

revue de presse *ONALA*

mars 2005

La crise des urgences

L'Amuf appelle à la grève illimitée

Le Quotidien du Médecin du 31/03/2005

L'Association des médecins urgentistes de France (Amuf) a décidé d'emboîter le pas aux urgentistes bretons, en grève depuis le 17 mars : elle lance un mot d'ordre de grève nationale à compter de lundi prochain, 4 avril, pour protester contre les conditions de travail des urgentistes à l'hôpital.

UNE GRÈVE NATIONALE, et illimitée. C'est du moins ce que promet le Dr Patrick Pelloux, le président de l'Amuf : « *Le mouvement, né dans l'Ouest, va s'étendre à toute la France. (...) Nous sommes prêts à la grève générale s'il le faut.* » L'objectif est d'alerter la population et les pouvoirs publics sur les difficultés que rencontrent quotidiennement les urgentistes hospitaliers dans l'exercice de leur profession. « *On commence à voir en France des gens qui décèdent faute de soins* », s'est indigné le Dr Pelloux dans le journal « Ouest France ».

Une région en colère.

En Bretagne, les médecins ont déclenché la grève d'eux-mêmes, sans mot d'ordre. La Coordination médicale hospitalière (CMH) soutient le mouvement. Les quatre Samu bretons et quinze des vingt services d'urgences hospitaliers sont mobilisés, et fonctionnent grâce aux assignations depuis deux semaines. « *On a le sentiment de ne plus pouvoir faire notre travail avec suffisamment de sécurité pour des patients qui passent des dizaines d'heures sur des brancards, ou qui attendent longtemps quand ils appellent le Samu* », explique le Dr Bertrand Avez, délégué régional de l'Amuf.

Le Dr Avez travaille au Samu de Rennes. Ici comme ailleurs, les urgences et le Samu sont engorgés, dit-il. Un exemple : le nombre de dossiers ouverts au Samu de Rennes a plus que doublé en trois ans. « *On assume ces difficultés, mais on veut une prise en compte* », déclare le médecin. Le plan urgences, avec ses 480 millions d'euros délivrés sur cinq ans, « *a permis de remettre à flot certains services* », admet le Dr Avez. Mais c'était sans compter sur un autre facteur : « *L'augmentation du désengagement des médecins libéraux et le transfert brutal de la mission de permanence des soins* » de la ville vers l'hôpital, ajoute-t-il.

Les urgentistes bretons regardent, impuissants, certains de leurs confrères libéraux cesser le travail après minuit (voir ci-dessous). Ils réclament une réflexion régionale pour envisager une nouvelle organisation qui soulagerait les Samu et les urgences. Dans l'attente de cette réunion de travail, les urgentistes bretons suspendent le paiement de leur cotisation à l'Ordre, « *dans le but d'impliquer les conseil départementaux* », explique le Dr Avez.

Tous les médecins régulateurs hospitaliers de la Roche-sur-Yon, en Vendée, sont également en grève depuis le 21 mars. Depuis dix jours, ils orientent tous les appels de nuit en rapport avec la permanence des soins vers un médecin généraliste de garde.

« Sursaturation ».

« *On a pris cette décision car la régulation est sursaturée*, raconte le Dr Bertrand Weyd, délégué régional de l'Amuf dans les Pays de la Loire. *Le week-end de Pâques, le Samu a reçu 5 000 appels, avec au maximum 4 médecins à la régulation et 4 permanenciers. Des appels n'aboutissent pas car les 15 lignes sont occupées.* » Les craintes des médecins vendéens se renforcent à l'approche de l'été et de l'arrivée des vacanciers. « *On manque de médecins, on est tout le temps en flux tendu*, dit le Dr Weyd. *On n'a jamais eu autant de réclamations et de poursuites judiciaires qu'au cours de ces derniers mois. Il faut étendre le mouvement à toutes les régulations de Samu, car c'est pareil ailleurs.* »

L'Ile-de-France sera peut-être plus difficile à mobiliser que les autres régions. A l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), « *il y a une telle pression des chefs de service que ça va être difficile de faire grève* », estime le Dr Christophe Prudhomme, du Samu 93. En Bourgogne, en revanche, « *ça bouge déjà* », croit savoir ce médecin.

Samu de France, sans s'associer à la grève, comprend les préoccupations du terrain. Son président, le Dr Marc Giroud, ne serait pas surpris que le mouvement fasse tache d'huile. Pour lui, la crise dure depuis presque dix ans. *« La grève [des gardes des généralistes] de 2002 a montré que le système tourne quand même, mais il tourne très mal, remarque Marc Giroud. On ne veut pas d'un décret qui généralise le principe d'une permanence des soins qui ne serait plus permanente. Si la permanence des soins doit s'arrêter, il faut le démontrer, et trouver une façon de s'organiser. Car que fait-on quand il n'y a plus de permanence des soins ? Nos collègues de Bretagne n'ont pas ces réponses. C'est pour cela qu'ils sont inquiets. »*

DELPHINE CHARDON

La contre-attaque des libéraux Le Quotidien du Médecin du 31/03/2005

Si les syndicats de médecins libéraux rejettent en bloc les propos de Patrick Pelloux, soupçonné de vouloir jeter à nouveau de l'huile sur le feu, les libéraux impliqués dans la permanence des soins souhaiteraient pouvoir mettre libéraux et hospitaliers autour de la table.

LES PROPOS du Dr Pelloux, président de l'Amuf, qui assurait mardi matin que *« les urgentistes ne sont pas là pour faire tout le boulot que les médecins libéraux n'ont pas envie de faire »* et que *« les centres 15 deviennent des secrétariats de la permanence des soins »*, ont fait évidemment réagir les syndicats de médecins libéraux.

Pour Dinorino Cabrera, président du SML, *« le Dr Pelloux se livre une fois de plus à son sport favori qui consiste à accuser les médecins libéraux de ne pas assumer leurs responsabilités en matière de permanence des soins »*. Le Dr Cabrera rappelle que *« des milliers de généralistes »* participent activement nuit et jour à la PDS, mais qu'ils sont dans l'attente du décret tant de fois promis et annoncé, qui permettra *« une meilleure complémentarité, rejetée par le Dr Pelloux, entre la ville et l'hôpital »*. Il rappelle aussi que des négociations sont engagées entre les syndicats signataires de la convention et l'assurance-maladie pour réorganiser les secteurs de garde et favoriser la mise en place d'une PDS *« régulée et coordonnée avec le Samu »*. Des négociations qui auraient sans doute abouti si le décret ministériel sur la PDS avait été publié en temps et en heure.

A l'Unof, la branche généraliste de la Csmf, le Dr Michel Combier met dans le même panier *« les rodomontades d'un urgentiste »* et les *« petites phrases d'un ministre »*. Le Dr Combier fait allusion aux déclarations la semaine dernière de Philippe Douste-Blazy qui avait assuré sur la chaîne câblée LCI qu'*« un médecin libéral est payé par l'assurance-maladie, il est normal qu'il prenne son tour de garde »*. Pour le Dr Combier, *« certains Samu de l'ouest de la France, qui se plaignent de la non-participation des généralistes à la PDS, s'appuient sur cet argument pour demander une meilleure adaptation de leurs services. Ils montrent par là que la PDS coûte cher et qu'en l'absence d'un financement suffisant tout devient difficile »*.

Tensions, faute de remèdes.

Quant à Pierre Costes, président de MG-France, il rejette la responsabilité de la situation sur Philippe Douste-Blazy, *« ministre de l'illusion »*. Pour le Dr Costes, *« les textes qui organisent et valorisent l'astreinte sont bloqués délibérément par le ministre depuis l'été 2004 ; ils prévoyaient pourtant la régulation généralisée des appels de ville avec un numéro spécial qui aurait déchargé les centres 15 des appels ne relevant pas de l'urgence. Aujourd'hui, on a des tensions parce que les remèdes ne sont pas mis en place »*. Pour Pierre Costes, il ne faut pas opposer urgentistes et libéraux dans ce dossier, *« car ils sont dans la même situation d'attente des moyens de leur mission »*.

En revanche, dans les régions, le ton est plus mesuré. Pour le Dr Pascal Vesproumis, généraliste à Saint-Brieuc et directeur de la maison médicale de garde de la ville, il est *« facile de dire que les libéraux se désengagent ; dans notre MMG qui fonctionne jusqu'à minuit, l'Urcam [union régionale des caisses d'assurance-maladie] nous refuse un financement pour la sécurité. Si aucune solution n'est trouvée, nous serons obligés de fermer la MMG à la fin du mois »*.

Pascal Vesproumis estime que *« si les urgences sont dépassées, les libéraux aussi, et le problème vient de la tutelle ; que Philippe Douste-Blazy nous reçoive et qu'il nous dise pourquoi les financements ne suivent pas »*. Le Dr Vesproumis souhaiterait qu'une réunion entre les libéraux et les hospitaliers ait lieu en régions : *« Que Patrick Pelloux sorte de Paris pour voir comment ça se passe ! Et que le ministre soit là aussi, à condition qu'il nous parle comme à des partenaires et non comme à des coupables. Mais sans moyens supplémentaires, on ne pourra pas faire plus. »* Un souhait également

formulé par plusieurs autres médecins de la région. Pascal Vesproumis rappelle au passage que, pour un hospitalier, « une garde est suivie d'un repos compensateur », et regrette « qu'avec certaines prises de position, on prenne le risque de désolidariser le monde médical ». Quant au Dr Christophe Barrois, généraliste à Cancalle, où la PDS va s'arrêter à minuit dès le mois prochain, il reconnaît « que les libéraux se désengagent peut-être un peu de la PDS, mais avant, nous vivions inconscients du danger pour les patients et pour nous-mêmes. C'est une bonne chose d'arrêter à minuit. Pelloux prêche pour sa paroisse, mais à l'hôpital, il fait ses 35 heures et jouit d'un repos compensateur après sa garde. Moi, après ma garde, j'enchaîne avec mon cabinet ».

HENRI DE SAINT ROMAN

Les mauvais comptes de l'assurance-maladie Nuages sur la situation financière de la Sécu Le Quotidien du Médecin du 31/03/2005

Selon une note prévisionnelle inquiétante de l'Acoss (la « banque » de la Sécurité sociale), la faiblesse des rentrées de cotisations, conjuguée au dynamisme des dépenses maladie, aboutira à une mauvaise surprise à la mi-année : à la fin de juin, la trésorerie de la Sécu accuserait un déficit supérieur de 1 milliard d'euros aux attentes du gouvernement. Une ombre au tableau du plan Douste-Blazy, qu'il convient toutefois de relativiser, à l'heure où certains effets de la réforme commencent à se faire sentir.

OU VONT les comptes de la Sécu ? Dans le rouge, comme l'affirment les détracteurs du gouvernement et certains experts, ou vers une amélioration progressive mais durable, rendant crédible l'ambition présidentielle d'un retour à l'équilibre à l'horizon 2007 ?

En attendant le verdict de la commission des comptes de la Sécu au mois de mai, qui sera analysé avec une gravité toute particulière en raison des espoirs placés par le gouvernement dans la réforme Douste-Blazy, un premier signal négatif est arrivé cette semaine du côté de l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (Acoss), la « banque » de la Sécu qui collecte (via les Urssaf) les cotisations et les contributions sociales.

Selon sa note d'analyse et de prévision, révélée par « la Tribune » du 29 mars, la trésorerie de la Sécu accusera à la fin de juin un déficit de 5,4 milliards d'euros, presque 1 milliard de plus que ce que le ministre de la santé avait programmé. Inquiétante, cette hypothèse jette une ombre sur les objectifs ambitieux affichés par le gouvernement, qui prévoit de ramener le déficit du régime général de 14 à 10 milliards d'euros en 2005 et celui de la branche maladie de 13 à 8 milliards d'euros, grâce aux premiers effets des mesures votées dans le cadre de la réforme de l'assurance-maladie.

Un chômage qui « plombe ».

Las, selon la note de l'Acoss, ni les recettes actuelles, ni les dépenses maladie envisagées dans les prochains mois, ne seraient à la hauteur des espérances, produisant un effet ciseau dévastateur.

Côté rentrées, la déconvenue résulte de la conjoncture économique morose qui tarit la source principale, les entrées de cotisations assises sur l'emploi. Avec un taux de chômage autour de 10 %, l'Acoss a peu de chances d'être démentie. La perte de 100 000 emplois diminue les recettes d'environ 600 millions d'euros par an. « Les entrées ne sont pas aussi bonnes que prévues, confirme André Hoguet, qui siège à la Cnam pour la Cftc. L'évolution actuelle de la masse salariale n'entraîne aucune dynamique sur les recettes. La mauvaise conjoncture, avec un taux de chômage très haut et une multiplication des emplois précaires, pèse directement. Enfin, le gouvernement n'a pas changé ses habitudes, avec des exonérations de cotisations toujours pas compensées. » Et d'ajouter que, « sur les recettes, l'Acoss n'a jamais fait d'erreurs ».

Un voile sur les dépenses.

Plus préoccupante encore est la prévision de l'Acoss sur les dépenses maladie. Selon cet organisme, la hausse atteindrait ainsi « 6,6 % au deuxième trimestre » en tendance annuelle (contre 2,9 % au premier trimestre). Le chiffre risque de faire frémir le ministre de la Santé qui a toujours expliqué que le succès de sa réforme devrait être apprécié à l'aune de l'évolution de la courbe des dépenses. Du côté de la Cnam, où une réunion s'est tenue cette semaine sur le suivi des dépenses, on ne confirme pas la prévision de l'Acoss pour le deuxième trimestre 2005, d'autant que les « décaissements » du régime général en janvier et février avaient été « raisonnables ». La dernière note de la Cnam sur le sujet relevait ainsi que, « en dépit du contexte épidémique, les dépenses de soins de ville ont évolué à un

rythme modéré en début d'année », l'activité des médecins restant peu élevée. Mais, selon nos informations, la situation serait déjà différente au mois de mars en raison de l'effet « grippe ». Dans l'entretien publié cette semaine dans nos colonnes (« le Quotidien » du 29 mars), le patron de l'assurance-maladie, Frédéric van Roekeghem, insistait pour sa part sur l'évolution positive de la tendance sur trois postes majeurs : les antibiotiques, les indemnités journalières et les psychotropes. Il reconnaissait toutefois que la maîtrise médicalisée est « *une course contre la montre* ».

Les pouvoirs publics continuent de tabler sur les retombées rapides de la réforme du gouvernement. Près de 3 milliards d'euros d'économies pour l'assurance-maladie sont attendues en 2005. Or, si certaines mesures portent leurs fruits mécaniquement (la contribution de 1 euro a apporté plusieurs dizaines de millions d'euros en janvier et février), il n'en va pas forcément de même pour le changement des comportements des assurés et des prescripteurs, qui exige du temps. Et de la pédagogie. Sans compter qu'il faudra tenir compte, à partir du mois de mai, de nouvelles charges financières, comme le forfait ALD de 40 euros par an pour le médecin traitant.

Alors, dérapage annoncé ou bonne tenue des dépenses dans les prochains mois ? Un membre du conseil de la Cnam livre une analyse qu'il croit partagée. « *Plutôt que le pessimisme, c'est une extrême prudence qui domine* ».

CYRILLE DUPUIS

STATUT DES PH

Les craintes de l'Ordre

Le Quotidien du Médecin du 31/03/2005

Une disposition de la réforme du statut des médecins de l'hôpital public que le ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille soumet aujourd'hui à la signature des syndicats inquiète le Conseil national de l'Ordre des médecins. Il s'agit de l'introduction d'une part complémentaire variable dans la rémunération des praticiens hospitaliers (PH). L'Ordre s'interroge en effet sur « *les indicateurs choisis pour accorder ce supplément de rémunération* », craignant à la fois une possible remise en cause de « *l'indépendance professionnelle du médecin vis-à-vis de son employeur* » et l'apparition d'une « *clause de rendement interdite par la déontologie médicale* ». Il indique avoir demandé sur ce point des précisions au ministère et n'avoir reçu, pour l'instant, « *aucune réponse* ».

AP-HP

Les médecins ont dit oui au plan stratégique

Le Quotidien du Médecin du 31/03/2005

Le président de la CME (Commission médicale d'établissement) et la directrice du service central des soins infirmiers de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP) ont écrit au maire de Paris pour mettre les points sur les « i ». Nous avons voté « *les orientations générales et lignes directrices du plan stratégique 2005-2009* », insistent-ils après que Alain Lhostis, l'adjoint (PC) de Bertrand Delanoë, qui préside le conseil d'administration de l'AP-HP, a affirmé que les représentants du personnel s'étaient tous opposés à ce projet (« le Quotidien » du 23 mars). « *Nous voudrions rappeler que les médecins, les infirmiers et aides-soignants font partie du personnel de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, à laquelle ils viennent de montrer, par leur vote, qu'ils sont très attachés* », écrivent le Pr Yves de Prost et Michelle Bressand. Le futur plan stratégique de l'AP-HP fait l'objet d'une polémique, ses opposants considérant qu'il programme la suppression de 1 820 postes de personnels non soignants.

Un avis du Haut Conseil de l'assurance-maladie sur les ALD

Un régime cher et décevant quant à la qualité des soins

Le Quotidien du Médecin du 25/03/2005

Le régime des affections de longue durée coûte très cher à l'assurance-maladie mais il ne constitue pas pour autant « un outil d'amélioration du suivi thérapeutique des patients » : le constat est sévère et il est fait par le Haut Conseil de l'assurance-maladie qui a examiné hier un avis sur les ALD. Il note cependant que la réforme de l'assurance-maladie « a incontestablement mis l'accent sur une meilleure gestion » de ce régime.

CE N'EST pas la première fois que le Haut Conseil de l'assurance-maladie, présidé par Bertrand Fragonard, s'intéresse au régime des affections de longues durée (ALD). Il y a quelques mois déjà (« le Quotidien » du 29 novembre 2004), les membres de cette instance avaient regretté le flou qui entourait ce régime et mis notamment l'accent sur le fait que l'on connaissait très mal le profil des patients inscrits en ALD. Ils regrettaient tout autant que des études de coûts par affection de longue durée n'existent pratiquement pas.

Ce qui est quand même gênant, c'est le moins, lorsque l'on sait que les dépenses de ce régime représentent 58 % des prises en charge de l'ensemble des régimes d'assurance-maladie et que les soins liés à ces maladies exonérées du ticket modérateur ont été à l'origine des trois quarts de la croissance des soins de ville en 2003. C'est du moins ce qu'on l'on peut apprendre à la lecture du nouvel avis sur ce thème que le Haut Conseil a examiné hier lors de sa séance plénière. Et les auteurs de se prononcer sur l'urgence « *d'une meilleure gestion des dépenses d'assurance-maladie qui sont engagées dans ce cadre* ». Car, s'il est évidemment hors de question de mettre en cause l'existence de ce régime qui prend totalement en charge des maladies graves, « *dans lesquelles le pronostic vital est très souvent en jeu* » - preuve en est qu'un quart des personnes en ALD décèdent dans les cinq ans qui suivent leur admission dans ce régime -, il n'en est pas moins essentiel, selon le Haut Conseil, de surveiller de près sa gestion. « *Cette urgence, selon les auteurs de l'avis, s'expliquent par les mêmes raisons que celles qui justifient la pérennité du dispositif : son poids financier et la gravité des pathologies qu'il couvre.* »

Un sujet central pour l'assurance-maladie.

Et dans ce cadre, le Haut Conseil insiste, comme lors de son précédent rapport sur le flou des coûts. « *On s'explique mal, regrette-t-il, l'absence de toute modélisation prévisionnelle sérieuse de ces dépenses pour les années à venir, d'une part, les carences criantes des statistiques sur les effectifs, les procédures de gestion et le profil des dépenses de ces assurés, d'autre part.* » Un vide d'autant plus regrettable que « *l'affection de longue durée est aujourd'hui par sa charge financière, et par son poids sanitaire et humain, un sujet absolument central pour l'assurance-maladie* ». Pour les auteurs, d'importantes économies sont à attendre d'une meilleure gestion du régime. Ils s'interrogent sur le fait que les taux de refus d'entrée dans le dispositif des ALD varient sans explication aucune, du simple au double selon les régions. « *Cela permet d'affirmer, avancent les auteurs, que les critères d'accès au régime ne sont pas appliqués de manière satisfaisante.* »

Comme ne sont guère respectées, cela est connu, les possibilités de refus de prise en charge des pathologies ou des médicaments qui n'ont rien à voir avec l'ALD. Le Haut Conseil rappelle que l'on peut estimer à 500 millions d'euros l'économie potentielle associée à la bonne utilisation de l'ordonnancier bizonne, qui sert à faire la différence entre la maladie exonérante et les autres pathologies. On se souvient que, parmi les économies prévues par l'accord conventionnel de janvier 2005, le poste des ALD doit permettre à l'assurance-maladie d'économiser dès cette année 455 millions d'euros. Une somme qui n'est pas si éloignée de celle avancée par l'étude du Haut Conseil. Mais pour réaliser cet objectif, encore convient-il, prévient le Haut Conseil, que les prescripteurs « *prennent à leur compte l'objectif d'économies retenu* ».

L'espoir de la réforme et de la convention.

Reste la question essentielle : ce coût élevé se justifie-t-il par la qualité des soins ? Et, à cet égard, le Haut Conseil, dans sa note, est très sceptique, pour ne pas dire plus, lorsqu'il affirme, que « *le constat que l'on peut dresser aujourd'hui est décevant* ». Plusieurs enquêtes, insiste-il, montrent que « *l'application des référentiels des soins, ou des règles de bonnes pratiques médicales est loin d'être systématique, et qu'elle est même parfois minoritaire* ». Il n'existe par ailleurs « *aucune étude générale sur la qualité du Pires (protocole de traitement interrégimes d'examen spécial, qui doit notamment accompagner la reconnaissance d'une ALD - ndlr), et il est très largement admis que ces documents n'ont pour l'instant que très rarement la substance d'un véritable protocole* ».

Le réquisitoire est sévère et le verdict ne l'est pas moins : « *Le régime des affections de longue durée, écrivent les auteurs de cette étude, ne constitue donc pas, globalement parlant, un outil d'amélioration du suivi thérapeutique des patients.* » Alors même que « *le service médical des caisses d'assurance-maladie s'y trouve techniquement et juridiquement fortement impliqué, puisque le médecin-conseil est amené à approuver le protocole de traitement* ». La situation est très préoccupante, commentent encore les auteurs, « *surtout lorsqu'on la rapporte à la gravité des pathologies et au montant des sommes investies* ».

La responsabilité des médecins est certes soulignée dans ce texte, mais moins que celles de l'assurance-maladie et du contrôle médical, directement mis en cause par les auteurs, qui misent beaucoup, cependant, sur la réforme de l'assurance-maladie et sur la convention médicale pour mettre

fin aux carences. « *Plusieurs dispositions de la loi articulent désormais, expliquent-ils, l'exonération du ticket modérateur et la protocolisation des soins.* » L'élaboration et la diffusion des référentiels de bonne pratique « *devraient en priorité porter sur les ALD, pour lesquelles on a constaté de graves défauts dans la qualité des soins* », commente encore le Haut Conseil. De même, poursuit-il, la définition « *d'un parcours de soins et la mise en place du dossier médical vont dans le bon sens et le paiement d'un forfait spécial de 40 euros aux médecins traitants pour chaque patient en ALD relève de la même préoccupation* ». Mais il est impératif, avertit le Haut Conseil en conclusion, « *que cette rémunération trouve sa contre-partie dans un examen sérieux du plan de soins et qu'il associe, là où c'est opportun, les médecins-conseils* ».

JACQUES DEGAIN

Face à une situation financière qu'ils jugent « intenable » Les hôpitaux tirent la sonnette d'alarme Le Quotidien du Médecin du 25/03/2005

Les représentants institutionnels du monde hospitalier interpellent le ministère de la Santé et la population à propos de la situation des budgets hospitaliers, qu'ils jugent « très préoccupante ». Ils demandent la saisine du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance-maladie, ainsi qu'une loi rectificative du financement de la Sécurité sociale.

FEDERATIONS D'ETABLISSEMENTS de santé - Fédération hospitalière de France (FHF), Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (Fehap), Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (Fnclcc) -, Conférences de directeurs et de présidents de CME de CH, de CHU et d'hôpitaux privés à but non lucratif : c'est la communauté hospitalière dans son ensemble qui tire la sonnette d'alarme.

« *Budgets des hôpitaux : rien ne va plus !* », s'exclament-ils d'une seule voix. Dans un texte commun, tous ces acteurs dressent un constat fort pessimiste de la situation. « *Le financement des hôpitaux sur la base d'une progression de 3,6 % des dépenses d'assurance-maladie en 2005 met les établissements hospitaliers dans une situation intenable* », considère la communauté hospitalière, dont l'estimation des besoins se situe bien au-delà. « *Ce taux devrait être au minimum de 5 % pour le maintien de l'existant et le respect des différents plans de santé publique* », rappelle Gérard Vincent, le délégué général de la FHF. Dans le secteur privé participant au service public hospitalier (Psp), l'estimation, qui intègre la sortie des aides Aubry sur les 35 heures, est même de 5,4 %. « *Avec un objectif des dépenses à 3,6 %, et à activité constante, certains établissements vont être rapidement en difficulté ; on n'a pas la capacité de servir correctement nos patients* », certifie Yves-Jean Dupuis, le directeur général de la Fehap.

Le rôle du comité d'alerte.

Le Parlement a fixé l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie (Ondam) pour l'année 2005 à l'automne dernier. Le manque à gagner pour les hôpitaux publics et privés se chiffre en dizaines de millions d'euros, assurent les cosignataires du communiqué, qui formulent deux requêtes. Ils demandent la saisine du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance-maladie, ainsi que le vote d'une loi de financement de la Sécurité sociale rectificative, seule à même selon eux de « *remédier à cette situation* ».

Quel est le rôle de ce comité d'alerte, et qui est habilité à le saisir ? Créé par décret paru le 13 octobre 2004 au « J. O. », ce nouvel organisme, prévu par la loi de réforme de l'assurance-maladie, est placé auprès de la commission des comptes de la Sécurité sociale. Il est chargé de prévenir les pouvoirs publics en cas de risque sérieux de dépassement de l'enveloppe nationale fixée par le Parlement (3,2 % cette année pour l'ensemble du système de santé). Au-delà de 0,75 % de dérapage, le comité tire la sonnette d'alarme. Les textes prévoient que chaque année, au plus tard le 1er juin, ce comité d'alerte indépendant rende un avis sur le respect de l'Ondam pour l'exercice en cours. Si le comité décide de sonner l'alarme, les caisses nationales d'assurance-maladie disposeront d'un mois pour proposer un plan précis de redressement.

A la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos), au ministère de la Santé, on prend acte de la démarche du monde hospitalier, mais l'on précise au passage que « *le comité d'alerte est indépendant : il n'a pas vocation à être saisi par qui que ce soit. Sa seule fonction est de rendre un avis au gouvernement et aux caisses à la date prévue par la loi, c'est-à-dire au plus tard le 1er juin* ».

Les doutes des pouvoirs publics.

Yves-Jean Dupuis, de la Fehap, le sait bien. Mais le sens de la démarche est avant tout symbolique, précise-t-il : « *On tire une sonnette d'alarme dans l'espoir d'être entendu.* » Gérard Vincent, de la FHF, ajoute : « *On sent bien qu'on ne passera pas l'année. Ce n'est pas la peine d'attendre, autant prévenir dès maintenant. Notre objectif est de provoquer un débat. On va saisir les parlementaires dans les tout prochains jours, et on espère être consulté par le comité d'alerte. Il y a un problème de fond, ouvrons le dossier.* »

Au ministère de la Santé, on ne croit guère à la possibilité d'une autosaisine du comité d'alerte avant la date prévue. « *Le comité n'obtiendra pas les informations nécessaires avant* », précise-t-on. Les pouvoirs publics voient dans le communiqué du monde hospitalier un geste avant tout « *de nature politique* ». Ce dont se défend la FHF : « *Il ne s'agit pas de se mettre à dos le gouvernement, rectifie Gérard Vincent. Les pouvoirs publics sont dans l'impasse budgétaire la plus totale. Si on ne peut augmenter nos moyens, le seul moyen d'équilibrer, c'est de diminuer l'emploi. Mais dans ce cas, qu'ils le disent. Ce n'est pas à nous, dirigeants hospitaliers, de prendre cette responsabilité.* »

Pour le ministère de la Santé, la question de l'emploi et des effectifs hospitaliers n'a pas lieu de se poser. « *On ne dispose d'aucun élément permettant de se prononcer sur un éventuel dépassement de l'Ondam 2005*, assure un proche du dossier, qui réfute l'argument de l'impasse budgétaire. *Il n'y a pas d'impasse. Tout est correctement financé : les plans de santé publique, la dernière tranche de la RTT (réduction du temps de travail, ndlr), les plans catégoriels et les mesures salariales décidés. Il est vrai que l'Ondam hospitalier est en décélération, mais cela s'explique très largement par la décélération des 35 heures. Si impasse il y a, c'est pour d'autres raisons, qu'il reste à déterminer* ». Le dossier n'est pas clos.

DELPHINE CHARDON

Le débat autour de la réforme et de la convention médicale

**Mystifications Par le Dr Claude PIGEMENT* Délégué national du PS à la santé
Le Quotidien du Médecin du 25/03/2005**

UN AN après l'annonce de la réforme de l'assurance-maladie par le gouvernement, il est intéressant de faire le point sur cette réforme maintenant que la nouvelle convention médicale s'applique. Pratiquement, à ce jour, tous les éléments sont connus pour envisager les conséquences de la loi et de l'application de sa déclinaison médicale. Usine à gaz, médecine à deux vitesses, déchirure entre généralistes et spécialistes sont la réalité de la réforme et rassemblent les craintes de déstabilisation du système de soins.

• Usine à gaz

Cette réforme est d'une complexité rare avec sa trentaine de tarifs, son calendrier tarifaire, ses parcours de soins variables selon l'âge, les spécialités ou le secteur conventionnel. Avec le choix d'un médecin traitant, cette bonne idée au départ, pour mieux coordonner les soins, a été totalement pervertie à l'arrivée : le médecin traitant n'est plus obligatoirement un médecin généraliste et le médecin référent est en voie de disparition pour des raisons idéologiques. Il n'est pas étonnant que les assurés s'y perdent et ne soient que 3,4 millions à avoir choisi, à la mi-mars, leur médecin traitant.

Confusion dans le labyrinthe des parcours de soins, cathédrale tarifaire, la réforme tient du jeu de monopole médical.

• Médecine à deux vitesses

Ce slogan parfois galvaudé trouve sa triste expression dans la nouvelle convention médicale. La revendication de la possibilité de dépassements tarifaires non remboursés est le discours récurrent de certains syndicats médicaux depuis le gel du secteur II en 1991. Jusqu'à présent, cette revendication corporatiste avait été contenue, mais c'était le prix à payer par le gouvernement pour obtenir la signature de la Csmf et du SML.

Tétanisé par le souvenir de l'échec du plan Juppé et de sa rupture avec la droite médicale, le gouvernement a ouvert les vannes du droit au dépassement. A l'accès direct et rapide aux spécialistes pour les plus aisés avec une quinzaine d'euros à déboursier par consultation, au strict parcours de soins avec file d'attente pour les autres. Pour ajouter à la confusion, la mutualité ne souhaite pas rembourser les dépassements d'honoraires, alors que les assureurs et les spécialistes y sont favorables.

Alors que la maîtrise des dépenses va reposer surtout sur les généralistes, ce sont les spécialistes qui toucheront les dividendes de la nouvelle convention. Maîtrise d'ailleurs hypothétique quand les projections de déficit pour 2005 se situent au niveau de 2004, c'est-à-dire autour de 13 milliards d'euros et non des 8 milliards d'euros promis.

• **La déchirure généralistes/spécialistes**

C'est la troisième conséquence de ce mauvais coup. Alors que les honoraires des généralistes et spécialistes avaient tendance à converger, alors que l'internat pour tous fait de la médecine générale une spécialité à part entière, la convention médicale consacre la victoire des spécialistes sur les généralistes : victoire tarifaire, victoire en termes de reconnaissance faisant du médecin généraliste un « médecin sous-traitant », la fin du médecin référent étant la cerise sur le gâteau de la réconciliation entre la droite et la Csmf et le SML. Je dois reconnaître que nous, les socialistes, n'avons pas pris toute la mesure du caractère novateur et social du principe du médecin référent établi par une convention médicale agréée sous le gouvernement de Lionel Jospin.

Cette déchirure généralistes/spécialistes crée un climat détestable et fait des généralistes les dindons de la farce conventionnelle. On ne peut marteler que le médecin généraliste est le pivot du système de santé et désespérer ainsi la médecine générale et ses internes. Pénaliser financièrement les assurés et les malades, mépriser les généralistes d'un côté, organiser le retour du Medef dans les conseils d'administration, consacrer la liberté tarifaire même encadrée de l'autre. On ne construit pas ainsi une réforme qui devrait allier complémentarité et égal accès aux soins. Le réveil risque d'être douloureux pour le ministre de la Santé dans les mois qui viennent : on ne trompe pas les assurés et les médecins généralistes impunément.

Dossier médical personnel

Rhône-Alpes, en « pôle position »

Le Quotidien du Médecin du 25/03/2005

Dans la perspective d'une mise sur les rails du dossier médical personnel (DMP), outil majeur de la réforme de Philippe Douste-Blazy, la région Rhône-Alpes va inaugurer une plate-forme d'échange de données médicales, fédérées au sein d'un portail santé (www.sante-ra.fr), unique en France. Cet « outil », susceptible de décloisonner enfin la ville et l'hôpital, est le fruit du travail engagé par le groupe « télé-santé », qui s'est constitué dans le cadre de l'élaboration du Sros (schéma régional d'organisation sanitaire) 3e génération. La mise en œuvre de cette plateforme, dont le coût s'élève à plus de 2,8 millions d'euros, est spécifiée par la convention qu'ont signée le 10 mars dernier la région Rhône-Alpes, qui financera la presque totalité du projet, l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), l'union régionale des caisses d'assurance-maladie (Urcam) et l'Union professionnelle des médecins libéraux (Urml). Pour l'Urml, ce projet se présente comme la concrétisation de plusieurs années de travaux sur le partage de l'information médicale, menés avec l'association de la télémédecine en Rhône-Alpes (Astrh@). La prochaine étape serait donc que la région « *soit choisie pour expérimenter le DMP* », espère le Dr Jacques Caton, président de l'Urml.

Le tour de France des débats de « Décision Santé »

Les Français satisfaits de l'hôpital, les professionnels de santé plus réservés

Le Quotidien du Médecin du 25/03/2005

Troisième étape du tour de France des régions, organisé par « Décision Santé », Lille a accueilli les Rencontres de l'hôpital. L'occasion de débattre avec les responsables politiques et hospitaliers, médecins, soignants et représentants associatifs, de l'hôpital de demain et des réformes à engager.

COMME le révèle un sondage TNS-Sofres réalisé pour « Décision Santé », les Français sont globalement très satisfaits de leur hôpital. Plus la pathologie est lourde, plus la satisfaction est forte (97 % de satisfaits en cancérologie, par exemple). Les professionnels de santé, en revanche, considèrent les délais d'attente pour un soin trop longs et la gestion du temps peu satisfaisante. Quatre-vingt-trois pour cent pensent que la pénurie de personnel posera des problèmes dans les prochaines années.

« Le système hospitalier français présente un paradoxe : classé à la deuxième place mondiale par l'OMS, il rencontre pourtant d'immenses difficultés à trouver l'équilibre entre ses moyens financiers et l'exigence d'accueil et de qualité des soins », constate le Pr Jean-Jacques Zambrowski.

Phénomène nouveau : la santé est devenue une question politique. « *Sous l'effet des crises successives de la santé publique et des drames sanitaires, la santé est devenue une préoccupation incontournable*, remarque Didier Tabuteau, ancien directeur de cabinet de Martine Aubry, alors ministre des Affaires sociales, et aujourd'hui directeur de la Fondation nationale des caisses d'épargne. *Désormais, le Parlement s'est emparé des questions de santé. Les Français eux-mêmes aspirent à participer au débat démocratique sur la question.* » Une donne nouvelle dont il faut tenir compte pour la gouvernance du système de santé.

Vingt-septième réforme en soixante ans

« *De crise en crise, la population demande de plus en plus du système de soins, mais sans vouloir bourse délier*, remarque pour sa part Claude Galametz, administrateur du CHU de Lille. *Aujourd'hui, il est temps de poser la question aux Français : combien êtes-vous prêts à consacrer à la santé dans le budget de la nation ?* »

Par ailleurs, poursuit-il, « *la réforme en préparation sur l'hôpital est la vingt-septième en soixante ans. Preuve qu'il n'y a pas en France de gouvernance du système de soins* ». Un constat repris, de manière plus modérée, par Didier Tabuteau : « *Nous sommes, dit-il, au milieu du gué. Ma crainte est qu'à force de poser la question de la gouvernance tous les deux ou trois ans la question de fond ne soit jamais réglée ! Il faudrait faire la pause des réformes, pour que le système retrouve une stabilité des règles.* »

Pour les différents intervenants, l'implication des élus dans le champ de la santé est essentielle pour faire écho aux besoins de la population. « *Les élus locaux sont des éléments déterminants pour mettre dans le coup les habitants d'une région*, souligne le Dr Mohamed Abdelatif, directeur de l'union régionale des caisses d'assurance-maladie (Urcam). *La réforme en cours va plutôt à contrecourant de ce mouvement. Les programmes régionaux de santé qui exprimaient les besoins ressentis sur le terrain ne sont plus, désormais, conçus dans la région, mais préparés à Paris pour la région. Cette centralisation très forte pour la gestion de la santé publique ne paraît guère satisfaisante.* »

On le voit, la gouvernance du système de soins ne va pas sans poser de questions. Et les réformes qui se préparent pour l'hôpital laissent de nombreux acteurs dans l'expectative.

FLORENCE QUILLE

Crise ouverte dans les hôpitaux

L'insuffisance des crédits accordés pour 2005 aux établissements de santé, les précipite dans l'impasse.

***L'Humanité* du 24/03/2005**

Le silence et l'indifférence n'ont que trop duré. Mardi soir, lassées de n'être pas entendues par les pouvoirs publics, la Fédération hospitalière de France (FHF), la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés (FEHAP), la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) et cinq autres organisations issues de la communauté hospitalière ont lancé un lourd pavé dans la mare. Pour dénoncer l'insuffisance des crédits accordés aux hôpitaux, elles « ont écrit aux membres du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie pour leur demander le déclenchement de la procédure d'alerte prévue par la loi du 13 août 2004 réformant l'assurance maladie ». Ce geste, inédit, vise à « alerter l'opinion publique sur la situation très préoccupante des budgets hospitaliers ».

La démarche, tournée vers l'institutionnel, est surprenante, un brin désespérée, même. Le comité d'alerte, invention de la réforme de l'assurance maladie, est avant tout un instrument de contrainte, conçu pour contenir dans les limites fixées par la loi les dépenses de santé qui débordent. Sa mission ne consiste en aucun cas à faire pression pour obtenir une révision à la hausse des volumes budgétaires, ce que réclament la FHF et ses alliées. Pour autant, cette demande de saisine a le mérite de déclencher la crise, et de mettre sur le tapis, une nouvelle fois, la dégradation avancée, qui plus est totalement délibérée, de la situation financière des hôpitaux. Car cette année encore, les établissements se sont vus imposer par la majorité parlementaire, sur proposition d'un ministre de la Santé obnubilé par la réduction du déficit de l'assurance maladie, un objectif de dépenses (ONDAM) intenable. L'augmentation qui leur a été accordée s'élève à 3,6 % seulement, alors qu'un simple maintien des activités et le respect des plans de santé publique auraient nécessité, au bas mot, une enveloppe grossie de 5 %. « L'essentiel de cette évolution (de 5 % - NDLR) concerne des charges de

personnel totalement prévisibles [...]. Ces dépenses présentent un caractère inévitable sauf à envisager des plans massifs de suppressions d'emplois », note la communauté hospitalière dans son communiqué.

Les chiffres publiés lundi dernier par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) appuient son analyse et sa revendication : en février, sur un an, les dépenses hospitalières ont flambé de 6,4 %. L'emballlement de l'activité prouve que « la réalité des charges ne pourra être que très supérieure à celle prévue par le gouvernement », complète la FHF. Quant à l'éventualité d'une hausse de 1 % des salaires des agents hospitaliers, elle aggraverait encore la situation si elle n'était pas dûment compensée par une augmentation de 0,35 % de l'objectif de dépenses, a calculé la FHF.

Conséquence prévisible de cette distorsion manifeste et intentionnelle entre les besoins et les moyens octroyés : les hôpitaux sont aujourd'hui étranglés. Pour garder tant bien que mal la tête hors de l'eau, ils recourent tous les ans massivement aux reports de charge, jeu d'écriture comptable qui permet d'inscrire quelques dépenses encombrantes au budget de l'année suivante. Mais l'exercice a ses limites : fin 2004, la FHF estimait à 776 millions d'euros le total de ces reports. La CGT l'évaluait à un milliard d'euros. Et les rallonges du ministère de la Santé, accordées au compte-gouttes, ne sont jamais à la hauteur du cumul. L'an dernier, Philippe Douste-Blazy, ministre de la Santé, a débloqué 300 millions d'euros, soit pas même la moitié de la somme nécessaire. La distribution de cette subvention a en outre été conditionnée par l'adoption, dans chaque hôpital concerné, d'un plan d'économie drastique.

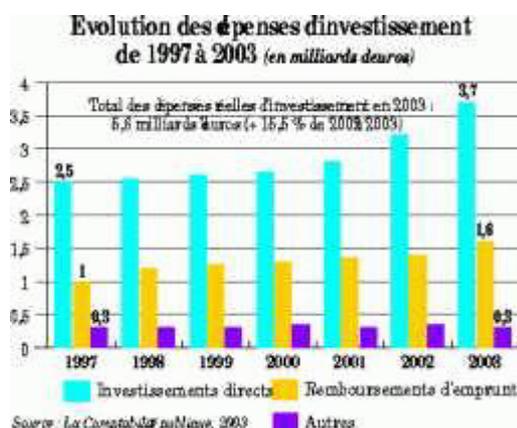
Anne-Sophie Stamane

Douste-Blazy se lâche **Le Quotidien du Médecin du 24 mars 2005**

"EVOQUANT LE SUJET de la permanence des soins en ville à l'occasion d'une rencontre avec des directeurs d'hôpital, Philippe Douste-Blazy n'a pas mâché ses mots. Si la garde des médecins de ville est désorganisée, c'est la faute aux « 35 heures », s'est emporté le ministre des Solidarités : « *Les médecins se sont dit "on en a marre de commencer à travailler à 8 heures du matin et de terminer à minuit pour une clientèle qui fait 35 heures"*. »

Hôpital 2007 dans les établissements **L'investissement explose, la dette aussi** **Le Quotidien du Médecin du 24 mars 2005**

Appliqué dès 2003 dans un parc hospitalier vieillissant, le volet « investissement » du plan Hôpital 2007 a produit très rapidement des effets spectaculaires. Revers de la médaille : la dette du secteur hospitalier s'accroît et pourrait atteindre 15 milliards d'euros dans deux ans.



PRESENTEE LORS des 8es Rencontres financières des décideurs hospitaliers, l'étude annuelle de la banque Dexia Crédit local sur la conjoncture financière des hôpitaux s'est intéressée dans son édition 2005 à la question de l'investissement. Elle examine pour cela les 937 opérations qui relèvent du volet « relance de l'investissement » du plan Hôpital 2007 et constate que l'effort consenti en 2003 par

Jean-François Mattei - aide de l'Etat de 6 milliards d'euros sur cinq ans pour la reconstruction, la rénovation ou l'équipement d'un parc hospitalier devenu vétuste - n'a pas tardé à porter ses fruits.

Il apparaît en effet que l'investissement des hôpitaux, en moyenne de l'ordre de 2,5 milliards d'euros par an dans les années 1990, est passé à 3,6 milliards en 2003, puis à 4,4 milliards en 2004. « *Dès 2003, on observe une hausse de 17 % de l'investissement et l'effort d'investissement [qui rapporte les dépenses d'investissement direct au total des dépenses d'exploitation, ndlr] atteint presque 7 % contre 6,3 % auparavant. En 2004, la progression des investissements devrait être d'au moins 20 %* », explique Dominique Hoorens, directeur des études de Dexia. Les experts notent, en outre, un effet d'entraînement d'Hôpital 2007 : « *Quatre-vingts pour cent des établissements envisagent des investissements d'envergure en dehors du plan* », estiment-ils. Sur le terrain, ce décollage de l'investissement se mesure : « *Hôpital 2007 a permis d'augmenter l'effort d'investissement d'à peu près un tiers* », juge Jacques Métails, directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de Rhône-Alpes. Le phénomène ne connaît toutefois pas la même fortune partout. Les hôpitaux locaux sont, par exemple, restés très en marge au moins du démarrage d'Hôpital 2007 : entre 2002 et 2003, le taux de progression de leurs investissements est nul tandis que sur la même période, les centres hospitaliers augmentent leur effort de 27,8 %.

Plus de 9 hôpitaux sur 10 s'endettent

L'embellie générale de l'investissement n'est pas sans conséquence sur les finances des hôpitaux. Car ceux-ci, poussés par les pouvoirs publics - outre les 6 milliards débloqués par l'Etat, Hôpital 2007 prévoyait un autofinancement des établissements, via la dotation globale ou l'emprunt, à hauteur de 4,2 milliards d'euros - s'endettent. « *Quatre-vingt-treize pour cent des gestionnaires prévoient d'accroître leur endettement* », constate Dexia. « *En relançant l'investissement, les hôpitaux ont fait le choix du déficit* », confirme Gérard Vincent, délégué général de la FHF (Fédération hospitalière de France). Les chiffres sont éloquentes : de 9 milliards d'euros en 2003, la dette du secteur hospitalier a dû passer à 10 milliards d'euros en 2004 et pourrait avoisiner les 15 milliards d'euros en 2007. Proche des 16 % en 2002, le taux d'endettement des hôpitaux s'établissait à près de 20 % à la fin de 2003.

Se pose, évidemment, la question de la gestion de cette dette d'une ampleur nouvelle. Car, au niveau actuel des taux d'intérêt, les frais financiers sont de l'ordre de 400 millions d'euros (à rapporter aux quelque 55 milliards d'euros que dépensent chaque année les hôpitaux publics), mais imaginons que ces taux retrouvent leur niveau d'il y a dix ans et l'ardoise pourrait atteindre le milliard d'euros.

Plusieurs ombres

Dans un contexte de forte restriction budgétaire - en 2005, le taux d'évolution des dépenses de l'hôpital sera de + 3,6 % alors que la FHF réclame une hausse de 5 % pour la simple reconduction des moyens, voir encadré -, cette dette est évidemment une ombre au tableau de la fièvre rénovatrice des hôpitaux. « *Le plan de relance de l'investissement fonctionne bien, mais on risque d'être confronté à brève échéance à des difficultés* », affirme Gérard Vincent. Des difficultés aggravées par les coûts de maintenance des nouveaux bâtiments bien plus sophistiqués que les anciens et répondant à des normes de sécurité draconiennes. « *Ces coûts vont être beaucoup plus élevés qu'aujourd'hui*, affirme Jean-Olivier Arnaud, directeur du centre hospitalier de Cannes et président du Snch (Syndicat national des cadres hospitaliers). *Ils vont être multipliés par deux, trois, ou quatre ! Et l'on ne pourra pas les comprimer. Ils vont donc jouer à plein sur les coûts d'exploitation futurs.* » Jean-Olivier Arnaud critique en outre « *la politique du stop and go* » qui s'applique en matière d'investissement hospitalier - avant Hôpital 2007, l'Etat s'était désengagé de ce terrain et son retrait avait conduit à un vieillissement accéléré du patrimoine. Procéder par à-coups est « *préjudiciable* » à l'investissement, y compris en période de relance puisque les hôpitaux doivent composer avec un « *encombrement du marché* », accuse le président du Snch. Le ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille a, semble-t-il, entendu cette critique puisqu'il promet : « *L'investissement hospitalier ne s'arrêtera pas en 2007, nous poursuivrons l'effort au-delà.* »

KARINE PIGANEAU

Budgets : la communauté hospitalière saisit le comité d'alerte

Action d'éclat de la communauté hospitalière dans son ensemble : la FHF (Fédération hospitalière de France), la Fehap (Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif), les centres de lutte contre le cancer, les conférences de directeurs et de présidents de CME de CHU, de centre hospitalier et de CHS ont demandé la saisine du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance-maladie.

Pour cette instance, créée par la réforme de l'assurance-maladie du 13 août dernier, il s'agit d'une première et d'une première un peu particulière. Car la procédure d'alerte inventée par la loi est prévue en cas de dérive des dépenses d'assurance-maladie : il s'agit de pouvoir, en cours d'exercice, prévenir rapidement le gouvernement, le parlement et l'assurance-maladie au cas où l'Ondam (Objectif national des dépenses d'assurance-maladie) est dépassé de 0,75 %.

Les hospitaliers prennent un peu le problème à l'envers. S'ils veulent mettre en branle le comité d'alerte, c'est pour dire que l'Ondam hospitalier (+ 3,6 %) est « *intenable* » et que le vote d'une loi de financement rectificative de la Sécurité sociale est indispensable. L'Ondam n'est pas dépassé, il va l'être, annoncent-ils en substance.

Maladies mentales

Comment prévenir la violence ?

Le Quotidien du Médecin du 24 mars 2005

Fondée en 1852, la Société médico-psychologique est la plus ancienne société psychiatrique au monde. Sa dernière réunion thématique a été consacrée à la « violence en milieu psychiatrique et médical », un thème malheureusement de plus en plus d'actualité.

LE LIEN est encore très flou entre la pathologie mentale et la violence ; mais personne ne peut nier qu'il existe. C'est pour tenter d'éclaircir cette relation et de prévenir le passage à l'acte que la Société médico-psychologique a choisi pour thème de sa dernière réunion « Violence en milieu psychiatrique et médical ». En effet, les soignants sont régulièrement confrontés à la violence des malades : le drame de Pau l'a cruellement rappelé. Chaque année, un ou deux médecins sont tués en France. « *Dans le cas du soignant comme victime, l'homicide implique en général un seul agresseur qui est un homme de 30 ans d'âge moyen, qui n'a qu'une seule victime, le plus souvent une femme qui est restée seule avec ce patient* », indique le Pr Michel Bénézech, ancien professeur de médecine légale et chef de service de psychiatrie à Bordeaux. Les meurtres de soignants peuvent être classés en quatre catégories : les trois premières (crime fortuit, crime occasionnel, crime par motif personnel) sont sans relation avec l'activité thérapeutique ; la quatrième (crime par motif professionnel) implique une relation soignante ponctuelle ou suivie entre l'agresseur et sa victime. « *Dans cette dernière catégorie, on note que les meurtriers souffrent fréquemment de schizophrénie paranoïde ou de délire paranoïaque. Ces homicides contre des soignants peuvent être soit impulsifs et imprévisibles, soit réactionnels à un conflit, soit prémédités et vengeurs* », précise le Pr Bénézech.

Aux urgences, l'actualité récente nous a également montré que la violence, sans aller jusqu'à l'homicide, se banalise. Aux Hospices civils de Lyon, on a dénombré 400 « incidents » en 2003 et 462 en 2004. « *C'est le même type de violences que subissent d'autres institutions dites bienveillantes, analyse Jean-Marc Elchardus (CHU de Lyon). Mais il y a un cadre spécifique des urgences, qui sont un lieu peu lisible par les patients et leurs accompagnants et où les tensions interindividuelles trouvent un terrain d'expression.* »

Le risque difficile à évaluer.

Comment, dans ce cas, prévenir la violence ? « *Il faut, bien sûr, appliquer les mesures réclamées par les équipes (contrôle des entrées, agents de sécurité si nécessaire, balisage du parcours), mais aussi apprendre aux soignants à décrypter les scénarios et à anticiper les comportements violents* », répond Jean-Marc Elchardus. Cependant, cerner *a priori* la dangerosité d'un individu et évaluer le risque de passage à l'acte ne va pas de soi, encore moins pour un malade psychiatrique. « *Il faut différencier le risque relatif (l'association entre la violence et la pathologie mentale existe mais elle est comparable à d'autres facteurs) du risque attribuable qui renforce les risques de stigmatisation* », insiste le Dr Bruno Gravier (département de psychiatrie des Hospices-Chuv, Lausanne). Les pathologies le plus souvent en cause sont le trouble de personnalité antisociale (avec intolérance à la frustration et tendance au passage à l'acte), les troubles de la personnalité paranoïaque ou narcissique et l'alcool. Mais « *la violence suscite beaucoup de réactions qui biaisent l'évaluation, souligne le Dr Gravier. En particulier, le déni de la violence potentielle du patient, la fascination et la distorsion des communications interpersonnelles* ». L'angoisse des uns renforce parfois la violence des autres.

VÉRONIQUE HUNSINGER

Journée d'action de la psychiatrie publique

**Le plan de santé mentale : « Peut mieux faire »
Le Quotidien du Médecin du 24 mars 2005**

Les psychiatres du secteur public étaient appelés mardi à une journée d'action pour la défense de leur activité. L'occasion pour leurs représentants syndicaux de commenter le plan de santé mentale qu'ils jugent insuffisant, même s'il va dans la bonne direction.

POUR ALERTER l'opinion sur la situation « très préoccupante » de la psychiatrie publique, l'Intersyndicale de défense de la psychiatrie publique (Idepp) organisait mardi une journée d'action. Le mouvement aurait été « suivi un peu partout dans les hôpitaux ». Une façon de maintenir « la pression » sur les pouvoirs publics.

Car, selon l'Intersyndicale, qui regroupe le Syndicat des psychiatres d'exercice public (Spep) et le Syndicat des psychiatres de secteur (SPS), « les budgets de plus en plus étriqués ne permettent pas de faire face aux demandes de certaines populations à risque, la psychiatrie traverse une crise suraiguë qui met en péril toutes nos missions de service public ». Les membres de l'Intersyndicale mettent en avant le « choc démographique » de la psychiatrie, tant au niveau des personnels que des médecins, et soulignent que « l'absence de réelles mesures d'amélioration de l'attractivité » alimente la pénurie.

Des intentions aux réalisations.

Malgré cela, l'Idepp veut bien reconnaître que le plan de santé mentale présenté au début de février par Philippe Douste-Blazy, ministre des Solidarités, présente quelques qualités. Pour le Dr Eric Malapert, président du Syndicat des psychiatres d'exercice public, « il existe un plan, c'est déjà un point positif ». Mais c'est pour mieux en cerner les lacunes. « Certes, ajoute le Dr Malapert, ce plan est financé, mais le milliard d'euros promis n'est pas au rendez-vous : près de la totalité des sommes promises par le plan proviennent de l'autofinancement par les établissements ou de l'emprunt ; nous craignons un décalage entre les intentions et les réalisations. » Même si les deux syndicats présents dans l'Intersyndicale se réjouissent d'une seule voix du moratoire promis par le ministre sur la fermeture des lits de psychiatrie.

Pour le nombre d'internes en psychiatrie, l'Idepp salue la décision de Philippe Douste-Blazy d'en faire passer le nombre de 245 à 300. Sauf que « les deux tiers des internes s'orientent vers le privé », de sorte que cette mesure aura selon eux un effet limité à l'hôpital. D'autant que, pour l'Idepp, le plan de santé mentale risque de confiner la psychiatrie publique aux pathologies les plus délicates à traiter (malades violents et dangereux, psychoses, conduites addictives), avec un risque réel de diminuer encore l'attractivité de ce secteur pour les étudiants en médecine.

Le Dr Eric Malapert et le Dr Norbert Skurnik, présidents du Syndicat des psychiatres de secteur (SPS), ont été reçus ensemble le 11 mars par le cabinet de Philippe Douste-Blazy pour discuter du plan de santé mentale. Ont-ils été entendus ? « Nous avons été écoutés », éludent-ils. Ils doivent remettre par écrit au ministère l'ensemble de leurs observations et seront reçus à nouveau au ministère à une date qui n'a pas encore été déterminée.

HENRI DE SAINT ROMAN

**Permanence des soins
Un petit rappel à l'ordre de Douste
Le Quotidien du Médecin du 24 mars 2005**

EVOQUANT LE SUJET de la permanence des soins en ville à l'occasion d'une rencontre avec des directeurs d'hôpital, Philippe Douste-Blazy n'a pas mâché ses mots. Si la garde des médecins de ville est désorganisée, c'est la faute aux « 35 heures », s'est emporté le ministre des Solidarités : « Les médecins se sont dit " on en a marre de commencer à travailler à 8 heures du matin et de terminer à minuit pour une clientèle qui fait 35 heures ". »

La situation, aux dires du ministre, est « très grave » dans la mesure où « un médecin doit soigner chaque fois qu'on le lui demande ; il est payé par l'assurance-maladie et n'a de libéral que le nom ». Pour Philippe Douste-Blazy, la question de la garde en ville est « un sujet qu'il faut traiter ». Et s'il exclut d'employer la force, il s'interroge : « Je ne vais pas envoyer les préfets, ça ne marchera pas. Mais enfin... Et le serment d'Hippocrate » ?

Le ministre a également évoqué le sujet mardi matin, sur la chaîne de télévision câblée LCI, en évoquant « un problème d'organisation de la permanence des soins » : « nous passons actuellement une convention avec les médecins [l'avenant conventionnel en cours de discussion entre l'Uncam et les syndicats signataires de la convention, portant notamment sur la rémunération des gardes et astreintes, ndlr] pour les obliger aussi à faire des gardes (...) Un médecin libéral est payé par l'assurance-maladie, il est normal qu'il prenne son tour de garde ». Pour Philippe Douste-Blazy, il y a de plus en plus de malades qui vont à l'hôpital, et « il faut donc organiser les urgences ». Si bien que le ministre de la Santé demande « aux médecins libéraux de prendre leur garde, de s'occuper du malade avant qu'il n'arrive aux urgences ».

Pour Michel Chassang, président de la Csmf, « ces déclarations sont malheureuses, même s'il faut les replacer dans leur contexte, car si les déclarations du ministre sont une chose, les textes qu'il suscite en sont une autre ». Allusion au décret sur la permanence des soins dont la parution est très attendue par les médecins libéraux. « Ce n'est pas la moment de jeter de l'huile sur le feu, ajoute le président de la Csmf, et la responsabilité de Philippe Douste-Blazy, c'est de faire publier le décret et d'inciter les préfets à réunir les Codamu-ps (comités départementaux de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins) pour achever le redécoupage des secteurs de garde. Quand ce sera fait, les syndicats se feront fort de faire revenir les médecins libéraux sur le chemin de la permanence des soins. »

K.P. et H.S.R.

Pelloux appelle à une journée d'action Le Quotidien du Médecin du 24 mars 2005

Mercredi 23 mars. Le président de l'Association des médecins urgentistes hospitaliers de France (Amuhf) a appelé à une "journée d'action et de mobilisation" jeudi (24 mars) "pour la défense du statut du praticien hospitalier" (PH). "Nous ne sommes pas d'accord avec la réforme du statut de praticien hospitalier tel qu'elle est en train d'être signée", a déclaré Patrick Pelloux à l'issue d'un bureau de son organisation. "Nous appelons à une journée d'action avec le Collectif des syndicats de praticiens hospitaliers". L'association, qui demande "une rencontre avec le ministre de la Santé", menace d'un préavis de grève "à partir du 13 avril" si le dossier n'évolue pas favorablement.

Cliniques/hôpitaux : le SCS demande l'égalité de traitement

Mercredi 23 mars. Le président du syndicat des cliniques spécialisées (SCS), Olivier Toma, a demandé mercredi aux pouvoirs publics que les tarifications des actes médicaux soient "identiques, à prestation égale", dans les cliniques privées et dans les hôpitaux publics. "Nous constatons que les deux secteurs, privé et public, ont les mêmes missions et obligations, mais les moyens sont différents. Pourquoi l'Etat organise-t-il une telle concurrence déloyale ? Nous voulons qu'à prestation identique, la tarification", c'est-à-dire l'enveloppe de l'assurance maladie octroyée aux établissements pour la réalisation de cette prestation, "soit identique", a-t-il déclaré. Selon lui, un accouchement sans complication dans le privé (honoraires des praticiens inclus), coûte à l'assurance-maladie 2.315 euros. Dans le public, cet acte coûte 3.467 euros, c'est à dire un différentiel de 1.152 euros". "Si on continue à étrangler le secteur privé, il va fermer", a-t-il prévenu, ajoutant, qu'"au-delà se pose un véritable problème de santé publique puisque l'offre de soins diminue alors que la demande augmente.

Communiqué de presse de la fédération CGT Santé du 23 mars 2005 Budget des hopitaux : « nouvelle cure »

Après les décisions parlementaires portant sur les enveloppes de dépenses de santé (ONDAM1) particulièrement serrées et limitatives + 3,6% - plan de stabilité et compression des dépenses publiques dans le cadre européen obligent - le Gouvernement a publié début mars la circulaire budgétaire d'application concernant les hôpitaux.

Notons la diffusion tardive, la grande complexité et les imprécisions qui perdurent de cette circulaire. Par ailleurs, elle s'inscrit parfaitement dans la montée en charge des nouveaux modes de financements (T2A2), incluant désormais le privé dans les mêmes cadrages que le public. Les nouvelles règles budgétaires, que l'on peut qualifier de marchandes, nient les particularités et obligations du secteur public dans des logiques comparatives et parcellaires entre les établissements développant le secteur privé marchand.

Le chiffre retenu est encore inférieur pour certaines activités à l'ONDAM prévu, ainsi les tarifs de séjour (base de la T2A) sont inférieurs d'environ 3,5% aux prévisions, ainsi la partie MCO3 est touchée de plein fouet malgré les besoins.

▸ Les Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation se limitent à l'investissement et font l'impasse sur le fonctionnement, malgré les engagements de l'Etat sur ces contrats (recherche, formation, actions prioritaires, renforcements des SAMU et des urgences ...).

Malgré les récents incidents dont ont été victimes des personnels hospitaliers, rien n'est fait pour rattraper les retards et permettre les développements nécessaires aux hôpitaux, tant généraux que psychiatriques.

L'encadrement comptable se situe dans une évidente volonté de régression, de restructuration, dans l'altération de la logique publique de soin. Il pèsera sur les activités, l'emploi, la qualité des prises en charge, comme l'atteste la situation de l'AP-HP qui supprime 4000 emplois à activité constante.

La perte des pouvoirs d'achat, la non reconnaissance des qualifications trouvent également leur place dans les stagnations budgétaires. Il n'y aura pas d'ajustement salarial sans progression des budgets hospitaliers. Il est tout aussi évident que les établissements privés non lucratifs sont aussi en péril de par leur financement ; on pourrait ajouter les maisons de retraite et la psychiatrie. Combien de décès d'usagers et de professionnels faudra-t-il compter ?

La CGT SANTE ACTION SOCIALE demande d'urgence une réelle négociation sur les moyens à apporter, afin que cessent les dégradations de l'offre de soins et que nos établissements aient les moyens de répondre aux besoins de la population partout et pour tous.

Diminuer les dépenses de santé sans regarder précisément l'hôpital et les moyens dont il a besoin pour ces missions est une erreur qui pèsera sur les générations futures. Il faut rompre avec cette politique autoritaire qui nie le pouvoir des élus, du Parlement aux élus locaux, qui est sourde aux organisations professionnelles, qui casse les statuts et le droit du travail. **La Fédération organisera une conférence de presse face à la gravité de la situation dans les prochains jours.**

Prise en charge des dépassements en accès direct
Les états d'âme des complémentaires
Le Quotidien du Médecin du 22/03/2005

Le conseil d'administration du Centre technique des institutions de prévoyance (Ctip) se réunit aujourd'hui pour se prononcer sur la prise en charge des dépassements tarifaires en dehors des parcours de soins. Malgré les principes déjà affichés par d'autres opérateurs, le sujet incite les complémentaires à être pragmatiques, d'autant que le périmètre des « contrats responsables » n'est pas encore fixé.

LES INSTITUTIONS de prévoyance, qui représentent environ 19 % du marché des complémentaires santé, devraient se prononcer aujourd'hui sur la prise en charge, ou non, des dépassements d'honoraires chez les médecins spécialistes de secteur I hors parcours de soins. C'est le conseil d'administration du Centre technique des institutions de prévoyance (Ctip) (1) qui prendra cette décision en fin de journée... à moins qu'il ne soit obligé de la reporter à plus tard. Au Ctip, on explique en effet que le positionnement sur les dépassements d'honoraires des spécialistes consultés en accès direct par le patient ne sera pas simple : « *Le sujet est déjà très politique et, en plus, le Ctip a une structure paritaire [avec autant de représentants du patronat que des syndicats, Ndlr]. Or le Medef et la CGT ont par exemple des positions opposées .* »

Les autres opérateurs de complémentaires santé ont déjà fait connaître leur décision dans ce domaine. Le premier d'entre eux, la puissante Fédération nationale de la mutualité française (Fnmf, 38 millions de personnes protégées), a pris une option radicale en recommandant à ses mutuelles adhérentes, soit environ 60 % des complémentaires santé, de « *refuser de prendre en charge les dépassements qui ne s'inscrivent pas dans la démarche de coordination des soins* ». La Mutualité entend préserver ses mutuelles d'une « *course folle à la hausse des cotisations* » (« le Quotidien » du 14 février). Début mars, le Groupe Pasteur Mutualité (Agmf-GPM) a adopté une position identique, nette et précise, afin

de « *respecter l'esprit du dispositif proposé par les pouvoirs publics, qui lui paraît conforme à l'intérêt des patients comme à celui des professions de santé* ».

Derrière l'affichage, le pragmatisme s'impose.

D'autres opérateurs ont adopté une attitude plus nuancée. La Fédération française des sociétés d'assurance (Ffsa, représentant environ 21 % du marché des complémentaires) préconise « *une logique d'incitation et de responsabilisation* » en faveur du dispositif du médecin traitant institué par la réforme. Pour autant, la Ffsa « *estime que la non-prise en charge d'une partie de la majoration du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires est suffisante pour amener l'assuré à respecter le parcours de soins* ». Les compagnies d'assurances font aussi état de leur « *incapacité à modifier unilatéralement les dispositions contractuelles* » de leurs clients.

La Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles (Fnim, deuxième fédération mutualiste après la Fnmf, avec 2,5 millions de personnes protégées) n'a pas non plus fermé la porte au remboursement des dépassements d'honoraires hors parcours de soins. Elle laisse ses mutuelles adhérentes faire leur choix « *en fonction de la situation locale et de la concurrence* ». A une question aussi délicate, la réponse ne peut qu'être multiple, fait remarquer le délégué général de la Fnim, Gilles Marchandon. « *Même Jean-Pierre Davant [président de la Fnmf, Ndlr] a parlé de recommandation, rappelle-t-il. Recommander, ce n'est pas obliger. Il sait bien qu'il faut qu'on se conforme aussi aux attentes de nos mutualistes qui cotisent sur la base de la liberté...* »

La résolution du problème du remboursement au patient des dépassements d'honoraires, lorsque celui-ci fait du « hors piste » dans le système de santé, est bien sûr capitale pour les médecins spécialistes de secteur I. Après avoir connu neuf années de stagnation des tarifs opposables, ces derniers s'attendent à une baisse du volume de leur activité compte tenu de la priorité donnée en premier recours au médecin traitant, généraliste le plus souvent. En l'absence de réouverture du secteur II, la fenêtre de liberté tarifaire qui leur est accordée par la convention en accès direct (jusqu'à 32 euros pour une consultation et dans la limite de 30 % de leur activité) est donc considérée par beaucoup comme une planche de salut, surtout si les dépassements sont solvabilisés par les complémentaires santé.

Pour les patients, les conséquences sont financières et sanitaires. Emmanuel Rodriguez, vice-président du Collectif interassociatif sur la santé (Ciss), regrette l'extension des dépassements d'honoraires au secteur I, mais fait valoir aussi que le refus des complémentaires de les rembourser peut « *avoir un impact sur les comportements ou exclure plus de patients, qui n'auront alors plus d'autre choix que de se faire soigner à l'hôpital ou de renoncer aux soins* ». Un risque signalé d'ailleurs par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (Hcaam) dans son « *avis sur la protection sociale complémentaire* » rendu le 24 février.

De leur côté, les organismes complémentaires n'ont pas forcément les moyens de valoriser exclusivement les parcours de soins. Sur le plan technique, notamment, les complémentaires devront verser leurs prestations en fonction des seules données parcellaires fournies par la Sécu. « *Nous ne saurons comment appliquer concrètement nos recommandations de non-prise en charge des dépassements que lorsqu'on connaîtra les modalités de liquidation de l'assurance-maladie obligatoire* », reconnaît-on à la Fnmf.

Quoi qu'ils décident pour les institutions de prévoyance, les administrateurs du Ctip mettent déjà l'accent sur « *la nécessité d'une discussion au sein de la future Union nationale des organismes complémentaires* » (Unoc ou Unocam) en la matière, et « *espèrent qu'un consensus se dégagera des trois familles de complémentaires (bien que) les positions affichées pour l'instant ne soient pas convergentes* ». L'enjeu est d'importance, souligne-t-on au Ctip : « *Le marché des couvertures complémentaires étant concurrentiel, une offre parallèle de contrats non responsables se développera si on laisse tomber les assurés hors parcours de soins.* »

Les contrats responsables en point d'interrogation.

En attendant, il manque une pièce essentielle au puzzle : avant de pouvoir peaufiner leur stratégie, les complémentaires santé ont besoin de connaître le cahier des charges exact des contrats dits « responsables » fixé par décret gouvernemental. L'article 57 de la loi du 13 août 2004 sur la réforme de l'assurance-maladie prévoit la mise en place en 2006 de ces contrats responsables bénéficiaires d'aides publiques (exonération de la taxe de 7 %, crédit d'impôt...). Le cabinet du secrétaire d'Etat à l'Assurance-maladie, Xavier Bertrand, indique qu'il « *poursuit la concertation* » sur le cahier des charges avec les opérateurs de complémentaires, les partenaires sociaux et les syndicats de médecins libéraux. Le ministère promet donc « *la finalisation du projet de décret à la fin du mois de mars ou*

début avril ». Les partenaires conventionnels viennent de mettre leur grain de sel dans les contrats responsables. Dans l'avenant n° 1 à la convention signé le 11 mars, le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam) et les syndicats Csmf, SML et Alliance ont convenu que les spécialistes de secteur II seraient logés à la même enseigne que ceux du secteur I concernant l'exclusion ou la limitation, par les contrats responsables, de la prise en charge des dépassements d'honoraires hors parcours de soins (du moins jusqu'à 32 euros pour une consultation). A la Fnim et au Ctip, on subodore que le cahier des charges des contrats responsables « *ne sera pas trop restrictif* ». Le leader de la Csmf, Michel Chassang, précise que sa définition est quand même rendue « *complexe* » dans la mesure où il doit, entre autres, placer le curseur des remboursements des dépassements tout en « *tenant compte de la participation de 1 euro et du problème de la modulation du ticket modérateur* » en dehors des parcours de soins balisés par la loi et la convention médicale. Bref, un vrai casse-tête chinois, qui va conditionner pourtant à l'avenir tout le marché des complémentaires santé.

AGNÈS BOURGUIGNON

(1) Le Ctip représente 73 institutions couvrant 5 millions de salariés et retraités pour leurs frais de santé.

Maisons de retraite

Dotations insuffisantes

Le Quotidien du Médecin du 22/03/2005

Le Syndicat des maisons de retraite privées (Synerpa) juge insuffisante la revalorisation de 1,5 % par le gouvernement des « *dotations soins* » en 2005 pour les établissements des personnes âgées. « *Au moment même où la secrétaire d'État aux Personnes âgées cherche à sensibiliser les jeunes à travers une campagne aux "métiers du grand âge", nos établissements ne pourront même pas maintenir cette année le pouvoir d'achat de leurs "dotations soins"* », déplore le syndicat dans un communiqué. Cette augmentation, poursuit-il, permet au « *gouvernement de reprendre d'une main ce qu'il a donné aux autres* ». Le syndicat indique qu'il va prendre, dans les jours qui viennent, contact avec toutes les autres fédérations et associations professionnelles pour « *leur proposer d'exiger du gouvernement que, dès le Plfss (projet de loi de financement de la Sécurité sociale) 2006, le taux d'évolution des dotations soins fasse l'objet d'une véritable négociation* ».

Psychiatrie

Une réflexion sur les malades violents

Le Quotidien du Médecin du 22/03/2005

Le ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille va demander « *une réflexion générale des Affaires sociales* » sur la question des malades violents. « *Le suivi des malades qui ont déjà voulu tuer, qui ont tué ou qui ont récidivé après avoir interrompu un traitement pose le problème de l'alternative à l'hospitalisation* », souligne-t-il dans un entretien à « *la République des Pyrénées* ».

Douste : un jour férié travaillé, ça eut payé...

Par Alain Auffray

***Libération* jeudi 17 mars 2005**

Pour Philippe Douste-Blazy, l'instauration d'une journée de solidarité, fixée au lundi de Pentecôte, « *ne suffira pas* », à l'avenir, à payer la dépendance. Il a confié ce pronostic hier matin aux militants participant à la « *convention sociale* » de l'UMP. Après l'intervention du ministre de la Santé, de nombreux sarkozystes se sont étonnés qu'un ministre pointe ainsi les insuffisances d'une réforme laborieusement portée par Jean-Pierre Raffarin.

De fait, la mise en oeuvre du projet avait connu quelques ratés : Raffarin avait dû désavouer son ministre de l'Education, Fillon, qui laissait entendre que ce lundi férié serait supprimé dans toutes les académies, sans exception. Les syndicats, furieux, avaient dénoncé la « *pagaille* » provoquée par cette

mesure, également combattue par une centaine de députés UMP et UDF. Plus récemment, le Premier ministre avait dû jurer que «*pas un euro*» de cette journée en faveur des personnes dépendantes ne serait utilisé pour une autre action : une rumeur voulait qu'une partie des deux milliards récoltés servirait à réduire le déficit public.

L'entourage de Douste-Blazy assurait hier qu'il n'était pas question pour lui de critiquer la «*très bonne et très importante*» journée de solidarité. Il aurait voulu prendre de la hauteur, comme l'y invitait Pierre Méhaignerie, secrétaire général du parti, en soulignant que l'UMP devait, à l'occasion de cette «*convention sociale*», assumer un «*rôle d'anticipation et de pédagogie*». Mais cette anticipation de Douste sonne presque comme un aveu d'impuissance : «*Que ce soit la droite, le centre ou la gauche, il n'y a pas de réflexion sur ce qui nous arrive (...). On a un problème majeur, je ne sais pas comment on va pouvoir payer la dépendance demain.*» Bref, comme le dit lui-même le ministre : «*les choix majeurs*» restent à faire.

Polémique sur la répartition des postes d'internat Les étudiants votent la grève Le Quotidien du Médecin du 16/03/2005

L'Association nationale des étudiants en médecine de France (Anemf) a déposé un préavis de grève pour le mercredi 6 avril. Les étudiants s'opposent à la répartition 50 %-50 % entre la médecine générale et les autres spécialités des 4 803 postes d'internat prévus pour la rentrée 2005. Les propositions du ministère de la Santé ne répondent, selon eux, à aucune réalité démographique.

APRES DEUX REUNIONS de la Commission nationale des études médicales (Cnem), l'offre par spécialité des postes d'internat continue d'alimenter la polémique. Réunie le week-end dernier en assemblée générale à Marseille, l'Association nationale des étudiants en médecine de France (Anemf) a déposé un préavis de grève pour le 6 avril. Elle conteste la répartition pour moitié entre la médecine générale et les autres spécialités des 4 803 postes d'internat envisagés par le ministère de la Santé. D'abord, cette prévision de 4 803 postes lui semble «*hypothétique et excessive* » puisque le nombre total d'étudiants inscrits aux ECN ne sera connu qu'à la mi-avril. Mais, plus que tout, c'est l'ouverture programmée de 2 400 postes de médecine générale qui irrite l'association. L'Anemf redoute en particulier qu'un millier de postes de médecine générale ne soient pas pourvus à l'issue de la prochaine procédure de choix de spécialité. Au détriment d'autres disciplines. «*Cette répartition ne répond pas aux réalités démographiques, affirme Guillaume Muller, président de l'Anemf. Elle crée des coupes brutales dans certaines filières qui sont de fait menacées de mort.* »

L'Anemf veut des garanties.

Cette année, la répartition des postes d'internat n'a rien d'une sinécure. Et pour cause. Le ministère de la Santé a dû tenir compte des engagements pris par Philippe Douste-Blazy en faveur de la psychiatrie (300 postes) et de la chirurgie (550 postes). Il a dû calmer les spécialités fâchées des premières propositions de la DGS comme la pédiatrie, la médecine du travail et la santé publique. Sans doute pensait-il avoir trouvé la parade en proposant l'ouverture de quelque 400 postes supplémentaires. Lesquels devaient permettre de faire coup double. D'une part, en rassurant les spécialités qui redoutaient une baisse draconienne du nombre d'étudiants formés dans leur discipline. D'autre part, en conservant la répartition de 50 %-50 % promise aux internes de médecine générale lors de récentes négociations avec l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (Isnar-IMG), opposée à la convention médicale.

Malgré cette «*rallonge* », le calme n'est pas revenu. L'Anemf réclame maintenant une nouvelle répartition «*plus pragmatique des postes, fondée sur les conclusions de l'Observatoire de la démographie des professions de santé (Ondps) : 44 % pour la médecine générale et 56 % pour les autres spécialités* ». Les étudiants demandent des garanties quant au maintien de la procédure de choix de la spécialité d'internat en amphithéâtre. Ils souhaitent la mise en place d'un stage de médecine générale dès le deuxième cycle et l'ouverture de discussions sur les modalités d'un «*redoublement* » aux épreuves classantes nationales (ECN). L'Anemf indique qu'elle maintiendra son préavis tant que toutes ses revendications n'auront pas reçu un écho positif du ministère de la Santé.

CHRISTOPHE GATTUSO

**Pour Dominique Polton (Irdes), « on navigue à vue »
Le Quotidien du Médecin du 16/03/2005**

Dominique Polton, directrice de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), juge « assez conservatoires » les récentes propositions du ministère de la Santé. Elle met en garde contre les risques que pourrait avoir sur le long terme le différentiel entre les intentions et le nombre de médecins réellement formés en médecine générale.

LE QUOTIDIEN - Certains observateurs remettent en cause l'ouverture de 4 800 postes d'internat en 2005, estimant ce nombre trop élevé. Qu'en pensez-vous ?

DOMINIQUE POLTON - Nous sommes en période de transition entre deux concours, ce qui entraîne beaucoup d'incertitudes et peut expliquer ce chiffre relativement élevé. Il est pourtant surprenant de constater que, l'année dernière, trois mille huit cents postes étaient ouverts aux épreuves classantes nationales (ECN), mais que seulement trois mille deux cents ont été pourvus. Avec de si gros écarts entre les estimations de départ et les chiffres à l'arrivée, on s'expose à ce que le résultat final, en termes de répartition, soit assez loin de celui initialement prévu.

Voulez-vous dire que, avec une répartition de 50 %-50 % entre la médecine générale et les autres spécialités, on risque de se retrouver dans la même situation ?

La répartition des postes à 50 %-50 % entre médecine générale et les autres spécialités est assez conservatoire. Devant l'incertitude, on a tendance à se dire qu'il faut essayer d'équilibrer la baisse à la fois chez les généralistes et les spécialistes. L'année dernière, 45 % des postes ouverts étaient réservés à la médecine générale et 55 % aux autres spécialités. Lors du choix de la spécialité, 36 % des candidats ont finalement opté pour la médecine générale et 64 %, pour une autre spécialité. C'est problématique, car on ne retrouve pas à l'arrivée les intentions de formation. Si ce phénomène perdure, cela aura bien sûr des effets sensibles dans une vingtaine d'années sur la répartition spécialistes-généralistes. La solution ne peut passer que par la valorisation de la médecine générale, pécuniaire, mais aussi universitaire, et par une évolution de son organisation vers les cabinets de groupe.

De quels outils le gouvernement dispose-t-il pour prévoir une répartition pertinente entre les spécialités ?

Pour les deux grands blocs que sont la médecine générale et les autres spécialités, il existe des scénarios de projections d'offres de soins, comme celles réalisées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) pour l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (Ondps). On sait, toutes choses égales par ailleurs, que si l'on forme 50 % de généralistes et 50 % de spécialistes il en résultera une baisse moins importante du nombre de généralistes que de spécialistes. En faisant varier le curseur, on bascule complètement. On sait aussi qu'il serait nécessaire de définir un modèle d'organisation du système de soins et de répondre à ces questions : qui fait quoi, quelle est la place de la médecine générale, comment s'organise-t-elle, quels sont ses rapports avec les autres spécialités ? Ce modèle est susceptible de faire changer brusquement les besoins démographiques en généralistes et en spécialistes. C'est un sujet délicat, puisque l'on a déjà bien du mal à dire si le nombre actuel de généralistes est correct ou trop faible. On navigue à vue.

Lors de la répartition des spécialités, le gouvernement a dû tenir compte des plans Chirurgie et Psychiatrie, ce dont ont pâti d'autres spécialités.

Alors que, d'une manière générale, la démographie médicale est en baisse, il y a un danger à extraire une spécialité quelle qu'elle soit pour lui conférer une protection particulière. D'une manière ou d'une autre, on déshabille Pierre pour habiller Paul. Il y a quelques années, on a fait cela pour la gynécologie-obstétrique, la pédiatrie et l'anesthésie-réanimation. Il est aujourd'hui frappant de constater que des problèmes de formation très importants se posent en gynécologie-obstétrique. Dans certaines régions, le marché commence à être saturé, des jeunes spécialistes qu'on forme pourraient commencer à avoir des problèmes de débouchés. En outre, toutes les autres spécialités demandent à bénéficier du même traitement. On assiste ainsi à des politiques successives d'augmentation et de réduction brutale.

Comment répartir au mieux ces 4 800 postes selon les besoins régionaux ?

La commission de la démographie médicale, sous la houlette du Pr Yvon Berland, est chargée de faire des propositions pour améliorer la répartition géographique et par spécialité. La régionalisation du *numerus clausus* et des épreuves classantes nationales (ECN) sont encore en maturation. Des travaux de la Drees ont montré que, compte tenu de la mobilité des spécialistes depuis l'instauration du concours de l'internat, ouvrir un certain nombre de postes au *numerus clausus* ne suffit pas à assurer une régulation sur le territoire. On organise au contraire la mobilité des spécialistes entre les régions au terme de leurs études. On peut se demander si cela ne sera pas le cas également pour les généralistes. Une étude de la Drees montre que, si les comportements et le *numerus clausus* ne

changent pas, on assistera à un resserrement démographique entre les régions. Celles très bien pourvues comme l'Ile-de-France, la Provence-Alpes-Côtes d'Azur, le Languedoc ou Midi-Pyrénées seront davantage touchées par le départ à la retraite de médecins. Plusieurs variantes montrent également que le mouvement des généralistes pourrait avoir pour effet d'accroître les disparités régionales.

L'application de la Ccam technique
Le compte à rebours a commencé
Le Quotidien du Médecin du 16/03/2005

Frédéric van Rookeghem, le « patron » de la Sécu, a présenté simultanément la Ccam technique et le plan de bataille de l'assurance-maladie pour atteindre le milliard d'économies prévu en 2005 dans le cadre de la maîtrise médicalisée.

« SI VOUS AVEZ aimé les 33 tarifs de la convention, vous allez adorer les 7 200 tarifs de la Ccam », a ironisé le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam) en présentant publiquement pour la première fois la classification commune des actes médicaux techniques. Le compte à rebours a commencé en vue du lancement de cette Ccam au 25 mars. En effet, vendredi dernier, les signataires de la convention (les syndicats Csmf, SML, Alliance et l'Uncam) ont validé la base tarifaire de la Ccam par un avenant conventionnel transmis aussitôt au ministère de la Santé. Le même jour, Frédéric van Rookeghem a paraphé l'acte réglementaire définissant le périmètre des soins remboursables pour les nouveaux actes (après « avis positif » de la Haute Autorité de santé rendu le 10 mars). L'assurance-maladie a désormais mis en ligne sur son site Internet (1) les 7 200 libellés de la Ccam technique et les tarifs correspondants. Selon un expert, si cette ultime grille tarifaire corrige « des erreurs de tarification en chirurgie vasculaire dont l'impact ne dépasse pas 300 000 uros », elle vise surtout à « boucher quelques trous pour permettre aux établissements de santé d'avoir un bon Pmsi » (programme médicalisé des systèmes d'information), y compris pour les actes restés en nomenclature Ngap (stomatologie par exemple).

L'esprit de l'accord.

Le directeur général de l'Uncam défend l'esprit du protocole d'accord signé le 25 février avec les syndicats Csmf, SML et Alliance (« le Quotidien » du 28 février). Grâce à l'enveloppe de 180 millions d'euros allouée par la Sécu, l'accord reflète selon lui « une approche équitable », en évitant une « déstabilisation des cabinets » pour les spécialités perdantes (radiothérapie et radiologie, cardiologie interventionnelle, médecine nucléaire) et en garantissant en 2005 pour tous les actes gagnants « un tiers de la revalorisation » prévue à terme par les tarifs cibles de la Ccam (qui ne seront pas appliqués avant plusieurs années).

Frédéric van Rookeghem a fait valoir que la Ccam va se substituer à deux nomenclatures obsolètes et incomplètes en ville et en établissement, la Ngap et le Cdam, en intégrant notamment le traitement de la douleur. Si la Ccam technique exige « une période d'adaptation », a-t-il déclaré, son « codage plus précis » aura l'avantage de fournir d'emblée « une connaissance de l'activité médicale partagée avec les professionnels de santé », et permettra, par conséquent, « une stratégie plus globale » en matière de maîtrise médicalisée.

Maîtrise médicalisée : le plan de bataille.

Parallèlement au démarrage de la Ccam technique, la Sécu commence à mettre en œuvre son plan de bataille pour économiser, dès 2005, près de 1 milliard d'euros dans le cadre de son plan de maîtrise médicalisée des dépenses (articulé avec le plan médicament du gouvernement). Frédéric van Rookeghem pense pouvoir tenir l'objectif de dépenses (Ondam) fixé par le Parlement et ne redoute pas l'intervention du nouveau comité d'alerte en cas de dérapage des dépenses au-delà de 0,75 % de l'Ondam. « Le comité d'alerte est indépendant, se réunira quand il le souhaitera et émettra les préconisations qu'il estimera raisonnable, mais je n'ai pas aujourd'hui d'inquiétudes particulières sur le sujet », affirme le « patron » de la Sécu.

La convention signée le 12 janvier a pointé cinq principaux gisements d'économies potentielles : les arrêts de travail (150 millions d'euros d'économies prévues), les prescriptions de statines (161 millions), les antibiotiques (91 millions), la prescription d'hypnotiques et d'anxiolytiques (33 millions), le respect de l'ordonnancier bizona pour les personnes en affection de longue durée (ALD, 455 millions, voir aussi encadré). Ces thèmes ont déjà inspiré le « plan d'action national de contrôles et de lutte contre les fraudes » de la Caisse nationale d'assurance-maladie (Cnam) (« le Quotidien » des 9 et 10 février).

Rencontres individuelles.

Ils sous-tendent de même d'autres actions engagées avec les médecins libéraux dans « *une démarche tout à fait coopérative* », souligne le directeur général de la Cnam. Outre les réunions locales sur la convention déjà organisées par les caisses primaires (Cpam), « *620 délégués technico-commerciaux de l'assurance-maladie vont rencontrer individuellement plus de 50 000 médecins à partir de la mi-mars et jusqu'à la mi-mai* », précise la Cnam. Les délégués rendront visite en moyenne trois fois par an à ces médecins, « *des généralistes et des spécialistes choisis au niveau local* », pour leur exposer les enjeux de la maîtrise médicalisée et les aider à situer leur pratique de prescriptions par rapport à leurs confrères. Ils communiqueront notamment à chaque médecin un livret récapitulatif des objectifs nationaux et régionaux de maîtrise médicalisée, ainsi que son « *profil personnalisé* » de prescriptions sur les cinq thèmes sur l'année 2004. Grâce à l'actualisation des profils personnalisés en fonction des premiers mois de l'année en cours, les délégués « *feront un point avec les médecins sur l'évolution de leurs prescriptions à partir de septembre 2005* ».

D'autre part, les praticiens-conseils des services médicaux des caisses solliciteront les médecins gros prescripteurs de certains médicaments pour fixer avec eux un entretien téléphonique confraternel. Ces échanges confraternels se focaliseront sur trois thèmes, selon le Dr Pierre Fender, médecin-conseil national adjoint de la Cnam : les statines, les antibiotiques (30 000 échanges préles somnifères (10 000 échanges confraternels)).

Enfin, l'assurance-maladie disposera d'un tableau de bord de la maîtrise médicalisée grâce à un « *suivi fin* » aux niveaux national, régional et local, par l'intermédiaire des commissions conventionnelles paritaires.

AGNÈS BOURGUIGNON

(1) <http://www.ameli.fr/77/DOC/83/enquete.html>

Les prises en charges des ALD passées au crible

La moitié des économies prévues par la convention concerne le remboursement des soins dispensés aux 7 millions de patients atteints d'une affection de longue durée (ALD). L'assurance-maladie table sur 455 millions d'euros d'économies grâce au respect des règles de prise en charge, et en particulier par une utilisation plus stricte de l'ordonnancier bizonne.

Le Dr Pierre Fender, médecin-conseil national adjoint, constate une « *banalisation du remboursement à 100 %* », si bien qu'au moins « *10 à 15 %* » des prescriptions médicamenteuses prescrites aux patients en ALD seraient exonérées à tort du ticket modérateur.

La Cnam, qui mène actuellement une étude sur le sujet, a publié de « *premiers résultats* » portant sur un « *échantillon non représentatif* » en Gironde et dans le Maine-et-Loire. Sur un an, la caisse a observé diverses anomalies dans les prescriptions remboursées à l'ensemble des personnes en ALD des deux départements (hormis ceux souffrant de polyopathologies), mais sans rapport avec l'ALD.

Ainsi, les personnes reconnues en ALD pour une insuffisance respiratoire chronique grave auraient bénéficié d'une prise en charge à 100 % pour près de 70 % des prescriptions de statines, 60 % des médicaments inhibiteurs de la pompe à protons. Les malades psychiatriques auraient été de même exonérés de ticket modérateur pour plus de 50 % des statines et antiulcéreux prescrits, et environ 85 % de leurs séances de kinésithérapie. Autre exemple : 80 % des séances de kiné et des médicaments antiulcéreux des patients hypertendus (HTA) auraient aussi été indûment pris en charge à 100 % par la Sécu.

Statut des PH

Le ministre veut vite conclure

Le Quotidien du Médecin du 16/03/2005

« *DÉTERMINÉ ET CLAIR* » : c'est ainsi qu'est apparu lundi le ministre de la Santé aux yeux du Pr Roland Rymer, le président du Syndicat national des médecins des hôpitaux publics (Snam). Philippe Douste-Blazy a souhaité s'entretenir personnellement avec les présidents des quatre intersyndicats de praticiens hospitaliers (PH) pour faire le point sur les négociations statutaires, qui s'enlisent depuis leur lancement en octobre 2004 (« *le Quotidien* » du 14 mars). « *Ce n'était pas une réunion de négociation : nous n'avons pas discuté du texte, mais de l'esprit de la réforme* », précise le Pr Rymer.

L'état d'esprit du ministre, semble-t-il, c'est de conclure, et rapidement, ces négociations qui n'ont que trop duré. Philippe Douste-Blazy a invité les syndicats à se prononcer rapidement sur le projet de protocole d'accord - une ultime version doit leur être remise cette semaine, qui tient compte des remarques des uns et des autres. « *On a l'impression que le ministre veut faire bouger les choses* », reconnaît le Dr Rachel Bocher, la présidente de l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers (Inph), qui reste néanmoins sur ses gardes : « *La dernière version de l'accord (en date du 28 février, ndlr) ne nous satisfait pas. On attend le nouveau texte ; notre position dépendra des modifications apportées.* »

Cent quatre-vingts millions d'euros.

Le Snam se donne la semaine « *pour voir* », indique pour sa part Roland Rymer. La Coordination médicale hospitalière (CMH) réserve également sa position jusqu'à demain. « *Nous espérons que nos propositions d'amendements - sur la part complémentaire variable et la partie statutaire - seront retenues* », livre le Dr François Aubart. Selon le président de la CMH, « *le ministre souhaite un accord le plus large possible* ». Au total, 180 millions d'euros sont mis sur la table sur trois ans. Philippe Douste-Blazy entend, par le biais d'une campagne de communication menée d'ici à la fin de semaine, « *faire la preuve que la situation des PH est pour lui prioritaire* », rapportent les participants à la réunion de lundi.

Le président de la Confédération des hôpitaux généraux (CHG), le Dr Pierre Faraggi, pose un regard plus critique sur la manière dont s'est déroulée l'entrevue avec Philippe Douste-Blazy : « *Le ministre était inhabituellement agressif. Nous lui avons remis nos pétitions (exigeant l'abandon de la réforme statutaire, ndlr) et il n'a pas apprécié.* »

Les jours à venir s'annoncent décisifs. Aucune nouvelle réunion n'est prévue au ministère de la Santé. Chaque syndicat va devoir clairement prendre position sur la base du texte remanié. Pour Philippe Douste-Blazy, « *si accord il doit y avoir, il sera clairement officialisé en tout début de semaine prochaine lors d'une séance de signature* », indique le président de la CMH.

Une couverture inégale et coûteuse L'Humanité 2 mars 2005

* 86 % des Français sont couverts par une complémentaire maladie. Qui intervient surtout sur les soins de ville (consultations, médicaments), et prend en charge la majeure partie des frais de soins dentaires et optiques. Il y a toutefois de grandes inégalités de niveaux de garantie et de tarifs. Les contrats collectifs en entreprise, parce qu'ils sont obligatoires et que leur financement est couvert à près de 60 % par l'employeur, offrent généralement de meilleures couvertures à un moindre coût que les contrats individuels.

* Le marché de la complémentaire (21 milliards d'euros de cotisations en 2003) est dominé par les mutuelles à but non lucratif, à hauteur de 60 %, le reste se partageant entre les assurances privées et les institutions de prévoyance (pour les contrats en entreprise). Confrontés à l'augmentation constante de leur charge (plus 48,4 % de prestations servies entre 1995 et 2003), ces trois acteurs se livrent une concurrence de plus en plus âpre, amenant à une certaine convergence des pratiques tarifaires. Les mutuelles, qui ne pratiquaient pas de sélection par l'âge, modulent maintenant leurs tarifs selon ce critère, imposant des cotisations plus élevées aux plus âgés.

* La cotisation moyenne par ménage est de l'ordre de 840 euros par an ; 4,7 millions de personnes à revenus modestes n'ont accès à la complémentaire que grâce à la CMU. Trois millions, se situant juste au-dessus du plafond, n'en ont pas, principalement pour des raisons financières.

* La loi Douste-Blazy crée une aide à l'achat de la complémentaire pour les personnes dont les revenus n'excèdent pas de plus de 15 % le plafond de la CMU. Cette aide (150 euros pour les personnes âgées entre 25 et 59 ans, 250 euros pour les plus de 60 ans, 75 euros pour les moins de 25 ans) est largement jugée trop faible pour changer la donne. La Mutualité propose de généraliser à tous les ménages un crédit d'impôt (155 euros par personne). Le coût (de 4 à 7 milliards d'euros) serait tel, remarque le haut conseil de l'assurance maladie, « *qu'on peut se demander s'il ne serait pas plus opportun d'affecter ces crédits* » au relèvement des barèmes de remboursement de la Sécu.

Une convention des Urml avec un groupe de cliniques privées **Le Quotidien du Médecin, 08 mars 2005**

LA CONFERENCE nationale des présidents des unions régionales des médecins libéraux (Urml) n'a pas attendu que les règles de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) soient inscrites dans le marbre pour préparer le chantier des cinq prochaines années.

Elle signe aujourd'hui à Toulouse une convention de coopération avec le groupe de cliniques privées Capiro. Son intention est de déployer rapidement l'EPP dans les établissements hospitaliers privés.

Pionnière de la procédure d'accréditation - elle a obtenu dès 2001 l'une des premières accréditations délivrées par l'ex-Anaes -, la clinique des Cèdres inaugurer ce rapprochement. Les 180 praticiens libéraux de l'établissement toulousain seront évalués dans l'année à venir. Le Dr Pierre Monod, président de la CNP, voit dans la signature de cette convention « *le témoignage que l'EPP est entrée dans les mœurs* ». L'accord prévoit que le groupe Capiro s'engage à apporter l'ensemble des moyens matériels et humains nécessaires à la mise en place des programmes d'évaluation individuelle ou en groupe des pratiques professionnelles des médecins de ses établissements. Pour sa part, la CNP garantit que les unions financeront le dispositif. « *Nous souhaitons que l'évaluation reste indépendante et de la responsabilité des médecins* », commente Pierre Monod. Pour la clinique des Cèdres, l'une des plus grandes de France, le coût de l'opération pourrait atteindre 180 millions d'euros, à la charge de l'Urml de Midi-Pyrénées. Des médecins formés et habilités par la Haute Autorité de santé (HAS) à réaliser des évaluations seront donc mis « *gratuitement* » à disposition de l'établissement. La conférence s'engage à faire de même pour les praticiens exerçant au sein d'un établissement du groupe Capiro. Avant le démarrage du programme d'évaluation, prévu au 1er juillet, chacune des unions doit conclure une convention de coopération avec le ou les établissements du groupe d'hospitalisation privée. « *Nous espérons que cette collaboration en appellera d'autres* », commente Pierre Monod. Conclue pour une durée de un an, la convention pourrait être reconduite si elle donne satisfaction à ses signataires.

La mobilisation contre la désertification des zones rurales **Le Quotidien du Médecin, 08 mars 2005**

Démographie médicale et maintien des services publics sont étroitement liés. Elus, partis politiques, administrations et associations se mobilisent, notamment dans la Creuse, pour le maintien des services publics de proximité. Mais, au-delà du confort et de la qualité de vie des habitants des zones rurales confrontés à cette disparition des services publics, se pose la question brûlante de l'offre de soins : un médecin peut-il convenablement exercer dans une zone rurale qui perd ses infrastructures ?

LE Dr JEAN-JACQUES RICHARDOT est médecin généraliste au Grand-Bourg, dans la Creuse. Et le problème de la disparition des services publics, et même privés, il le connaît bien, car il le subit de plein fouet.

Le Dr Richardot regrette que les heures d'ouverture de sa banque (deux demi-journées par semaine) le contraignent à des contorsions d'emploi du temps pour y déposer dans des délais raisonnables les chèques de ses patients ; le téléphone portable qui fonctionne tout au fond du jardin, mais pas dans la maison, n'est pas non plus sa tasse de thé, quant à la connexion Internet bas débit, elle lui fait perdre du temps, notamment quand il s'agit de télétransmettre. Mais il y a plus grave encore : « *Ma fille entre en seconde et, ici, il n'y a pas d'autre troisième langue que l'italien. Elle va donc devoir nous quitter et partir pour Limoges, afin de poursuivre convenablement ses études.* »

Toujours dans le département de la Creuse, le Dr Michel Trabuc, président du conseil départemental de l'Ordre des médecins, a délibérément un ton plus mesuré : « *Le conseil départemental ne s'implique pas directement dans la mobilisation pour la sauvegarde des services publics ; mais nous sommes très attentifs à la question de désertification. Le problème est que, dans la Creuse, il y a une réelle dépopulation ; si bien que les services publics fonctionnent au ralenti. Et, pour conserver les écoles, il faut d'abord qu'il y ait des élèves !* »

Mais, pour le Dr Trabuc, à côté des services publics qui disparaissent, il y a aussi le problème récurrent de la permanence des soins : « *Dans un département comme le nôtre, les astreintes deviennent*

extrêmement pénibles et les médecins sont sur le fil du rasoir. Les réquisitions préfectorales peuvent tomber d'un moment à l'autre. » De sorte que le Dr Trabuc, sans s'y impliquer directement, porte un regard bienveillant sur la mobilisation en faveur de la sauvegarde des services publics : « Cela fait parler des problèmes de notre région, et cela peut inciter l'Etat à porter sur nous un regard bienveillant. » Car la situation de la démographie médicale de la Creuse commence à l'inquiéter : « Bien sûr, nous avons actuellement suffisamment de généralistes ; ce qui m'inquiète, c'est leur moyenne d'âge, qui tourne autour de 55 ans. Qu'en sera-t-il dans dix ans ? »

Un risque

Dans la Haute-Vienne, le Dr Thierry Lebrun est généraliste à Nexon, et vice-président de MG-France. « Avant même de parler des services publics, prévient-il, il faut dire que la nouvelle convention médicale ne va pas arranger la démographie médicale en zone rurale ; elle rend l'exercice des généralistes encore moins attrayant, et il y a un risque de baisse du nombre de médecins à la campagne. » Comment la disparition des services publics retentit-elle sur son exercice ? « Progressivement, c'est nous, médecins généralistes, qui assumons cette mission de service public quand nous faisons des visites à domicile, notamment chez les personnes âgées. » Aider un patient âgé à remplir des documents administratifs, poster son courrier, téléphoner à sa place à une administration ou à une banque, voilà qui maintient certes le lien social, mais au détriment du temps médical. « Vous pourrez faire un pont d'or aux étudiants en médecine, ajoute-t-il, mais, s'ils ne veulent pas aller à la campagne, ils n'iront pas. D'autant que, ici, en plus du manque d'infrastructures, il faut gérer à la fois la PDS et l'aide médicale urgente. Un généraliste de campagne a intérêt à savoir gérer un infarctus du myocarde, sinon mieux vaut aller exercer en ville. »

Dans la Mayenne, le Dr Luc Duquesnel est sur la même longueur d'onde : « Dans ces régions qui perdent leur population et leurs services publics, pourquoi voulez-vous que les médecins soient les seuls à rester ? » Et le Dr Duquesnel de citer en vrac les téléphones portables qui ne passent pas, les rendez-vous chez un pédopsychiatre hospitalier, avec cinq à six mois d'attente, le manque structurel de personnel hospitalier, et l'Internet bas débit qui empêche de mettre en place des expériences de régulation médicale à domicile. « Je soutiens cette mobilisation à 200 % », conclut-il.

Solidarité nationale

Pour Michel Chassang, président de la Csmf, l'exposé du problème tient en peu de mots : « Si les services publics disparaissent, les médecins aussi. » D'autant qu'il n'est pas certain « que le coût de maintien des services publics soit aussi important qu'on le dit, compte tenu du fait que ces régions à faible démographie sont assez réduites géographiquement. Quoi qu'il en soit, c'est un problème de solidarité nationale : les gens payent les mêmes impôts, ils ont droit aux mêmes services ».

Seule note un peu dissonnante dans ce concert de défense des services publics, le Dr Dinorino Cabrera, président du SML, pour qui cette disparition des services publics en zones rurales est « une évolution de la société qu'il faut accepter ». Selon lui, « le médecin du XXI^e siècle n'a plus vocation à s'installer à la campagne. Il vivra en ville ou en périphérie, et se rendra dans les zones peu peuplées grâce à son cabinet secondaire. Je regrette bien évidemment la disparition progressive des services publics en zones rurales, mais c'est un problème sociétal majeur : l'homme a tendance à s'agglutiner dans les grandes villes ».

Médicaments génériques

De nouvelles règles pour accélérer l'AMM

Le Quotidien du Médecin, 08 mars 2005

DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES, une jurisprudence constante en matière de protection de la propriété industrielle permettait aux laboratoires pharmaceutiques de disposer d'une période de protection supplémentaire pour les extensions de gamme d'un même médicament.

Ainsi, un laboratoire pharmaceutique parvenait souvent à prolonger la durée de protection de ses produits en commercialisant une nouvelle forme galénique ou un nouveau dosage de sa spécialité.

La règle du jeu est désormais modifiée avec la parution au « Journal officiel » d'un décret « relatif aux modifications d'autorisation de mise sur le marché de médicaments à usage humain », qui transpose en droit français la directive communautaire du 31 mars 2004. Ce décret instaure la notion nouvelle « d'autorisation de mise sur le marché globale », qui aura pour effet de ne plus conférer aux extensions de gamme des médicaments des périodes de protection supplémentaires. Dorénavant, tous

les médicaments du même laboratoire issus du même principe actif, et indépendamment de sa présentation ou de son dosage, bénéficieront d'une durée de protection unique et les extensions de gamme ultérieures n'apporteront plus de durée de protection supplémentaire.

Dans un communiqué, le ministère de la Santé annonce la parution du décret et indique que « *certains médicaments qui étaient jusqu'alors protégés en application de cette jurisprudence antérieure vont désormais pouvoir être génériques. Il s'agit notamment des molécules suivantes : Gabapentine 600 mg ou 800 mg, et Fénofibrate 160 mg* ».

Malgré sa progression en 2004 La T2A incite la Générale de Santé à la prudence Le Quotidien du Médecin, 08 mars 2005

QUELQUES jours après avoir annoncé un chiffre d'affaires de 1 250 millions d'euros en 2004 (+ 10,4 % en un an), la Générale de Santé a présenté en détails ses comptes annuels. 2004 a été marquée par une forte progression du groupe d'hospitalisation privée qui réalise un bénéfice net de 27,4 millions d'euros, un résultat en hausse de 67,1 % par rapport à 2003. Le fort niveau d'activité combiné aux mesures du programme de restauration des marges initié en 2003 a permis à la Générale de Santé d'améliorer sa marge opérationnelle de 0,8 point au niveau du résultat d'exploitation et de 0,6 point au niveau de l'excédent brut d'exploitation (141,1 millions d'euros). « *Conformes aux objectifs, ces performances, tant en termes d'activité que de rentabilité, sont très satisfaisantes* », analyse Daniel Bour.

Le président du directoire de la Générale de Santé est néanmoins plus réservé quand il évoque ses objectifs pour 2005, année charnière pour l'hospitalisation : « *Le manque d'expérience lié à la mise en œuvre de la tarification à l'acte et à l'activité (T2A) conduit le groupe à une certaine prudence.* » Pour autant, Daniel Bour est satisfait de l'entrée en application depuis le 1er mars de la réforme qui doit aboutir à l'horizon 2012 à une convergence des tarifs entre les établissements publics et privés. « *Le lancement de la T2A constitue une vraie victoire pour notre groupe et un grand pas en avant pour l'ensemble du secteur de l'hospitalisation en France. Nous n'aurons plus les effets pervers de la tarification à la durée qui nous pénalisait lorsque nos patients réduisaient leur séjour. Le nouveau système pousse à être plus performants.* » Le président du directoire de la Générale de Santé estime que l'année 2005 devrait être « *un peu radicale comme c'est souvent le cas lors des changements majeurs* ». Il attend une hausse de 3 % du volume d'activités des soins et services hospitaliers en France, mais regrette que la hausse des tarifs, fixée à 2 %, soit « *inférieure à celle de l'inflation médicale* ».

Après avoir tout récemment fait l'acquisition de quatre cliniques parisiennes du groupe Chiche et des laboratoires Fleminglabs en Italie (« le Quotidien » du 4 février), la Générale de Santé entend poursuivre sa croissance externe dans les années à venir. Composée de 156 établissements et centres de soins, elle se donne pour objectifs à moyen terme d'atteindre 20 % de parts de marché en France (12 % actuellement) et un chiffre d'affaires de 150 millions d'euros en Italie.

Intempéries et grand froid Les services d'urgences davantage sollicités Le Quotidien du Médecin, 08 mars 2005

L'ACCUEIL et la prise en charge des patients pendant les intempéries sont bien maîtrisés dans les services d'urgences, assure la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos) à la fin de la semaine dernière.

Une cellule nationale de veille a été constituée le 2 mars au sein de la Dhos pour observer l'évolution de cette prise en charge, et des instructions ont été données aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Il ressort deux constats de cette veille : les services d'urgences sont davantage sollicités depuis l'apparition de la vague de grand froid.

Une activité comparable à celle des années précédentes.

Néanmoins, leur activité se situe à un niveau comparable aux précédentes années à la même période. « *L'activité de traumatologie a significativement augmenté du fait des conditions météorologiques* », mais « *le pic d'épidémie de grippe est dépassé* », indique de son côté l'Assistance publique des

hôpitaux de Paris (AP-HP), qui ne constate pas d'accroissement particulier de l'activité d'urgences. Le Dr Patrick Pelloux, urgentiste à l'hôpital Saint-Antoine (AP-HP), dressait en fin de semaine un tableau moins optimiste de la situation. Pour le président de l'Association des médecins urgentistes de France (Amuf), « *l'état de crise chronique aux urgences* » est « *aggravé par la situation climatique* ». « *La situation est très grave et intolérable aux urgences dans de nombreux établissements* », notamment « *à Avignon, à Toulouse, à Lyon, à Dijon, à Villeneuve-Saint-Georges* », affirme le Dr Pelloux.

Le saut dans l'inconnu pour de nombreuses cliniques Le Quotidien du Médecin, 1 mars 2005

C'est aujourd'hui 1er mars que la tarification à l'activité (T2A) entre enfin en application dans l'hospitalisation privée. Une certaine inquiétude, compréhensible, règne dans de nombreux établissements privés. Les médecins libéraux qui exercent en clinique devront aussi changer leurs habitudes, puisqu'ils devront coder leurs actes en Ccam (classification commune des actes médicaux).

C'EST LE JOUR J dans les cliniques privées. Tant attendu par certains, tant redouté par d'autres. Aujourd'hui, 1er mars 2005, les établissements de santé privés tournent définitivement le dos à l'objectif quantifié national (OQN), et entrent de plain-pied dans la tarification à l'activité (T2A). Sont concernées, 686 cliniques spécialisées en médecine, chirurgie et obstétrique, ainsi que 520 unités de dialyse.

À compter d'aujourd'hui, tous les patients qui sortiront de ces structures seront concernés par le dispositif T2A. Pour eux, pas de changement notable. Pour les médecins libéraux qui y exercent, en revanche, les habitudes vont être modifiées du jour au lendemain. Dorénavant, ils doivent coder leurs actes en Ccam (classification commune des actes médicaux). Le plus rapidement possible, car les délais de facturation sont plus longs. En effet, le circuit de l'information est plus complexe avec la T2A : jusqu'à hier, seule l'information médicalisée transitait par le département d'information médicale (DIM) des cliniques. S'y ajoutent maintenant des informations administratives (âge, date d'entrée et de sortie). Le traitement de ces données aboutit à un numéro de GHS (groupe homogène de séjour), qui correspond à un tarif, et qui part sur la facture.

Des retards dans la facturation, et donc dans leur paiement par les caisses, sont à prévoir au début, car chaque facture doit contenir toutes les informations permettant de fixer le GHS. Une pratique nouvelle pour les cliniques, habituées à établir des factures complémentaires dans bien des cas - pour les prothèses ou les actes de biologie externalisés, par exemple.

Inquiétude.

Une période de rodage semble donc inévitable. Le passage des cliniques à la T2A peut-il se solder par un échec ? Nul ne peut le dire aujourd'hui. Dans le doute, les pouvoirs publics ont prévu un système d'avance sur trésorerie pour les établissements et les praticiens libéraux, leur permettant d'être payés si aucune somme ne rentre (voir article ci-dessous).

Sur le terrain, les professionnels sont inquiets. Certains ne cachent pas leur scepticisme, comme le Dr Christian Pradeyrol, P-DG du centre médico-chirurgical d'Aurillac. « *On est à peu près au point techniquement, mais on a l'impression que, du côté des caisses, on n'est pas prêt. Les médecins, eux, se posent beaucoup de questions sur l'avenir de leurs honoraires.* » Le P-DG a-t-il une idée de l'impact du passage à la T2A sur les comptes de son établissement ? Pas la moindre. « *C'est impossible de faire des projections, de dire si on va gagner ou perdre de l'argent, car il reste des incertitudes : certains GHS ne sont pas encore définis, et on ne sait toujours pas si les prothèses et les médicaments coûteux seront pris en charge en plus des GHS ou non.* » Comment voit-il l'avenir ? « *Les établissements privés sont souples, réactifs. On va s'adapter. Mais il faut le dire : la mise en œuvre de cette réforme, c'est la bouteille à l'encre* », lâche le Dr Pradeyrol.

« L'enjeu en vaut la peine ».

Un grand saut dans l'inconnu, en somme. Des tensions, les caisses y font face chaque jour. « *C'est un chantier très vaste, la T2A. Le terrain questionne, on répond, c'est normal* », indique la responsable

informatique de la caisse primaire de Clermont-Ferrand. Yvonne Riou réfute l'argument des cliniques : les caisses sont prêtes, « *on s'y prépare depuis 2004* ». Pourtant, la caisse de Clermont a connu entre 0 % et 75 % d'échecs au niveau de ses tests de transfert de facturation au cours des dernières semaines.

À Annecy, le taux de rejet a été ramené de 100 % en janvier, à 30 % pour certaines cliniques à la mi-février. La caisse a dû insister : « *Il a fallu relancer les cliniques pour les motiver, leur expliquer les enjeux : la facturation aux complémentaires, par exemple, va complètement changer avec la T2A* », explique la responsable des relations avec les établissements de santé, Marie-France Ocampo.

Avec 15 % de rejets seulement ces derniers jours, la clinique Champeau, à Béziers, est quasiment au point, selon son directeur, Olivier Toma, qui s'inquiète malgré tout : « *Le problème, c'est que la T2A ne marchera pas du jour au lendemain. On ne connaît pas nos coefficients correcteurs, on ne connaît pas nos tarifs ; on ne sait pas, par exemple, comment facturer les soins palliatifs. Plein d'aspects ne sont pas au point. Cela va se traduire au minimum par 15 jours de flottement au niveau de notre trésorerie.* »

Le syndicat de cliniques que préside Olivier Toma, SCS, juge précipité le passage à la T2A, et parle d'« *improvisation* ». « *Personne (ARH, caisses, ministère...) n'est en mesure aujourd'hui en France de donner les repères minimaux aux professionnels, dénonce le syndicat. Aucune règle n'existe. De plus, la T2A dépend de la codification des médecins auxquels s'applique la nouvelle Ccam le 1er mars. Si les praticiens, aucunement formés ni préparés, codent mal, la facturation de la clinique est fautive et refusée.* »

La Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), qui soutient activement la réforme, reconnaît qu'il n'y a pas eu de réelle expérimentation. Elle s'attend à des problèmes sur le terrain dans les tout prochains jours. Son président, le Dr Ken Danis, comprend les craintes des professionnels, mais pour lui, pas question de faire marche arrière : « *L'enjeu en vaut la peine* », insiste-t-il.

DELPHINE CHARDON

25 % des budgets hospitaliers en 2005

IL N'Y A PAS que les cliniques privées qui expriment des inquiétudes sur la T2A. Ne sachant à quelle sauce ils vont être mangés en 2005, les hôpitaux publics sont également préoccupés. Dans leur cas, la problématique est différente : à l'inverse du secteur privé, qui bascule à 100 % dans la T2A du jour au lendemain, le secteur public abandonne progressivement la dotation globale, pendant que monte en charge la T2A.

L'an dernier, la part des budgets hospitaliers concernée par la tarification à l'activité était de 10 %. A combien est porté ce pourcentage en 2005 ? Cette information, cruciale pour définir leur budget annuel, les hôpitaux publics l'attendent impatiemment. Faute de savoir à quoi s'en tenir, ils sont contraints de naviguer à vue depuis le début de l'année. Au ministère de la Santé, on précise que des ajustements techniques compliqués sont à l'origine de ce retard décisionnel. Interrogée par « *le Quotidien* », la responsable de la mission T2A a mis un terme au suspense. Selon Martine Aoustin, le ministère de la Santé vient de rendre son arbitrage, après avoir pris l'avis du Conseil national de l'hospitalisation : en 2005, la T2A représentera 25 % des budgets hospitaliers - le reste de l'enveloppe sera versé par dotation globale. La circulaire sur la campagne budgétaire des hôpitaux pour 2005, dont la sortie est imminente, officialisera la nouvelle.

Un palmarès des caisses d'assurance-maladie

Les Cnam de Montpellier, d'Avignon et de Nice seraient les plus performantes

Le Quotidien du Médecin, 1 mars 2005

LES CAISSES primaires d'assurance-maladie (Cnam) de Montpellier, d'Avignon et de Nice sont les plus performantes, tandis que Clermont-Ferrand, Rouen et Paris sont les dernières, selon un classement établi par le magazine « *l'Expansion* », à partir d'un audit interne mené par l'assurance-maladie dans ses cent vingt-huit Cnam.

Combinant « *des critères qualitatifs et quantitatifs qui permettent d'attribuer des points de performance, dont on mesure ensuite le coût* », ce « *palmarès* » mesure la bonne gestion des caisses. Sont notamment étudiés la proportion des remplacements des départs à la retraite (neuf postes sur dix

seraient remplacés à Montpellier, mais un sur dix seulement à Paris), les dépenses de gestion par bénéficiaire (43,38 euros à Montpellier, 88,59 euros à Paris), le nombre de bénéficiaires traités par agent (plus de 1 000 à Montpellier, 577 à Clermont-Ferrand). La bonne conduite en matière de feuilles de soins électroniques, de prescription de génériques, de limitation des antibiotiques, de baisse des visites des médecins à domicile... est également étudiée de près.

Attaché aux caisses les plus « performantes », le classement final ne se retrouve pas exactement quand les angles d'étude changent. Si l'on considère les caisses les plus « efficaces » (en termes de délais de remboursement, de temps d'attente au guichet, de contrôles des médecins, de qualité de la télétransmission...), Poitiers, Reims et Le Mans sont dans le peloton de tête, tandis que Nîmes, Toulon et Ajaccio arrivent à la fin.

Dans son rapport sur la Sécurité sociale en septembre 2004, la Cour des comptes estimait que des efforts d'économies pouvaient être demandés aux caisses. Selon elle, la gestion administrative du régime général de la Sécu représentait « *environ 10 milliards d'euros* », soit 4 % du total des dépenses du régime.