieux dubitatifs, et met Didier Ménard en pétard. " Pour améliorer la coordination, le gouvernement ferait mieux d'encourager les réseaux de santé, plutôt que de les étouffer. " Il fustige la raréfaction des financements de la part de l'ARH et de l'assurance maladie. " Alors le DMP, je dis chiche, mais qu'on le fasse vraiment, que ça ne soit pas fumeux. "

Anne-Sophie Stamane

Santé. Les centres de santé, véritables pionniers ***L'Humanité*, 27 mai 2004**

Intronisé star du plan de sauvetage de l'assurance maladie, le dossier médical partagé est loin d'être une idée nouvelle. S'il ne gagne du galon que depuis quelques années dans l'esprit des ministres et des responsables de l'assurance maladie, tarabustés par les déficits grandissants, il est utilisé depuis des décennies déjà dans les centres de santé, qu'ils soient municipaux, associatifs ou mutualistes, dans l'intérêt de la santé des personnes. À La Courneuve (Seine-Saint-Denis), au centre municipal Salvador-Allende, par souci de bonne coordination des soins entre les quinze spécialités qui s'y côtoient, les patients ont depuis longtemps chacun un dossier, gardé sur place. Tout y est : les radiographies, les actes réalisés par les infirmiers, les programmes de kinésithérapie, les traitements suivis, etc. " À l'échelle d'une structure comme la nôtre, cela fonctionne bien, même s'il manque souvent une fiche de synthèse ", explique Alain Brémaud, un des médecins généralistes du centre. Au-delà, les choses se corsent. " Nous menons depuis quelque temps une réflexion pour informatiser ces dossiers, qui sont actuellement sous forme papier, à l'échelle de quinze villes. Ça avance, mais lentement, c'est très complexe ", détaille-t-il. Car rendre disponibles les informations médicales hors du centre de santé pose immédiatement la question de la confidentialité des données. " C'est un travail énorme, en raison de la multitude d'acteurs et de spécialités ", raconte Alain Brémaud.

Pour le dossier médical partagé national, annoncé par Philippe Douste-Blazy, le casse-tête sera plus compliqué encore : " Une mise en réseau d'une telle ampleur, si elle prend réellement en compte les patients, n'est en aucun cas envisageable à court terme. On nous laisse entendre que dans trois mois, ce sera lancé, et que l'assurance maladie fera des milliards d'économies. Je pense que le changement prendra plus de temps, et qu'il va coûter très cher. Les économies, à supposer que les examens redondants entraînent des dépenses aussi importantes qu'on le dit, ne se manifesteront pas avant très longtemps. " Sans compter que le DMP fait naître un risque important : " Bien sûr, les assureurs privés et les employeurs n'auront pas officiellement accès aux dossiers. Mais ils pourront convaincre le patient d'ouvrir son dossier, en faisant miroiter un emploi ou l'acceptation d'un dossier d'assurance ", note le médecin. Dans le quotidien du cabinet médical, la manipulation d'un dossier informatisé bourré d'informations retraçant un long passé médical pourrait en outre se révéler fastidieuse : " À chaque consultation, l'ouverture et l'entretien de ce dossier vont nécessiter du temps. Cela va s'ajouter à la somme des tâches administratives que nous assurons déjà. Aura-t-on encore le loisir de parler au malade pour détailler ses problèmes ? "

Le 5 juin, tous pour la Sécu ***L'Humanité*, 27 mai 2004**

L'ensemble des syndicats de salariés appellent à participer à la journée de manifestations initialement proposée par la CGT.

Il y a quelques semaines, lors de la mise en place du gouvernement Raffarin III, le chef de l'État avait expressément souhaité la réalisation d'un large " consensus " sur la réforme de l'assurance maladie. Objectif atteint. mais dans un sens diamétralement opposé au vou de Chirac. Du côté des partenaires sociaux, comme dans le monde politique, y inclus le parti du président, il n'est pas une seule force qui ne trouve matière à critique dans le projet présenté par le ministre de la Santé. Le mouvement le plus marquant est sans aucun doute celui des syndicats de salariés : depuis jeudi, tous se retrouvent unis dans la critique de la " thérapie " du docteur Douste-Blazy. Dernière en date à se prononcer, la CFDT, surmontant ses traditionnelles réticences à utiliser le levier de l'action avant la fin de toute négociation, a décidé de

rejoindre la CGT, la FSU, l'UNSA, le G10, FO, la CFTC et la CGC pour organiser une journée nationale de mobilisation le 5 juin. Le ministre va, certes, répétant que son texte est encore susceptible d'évoluer " très largement " jusqu'à ce que le Conseil d'État rende son avis le 8 juin, mais aucun responsable syndical ne veut nourrir d'illusion sur les possibilités de l'infléchir sensiblement par la seule concertation. Au demeurant, toutes les réunions tenues avenue de Ségur, à Paris, siège du ministère de la Santé, ces derniers jours ont clairement fait apparaître les grands choix arrêtés par le gouvernement et dont il n'entend pas, a priori, déroger.

C'est le cas, singulièrement, du volet financement de la réforme. Sous prétexte de " responsabilisation ", le gouvernement fait porter l'essentiel de l'effort d'économies souhaité sur les assurés sociaux. Deux mesures font l'unanimité des syndicats contre elles : l'instauration d'une franchise, d'un euro pour commencer, sur chaque visite médicale et la hausse du forfait hospitalier, porté à 14 euros par jour. Ce type de ponction individuelle, remarque Jacques Voisin, président de la CFTC, " casse la logique du financement solidaire ", véritable marque de fabrique de la Sécu depuis sa fondation en 1945 et gage de son efficacité. Même si elles ne sont pas d'accord sur la réforme du financement de la Sécu à mettre en œuvre, la plupart des centrales refusent aussi la hausse de la CSG, pour les actifs et pour les retraités, préconisée par Douste-Blazy, et qui représente une ponction de 1 milliard d'euros sur les revenus des premiers et de 560 millions d'euros sur les seconds. Et toutes dénoncent la faiblesse de la contribution demandée aux entreprises (une hausse de 0,03 % de la contribution spécifique de solidarité). En dépit des discours répétés de MM. Douste-Blazy et Raffarin prétendant le contraire, l'iniquité de ce plan de " redressement " apparaît bien comme le moteur principal de la contestation. Fustigée aussi par les partis de gauche, cette injustice suscite même des remous à droite : la mission d'information parlementaire sur l'assurance maladie, présidée par Jean-Louis Debré et composé en majorité de députés UMP, exprime noir sur blanc, dans son rapport rendu public mercredi, des réserves sur la hausse de la CSG. En rejetant par avance toute augmentation des " prélèvements obligatoires " sur la richesse créée par les entreprises, sous la forme d'un relèvement des cotisations sociales ou d'une réforme de celles-ci tendant à accroître la contribution des profits (les propositions à ce sujet, à gauche et dans les syndicats, ne manquent pas), le gouvernement a réduit à très peu de chose ses marges de manœuvre.

Les syndicats sont plus partagés sur l'autre grand chapitre de la réforme, le mode de pilotage de l'assurance maladie, mais plusieurs expriment une vive inquiétude devant un projet qui donne les principaux pouvoirs à un exécutif nommé par l'État et exclurait, de fait, les syndicats, représentants des assurés sociaux qui sont pourtant les principaux financeurs de la Sécu. Comme l'a relevé Jean-Luc Cazettes, le président de la CGC, la réforme engage ainsi " un véritable phénomène d'étatisation, lequel ne pourra qu'être un prélude, ensuite, à la privatisation totale " du système. En effet, grâce à la nouvelle architecture imaginée par Douste-Blazy, l'État aurait plus de latitude pour réduire encore la couverture des soins assurée par l'assurance maladie obligatoire et élargir le champ ouvert aux assurances privées. Bref, pour appliquer la médecine de choc d'une Sécu à deux vitesses prescrite par le MEDEF.

L'hôpital public n'est pas mieux loti dans ce projet. Le ministre fait miroiter un apurement des dettes qui plombent les établissements en échange de l'application d'une réforme tarifaire (la tarification à l'activité) lancée par son prédécesseur, qui vise à inoculer le virus du rendement dans des hôpitaux assimilés à de banales entreprises. Pas un mot en revanche pour traiter le problème numéro un de l'hôpital, cité par huit Français sur dix dans un sondage publié cette semaine : la pénurie de personnels médicaux et infirmiers. Du coup, une majorité de syndicats hospitaliers, CGT, FO, Sud et CFTC, associés à un collectif de syndicats de médecins, ont décidé, eux aussi, d'appeler à manifester le 5 juin, pour exprimer leurs " vives inquiétudes sur le devenir du service public hospitalier " et leur " exigence " d'une Sécu " sociale, solidaire et égalitaire ".

Plus de solidarité, d'égalité dans l'accès aux soins : voilà bien, par-delà des revendications certes différentes, l'aspiration générale de l'ensemble des organisations qui préparent la mobilisation du 5 juin. Un rendez-vous qui, à n'en pas douter, pèsera lourd sur le profil de la future réforme. D'ailleurs, comme le remarque Bernard Thibaut, le ministre de la Santé lui-même souligne, indirectement, l'importance de cette échéance en affirmant que son projet pourra " évoluer " jusqu'au 8 juin.

Sécu: FO rêve de voler la présidence à la CFDT

Le projet de loi sur la «gouvernance de l'assurance maladie rénovée» favoriserait le retour du syndicat. François WENZ-DUMAS, *Libération* 29 mai 2004

Force ouvrière va-t-elle reprendre à la CFDT la présidence de la Cnam ? A lire attentivement les articles du projet de loi consacrés à la «gouvernance de l'assurance maladie rénovée», le gouvernement n'exclut pas de faire ce cadeau à FO. Jusqu'en 1995, le syndicat, alors dirigé par Marc Blondel, avait la haute main sur la Caisse nationale d'assurance maladie. Mais avec la réforme Juppé, Jean-Claude Mallet (FO) se fait ravir la présidence de la Cnam par Jean-Marie Spaeth (CFDT). Depuis 2001, ce dernier s'appuie sur une majorité CFDT-CFTC-CGC-UPA (artisans) et FNMF (Fédération nationale de la mutualité française), le Medef ayant quitté l'institution.

Cadeau

Jusqu'à la réunion de travail qui s'est tenue, dans la nuit de lundi à mardi, entre les syndicats et le ministère de la Santé, il était encore question de rassembler, dans un conseil d'orientation (voir croquis ci-dessus), les principaux acteurs de l'assurance maladie : syndicats, employeurs, mais aussi la Mutualité. Un schéma refusé par FO, qui souhaite revenir à la situation d'avant 1995 : un conseil qui est simplement celui de la Cnam, avec une stricte parité employeurs-salariés. C'est ce que découvrent, jeudi, les partenaires sociaux dans la première ébauche du projet de loi qui leur est soumise. Le

conseil n'est plus «d'orientation» et y siègent, «en nombre égal, des représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales» et «des représentants des employeurs», ainsi qu'éventuellement des «personnalités qualifiées». FO a eu gain de cause. On revient à un conseil d'administration de la Cnam strictement paritaire. Comme le demandait le Medef, il n'est plus responsable de la gestion des «dépenses déléguées» d'assurance maladie, puisque c'est l'Uncam (Union nationale des caisses d'assurance maladie) qui s'en occupe. Fureur de la CFDT et de la Mutualité. Jeudi soir, François Chérèque, secrétaire général de la CFDT, claqué la porte de Douste-Blazy au bout d'à peine un quart d'heure.

Côté FO, le cadeau n'est pas passé inaperçu. En sortant du bureau du ministre de la Santé, Jean-Claude Mailly salue une «évolution vers un système qui pourrait devenir paritaire». Et Douste-Blazy ne tarit pas d'éloges sur «le sens des responsabilités» du nouveau secrétaire général de Force ouvrière. A la CFDT, on dénonce un «double discours» du ministre de la Santé. «Il obtient le retour du Medef en expliquant que ce conseil n'aura aucun pouvoir. Et à FO, il explique qu'on revient au paritarisme», résume Gaby Bonnand, chargé à la CFDT du dossier de l'assurance maladie. Et d'ajouter : «Si on veut faire bouger l'assurance maladie, la Mutualité est plus utile que le Medef.»

Honorifique

FO se défend de militer pour un paritarisme pur jus dans le seul but de reprendre à la CFDT la présidence de l'assurance maladie. «A chaque jour suffit sa peine», répond Jean-Claude Mallet quand on lui demande s'il est prêt à rempiler. Mais il est clair que, dans une configuration 50-50 entre salariés et patrons, FO retrouverait toutes ses chances de reconquérir la présidence, pour peu que le Medef veuille bien lui céder un poste devenu honorifique.

La Mutualité n'a cependant pas dit son dernier mot. Vendredi, juste avant que le texte ne soit transmis au Conseil d'Etat, elle a obtenu de revenir dans le conseil ès qualités, et non pas avec un strapontin de «personnalités qualifiées». Le gouvernement a encore une semaine pour choisir entre Force ouvrière et l'alliance CFDT-Mutualité.

Le ministre veut boucler sa réforme en cinq jours. Les partenaires sociaux sont amers. Libération, 24 mai 2004

La réforme de l'assurance maladie doit être bouclée avant la fin de cette semaine. Si Philippe Douste-Blazy veut présenter au conseil des ministres du 16 juin son projet de loi, il devra en effet le faire parvenir au Conseil d'Etat au plus tard en début de semaine prochaine. Il lui reste donc cinq jours pour consulter les partenaires sociaux.

Dès ce soir, six syndicats (CGT, CFDT, FO, CFTC, CFE-CGC et Unsa) et la Mutualité seront réunis pour une nouvelle séance de négociation sous la houlette du directeur de cabinet du ministre de la Santé. Une autre rencontre pourrait être organisée dans le courant de la semaine. Après les annonces distillées depuis le 17 mai par le ministre de la Santé et son secrétaire d'Etat à l'assurance maladie, Xavier Bertrand, les syndicats dénoncent un simulacre de concertation (lire ci-contre l'entretien avec Alain Olive). La CFTC et la CFDT commencent même à envisager de participer à la journée de mobilisation à laquelle appellent la CGT, l'Unsa et la FSU samedi 5 juin.

Le soutien que vient d'apporter le Medef au plan gouvernemental ne peut que les y pousser. L'organisation patronale avait, il y a trois ans, claqué la porte des conseils d'administration des caisses de sécurité sociale en se plaignant de voir l'Etat intervenir constamment dans leur gestion. Elle est maintenant prête à revenir dans le futur «Conseil d'orientation de l'assurance maladie» en se félicitant que celui-ci n'ait aucun pouvoir. Cela marquera «la fin de la gestion paritaire syndicats-employeurs de l'assurance maladie», se réjouit le président du Medef, Ernest-Antoine Seillière. De quoi braquer définitivement les syndicats réformistes.

En attendant, Philippe Douste-Blazy assure la promotion de son plan. Il visite cet après-midi à Toulouse la clinique Pasteur, où a été expérimenté le «dossier médical partagé». Et demain matin, il doit intervenir à l'inauguration du salon Hôpital, expo à Paris.

Alain Olive, secrétaire général de l'Unsa : «Les chiffrages sont fantaisistes» Libération, 24 mai 2004

A côté des cinq confédérations, l'Unsa (Union nationale des syndicats autonomes) est le sixième syndicat à siéger au Haut Conseil de l'assurance maladie. Ses militants sont très engagés dans le mouvement mutualiste, notamment chez les enseignants avec la MGEN. Son secrétaire général, Alain Olive, explique pourquoi le plan Douste-Blazy ne répond pas à ses attentes.

Le gouvernement considère qu'il entre dans la dernière semaine de concertation. Pensez-vous qu'il puisse modifier son projet ?

Nous avons toujours dit que nous porterions une appréciation globale sur les trois volets de la réforme : gouvernance, offre de soins et financement. Après ce que nous avons entendu mercredi, lors de notre rencontre avec le ministre de la

Santé, notre jugement est plus que réservé. Sur la gouvernance, on a avancé. Mais c'est le seul point qui a été vraiment discuté avec les partenaires sociaux. Sur l'offre de soins, on est dans le flou le plus total. Quant au financement, il annonce 13 milliards d'euros dont 8 sont totalement virtuels : les chiffres sont fantaisistes. Ainsi, une meilleure coordination des soins grâce au dossier médical partagé est censée apporter 3 milliards d'économie. Quand ? Comment ? On n'en sait rien.

Ce dossier médical partagé, vous êtes pour ?

Nous y sommes évidemment favorables. Mais les problèmes pour le mettre en oeuvre sont loin d'être résolus. Comment garantir la confidentialité des données par exemple ? Tout cela mérite d'être expérimenté et sera long à mettre en place. Le gouvernement en fait un axe emblématique de sa réforme. Pour l'instant, c'est un leurre qui permet de ne pas parler de mesures très contestables comme le projet de médecin traitant.

Vous n'êtes pas d'accord pour que l'on incite les gens à consulter leur médecin traitant avant d'aller chez un spécialiste ?

Je refuse une médecine à deux vitesses. La discrimination se fera entre ceux qui pourront payer plus et obtenir tout de suite un rendez-vous, et les autres. Au lieu d'ouvrir ainsi tout grand la porte aux dépassements d'honoraires des spécialistes, il vaudrait mieux inciter les jeunes à s'installer dans les zones où l'on manque de médecins. Par exemple en les rémunérant pendant leurs études, à condition qu'ils s'engagent à exercer un certain nombre d'années là où l'on a besoin d'eux. Côté recettes supplémentaires, on n'est plus dans le virtuel : un euro par consultation, hausse du forfait hospitalier, de la CSG...

Les 5 milliards d'euros de recettes supplémentaires sont effectivement les seules propositions concrètes et immédiatement applicables. Or ce sont les plus inévitables : à part une augmentation symbolique de la contribution de solidarité sur le chiffre d'affaires des entreprises, ce sont les patients qui paieront. Seul 1 milliard d'euros de recettes nouvelles viendra du budget de l'Etat, alors que les exonérations de charges coûtent déjà 3 milliards à la Sécu. Commençons donc par clarifier les relations entre l'Etat et la Sécurité sociale en garantissant en deux ou trois ans le retour dans le budget de l'assurance maladie des taxes prélevées au titre de la santé : alcool, tabac, assurances.

Vous appelez avec la CGT et la FSU à manifester samedi 5 juin contre le projet gouvernemental. Pensez-vous que cela puisse faire bouger le gouvernement ?

On peut encore prendre le temps d'une bonne réforme. Nous appelons le 5 juin à une réaction de grande ampleur, pour que le gouvernement ouvre enfin la vraie négociation que réclament l'ensemble des syndicats et le mouvement mutualiste. >

En 2007, chaque Français aura un dossier médical partagé **Le Monde 25 mai 2004**

Philippe Douste-Blazy, le ministre de la santé, devait détailler, lundi 24 mai, les modalités de fonctionnement du futur "dossier médical partagé" (DMP) destiné à mieux responsabiliser les patients et le corps médical. Le gouvernement espère qu'il sera à la fois un outil d'optimisation des soins et de réduction des coûts. Selon le ministre de la santé, un tel dossier devrait permettre de réaliser entre 6,5 et 7,5 milliards d'euros d'économies par an à partir de 2007. Le ministre avait indiqué le 17 mai que ce document devait être mis en place "dans les deux ans".

Pour sa part, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie, dans une "note de problématique", évoque les modalités de mise en place et le coût du DMP. Selon cette institution, il s'agit là d'un "projet souhaité de façon consensuelle par les praticiens, l'assurance-maladie obligatoire et complémentaire", mais aussi les patients, qui revendiquent une "responsabilisation dans la prise en charge de leur santé et une relation plus personnalisée avec le médecin".

Sans prétendre à l'exhaustivité, le DMP devra donner une vision globale et complète de l'état de santé du patient, ainsi qu'un résumé de ses antécédents médicaux et chirurgicaux. Ce dossier sera informatisé et le patient aura accès, par Internet, à une "adresse sécurité santé". Selon le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie, l'inviolabilité de ce document constitue la condition absolue du succès de ce projet, qui permettra notamment de réduire le nombre des examens redondants ou trop fréquents, ainsi que la pratique du "nomadisme médical".

FO se joindra aux manifestations du 5 juin pour la Sécu dépêche Reuters [2004-05-24 18:15]

La décision a été prise lors d'une réunion de son bureau confédéral en raison des "atermolements du gouvernement sur l'assurance-maladie en matière de pilotage et compte tenu d'annonces inacceptables ou notoirement insuffisantes en matière de financement", précise la confédération syndicale dans un communiqué.

FO, qui "entend ne rien exclure comme action", se joint ainsi à l'appel lancé par la CGT, la FSU, l'Unsa et l'union syndicale G10-Solidaires qui prévoient des manifestations un peu partout en France le 5 juin "pour la sauvegarde et le renforcement de l'assurance-maladie".

La CFDT a indiqué qu'elle déciderait de sa participation ou non à cette "journée de mobilisation" en milieu de semaine à l'issue de la réunion de son bureau national.

Au titre des "annonces inacceptables" du gouvernement concernant la future réforme, FO cite le relèvement de la CSG pour les retraités et l'élargissement de l'assiette de cette taxe pour les actifs, l'introduction d'un forfait d'un euro par consultation, la hausse du forfait hospitalier et le risque d'enveloppes budgétaires limitatives.

FO "appelle le gouvernement à préciser clairement et rapidement l'ensemble de son projet" et précise que "c'est en fonction du contenu du projet qu'elle prendra les initiatives qu'elle jugera utiles".

Douste-Blazy voudrait réformer au pas de charge ***L'Humanité* 24 mai 2004**

Ultime réunion avec les syndicats et la Mutualité au ministère de la Santé ce soir. Philippe Douste-Blazy tente cette semaine de boucler sa réforme.

Il y aura de l'électricité dans l'air, ce soir, au ministère de la Santé et de la Protection sociale. Les responsables "santé" et "protection sociale" des syndicats (CGT, CFDT, CFE/CGC, CFTC, FO et UNSA) et la Mutualité française y seront reçus, ensemble, par les directeurs de cabinet de Philippe Douste-Blazy et de Xavier Bertrand, pour ce qui pourrait être le dernier tour de table sur la réforme de l'assurance maladie. Le MEDEF et les syndicats de médecins leur succéderont demain matin.

Un ministre pressé de conclure

Si le ministre de la Santé n'exclut pas totalement une dernière réunion dans le cours de la semaine, il ne cache pas non plus que la concertation sur le plan qu'il a dévoilé la semaine dernière dans les médias touche à sa fin. Cette urgence tient au calendrier serré que le gouvernement s'est donné, après avoir pourtant sans cesse reporté l'échéance de la réforme depuis l'annonce de son lancement, en 2003, par Jean-François Mattei. Afin de présenter son texte en Conseil des ministres le 16 juin prochain, et de le soumettre au Parlement dans la foulée, Philippe Douste-Blazy doit ainsi présenter son projet avant la fin de la semaine aux différentes caisses de Sécurité sociale -pour un avis purement consultatif- et au Conseil d'État dans le même temps.

Dans l'esprit du gouvernement, il ne reste donc que quelques jours pour finaliser la réforme de l'assurance maladie. Mais les partenaires sociaux ne l'entendent pas de cette oreille. Estomaqués par la méthode du ministre de la Santé et de la Protection sociale, qui consiste à les recevoir en tête-à-tête sans organiser de véritables confrontations, et à égrener des décisions sans les avertir tout en les pressant de se prononcer, ils se sentent de plus en plus mis sur la touche, et sont désormais sur la défensive. Ils ont particulièrement peu apprécié que le document qui leur a été remis lors des rencontres de mardi et mercredi derniers ne fasse aucune mention du relèvement du forfait hospitalier, pourtant annoncé jeudi matin pour cette année par le ministre sur France-Inter. Suite à cette entourloupe, la CFDT a parlé de "mise en scène de la concertation", la CFE-CGC a regretté que "les effets d'annonce prennent le pas sur le dialogue social", la CGT a pointé une méthode inadmissible. Pour couronner le tout, syndicats et Mutualité ont parfaitement perçu que le MEDEF était mieux loti qu'eux : l'organisation patronale a réussi à monnayer son retour dans la gestion de l'assurance maladie contre une rénovation du pilotage du système à son goût. Pour calmer les hostilités, Philippe Douste-Blazy a assuré qu'il était prêt à améliorer son texte. L'agenda qu'il impose aux partenaires sociaux laisse entendre l'exact contraire. Et si les syndicats réclament des négociations, c'est que, sur le fond, la réforme telle qu'elle est conçue par Philippe Douste-Blazy ne leur convient pas. Ils dénoncent des mesures financières qui pèsent essentiellement sur les assurés sociaux et épargnent singulièrement les entreprises.

Vives inquiétudes syndicales

Un euro restant totalement à charge du patient à chaque consultation, une pénalisation financière de la visite chez le spécialiste si le patient n'est pas recommandé par son médecin traitant, la hausse de la CSG des retraités et de l'assiette de celle des actifs, l'augmentation du forfait hospitalier, la seconde en moins d'un an : la responsabilisation du malade à la mode du gouvernement prend ici tout son sens. Concernant le pilotage de l'assurance maladie, les inquiétudes sont également très vives : la perspective de la nomination par le gouvernement du directeur d'une nouvelle union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et la disparition du conseil d'administration de l'assurance maladie au profit d'un conseil d'orientation déconcertent les syndicats, partisans d'un paritarisme retrouvé, et non d'une étatisation rampante.

Laissant les syndicats et la Mutualité à leurs interrogations, Philippe Douste-Blazy fait déjà comme si la réforme était sur les rails. Il sera aujourd'hui à Toulouse, à la clinique Pasteur, pour vanter l'un des axes de son projet : l'instauration du dossier médical partagé, promis pour 2005. À l'issue de sa visite de cet établissement qui utilise cette procédure, il détaillera les modalités de sa mise en œuvre nationale.

Entretien

Elisabeth Roudinesco : A quel psy s'en remettre ?
L'Humanité 24 mai 2004

Élisabeth Roudinesco, historienne de la psychanalyse, intervient à chaud dans le débat public sur les thérapies psychiques. Des psychanalystes ont cédé, dit-elle, aux sirènes du dogmatisme scientiste.

Le nouveau livre d'Élisabeth Roudinesco est un combat. Il est dédié à Maud Mannoni, figure emblématique s'il en est de la lutte contre l'enfermement asilaire, de ces thérapeutes qui ont poussé loin en avant l'héritage freudien : celui qui confie le sujet à la puissance libératrice de la parole, qui enracine la démarche analytique dans la réflexion et la critique de l'ordre social. L'exact opposé en somme des règlements bureaucratiques que l'État s'efforce aujourd'hui d'ériger en modèle de vertu sur le grand marché du bien-être psychique. Prétextant la présence de canards boiteux, ce qu'on appelle l'amendement Accoyer-Mattei, surgi cet hiver du débat parlementaire et visant à encadrer légalement l'exercice des psychothérapies jugé par trop libéral, est devenu l'un des mots-clés de la politique de santé gouvernementale. Le problème, dit Élisabeth Roudinesco, c'est que cette mise au clair s'identifie bien plus à une mise au pas qu'à une réflexion sereine, collective et nécessaire sur la situation contemporaine des thérapies de l'âme et le statut du sujet qu'elles dessinent. À pointer le fer contre les " charlatans ", on oublie qu'en science on est toujours un peu le charlatan d'autrui, on calque le paysage psychique sur l'horizon indépassable de la biologie - archi-dominée par les trusts pharmaceutiques -, on réduit le sujet à une poignée de typologies chimiquement réactives d'où l'on évacue différence et identité. La vision que l'État propage ainsi du patient et du thérapeute " moderne " est simpliste, autoritaire, elle gomme les différences d'approche entre psychiatrie (épuisée et distributrice de pilules), psychothérapies et psychanalyse, les enrôle toutes dans une normalisation fallacieuse du sujet.

Et l'auteure de déplorer que l'État ait obtenu des principales associations de psychanalystes ce geste incroyable : livrer leurs listes d'adhérents à la puissance publique en échange du nouveau sésame censé leur garantir avenir professionnel et tranquillité sociale - le titre de psychothérapeute. Désormais, la chasse est ouverte au psy " non inscrit " ou au " psy " déviant de la mauvaise école, et ce sont les héritiers de Freud et de Lacan qui la mènent. D'aucuns jugeront ce portrait en situation par trop amer. Mais l'historienne de la psychanalyse a des arguments précis : au passage, elle rappelle qu'un tiers seulement de la profession a soutenu la création du pacs. À désertier depuis des années le terrain des luttes d'émancipation, la majorité des psychanalystes se renient, prévient Roudinesco. L'avertissement peut être salutaire. L. D.

Le Patient, le Thérapeute et l'État, par Elisabeth Roudinesco, Éd. Fayard, 2004, 194 pages, 14 euros.

Charlatans, gourous, " psys ", marchands de bonheur, médecines parallèles, "nouveaux thérapeutes" : la liste s'allonge de celles et ceux qui prétendent soigner la souffrance des âmes, dans une société libérale en proie à tous les maux. Du côté du patient, à quel saint se vouer ? Comment se garder des imposteurs ? L'État mandate des " experts " et entend faire la police dans les professions, en réveillant certaines nostalgies d'ordre moral. Mais, surtout, interroge l'historienne de la psychanalyse dans son dernier livre, les critères de vérité de la biologie, devenue l'inévitable référence scientifique, peuvent-ils être appliqués aux sciences de l'homme ou à la psychanalyse sans tomber dans l'absurde ? Rencontre.

La prolifération sectaire vous semble-t-elle une caractéristique de notre époque ?

Élisabeth Roudinesco Il y a certainement toujours eu des sectes. C'est un phénomène trans- historique, comme le montre magnifiquement Christian Jambet. Mais, en effet, la chute de l'engagement dans les grandes religions et aussi de l'engagement communiste suscite un désarroi qui pousse chaque sujet à vouloir se différencier. Plus se développe socialement un système de liberté où chacun a de moins en moins de comptes à rendre à quiconque et plus un certain nombre de sujets trouvent à satisfaire leur désir de contraintes sous cette forme caricaturale des religions que sont les sectes. Bien entendu, ce sont les gens les plus fragiles, ceux qui auraient besoin de psychothérapies ou de psychanalyses qui se mettent ainsi sous la dépendance de gourous faisant un usage pervers de leurs connaissances psychologiques.

Vous voulez dire qu'idéologie du " fais comme bon te semble " et servitude volontaire font bon ménage sur le grand marché du " bien-être " ?

Élisabeth Roudinesco C'est cela. La mondialisation libérale suscite une crédulité sans limites. Les sectes fonctionnent désormais comme des " États voyous ", selon le mot de Derrida. Elles n'ont même plus la dimension mystique d'autrefois. Ce qui les caractérise, au-delà des controverses de définition, c'est qu'elles requièrent l'abandon et une exploitation du corps de l'adhérent, la consommation sexuelle avec le gourou ou son représentant, souvent l'exploitation économique, et enfin un certain rapport à la pensée magique, quoique toute magie ne soit pas d'ordre sectaire. Il existe des chevauchements, des frontières entre toutes sortes de pratiques, souvent à prétention scientifique, comme la Scientologie, qu'il s'agit de recenser, analyser, classer, sans pour autant les assimiler. Je ne classe pas, par exemple, les médecines parallèles dans les sectes. On peut comprendre, sans approuver, que dans ce contexte touffu les psychothérapeutes réclament de l'État qu'il pose des limites et des règles.

L'autre montée en puissance de notre époque, qui se pose en conseiller du Prince en matière scientifique, c'est ce que vous appelez le " bio-pouvoir ", le savoir biologico-médical...

Élisabeth Roudinesco Il se réclame à juste titre de la raison et il s'appuie sur la science. Le problème vient de ce qu'il prétend pousser les limites de l'observation au-delà de ce que cette dernière peut raisonnablement expliquer. Or rien n'est plus dangereux qu'une science qui délire, qui se met à recourir à la magie, qui prétend, par exemple, sans fournir aucune preuve, expliquer le psychisme par les seuls phénomènes biologiques. On met aujourd'hui le cerveau au centre de tout, à tel point qu'on entend " prouver " que l'inconscient existe - ou plutôt n'existe pas - par imagerie cérébrale : comme si ce concept dynamique et opératoire avait une extension spatiale, une localisation cérébrale ! Même si un jour on connaît tous les corrélats chimiques, cérébraux de la psychose, des troubles psychiques divers, il y aura toujours un " lieu " de l'humain irréductible à ces déterminations et qui constitue ce qu'on peut appeler la conscience. Les progrès de la science sont évidents, la chimie et les molécules psychotropes ont incontestablement des effets bénéfiques sur des troubles graves, bien qu'à long terme la prescription systématique de ces substances ait des effets organiques et psychiques non négligeables. La parole médicale accompagnant la promesse de guérison n'est pas neutre, ni inoffensive : elle révèle aussi ce que sont les croyances et l'idéologie du prescripteur.

Vous montrez que cette chimie du médicament est devenue - tant pour l' institution médicale que pour l'État, le principal critère " d'évaluation objective " des thérapies psychiques. D'où un conflit inévitable avec la psychanalyse ?

Élisabeth Roudinesco Cette boulimie d'expertise rencontre une sacrée difficulté : c'est qu'on ne peut justement expertiser le psychisme ! On a raison d'évaluer l'efficacité des médicaments, des neuroleptiques : mais la question de la guérison des troubles psychiques est un tout autre problème, l'histoire de chacun est toujours autre chose que les recettes chimiques auxquelles une certaine vision de l'humain prétend les réduire. C'est pourquoi il ne faut absolument pas que l'État se mêle de cette question de la cure. Quant aux psychanalystes, on ne peut pas dire qu'ils s'offusquent de cette intrusion dans leur discipline.

Précisément, vous reprochez à beaucoup d'entre eux d'avoir accepté que l' État s'en mêle, d'avoir en quelque sorte échangé leur tranquillité professionnelle contre une sorte de mise en ordre contrôlée de la discipline ?

Élisabeth Roudinesco Je leur reproche de ne s'être occupés depuis des années que des débats sur le cerveau, d'avoir engagé le dialogue avec leurs ennemis alors qu'ils croyaient dialoguer avec la science. À l'exception de quelques universitaires, comme Roland Gori, qui ont très bien résisté à cette tentation, ils ont cru pouvoir faire la preuve, notamment à l'université, d' une scientificité de la psychanalyse, ce qui n'a pas de sens. Le problème n' est pas, bien entendu, le dialogue avec la science, mais bien la reconnaissance, la validation implicite de l'idéologie scientiste que recouvre cette démarche. La psychanalyse est un système interprétatif, rationnel, culturel. On ne peut pas prétendre expertiser une cure comme on expertise un médicament, même si une cure a des effets organiques. Les seuls critères que cette discipline peut apporter de sa validité et de sa valeur sont de l'ordre des témoignages qu'une analyse de type sociologique pourrait, en revanche, mettre en cohérence, analyser statistiquement. La réussite de la cure est elle-même sujette à interprétation, elle se mesure sur une échelle subjective, implique la parole, le point de vue et le témoignage de sujets : ce n'est pas une science exacte.

Cette dérive scientiste de la psychanalyse est aussi complice, dites-vous, d' un désengagement politique et social ?

Élisabeth Roudinesco En effet. En renonçant à dialoguer avec les sociologues, les anthropologues ou les historiens, la majorité des psychanalystes ont fini par passer à côté des évolutions majeures de nos sociétés durant ces vingt dernières années. Or la psychanalyse depuis Freud est aussi destinée à comprendre la famille, le sexe, la société, les conflits. Les trois quarts des psychanalystes ont déserté le terrain de la clinique d'une société. De sorte que, sous l'influence de l'IPA notamment, ils sont devenus franchement réactionnaires, alors que leur discipline était à l'origine progressiste et subversive. Ils vivent chaque nouveauté ou chaque évolution des mœurs comme une agression contre la psychanalyse. Ce qui est pour le moins paradoxal.

La situation vous semble désespérée ?

Élisabeth Roudinesco Non, mais elle me semble assez grave pour en appeler à un sursaut collectif de réflexion et d'analyse. L'enjeu est clairement de sauver la liberté et la puissance émancipatrice de la psychanalyse.

Entretien réalisé par Lucien Degoy

Assurance maladie. Le 5 juin plus que jamais d'actualité L'Humanité 24 mai 2004

La volonté du gouvernement de forcer la main aux partenaires sociaux sur la réforme de l'assurance maladie, sous prétexte de soumettre son texte au Conseil d'État dans les plus brefs délais, crispe de plus en plus les syndicats, pas d'accord sur le fond des mesures proposées. Dans ce contexte, la journée de mobilisation du 5 juin prochain, partout en France, à l'appel de la CGT, de l'UNSA, de la FSU et du G10 Solidaires, pourrait rassembler massivement, et au-delà des organisations initiales. La CFTC a ainsi laissé entendre qu'elle pourrait se joindre à l'initiative s'il le fallait, et FO a évoqué la perspective du 5 juin au cas où son exécutif, qui doit se réunir en ce début de semaine, déciderait d'une action.

Les syndicats à l'origine de la mobilisation réclament une Sécurité sociale solidaire, et l'accès aux soins pour tous. Ils dénoncent une réforme culpabilisante, qui pointe du doigt " les malades, et en particulier les plus fragiles et les plus démunis ", et qui sera inefficace face aux " vrais défis de la réponse aux besoins de santé et à leur financement ".

Les mesures d'économies prises depuis vingt ans relèvent d'une même logique

L'idée de " maîtriser " les dépenses publiques de santé en transférant une partie du fardeau sur le compte des ménages ne date pas d'hier. En avançant aujourd'hui le projet d'instaurer une franchise d'un euro sur chaque visite médicale, non remboursable, Philippe Douste-Blazy creuse un sillon largement ouvert par ses prédécesseurs. 1983. Déjà plombée par le chômage, la Sécu plonge dans le déficit. Invoquant le souci de ménager la compétitivité des entreprises, le ministre socialiste des Affaires sociales de l'époque, Pierre Bérégovoy, choisit d'" exclure toute hausse des cotisations " sociales et de demander aux assurés de mettre la main à la poche pour boucher le " trou ". Il invente le forfait hospitalier, " participation des malades aux frais hôteliers " : pour chaque journée d'hospitalisation, le malade est taxé de 20 francs (un peu moins de 3 euros). Une dépense non couverte par le régime obligatoire d'assurance maladie : seules les assurances complémentaires - pour les patients qui en ont une - peuvent la rembourser. " Le forfait hospitalier est une mesure de responsabilisation nécessaire ", expliquera en 1984 Georgina Dufoix, ministre socialiste successeur de Bérégovoy.

" Responsabilisation " : Douste-Blazy chante maintenant le même refrain pour nous " vendre " son forfait sur la visite, ainsi qu'une énième hausse du forfait hospitalier, porté à 15 euros. Même alibi pour imposer le même choix : face à la hausse continue des dépenses de santé, réduire la part remboursée par la Sécu, quitte à faire le lit des intérêts privés du monde des assurances. La longue liste des mesures d'économies prises depuis deux décennies relève tout entière de la veine. En particulier les déremboursements de médicaments dits " de confort ", initiés par le plan Barre de 1976, poursuivis par les gouvernements socialistes et de droite successifs, jusqu'à aujourd'hui. Quant à la CSG, autre levier actionné par Douste-Blazy pour dégager des recettes nouvelles pour la Sécu, rappelons qu'elle a été mise en place en 1990 par Michel Rocard, à la satisfaction du patronat. Et pour cause : il s'agissait, là encore, de faire face aux besoins accrus de financement des dépenses de santé sans mettre à contribution les entreprises. Rocard avait mis en avant la prétendue " justice " de ce nouvel impôt appliqué, disait-il, " sur tous les revenus " : en réalité, en 1991, première année d'application, la CSG devait rapporter 37 milliards de francs dont 3 milliards seulement sur les revenus du capital, le reste sortant de la poche des salariés, mais aussi des retraités et des chômeurs imposables. Treize ans après, l'injustice demeure : la CSG, toujours défendue par le PS, comme par la droite, et récusée par les communistes, repose à 88 % sur les revenus du travail.

Y. H.

Assurance maladie. Succès de l'appel contre la privatisation de la Sécu Lancé par l'économiste communiste Catherine Mills, il a fait boule de neige *L'Humanité* 24 mai 2004

Lancé il y a quelques semaines, l'appel " contre la privatisation de l'assurance maladie " et " pour une réforme de progrès ", initié par l'économiste communiste Catherine Mills et soutenu par la Fondation Copernic, fait boule de neige. Le cap des cinq mille signataires est dépassé. Parmi eux, un très large éventail de sensibilités, d'engagements, puisque se côtoient des militants syndicaux de la CGT, de la FSU, du Groupe des Dix, des responsables et des élus du PCF, des Verts, de la LCR, ainsi qu'"un nombre croissant de militants de base du PS, de la tendance NPS".

Lors d'une réunion samedi à la Bourse du travail, à Paris, destinée à faire un point d'étape de la bataille engagée, Catherine Mills s'est félicitée de la dynamique ainsi enclenchée par cet appel et a estimé qu'elle a joué en faveur de la grande journée de mobilisation du 5 juin décidée par plusieurs centrales syndicales. Beaucoup reste à faire, a-t-elle cependant souligné, pour dégager la portée véritable du projet Douste-Blazy, qui vise à " faire payer les ménages, réduire les dépenses publiques de santé, tout en faisant monter le privé ". Un effort d'explication d'autant plus important que, comme l'ont souligné plusieurs participants à la réunion, le ministre s'emploie à brouiller les pistes, par la " méthode du saupoudrage ", en " faisant semblant de consulter ", en tentant de faire croire que sa réforme est " équitable ", en mettant l'accent sur les prétendus " gaspillages " et les " fraudes ".

L'économiste Michel Husson, lui, invite à montrer que, derrière les mesures d'" économies ", un véritable " changement de modèle social " se profile, au détriment de l'assurance maladie solidaire. La campagne de débats et de signatures de l'appel va donc se poursuivre. Pas question, pour eux, d'attendre bras croisés le débat parlementaire prévu pour juillet : ils ont ainsi entamé un travail en commun avec des parlementaires communistes et Verts regroupés en un comité de suivi de la réforme. L'objectif étant d'organiser " un va-et-vient entre mouvement social et mouvement politique ", de conjuguer en quelque sorte les efforts sur les deux terrains, " la rue " et les institutions, pour peser au maximum sur les choix de réforme.

Y. H.

Assurance maladie "Les mesures du gouvernement sapent les bases du système" **L'Humanité 24 mai 2004**

Pour Daniel Prada, dirigeant de la CGT en charge du dossier, le gouvernement a encore une fois cédé au MEDEF.

Le débat s'est focalisé sur les mesures dites de " redressement financier " avancées par le ministre. Quel jugement portez-vous sur celles-ci ?

Daniel Prada L'effort principal est demandé aux assurés sociaux actifs et aux retraités, qu'il s'agisse du forfait de un euro par visite, de l'augmentation du forfait hospitalier, de la hausse du taux de la CSG pour les retraités et de l'assiette pour les actifs. Ou encore du renforcement du contrôle sur les indemnités journalières : là, j'ai une grosse interrogation sur le chiffre annoncé de 800 millions d'économies qui pourraient être ainsi réalisées, sachant que la CNAM avait estimé à seulement 6 % du total les arrêts de travail non justifiés médicalement. Même la mesure concernant le passage quasiment obligé par un généraliste pour s'adresser à un spécialiste va pénaliser les assurés sociaux : on ne les empêche pas de passer directement au spécialiste, mais dans ce cas le médecin pourra augmenter son tarif et l'assuré ne sera pas remboursé sur la totalité du tarif. Au total, il n'y a pas de commune mesure avec ce qui est demandé au patronat : une hausse de 760 millions d'euros de la contribution spécifique sur les sociétés. Quant à l'État, il verserait un milliard d'euros, alors qu'il doit deux milliards à la Sécu pour compenser complètement les exonérations de cotisations.

D'autre part, les mesures annoncées sapent les bases du système fondé sur l'égalité du droit à la Sécurité sociale et sur la solidarité. Voyez le nouveau forfait sur les actes médicaux : il est fixé aujourd'hui à un euro, mais on ne sait pas à combien il s'élèvera demain. Compte tenu de l'expérience que nous avons du forfait hospitalier, on ne peut qu'être inquiet. Par ce système de forfait, on augmente la part qui reste à la charge de l'assuré social, ou de sa complémentaire quand il en a une, et en même temps on réduit la couverture assurée par le régime obligatoire de la Sécu. Et ainsi on ouvre un espace important pour les organismes complémentaires, en particulier les assurances privées. Ceux qui seront touchés sont bien sûr les salariés actifs et les retraités, et, parmi eux, au travers de ces forfaits, les plus fragiles, les malades. Et parmi les malades, la partie de la population la plus âgée, les retraités, va être frappée plusieurs fois : par l'augmentation de la CSG et par la franchise.

Y a-t-il une cohérence entre ces mesures et celles qui portent sur le pilotage de l'assurance maladie ?

Daniel Prada Il faut bien percevoir que le but du gouvernement est avant tout de réduire les dépenses de santé remboursables. La première annonce de Douste-Blazy lundi dernier, lors de son émission de télévision, a d'ailleurs été de dire qu'il voulait faire 15 à 16 milliards d'économies, et non pas répondre au défi de la santé. C'est au regard de cet objectif que l'on peut mieux comprendre pourquoi le gouvernement a dans le même temps besoin de réduire les prérogatives des gestionnaires de la Sécurité sociale, et principalement des organisations syndicales, qui sont là pour gérer la Sécurité sociale en défendant les intérêts des assurés sociaux. On est engagé dans un processus d'étatisation. Et on voit bien pourquoi le MEDEF se dit satisfait et prêt à revenir dans un schéma dont la philosophie correspond à ce qu'il attendait.

Le ministre affirme que ce projet est " améliorable "

Daniel Prada S'agissant de la " gouvernance ", c'est la logique du projet gouvernemental qui ne convient pas. Ce que nous voulons, c'est revoir fondamentalement ce qui est proposé pour instaurer vraiment de la démocratie sociale. Nous n'en sommes pas à améliorer ce qui nous est proposé, mais à demander au gouvernement de remettre l'ouvrage sur le métier. La hausse des dépenses de santé vient d'abord du progrès médical, du développement de la recherche, de l'utilisation de techniques de pointe, du développement de maladies chroniques liées au progrès de la médecine et au vieillissement de la population. Il peut y avoir, comme dans tout système, des abus, des gâchis, mais c'est marginal. À partir de là, il faut certes mieux organiser le système de santé pour mieux répondre aux attentes des patients, ce qui, en même temps, permettra sans doute de réaliser des économies. Et ensuite il faut poser le problème fondamental de la part des richesses créées à consacrer à la santé et donc de la réforme du financement nécessaire pour financer des dépenses qui vont continuer à progresser dans les décennies qui viennent. Or, à aucun moment, à la télévision, Douste-Blazy n'a évoqué ce défi : il reste sur les gâchis, les gaspillages.

Vous avez lancé un appel à la mobilisation pour le 5 juin. Quel impact a-t-il ? Peut-il s'élargir ?

Daniel Prada L'appel a de l'écho, on le voit au travers de nos propres initiatives : la pétition nationale que nous avons lancée a réellement pris son envol, nous préparons les manifestations décentralisées du 5 juin. Pour le moment, il y a un appel de la CGT, de la FSU, de l'UNSA, rejoint par le Groupe des Dix. S'agissant des autres confédérations, j'ai noté, en lisant les déclarations de la CFTC, de FO, que l'une et l'autre évoquaient la possibilité de s'inscrire dans des mobilisations. Dans les jours à venir, les raisons de se mobiliser vont être de plus en plus évidentes. Nous souhaitons élargir le mouvement au plus grand nombre d'acteurs, syndicats, associations, organisations de médecins, comme celles qui sont engagées dans la lutte pour la défense de l'hôpital public.

Entretien réalisé par Yves Housson

Assurance-maladie : ultimes concertations

Le ministre reçoit les partenaires sociaux **Béatrice Taupin, *Le Figaro* 24 mai 2004**

Nouvelle semaine de concertation entre le ministre de la Santé et les partenaires sociaux, avant l'envoi au Conseil d'Etat du projet de réforme de l'assurance-maladie. Les syndicats seront en effet reçus ce soir en même temps que la Mutualité, au cours d'une réunion multilatérale, après la présentation par le ministre, ce matin, du dossier médical partagé expérimenté dans une clinique de Toulouse. Le lendemain, les organisations patronales seront à leur tour reçues.

Les syndicats qui soupçonnent Philippe Douste-Blazy de «mettre en scène» la concertation plus que de la conduire en jouant vraiment cartes sur table, veulent cette fois avoir la totalité des propositions du gouvernement sur l'organisation des soins, le financement et le pilotage de l'assurance-maladie. Nombre d'entre eux ont eu le sentiment en entendant le Medef, mercredi soir, donner son accord au schéma de gouvernance de l'assurance-maladie, que le ministre avait modifié son projet dans un sens moins favorable, selon eux, aux partenaires sociaux.

Daniel Prada, le secrétaire confédéral chargé des questions de santé à la CGT, considère que l'«on a assisté en une semaine à un revirement total de logique entre ce qui avait été proposé» initialement, et «qui allait dans le bon sens, dans la mesure où ça donnait des responsabilités plus importantes aux gestionnaires de la Sécurité sociale, et une logique qui renforce désormais les responsabilités de l'exécutif qui est nommé par l'Etat».

De fait, les organisations patronales reçues mercredi soir ont eu l'assurance que le «pouvoir de décision appartiendrait à une direction nommée par l'Etat et inamovible pendant cinq ans», de façon à garantir son indépendance. Cette direction travaillera en dialogue avec «un conseil d'orientation représentant la société civile», où seront représentés les partenaires sociaux ainsi qu'un certain nombre de personnalités qualifiées. Mettant les points sur les «i», le président du Medef a souligné qu'il prenait «acte de ce que le gouvernement renonce à la gestion paritaire syndicats-employeurs de l'assurance maladie».

C'est ce qui gêne les syndicats, à commencer par la CGT et FO, qui se satisfaisaient fort bien de l'ambiguïté entretenue jusqu'alors. Mais ni l'une ni l'autre n'ont saisi la main tendue par la Mutualité pour faire au gouvernement une proposition commune de gouvernance. «Je suis bien obligé d'admettre que la plupart des syndicats sont davantage intéressés par la place qu'ils pourraient occuper dans le système que par la manière et l'étendue des responsabilités qu'il convient d'assurer pour gérer autrement», confiait Jean-Pierre Davant, président de la Mutualité dans un entretien au Figaro (nos éditions du 17 mai). Le gouvernement en a pris acte en retenant le schéma du Medef.

La CGT est d'autant plus furieuse qu'elle craint de voir ressortir le projet Fillon sur les accidents du travail : cette branche serait, elle, gérée par une commission paritaire syndicats-patronat, qui fixerait librement le taux de cotisation, l'Etat n'intervenant que par défaut, en cas d'absence d'accord. Ce projet, initialement prévu dans la loi Fillon sur le dialogue social et la formation, avait été reporté dans l'attente de la réforme de l'assurance-maladie. Il a effectivement toute chance d'être retenu, même si pour l'instant, il n'a pas été officiellement abordé.

Sur le financement, Philippe Douste-Blazy devra aussi convaincre les syndicats et la Mutualité, unanimement opposés, comme les médecins, à la création d'une franchise d'un euro par consultation, non remboursable ni par la Sécu ni par les complémentaires. C'est, estime le gouvernement qui n'entend pas y renoncer, un dispositif destiné à responsabiliser le patient. «Il ne s'agira pas de mettre une pièce physiquement sur la table. Ce sera une retenue sur le décompte des remboursements» a précisé Xavier Bertrand, le secrétaire d'Etat à l'assurance-maladie.

Les deux ministres devront aussi s'expliquer sur le prolongement de la CRDS au-delà de 2014 pour financer la dette de 32 milliards, un choix que syndicats et Mutualité jugent «peu courageux» dans la mesure où cela reportera la charge sur les jeunes générations.

Hôpital Expo ouvre ses portes aujourd'hui L'hôpital en quête d'une boussole **Le quotidien du médecin, 25 mai 2004**

Le discours que doit prononcer ce matin le ministre de la Santé à l'occasion de l'inauguration d'Hôpital Expo est très attendu. Car, secoués par les prémices du plan Hôpital 2007, les professionnels, qui craignent d'être relégués au second plan par la réforme de l'assurance-maladie, veulent comprendre ce que le gouvernement souhaite faire de l'hôpital public.

EN QUITTANT l'Avenue de Ségur, Jean-François Mattei avait laissé l'hôpital public divisé. Depuis son installation au ministère de la Santé, Philippe Douste-Blazy le laisse, lui, sur sa faim. De longue date «désenchantés», pour reprendre les termes d'un rapport parlementaire, les hospitaliers sont devenus ces derniers mois - et encore plus ces dernières semaines - totalement déboussolés, en manque absolue de lisibilité sur leur avenir. Pessimistes quant à la détermination des pouvoirs publics (la réforme de l'hôpital, si elle aboutit un jour, passera après celle de l'assurance-maladie, ils en sont tous persuadés), les professionnels n'en attendent pas moins avec impatience le discours que doit prononcer aujourd'hui Philippe Douste-Blazy lors de l'inauguration d'Hôpital Expo.

Un «joyau».

Le ministre, il l'a dit la semaine dernière à la télévision, considère l'hôpital public comme un « joyau ». Il veut redéfinir les missions du service public hospitalier, ce qui, souligne-t-il, n'a pas été fait « depuis 1958 ». Il veut aussi se pencher sur le statut des médecins et contractualiser une à une, pour ceux qui aujourd'hui les cumulent, leurs missions de soins, de recherche et d'enseignement. Il va, enfin, installer une mission d'audit destinée à suivre la mise en œuvre de la réforme de la tarification des hôpitaux.

Afin de mieux comprendre les aspirations des uns et des autres, Philippe Douste-Blazy va réunir avant la fin de l'année des assises régionales de l'hospitalisation. Une manifestation dont il attend beaucoup (« Le Quotidien » d'hier), mais qui brouille les messages, ces assises devant débattre de questions en théorie déjà résolues dans le cadre du plan de réforme lancé par Jean-François Mattei (Hôpital 2007), et attise l'inquiétude de ceux qui, à l'hôpital, pensent que les réformes nécessaires - et notamment celle de l'organisation interne des établissements, cette « gouvernance » laissée en plan avec le départ de l'équipe Raffarin II et qui cristallise depuis plusieurs mois le malaise des hospitaliers - ne peuvent plus souffrir de délai tant la crise est aiguë. « Je pense que ces assises participent du discours en creux que l'on nous sert depuis des années, regrette le Dr François Aubart, le président de la Coordination médicale hospitalière (CMH) ; les pouvoirs publics jouent un jeu perpétuel d'esquive des choix, alors que les hospitaliers sont tout à fait prêts à entendre et à accepter une politique volontariste. »

Deux camps

En gros, les hospitaliers se répartissent en deux camps. Il y a, emmenés par la Fédération hospitalière de France (FHF), les pressés, les tenants des orientations arrêtées en son temps par Jean-François Mattei et qui considèrent que des décisions ayant été prises, notamment en matière de réorganisation interne, il faut les appliquer. Le Pr Roland Rymer, qui préside le Snam (Syndicat national des médecins des hôpitaux publics), est de ceux-là. « Nous demandons, explique-t-il, que l'Etat respecte sa parole sans tarder, que les textes législatifs nécessaires à la réforme de la gouvernance soient pris avec une indication de date. » Et il y a les partisans du « temps de réflexion », ceux qui souhaitent que Philippe Douste-Blazy rompe avec les méthodes de son prédécesseur et ouvre des négociations « dignes de ce nom » sur l'avenir de l'hôpital. Le Dr Pierre Faraggi, président de la CHG (Confédération et hôpitaux généraux) et porte-parole du Collectif de praticiens qui s'oppose au volet « gouvernance » d'Hôpital 2007, est dans ce cas : « Un vrai débat est nécessaire. Le ministre doit, pour garantir l'avenir de l'hôpital public, poser comme principe le maintien de la place du médecin à l'hôpital. » Entre les deux, on trouve aussi des militants de l'apaisement, qui voudraient que le ministre trouve le moyen de réconcilier l'hôpital autour de la réforme - « Il faut remettre les acteurs autour de la table pour trouver un plus grand dénominateur commun », plaide le Dr Rachel Bocher, présidente de l'Inph (Intersyndicat national des praticiens hospitaliers). Mais il est un point sur lequel tous les hospitaliers se retrouvent, c'est leur exigence de clarté. « Nous voulons des réponses claires », insiste le Dr Faraggi. « Le ministre doit s'engager », renchérit le Pr Rymer, tandis que le Dr Aubart appelle de ses vœux des « choix explicites ». Conclusion du délégué général de la FHF, Gérard Vincent : « Nous attendons du ministre qu'il annonce sa politique hospitalière. Et qu'il nous dise à quelle sauce l'hôpital va être mangé dans la réforme de l'assurance-maladie. »

KARINE PIGANEAU

Tous les professionnels Porte de Versailles *Le quotidien du médecin, 25 mai 2004*

L'hôpital public a pris ce matin ses quartiers Porte de Versailles, à Paris. Il y restera jusqu'à vendredi. Organisé conjointement par la Fédération hospitalière de France (FHF) et l'Association Intermedica, « Hôpital Expo-Intermedica » est le grand rendez-vous du secteur. Il réunit trois événements en un : le salon proprement dit, le Forum de l'hôpital public et du secteur social et médico-social, les Rencontres des industries de technologies de santé. Pour son édition 2004, la manifestation accueille en outre la VIIe Agora européenne de la santé, organisée par le Comité permanent des hôpitaux de l'Union européenne (Hope), qui examinera sous l'angle de l'Europe les problèmes de démographie des professions de santé. Le Forum va, quant à lui, donner lieu à plus de quarante conférences sur des thèmes aussi variés que la gestion, le management, la tarification à l'activité, les réseaux de santé, le plan Hôpital 2007, le médicament... A noter, parmi les « villages d'animation » du salon, une installation d'actualité qui permettra de suivre le parcours d'un patient virtuel du cabinet en ville au bloc opératoire, son dossier patient unique intégrant les visites et résultats d'examen, les images 3D, les simulateurs.

La réforme de l'assurance-maladie en questions L'équation se complique *Le quotidien du médecin, 25 mai 2004*

LE DOSSIER MEDICAL n'est-il pas une usine à gaz en construction ? Le médecin « traitant » n'est-il pas un habillage de l'option référent ? Le gouvernement s'attaquera-t-il à la liberté d'installation ?

A peine dévoilées, les grandes lignes de la réforme de l'assurance-maladie soulèvent chez les médecins davantage de questions qu'elles n'apportent de réponses. Certes, les syndicats médicaux ont relevé, comme tout le monde, que la réforme épargnait les professionnels. Point de maîtrise comptable à l'horizon. Mais cela ne signifie pas pour autant qu'ils sont prêts à signer au gouvernement un chèque en blanc, comme le montre notre dossier. L'essentiel n'est-il pas dans les

détails ? Les négociations, qui se poursuivent, s'annoncent extrêmement serrées. Mais ce n'est sans doute rien à côté de ce qui attend Philippe Douste-Blazy sur deux autres fronts.

Le premier est celui ouvert par les confédérations de salariés, qui ont considérablement durci le ton. Après avoir attendu des semaines que le gouvernement abatte ses cartes, la quasi-totalité des syndicats dénoncent désormais un redressement financier « inéquitable », mettant surtout à contribution les assurés sociaux. Et les générations futures. Relèvement du forfait hospitalier, élargissement probable de l'assiette de CSG des salariés, forfait non remboursable de 1 euro par acte... : distillés par un ministre de la Santé très présent dans les médias, les sujets d'exaspération ont surgi les uns après les autres, compliquant l'équation de la réforme, qui doit être bouclée cette semaine. Quant au retour du Medef dans la gestion de l'assurance-maladie, il a parfois été interprété comme la preuve que le gouvernement se ralliait aux très libérales thèses patronales. Le second front est politique, le PS ayant appelé les Français à une « mobilisation civique » sur l'assurance-maladie, en infligeant un vote-sanction lors des élections européennes du 13 juin. Quant à l'UDF, elle a également marqué sa désapprobation. Dès lors, le porte-parole du gouvernement, Jean-François Copé, a beau déclarer que « la place est ouverte au dialogue », le terrain est devenu extrêmement glissant.

C. D.

Le projet de dossier médical dévoilé lundi à Toulouse ***Le quotidien du médecin, 25 mai 2004***

Vendredi 21 mai. Philippe Douste-Blazy doit présenter lundi à Toulouse le "projet national de dossier médical partagé", selon un communiqué du ministère de la Santé. Le dossier médical informatisé est l'une des mesures clés de la maîtrise "médicalisée" des dépenses de santé souhaitée par le ministre dans la réforme de l'assurance-maladie. Il doit permettre d'éviter les actes redondants et inutiles, de favoriser une meilleure coordination des soins entre professionnels mais aussi entre médecine de ville et hôpital. Philippe Douste-Blazy, qui escompte avec cette mesure "6,5 à 7 milliards" d'euros d'économies d'ici 2007, donnera lundi une conférence de presse à la clinique Pasteur, un établissement ayant "développé un projet pilote de dossier médical partagé", précise le ministère. Le lendemain, mardi 25 mai, il inaugurera « Hôpital Expo-Intermedica », porte de Versailles à Paris. A la fois salon, forum et lieu de rencontre des industriels, « Hôpital Expo-Intermedica » est le grand rendez-vous du secteur hospitalier.

La réforme de l'assurance-maladie en questions **Installation : de la fermeté mais pas de coercition... pour l'instant** ***Le quotidien du médecin, 25 mai 2004***

QUE CE SOIT dans ou en dehors du cadre de la réforme de l'assurance-maladie, le ministre de la Santé a manifestement l'intention de s'attaquer au problème de la démographie médicale. Et il s'attelle à tous les aspects de la question. Celui, global, des effectifs est réglé, estime-t-il, depuis que la décision a été prise il y a trois semaines de porter à 7 000 le numerus clausus.

On sait maintenant que la question de la répartition géographique des médecins sera abordée, dans un premier temps, par le seul biais de l'incitation. Pas question de remettre en cause la liberté d'installation. Pour faire revenir dans les zones désertées des médecins, dont il comprend très bien qu'ils soient peu enthousiastes - « la médecine libérale (dans ces conditions), il faut voir ce que c'est... Chapeau ! », s'est-il exclamé la semaine dernière sur France 2 -, Philippe Douste-Blazy souhaite que le dispositif incitatif qui existe déjà soit étoffé. Voilà pour la carotte. Le bâton n'existe pas encore, mais il est prévu qu'il puisse être actionné - cet hypothétique dispositif sera inscrit dans la réforme - si, au bout de quatre ans de régime incitatif, les médecins ne se décident pas à rationaliser leur installation. Les restrictions programmées pourraient se traduire par une moindre prise en charge pour les patients des honoraires des médecins qui visseraient leur plaque dans les zones surmédicalisées.

Troisième biais d'intervention du ministre : la répartition des médecins par spécialités. C'est là que Philippe Douste-Blazy se montre le plus ferme - « directif », confesse-t-il - en reprenant le fléchage à l'internat (la « filiarisation », disent les experts) initié par Bernard Kouchner : « A la sortie des études de médecine, il faut dire "il y a 200 postes de chirurgien et 20 postes de dermatologue" et expliquer que c'est comme ça, parce que c'est la République. » Combattue par les internes, cette idée de la régulation des spécialités par « quotas » n'est pas neuve. Elle a déjà été mise en œuvre en 1999 pour la gynécologie-obstétrique, la pédiatrie et l'anesthésie, et, en 2002, pour la gynécologie médicale. C'est donc sa généralisation que Philippe Douste-Blazy met aujourd'hui sur la table.

K. P.

La réforme de l'assurance-maladie en questions **Médecin « traitant », aubaine ou filière de soins ?** ***Le quotidien du médecin, 25 mai 2004***

La décision du gouvernement de promouvoir des « parcours du patient » via un médecin « traitant », amené à réguler l'accès aux soins spécialisés et à l'hôpital, a déclenché une vague de réactions mitigées dans le monde médical. Certains ont spontanément agité le spectre du médecin référent. Mais la revalorisation des actes réalisés dans le cadre de la coordination des soins, qui serait acquise, et l'espace de liberté tarifaire octroyé en dehors, sont des arguments de poids.

POUR LES MEDECINS libéraux, il s'agit de la mesure la plus cruciale de la réforme de l'assurance-maladie, qui aura des incidences sur les conditions d'exercice, les revenus et même les relations avec les patients. En se prononçant en faveur du médecin « traitant », désigné comme le futur pivot d'un système de distribution des soins actuellement « pas régulé », Philippe Douste-Blazy n'a laissé aucun médecin libéral indifférent. Que les réactions soient intéressées ou inquiètes, chacun a déjà son idée et son interprétation, d'autant que de nombreuses zones d'ombre demeurent. « Médecin référent » bis ? Filière de soins contraignante ? Ou, au contraire, formidable occasion pour les praticiens, à condition d'obtenir des contreparties fortes (revalorisation des actes coordonnés, espace de liberté garanti, rémunération pour la gestion du dossier médical, etc.) ? Le débat est ouvert.

Dépassement appliqué avec tact et mesure

Philippe Douste-Blazy, conscient du caractère sensible de ces parcours de soins, a déminé le terrain, s'efforçant de lever les blocages idéologiques. « Je suis contre le médecin référent, c'est une idéologie qui n'est pas la mienne ! », plaide-t-il. Preuve en serait que le médecin traitant ne sera pas forcément un généraliste, mais parfois... « un pédiatre, un ophtalmologiste ou un gynécologue ». Ou encore un neurologue. Dans l'immense majorité des cas, ce sera pourtant le médecin de famille.

Autre précaution du ministre : « Le libre choix du médecin doit être conservé, je ne veux pas culpabiliser les Français. » Mais personne ne s'y trompe : l'enjeu est bien de freiner l'accès, jugé anarchique, aux soins spécialisés de deuxième intention (examens, imagerie...) et à l'hôpital, dans le cadre d'une démarche coordonnée autour du dossier médical. Trois milliards d'économies sont attendues d'ici à 2007, il faudra les trouver quelque part.

Certes, chaque patient pourra toujours consulter un spécialiste sans passer par son médecin traitant. Mais en dehors des procédures de coordination des soins, les spécialistes pourront alors augmenter leurs honoraires « de manière assez encadrée » (il pourrait s'agir d'un DE appliqué avec tact et mesure), le patient étant remboursé sur la base d'une consultation classique. Au ministère de la Santé, on confirme qu'il s'agit de « désinciter » l'accès direct à un praticien de ville ou hospitalier. A l'inverse, le patient qui verra un spécialiste après avoir été « adressé » par son médecin traitant (qu'il aura librement choisi), ou dans le cadre de protocoles élaborés par la Haute Autorité, bénéficiera des avantages du « système conventionnel de remboursement » : tarifs opposables garantis et bonne prise en charge. Le schéma est acquis, reste à négocier les modalités. Les discussions ont commencé avec les syndicats médicaux, elles sont extrêmement serrées.

Le C2 étendu

La Csmf, majoritaire, se veut « vigilante ». Si elle prend acte de l'« hostilité gouvernementale au médecin référent » et de la « volonté affichée de ne pas généraliser ce système » (l'option a convaincu 7 000 généralistes sur 55 000), la Confédération redoute que le nouveau dispositif « dérive vers un médecin traitant distributeur de tickets pour accéder aux médecins spécialistes ». On serait alors loin du parcours de soins optimal. Même méfiance à l'Unof, branche généraliste de la Csmf. D'un côté, le syndicat rappelle son « attachement à la coordination des soins avec les spécialistes », ce qui ne mange pas de pain. De l'autre, il souligne que la réforme « ne peut s'appuyer sur l'échec patent que représente le médecin référent, modèle de médecine administrée par l'institution d'une filière de soins contraignante et improductive ». Le spectre de la médecine britannique n'a pas disparu.

Pour la Csmf, l'adhésion des spécialistes libéraux sera conditionnée par la valorisation des actes réalisés dans le cadre de la coordination des soins (le principe est acquis) et par la reconnaissance de leur mission de consultant. Selon nos informations, le C2 actuel, acte de consultant réalisé sans suivi à la demande d'un autre médecin, serait étendu aux spécialistes qui n'y ont pas droit aujourd'hui (anciens CES). « Si on obtient ça, avec l'espace de liberté "hors coordination", on se retrouve dans le schéma de la visite à domicile », se félicite le Dr Chassang, prêt à dire « banco ». Pour le Syndicat des médecins libéraux (SML), favorable au dispositif du médecin traitant, « tout l'enjeu est de mettre en musique » cette coordination des soins. Son président, le Dr Dinorino Cabrera, est très clair : « Les spécialistes joueront le jeu de médecin consultant s'il s'accompagne de la rémunération nécessaire. » Quant au rôle de médecin traitant, il devra être « attractif ». En clair, les médecins n'accepteront pas sans contreparties des contraintes supplémentaires liées, par exemple, à la gestion du dossier médical partagé.

Même MG-France, défenseur opiniâtre de ces parcours de soins offrant aux patients de meilleures garanties dans l'accès aux spécialistes (tarifs, échange d'informations, délais, remboursement), fait profil bas, affirmant que « tout reste à faire » pour que le nouveau dispositif soit un succès.

CYRILLE DUPUIS

La réforme de l'assurance-maladie en questions

Dossier médical : les médecins ne veulent pas d'un Big Brother

Le quotidien du médecin, 25 mai 2004

La mise en place du dossier médical partagé, saluée par les syndicats médicaux, pourrait se révéler plus délicate que prévu. Les médecins qui expérimentent l'échange d'informations en réseau depuis plusieurs années ne veulent pas de la centralisation des données médicales. Ils craignent que ce nouveau système ne cache un Big Brother qui « fliquerait » médecins et patients.

AFIN D'ÉVITER LES ACTES redondants et de faciliter la coordination des soins, Philippe Douste-Blazy a annoncé la mise en place d'un dossier médical partagé pour tous les Français (1). Celui-ci devrait être développé dans les deux ans. « D'ici à trois mois, tous les médecins auront mis en commun ce qu'ils ont sur chaque malade », a assuré le ministre de la Santé et de la Protection sociale, qui compte économiser de 6,5 à 7 milliards d'euros d'ici à 2007 grâce à ce nouvel outil.

« Ce système entraînera des économies, mais ce n'est pas sa vertu première. Il va nous permettre d'améliorer notre exercice, et donc la santé des gens. Il assurera une meilleure traçabilité du patient et il obligera les acteurs de santé à échanger », prédit le Dr Michel Chassang, président de la Confédération des syndicats médicaux français (Csmf). Après quinze ans d'attente, les syndicats de médecins ont salué « une avancée pour la régulation médicalisée ». Cependant, le Dr Pierre Costes, qui préside MG-France, n'a pas manqué de rappeler que le dossier médical informatisé ne constitue pas la panacée aux problèmes de communication entre médecine de ville et hôpital: « Un système non coordonné le restera, même avec l'informatique », prévient-il.

L'annonce ministérielle reste entourée de nombreuses zones d'ombre. La firme qui aura la charge de diffuser le dossier médical n'est toujours pas connue, un appel d'offres a été lancé auprès des industriels par le ministère. De même, on ne sait pas si le déploiement de ce dossier s'effectuera géographiquement, région par région, ou en fonction de la gravité de la pathologie. On sait en revanche que ce fameux dossier comportera les données médicales du patient : consultations, prescriptions et examens, mais aussi les interventions à l'hôpital, ainsi qu'un carnet de prévention. Tenu par le médecin traitant, il devrait être accessible par la carte Vitale. Des professionnels de santé, qui expérimentent depuis plusieurs années l'échange de données médicales au sein de réseaux informatisés, redoutent surtout que le dossier médical ne serve de mouchard. « Nous ne voulons pas d'un coffre-fort électronique où toutes les données seraient stockées en clair.

Pas de Big Brother », s'exclame le Dr Jean-Claude Régi. Le président de la Fédération des médecins de France (FMF) s'inquiète d'une éventuelle centralisation des données médicales, accessible à tous les médecins. « Cela romprait la clause de confidentialité garantie par la récente loi du 4 mars 2002 sur le droit des patients », poursuit-il. Le Dr Richard Sion, président de l'Association médicale pour une maîtrise de la E-santé libérale indépendante coopérante et ouverte (Ammelico), partage cette crainte. « Depuis quatorze ans, je réfléchis au meilleur moyen d'échanger les informations médicales. Le dossier médical partagé (DMP) est à la fois une mauvaise solution et un vrai problème. Que cherche-t-on à faire aujourd'hui, améliorer la qualité des soins ou réduire leur coût ? », interroge le généraliste lillois. « Par peur d'être "fliqués", les médecins et les patients risquent d'avoir un réflexe d'hostilité pour le DMP. »

L'expérience plaide pour la répartition des données.

Alors, plutôt que d'imposer un dossier exhaustif, qui comprendrait l'intégralité des examens biologiques, radios et comptes rendus opératoires en plus des indispensables renseignements sur le patient (nom, âge, antécédents, allergies, vaccinations...), les Drs Sion et Régi demandent l'éclatement des données médicales sur plusieurs serveurs. Des expériences locales ont prouvé la simplicité et l'efficacité de cette méthode, appelée dossier médical publié réparti. Depuis mars 2000, 700 médecins généralistes et spécialistes, 150 laboratoires d'analyses ainsi que des cliniques et hôpitaux de Lille et de ses environs partagent l'information médicale par messagerie électronique.

Dans un rapport remis en janvier 2003 à Jean-François Mattei, le Pr Marius Fieschi soulignait déjà l'intérêt d'une répartition des données médicales : « L'informatisation ne tend pas nécessairement vers une centralisation des données. Dans les faits, on assiste à une délocalisation avec échange de l'information. Il ne faut donc pas voir le dossier médical comme une somme d'informations plus ou moins centralisée mais comme un partage possible de données conservées dans des lieux différents par les professionnels. »

CHRISTOPHE GATTUSO

(1) Le ministre devait préciser hier à Toulouse ses orientations pour la mise en œuvre du dossier médical.

La réforme de l'assurance-maladie en questions

Génériques : les craintes des laboratoires

Le quotidien du médecin, 25 mai 2004

Le projet du gouvernement prévoit que le délai avant lequel un médicament ne peut être générique va passer de 15 à 10 ans, afin d'augmenter le nombre de génériques sur le marché. Pour le Leem, ces mesures « vont inéluctablement entraîner une stagnation de la progression du chiffre d'affaires de l'industrie ».

LE MINISTRE DE LA SANTÉ a annoncé que, afin d'augmenter le nombre de médicaments génériques sur le marché (dont les prix sont en moyenne inférieurs de 30 % à ceux des médicaments princeps), il allait publier un décret précisant que le délai avant lequel un médicament ne peut être générique passerait de quinze à dix ans. Ce projet a fait bien vite

réagir le Leem (Les entreprises du médicament), qui regroupe les principaux industriels du secteur. « L'industrie pharmaceutique jouera le jeu du développement des génériques, a rétorqué Bernard Lemoine, vice-président de l'organisation, mais elle attend en contrepartie un soutien plus marqué du gouvernement à l'innovation. »

Pour le Leem, les mesures envisagées par le ministre (développement et baisse des prix des génériques, extension des tarifs forfaitaires de responsabilité ou TFR, mise en place de la réforme du médicament à l'hôpital, coordination des soins) « vont inéluctablement entraîner des économies massives et une stagnation de la progression du chiffre d'affaires de l'industrie du médicament en France dans les trois prochaines années ». Si, poursuit-il, « les entreprises n'ont jamais contesté la nécessité d'une participation à l'effort général de la nation en matière de redressement des comptes de la Sécurité sociale », elles ne peuvent « laisser la nation prélever une contribution supérieure à leur poids réel dans les dépenses ; les signaux envoyés aux investisseurs ne sont pas les bons ». Le Leem n'en reste pas là, et rappelle que l'initiative annoncée par Philippe Douste-Blazy sur le raccourcissement des délais n'en est pas une, et que le décret annoncé n'est que la transcription en droit français d'une directive européenne adoptée en avril, et visant à harmoniser la protection dont bénéficient les données des essais cliniques des médicaments, qui était de six ans dans certains pays, de dix ans dans d'autres et de quinze ans en France.

Ce décret ne constitue donc en aucune manière une remise en cause de la durée des brevets industriels, qui reste de vingt ans, comme le prévoient les traités internationaux en vigueur. « Nous avons un système avantageux, commente Bernard Lemoine, et maintenant, nous allons simplement nous aligner sur les autres. »

Lourde facture. Pour le Leem, la facture de la réforme de l'assurance-maladie paraît salée : le président du Leem, Pierre Le Sourd, la chiffre à 2 milliards d'euros sur trois ans et précise qu'une nouvelle contrainte (comme un changement de la règle de fixation des prix des médicaments, préconisée par le Haut Conseil de l'assurance-maladie) pourrait coûter encore un milliard d'euros supplémentaire. Avec le risque de perdre en compétitivité, en attractivité, et de ne plus pouvoir investir suffisamment en recherche et développement.

HENRI DE SAINT ROMAN

La réforme de l'assurance-maladie en questions

Gérard de Pouvourville : « Un projet économiquement bien timide »

Le quotidien du médecin, 25 mai 2004

Pour Gérard de Pouvourville, président du Collège des économistes de la santé, le projet de réforme du gouvernement permettra à peine, en année pleine, d'économiser un milliard d'euros.

LE QUOTIDIEN - Le gouvernement espère économiser 10 milliards d'euros avec son plan. Est-ce possible ?

GERARD de POUVOURVILLE - Ce ne sera pas simple, pas facile, voire presque mission impossible. Si l'on considère qu'il y a environ 360 000 000 de consultations annuelles, l'économie potentielle pour l'assurance-maladie, avec le forfait de 1 euro par feuille de soins, serait donc de 360 000 000 d'euros. Et encore faut-il préciser que toutes les consultations ne seront pas concernées par la mesure du gouvernement. Du côté du générique, on peut estimer que l'économie aujourd'hui pour l'assurance-maladie est d'environ 750 000 000 d'euros.

Pour obtenir des économies telles que celles qu'espère le gouvernement, il faudrait au moins doubler ce résultat rapidement. Difficile quand même à obtenir, du moins à court terme. En revanche, il est vrai que si les tarifs forfaitaires de responsabilité [TFR, qui consiste à décider d'un prix unique de remboursement quel que soit le prix du médicament, ndlr] sont généralisés à tous les groupes génériques, l'économie peut être intéressante. Mais ce n'est pas encore fait. En clair, il me semble difficile aujourd'hui de dépasser le milliard d'euros d'économies en année pleine.

Vous ne croyez donc pas beaucoup à l'efficacité de ce plan ?

J'avoue que je le trouve un peu trop timide, et je ne vois pas vraiment comment avec les mesures annoncées, mais peut-être y en aura-t-il de complémentaires, on parviendra à redresser la situation. Il ne prévoit pas des mesures pouvant permettre une réforme globale du système et de l'assurance-maladie, tant en ce qui concerne les économies que les recettes. Tout cela me semble insuffisant.

Il prévoit cependant une limitation de l'accès direct au spécialiste qui est une première en France et qui peut permettre des économies intéressantes.

A voir. Il faudra regarder de près les modalités d'application de ce système tel qu'il a été annoncé par le ministre de Santé. Certes, on veut pénaliser en quelque sorte les patients qui iront voir directement le spécialiste. Mais ne risque-t-on pas d'inciter dans ce cas de figure un certain nombre de patients ou d'assurés à aller voir plus souvent le généraliste pour avoir un bon d'entrée chez le spécialiste ? Cela peut poser des problèmes, tant au généraliste qu'au spécialiste d'ailleurs. Lors de l'élaboration du rapport Soubie sur l'avenir du système de santé, il y a déjà plus de dix ans, nous avions préconisé un système de récompense pour le patient qui irait voir son généraliste au lieu de consulter directement un spécialiste ; par exemple, d'abaisser le niveau du ticket modérateur et, ainsi, de mieux rembourser la consultation du généraliste. Cela me semble toujours plus intéressant que de pénaliser financièrement le patient.

Le forfait de 1 euro par consultation, à la charge du patient, est également très critiqué par les syndicats de salariés. Qu'en pensez-vous ?

Je ne suis pas enthousiaste. C'est quand même une mesure strictement comptable, qui ne prend en aucune manière en compte le caractère médical de la consultation. De plus, elle ignore complètement le cas de ces malades que le médecin veut revoir régulièrement pour raison de santé, dans le cas, par exemple, d'une hypercholestérolémie, de problème tensionnels ou de toute autre affection que le médecin veut suivre de près, respectant en cela les recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Le patient verra-t-il chaque fois son décompte de remboursement amputé de 1 euro ? C'est donc une décision strictement économique.

Le gouvernement a mis cependant l'accent sur l'importance d'une maîtrise médicalisée, notamment avec le dossier médical partagé.

Reste que l'on n'a pas entendu parler, lors de la présentation de ce plan, des accords de bons usage de soins, élaborés par les médecins et l'assurance-maladie, que l'idée de réseaux de soins, de coordinations de soins qui fait quand même son chemin depuis un certain temps, n'est guère abordée non plus par le gouvernement dans cette affaire. De même, on ne s'attaque au problème de la surprescription de médicaments qui est un problème réel en France : clairement, le gouvernement n'aborde pas la question de la qualité des soins.

PROPOS RECUEILLIS PAR JACQUES DEGAÏN

M. Chérèque et M. Thibault tentent prudemment de renouer le dialogue *Le Monde*, 20 mai 2004

Les deux dirigeants syndicaux ont mis en scène leurs retrouvailles, lundi 17 mai, un an après la rupture provoquée par le soutien cédétiste à la réforme des retraites

Un an après leur rupture durant la mobilisation contre la réforme des retraites, les secrétaires généraux de la CFDT et de la CGT, François Chérèque et Bernard Thibault, ont mis en scène leurs retrouvailles, lundi 17 mai à Montreuil (Seine-Saint-Denis), au siège de la CGT. Après deux heures d'entretien, les deux dirigeants, les visages un peu crispés, se sont déclarés satisfaits de la reprise du dialogue entre leurs confédérations.

M. Chérèque et M. Thibault s'étaient, en fait, déjà rencontrés plusieurs fois depuis le 15 mai 2003, date de leur divorce dû au soutien apporté par la CFDT (et la CFE-CGC) au projet de loi sur les retraites de François Fillon, alors ministre du travail. Le 12 septembre suivant, les deux hommes s'étaient discrètement vus dans un café de la région parisienne - pour "crever l'abcès", avaient-ils indiqué. Cela n'avait pas suffi à rapprocher leurs syndicats. Deux mois plus tard, le 12 novembre, ils se croisaient à nouveau à l'Hôtel de Ville de Paris, lors d'un colloque syndical organisé dans le cadre du Forum social européen. Depuis, les occasions de manifester - et de s'éviter - ont été rares. Le 3 avril 2004, lors de la journée d'action européenne lancée par la Confédération européenne des syndicats, M. Chérèque défilait en tête du cortège parisien, pendant que M. Thibault se trouvait à Berlin, à l'invitation du syndicat allemand DGB. Le 1er mai, la CFDT ne s'est pas associée à l'appel à manifester dans la capitale, laissant le secrétaire général de la CGT avec l'UNSA, la FSU et le Groupe des dix (G10).

Désaccords persistants

Lundi, tout en feignant de s'étonner de l'intérêt suscité par leur rencontre, les deux leaders syndicaux ont affirmé la nécessité de modifier un paysage syndical dont M. Thibault a regretté que l'on retienne *"trop souvent le fait qu'il soit dispersé et divisé"*. De fait, s'ils se sont appelés volontiers par leur prénom, leurs sourires sont restés figés et si l'échange a été *"franc"*, selon M. Chérèque, les désaccords semblent persister. *"Il faudra plus d'une réunion pour rapprocher les points de vue"*, a reconnu, pour sa part, le secrétaire général de la CGT. Au chapitre des convergences, les deux organisations souhaitent *"des réformes beaucoup plus prononcées concernant la démocratie sociale"*, mais là s'arrête le constat. Concernant la refonte du paritarisme, l'avenir de l'Unedic et la réforme de l'assurance-maladie, d'autres réunions seront visiblement nécessaires pour rapprocher les points de vue et, a fortiori, envisager des actions communes.

Pour l'heure, la discussion de lundi a au moins permis de renouer les fils, au plus haut niveau, entre CGT et CFDT. *"Cette rencontre est une bonne nouvelle parce que nous la souhaitons depuis plusieurs mois"*, a déclaré M. Chérèque. *"Il faut que les deux premières organisations syndicales françaises se rencontrent et se comprennent."* M. Thibault a, pour sa part, banalisé le face-à-face, précisant qu'il avait souhaité l'inscrire dans *"un cycle plus large de réunions proposées"* à l'ensemble des syndicats. Ce rendez-vous concluait une semaine de réunions bilatérales avec la CFE-CGC, l'UNSA, FO, la FSU puis la CFTC, qui ont permis à la CGT de proposer l'organisation d'une manifestation sur l'assurance-maladie. Pour clore ce cycle, la CGT a reçu, lundi - hors la présence de M. Thibault - une délégation du G10. Ce syndicat a souligné, à cette occasion, des points d'accord avec la CGT mais lui a reproché d'avoir appelé à manifester (le 5 juin) *"pour l'avenir de l'assurance-maladie"*, avec les seules UNSA et FSU, sans lui avoir proposé de s'y associer.

La CFDT, quant à elle, réserve sa réponse sur cette initiative. Attendant des précisions du ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy, sur la réforme de l'assurance-maladie - que ses dirigeants rencontraient mardi - et la réunion de son

bureau national, prévue mercredi 26 et jeudi 27 mai, la CFDT décidera alors si M. Chérèque marchera au côté de M. Thibault, le 5 juin, dans les rues de Paris.

Le Medef prêt à participer au pilotage de l'assurance-maladie **Le Monde, 20 mai 2004**

Au cours d'une réunion extraordinaire de son conseil exécutif, mardi 18 mai, l'organisation patronale a décidé de revenir dans les instances dirigeantes de la Sécurité sociale. Mais elle met en garde le gouvernement sur le financement du plan

A défaut d'avoir convaincu les syndicats, le ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy, devrait marquer un point important en obtenant du Medef qu'il annonce, mercredi 19 mai, son retour dans des instances dirigeantes rénovées de l'assurance-maladie. Le président du Medef, Ernest-Antoine Seillière, devait être reçu par M. Douste-Blazy et par le secrétaire d'Etat à l'assurance-maladie, Xavier Bertrand, en fin d'après-midi, et indiquer le choix de son organisation, satisfaite du schéma de pilotage de l'assurance-maladie.

Lundi soir, le Medef a réuni un conseil exécutif extraordinaire auquel assistait, par téléconférence, Guillaume Sarkozy, vice-président en charge de la protection sociale, en déplacement au Maroc. Plus de la moitié de cette instance dirigeante a été consultée, soit directement, soit par téléphone, pour se prononcer sur un éventuel changement de pied. M. Seillière avait été reçu, le 14 mai, par M. Douste-Blazy avec lequel il avait planché sur le schéma de *"gouvernance"*. Cette séance de travail s'est avérée décisive. En sortant ce jour-là du ministère, le numéro un du patronat français avait changé d'avis et était acquis à un retour à la Sécurité sociale dans le cadre d'un paritarisme profondément rénové. Dimanche 16 mai, tant au ministère de la santé qu'à Matignon - où M. Seillière avait été reçu par Jean-Pierre Raffarin -, on tenait pour sûr le ralliement patronal.

Hausse "stupide"

Les pouvoirs publics n'ont pas ménagé leur peine pour convaincre le Medef qui mettait plusieurs conditions à son retour, dont le rétablissement des comptes à l'horizon 2007, des mesures structurelles pour freiner l'augmentation des dépenses de santé et un nouveau mode de gestion du système affirmant le rôle de l'Etat. Et de fait, le schéma présenté par M. Douste-Blazy, lundi soir sur France 2, devant les 3,9 millions de téléspectateurs de l'émission *"100 minutes pour convaincre"*, consacre la place éminente de l'Etat. Les caisses d'assurance-maladie seront dotées d'un conseil d'orientation, mais, comme le souhaitait le Medef, leurs directeurs resteront nommés en conseil des ministres. Et surtout, ils auront le pouvoir de désigner les directeurs de caisse primaire, les partenaires sociaux conservant un droit d'opposition sur ces nominations.

M. Seillière devait prendre soin, mercredi, d'indiquer que son organisation ne revient pas pour assumer des responsabilités de gestion - *"ce n'est pas notre métier, ce n'est pas notre compétence, ce n'est pas notre légitimité d'entrepreneur que de gérer un système de santé"*, avait-il encore déclaré le 20 avril -, mais pour participer au pilotage de l'assurance-maladie. Il devait aussi préciser que le financement du plan pose problème au Medef.

Autant, selon un de ses dirigeants, les entreprises sont prêtes à faire *"un petit effort"*, autant elles s'opposent au relèvement de 0,13 à 0,16 % de la cotisation sociale de solidarité sur les sociétés (C3S), assise sur le chiffre d'affaires des entreprises. La hausse de cet impôt jugé *"stupide"* par le Medef suscite un tollé notamment au sein des fédérations du commerce, de la distribution et des assurances. M. Seillière devait surtout expliquer qu'il attend du gouvernement qu'il respecte ses engagements sur la taxe professionnelle et sur les allègements de charges sur les bas salaires.

Le Medef avait quitté les conseils d'administration des caisses de Sécurité sociale en septembre 2001 pour protester contre l'opacité des règles, et la confusion entourant les rôles respectifs de l'Etat et des partenaires sociaux dans la gestion du système.

De leur côté, les dirigeants syndicaux et mutualistes, qui ont été reçus mardi, se sont montrés réservés sur le dispositif gouvernemental. Le secrétaire général de FO, Jean-Claude Mailly, très critique sur le financement du plan, a estimé que la réforme recelait de *"nombreuses ambiguïtés"*, et que les responsabilités respectives de l'Etat et des partenaires sociaux ne sont *"pas encore clarifiées"*. Le président de la CFE-CGC, Jean-Luc Cazettes, moins insatisfait, est resté prudent : *"C'est comme toujours avec Philippe Douste-Blazy. On a de grandes déclarations la main sur le cœur, mais aucun détail"*, a-t-il fait remarquer.

Les dirigeants de la Mutualité française, Jean-Pierre Davant et Etienne Caniard, qui partagent cet avis, ont demandé au ministre d'être plus précis, faute de quoi ils ne pourront s'engager. Le secrétaire général de la CFDT, François Chérèque, a fait état de *"deux désaccords de fond"*, regrettant que la responsabilisation porte sur les seuls usagers et leur famille et que les pouvoirs publics souhaitent prolonger la Contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), une mesure pesant sur les générations futures.

Son homologue de la CGT, Bernard Thibault, a critiqué, lui, les mesures de redressement, qu'il juge inéquitables, en particulier la franchise d'un euro par consultation. Il appelle à manifester le 5 juin avec la FSU, l'UNSA et le G10-Solidaires. L'augmentation, *"probablement cette année"*, du forfait hospitalier de 1 euro que M. Douste-Blazy a annoncée, mercredi, n'est pas de nature à rassurer les syndicats.

Le satisfecit de Romano Prodi **Le Monde, 20 mai 2004**

Le président de la Commission européenne, Romano Prodi, a fait l'éloge, mardi 18 mai, de la réforme française de l'assurance-maladie, qualifiant la démarche de *"très remarquable"*. *"On va faire des économies dans la santé de 15 milliards d'euros (...), c'est un changement très remarquable de la dépense publique"*, a-t-il déclaré sur le perron de Matignon après un dîner en compagnie de Jean-Pierre Raffarin, de Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé, et de Jacques Barrot, nouveau commissaire européen. *"J'espère seulement que le plan sera voté, approuvé et mis en œuvre bientôt"*, a ajouté M. Prodi.

M. Raffarin a présenté au président de la Commission européenne *"la stratégie budgétaire de la France pour tenir nos engagements, notamment à l'occasion de la préparation du budget 2005"*. Il espère ramener le déficit public (Etat, Sécurité sociale, collectivités locales) sous les 3 % du PIB en 2005.

M. Hollande dénonce la "mystification" du plan Douste-Blazy **Le Monde, 20 mai 2004**

Trois adjectifs résumant, pour François Hollande, le plan du gouvernement pour réformer l'assurance-maladie : *"injuste"*, *"inquiétant"* et *"imprévoyant"*. Le premier secrétaire du PS, qui devait présenter, mercredi 19 mai, avec Jean-Marc Ayrault, président du groupe socialiste de l'Assemblée nationale, la réponse *"alternative"* de son parti, estime que les solutions avancées par le ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy, aboutiront à pénaliser les seuls assurés sociaux. *"Le gouvernement n'est pas coupable mais les Français sont tous responsables, affirme M. Hollande, alors que par incompétence et par calcul il a laissé filer les déficits depuis deux ans."*

Selon lui, la franchise d'un euro par consultation dont les assurés devront s'acquitter n'est *"rien d'autre"* qu'une *"augmentation du ticket modérateur qui se poursuivra"*. *"La pièce grossira"*, affirme-t-il. M. Hollande reproche au gouvernement d'*"introduire une médecine à deux vitesses"*. Le coût majoré des visites directes aux médecins spécialistes ne dissuadera que les ménages modestes, fait-il valoir. *"Cela reviendra à instaurer une libéralisation totale des tarifs des spécialistes"*, ajoute-t-il. Enfin, le traitement de la dette de l'assurance-maladie s'apparente, pour M. Hollande, à une *"mystification"* : *"Le gouvernement laisse croire que les déficits seront résorbés alors qu'il y a simplement escamotage."* Le premier secrétaire du PS soupçonne la majorité de vouloir reporter le problème en utilisant la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), y compris pour les années 2005 et 2006. *"Cela veut dire que les enfants qui vont naître paieront pour les dépenses d'aujourd'hui et de demain, souligne M. Hollande. C'est donc un impôt sur les naissances."*

"Répondre au gouvernement"

La formule a été lancée par le député de l'Ardèche, Pascal Terrasse, la veille au soir, lors du bureau national du PS consacré à la réforme de l'assurance-maladie. Jean-Marie Le Guen, député de Paris, y a présenté le plan du parti pour *"moderniser le système de santé"* et *"garantir un accès universel et solidaire à des soins de qualité"*. Dans ce texte de quinze pages, déjà rendu public (*Le Monde* du 15 mai), le PS veut faire *"partager les efforts"*. Mis à part quelques amendements, il n'a pas subi de modification et a été adopté à la majorité. Les deux courants minoritaires Nouveau monde et Nouveau Parti socialiste (NPS) se sont abstenus, en précisant qu'il s'agissait d'une *"abstention positive"*. Pour M. Terrasse, qui intervenait au nom de NPS, *"le texte manque d'audace et de rupture par rapport au gouvernement, mais il n'est pas possible de se diviser sur un sujet aussi important"*.

Le courant d'Arnaud Montebourg veut *"mettre un terme"* au programme Hôpital 2007, se dit *"très opposé"* à la tarification à l'activité, *"qui a pour mission de supprimer les petits hôpitaux locaux"*, et réclame la création d'un *"Parlement social"*, fusion du Sénat et du Conseil économique et social. Tout aussi hostile à la tarification à l'activité, Nouveau monde juge que ce plan constitue *"une réponse appropriée au gouvernement"*. Même si, précise le député des Landes Alain Vidalies, *"ce n'est pas un solde de tout compte"*. *"Ce n'est pas le projet clé du parti pour l'assurance-maladie, reconnaît Annick Lepetit, porte-parole du PS, mais un moyen de répondre au gouvernement."*

Sécu : les syndicats dénoncent les annonces tardives de Douste **sur la hausse de la CSG et du forfait hospitalier.** **Libération, 20 mai 2004**

Le ministre de la Santé est un cachottier. Les retraités ne seront pas les seuls à voir leur contribution sociale généralisée (CSG) augmenter : les salariés devront aussi mettre la main au portefeuille. Quant à la somme forfaitaire d'un euro réclamée pour chaque consultation, ce n'est pas la seule charge supplémentaire que devront assumer les patients. Le «forfait hospitalier» dû pour chaque journée d'hospitalisation devrait également être augmenté d'un euro l'an prochain, alors qu'il avait déjà été réévalué de 10,67 à 13 euros en septembre 2003.

Piste. Ces deux mesures annoncées après qu'a été révélé l'ensemble du dispositif ont été très mal accueillies par les partenaires sociaux. *«L'hôpital public, comme l'hôpital privé, ça coûte cher, il n'est pas anormal qu'au fur et à mesure*

que le coût de la journée d'hospitalisation augmente, on augmente le montant du forfait hospitalier», s'est pourtant défendu hier Douste-Blazy sur France Inter. Au-delà de l'ampleur de la hausse (7,7 %), qui va dépasser un rattrapage de l'inflation, c'est la méthode qui est critiquée.

La revalorisation du forfait hospitalier a en effet été annoncée hier matin à la radio, alors que le ministre de la Santé n'a même pas abordé la question avec les partenaires sociaux, qu'il a pourtant reçus pendant deux jours hier et avant-hier. Quant à la hausse de la CSG, elle apparaît bien dans la *«note d'orientation pour la réforme de l'assurance maladie»* qui leur a été remise. Mais elle était présentée comme une piste de réflexion, et non comme une mesure précise et quasiment arrêtée. Le gouvernement *«étudie les modalités de relèvement de la CSG»*, est-il écrit, et *«afin de limiter les effets de cette hausse pour les salariés, le taux appliqué aux revenus du travail serait inchangé, en contrepartie d'une extension de l'assiette de cette taxe»*.

Passe-passe. Il a fallu que les partenaires sociaux demandent des explications pour découvrir que le gouvernement avait en réalité l'intention d'augmenter de 0,15 % la CSG sur les salaires, et pas seulement de 0,4 % pour les retraités imposables. Le tour de passe-passe est simple : jusqu'ici, le prélèvement de 7,5 % n'était appliqué que sur 95 % du salaire pour tenir compte des frais professionnels. Il le sera désormais sur 97 % du salaire, ce qui rapportera un milliard d'euros supplémentaire.

Pour Bernard Thibault, *«la méthode devient totalement inacceptable»*. Le secrétaire général de la CGT reproche au ministre d'*«empêcher une réelle confrontation en égrenant les annonces»*. *«Les effets d'annonce prennent le pas sur le dialogue social»*, dénonce la CFE-CGC. *«Il y a un problème de méthode dans la pratique du ministre de la Santé»*, estime la CFDT, qui craint *«de voir mis en scène la concertation pendant qu'on annonce des mesures dans les médias»*. Mardi, François Chérèque a fait comprendre à Douste-Blazy que son organisation ne soutiendrait pas une réforme ainsi engagée.

Seule bonne nouvelle pour le gouvernement : le Medef est prêt à revenir dans la gestion de la Sécu. Reçu hier par le ministre, son président, Ernest-Antoine Seillière, a annoncé que son organisation pourrait siéger dans le futur «Conseil d'orientation» de l'assurance maladie. En 2001, le Medef s'était retiré des conseils d'administration des caisses de sécurité sociale.

PS : les européennes pour dire non à la réforme de la Sécu **Libération, 20 mai 2004**

Le PS a invité hier les électeurs à profiter du scrutin européen du 13 juin pour dire non au projet de réforme de l'assurance maladie que prépare le ministre de la Santé, Philippe Douste-Blazy. François Hollande, le premier secrétaire du PS, et Jean-Marc Ayrault, le président du groupe socialiste à l'Assemblée nationale, ont appelé *«à la mobilisation civique dans les prochaines semaines. [...] On va demander aux Français de se prononcer le 13 juin par rapport à cet enjeu»*. Ni l'un ni l'autre n'ont utilisé l'expression *«vote-sanction»*, ni appelé à faire des européennes *«le troisième tour des régionales»*. Ils ont, en revanche, souligné que le résultat du 28 mars avait conduit le gouvernement à des *«reculs sur l'allocation spécifique de solidarité, les recalculés (de l'Unedic), les chercheurs, les intermittents du spectacle»*.

Le président du groupe UMP à l'Assemblée, Bernard Accoyer, a déploré qu'*«un parti qui se prétend un parti d'alternance puisse confondre ainsi les échéances»*. Dénonçant *«l'incompétence et les calculs d'un gouvernement pas responsable»*, mais qui rend *«les assurés sociaux tous coupables»*, François Hollande et Jean-Marc Ayrault ont également présenté le contre-projet du PS (Libération du 14 mai). *«Une autre politique est possible»*, ont-ils indiqué. Ils ont pris l'engagement que la *«contribution»* présentée hier constituera l'ossature sur cette question de l'assurance maladie du *«projet du PS pour 2007»*.

Les syndicats critiquent les mesures proposées par M. Douste-Blazy **L'assiette de la CSG pourrait être élargie** **Le Monde, 21 mai 2004**

Comme prévu, le président du Medef, Ernest-Antoine Seillière, a confirmé, en sortant du ministère de la santé, mercredi 19 mai, la décision de l'organisation patronale de reprendre place dans les instances dirigeantes de l'assurance-maladie. Rassuré par les précisions du ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy, M. Seillière a indiqué qu'il acceptait *«dans ces conditions»*, de *«participer à un conseil d'orientation représentatif de la société civile»*. Toutefois, il a dénoncé *«avec force»* la proposition d'augmentation de la cotisation sociale de solidarité sur les sociétés, prélevée sur le chiffre d'affaires des entreprises (Le Monde du 20 mai), qu'il a qualifiée d'*«erreur»*. De fait, le Medef refuse toute nouvelle taxe qui affecterait les entreprises.

Mercredi, le ministre de la santé et de la protection sociale a indiqué qu'il ne comptait pas augmenter le taux (7,5 %) de la contribution sociale généralisée (CSG) pour les actifs, tout en annonçant le probable élargissement de son assiette : le montant du prélèvement serait déterminé sur une base de 97 % du salaire - et non plus 95 %. *«C'est une discussion que nous avons avec les partenaires sociaux»*, a précisé M. Douste-Blazy sur France-Inter.

Cette disposition, qui reviendrait à augmenter de fait la CSG pour les actifs, s'ajoute à celle déjà annoncée pour les retraités imposables, qui verraient le taux de leur CSG passer de 6,2 % à 6,6 % (*Le Monde* du 18 mai), et au projet d'augmentation du forfait hospitalier, qui s'élèverait de 13 à 14 euros. Ces mesures attisent la colère des syndicats et suscitent l'hostilité de la Mutualité française, dont le président, Jean-Pierre Davant, a condamné, au terme de sa rencontre avec le ministre, "la mise en place d'une taxe sur les consultations" et demandé "que cette mesure soit retirée". Les organisations réunies dans le Collectif interassociatif sur la santé, qui réunit, entre autres, l'APF (paralysés), Aides, la FNATH (accidentés de la vie), Vaincre la mucoviscidose, déplorent, dans un communiqué, que "les usagers - soient- les seuls responsables des difficultés actuelles" et que le retour à l'équilibre des comptes "tienne tout entier dans les contraintes nouvelles qui vont peser sur eux".

"Inacceptable"

La CFDT s'oppose, elle aussi, à la taxation d'un euro par acte médical et à l'augmentation du forfait hospitalier, regrettant d'avoir appris cette dernière mesure "sur les ondes". Jacques Voisin (CFTC), réclame, lui, "des réponses précises et claires", et indique, concernant la journée de manifestations du 5 juin à l'appel de la CGT, de l'UNSA, de la FSU et du G10 : "S'il faut y aller, on y sera." LA CFE-CGC déplore que les "effets d'annonce du gouvernement prennent le pas sur le dialogue social". Le secrétaire général de la CGT, Bernard Thibault, juge "inacceptable" la méthode du gouvernement. Enfin, la commission exécutive de FO a mandaté son bureau confédéral pour lancer des initiatives "et poser, si nécessaire, la question de la grève".

Les industriels ne veulent pas faire les frais de la réforme de la santé *Le Monde*, 21 mai 2004

Les laboratoires pharmaceutiques ont accepté de contribuer, à hauteur de 2 milliards d'euros, à la réduction des dépenses de santé. Ils mettent en garde le gouvernement contre les conséquences pour l'emploi de nouvelles mesures d'économies qui leur seraient imposées

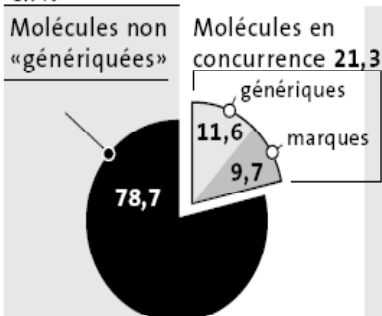
Les projets de réforme de la politique de la santé, dévoilés cette semaine par le gouvernement, font réagir les industriels du médicament. Pierre Le Sourd, président de leur syndicat professionnel, le LEEM, met en garde les pouvoirs publics contre un alourdissement des mesures demandées aux entreprises. Il pointe particulièrement du doigt la tentation de confier aux organismes payeurs, caisses de sécurité sociale et mutuelles, la fixation des tarifs des médicaments. Les industriels soulignent qu'ils participent déjà à un effort d'économies de 2 milliards d'euros en trois ans, en acceptant un certain nombre de mesures de maîtrise des dépenses, et en laissant se développer en France les médicaments génériques. Ceux-ci font désormais jeu égal avec les médicaments de marque, lorsqu'ils sont en concurrence.

Tandis que le Medef a officialisé, mercredi 19 mai, son retour dans les instances de l'assurance-maladie, les représentants de l'industrie pharmaceutique entendent donner de la voix sur la réforme de la politique de santé que prépare le gouvernement, mettant en garde les pouvoirs publics contre les conséquences de certaines décisions sur le développement de cette industrie.

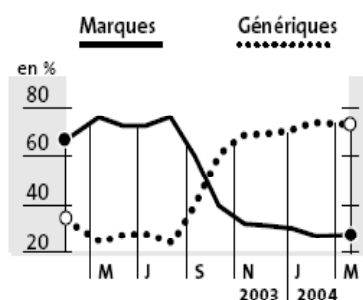
"On ne peut s'interroger sur l'attractivité de la France pour les industries de santé et prendre simultanément des mesures qui vont à l'opposé du but recherché", prévient, dans un entretien au *Monde*, le docteur Pierre Le Sourd, PDG de Bristol-MyerSquibb France et nouveau président du LEEM (Les Entreprises du médicament), le syndicat professionnel des laboratoires pharmaceutiques.

LE MARCHÉ BASCULE

Marché du médicament remboursable, en volume (mars 2003-mars 2004), en %



Répartition des ventes, en volumes, entre médicaments de marque* et génériques



*Médicaments de marque qui ne sont plus couverts par un brevet, vendus au-dessus du "tarif forfaitaire de responsabilité" (remboursement au prix du générique)

Source : LEEM

Dans la ligne de mire des industriels : le projet, préconisé par le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie en janvier, de confier aux organismes payeurs - assurance-maladie et éventuellement mutuelles - le soin de fixer les prix des médicaments. Au ministère de la santé, certains trouveraient aujourd'hui commode que l'Etat se débarrasse du casse-tête de la consommation médicamenteuse en en confiant la gestion à une agence comptable. Mais l'idée de n'avoir affaire qu'à une sorte de super-centrale d'achat hérise littéralement les industriels du médicament.

D'une façon générale, font-ils valoir, traiter la question du médicament comme une dépense sans tenir compte des aspects de recherche et développement et de production est perçu par les grands laboratoires internationaux comme une hérésie, mais aussi comme un signe de

désintérêt pour leurs investissements tant industriels que scientifiques.

" *Les gouvernements italiens et allemands, qui avaient opté pour des systèmes de ce type au début des années 1990, ont dû assumer respectivement des pertes de 20 000 et 10 000 emplois industriels*", affirme le docteur Le Sourd. Sans parler des emplois dans la recherche : les laboratoires pharmaceutiques investissent près de 500 millions d'euros par an dans la recherche sur le cancer en France. " *Cette somme est appelée à doubler... ou à disparaître*", menace posément le président du LEEM.

Rendre la France attractive

Deux rapports d'experts, ceux d'Antoine Masson et de Jean Marmot, remis récemment au gouvernement (*Le Monde* du 19 mai), insistent sur la nécessité de rendre la France plus attractive pour les industries de santé en général et celles du médicament en particulier, qui génèrent 16 milliards d'euros d'exportations annuelles, 1 500 emplois nouveaux créés chaque année. Faute de visibilité et de stabilité réglementaires, soulignent les rapporteurs, le risque est grand de voir les investissements filer en Grande-Bretagne ou en Irlande.

Les industriels du médicament soulignent que l'effort d'économies de 2 milliards d'euros sur trois ans qui leur est demandé devrait entraîner, pour la première fois, une stagnation, dès 2005, du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique, qui a affiché une croissance de 7,5 % en 2003. " *Durcir le dispositif reviendrait à déstabiliser l'ensemble du secteur*", estime le docteur Le Sourd.

Selon le LEEM, l'essor consenti des médicaments génériques et les divers engagements acceptés par la profession (adaptation des conditionnements aux prescriptions, qui leur coûte 160 millions d'euros, mise en place d'un référentiel de la visite médicale...) sont largement suffisants. Durcir tel ou tel curseur (déremboursement supplémentaire non négocié par exemple) pourrait alourdir la facture jusqu'à 1 milliard d'euros supplémentaires, a calculé le LEEM.

Pour le docteur Le Sourd, toutes les mesures prises en 2003 en faveur des génériques donneront leur plein effet dès cette année. Les brevets qui tomberont dans le domaine public (l'anti-ulcéreux Mopral compris) vont ouvrir un chiffre d'affaires global de 780 millions d'euros à la concurrence des génériques. Les statines (anticholestérol), qui vont perdre leur brevet entre 2005 et 2006 (le Zocor de Merck, le Lodales de Merck et Sanofi-Synthelabo, l'Elisor de Bristol-MyerSquibb, le Vasten d'Aventis...), représentent des recettes de 600 millions d'euros. Soit une économie pour la Sécurité sociale d'environ 500 à 600 millions d'euros sur trois ans. La prochaine publication au *Journal officiel* du décret transposant dans le droit français la directive communautaire en matière de définition du générique (réduction à dix ans de la durée de protection des brevets initiaux), confirmée lundi 17 mai par Philippe Douste-Blazy, le ministre de la santé, amputerait de près de 200 millions d'euros le chiffre d'affaires de l'industrie.

Le tarif forfaitaire de responsabilité (TFR), lancé en septembre 2003 - 29 molécules protégées dont les remboursements ont été automatiquement alignés sur ceux du générique -, a déjà entraîné une économie de 150 millions d'euros en 2003. La deuxième vague de médicaments sous TFR, annoncée pour juin, devrait - en tablant sur une baisse de prix d'environ 50 % - rapporter 170 millions d'euros à la Sécurité sociale.

Amener les médecins à prescrire de façon différenciée, pour les malades de longue durée, les médicaments faisant l'objet d'un ticket modérateur de ceux pris en charge à 100 % pourrait, là encore, générer 400 millions d'euros d'économies. Le LEEM se dit prêt à lancer une campagne de "bon usage" pour éviter la polymédication excessive du patient âgé.

Les médicaments de marque freinent l'offensive des génériques ***Le Monde*, 21 mai 2004**

Le générique a-t-il réussi sa percée sur le marché français ? Certaines initiatives du cabinet de Jean-François Mattei, ex-ministre de la santé, jugées brouillonnes à l'époque, avaient permis d'en douter. Ainsi, en septembre 2003, il avait décidé que plus de 450 spécialités pharmaceutiques vendues au prix fort seraient remboursées aux patients sur la base du prix des génériques. La mesure dite de "tarif forfaitaire de responsabilité" (TFR) n'avait alors qu'un but : engendrer rapidement des économies pour la Sécurité sociale, sans attendre que le marché du générique prenne son essor.

Mais la loi du marché a joué. Pour tenter de conserver leur part de marché, certains laboratoires ont aligné, sur le TFR, le prix de leurs médicaments de marque en concurrence avec un générique. Cela n'a pas empêché les génériques de monter en puissance. Selon les calculs du LEEM (Les entreprises du médicament, le syndicat professionnel des laboratoires), au mois de mars, le chiffre d'affaires des médicaments génériques en concurrence avec des médicaments de marque alignés sur le TFR, représentait 48,2 % du marché en valeur et 47,2 % en volume. Face aux marques vendues au-dessus du TFR (mais remboursées au prix du générique), les génériques se sont arrogé 55,8 % du volume et 46,2 % du marché en valeur (pour un marché total de 178 millions d'euros). La raison de ce succès tient sans doute aux marges considérables que les génériqueurs ont dû consentir aux pharmaciens pour les intéresser à la substitution de produits lors de la délivrance des ordonnances.

En cumul sur les douze derniers mois, le chiffre d'affaires des génériques en France, dans un marché du médicament remboursable de 16,15 milliards d'euros, reste inférieur à celui des médicaments de marque, ceux-ci étant vendus plus chers. Les copies génèrent plus de 900 millions d'euros de recettes, contre 1,2 milliard d'euros pour les molécules originales. En volume toutefois, le rapport s'inverse : les génériques occupent désormais 54,5 % du marché en

concurrence - qui ne représente encore qu'un cinquième du marché total des médicaments remboursables et 13 % en valeur.

Les fabricants indignés

Paradoxalement, le TFR a freiné l'évolution des génériques. Les statistiques montrent que, sur les douze mois qui précèdent mars 2004, et pour un chiffre d'affaires de 300 millions d'euros réalisé par les molécules soumises au TFR, les médicaments de marque restent dominants avec 64,5 % des ventes et 59,9 % des volumes. Pour le seul mois de mars, cette suprématie s'atténue cependant : 51,8 % du chiffre d'affaires et 52,8 % des volumes.

Les fabricants de génériques avaient donc raison, en septembre 2003, de s'indigner contre le TFR. Dans les segments de marché où la spécialité de référence a aligné son prix sur le TFR, la part des marques en volume est passée de 70 % en moyenne, sur la période avril-août 2003, à 55 % entre septembre 2003 à mars 2004. A l'inverse, dans les groupes génériques où la spécialité de référence a maintenu un prix supérieur au TFR, les génériques ont, dès le mois d'octobre, dépassé la barre des 50 % et ne cessent, depuis, d'augmenter leur pénétration.

Dossier sur les mesures Douste-Blazy (17 mai 2004)

<http://onala.free.fr/doustel7.pdf>

Le PS a écrit sa thérapie pour l'assurance maladie Entre autres propositions : la baisse du coût des médicaments Libération 14 mai 2004

Attendre que le gouvernement dévoile ses batteries ? Ou prendre les devants ? Les socialistes ont longtemps hésité sur la stratégie à suivre pour l'assurance maladie. La direction du PS vient de trancher et présentera ses propositions, intitulées « Moderniser notre système de santé pour garantir un accès universel et solidaire à des soins de qualité », la semaine prochaine. Elles sont d'ores et déjà consignées dans un texte de onze pages, que Libération s'est procuré. Il sera examiné une dernière fois en réunion de groupe mardi, puis débattu en bureau national du PS le soir même.

Mercredi, Jean-Marc Ayrault, le président du groupe PS à l'Assemblée, et François Hollande, le patron du PS, le rendront public en même temps qu'il sera remis à Jean-Louis Debré, le président de l'Assemblée, qui dirige la mission d'information sur le sujet.

Le ministre de la Santé, Philippe Douste-Blazy, devant préciser lundi son projet sur France 2, le PS a voulu réagir très vite, pour ne pas se retrouver dans la même situation que sur les retraites. L'an dernier, il s'était vu reprocher de n'avoir pas de projet sérieux à opposer à François Fillon, se contentant de suivre le mouvement social et la CGT.

Au-delà de la critique attendue du gouvernement accusé d'avoir mis « en faillite le système de santé et d'assurance maladie pour mieux le démanteler », les socialistes explorent quelques pistes ouvertes par le Haut Conseil de l'assurance maladie. Ils proposent de « fixer comme objectif la diminution de 20 % du coût du médicament par habitant en trois ans ». Ou de mieux rémunérer, « sous forme de forfait », les médecins de ville qui s'engagent « dans des actions de prévention, de formation » et « des contrats de bonne pratique ».

Pour lutter contre les disparités régionales, ils invitent à « ne plus agréer automatiquement les praticiens » dans les zones où la densité de spécialistes est trop forte. Côté ressources, ils suggèrent d'affecter à la Sécu l'intégralité des taxes sur les tabacs et alcools, et de doubler la CSG sur les bénéfices financiers.

La CFDT dénonce un « jeu de dupes » Libération 14 mai 2004

Le scénario de la réforme des retraites, qui avait fait l'objet d'un accord approuvé par deux syndicats (CFDT et CGC), ne se reproduira pas pour l'assurance maladie. Les organisations syndicales ne sont pas prêtes à cautionner une réforme où elles ont le sentiment de n'être consultées que sur la « gouvernance » de l'assurance maladie, et jamais sur le financement. Hier, la CFDT, pourtant jusqu'ici la plus ouverte à la négociation, a dénoncé « un jeu de dupes qui consiste à mettre en scène la concertation [...] sans jamais aborder le cœur de la réforme ». Le syndicat demande au gouvernement de faire connaître ses propositions sans qu'aucun sujet soit écarté de la discussion.

« Sans cogestion avec les médecins, il n'y aura pas de régulation du système de santé » Jean de Kervasdoué, professeur d'économie de la santé au Conservatoire national des arts et métiers
Le Monde, 14 mai 2004

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

En France, les dépenses d'assurance-maladie continuent à croître plus vite que la richesse nationale. Est-ce une fatalité ?

Il n'y a là aucune fatalité. Nous l'avons montré à nouveau, en 2003, dans notre *Carnet de santé de la France -recueil d'articles publié chaque année sous l'égide de la Mutualité française, chez Dunod-*. Entre 1990 et 2000, deux pays industrialisés ont fait baisser la part de leur PIB consacrée aux dépenses de santé : la Finlande et le Danemark. Sept pays l'ont maintenue stable, et les quelques autres l'ont laissé filer, notamment la France, les Etats-Unis et l'Allemagne. Il faut savoir qu'à partir d'un certain niveau de dépenses de soins il n'y a plus de lien entre leur croissance, d'une part, et l'amélioration de l'espérance de vie à la naissance, d'autre part. Au Danemark, où les dépenses de santé en valeur relative baissent, l'espérance de vie croît plus vite qu'aux Etats-Unis, où les dépenses étaient beaucoup plus élevées et progressent encore.

Comment expliquer cette variété de situations ?

Il y a des raisons à la fois institutionnelles, politiques, économiques et culturelles. Le Japon, pays vieillissant qui a la structure d'âge que nous aurons en 2020, est gros consommateur de médicaments et possède quatre fois plus de scanners et d'IRM que la France ; 7,8 % du PIB vont aux dépenses de santé contre 9,5 % en France. Cette bonne performance est due, pour une large part, au fait que l'hôpital y coûte peu cher, les proches des malades y faisant fonction d'aides-soignants. En Suisse et aux Etats-Unis, la croissance des dépenses s'explique par la structure même du système, qui fait une large place au financement individualisé. Plus les assurés paient de leur poche, plus le système est cher. La différence tient au coût de gestion des assurances privées (14 % en moyenne aux Etats-Unis, contre 5,6 % en France à la Sécurité sociale) et au fait que payer plus ne veut pas nécessairement dire bénéficier de meilleurs soins.

Que peut-on retenir des pays les moins dépensiers ?

En Europe du Nord, les généralistes ne sont pas payés à l'acte, mais à la capitation pour les deux tiers de leurs revenus, et les spécialistes sont généralement salariés. Au Royaume-Uni, les généralistes sont mieux payés qu'en France et font des semaines plus courtes (de 39 à 40 heures). Le travail en groupe y est valorisé et la permanence des soins assurée grâce à un système de gardes efficace et très bien rémunéré. Nous sommes les seuls à n'avoir pas dit à nos généralistes ce que nous attendions d'eux. Quand un avocat moyen facture 150 euros de l'heure, 20 euros pour une consultation, ce n'est pas raisonnable !

Pourquoi le médicament pèse-t-il tant en France ?

Il représente un cinquième des dépenses de l'assurance-maladie. Les gouvernements, de droite comme de gauche, ont mené avec constance une politique, stupide, de contrôle des autorisations de mise sur le marché (avec des délais en augmentation) et des prix. L'industrie s'en est tirée en jouant sur les volumes. De plus, le paiement à l'acte et la consultation bon marché sont inflationnistes, notamment chez les généralistes qui prescrivent en médicaments l'équivalent de quatre fois leurs honoraires. Le médicament se substitue à une relation médecin-malade qui n'a pas le temps de se nouer. En France, 90 % des consultations et des visites sont suivies d'une ordonnance, contre 30 % aux Pays-Bas. Il y a là des sources d'économies considérables, d'au moins 3 milliards d'euros.

Quelles sont les principales inégalités en matière de santé ?

Le niveau des dépenses varie de 40 % entre les régions les plus dépensières (Ile-de-France, Corse) et les moins dépensières (Basse-Normandie). Il y a de très fortes variations dans les honoraires remboursés par l'assurance-maladie pour une consultation de spécialiste, car, si les tarifs sont uniformes, ce n'est pas le cas, notamment, du nombre de fois où un médecin revoit son malade ; ainsi, les dépenses de cardiologie par habitant varient de 1 à 9, selon que l'on est dans les Alpes-Maritimes ou en Ardèche. C'est un symptôme classique d'un système non régulé. Sauf pour une partie limitée de la population, la discrimination essentielle ne me semble pas l'argent mais l'accès à l'information, car les pratiques cliniques varient profondément d'un médecin à l'autre et personne ne les évalue, sauf par le bouche-à-oreille. Mais il en est des régions comme des pays : il n'y a pas nécessairement de liens entre les dépenses de soins et la santé. L'espérance de vie n'est pas plus élevée dans une région riche ou plus dépensière : un ouvrier du Languedoc-Roussillon vit aussi vieux qu'un cadre du Nord - Pas-de-Calais.

Que proposez-vous ?

Rien ne sera possible sans un nouvel accord avec les médecins. La crise du corps médical, dont les dépassements illégaux d'honoraires sont un symptôme, est liée au décalage entre l'idéologie de la profession et la réalité du travail : les médecins se voient en travailleurs indépendants alors que le moindre soin dépend de plus d'un professionnel de santé. Les médecins devront s'intégrer progressivement dans des réseaux de soins et des cabinets de groupe. Pour trouver ce

nouvel accord, il faudra discuter avec eux de quatre sujets simultanément : la rémunération ; la formation initiale et continue ; la réforme du droit de la responsabilité médicale et la création d'un système de contrôle des pratiques cliniques. Sans cogestion avec les médecins, sans compréhension profonde du droit et des devoirs de chacun, y compris des assurés sociaux, il n'y aura pas de régulation du système de santé. La demande de soins ne cesse de croître et l'offre de compétences va diminuer avec la démographie. C'est, pour les médecins, un contexte favorable pour négocier.

Propos recueillis par C. Gu.

Le Royaume-Uni a assoupli un système très étatique, l'Allemagne a augmenté la contribution des assurés **Le Monde, 14 mai 2004**

La question de la maîtrise de l'augmentation des dépenses de santé - 8,5 % du produit intérieur brut (PIB) dans la moyenne des pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) contre 4 % au début des années 1960 - s'est posée partout depuis le milieu des années 1980. Elle a revêtu une acuité particulière dans les pays européens tenus à une certaine discipline budgétaire. Aucun n'a pu faire l'économie d'une ou de plusieurs réformes.

Des différentes actions engagées, on peut tirer deux enseignements majeurs. D'abord, que les dépenses de santé ne sont pas condamnées à croître plus vite que la richesse nationale. Ensuite, que l'organisation du système de soins - autrement dit, le poids respectif de la médecine de ville et hospitalière, le mode de rémunération des médecins, le rôle des généralistes, le degré de liberté des patients et du corps médical - pèse sur l'évolution des dépenses, à la hausse ou à la baisse.

Le système français, sans régulation ni contrôle, est à la fois l'un des plus coûteux du monde et l'un des plus inégalitaires d'Europe. Avec des dépenses de santé absorbant 9,5 % du PIB, la France vient en quatrième position derrière les Etats-Unis, la Suisse et l'Allemagne. La Suède, avec un niveau de vie par habitant comparable et une population plus âgée, y consacre près d'un point de PIB de moins pour de meilleures performances sanitaires (plus longue espérance de vie en bonne santé, moindre mortalité infantile ou par cancer). Preuve, si l'en était besoin, que l'on peut faire mieux pour moins cher...

En général, les pays dotés de systèmes de santé nationaux assurent une plus grande équité dans l'accès aux soins et maîtrisent mieux l'augmentation de leurs dépenses, mais au prix de files d'attente. Pour remédier à ces difficultés, la plupart d'entre eux, notamment les pays scandinaves et le Royaume-Uni, ont fait jouer la concurrence pour accroître l'efficacité et la réactivité de leurs systèmes.

Au Royaume-Uni, le gouvernement de John Major a ainsi créé, en 1991, une sorte de marché interne au sein du National Health Service (NHS), en y distinguant deux types d'acteurs : les acheteurs et les fournisseurs de soins. Les autorités sanitaires de district et une partie des médecins généralistes sont devenues gestionnaires de budget et acheteurs de soins pour leurs patients. Ils ont négocié sur les délais et les tarifs avec les hôpitaux, qui ouvrent l'accès à la médecine de spécialité, les spécialistes de ville étant peu nombreux et trop chers pour la majorité de la population. En 2001, un million de Britanniques demeuraient pourtant inscrits sur une liste d'attente, et parfois depuis plus d'un an.

Devant ces difficultés persistantes, Tony Blair a annoncé un nouveau train de réformes, dont une hausse substantielle des impôts pour accroître les moyens alloués au NHS (et aligner progressivement les dépenses de santé britanniques sur la moyenne des pays de l'OCDE). Il n'est pas revenu sur les principaux acquis de la réforme de 1991. La fonction d'acheteur de soins a toutefois été retirée aux généralistes et donnée à des réseaux de soins primaires, chargés chacun de quelque 100 000 personnes, et disposant d'un pouvoir de négociation plus fort face aux fournisseurs de soins.

Dans les pays scandinaves, le maître mot des réformes a été la décentralisation. En Suède, budgets et coûts ont été réduits de manière drastique, et l'offre de soins en partie transférée de l'hôpital vers des centres de santé ambulatoires. Le nombre de lits d'hôpitaux a été réduit de 45 % et celui des personnes employées dans les services sanitaires a diminué d'un quart, au terme d'une cure d'austérité sans précédent. Les autorités publiques locales, de comtés ou de municipalités, font désormais jouer la concurrence entre hôpitaux en négociant avec eux des contrats de soins. Parallèlement, le système a été assoupli : les patients peuvent désormais changer de circonscription de soins, si les délais maximaux d'attente pour consulter un médecin ne sont pas respectés.

LARGE OFFRE DE SOINS

Dans les pays qui, tels l'Allemagne ou l'Autriche, ont mis en place des systèmes d'assurance-maladie et disposent le plus souvent d'une large offre de soins, les dépenses ont eu tendance, ces dernières années, à s'emballer. Pour les contenir, les gouvernements ont généralement recouru à deux grands types de mesures : la mise en concurrence des caisses, et l'augmentation de la part des dépenses laissée à la charge des ménages.

En Allemagne, à la suite de la réforme Seehofer lancée en 1992, plus de 3 millions de personnes ont changé de caisse entre 1997 et 2001. Mais ces efforts et l'augmentation des prélèvements obligatoires n'ont pas été suffisants. Le gouvernement Schröder a donc remis l'ouvrage sur le métier et annoncé un nouveau train de mesures : hausse des tickets modérateurs existants (sur les médicaments et l'hôpital), introduction d'un ticket modérateur sur les

consultations de spécialistes non prescrites par un généraliste. Le taux de cotisation des retraités au financement des affections de longue durée (ALD) a été doublé et les indemnités journalières sont désormais financées par les seules cotisations salariales. Autant de mesures qui ont été votées par les partis de gauche et de droite au Parlement. Le contenu de la réforme allemande, autant que sa méthode, ne manque pas d'adeptes à Matignon et à l'Elysée.

C. Gu.

Des ouvrages pour en savoir plus **Le Monde, 14 mai 2004**

La Sécurité sociale suscite, depuis quelques mois, un engouement éditorial, au-delà des publications officielles de la Drees (ministère de la santé).

"Vers des systèmes de santé plus performants" (OCDE, 2004).

"La Réforme des systèmes de santé", de Bruno Palier ("Que sais-je ?" PUF, 2004) Un ouvrage précieux pour faire le point sur ce qui se fait à l'étranger. Son auteur, chercheur au Cevipof, avait déjà publié un ouvrage de référence (*Gouverner la Sécurité sociale*, PUF, 2002).

"L'Hôpital" ? de Jean de Kervasdoué
("Que sais-je ?" PUF, 2004).

"Guérir le système de santé de ses maux", de Bruno Fantino et Gérard Ropert, qui est directeur de la caisse primaire de Lyon (Aléas, 2004).

"Main basse sur l'assurance-maladie", ouvrage collectif de la Fondation Copernic, (Syllepse, 2003).

"SOS Sécu !", par Gérard Berthiot, Jean-Jacques Chavigné et Gérard Filoche, trois animateurs de la revue *Démocratie et socialisme* (Le bord de l'eau, 2004).

"Sauvons la Sécu !", par Jean-Michel Dubernard, député (UMP) et président de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale (Bourin éditeur, 2004).

La santé périnatale ne cesse de se dégrader **Il n'y a pas assez de services spécialisés pour les grands prématurés** **Le Figaro, 6 mai 2004, Jean-Michel Bader**

Depuis quatre ans, épidémiologistes, pédiatres et réanimateurs tentent sans succès de mobiliser les autorités sanitaires sur le grand abandon de la santé des enfants à naître et des mamans accouchées en France. Deux rapports de l'Inserm et de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris confirment le manque chronique de moyens humains et matériels des maternités, et la fréquence élevée et inquiétante de la grande prématurité.

Depuis le cri d'alarme poussé en 2002 par Audipog (Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologique) sur la situation de la périnatalité en France et l'augmentation inquiétante de la grande prématurité, notre pays n'a pas pris la mesure exacte des difficultés d'accueil des mères de grands prématurés. En juin 2003, Audipog avait rendu public un nouveau rapport confirmant la situation, qui n'avait pas rencontré plus d'écho : maternités débordées, longs transferts, sous-dotation des lits de réanimation pédiatrique restent d'actualité.

Aujourd'hui, deux rapports indépendants, l'un commandé par le Pr Didier Houssin, directeur de la politique médicale à l'AP-HP, sur la néonatalogie en Ile-de-France, l'autre présenté aujourd'hui par le réseau Audipog sur les indicateurs 2003 pour la France entière, interpellent peut-être les autorités sanitaires.

Inquiet d'être sollicité en permanence par les réanimateurs et les Smur pédiatriques, sur leurs difficultés, le Pr Houssin a demandé au Dr Jean-Louis Chabernaude (Smur pédiatrique 92) et à trois chefs de service en néonatalogie (1) un rapport dans le cadre du plan stratégique 2005-2010, qualifié voici quelques jours de «*très noir*» par son commanditaire. En effet, pour s'occuper des 170 000 naissances annuelles (la région a plus de 11 millions d'habitants), 118 maternités sont recensées dont 12 centres périnatals (CPN) de type 3 (c'est-à-dire disposant d'un service de réanimation néonatale) et 14 unités de soins intensifs de néonatalogie isolées (type 2B, avec possibilités d'assistance respiratoire).

Il y a donc dans cette région un fort effet de masse, avec «*une très forte densité de familles en grande précarité*». La capacité d'accueil dans les maternités publiques, surtout de type 3 et en réanimation et soins intensifs ne s'est pas

améliorée : 34 maternités ont fermé entre 1995 et 2000, soit 9% des naissances de plus à «éponger» par les hôpitaux publics. Plus grave, le nombre de grands prématurés (nés avant moins de 33 semaines) nés en maternité de type 3 a diminué de 2001 à 2002, du fait de transferts «*in utero*» (dans le ventre de la maman) impossibles faute de place !

Ce que confirme Nicole Mamelle pour la France entière, dans le rapport Audipog 2004 : «*La situation reste critique... comme en 2002, seulement 65% des enfants de moins de 33 semaines naissent en maternités de niveau 3, alors que l'objectif est d'atteindre 80%. La mise en oeuvre pratique effective reste un échec par manque de moyens.*» Le rapport AP-HP conclut également que «*la politique de régionalisation est un quasi-échec en Ile-de-France*». Le constat est donc le même chez tous les professionnels !

En Ile-de-France, dénonce le rapport Chabernaude, on observe par ailleurs «*une répartition obscure des crédits de périnatalité*» gérés en partie par l'Agence Régionale d'Hospitalisation et en partie par l'AP-HP. La région parisienne a des réseaux nombreux, des «*structures hétérogènes*» et il est impossible pour l'instant de mettre en place une carte sanitaire périnatale cohérente. Par ailleurs, «*aucun service de réanimation ou de soins intensifs n'est aux normes pour les effectifs médicaux*» (sur la base de huit médecins temps plein pour établir la liste de garde annuelle). Les lits montés, équipés et fermés faute d'infirmières, les listes de garde de plus en plus difficile à établir, le manque de médecins titulaires, sont autant d'éléments «*à charge*».

Quelques exemples : les CHU parisiens Beaujon, Lariboisière et Bichat ainsi que l'hôpital Rothschild n'ont que des maternités de type 1 (sans réanimation, avec pédiatre d'astreinte, et ne prenant pas les grossesses à haut risque). Bichat devrait devenir une maternité de type 2A avec ouverture d'une unité de six lits de néonatalogie, mais Beaujon continue à avoir «*de graves problèmes de couverture pédiatrique*». Le groupe hospitalo-universitaire (GHU) Est de Paris ne dispose pas d'un Smur pédiatrique capable de transférer les bébés (les Smur 75 Robert-Debré et 93 organisent les transferts). Bref, «*la délimitation des GHU a entraîné dans le domaine de la néonatalogie-périnatalogie, une répartition très inégale des maternités de type 3*», beaucoup plus nombreuses dans l'Ouest et le Sud que dans le Nord et l'Est.

«*Globalement, sur l'ensemble de l'Ile-de-France, entre 10 et 25% des lits de réanimation pédiatrique et de soins intensifs sont chroniquement fermés par manque d'infirmières.*» Et ces infirmières-là sont les plus performantes : elles sont «*hors pool*», dédiées du fait de leur formation spécifique à ces seuls services de réanimation, et ne peuvent être «*formées en cinq minutes*».

Le taux de bébés dits «*inborn*», c'est-à-dire transférés *in utero* avant la naissance, dans un centre avec service de réanimation a chuté à 60% : «*La cellule régionale d'orientation des transferts enregistre de plus en plus de difficultés à trouver des places pour les menaces d'accouchements très prématurés*», alors que la littérature scientifique s'accorde depuis longtemps sur le bénéfice et le meilleur pronostic de ces naissances en centre spécialisé : d'ailleurs la mortalité périnatale ne baisse plus en France depuis plusieurs années.

«*L'Assistance publique du fait de sa quasi-inaction dans ces domaines depuis 25 ans a une part de responsabilité importante dans cette faillite. Dans le CHU de Paris le taux de centres de types 3 universitaires est le plus bas d'Europe.*»

Par ailleurs, le rapport Audipog sur la France entière, présenté ce jour à la presse, confirme une situation très préoccupante : «*Le taux de prématurité (les naissances avant 37 semaines de gestation) ne s'est pas infléchi depuis 1999, atteignant toujours 7,1% des naissances.*» Et en ce qui concerne la très grande prématurité (naissance avant 33 semaines de gestation), «*l'augmentation annoncée en 2002 est confirmée : 1,6% des naissances en 2003 contre 1,4% en 2001*».

En ce qui concerne le manque de maternités très spécialisées et de services de réanimation, en France, «*la situation reste critique*». Les futures mamans doivent savoir que «*les régions peu à peu organisent la pénurie, comme en Ile-de-France depuis plusieurs années, en créant des cellules d'orientation des femmes enceintes et de leurs nouveau-nés vers les maternités disposant de place*». Les grossesses à haut risque sont orientées «*parfois très loin de leur domicile*».

Pour l'Ile-de-France, Didier Houssin considère que «*c'est justement parce que je percevais l'urgence dans ce secteur, surtout en ce qui concerne la grande prématurité, que j'ai réclamé ce rapport*». Le plan stratégique 2005-2010 de l'assistance publique devrait «*à moyens constants*» prendre en compte les propositions des réanimateurs (mise aux normes des personnels, budgets appropriés, suivi des nouveau-nés à risque)

(1) Claude Lejeune, Guy Moriette et Michel Dehan.

Sécu : la stratégie de l'évitement

La consultation des syndicats se bornera à la «gouvernance».

par François WENZ-DUMAS, *Libération*, 7 mai 2004

Équilibrer les comptes de la Sécu sans trop réduire les remboursements ni augmenter *a priori* les prélèvements : la bonne réforme de l'assurance maladie, selon Jean-Pierre Raffarin, est celle qui ne fait pas de vagues. Hier soir, le

Premier ministre a surtout rappelé ce qu'il ne voulait pas faire, restant beaucoup plus discret sur les mesures à prendre pour éviter que le régime d'assurance maladie, qui va perdre cette année 13 milliards d'euros, ne se retrouve dans l'incapacité d'assumer sa mission.

Aujourd'hui, au ministère de la Santé, les partenaires sociaux abordent leur première vraie séance de négociations. Qu'ils ne s'occupent pas des recettes, leur a enjoint Raffarin : il a en effet écarté la «TVA sociale», comme la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises, souhaitées par certains syndicats. Quant à la CSG (contribution sociale généralisée), son éventuelle hausse n'interviendrait qu'en dernier ressort. «*Je ne suis pas favorable à ce que la CSG soit augmentée comme étant un préalable*, a expliqué le chef du gouvernement, *parce que, au fond, ce n'est pas une réforme. A la fin, nous discuterons avec les partenaires, nous verrons quand nous aurons l'ensemble de la réforme.*» Les «déremboursements» ne seraient, eux, décidés que par une «Haute Autorité scientifique», et compensés par des «améliorations». Raffarin a par exemple suggéré un triplement de la prise en charge des lunettes pour les enfants.

De quoi vont donc pouvoir parler les partenaires sociaux ? Réponse du Premier ministre : «*Du pilotage.*» Et c'est justement ce qui les inquiète. A trop vouloir déminer le dossier, il éveille chez ses interlocuteurs un soupçon, celui de ne vouloir débattre avec eux que de la gouvernance de l'assurance maladie.

Mardi, devant les députés, Philippe Douste-Blazy avait déjà lourdement insisté sur la question du pilotage de l'assurance maladie, ainsi que sur les éventuels abus. «*La fraude et la gouvernance sont-elles les seules questions à régler pour la Sécurité sociale ?*», s'interrogeait hier la CFE-CGC. Une inquiétude partagée par l'ensemble des syndicats. Jean-Pierre Raffarin ne l'a pas vraiment apaisée hier soir à la télévision.

Assurance-maladie : une franchise par consultation Une haute autorité décidera des déremboursements. Une hausse de la CSG n'est pas exclue Le Monde, 8 mai 2004

L'objectif est fixé - "*mieux dépenser pour une meilleure santé*" -, et les principaux volets de la réforme de la santé ont été déclinés. Qu'il s'agisse du "*nouveau pilotage*" du système, de la lutte contre les gaspillages, des déremboursements, de la responsabilisation financière du patient par le biais d'une franchise pour chaque consultation ou du dossier médical partagé. Mais c'est sur le financement que le premier ministre a été le plus précis, jeudi, en fixant de nouveau à "*l'horizon 2007*" le retour à l'équilibre d'une assurance-maladie dont le déficit 2004, revu à la hausse, atteint 12,9 milliards d'euros et le déficit cumulé 2002-2004 près de 30 milliards d'euros.

Jean-Pierre Raffarin a écarté l'idée d'un "*impôt nouveau*" pour redresser les comptes. "*Je n'y suis pas favorable*", a-t-il déclaré, en précisant qu'il n'était partisan ni de la TVA sociale ni d'un prélèvement sur la valeur ajoutée, deux pistes proposées par plusieurs syndicats. Le chef du gouvernement préfère un réaménagement et un étalement de la dette, confirmant implicitement la prolongation de la durée de versement de la CRDS, cette contribution au remboursement de la dette sociale de 0,5 % sur tous les revenus qui doit théoriquement prendre fin en 2014. En revanche, l'ambiguïté demeure sur la contribution sociale généralisée (CSG). "*Je ne suis pas favorable à une augmentation de la CSG comme un préalable*", a déclaré le premier ministre, se laissant ainsi la possibilité de l'augmenter une fois la réforme de l'assurance-maladie sur les rails.

M. Raffarin reste également partisan d'une responsabilisation accrue des patients, notamment financièrement. S'il n'entend pas toucher au ticket modérateur, il préconise la création d'une franchise sur chaque feuille de soins, qui prendrait la forme d'une contribution "*très modeste*"- "*pas plus d'une pièce*", "*un euro par exemple*". Il a pris soin de préciser que les assurés les plus modestes, comme ceux qui bénéficient de la couverture maladie universelle, en seraient exonérés.

LUTTE CONTRE LE GASPILLAGE

A aucun moment, la question de la responsabilisation des médecins ou des autres professions de santé, pourtant décisive pour l'avenir de la réforme, n'a été mentionnée. En revanche, le chef du gouvernement table toujours sur la lutte contre toutes les formes de gaspillage pour faire "*6 milliards d'euros d'économies en trois ans*", citant comme exemple le cas d'un malade consultant cinq médecins pour obtenir, à cinq reprises, un arrêt-maladie.

La mise en place du dossier médical personnel partagé, adoptée depuis des lustres par la plupart de nos voisins européens, a été présentée comme une des clés de l'amélioration du système de soins. Par ailleurs, le premier ministre a indiqué qu'*"il y aurait des déremboursements avec équité"*, mais aussi des améliorations, comme le triplement des remboursements des frais d'optique pour les enfants. Comme l'ont réclamé les organisations syndicales et la Mutualité, une haute autorité scientifique sera créée pour évaluer l'utilité des médicaments et des services de santé. C'est elle qui décidera des déremboursements, l'Etat, lui, fixant les règles et les grands principes. A la veille de l'ouverture d'une phase de consultation multilatérale sur la réforme, vendredi, au ministère de la santé, le premier ministre a souhaité que patronat, syndicats, médecins, mutuelles et représentants des patients participent à la nouvelle organisation de l'assurance-maladie.

M. Raffarin est confiant dans sa capacité à *"réussir"* le grand projet de la santé, qu'il a présenté comme l'une des deux grandes réformes susceptibles, avec celle des retraites, de *"débloquer la société française"*. Convaincu que l'assurance-maladie *"nous coûtera plus cher"* en raison du vieillissement de la population, mais qu'elle est *"un élément de notre pacte social"*, il a redit - comme Jacques Chirac l'a fait à plusieurs reprises - qu'il n'y aurait *"ni étatisation ni privatisation"* du système.

"Nous sommes capables tous ensemble de nous rassembler", a-t-il ajouté, invitant de nouveau l'opposition à dévoiler ses propositions. Le PS, qui consacrera son bureau national du 11 mai au dossier de la santé, s'est jusqu'à présent refusé à entrer dans le jeu du gouvernement en ouvrant la voie à un consensus droite-gauche à l'allemande.

Claire Guélaud

Cinq acteurs pour un dossier vital **L'Humanité, 4 mai 2004**

Le gouvernement, les syndicats, le patronat, les assurances complémentaires et les médecins doivent négocier l'avenir de l'assurance maladie.

Un an après les retraites, le gouvernement, avec la réforme de l'assurance maladie, s'attaque à un autre grand pilier de la protection sociale. Les deux dossiers ont en commun leur caractère vital pour la vie de chacun comme pour l'avenir du modèle social français. Mais l'assurance maladie se distingue, par bien des aspects, de la retraite. En premier lieu, l'étendue de la problématique : il en va à la fois de l'assurance sociale, garantissant l'accès aux soins, et aussi du système de santé (organisation des soins, avec l'hôpital et la médecine de ville, politique de prévention, santé au travail, etc.), les deux ayant évidemment maille à partir l'un avec l'autre.

une grande pluralité d'acteurs

En second lieu, l'assurance maladie fait intervenir une plus grande pluralité d'acteurs. Les pouvoirs publics (parlement et gouvernement) fixent l'enveloppe des recettes et l'objectif des dépenses, ainsi que les priorités de santé publique ; l'État doit aussi veiller au respect du principe constitutionnel du droit à la santé ; il a la main sur l'hôpital public et sur le médicament, dont il détermine les prix. Second acteur : la Caisse nationale d'assurance maladie, branche de la Sécu, gérée par les syndicats et le patronat, et chargée d'effectuer les remboursements aux assurés. La CNAM dispose en principe d'une "autonomie de gestion", en particulier pour la fixation des tarifs des médecins par voie de convention avec leurs syndicats. Une autonomie qui a toutefois été réduite comme peau de chagrin par un État de plus en plus interventionniste afin de comprimer les dépenses de santé. Le pilotage de la Sécu est d'ailleurs l'un des sujets les plus chauds de la réforme.

Le Medef, qui a déserté le conseil d'administration de la CNAM depuis deux ans, voudrait se désengager de toute responsabilité sociale et financière sur ce terrain et prône à cet effet à la fois l'étatisation de l'assurance maladie et sa privatisation partielle.

Du côté des confédérations syndicales de salariés, la division l'emporte de longue date, en particulier entre une CFDT qui, avec l'appui du Medef, a jusqu'ici présidé la CNAM, et une CGT qui a combattu les mesures successives de réduction de la couverture des soins décidées par les gouvernements et approuvées par la CNAM. Une division qui demeure : trois seulement des six grandes confédérations ont signé hier, avec la Mutualité française, un communiqué commun réclamant « une négociation en bonne et due forme » avec le gouvernement, portant notamment sur « la mise en place d'une gouvernance porteuse d'une réelle délégation de pouvoir permettant l'engagement des acteurs, l'organisation du système de soins et le financement ». Après avoir participé pendant plusieurs mois à une concertation jugée par elle « constructive » avec les autres centrales et la Mutualité, la centrale de Bernard Thibault a, hier, quitté la table après avoir « ressenti », explique son responsable de la protection sociale, Daniel Prada, qu'il n'y avait plus, chez certains de ses partenaires, « une volonté de continuer à travailler avec toutes les organisations, en particulier avec une CGT défenseuse des assurés sociaux ». FO ne demande pas de négociation

Pour la CFDT, Gaby Bonnard croit voir dans l'attitude de la CGT « des raisons tactiques, stratégiques », mais se dit « prêt à travailler avec la CGT car elle est incontournable ». Quant à FO, absente de cette réunion comme la CGC, elle ne demande pas de négociations, à la différence de tous ses homologues, mais attend d'être « consultée » par un gouvernement à qui « appartiennent les décisions ». Deux autres acteurs participent encore au « jeu » de l'assurance maladie. Les assurances complémentaires (remboursant la partie des soins non couverte par la Sécu), loin, elles aussi, d'être homogènes, partagées entre des mutuelles à but non lucratif, majoritaires, des assurances privées guidées par la recherche du profit, et des institutions de prévoyance. Enfin, les professionnels de santé, atomisés en une kyrielle de syndicats, désunis eux aussi, certains crispés sur des revendications catégorielles, d'autres, pas assez nombreux, ouverts à des changements de pratiques (voir point de vue ci-contre). On mesure, devant ce tableau - auquel il faudrait ajouter les associations de malades, désireuses d'entrer dans le jeu pour construire une démocratie sanitaire -, la complexité du dossier. Elle ne saurait pourtant faire oublier la finalité de la réforme : renforcer le droit de tous aux soins de meilleure qualité. Ce qui, en, bonne logique démocratique, devrait amener le gouvernement à organiser un grand débat national,

impliquant les assurés, premiers intéressés (pourquoi pas des états généraux de la Sécu ?), au lieu de chercher à boucler l'affaire au pas de charge, en deux petits mois, sans négociation véritable.

Les syndicats en ordre dispersé

La Tribune, 4 mai 2004

L'unité syndicale sur la réforme de l'assurance-maladie aura fait long feu.

La Mutualité française, la CFDT, la CFTC et l'Unsa ont demandé hier, dans un communiqué commun, "l'ouverture rapide de négociations avec le gouvernement" sur la réforme de la Sécu, associant "l'ensemble des acteurs concernés".

La CGT, qui a quitté prématurément la réunion, a refusé de s'associer à l'appel. De leur côté, FO et la CGC n'étaient pas présentes à la réunion, la première réclamant au gouvernement "une consultation des partenaires", alors que la centrale des cadres entend "garder toute marge de manoeuvre" par rapport aux annonces que fera le gouvernement.

Répartition des rôles. La CGT a déjà, à plusieurs reprises, appelé de ses vœux l'ouverture de négociations sur la Sécu avec le gouvernement. "Le problème aujourd'hui est de clarifier le processus" de la réforme, explique Daniel Prada, secrétaire confédéral CGT chargé de la protection sociale.

En clair, esquisser quelle sera la répartition des rôles entre l'Etat, l'assurance-maladie, les mutuelles et les assurances privées. Les points de vues divergent entre centrales syndicales. Alors que la CGT souhaite un renforcement du régime obligatoire de la Sécu, Daniel Prada a constaté hier que "certains veulent passer à autre chose", soulignant "un rapprochement fort entre la CFDT et la FNMF [Mutualité française]".

Tirant les conséquences de cette divergence de fond, la CGT veut initier une mobilisation début juin sur l'assurance-maladie. La réforme des retraites a plus que laissé des traces dans le camp syndical : les plaies sont toujours ouvertes. Ainsi, le travail entrepris en commun avec la Mutualité française depuis six mois n'a jamais eu pour objectif de rédiger un texte commun avec des propositions de réformes. Les syndicats étaient restés prudents dans leur démarche commune, tentant de rapprocher les points de vues. Il semble qu'ils ont échoué et le moins que l'on puisse dire est que la confiance entre organisations syndicales, en particulier entre la CGT et la CFDT, n'est pas retrouvée. Pour Gaby Bonnard, secrétaire national de la CFDT, "la CGT a pris la responsabilité de rompre" l'unité syndicale. Ce que réfute la CGT. Il n'est pas sûr que ces divisions syndicales servent l'intérêt du gouvernement. Après l'expérience du dossier des retraites, Jean-Pierre Raffarin attend de son ministre de la Santé qu'il dégage le consensus le plus large avec l'ensemble des partenaires sociaux sur la réforme de l'assurance-maladie. L'affaire semble mal engagée.

Claude Evin élu président de la FHF

« Je veux remobiliser les hospitaliers »

Le Quotidien du Médecin du : 05/05/2004

La Fédération hospitalière de France a un nouveau président : Claude Evin, élu aujourd'hui par le conseil d'administration de la FHF, succède à Gérard Larcher, devenu ministre délégué aux Relations du travail. Le député (PS) de Loire-Atlantique, ancien ministre en charge de la Santé entre 1988 et 1991, entend changer l'image de l'hôpital et militer pour la poursuite de sa réforme, sur des bases un peu différentes de celles du plan Hôpital 2007.

LE QUOTIDIEN - Vous venez de prendre la présidence de la FHF pour trois années. Quel est votre dossier hospitalier le plus urgent ?

CLAUDE EVIN - Je suis très préoccupé par la morosité d'un certain nombre d'hospitaliers. L'hôpital se sent mal à l'aise, l'hôpital doute, il souffre. La tension qui pèse sur le corps médical et les hospitaliers est réelle dans un certain nombre de situations. Mais cela n'est pas vrai partout : la situation est très différente selon les régions et les établissements. Je veux traiter ces tensions pour qu'on cesse, en leur nom, de jeter l'opprobre sur l'ensemble de l'hôpital public. Il n'est pas vrai de dire que l'hôpital n'est pas à la hauteur : il a fait la preuve de sa réactivité au moment la canicule, il fait la preuve tous les jours de sa technicité. Je souhaite redonner une image plus sereine de l'hôpital et le moral aux hospitaliers. Les remobiliser tous autour d'un projet sera ma première tâche.

Quel est, selon vous, le défi majeur de l'hôpital public aujourd'hui ? Réussir sa modernisation ?

Si l'hôpital veut garder sa place sur l'ensemble de l'offre de soins ainsi que sa mission de service public, et j'y suis attaché, cela nécessite qu'il se modernise, en effet. L'hôpital doit s'adapter en permanence, pour assumer sa mission sociale historique mais aussi pour répondre aux défis technologiques. Face à des missions de plus en plus vastes, il doit s'organiser autrement, avoir plus de fluidité, de réactivité. Pour cela, il y a des projets de réforme, dont certaines, comme la réforme de la gouvernance, sont en gestation au sein de l'hôpital depuis dix ans.

Le nouveau ministre de la Santé n'a pas encore clairement affiché ses intentions en termes de politique hospitalière. Souhaitez-vous la poursuite du plan Hôpital 2007 ?

Pas tel qu'il a été présenté jusqu'à présent. Tout d'abord, je ne suis pas certain que le terme d'Hôpital 2007 soit vraiment approprié. Les objectifs ne s'arrêtent pas à 2007 ; ce que nous avons à préparer, c'est l'hôpital de 2020. Un exemple : fixer la relance de l'investissement, nécessaire car longtemps négligée, à l'échéance 2007, est aberrant, car on voit aujourd'hui des dossiers complexes s'entendre dire qu'ils ne seront peut-être pas financés s'ils n'aboutissent pas avant 2007. Il faudrait changer cette échéance, et redonner des perspectives à l'hôpital. La vie des hôpitaux ne va pas s'arrêter en 2007.

L'HOPITAL NE NOUS SEMBLE PAS POUVOIR ETRE EN DEHORS DE LA REFORME DE L'ORGANISATION DES SOINS

Que pensez-vous de la réforme du mode de financement des établissements de santé ?

Sortir de la dotation globale pour aller vers la tarification à l'activité (T2A), je ne conteste nullement le principe. L'idée d'une tarification à la pathologie n'est pas nouvelle, c'est même moi qui l'ai souhaitée en tant que ministre en 1991. Mais je constate que la T2A a été mise en place trop rapidement, sans expérimentation. Nous demanderons une évaluation en 2005, pour voir comment poursuivre, car des effets pervers peuvent se produire - sélection des malades, transfert d'activité d'un type d'établissement vers un autre pouvant réduire l'offre de soins globale. Autre problème : on n'a aucune garantie sur le maintien durable de l'enveloppe Migac (qui finance parallèlement à la T2A les missions d'intérêt général et les aides à la contractualisation, ndlr). On voit bien que l'idée, à terme, est de la réduire considérablement : cela nous inquiète, car c'est elle qui doit financer nos missions de service public. La perspective de convergence à huit ans entre les secteurs hospitaliers public et privé m'inquiète aussi, car les contraintes qui pèsent sur le public font qu'on ne peut traiter ce secteur de la même manière que le privé. Je n'ai pas envie que l'hôpital public soit à terme réduit à des activités de gériatrie et à des services d'urgences.

Venons-en à la réforme de la gouvernance hospitalière : souhaitez-vous la mise en place des pôles ?

A terme, je sais très bien que c'est une nécessité pour l'hôpital d'être davantage organisé par pôles d'activités que de manière atomisée, comme c'est souvent le cas avec les services. Fallait-il pour autant aller vers une modification de texte, alors qu'il existe déjà des possibilités dans la loi ? Je n'en suis pas certain. Il est préférable que les établissements s'organisent comme ils le souhaitent. Mais c'est vrai qu'il faut leur mettre une pression, qui doit à mon avis être une pression contractuelle avec les ARH. Je préfère convaincre que contraindre.

En résumé, vous dites oui au plan Hôpital 2007, à condition qu'il soit amélioré. Ne craignez-vous pas que ce chantier soit occulté, ou repoussé, par celui de l'assurance-maladie, considéré comme le plus urgent par le gouvernement Raffarin III ?

Ce serait une erreur. L'hôpital doit se réformer. Et surtout, l'hôpital ne nous semble pas pouvoir être en dehors de la réforme de l'organisation des soins, qui doit être incluse dans la réforme de l'assurance-maladie. Une réforme de l'assurance-maladie qui ne concernerait que les relations entre les caisses et la médecine de ville serait une réforme amputée, où l'hôpital risquerait d'être la variable d'ajustement du reste de l'offre de soins.

Les syndicats de médecins libéraux craignent, eux, que la médecine de ville soit cette variable d'ajustement.

Je constate que, jusqu'à maintenant, l'hôpital public est celui qui, dans l'ensemble des offreurs de soins, maîtrise le mieux l'évolution de ses dépenses. En ce qui concerne la permanence des soins, c'est à chaque fois l'hôpital public qui a accueilli les patients dans ses services d'urgences quand la médecine libérale a été défaillante et quand les médecins de ville se sont désengagés.

La commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la canicule, que vous avez présidée, adresse plusieurs recommandations aux hôpitaux pour éviter une nouvelle crise sanitaire du même type. Abordez-vous l'été sereinement ?

En tant que responsable, je ne serai jamais totalement serein car la pression est permanente. J'espère que les hôpitaux seront prêts. L'hôpital doit améliorer son organisation, notamment la fluidité en aval de ses urgences. Mais l'hôpital ne peut pas être celui sur lequel on déverse les carences d'une organisation en amont. Il ne peut à lui tout seul apporter toutes les réponses à une crise de ce type.

PROPOS RECUEILLIS PAR DELPHINE CHARDON

Douste Blazy : dix millions de cartes Vitale illégales

Le Quotidien du Médecin du : 05/05/2004

Il y a dix millions de cartes Vitale en trop qui circulent en France, a affirmé Philippe Douste-Blazy sur TF1.

Le ministre de la Santé, qui faisait référence au rapport que vient de lui remettre François Mercereau, de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), sur la carte Vitale, a précisé qu'il ne devrait y avoir que 48 millions de cartes en circulation, alors que l'on en dénombrerait 10 millions de plus. On sait en effet que seules les personnes âgées de 16 ans et plus en sont normalement titulaires.

Le ministre, qui n'a pas dévoilé les grandes lignes de la réforme de la Sécurité sociale, a redit l'importance qu'il accorde au dossier informatisé du patient, lequel permettrait au prescripteur ou à l'établissement hospitalier de ne pas refaire les examens de santé déjà subis par le malade.

La Sécurité sociale, a expliqué le ministre, perd 23 000 euros par minute, et il convient que chacun en soit bien conscient. Il faut rapidement trouver des solutions, a-t-il insisté. « *Nous [le gouvernement] n'y arriverons pas tout seuls* », a encore expliqué Philippe Douste-Blazy, qui a souhaité que l'on revienne à l'esprit de 1945, lorsque le système de protection sociale a été mis en place. Il a indiqué qu'il soumettrait dès cette semaine aux syndicats et au patronat les conditions nouvelles d'une gestion paritaire de l'assurance-maladie. « *Chacun, a-t-il doit prendre ses responsabilités.* »

Un essai pour guérir l'assurance-maladie

Les quarante propositions de deux Lyonnais

Le Quotidien du Médecin du : 05/05/2004

ALORS QUE SE PROFILE la prochaine réforme de l'assurance-maladie, le directeur de la caisse primaire de Lyon, Gérard Ropert, et le Dr Bruno Fantino, directeur d'un centre d'examen de santé lyonnais, s'efforcent dans un essai (1) de bousculer les idées reçues. A partir d'une méthodologie rigoureuse, les auteurs livrent une forme d'audit du système de santé et de soins, assorti de « *40 propositions pour une réforme* ».

Dès l'introduction, le ton est donné : « *L'optimisation du système passe par une remise en ordre des facteurs stratégiques de la politique de santé.* » A-t-on aujourd'hui anticipé les besoins en soins de la population ? A-t-on réellement amené le système sur le chemin de la qualité démontrée, et non autoproclamée ? A-t-on entraîné le secteur hospitalier public vers les adaptations nécessaires ? A-t-on engagé les professionnels de santé vers l'indispensable coordination des soins ? La liste des attentes est longue et valait bien que les auteurs consacrent deux chapitres aux quêtes de « *performance* » et de « *qualité* » de notre système actuel. D'ailleurs, « *à quand le guide officiel des établissements de soins en France* » qui permettrait aux établissements de se situer les uns par rapport aux autres, demandent Gérard Ropert et Bruno Fantino ? Pour l'heure, l'offre de soins reste surtout « *désorganisée* » et, par conséquent, en quête de « *décloisonnements et de synergies* », diagnostiquent les auteurs tout en refusant de se laisser prendre au piège de la mise en scène des « *acteurs de soins* » qui se déclareraient « *désabusés* ».

Foin du mélodrame donc, et haro sur la liberté tarifaire qualifiée de « *revendication réactionnaire* », sur le paiement à l'acte « *un concept perdant/perdant* », sur la liberté de prescription qui est en réalité « *téleguidée par une industrie pharmaceutique omniprésente* ».

Une « gouvernance durable ».

Pour les auteurs de cet essai, l'efficacité du système passe aussi par une amélioration des politiques de prévention et de santé publique et, bien sûr, par une « *gouvernance durable* » de l'assurance-maladie. Leurs positions respectives à la tête d'une caisse et d'un centre d'examen de santé conduisent forcément Gérard Ropert et Bruno Fantino à mettre en exergue l'absence de maîtrise et de régulation des dépenses de santé : « *L'Etat reconnaît aujourd'hui la légitimité de l'assurance-maladie sur la gestion du risque, il lui reste à mieux l'outiller* », observent-ils.

Gérard Ropert et Bruno Fantino plaident pour « *une réforme politique, au sens noble du terme* ». Et d'expliquer : « *Le système de santé n'est pas régulé parce qu'il n'est pas piloté, non pas qu'il n'existe pas un pilote dans l'avion, mais parce qu'il y en a trop.* »

DE NOTRE CORRESPONDANTE CAROLINE FAESCH

(1) « *Guérir le système de santé de ses maux* », Editions Aléas, 595 pages, 30 euros

Hôpitaux de proximité

Saint-Affrique garde sa chirurgie

Le Quotidien du Médecin du : 05/05/2004

FER DE LANCE depuis plusieurs mois de la lutte pour leur survie des hôpitaux de proximité, l'hôpital de Saint-Affrique, dans l'Aveyron, vient, partiellement, d'obtenir gain de cause. Après avoir occupé pour la deuxième fois le chantier du viaduc de Millau, ses défenseurs sont en effet parvenus à un accord avec le ministère de la Santé.

D'ultimes négociations ont abouti à la restauration d'un service de chirurgie à Saint-Affrique. Un service que l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de Midi-Pyrénées inscrit dans un cadre expérimental d'une durée de deux ans, et dont le maintien sera soumis à des évaluations régulières. En dépit de ces conditions, c'est l'une des principales revendications des personnels de l'hôpital et de la population de Saint-Affrique qui est satisfaite : fermé pour travaux en juin 2003, le service de chirurgie n'avait jamais rouvert ses portes.

La remise il y a dix jours d'un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), qui préconisait le maintien à Saint-Affrique et à Millau de deux sites hospitaliers avec notamment des services d'urgence et de maternité, a favorisé ce rapprochement.

La solution retenue calme le jeu un an après que les projets de réorganisation des deux établissements et, surtout, l'annonce en 2003 d'un futur site unique proche de Millau avaient déclenché la mobilisation des usagers de Saint-Affrique qui ont, dès lors, mené un combat très médiatisé - manifestations mais aussi grèves de la faim de personnels et de médecins.

Le conseil d'administration du centre hospitalier intercommunal devrait se prononcer sur ces propositions le 13 mai et adopter un calendrier de mise en œuvre.