

## **revue de presse ONALA novembre 2004**

### **Les difficultés financières des hôpitaux franciliens**

**Le Quotidien du Médecin 30 novembre 2004**

**Philippe Ritter (Arhif) : retour à l'équilibre au plus tard en 2008**

*Alors que de nombreux hôpitaux de son ressort traversent une grave crise financière, le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France (Arhif) explique sa politique. Il précise en particulier ce qu'il attend des « contrats de retour à l'équilibre » qu'il est en train de signer avec les plus mal en point.*

**LE QUOTIDIEN - La région Ile-de-France concentre le plus grand nombre d'hôpitaux en difficulté financière. L'Arhif prévoit d'aider les plus mal en point en échange de contreparties. Vous avez sélectionné 38 établissements publics et privés pour signer un contrat de retour à l'équilibre financier. Comment les discussions avancent-elles ?**

**PHILIPPE RITTER** - Sont conclus, signés ou en cours de signature, 25 contrats sur 38. Pour les autres, les négociations sont encore en cours et devraient déboucher dans les toutes prochaines semaines. Globalement, le travail est plus avancé du côté des établissements publics. Tous ceux qui ont déjà délibéré ont approuvé le projet de contrat. Dans la plupart des cas, les CME (commissions médicales d'établissement) ont donné un avis favorable. Les CTE (comités techniques d'établissement) ont des avis plus partagés. Tous les conseils d'administration ont voté favorablement. C'est très important : il ne s'agit pas simplement d'un accord entre les directeurs d'établissement et l'agence. Tous les personnels ont été concertés, il y a un vrai engagement du terrain. Le principe, c'est donc le retour à l'équilibre financier au plus tard en 2008. Les hôpitaux devront faire des efforts pour être compétitifs et se rapprocher des coûts nationaux. Cela passera par des mutualisations de moyens et par la réorganisation de services ou d'activités, comme la logistique ou la biologie. Il s'agit de fluidifier le parcours du patient en amont et en aval, pour mieux utiliser les moyens de l'hôpital. Aujourd'hui, on en est aux intentions. La mise en application viendra dans les prochains mois. Dans la plupart des cas, les aides que versera l'Arhif seront non reconductibles. En 2004, la région dispose d'une enveloppe de 90 millions d'euros. J'estime les besoins à 75 millions pour 2005. Je veux rassurer les établissements : on trouvera les moyens nécessaires pour honorer les contrats.

**L'Union hospitalière régionale (Urhif, voir ci-dessous) redoute une aggravation du sous-financement et donc de la fragilité financière de ses hôpitaux. Que répondez-vous ?**

L'évolution des ressources en Ile-de-France est à peu près égale à celle des ressources nationales du fait de la suppression de la péréquation interrégionale et de dotations reçues en cours d'année. L'évolution de nos moyens en 2004 a été de + 5 %, ce qui représente plus de 270 millions d'euros supplémentaires. Il est vrai que l'impact de la T2A (tarification à l'activité) pénalise l'Ile-de-France, le manque à gagner est un peu supérieur à 7 millions d'euros hors AP-HP. Mais le remboursement à 100 % de certains dispositifs et molécules onéreuses rapporte 14 millions. Si bien que, au final, le gain de la T2A en Ile-de-France s'élève à 7 millions d'euros.

**Quelles sont les grandes orientations du prochain schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) ?**

Bien que nous soyons toujours dans l'attente de certains textes essentiels, nous avons engagé la réflexion et la concertation il y a plusieurs mois. Les projets médicaux de territoire sont en préparation : il s'agit d'assurer la cohérence de l'offre de soins entre tous les établissements du même secteur géographique.

**Il faut que se développe une coordination entre les établissements de l'AP-HP, les hôpitaux de l'Urhif, les cliniques privées et les hôpitaux PspH**

De ce fait, le plan stratégique de l'AP-HP (Assistance publique des hôpitaux de Paris) ne nous est pas indifférent à l'Arhif car il faut que se développe une coordination entre les établissements de l'AP-HP, les hôpitaux de l'Urhif, les cliniques privées et les hôpitaux PspH. Il nous est aussi demandé de tenir compte de l'articulation entre l'hospitalier, l'amont (la médecine libérale) et l'aval (le médico-social). L'approche est plus large et plus qualitative. En Ile-de-France, les objectifs généraux restent les

mêmes : assurer un équilibre cohérent entre le centre et la périphérie de la région, rééquilibrer les moyens au profit de la psychiatrie et des soins de suite, assurer une offre de soins de qualité et de proximité. Le Sros n'est pas un catalogue de bonnes intentions : les objectifs doivent être réalisables, ils doivent intégrer les contraintes nouvelles de la T2A et de la démographie médicale et paramédicale, qui nous obligent à être plus volontaristes en termes de mutualisation de moyens dans le cadre territorial. Il faudra aussi réfléchir à l'articulation entre la permanence des soins libérale et les services d'urgences hospitaliers. Publier le Sros à la fin 2005 me semble un objectif raisonnable.

### **Pouvez-vous faire le point sur la réduction du temps de travail médicale en Ile-de-France ?**

Au total, en 2003 et 2004, 45 millions d'euros ont été distribués pour la mise en œuvre de la RTT médicale et l'intégration du temps de garde dans le temps de travail. En 2003, 33 millions d'euros ont été distribués, correspondant à 275 postes représentant 242 emplois temps plein, au paiement de primes d'assistant et de jours RTT et au paiement de plages additionnelles. Quel est le statut des postes médicaux créés ? Il s'agit à 50 % de postes PH (temps plein et temps partiel), à 40 % d'assistants et à 10 % de praticiens attachés et PH contractuels. Quelles disciplines sont concernées ? 28 % des postes créés l'ont été aux urgences-Samu-Smur, 17 % en anesthésie-réanimation, 14 % en pédiatrie et en psychiatrie, et 13 % en obstétrique. Environ 30 % des postes RTT créés en 2003 sont vacants. Ces postes RTT non pourvus sont plus nombreux en grande couronne et dans certaines disciplines médicales comme la gynéco-obstétrique (40 %), la pédiatrie (30 %) et l'anesthésie (50 %). La tendance concernant les plages additionnelles (temps travaillé effectué volontairement par les praticiens au-delà de leur 48 heures hebdomadaires) est en augmentation en 2004, notamment dans les disciplines sans gardes, et ce alors même que les urgences parviennent à s'en passer. Ce n'est pas normal, car les créations de postes ont pour objectif de réduire le nombre de plages additionnelles. Cela démontre un problème d'organisation du temps de travail, qu'il faut résoudre pour résorber les plages additionnelles. Certains établissements ont déjà commencé à remettre à plat leurs lignes de gardes et d'astreintes. L'utilisation des tableaux de service doit être grandement améliorée, pour gagner en productivité et régler les problèmes démographiques.

### **Des perspectives « peu rassurantes », selon l'Uhrif Le Quotidien du Médecin 30 novembre 2004**

**L'Union des hôpitaux de la région Ile-de-France (Uhrif) a passé en revue les sujets d'actualité lors de sa « Journée d'automne ». La perspective d'un Ondam à 3,6 % et la multiplication des contrats de retour à l'équilibre financier ont occupé le cœur du débat.**

COMME CHAQUE ANNEE à la même époque, l'Union des hôpitaux de la région Ile-de-France (Uhrif) a réuni ses adhérents une journée durant pour faire le point sur l'actualité hospitalière régionale et nationale. L'Uhrif regroupe la plupart des établissements publics à caractère sanitaire ou social de la région parisienne, à l'exception des hôpitaux de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) ; elle constitue, avec neuf autres unions régionales, la Fédération hospitalière de France (FHF). Le président de l'Uhrif et député PS de l'Essonne, Yves Tavernier, a rappelé combien la situation financière des hôpitaux franciliens est « mauvaise ». « La majorité de nos établissements sont dans le rouge et les perspectives pour 2005 ne sont pas rassurantes », a-t-il dit. La fixation d'un objectif national des dépenses d'assurance-maladie (Ondam) à 3,6 %, en dessous des besoins estimés par la FHF (qui avait demandé 4,74 %), « n'a rien d'encourageant », a continué Yves Tavernier, qui s'attend à l'aggravation des reports de charge et à la fermeture de services dans sa région. Le président de l'Uhrif, qui préside le conseil d'administration de l'hôpital de Dourdan, a aussi exprimé son opinion sur les contrats de retour à l'équilibre financier que passe l'Agence régionale de l'hospitalisation avec les établissements les plus en difficulté (l'hôpital de Dourdan en fait partie).

### **Pour une évaluation des contrats.**

« Si nous avons approuvé la logique retenue, celle du donnant-donnant, nous exprimons les plus vives inquiétudes sur leur avenir », a dit Yves Tavernier, qui demande à ce que soit très rapidement conduite une évaluation de ces contrats : « Cela éviterait des conséquences négatives d'une restructuration de l'offre de soins effectuée dans les mêmes disciplines et dans des établissements voisins. »

Le montant des aides accordées par l'Arhif pour réduire les reports de charges a également été évoqué. « La différence de traitement entre les hôpitaux de l'AP et ceux de l'Uhrif pose problème. Pour quelles raisons les premiers bénéficient d'engagements pluriannuels et pas les autres », s'est interrogé à ce propos le président de l'Uhrif. Alain Lhostis, le président suppléant du conseil d'administration de l'AP-HP, a refusé la polémique : « Cette façon de regarder dans la poche de l'autre ce qu'il a reçu est

*complètement dépassée. La région a besoin de son CHU autant que de ses CH. Pour faire face aux enjeux, nous devons être associés, travailler ensemble*», a-t-il déclaré pour calmer le jeu. Reprenant la parole, Yves Tavernier a évoqué la difficile préparation du schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) de troisième génération - « *Il est demandé de multiplier par trois le nombre de chantiers en un délai beaucoup trop court* » -, et la question des achats hospitaliers : « *Imaginer que les achats des médicaments puissent être réduits de 2 % alors qu'ils relèvent pour l'essentiel de prix de monopole définis au plan national (...) me semble relever au mieux de l'impératif incantatoire, au pire, d'une tragique méconnaissance de la réalité.* » Un élément positif au tableau tout de même : dans le cadre de la T2A (tarification à l'activité), les hôpitaux publics d'Ile-de-France ont réussi à obtenir un taux correcteur unique de 7 % pour leurs activités de court séjour par rapport au reste de la France. Cette fois, « *le bon sens, l'équité ont triomphé* », a lancé le président de l'Uhrif. Avant d'ajouter, à regret, que la psychiatrie et les soins de suite et de réadaptation restent pour l'instant « *exclus du dispositif* ».

### ***Cliniques privées et service public***

#### **Les urgences de l'hôpital privé de Trappes en exemple**

***Le Quotidien du Médecin 30 novembre 2004***

EN PLEIN DEBAT public/privé sur les questions de coûts, de tarifs et de rémunération des missions d'intérêt général, Ken Danis, président de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), tient à mettre les points sur les « i » : l'hospitalisation privée, explique-t-il en substance, remplit totalement ses missions de service public, dont l'accueil des urgences. Et de donner en exemple le cas de l'Hôpital privé de l'Ouest parisien (Hpop) situé à Trappes, dans les Yvelines, au cœur d'une cité « *sensible* ». Une clinique qui dispose du service des urgences privé le plus important de France et le premier service d'urgences hospitalières (secteurs privé et public confondus) des Yvelines. A l'Hpop, environ 60 000 patients sont pris en charge en urgence chaque année, soit 165 personnes par jour. « *L'hospitalisation privée assume totalement sa part des missions de service public des établissements hospitaliers, insiste Ken Danis, nous revendiquons ce qui va autour* », à savoir, les moyens financiers.

De fait, les urgences de l'hôpital privé de Trappes (sept boxes de soins, une salle de soins intensifs, une salle de plâtre, un service de porte) permettent de répondre à une demande de soins en hausse constante. En 2002, selon les chiffres de la FHP, 1,3 million de patients se sont adressés au service d'urgences d'un hôpital privé et les prévisions pour 2004 tournent autour de 2 millions d'entrées, soit une hausse de 80 % en deux ans.

#### **120 services homologués.**

Du chemin reste à faire, ainsi que l'explique Ken Danis qui prévient : « *La reconnaissance de la participation du secteur hospitalier privé au service public des urgences a permis l'homologation par l'Etat de 120 services d'urgences privés, ce qui constitue une preuve supplémentaire de notre engagement dans cette mission de service public ; il va nous falloir convaincre les tutelles de ne pas nous freiner, car actuellement, il y a plus de cliniques demandeuses d'homologation de leur service d'urgence par l'Etat, qu'il n'y a d'acceptations par les organismes de tutelle.* » Le plaidoyer *pro domo* du patron de la FHP ne s'arrête pas aux urgences. Il fait valoir que l'hôpital privé de Trappes, comme beaucoup d'autres, ne se contente pas d'assurer les urgences et que l'idée reçue selon laquelle les établissements privés n'effectueraient que des actes présentant une valeur ajoutée est un mythe : « *Les hôpitaux privés français assurent 60 % des interventions chirurgicales, 50 % des traitements anticancéreux, 35 % des accouchements et 33 % des interventions cardiaques, ils occupent donc une place essentielle dans le paysage hospitalier français.* » L'hôpital privé de Trappes, en tout cas, ne lésine pas sur les moyens. Il est actuellement en travaux pour accueillir tout prochainement un appareil d'IRM dernier cri. Une « *illustration* », selon Ken Danis, de « *l'engagement de la FHP en matière d'offre et de qualité des soins* ». Rappelant que l'Hpop se situe dans une cité défavorisée de l'Ouest parisien, le président de la Fédération insiste : « *L'hospitalisation privée assure 40 % des actes de chirurgie lourde en Ile-de-France, que ce soit dans les beaux quartiers ou dans les zones défavorisées* ».

#### **Allocation des ressources hospitalières**

**« Toute réforme est politique »**

***Le Quotidien du Médecin 30 novembre 2004***

Le CLUB DE REFLEXION Perspectives Public Privé (C3P), qui regroupe un certain nombre de personnalités du monde de l'hospitalisation, s'est intéressé, lors de sa dernière réunion, au « rôle sociologique et politique d'un système tarifaire ». Martine Aoustin, responsable de la Mission T2A (tarification à l'activité) au ministère de la Santé, est venue expliquer les enjeux du tout nouveau système de distribution de leurs ressources aux hôpitaux et aux cliniques. « *Il n'y a pas une seule réforme de l'allocation des ressources qui ne soit pas politique* », a-t-elle indiqué en préambule. Avant toute chose, il faut, a-t-elle précisé, distinguer système tarifaire et allocation des ressources : l'enveloppe globale est un mode d'allocation des ressources ; la T2A est un système tarifaire. La nouvelle tarification est un outil au service d'une gouvernance, au service d'un système de gestion de l'offre (en l'occurrence, l'offre de soins). Qu'il s'agisse d'un paiement à l'acte, à la pathologie ou d'une dotation globale, on est toujours dans un système forfaitaire, a-t-elle ajouté, avec des éléments plus ou moins forfaitisés en fonction des choix politiques. « *C'est un outil incroyablement structurant et un puissant levier de changement* », lorsqu'il évolue, affirme Martine Aoustin. Cependant, un système tarifaire ne peut gérer ni le libre choix ni les comportements des acteurs. Il n'est qu'une pièce dans une mécanique beaucoup plus complexe, comprenant d'autres éléments tels que la régulation (économique ou médicalisée), la planification (maillage du territoire), etc.

### **Choix par défaut.**

Sur quels critères choisit-on un système tarifaire ? Par défaut, affirme la responsable de la mission T2A : si on ne peut pas agir sur les volumes, on agit sur les prix ; si on ne peut pas agir sur l'évolution des organisations, on agit sur les forfaits ; si on ne peut répondre directement aux besoins des patients, on agit sur l'intérêt des professionnels, etc. Mais il doit y avoir également une dynamique positive, le système doit être porteur de sens et de valeurs pour être assimilé. Il faut aussi que le dispositif s'adapte au terrain (on finance des choses réelles et non des concepts théoriques) et s'inscrive dans le temps (10-20 ans au minimum). En butte « *aux comportements individualistes* », le système « *force les acteurs* ». Il doit donc durer suffisamment longtemps pour que les comportements évoluent et que les acteurs aient une réelle et rassurante visibilité. Par conséquent, la conception du système doit prévoir une capacité d'évolution intrinsèque. Pour Martine Aoustin, pas de doute ; toute régulation est immédiatement considérée comme du rationnement. Partant, elle nécessite un véritable traitement pédagogique. Si les effets pervers qui peuvent découler de la T2A existent bel et bien, tout est affaire de calcul bénéfique/risque. Oui, la T2A va introduire des éléments de restructuration du paysage, oui aussi elle va inciter à la course au volume. Mais des « *outils préalables* » peuvent aider à guetter l'émergence d'effets pervers de ce type. A ceux qui s'inquiètent des conséquences de la T2A, la pilote du dispositif envoie un message rassurant. « *Je ne crois pas, dit-elle, qu'un système ce soit une nouvelle manière de soigner. Cela peut être le révélateur et peut-être même le moyen d'entrer dans cette spirale plutôt vertueuse qui est celle de l'efficacité. Cela peut permettre une prise en compte économique de certains sujets comme la gérontologie, relayée par une planification intelligente au niveau régional.* »

### **Réforme du système de santé allemand**

#### **Le projet de l'opposition fait l'unanimité contre lui Le Quotidien du Médecin 30 novembre 2004**

*Principales forces d'opposition au gouvernement de Gerhard Schröder, le parti chrétien-démocrate (CDU) et son allié chrétien social bavarois (CSU) souhaitent remplacer les cotisations d'assurance-maladie par une assurance individuelle financée par des primes fixes. Mais ce projet fait l'unanimité contre lui. Il met à mal la crédibilité de l'opposition après avoir manqué de la faire éclater.*

.....  
*De notre correspondant*  
.....

LA CDU (chrétiens démocrates) et la CSU (chrétiens de Bavière), qui ont régné sur l'Allemagne avec Helmut Kohl de 1982 à 1998, ont présenté il y a quelques jours ce qu'elles considèrent comme l'avenir du système de santé, à savoir un prime mensuelle fixe de 109 euros par adulte, complétée par une contribution patronale de 60 euros par salarié. Ces 109 euros, complétés le cas échéant par la part patronale, doivent se substituer aux cotisations prélevées sur les salaires avec, selon la CDU-CSU, l'avantage de la clarté et de la lisibilité. A l'assuré ensuite de décider lui-même quelle caisse de maladie lui fournira les meilleures prestations, et aux caisses de choisir, elles aussi, les prestataires médicaux et non médicaux qui leur offriront le meilleur rapport qualité/prix.

La « *prime de santé* » sera synonyme de clarté « *car on parlera dorénavant en euros et en centimes, et non plus en pourcentage* », explique la CDU-CSU. De même, les médecins, hôpitaux et autres prestataires seront retenus par les caisses en fonction de la qualité et du coût de leurs prestations, ce

qui favorisera « *une réelle concurrence et donc une baisse des prix* », toujours selon l'opposition. Il y aura par ailleurs des réductions, voire des remises de prime, pour les personnes chez qui les 109 euros représentent plus de 7 % de leur revenu mensuel brut.

### **Grande inquiétude des médecins.**

Mais le projet de la CDU-CSU a déjà réussi à faire l'unanimité contre lui, bien au-delà du gouvernement social-démocrate qui en dénonce l'inspiration et l'irréalisme bureaucratique. Les professionnels de santé, et en premier lieu les médecins, s'inquiètent de la « *concurrence sauvage* » entre les prestataires et de la baisse de qualité qui résulterait de son application. Ils mettent en doute les calculs financiers de l'opposition.

De plus, le plan a failli faire éclater l'union entre la CDU et la CSU bavaroise, en écornant sérieusement l'image d'une « *union prête à prendre la relève* » qu'elle se donne depuis les dernières élections. La CSU bavaroise, longtemps sceptique sur le projet, ne l'a finalement accepté que pour éviter une crise majeure avec sa « *grande sœur* » de la CDU, mais au prix de la démission fracassante de son plus célèbre expert en santé, l'ancien ministre Horst Seehofer. Il avait mené à bien les grandes réformes de la santé du gouvernement Kohl entre 1992 et 1998, et il a préféré abandonner ses fonctions au sein de l'opposition plutôt que d'avaliser un plan qu'il a farouchement combattu. Enfin, le parti libéral (FDP), ancien allié de Helmut Kohl, le rejette lui aussi sans réserves.

Au bout du compte, le « projet d'avenir » de la CDU-CSU se traduit déjà, pour elle, par une chute dans les sondages et une remontée de la popularité du gouvernement Schröder. Lequel réfléchit de son côté à une réforme du système des cotisations sociales, qui serait remplacé par une « assurance universelle » avec des sources de financement multiples. Un projet à long terme, assure-t-on à la Chancellerie, sans toutefois trop se presser : les déboires de la CDU sont en effet du pain béni pour elle, qui préfère les observer d'un œil moqueur plutôt que d'annoncer à son tour une réforme d'envergure dans ce domaine.

### ***Pour mieux servir leurs adhérents***

#### **Deux mutuelles créent un GIE commun**

***Le Quotidien du Médecin 30 novembre 2004***

LA MUTUALITE fonction publique services (MFP Services) et la Mutuelle générale de l'Education nationale (Mgen), qui pèsent à elles deux un peu plus de six millions d'adhérents, ont décidé de mutualiser leurs moyens informatiques de manière à « *offrir une qualité de services optimisée* ». La tâche ne sera pas aisée : les deux mutuelles vont mettre en place, dès le 1er janvier, un groupement d'intérêt économique (GIE) chargé lui-même de réaliser la mise en commun de leurs logistiques informatiques. Selon les responsables des deux mutuelles, la charge de travail est évaluée à 12 000 journées, et le coût de l'opération est estimé à environ 10 millions d'euros la première année, et 7 à 8 millions pour les suivantes. D'ici à dix-huit mois, la synergie devrait commencer à être effective, avec, à la clé, la mise en commun d'un système informatique « *permettant aux deux entités de devenir un acteur de santé dominant, selon Jean-Michel Laxalt, le premier pôle d'assurance-maladie après la Cnam, un pôle aussi important que la MSA et la Canam réunies* ».

### **Six millions de personnes concernées.**

Baptisé « Chorégie », ce GIE devrait, au-delà de la simple maîtrise des coûts informatiques, permettre aux deux mutuelles de gérer au sein d'un pôle informatique unique les prestations obligatoires et complémentaires des 6 millions d'adhérents, et de « *renforcer la cohésion des deux entités au sein de la mutualité en consolidant leur poids et leur influence dans le secteur sanitaire et social* ». Selon Maurice Duranton, président de MFP Services, « *la Cnam, dont nous sommes délégataires légaux, nous demande chaque mois un grand nombre de statistiques. Nous pourrions y répondre plus vite et mieux, et anticiper un certain nombre de demandes futures ; par exemple, si on nous demandait si l'accord du 5 juin 2002 a réellement fait baisser le nombre de visites de généralistes, nous pourrions donner la réponse très rapidement, car nous sommes organisés à l'échelon national, alors que la Cnam doit collecter ses informations dans toutes les caisses primaires départementales* ».

Malgré tout, selon les responsables des deux mutuelles, il n'est pas question d'aller au-delà de la mise en commun de leurs logistiques informatiques. Du moins, « *pour l'instant* ».

### **ASSURANCE-MALADIE**

**La Fnim ne veut plus d'« ambiguïtés »**

## **Le Quotidien du Médecin 30 novembre 2004**

La Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles (Fnim) demande au gouvernement « de lever les ambiguïtés qui persistent quant au rôle des organismes complémentaires dans la réforme de l'assurance-maladie ». La Fnim aimerait en particulier que soit précisée la manière dont les assureurs complémentaires vont « être "associés" à la signature de certains accords passés entre les organismes d'assurance-maladie et les professionnels de santé » car elle s'interroge : prépare-t-on à travers ce type de dispositions « de nouveaux transferts de charges du régime obligatoire vers les garanties facultatives » ?

## **Le président de l'Uncam et les négociations conventionnelles Michel Régereau (Cfdt) : il faut un accord le plus large possible Le Quotidien du Médecin 25 novembre 2004**

*Respect de la contrainte financière fixée par le Parlement, « plafonnement » de la liberté tarifaire, conditions des futures revalorisations d'honoraires : Michel Régereau, président (Cfdt) de l'Union des caisses nationales d'assurance-maladie (Uncam), s'explique en détail, et avec fermeté, sur la feuille de route de la négociation avec les médecins que conduit, depuis hier soir, le directeur général, Frédéric van Rookeghem. Il souhaite un accord « le plus large possible » mais redoute déjà la surenchère des coordinations. Les syndicats, insiste-t-il, devront « résister ».*

### **LE QUOTIDIEN - Le conseil d'administration de l'Uncam a arrêté les orientations de la négociation. Quels en sont les points « durs » ?**

**MICHEL REGEREAU** - Le conseil a fait un rappel fort, partagé, sur le respect nécessaire du cadrage financier fixé par le Parlement. L'Ondam fixé à 3,2 % est rigoureux mais... supérieur à l'évolution de la richesse nationale. L'objectif est d'organiser et de valoriser le parcours de soins du patient autour du médecin traitant et, dans ce cadre, le recours aux spécialistes dans des conditions optimales d'accès, de délais et de retour d'informations, avec des tarifs opposables. En dehors des parcours de soins, j'attache énormément d'importance à la décision du Conseil constitutionnel qui affirme que les dépassements tarifaires ne doivent pas constituer un frein à l'accès aux soins. Ce sera forcément un moment délicat de la négociation.

### **Ces grandes lignes étant arrêtées, le directeur général a-t-il carte blanche ?**

Les orientations, c'est le conseil de l'Uncam. Le mandat de négociation, qui est plus précis et comporte des objectifs chiffrés, c'est le collège des directeurs. Ensuite, le directeur général négocie ; je n'interviendrai pas et je demande que le gouvernement n'intervienne pas non plus. Evitons les interférences ! Mais en bout de chaîne, le conseil de l'Uncam rendra un avis motivé. Le résultat est-il conforme aux orientations fixées ? A-t-on tenu l'enveloppe ? Les tarifs respectent-ils la décision du Conseil constitutionnel sur l'accès aux soins ? La qualité est-elle améliorée dans le parcours de soins ? Nous jugerons sur pièces.

### **Craignez-vous une surenchère des syndicats ?**

Toute négociation est propice aux surenchères. Les syndicats doivent savoir résister aux coordinations, qui veulent faire des coups, sans être responsables du suivi. C'est la raison pour laquelle je souhaite que le maximum de syndicats s'impliquent dans la négociation, et qu'on aboutisse à un accord avec le maximum de signataires. C'est la seule manière d'engager les médecins. Quant au séminaire, c'est un choix qui relève des négociateurs. Mais il faut qu'il y ait suffisamment de va-et-vient entre les négociateurs et leur mandants. Toute négociation a besoin d'espaces de respiration.

### **IL FAUT QUE LA TRANSPARENCE SOIT TOTALE POUR LES PATIENTS, QUE LES TARIFS AFFICHÉS SOIENT CLAIRS.**

### **La coordination des soins est au cœur de la négociation. Quels leviers faut-il utiliser pour inciter les médecins à s'investir ?**

Je vous raconte une anecdote : j'ai commencé ma carrière dans la métallurgie, j'étais contrôleur de fabrication. Comme les gens étaient payés à la pièce, ils travaillaient vite et certaines pièces n'étaient pas conformes aux plans. Peu à peu, les industries ont décidé de financer, non plus le nombre de pièces, mais la qualité. C'est la même chose pour le parcours de soins. A chaque niveau de recours, il faudra s'interroger sur ce qui mérite d'être rémunéré pour améliorer la qualité. Pour le médecin traitant, cela peut passer par un forfait pour telle ou telle tâche. Mais je ne vais pas dire « 50 euros » sans savoir quel contenu médical est rémunéré. On peut s'appuyer sur l'existant : la consultation de bilan annuel, le « Pires » (protocole interrégimes d'examen spécial).

Pour les spécialistes, je constate que les revendications des syndicats sont différentes. Le conseil de l'Uncam a proposé la création d'une option de coordination : elle vise à inciter les médecins du secteur II à respecter les tarifs opposables pour une partie importante de leur activité (en contrepartie d'avantage sociaux).

### **Comment limiter la liberté tarifaire hors du parcours de soins ?**

Depuis la décision du Conseil constitutionnel, nous ne sommes plus dans les principes généraux mais dans le droit ! Je rappelle que la convention médicale, publiée au « Journal officiel », est susceptible de recours au Conseil d'Etat. Une disposition sur les dépassements pourra donc être annulée en s'appuyant sur la décision du Conseil constitutionnel. Les négociateurs ne doivent pas l'oublier.

### **La Csmf suggère un plafond de dépassements correspondant à 30 % ou 40 % de l'activité de chaque praticien. Est-ce acceptable ?**

A qui s'applique ce plafond ? Est-ce une moyenne ? Je ne sais pas comment appliquer ce schéma. Il faut que la transparence soit totale pour les patients, que les tarifs affichés soient clairs. On s'engage sur une voie difficile. Il faudra sans doute, au cours de la négociation, travailler avec les organismes complémentaires et trouver les moyens de les y associer. Dans tous les cas, la notion de plafonnement s'impose, sauf à dire que le tact et la mesure sont chiffrables.

### **Pour être valable, la convention devra s'appuyer sur un accord majoritaire. Ne craignez-vous pas, dans ce contexte, la marginalisation de MG-France ?**

L'accord devra être le plus large possible. A défaut, ce ne serait pas la victoire de tel ou tel syndicat mais celle des coordinations et de la surenchère permanente. Le principe des parcours de soins exige l'adhésion des généralistes et des spécialistes. Si, par une volonté délibérée, l'accord s'appuyait uniquement sur un axe autour d'un seul syndicat, ce ne serait pas la meilleure solution pour une mise en œuvre cohérente de la réforme. Sans compter que certains tireront aussitôt sur celui qui a signé. Plus il y aura de signatures, plus ce sera efficace. C'est pourquoi je n'ai pas d'avis arrêté sur convention unique ou séparées. Engageons la négociation sans *a priori*. Il y a une possibilité que personne n'évoque : un syndicat peut dire « je ne signe pas mais je ne m'oppose pas, car ce qui est pris est bon à prendre ».

### **L'assurance-maladie veut multiplier les accords de maîtrise médicalisée. Sur quels thèmes ? Le respect des objectifs conditionne-t-il de futures revalorisations ?**

Dans l'urgence, il faut revoir les protocoles « Pires » et l'ordonnancier bizona mais aussi poursuivre sur la voie des génériques, des antibiotiques et des IJ. J'attends également de la Haute Autorité des protocoles par pathologie beaucoup plus opérationnels. Actuellement, les recommandations sont trop complexes, trop détaillées. Le médecin ne s'y retrouve pas. Les prescripteurs doivent comprendre que tout ce qui est gaspillé inutilement ne pourra être utilisé ailleurs. Pour les prochaines années, après 2005, les efforts financiers de la collectivité ne pourront être consentis que si des marges d'économies ont été dégagées par les médecins. On ne redistribuera que ce qu'on a constaté. Nous ne sommes pas dans la logique : « On donne d'abord en espérant des contreparties plus tard ».

### **La fin du médecin référent ?**

L'option médecin référent va-t-elle disparaître avec le nouveau médecin traitant ? La Csmf et le SML font tout pour, MG-France s'accroche. Michel Régereau, pour sa part, souffle le chaud et le froid. « *Le médecin référent, avec plus de 6 000 généralistes et un million de patients, est la plus grosse filière existante. On ne peut pas dire que c'est un échec, même s'il faut l'évaluer. La loi a prévu la coexistence possible avec le médecin traitant.* » Il imagine plusieurs hypothèses : « *Soit les engagements et les missions du médecin traitant sont égaux ou supérieurs à ceux du médecin référent et il faut carrément se poser la question de l'arrêt du médecin référent ; soit le référent, après avoir été une avant-garde, est une nouvelle option qui permet de défricher des chemins nouveaux. Mais si les engagements du médecin traitant ne sont pas à la hauteur de ceux qui incombent au médecin référent, il faudra, à mon avis, le conserver.* » Le suspense continue.

### **La mise en oeuvre de la réforme de l'assurance-maladie**

#### **Union des complémentaires : vers un modus vivendi**

#### **Le Quotidien du Médecin 25 novembre 2004**

*La Mutualité française, les assureurs privés et les institutions de prévoyance devraient annoncer dans les prochains jours leur accord sur la composition de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance-maladie. Celle-ci reposera non pas sur la parité, mais sur une représentation majoritaire des mutualistes.*

LES COMPLEMENTAIRES santé s'efforcent ces jours-ci de trouver un compromis juridique pour donner naissance à leur union nationale, prévue par la loi sur la réforme de l'assurance-maladie. Comme cet « accouchement » ne se passe déjà pas sans douleur, les mutuelles, institutions de prévoyance et compagnies d'assurances s'entendent pour éviter à tout prix l'intervention au forceps du gouvernement, sous la forme d'un arrêté qui leur imposerait *in fine* la composition de leur union, à défaut d'accord entre elles.

L'Union nationale des organismes d'assurance-maladie complémentaire, instituée par la loi du 13 août 2004, doit en effet voir le jour au 1er janvier 2005. En outre, « *il faut que les complémentaires puissent être présents (à travers l'union) dès l'ouverture des négociations conventionnelles avec les médecins libéraux* », souligne-t-on à la Mutualité française.

Il est vrai que cette union aura un rôle important dans la nouvelle gouvernance, puisqu'elle pourra être associée à la négociation et à la signature d'accords entre les professions de santé libérales et la Sécu représentée par l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam). Et cela, à tout niveau, qu'il s'agisse d'un accord-cadre interprofessionnel, des conventions nationales avec les professionnels, d'accords collectifs de bon usage des soins, de contrats de bonne pratique ou de santé publique à souscription individuelle ou encore des rapports entre l'assurance-maladie et les centres de santé, les pharmaciens d'officine ou les distributeurs de dispositifs médicaux.

L'union des complémentaires sera représentée de même au Comité économique des produits de santé et aura un droit de regard sur le « *programme annuel de négociation* » de l'Uncam avec les professionnels et les centres de santé. Enfin, elle élaborera avec l'Uncam des « *actions communes menées en matière de gestion du risque* ».

### **Répartir les sièges.**

Baptisée tantôt « Unoc », tantôt « Unocam » selon les préférences des uns et des autres, cette Union nationale des organismes complémentaires pose surtout problème dans sa composition. Le centre technique des institutions de prévoyance (Ctip) et la Fédération française des sociétés d'assurance (Ffsa) rêvent d'une instance où ils siègeraient à parité avec la puissante Fédération nationale de la Mutualité française (Fnmf). Cette revendication hérisse les mutualistes qui avaient réclamé la création d'une union des complémentaires dès juin 2003 (au congrès de Toulouse) et réalisent, selon eux, « *environ 60 % du chiffre d'affaire des complémentaires santé* », contre « *18 ou 19 % pour les institutions de prévoyance et 20 à 22 % pour les assureurs privés* ».

Un argument pas complètement convaincant pour les institutions de prévoyance qui font valoir que, contrairement aux mutuelles, elles jouent un plus grand rôle, notamment dans le financement des indemnités journalières versées aux salariés en complément des prestations en espèces de la Sécu. « *Oui, mais les institutions de prévoyance sont souvent réassurées auprès de compagnies d'assurances* », rétorque-t-on à la Mutualité française, laissant entendre que, n'en déplaise au Ctip, la place des assureurs privés est plus importante qu'il n'y paraît sur le marché de la santé. Quoi qu'il en soit, les non-mutualistes pensent que « *ce n'est pas la peine de s'asseoir à la table d'une union où la Mutualité déciderait de tout* ».

Mais l'heure n'est plus aux querelles de clochers. Selon le délégué général du Ctip, Jean-Louis Faure, un « *esprit de consensus* » a prévalu lors de la dernière réunion de négociation entre la Mutualité, la Ffsa et le Ctip sur la composition de leur union. Depuis quelques jours, leurs services juridiques procèdent à « *des échanges de textes* » afin de pouvoir « *annoncer le contenu d'un accord à la fin de cette semaine ou la semaine prochaine* », précise-t-on à la Fnmf. La Ffsa se contente de confirmer que les acteurs de la future union sont passés à « *la phase rédactionnelle* ». Selon la Mutualité française, l'exigence de parité ne semble plus à l'ordre du jour. Le projet d'accord, explique-t-elle de manière sibylline, « *reconnait le fait majoritaire* » de la Mutualité et les règles de vote envisagées devraient « *permettre de travailler concrètement* ». Le blocage de l'institution la condamnerait de toute façon à un rôle de figuration.

### **Les cotisations en hausse en 2005**

#### ***Le Quotidien du Médecin* 25 novembre 2004**

INFLATION garantie l'an prochain pour les cotisations liées aux contrats individuels ou collectifs des complémentaires santé. Après la flambée de 2004 (où les primes ont parfois augmenté jusqu'à 15 %), les grandes compagnies d'assurance comme les AGF, Groupama-Gan, AXA, Azur Assurances, Maaf Assurances et MMA, envisagent pour 2005 des hausses comprises entre 5 % et 10 % selon les contrats. L'institution de prévoyance AG2R annonce, par exemple, une augmentation de ses cotisations de 5,8 % (pour ses contrats souscrits à titre individuel) à 7 %, voire 10 % (contrats collectifs). A la Mutualité française (dont les mutuelles santé protègent 38 millions de personnes), on précise que les cotisations 2005 n'ont pas encore été fixées par les assemblées générales des adhérents. Pour autant, la Mutualité reconnaît que « *la hausse est inévitable* » compte tenu de « *la vague de déremboursements qui s'appliquent toujours* » (médicaments pris en charge à 35 % par la Sécu contre 65 % auparavant), de « *l'augmentation du forfait hospitalier* » et de « *l'évolution naturelle des dépenses de santé* ». En revanche, les complémentaires santé sont incitées à ne prendre en charge ni la participation de 1 euro des assurés pour chaque consultation et acte de biologie ni l'augmentation de leur reste à charge

résultant du non-respect des parcours de soins fléchés *via* le médecin traitant. Un document de travail examiné aujourd'hui par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (Hcaam, qui prépare pour le mois de décembre « *un état des lieux* » de la couverture complémentaire), rappelle qu'il n'y a « *pas de déport caractérisé de la dépense sur les complémentaires* ». La réforme en cours a en effet « *écarté les schémas qui auraient comporté des changements radicaux* » pour la couverture complémentaire, comme la distinction du petit risque/gros risque.

De plus, le document du Hcaam précise que « *le maintien des avantages fiscaux et sociaux dont bénéficient les contrats de complémentaire est désormais subordonné au respect de disciplines dont l'exclusion en tout ou partie de la prise en charge de l'euro "de droit public" et de la modulation du ticket modérateur* » liée au non-respect du dispositif médecin traitant ou au refus d'accès au dossier médical. Néanmoins, relève aussi le Haut Conseil, le périmètre des prises en charge, « le panier de biens et services », est susceptible d'évoluer avec la mise en place de la Haute Autorité. La Classification commune des actes médicaux (Ccam) facilitera d'ailleurs la modulation des prises en charge, grâce au codage. Enfin, l'impact de l'accord sur les chirurgiens libéraux (secteur optionnel, ouverture du secteur II...) reste encore flou pour les complémentaires, selon le Hcaam.

***La promotion des hôpitaux locaux***  
**Un outil de lutte contre la désertification médicale**  
**Le Quotidien du Médecin 25 novembre 2004**

*Le ministre de la Santé a rappelé à l'occasion du Forum national de l'hôpital local combien il croit en l'avenir de ces petites structures hospitalières. Les hôpitaux locaux ont un rôle à jouer dans l'ancrage de la médecine libérale en région rurale, estime Philippe Douste-Blazy, favorable à la mixité des statuts des médecins qui travaillent dans ces établissements.*

ILS SE CROYAIENT condamnés il y a peu à la transformation en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Aujourd'hui, les hôpitaux locaux ont le vent en poupe. Depuis plusieurs années, le ministère de la Santé conduit une politique spécifique en direction de ces établissements : reconnaissance d'un statut à part, redéfinition des missions, indemnisation des médecins libéraux qui y travaillent. Cette politique se poursuit et mérite d'être renforcée pour tenir compte davantage des problèmes démographiques des médecins : c'est ce qu'a annoncé Philippe Douste-Blazy lors du Forum de l'hôpital local, coorganisé à Paris par l'Anhl (Association nationale des hôpitaux locaux) et la Dhos (Direction de l'hospitalisation et des soins).

Présentés comme le premier maillon de la prise en charge de la population, les hôpitaux locaux, au nombre de 355, fonctionnent surtout grâce aux médecins généralistes libéraux - 70 % des praticiens des hôpitaux locaux. Ils sont 3 500 (sur un total de 60 000 généralistes libéraux) à partager leur temps entre leur cabinet et l'hôpital local du coin. Heureux d'être le « *trait d'union* » entre la ville et l'hôpital, mais aussi inquiets pour l'avenir. Les raisons d'être soucieux ne manquent pas, pour l'Association nationale des médecins généralistes d'hôpital local (Aghl), qui met en avant le manque d'attractivité de l'activité en milieu semi-rural, la féminisation de la profession et l'insuffisance de la rémunération pour certaines activités. « *Un C tous les cinq jours pour un malade hospitalisé en moyen séjour et un demi C par semaine pour un patient en long séjour, soit 2 C par mois, ça n'est vraiment pas cher payé* », estime le Dr Dominique Herault, président de l'Aghl.

Lors de son intervention au forum, Philippe Douste-Blazy n'a pas abordé la question d'une éventuelle revalorisation de ces actes. En revanche, il a confirmé le plan budgétaire pluriannuel pour l'hôpital local, d'un montant de 88,8 millions d'euros jusqu'en 2007. En 2005, 27 millions d'euros permettront le financement de 405 lits de médecine et la création de 82 emplois temps plein d'infirmières. Pour régler le problème démographique, le ministre compte sur les aides à l'installation des médecins dans les zones déficitaires et sur l'ouverture de cabinet secondaire à l'hôpital local, que rendra possible la publication prochaine d'un décret élaboré avec l'Ordre des médecins. L'hôpital local est « *un outil de lutte contre la désertification médicale et paramédicale* », affirme Philippe Douste-Blazy, qui se prononce en faveur d'une mixité des statuts à l'hôpital, ce que réclame l'Association des médecins généralistes d'hôpital local.

« *Aujourd'hui, deux médecines cohabitent à l'hôpital local : la médecine libérale et la médecine hospitalière, a expliqué le ministre de la Santé. Pourquoi ne pourrait-on pas envisager à l'hôpital local une médecine salariée ? Elle correspond aux aspirations de certains jeunes médecins. (...) Je souhaite donc engager cette réflexion sans tarder et examiner avec (les acteurs des hôpitaux locaux),*

*l'Ordre des médecins et les caisses d'assurance-maladie, les conditions juridiques, financières, fiscales de la mise en place de médecins salariés à l'hôpital local ».* Une piste qui sera au cœur du débat lors des assises de l'Aghl, en juin prochain.

## **Un plan pour améliorer la sécurité de la grossesse et de la naissance** **Le Monde 11 novembre 2004**

*Doté de 270 millions d'euros sur trois ans, le "plan périnatalité" devait être présenté mercredi par le ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy. Il vise à améliorer les performances françaises, médiocres, en réduisant notamment de 15 % la mortalité périnatale et de 40 % la mortalité maternelle. Le ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy, devait présenter, mercredi 10 novembre, un plan visant à améliorer la sécurité de la grossesse et de l'accouchement. Les dernières STATISTIQUES soulignent en effet que la France a régressé ces dernières années dans plusieurs domaines. Doté de 270 MILLIONS D'EUROS sur trois ans, le "plan périnatalité" cherchera principalement à réduire de 15 % la mortalité périnatale et de 40 % la mortalité maternelle. Pour cela, les maternités publiques et privées seront MISES AUX NORMES et mieux dotées en effectifs, les moyens de transport des mères et des nouveau-nés seront améliorés. L'autre priorité porte sur l'amélioration de l'environnement psychologique et social de la naissance. Un ENTRETIEN DU QUATRIÈME MOIS, essentiellement mené par les sages-femmes, s'ajoutera aux examens prénataux.*

Contrairement à une idée répandue, la France ne figure pas dans le groupe de tête des pays européens en matière de sécurité de l'accouchement et de mortalité périnatale. Les chiffres viennent confirmer les cris d'alarme lancés ces dernières années par les épidémiologistes. C'est cette nouvelle donne chiffrée qui a conduit Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé, à lancer un "plan périnatalité", qui devait être rendu public mercredi 10 novembre après avoir fait l'objet, le même jour, d'une communication en conseil des ministres. *"C'est bel et bien au vu de ces indicateurs, qui établissent que la France n'est pas, dans ce domaine, à la place qui devrait être la sienne, que j'ai jugé indispensable de relancer cette dynamique, a expliqué au Monde M. Douste-Blazy. Nous sommes en situation de recul, pour ne pas dire de régression."*

Le plan présenté par M. Douste-Blazy intervient dans un contexte de crise des professionnels de la naissance. En 2002, les chefs de service des maternités publiques avaient brandi la menace d'une démission si les pouvoirs publics n'engageaient pas une politique de restructuration massive pour faire face à la pénurie de personnel. L'ancien ministre de la santé, Jean-François Mattei, avait annoncé, en mars 2003, un "plan de soutien" à la périnatalité basé sur le regroupement des naissances autour de grands plateaux techniques et la création de maisons périnatales où les mères et les bébés seraient transférés au lendemain de l'accouchement. Ces annonces avaient heurté certains professionnels, notamment les sages-femmes, qui estimaient que ces "usines à bébé" ne répondaient pas, au contraire, aux griefs d'"hyper-médicalisation" et de "déshumanisation" des conditions de la naissance en France. Dans un rapport remis à M. Mattei en septembre 2003, les professeurs Gérard Bréart (santé publique), Francis Puech (gynécologie-obstétrique) et Jean-Christophe Rozé (néonatalogie) proposaient de dépasser ce clivage par l'application d'une "nouvelle politique périnatale". Les trois experts proposaient ainsi une "prise en charge différenciée" de la grossesse et de l'accouchement à "bas risque" et à "haut risque". Reprenant une revendication des sages-femmes, qui souhaitent se réapproprier la grossesse physiologique, les experts se prononçaient en faveur de l'ouverture de "maisons de naissance sous la responsabilité pleine et entière des sages-femmes" et "attendant à des plateaux techniques publics ou privés".

Le plan présenté mercredi ne reprend qu'en partie les propositions du rapport. Prévues sur trois ans, les mesures seront financées à hauteur de 270 millions d'euros, dont 160 millions d'euros durant la seule année 2005. Il vise à obtenir, dès 2008, une réduction de 15 % de la mortalité périnatale (soit 5,5 pour 1 000 naissances contre 6,5 pour 1 000 actuellement), ainsi qu'une diminution de plus de 40 % de la mortalité maternelle (soit 5 pour 100 000 contre 9 pour 100 000 aujourd'hui.)

### **"CRISE D'IDENTITÉ"**

*"Plus généralement, ce plan vise à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche, et à aménager les conditions d'exercice des professionnels de la naissance, souligne M. Douste-Blazy. Il privilégiera la participation des usagers à l'élaboration de la politique périnatale, à travers la création d'une commission nationale de la naissance. Il cherchera par-dessus tout à soigner le malaise bien réel, la crise d'identité, dont souffrent tous les professionnels de la naissance."*

Premier axe, la modernisation de l'environnement médical de la grossesse et de l'accouchement, pour une meilleure sécurité des mères et des nouveau-nés. Cet objectif comporte la mise aux normes des plateaux techniques et des effectifs des maternités publiques et privées. Ainsi, 130 millions d'euros sont prévus en 2005 pour recruter 480 sages-femmes, 370 praticiens hospitaliers et 1 300 infirmiers. Cette modernisation demandera aussi une amélioration de l'organisation des transports des mères et des nouveau-nés. Pour ce faire, 27 millions d'euros seront dégagés sur deux ans afin de renforcer les capacités matérielles des services médicaux d'urgence (50 médecins, 30 infirmiers et 20 ambulanciers) ainsi que celles des transports infirmiers interhospitaliers (300 infirmiers.) La modernisation des services de réanimation pédiatrique (43 millions d'euros sur deux ans) est aussi prévue, comme la mise en œuvre de schémas régionaux de réanimation pédiatrique et *"l'adaptation des modes de prise en charge de l'accouchement, par la couverture de tout le territoire en réseaux de périnatalité"*. L'amélioration de l'environnement psychologique et social de la mère et du nouveau-né constitue le second axe du plan. Celui-ci prévoit un meilleur accompagnement des futurs parents via la création d'un *"entretien individuel du quatrième mois de grossesse"*.

Cet entretien, qui devrait être réalisé par des sages-femmes, était une mesure préconisée par le rapport de septembre 2003. Il s'ajoutera aux sept examens prénataux d'ores et déjà obligatoires ainsi qu'aux séances collectives de préparation à l'accouchement. *"Pratiqué de manière individuelle ou en couple, cet entretien sera systématiquement proposé aux futurs parents, au cours du quatrième mois, afin de préparer avec eux les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant"*, précise-t-on auprès du ministère de la santé. Les conditions d'intervention des psychologues dans les maternités publiques et privées seront facilitées, notamment par la mise en place de formations interdisciplinaires et par le recrutement de nouveaux professionnels.

Une extension des expérimentations des "maisons de naissance" permettant aux femmes d'accoucher dans un contexte moins médicalisé, tout en assurant la sécurité par la présence immédiate du plateau technique, sera organisée. Le plan prévoit une amélioration de la prise en charge des femmes et des couples en situation de précarité, via la prise en charge de la grossesse des femmes étrangères résidant en France depuis moins de trois mois. Il prévoit enfin d'augmenter l'efficacité du dispositif de prise en charge à long terme des nouveau-nés susceptibles de développer un handicap en assurant une réelle accessibilité à l'information, aux consultations et à la préparation à la naissance des mères handicapées.

### **Améliorer la qualité des échographies**

Le "plan périnatalité" accorde une importance toute particulière à la technique de l'échographie obstétricale qui permet la surveillance de la grossesse et l'identification des anomalies de développement du fœtus. Près de trois millions de ces échographies sont pratiquées chaque année en France par des gynécologues-obstétriciens, des radiologues ou des sages-femmes. Le plan fixe comme objectif d'*"assurer un accès à des échographies de qualité à toutes les femmes enceintes"*. Il souligne notamment que l'amélioration de la qualité de cet examen passe par la définition des critères de formation - initiale et continue - de ceux qui le pratiquent ainsi que par la définition des caractéristiques techniques des matériels pouvant être utilisés et des informations devant ou non être données aux femmes. Un rapport sur ces questions est en cours d'élaboration ; il sera remis au ministre de la santé en janvier 2005.

### **Malgré l'usage massif de la pilule et du stérilet, les échecs de contraception restent fréquents**

**Le Monde 11 novembre 2004**

*Selon l'enquête "Cocon", menée par l'Inserm, l'INED et le CNRS, 23 % des avortements sont le fait de femmes qui prennent la pilule*

EN FRANCE, le nombre des avortements reste stable d'année en année - autour de 200 000 -, alors que l'usage des méthodes contraceptives modernes s'est largement répandu : c'est l'un des paradoxes qu'éclairent les derniers résultats de l'enquête "Cocon" (cohorte de contraception) menée par une équipe pluridisciplinaire de l'Inserm, de l'INED et du CNRS. Trente ans après l'entrée en vigueur de la loi Neuwirth autorisant l'usage de la pilule (1971) puis de la loi Veil légalisant l'avortement (1974), l'enquête Cocon, qui devait être rendue publique mercredi 10 novembre, décrit les circonstances de la médicalisation croissante de la contraception, par l'usage quasi généralisé de la pilule et du stérilet. Mais si ces méthodes sont très efficaces, elles ne correspondent pas au mode de vie de toutes les femmes, ce qui entraîne des échecs et la survenue, encore trop fréquente, de grossesses non désirées.

Première étude de cohorte réalisée sur le sujet en France, l'enquête Cocon interroge chaque année par téléphone, et depuis l'an 2000, 2 863 femmes sur leurs pratiques contraceptives. Ses premiers résultats montrent que la pilule puis le stérilet (prescrit après une ou plusieurs grossesses) se sont imposés comme mode principal de contraception : 60 % des femmes sous contraceptif utilisaient la pilule en 2000 (soit 5 millions d'utilisatrices) et 23 % le stérilet. Depuis le milieu des années 1990, les méthodes traditionnelles de contraception (retrait, abstinence périodique) ont pratiquement disparu, plaçant la France en première place mondiale dans l'usage des méthodes médicales. Ce mouvement de fond, entamé depuis le début des années 1980, n'a pas été freiné par l'épidémie de sida et le recours accru au préservatif. Preuve de l'efficacité des campagnes de prévention, une étude menée par Clémentine Rossier et Henri Leridon, de l'Inserm, à partir des données de Cocon, montre que le préservatif est devenu, dans les années 1990, la méthode presque universelle de protection des premiers rapports sexuels. Le préservatif a ainsi remplacé, à la fin des années 1990, l'absence de contraception en début de vie sexuelle, qui était encore fréquente dans les années 1980. Mieux, il faciliterait ensuite le passage à la pilule, en imprimant une logique de prévention aux plus jeunes : *"Le préservatif en tout début de vie sexuelle ne protège pas seulement du sida : il ouvre la voie à d'autres formes de contraception"*, notent ainsi Clémentine Rossier et Henri Leridon.

## **INÉGALITÉS SOCIALES**

L'enquête Cocon montre par ailleurs que l'usage de la pilule s'est répandu dans tous les groupes sociaux. Au début des années 1980, l'accès à la pilule et au stérilet était marqué par de fortes disparités, les femmes les plus favorisées y ayant beaucoup plus souvent recours. Vingt ans après, les inégalités sociales se sont déportées sur le type de pilule utilisé : les femmes cadres utilisent plus souvent (à 64 %) les pilules de troisième génération (minidosées et non remboursées par la Sécurité sociale) contre 17 % pour les ouvrières. Les premières s'adressent d'ailleurs davantage aux gynécologues (90 %) que les secondes (50 %), les spécialistes prescrivant beaucoup plus volontiers que les généralistes des pilules de troisième génération. D'après les résultats de l'enquête Cocon, la question de l'accès de toutes les femmes aux différents modes de contraception se révèle cruciale.

La France se caractérise en effet par un *"double paradoxe contraceptif"*, selon l'expression de Nathalie Bajos, chercheuse à l'Inserm et responsable de l'étude : d'une part, le nombre des avortements n'a pas baissé alors que la contraception s'est généralisée ; d'autre part, en dépit d'un plus grand recours à la pilule et au stérilet, les échecs de contraception restent fréquents. Près de deux grossesses non prévues sur trois surviennent chez des femmes sous contraception et 23 % des avortements sont le fait de femmes qui prennent la pilule. Ces données traduisent les difficultés que les femmes rencontrent dans la gestion quotidienne de leur contraception. *"Les échecs de contraception ne surviennent jamais au hasard, explique Mme Bajos. Il existe ainsi une inadéquation de certaines méthodes contraceptives aux conditions de vie sociale et affective des femmes."* La pilule, qui nécessite une prise quotidienne et à heure fixe, ne correspond ainsi pas toujours au mode de vie d'une femme dont la sexualité est irrégulière, par exemple. *"La méthode la plus efficace en théorie n'est pas forcément celle qu'il faut retenir en pratique"*, résume Mme Bajos. Au-delà du formidable progrès qu'ont constitué l'apparition de la pilule puis sa généralisation, l'enquête Cocon plaide donc pour une diversification des méthodes afin que les femmes puissent mieux gérer leur contraception et limiter les échecs. Un mouvement que devrait favoriser l'apparition des nouveaux moyens contraceptifs que sont l'implant, le patch ou l'anneau vaginal (*Le Monde* du 14 octobre).

## **Environ 206 000 IVG en France en 2002**

***Le Monde* 11 novembre 2004**

Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) peut être évalué à 206 000 en France métropolitaine en 2002, soit une progression de 1,7 % en un an, selon une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la santé. Le nombre d'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans reste stable : il est de 14,3 en 2002, contre 14 en 1990. Ce taux moyen recouvre toutefois un recours très différencié selon les tranches d'âge, allant de 27,4 IVG pour 1 000 femmes âgées entre 20 et 24 ans à 5,6 pour celles âgées entre 40 et 44 ans. 35 % des avortements sont désormais médicamenteux, soit deux fois plus qu'en 1990. Au sein de l'ancienne Europe des Quinze, la France se situait dans les pays ayant un taux d'avortement les plus élevés, après la Suède et juste devant la Grande-Bretagne. Environ 10 700 jeunes filles mineures ont eu recours à une IVG en 2002, contre 8 100 en 1993. Cette tendance à la hausse s'inscrit dans un contexte où, par ailleurs, la vente de médicaments pour la contraception d'urgence s'est accrue d'un tiers entre 2000 et 2003.

## **Hormone de croissance : le procureur de Paris promet un procès exemplaire**

***Le Monde* 11 novembre 2004**

*Yves Bot a annoncé aux familles des victimes contaminées par la maladie de Creutzfeldt-Jakob que les audiences pourraient commencer fin 2005*

Treize ans après la découverte du scandale de l'hormone de croissance contaminée, le procureur de Paris, Yves Bot, a promis, mardi 9 novembre, la tenue d'un procès exemplaire aux familles des 96 victimes, réunies à sa demande au tribunal de grande instance de Paris. M. Bot, qui doit être prochainement nommé procureur général près la cour d'appel de Paris, tenait à rassurer les plaignants, inquiets de l'évolution de l'instruction de la juge Marie-Odile Bertella-Geffroy après le non-lieu général prononcé en juillet 2003 dans l'affaire du sang contaminé. Selon Me Bernard Fau, avocat de l'Association des victimes de l'hormone de croissance (AVHC), le procureur a donné aux familles *"l'assurance absolument formelle que non seulement il n'y aurait pas de non-lieu dans ce dossier, mais que le parquet poursuivrait avec la plus grande sévérité"* les douze personnes - médecins prescripteurs, anciens responsables de l'association France Hypophyse ou de l'Institut Pasteur - mises en examen pour *"homicide involontaire"*, *"prise illégale d'intérêt"* ou *"tromperie aggravée"* pour leur responsabilité dans la collecte, la fabrication et la distribution, entre 1983 et 1988, d'hormones de croissance contaminées par la maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ).

Selon M. Bot, le parquet devrait rendre son réquisitoire de renvoi devant le tribunal dans cinq mois. Le procès pourrait durer deux mois et avoir lieu à la fin de l'année 2005. Le scandale de l'hormone de croissance a éclaté en 1991, mais les faits remontent au milieu des années 1980. A l'époque, le nanisme hypophysaire, une maladie de croissance des enfants, était traité par une hormone dite extractive fabriquée par l'Institut Pasteur à partir d'hypophyses prélevées sur des cadavres, en France ou dans les pays de l'Est. En 1985, des scientifiques ont établi que l'hormone de croissance extractive était susceptible de transmettre la maladie de Creutzfeldt-Jakob, une affection dégénérative mortelle. Alors que certains pays, dont les Etats-Unis, décidaient son retrait du marché, la production française de l'hormone avait continué jusqu'en 1988, avec une étape supplémentaire d'inactivation virale, mais des lots non inactivés n'avaient pas été rappelés. 900 enfants auraient été exposés, dont 96 sont décédés après avoir contracté la maladie. Devant une centaine de personnes, M. Bot a promis que le parquet réclamerait des peines exemplaires et ferait appel si les peines n'étaient pas suffisamment lourdes. *"Il nous a également annoncé que le parquet général se pourvoierait en cassation si le jugement rendu en appel ne donnait pas de meilleurs résultats"*, a précisé Me Fau.

#### **"DOSSIER PHARE DE LA JUSTICE"**

Les familles des victimes redoutaient également que les nouvelles qualifications de *"tromperie aggravée"* retenues par le parquet contre dix personnes depuis le printemps 2004 ne viennent se substituer aux poursuites engagées pour *"homicides involontaires"*. *"M. Bot nous a d'emblée expliqué que cette nouvelle qualification de tromperie n'était pas exclusive des autres mais s'ajoutait aux poursuites déjà engagées"*, rapporte Jean-Bernard Mathieu, dont le fils est décédé à l'âge de 19 ans. *"Notre crainte était d'assister à un enterrement de première classe, comme pour le sang contaminé. Le procureur nous a au contraire donné l'impression qu'il trouvait insupportable qu'une telle instruction dure treize ans, et qu'il entendait bien y mettre un terme. Il nous a redonné confiance après des années de profonde désespérance."* M. Bot a en outre fait savoir qu'il n'y avait à ses yeux *"aucune équivoque sur l'existence d'une causalité directe entre le traitement utilisant l'hormone de croissance et la contamination des victimes"*, a précisé Me Fau, et le parquet *"s'opposera à toute manœuvre dilatoire"* des avocats des mis en cause. Quatre mois après le naufrage de l'affaire d'Outreau, au moment même où la cour d'assises de l'Yonne examine, au procès d'Emile Louis, les dysfonctionnements judiciaires de l'affaire des sept jeunes filles disparues, M. Bot a donné l'impression aux familles des victimes de s'inscrire *"dans une politique délibérée de la chancellerie de 'recrédibiliser' la justice aux yeux des justiciables"*, analyse Me Fau. *"Ce dossier, qui nous est aujourd'hui présenté comme la priorité des priorités, la chancellerie veut en faire le dossier phare de la justice qui rachète ses fautes"*.

#### **Contre le sida, l'Amérique en pointe**

**Howard H. Leach, ambassadeur des Etats-Unis en France.**

**Le Monde 11 novembre 2004**

C'EST parce que le sida tue chaque jour 8 000 personnes dans le monde que les Etats-Unis se sont engagés dans la lutte contre cette terrible épidémie. Cette semaine, le comité consultatif présidentiel sur le VIH/sida doit se réunir à Washington afin d'apporter des informations et des recommandations au gouvernement américain quant aux programmes et aux politiques appropriés pour promouvoir la prévention et faire progresser la recherche sur le VIH et le sida. Jusqu'à ce qu'un remède ou un vaccin contre le sida puisse être trouvé, la priorité restera au traitement des malades, à la prévention de

nouvelles contaminations et aux soins à donner aux porteurs de la maladie ainsi qu'à ceux qui en subissent les conséquences, notamment les orphelins.

Les Etats-Unis ont pris la tête de la lutte globale contre le sida en engageant des moyens financiers énormes. Cette année, l'ensemble de notre contribution pour combattre l'épidémie atteindra 2,4 milliards de dollars - un montant supérieur à la somme de toutes les contributions du reste du monde. Le plan d'urgence américain contre le sida fournit directement des traitements, des moyens de prévention et des soins dans plus de 100 pays, en se concentrant sur les 15 pays les plus durement touchés. Depuis janvier, ces 15 pays, où l'on recense la moitié des cas de contamination du monde, ont reçu 865 millions de dollars (670 millions d'euros) au titre de ce plan d'urgence. Les Etats-Unis sont les cofondateurs du Fonds global contre le sida, la tuberculose et le paludisme, qu'ils continuent à présider et dont ils sont le principal donateur. Cet investissement montre déjà des résultats positifs en termes de vies sauvées. Le département d'Etat américain a annoncé que le plan d'urgence est *"en voie d'assurer le traitement de plus de 200 000 personnes d'ici à juin 2005, ce qui doublera presque le nombre de malades traités en Afrique subsaharienne"*. En Ouganda, les programmes financés par le gouvernement américain ont largement multiplié par deux le nombre des patients recevant des traitements antirétroviraux, souvent dans des endroits où il est difficile d'avoir accès aux médicaments et aux traitements. De nombreux ruraux ougandais reçoivent désormais un traitement antirétroviral qui leur est apporté à domicile par des auxiliaires médicaux circulant à cyclomoteur.

Les Etats-Unis ont pris l'engagement de contribuer au traitement des malades diagnostiqués séropositifs par des médicaments efficaces qui sont largement répandus dans le monde développé. La moitié environ des crédits du plan d'urgence du président serviront à financer des thérapies antirétrovirales, qui donnent aux patients la force de travailler, en assumant leur rôle auprès de leur famille et de leur communauté. Les malades du sida doivent avoir accès à des médicaments sûrs et efficaces. Dès l'origine, la politique américaine a été d'acheter de tels médicaments aux prix les plus bas possible, quel que soit le pays d'où ils viennent ou la nationalité de celui qui les vend. Pourvu qu'ils soient sûrs et efficaces, nous nous intéresserons aussi bien aux médicaments génériques et aux copies des médicaments de marque qu'aux médicaments des laboratoires pharmaceutiques.

Les Etats-Unis accueillent favorablement et respectent la décision de l'Organisation mondiale du commerce d'assouplir la réglementation des brevets afin d'élargir l'accès des pays en développement aux médicaments. Comme la France et d'autres nations, nous sommes d'avis qu'il faut protéger les droits de propriété intellectuelle, et notamment ceux qui se rapportent à l'industrie médicale. Les règles de la propriété intellectuelle offrent le cadre nécessaire pour protéger et encourager l'innovation. Pour autant, les Etats-Unis reconnaissent que des exceptions doivent être faites pour les crises d'ordre médical, comme c'est le cas avec le sida. Endiguer l'expansion du sida est aussi important que de traiter les populations déjà atteintes par la maladie. Pour les Etats-Unis, les principes d'une bonne prévention résident dans l'abstinence, la fidélité et l'usage du préservatif, mais il n'y a pas qu'une seule et unique solution pour prévenir le développement de cette pandémie. De nombreuses tactiques doivent être utilisées : lutte contre la toxicomanie, éducation des femmes et poursuite des travaux de mise au point d'un vaccin.

Au cours du dernier exercice budgétaire, les Etats-Unis ont investi 488 millions de dollars (380 millions d'euros) dans la recherche sur le vaccin, et, pour le prochain exercice, le président Bush a demandé un budget de 533 millions de dollars (415 millions d'euros). Pour inverser la marée montante de la pandémie, il est également nécessaire d'améliorer l'infrastructure médicale dans les régions exposées à une diffusion exponentielle du VIH/sida. C'est pour cela qu'une part croissante des fonds du plan d'urgence américain sera investie dans la formation de travailleurs du secteur médical et dans l'amélioration des infrastructures de santé publique nationales et locales. La France contribue elle aussi à cet effort grâce au réseau d'organismes d'assistance qu'elle entretient en Afrique. Les défis que lance la pandémie du sida à la communauté internationale sont énormes. Le tribut humain et économique que prélève cette maladie incite les pays touchés à réagir. En s'unissant, les nations du monde ont éradiqué la variole, ce qui semblait impossible pour beaucoup à l'époque. De la même façon, le but que nous poursuivons ensemble aujourd'hui est celui d'un avenir où le sida aura disparu.

## **Hépatite B : le procès du progrès** **Le Monde 11 novembre 2004**

La vaccination contre l'hépatite virale de type B devait être l'une des plus belles aventures médicales de la seconde moitié du XXe siècle. Au début du XXIe siècle, c'est devenu en France un gâchis sanitaire, le symptôme d'un changement d'époque autant que l'aveu collectif d'une forme de régression. Il reste à comprendre comment on a pu en arriver là. La découverte du virus transmissible par voies sexuelle et

sanguine responsable de cette infection chronique du foie, pouvant évoluer vers une cirrhose et un cancer, date des années 1960 grâce notamment aux travaux de Baruch Samuel Blumberg, Nobel de médecine 1976. Outre le fait qu'elle permettait de commencer la classification des différents types d'infections virales du foie, cette découverte ouvrait la voie à la mise au point d'un vaccin protecteur. Le premier vaccin de ce type fut conçu en France en 1976 par l'équipe de Philippe Maupas, au CHU de Tours, à partir du sang de personnes infectées. Les progrès accomplis à cette époque en s'appuyant sur les techniques de biologie moléculaire permirent, à partir du début des années 1980, de disposer de vaccins anti-hépatite d'un nouveau type pouvant être produits à une échelle industrielle. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime à 200 millions le nombre des personnes qui, à travers le monde, sont infectées de manière chronique. Fort de ces données, Philippe Maupas fut le premier à lancer une vaccination systématique des enfants dans les pays les plus touchés. Pour la première fois dans l'histoire, un vaccin permettait d'espérer prévenir une lésion cancéreuse.

La première démonstration de cette possibilité fut obtenue à la fin des années 1990 à Taïwan alors qu'un programme national de vaccination avait été mis en œuvre dès 1983, fruit d'une collaboration franco-taiwanaise. Entre-temps, l'OMS avait lancé des initiatives visant à développer la prévention à l'échelle planétaire. C'est ainsi qu'il y a quinze ans on pensait pouvoir obtenir, comme on l'avait fait avec la variole, l'éradication de l'hépatite B. Cet objectif, croyait-on alors, pouvait raisonnablement être atteint à l'horizon de 2010. C'était compter sans le développement, en France, d'un phénomène inattendu que la science peine à comprendre et qui place les autorités sanitaires dans un grand embarras. Tout a commencé au milieu des années 1990 avec une observation, faite au sein de l'un des plus prestigieux services de neurologie hospitalo-universitaires français : des poussées de sclérose en plaques, correspondant à une exacerbation des symptômes de cette maladie neurologique chronique et handicapante, étaient décrites chez des personnes qui s'étaient fait vacciner contre l'hépatite B quelques semaines ou mois auparavant. Fallait-il voir dans l'apparition de ces lésions, dites "démyélinisantes", un effet secondaire, inconnu jusqu'alors, du vaccin ? N'y avait-il au contraire qu'une simple coïncidence due notamment au très grand nombre de personnes - près de 30 millions - qui s'étaient fait vacciner en quelques années en France ? De nombreuses enquêtes rétrospectives ont, depuis, été menées sur ce thème qui ne permettent pas de répondre clairement. Pour autant les experts sont formels : aucun cas de lésions démyélinisantes n'a, en France ou à l'étranger, été observé chez des enfants vaccinés. C'est la raison pour laquelle les autorités sanitaires françaises, si elles n'excluent pas, en théorie, un risque faible pour l'adulte, recommandent toujours de faire vacciner les jeunes enfants.

### **DOUTE GÉNÉRALISÉ**

Or l'affaire des lésions démyélinisantes et ses conséquences judiciaires et médiatiques ont, ces dernières années, pris de telles dimensions qu'un doute général s'est installé quant à l'innocuité de ce vaccin. A la campagne des associations antivaccins s'est greffée une angoisse globale. Au point que le vaccin ne protège plus, aujourd'hui, que moins d'un enfant sur quatre. Les autorités sanitaires sont d'autant moins en situation de convaincre les médecins et les parents de la nécessité de vacciner qu'elles sont aujourd'hui accusées de ne pas avoir su mener sur ce thème une politique vaccinale cohérente. On prend ainsi conscience, a posteriori, de l'ampleur sans aucun doute exagérée des campagnes d'immunisation du début des années 1990 ainsi que des incitations publicitaires à la prévention financées par les fabricants de vaccin. Il convient toutefois de se souvenir que ces événements survinrent alors que le risque de contamination par le virus du sida était perçu comme très élevé et que l'hépatite B était avant tout présentée, ce qu'elle est, comme une maladie sexuellement transmissible. On découvre ainsi que des millions de personnes qui n'étaient pas - du fait de leur mode de vie (toxicomanie intraveineuse), de leurs comportements sexuels ou de leur profession - directement exposées au risque de contamination ont été vaccinées.

On apprend aussi que les recommandations des autorités sanitaires ont été formulées sans que l'on dispose d'une base de données épidémiologiques précises quant à la présence du virus dans la population française. Cette situation interdit de fait de fournir la preuve documentée des bénéfices sanitaires de la vaccination tandis que, faute de certitudes scientifiques, on demande à la justice de dire où est la vérité. Tout se passe enfin comme si les responsables de la santé publique étaient totalement désarmés face à un phénomène qui ne s'est développé qu'en France. Du moins sous cette forme, puisque les autorités britanniques sont, elles, confrontées à une campagne d'associations antivaccins accusant le vaccin protégeant contre la rougeole, la rubéole et les oreillons d'être à l'origine de cas d'autisme. Quelles leçons pourrait-on, au-delà des controverses et des incompréhensions, tirer d'une telle affaire ? Sans doute prendre pleinement la mesure que le geste vaccinal ne peut plus, comme jadis, être un réflexe doublé d'une obligation. Il faut en effet, là aussi, compter avec l'évolution de la relation médecin-malade ainsi qu'avec la perception nouvelle que l'on peut avoir du risque de contracter des maladies infectieuses devenues rares. Tout cela impose plus que jamais au médecin d'exposer à ceux devant être vaccinés - ou à leurs parents - les termes du rapport entre les bénéfices et

les risques individuels. L'heure n'étant plus à l'obligation, il reste à tout mettre en œuvre pour faire du geste vaccinal un acte médical à part entière impliquant non seulement un examen et un interrogatoire mais aussi et avant tout un dialogue. Ce n'est qu'à ce prix, et avec le développement d'une véritable entreprise de "vaccinogilance", comme il existe une pharmacovigilance, que la confiance, peut-être, reviendra et que la lutte de l'homme contre ce virus pourra se poursuivre avec succès.

## **DISCOURS Douste-Blazy** **Ouverture du salon infirmier 2004**

Madame la Directrice, Monsieur le Directeur,

C'est avec un très grand plaisir que j'inaugure ce matin ce salon infirmier. Je suis toujours très attentif au personnel infirmier dont je connais les compétences et le professionnalisme. Et lorsque le hasard de mon agenda a de nouveau permis ma présence, parmi vous, je n'ai pas hésité. Je suis très attaché à conserver un contact direct avec les professionnels de terrain.

Vous vous interrogez dans votre allocution sur un certain nombre de points dont vous me permettez d'en reprendre certains.

J'aimerais d'abord vous parler de la réforme de l'assurance maladie, une des priorités de mon action, la plus importante mais non la seule. La plus importante car il s'agit de la sauvegarde de nos régimes d'assurance maladie, un pilier fondamental de notre système de santé. Si nous ne pérennisons pas notre sécurité sociale, beaucoup des sujets qui sont abordés aujourd'hui n'auront plus vraiment de sens.

Cette réforme est basée sur le rapport du Haut conseil auquel participe des membres du Conseil national des professions de santé. Il fait donc le pari de la maîtrise médicalisée et de la responsabilisation des acteurs. Les dernières données de la CNAMTS nous indique d'ailleurs que réussir ce pari est non seulement souhaitable mais possible. Nous devons y arriver ensemble. Votre profession est concernée. A travers les relations conventionnelles qu'elle noue avec l'assurance maladie et dont le cadre est rénové par la réforme, elle devra prendre pour les soins qui la concernent ses responsabilités comme l'ensemble des autres professions de santé. J'espère notamment qu'elle mettra en œuvre les outils de la maîtrise médicalisée et qu'elle participera à une meilleure coordination des soins en liaison avec les professions médicales notamment.

C'est grâce à cette maîtrise médicalisée que nous pourrons maintenir le système de soins telle qu'il existe, une offre libérale avec plus de 60 000 infirmières et une offre hospitalière et médico-sociale.

**Celui de la nouvelle gouvernance** à l'hôpital ensuite. « Nouvelle gouvernance » est un vocable auquel je préfère celui « d'organisation hospitalière », car l'organisation hospitalière se fait autour du malade, pas la gouvernance.

Le projet d'ordonnance sur la nouvelle organisation hospitalière prévoit notamment que les établissements publics de santé devront s'organiser en pôles d'activités, structures de gestion, déconcentrées. Au sein de chaque pôle, un conseil de pôle, composé d'équipes médicales, *d'encadrement et soignantes*, aura notamment pour mission de participer à l'élaboration d'un projet de pôle. Ce projet fixera l'organisation générale, les orientations ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins. A cet égard, concernant l'évolution de la commission du service de soins infirmiers « CSSI », ces missions sont désormais étendues à l'ensemble des soins infirmiers, médico-techniques, et de rééducation et le projet d'ordonnance enrichit ses attributions par son association à la définition de la politique d'amélioration continue de la qualité des soins ainsi qu'à l'évaluation des pratiques professionnelles. Par ailleurs, du fait de son élargissement aux activités médico-techniques et de rééducation, la composition de la commission doit être adaptée et ses modalités de désignation reposera désormais sur l'élection et non plus le tirage au sort de ses membres.

Cela a été demandé par de nombreux syndicats. J'ai modifié le texte en ce sens, car, c'est je crois, une des conditions de la démocratie hospitalière. Cette nouvelle organisation hospitalière est une chance. Une chance pour vous, non seulement de pouvoir vous exprimer au sein de l'hôpital, mais surtout d'agir, j'en ai la conviction.

- Concernant l'aspect économique et notamment la mise en place progressive de la tarification à l'activité.  
La tarification à l'activité, n'est pas un outil de maîtrise des coûts. C'est un outil pour reconnaître la performance et le dynamisme. C'est donc un outil d'équité. Mais c'est aussi un outil qui permettra enfin de mettre en lumière ce que sont les missions de service public. Les « missions d'intérêt général » sont en cours d'identification par la direction de l'hospitalisation. Pour la première fois, un décret définira ces missions avant la fin de l'année, et permettra de les financer forfaitairement et en toute transparence. Je ne permettrai pas que la tarification à l'activité ait la moindre répercussion négative sur l'organisation des soins, soyez en assurés.
- Vous vous êtes inquiétée de l'incidence des réformes sur la charge de travail des infirmières. Permettez-moi de souligner que la loi portant réforme de l'assurance maladie consacre plusieurs de ses articles à la formation des professionnels, à l'évaluation de leurs compétences, et de la qualité des pratiques. La Haute Autorité de Santé est désormais chargée d'élaborer des guides de bon usage des soins, d'établir et de mettre en œuvre des procédures d'évaluation des pratiques professionnelles et d'accréditation des équipes.

La question de ce que vous avez appelé « le transfert de compétences », et que je préfère nommer : « la coopération entre les professions de santé », expression qui reprend une partie du titre du deuxième rapport du Doyen Berland, me paraît en effet mériter quelque attention. Je comprends à ce sujet vos doutes et vos inquiétudes, qui sont le signe d'une volonté de ne pas utiliser un vrai débat de fonds à des fins qui ne sont pas les siennes, à savoir régler les questions de pénurie. Tout au long de l'histoire des professions de santé, des activités soignantes ont, tour à tour, été réalisées par l'une ou l'autre des catégories professionnelles. Certaines professions ont d'ailleurs été créées de cette manière, ainsi les manipulateurs d'électroradiologie médicale sont nés de l'émergence de technologies nouvelles. Toutes les professions paramédicales sont issues de segments d'activités, qui, soit n'existaient pas, soit étaient réalisés par d'autres. La spécificité du moment vient de la conjonction de facteurs qui peuvent rendre opportune l'évolution des métiers et professions dans le champ de la santé. Il s'agit de penser autrement, grâce à une approche non plus segmentaire, mais de coopération autour du parcours de soins du patient.

En effet, vous avez raison de parler d'une baisse attendue des effectifs médicaux. Elle existe, il ne serait pas opportun de la nier.

Elle n'est pas identique pour toutes les spécialités, elle est mal répartie en France, mais c'est une donnée dont il faut tenir compte. D'autant qu'à cet effet mécanique s'ajoute l'augmentation des besoins de santé liée au vieillissement de la population. Il y a donc nécessité de recentrer les médecins sur leur cœur de métier, c'est-à-dire l'approche scientifique des pathologies et des traitements, et leur permettre de faire évoluer la recherche. C'est une question de santé publique. Par ailleurs, un souhait existe depuis des années, relayé par des salons comme celui-ci ou des associations professionnelles, de faire évoluer vos professions et vos carrières dans le domaine propre des compétences cliniques. Des travaux menés il y a quelques années par mes services parlaient déjà de créer des fonctions spécifiques pour les infirmières, comme celle, « d'infirmière clinicienne » ou d'infirmière compétente dans l'un ou l'autre domaine spécifique comme l'oncologie, ce que d'autres pays nomment : « infirmières de pratiques avancées ». Une troisième opportunité peut venir pour les professions de santé, de l'Europe et de la signature par la France des accords de Bologne. Ils demandent aux pays de rendre cohérents leurs systèmes de diplômes afin de participer aux développements de l'Europe des savoirs et de favoriser la mobilité des professionnels de santé au sein de l'Europe. Dans ce cadre, la France a pris des mesures pour aligner ses diplômes et ceux de la santé devront participer de cette mise en forme.

L'universitarisation de la formation des infirmières se fera grâce à la réforme L.M.D. Les questions posées par le rapport de M. Berland sont donc réelles et actuelles. Nous avons souhaité mettre en place, en travaillant dans le cadre de l'Observatoire national de la Démographie des Professions de Santé, des expérimentations encadrées tant sur le plan légal que sur le plan scientifique afin d'éclairer les décisions à prendre dans ce domaine. En effet, s'il s'avérait qu'il était possible de répartir les activités, voire les compétences entre les professions de santé (par exemple comme vous l'avez dit, des consultations de suivi de patients avec autorisation de prescriptions limitées dans le cadre d'un protocole par des infirmières) il faudrait en tirer des conséquences sur le plan législatif, réglementaire, régissant les professions, sur le plan de la formation et sur le plan des carrières. Actuellement, les projets en préparation pour les expérimentations concernent cinq sites bien ciblées et quatre professions : *les infirmières, les orthoptistes, les diététiciennes, les manipulateurs*

*d'électroradiologie médicale.* Bien évidemment, un bilan rigoureux sera tiré après six à douze mois de fonctionnement.

- Concernant la Validation des Acquis de l'Expérience, vous savez qu'il s'agit de l'application d'une loi de droit commun qui concerne l'ensemble des diplômés en France, bien au-delà du secteur de la santé. Il s'agit d'une véritable révolution culturelle et d'un droit nouveau pour les citoyens : celui d'acquérir un diplôme sans nécessairement passer par la formation classique. C'est aussi la reconnaissance de l'aspect formateur du travail et la valorisation des efforts accomplis par les professionnels. Je n'ignore pas vos craintes et je tiens d'emblée à vous rassurer qu'il ne s'agit aucunement de valider un exercice illégal, ni d'attribuer des diplômes « au rabais ». Nous avons d'ores et déjà engagé une réflexion qui arrive à terme sur le diplôme professionnel d'aide-soignant et à laquelle l'ensemble des représentants ont largement contribué. Ce travail a été mené selon une méthode rigoureuse. Un référentiel métier a été élaboré, (activités et compétences). Le référentiel de formation est en cours d'élaboration et conduira à réexaminer l'organisation de la formation initiale des aides-soignants. La mise en place effective de la procédure aura lieu en 2005 comme cela avait été annoncé.
- Vous vous interrogez, ensuite, sur la pertinence de campagnes de communication concernant la profession d'infirmière. Je l'avais annoncé au printemps dernier, une campagne publique de valorisation des métiers de l'hôpital a eu lieu récemment, début octobre. Ce n'était qu'un début timide. J'ai décidé de créer un groupement d'intérêt public entre l'Etat et l'ensemble des fédérations hospitalières publiques et privées pour assurer, sur plusieurs années, des campagnes de communication sur les métiers de l'hôpital. Il s'agit d'encourager et de motiver les candidatures, de donner envie de venir travailler à l'hôpital, en faisant mieux reconnaître cette institution et en valorisant les métiers et les carrières.
- Concernant, enfin, vos préoccupations relatives à la politique de santé mentale, je les partage. Sur la dépression et, en particulier, sur l'ensemble de la santé mentale, je souhaite donner des orientations claires et volontaristes. Un Plan de développement de prise en charge de la santé mentale résumera ces orientations. Mais, je souhaite aussi assurer le juste financement de cette activité. C'est pourquoi, en plein accord avec l'ensemble des professionnels concernés, j'ai demandé que d'ici la fin 2005, je puisse disposer de propositions opérationnelles pour une véritable valorisation de l'Activité Psychiatrique. Vous le voyez, Madame la Présidente, je crois comprendre vos préoccupations. Et malgré les contraintes, je suis conscient de mon devoir envers vous et envers les patients.

### ***Son installation prévue aujourd'hui***

**L'Uncam, instance clé de la réforme**

***Le Quotidien du Médecin* du : 09/11/2004**

**Le conseil de la nouvelle Union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam) est installé aujourd'hui. Dans une semaine, il fixera ses orientations en vue des négociations conventionnelles. Mais c'est ensuite le directeur général, Frédéric van Rookeghem, qui négociera directement avec les médecins libéraux.**

L'UNION nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam), dont le conseil est officiellement installé aujourd'hui mais dont le directeur général, Frédéric van Rookeghem, est connu depuis plusieurs semaines déjà (1), s'impose comme l'instance clé de la nouvelle gouvernance de l'assurance-maladie. Et la pierre angulaire de la maîtrise médicalisée des dépenses, priorité du gouvernement. Composée d'un conseil de 18 membres (12 issus du régime général - Cnam -, 3 du régime agricole - MSA - et 3 de celui des indépendants - Canam), l'Uncam chapeaute les trois caisses nationales (dont elle coordonne la gestion du risque) et bénéficie de pouvoirs étendus : négociation de toute la politique conventionnelle, fixation des taux de remboursement des médicaments et des prestations et du montant de la participation forfaitaire (dans des limites fixées par décret). Comme le demandait le Medef, le gouvernement a désigné « *un pilote dans l'avion* » en confiant le pouvoir opérationnel au directeur général de l'Uncam, le conseil se limitant à un rôle d'« *orientation* ». Cette répartition des pouvoirs va se traduire immédiatement : le conseil de l'Uncam, présidé par le cédétiste Michel Régereau (également président de la Cnam), arrêtera mardi prochain, 16 novembre, les objectifs et principes généraux des négociations conventionnelles. Sur la base de ces orientations, Frédéric van Rookeghem engagera et dirigera lui-même les négociations avec les syndicats médicaux et, le cas échéant, signera la ou les conventions, leurs avenants et leurs annexes ainsi que tous les accords et contrats avec les professionnels de santé. Chacun devra donc trouver ses marques dans cette architecture rénovée. En endossant ses habits de président du conseil de la Cnam et de l'Uncam,

Michel Régereau (Cfdt) a fixé trois priorités : la mise en place du parcours de soins autour du médecin-traitant avec les « *conditions d'accès au spécialiste au tarif opposable* »; le développement d'accords « gagnant/gagnant » avec les professionnels de santé (contrats de pratique professionnelle, accords de bon usage des soins); l'« *achèvement* » de la négociation sur la classification commune des actes médicaux (Ccam).

### **A quoi joue le Medef ?**

Avant même que le conseil de l'Uncam soit installé, sa composition soulève une vague de critiques. Parmi les 12 membres issus du régime général qui siègent à l'Uncam figurent 6 représentants des syndicats (2 Cfdt, 1 Cftc, 1 FO, 1 CGC et 1 CGT) et 6 des employeurs (4 Medef, 1 UPA et 1 CGPME). Un retour au « *paritarisme pur et dur* » dénoncé par Jean-Pierre Davant, président de la Mutualité française, qui craint que cette configuration permette au patronat de promouvoir sa « *vision libérale* » du système de santé. Au Medef, on fait officiellement profil bas. « *Nous sommes humbles dans cette affaire, assure-t-on dans l'entourage proche de Guillaume Sarkozy, responsable de la protection sociale au Medef. Nous sommes revenus dans le cadre d'un paritarisme de surveillance et de conseil, pas de gestion.* »

La Mutualité n'est pas la seule organisation à grincer des dents. Egalement écartées du conseil de l'Uncam, les associations d'usagers ont vivement regretté cette situation par la voix du Collectif interassociatif des usagers (Ciss), de la Fnath (accidentés de la vie) et de l'Unaf (associations familiales). La nouvelle gouvernance aurait-elle déjà du plomb dans l'aile ?

### **Mallet (FO) : des avis divergents.**

Quelle que soit la majorité qui se dessinera, le conseil de l'Uncam devra rapidement faire ses preuves en donnant du sens à la notion de « *responsabilité partagée* » (entre médecins, usagers et caisses) à laquelle l'ensemble des acteurs se réfèrent volontiers. Demain, l'Uncam devra également nouer un partenariat avec la future Union des organismes complémentaires (Unoc, qui réunit mutuelles, institutions de prévoyance et assurances) pour déterminer une politique de gestion du risque cohérente avec une question cruciale : qui rembourse quoi ? La fixation du cadre des négociations conventionnelles sera, pour le conseil de l'Uncam, le premier test. Expert en équilibre des pouvoirs, Jean-Claude Mallet, qui siège pour FO, estime que c'est « *l'intérêt de tout le monde de s'entendre* » avant d'ajouter que « *des points de divergence, voire de blocage, apparaîtront très vite* ». Il n'a sans doute pas tort. En tout état de cause, le conseil donnera le ton des négociations sans pouvoir jouer la partition, privilège du directeur.

*CYRILLE DUPUIS*

*(1) L'ancien directeur de cabinet de Douste-Blazy avait été nommé en Conseil des ministres dès le 22 septembre à la direction de la Cnam, et donc aussi de la future Uncam.*