

REVUE DE PRESSE

Octobre 2003

<http://onala.free.fr>

Sécu, tabac : Mattei sur tous les fronts **Quotidien du Médecin du 22/10/2003**

Dans un entretien publié par « La Tribune », et lors d'interviews sur Europe 1 et RTL, le ministre de la Santé a évoqué à moult reprises, ces jours derniers, la future réforme de l'assurance-maladie.

Aux lecteurs du quotidien économique, Jean-François Mattei a donné des précisions de calendrier et de méthode (des décisions prises « à partir d'avril », donnant lieu dès mai-juin à un avant-projet de loi) et livré sa conception d'un partage des tâches au sein d'une assurance-maladie rénovée. « *Notre idée, explique-t-il, est celle d'un Etat garant et de partenaires gérants.* » Pour ceux qui s'inquiètent d'un simple déplacement des dépenses du régime de base vers les complémentaires, le ministre remet les pendules à l'heure : « *On entend dire ici et là que l'augmentation du prix des assurances complémentaires résulterait directement de la politique du gouvernement. Mais elle résulte aussi de l'augmentation des dépenses de santé.* » Il n'empêche, interrogé sur Europe 1, Jean-François Mattei ne voit pas cinquante solutions pour rétablir l'équilibre des comptes de l'assurance-maladie. A ses yeux, outre les économies en terme de prescriptions et de soins, « *le financement ne peut venir que de l'argent public ou des assurances, type mutuelles, instituts de prévoyance, assurances privées, ou bien de la participation des uns ou des autres, et je pense que nous jouerons là-dessus en concertation avec les partenaires.* »

Alors que la responsabilisation des acteurs est au centre de ses préoccupations, Jean-François Mattei n'oublie pas les médecins : « *Il faut désormais, dit-il dans les colonnes de « La Tribune », qu'ils entrent dans une logique d'engagement contractuel. Cela va se faire petit à petit. Les avoir ramenés à la table des négociations, c'était indispensable.* »

Lundi, jour de la hausse des prix et de la grève des buralistes, interrogé partout sur la question du tabac (dont les recettes alimentent en partie les caisses de l'assurance-maladie), le ministre a beaucoup tergiversé. Dans « La Tribune », il a déclaré que « *le gouvernement ne croit pas judicieux (que les fabricants de cigarettes procèdent) à une nouvelle hausse (des prix du tabac) à brève échéance.* » Mais sur RTL, évoquant cette fois une possible nouvelle hausse des taxes en janvier, le ministre a dit qu'il attendait de voir « *comment le marché réagit* » pour décider s'il y a lieu de la mettre effectivement en œuvre ou de la « *reporter un tout petit peu.* »

Quotidien du Médecin du 22/10/2003 **Des équipes mobiles psychosociales pour les exclus**

Comment mieux prendre en charge la souffrance psychique des exclus ? A la question posée par la secrétaire d'Etat Dominique Versini, le Pr Philippe-Jean Parquet donne des réponses concrètes : réseau et équipe mobile départementale, lits de repos à orientation psychosociale, accueil dans les maisons-relais.

« *Nul ne peut ignorer aujourd'hui l'émergence d'une souffrance psychique invalidante qui touche les personnes en situation de précarité et parallèlement une précarisation croissante des malades mentaux* », souligne Dominique Versini, secrétaire d'Etat à la Lutte contre la précarité et l'exclusion. C'est pourquoi elle a confié au Pr Philippe-Jean Parquet (Lille) une réflexion sur les mesures à mettre en œuvre dans le cadre du programme national de lutte contre l'exclusion lancé en mars (« le Quotidien » du 27). Le rapport du groupe de travail, « *Souffrance psychique et exclusion sociale* », lui a été remis hier.

Constatant « *l'extrême désarroi des acteurs sociaux et sanitaires face à la souffrance psychique* », le rapport relève le manque de collaboration entre les uns et les autres mais aussi un désarroi commun : « *Le travail social dit ne pas pouvoir être efficace à cause des pathologies des personnes qu'ils rencontrent. Inversement, les psychiatres se disent limités dans les soins par les difficultés sociales.* » D'où des recommandations pour promouvoir une articulation entre les chaînes sanitaires et sociales, avec des modifications à l'intérieur de ces chaînes, en particulier des solutions posthospitalisation.

Le pivot du dispositif pourrait être dans chaque département un réseau santé mentale précarité (RSMP), intégré dans les structures existantes, et une équipe mobile. Le réseau comprendrait cinq ou six personnes : psychologue, infirmier psychiatrique, éducateur spécialisé, assistant social, secrétaire médico-sociale, « *sans oublier un temps partiel de médecin, psychiatre de préférence, ou à défaut généraliste.* » Il aurait trois fonctions : action directe auprès des personnes précarisées, formation des professionnels sociaux,

dynamisation du réseau et stimulation des institutions et des décideurs. Le financement pourrait venir de quatre sources : contribution de la psychiatrie publique, redéploiement à l'initiative des ARH, contribution du PRAPS (programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins), enveloppe réseaux dans le cadre de l'ONDAM.

Lits de repos

La deuxième mesure recommandée est la mise en place de lits de repos à orientation psychosociale. Il s'agirait en fait de l'extension au psychosocial des lits d'infirmierie somatiques mis en place en 1993, avec une consultation médicale ouverte tous les jours et du personnel soignant présent jour et nuit 365 jours sur 365. Ces lits qui doivent être dans un environnement hospitalier fonctionnent en réseau avec d'autres services, en particulier urgences et secteur psychiatrique. Ils ont fait la preuve de leur utilité et de leur intérêt économique : selon une étude réalisée en 1994, pour 160 personnes admises, une économie de 435 journées d'hospitalisation a été réalisée. Le rapport Parquet propose dans un premier temps la création de 150 places de lits de soins infirmiers avec hébergement à orientation psychosociale avec pour vocation l'accueil, l'observation et la réhabilitation thérapeutique de patients psychiatriques très désocialisés. Ces lits pourraient être financés par convention avec l'assurance-maladie avec un financement à la place - le coût à la place des lits infirmiers somatiques est évalué à 57,4 euros par jour.

Le rapport suggère également, troisième mesure, le développement de la prise en charge des personnes présentant une souffrance psychique au sein des maisons-relais (1 000 places doivent être créées sur cinq ans), qui offrent aux personnes en grande précarité un logement durable et un suivi. Des conventions avec les secteurs psychiatriques ont déjà été passées par certaines.

Le développement de la recherche clinique dans cette population est une autre recommandation, moins concrète, du rapport. De même que le développement des activités de soutien et de formation auprès des travailleurs sociaux et des acteurs de la santé mentale. Enfin, pour le groupe de travail, il faut renforcer la prise en charge des conduites addictives des exclus et des précaires, une prise en charge qui doit être spécifique.

« Je souhaite, avec Jean-François Mattei, mettre en place ces dispositifs permettant de mieux prendre en charge des personnes en très grande souffrance », dit Dominique Versini en présentant le rapport. *« Une politique en ce domaine repose tout autant sur la tentative de répondre aux besoins et attentes que sur l'idée que l'on se fait de l'homme et de la société »,* conclut pour sa part le Pr Parquet.

Renée CARTON

Quotidien du Médecin du 24/10/2003

Le plan d'économies de l'AP-HP soumis au verdict du conseil d'administration

La directrice de l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) présente aujourd'hui son plan d'économies de 240 millions d'euros sur quatre ans au conseil d'administration de cette institution, présidée par le représentant du maire de la capitale, le communiste Alain Lhostis. Une partie délicate. Les économies ne devraient pas toucher en priorité les personnels et les soins, mais concerner d'abord les plateaux techniques, notamment les laboratoires, les services logistiques et l'administration. L'objectif est aussi de relancer l'activité en baisse et de procéder à une réallocation des moyens entre les unités de soins.

Près d'un an après son arrivée à la tête de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Rose-Marie Van Lerberghe, qui a remplacé Antoine Durrleman, présente aujourd'hui devant le Conseil d'administration de cette institution son plan d'équilibre, qui doit permettre une économie de 240 millions d'euros sur quatre ans (« le Quotidien » du 6 octobre). L'exercice est compliqué.

En effet, dès l'annonce de ce plan d'économies voulu par le gouvernement et le ministre de la Santé, les oppositions ont été nombreuses tant du côté des syndicats et des personnels que du côté du président délégué du conseil d'administration de l'AP-HP, le communiste Alain Lhostis, qui représente le maire de Paris, Bertrand Delanoë.

Mais la situation financière de l'AP-HP est aujourd'hui si dégradée qu'elle appelle des solutions rapides et énergiques. C'est ce qu'écrivait d'ailleurs, le 30 septembre dernier, le ministre de la Santé dans une lettre à la directrice de l'AP-HP. *« L'institution, expliquait Jean François Mattei, dispose d'un potentiel exceptionnel ; il faut le préserver. Sa situation financière est préoccupante. Elle doit être redressée. »*

Un passif de 350 millions d'euros

En clair, le déficit, qui était de 40 millions d'euros en 2001, a atteint 100 millions pour 2002, et sera sans doute de 210 millions à la fin de l'année 2003. Soit un déficit cumulé sur trois ans supérieur à 350 millions d'euros. On peut d'ailleurs s'étonner (et certains ne manquent pas de le faire au plus haut niveau) de l'inertie des précédents responsables de l'Assistance publique qui ont laissé se dégrader cette situation.

Rose-Marie Van Lerberghe, qui a fait sa carrière dans d'autres secteurs d'activité, a été précisément choisie, dit-on, pour mettre au point ce plan d'économies qui peut créer certains remous. Mais la directrice en a vu d'autres et a des arguments pour convaincre. Ainsi le gouvernement, conscient des difficultés de « vendre » ce plan aux personnels et aux médecins ainsi qu'aux membres du conseil d'administration, s'est engagé, si les économies sont effectivement réalisées, à accorder de nouvelles recettes à l'Assistance publique et à lui verser en quatre ans 230 millions d'euros, afin d'améliorer, dixit Jean-François Mattei, *« sa base budgétaire »*. Ces versements seront échelonnés sur quatre ans : 35 millions d'euros dès 2003, 70 millions en 2004, 65 millions en 2005 et 60 millions

en 2006, hors dotations exceptionnelles liées aux plans nationaux, c'est-à-dire hors des crédits qui seront accordés à l'AP-HP, notamment dans le cadre du plan Hôpital 2007. De plus, le système de péréquation régionale (qui consiste, on le sait, à redistribuer les crédits entre régions : on prend aux plus riches - et d'abord à la région parisienne - , pour donner aux régions moins privilégiées) sera supprimée, ce qui accordera de nouveaux crédits aux hôpitaux de la région Ile-de-France. Il n'est pas certain que ce système contente tout le monde, mais on comprend la satisfaction des responsables de l'AP-HP.

En contre-partie de ces avantages, l'AP-HP doit donc s'engager à économiser 240 millions en quatre ans et à vendre une partie de son patrimoine, pour 170 millions d'euros. Un dernier point qui avait irrité fortement Alain Lhostis qui, dans une déclaration au « Quotidien » (voir notre édition du 6 octobre), avait dénoncé cette vente « *des bijoux de famille* ». Mais, du côté de l'AP-HP, on veut minimiser l'importance de ces cessions. « *Il s'agit, explique-t-on, d'actifs qui n'ont rien à voir avec nos activités de soins et dont nous ne savons que faire. Par exemple, des bâtiments commerciaux, souvent désaffectés et des terres agricoles.* »

Reste la question essentielle : est-il possible d'économiser 240 millions d'euros, même en quatre ans, soit 60 millions d'euros par an, de 2004 à 2007, sans porter atteinte à la qualité des soins, sans toucher aux personnels, au risque de provoquer une explosion sociale, sans dégrader ou fermer des services hospitaliers, au risque de s'aliéner toute sympathie des chefs de service et des médecins hospitaliers ?

Des engagements mutuels

Dans une lettre qu'elle a envoyée aux directeurs d'établissement dans le cadre de la préparation du budget 2004, la directrice de l'AP a été, à cet égard, très nette . « *L'Etat, écrit-elle, nous montre sa confiance en nous attribuant d'emblée dès 2003 une première tranche de rebasage de 35 millions d'euros ; il confirmera son aide par une deuxième tranche de 70 millions au budget prévisionnel 2004. Nous devons justifier, pour obtenir la tranche 2005, de la réalisation effectivement de 60 millions d'économies structurelles en 2004.* »

En clair, si l'AP-HP ne tient pas ses engagements d'économies, l'Etat ne tiendra pas les siens, avec toutes les conséquences que cela pourrait avoir.

Reste à savoir comment et surtout où faire des économies. La difficulté n'est pas mince.

Dans la dernière mouture du plan de l'AP-HP, que « le Quotidien » a pu se procurer avant qu'elle soit examinée par le conseil d'administration, il est clairement indiqué que le potentiel d'économies sera d'abord obtenu dans les services médico-techniques, (c'est-à-dire en priorité les laboratoires) et dans ce qui est appelé les « services supports », c'est-à-dire l'administration, la logistique, les services de blanchissage... Dans le même temps, une amélioration des recettes est espérée dans le cadre d'une reprise de l'activité.

« Nous comparer à nous-mêmes »

Qu'en est-il des services de soins ? Des économies seront certes préconisées, mais sans qu'il soit porté atteinte à la qualité des soins eux-mêmes, commente-t-on à l'AP. Dans les services cliniques, il s'agit, explique-t-on encore, de « *nous comparer à nous-mêmes* ». C'est-à-dire de comparer les performances de chaque unité à celle des autres unités de l'AP-HP. Ainsi, en traçant une moyenne, les responsables de l'AP-HP entendent bien améliorer les performances de toutes les unités et arriver à déterminer des gisements??? d'économies, sans abaisser, bien au contraire, la qualité des soins, tout en permettant une affectation plus efficace des crédits financiers. Un raisonnement que l'on retrouve dans la lettre que la directrice de l'AP-HP a fait parvenir au ministre de la Santé, le 6 octobre, et dans laquelle elle affirme que « *la plus grande partie de la marge de progrès potentielle des services cliniques sera destinée à permettre une revitalisation de l'activité de soins* ». Il s'agira, poursuit-elle, de procéder à un vigoureux effort « *de réallocation des moyens pour répondre à la demande et assurer une plus grande fluidité des soins, indispensable à un meilleur service d'aval des urgences et des services de soins aigus.* »

La directrice de l'AP, qui a visité et rencontré les personnels dans chacun des 39 établissements de l'institution, aurait été frappée par la disparité entre les 746 services que compte l'AP : certains comptent quatre lits, d'autres sont presque pléthoriques. Certains ont une activité débordante ; d'autres restent très peu occupés et, pour la directrice, il s'agit, comme elle l'écrivait encore au ministre, « *d'opérer un mouvement significatif de redistribution de moyens au bénéfice de services prioritaires (urgences et aval des urgences, gériatrie aiguë, soins de suite et réadaptation, oncologie et services de recours, services ayant une importante file d'attente des patients)* ».

Mais en tout état de cause, pour 2004, la réalisation des 60 millions d'économies sera recherchée d'abord dans les services techniques et les services supports. Un effort, dit-on à l'AP, qui sera réparti de façon équitable entre les différents sites.

On ne sait pas quel accueil sera réservé à ce plan par les hôpitaux et les services. Des tracts circulent déjà dans les établissements, certains pour dénoncer ces mesures d'économies, d'autres pour affirmer qu'il faut sauver l'AP et approuver certaines décisions.

Nul doute, en tout cas, que personnels, médecins hospitaliers, directeurs d'établissement attendront avec impatience, aujourd'hui, le verdict du conseil d'administration de l'Assistance publique. Une réunion qui pourrait se révéler parfois houleuse et durer un certain temps.

Jacques DEGAIN

Ce que contient le contrat d'engagement réciproque 2004-2007 **Quotidien du Médecin du 24/10/2003**

L'Etat et l'AP-HP se lancent dans un contrat d'engagement réciproque de quatre ans (2004-2007) pour permettre un retour à l'équilibre structurel de l'AP-HP.

- L'Etat s'engage à verser 230 millions d'euros à l'AP-HP, qui bénéficiera en outre d'un rebasage budgétaire progressif et conditionnel sur quatre ans et de l'arrêt de la péréquation interrégionale. En contrepartie, l'AP-HP s'engage à différents niveaux.
- L'AP-HP devra réaliser une économie structurelle de 60 millions d'euros par an de 2004 à 2007, soit 240 millions d'euros sur les quatre ans. En 2004, la directrice générale entend économiser 60 millions d'euros de deux manières : en réduisant les coûts dans les plateaux médico-techniques, dans les services supports et au siège, et en redistribuant les moyens au bénéfice des services qu'elle a définis comme étant prioritaires (urgences et aval des urgences, gériatrie aiguë, soins de suite et de réadaptation, oncologie et services de recours, services ayant une importante file d'attente...). La productivité globale devra être améliorée par une plus juste prescription des médicaments et des actes médico-techniques, par une meilleure exploitation des équipements et par l'amélioration des organisations du travail.
- L'AP-HP s'engage à vendre une partie de son patrimoine immobilier non lié aux activités de soins (par exemple, des terres agricoles, des bâtiments commerciaux et désaffectés...), pour un montant de 170 millions d'euros sur quatre ans.

Jean François Mattei : une réponse au souci démographique et à l'accès aux soins **Quotidien du Médecin du 24/10/2003**

Dans un entretien avec « le Quotidien », le ministre de la Santé estime que le relèvement du *numerus clausus* répond aux analyses démographiques, tout concordantes ces dernières années. Ce souci ne doit pas concerner uniquement les médecins, mais l'ensemble des professions de santé. Il confirme que des encouragements à l'installation dans des zones sous-médicalisées vont être effectivement mises en place très rapidement et estime que la liberté d'installation doit être conciliée avec l'équité en matière d'accès aux soins

LE QUOTIDIEN

Le gouvernement a décidé de relever sensiblement le *numerus clausus* notamment pour les étudiants en médecine. Est-ce que ce sera suffisant pour assurer demain la relève des praticiens qui vont partir en retraite ? Comptez-vous poursuivre dans cette voie au cours des dernières années ?

JEAN-FRANÇOIS MATTEI

Le relèvement du *numerus clausus* que nous venons d'effectuer pour les étudiants en médecine répond aux analyses démographiques concordantes conduites ces dernières années. S'il m'apparaît justifié de poursuivre dans cette voie au cours des toutes prochaines années, il convient néanmoins d'agir avec discernement, car le nombre des étudiants en médecine ne constitue pas la seule variable qui détermine l'offre de soins et notamment la répartition dans les différents domaines d'activité de la médecine, comme sur l'ensemble du territoire.

Aides à l'installation : des mesures quasi immédiates

Au-delà de ce nombre et de ce problème ponctuel se pose surtout la question du déséquilibre régional. Certains parlent même de déserts médicaux. Comment y remédier ?

Sans aller jusqu'à ces extrêmes, il est vrai que certaines régions sont plus démunies que d'autres et cela dans des proportions importantes. Un ensemble de mesures, essentiellement incitatives, doivent permettre de favoriser l'installation de médecins dans les régions les plus démunies. Plusieurs d'entre elles devraient être d'application quasi immédiate. Elles ont été actées lors du dernier Comité interministériel d'aménagement du territoire (CIADT) de septembre 2003, qui prévoit une exonération de la taxe professionnelle à l'installation des professionnels de santé, dans les zones de revitalisation rurale, sur délibération des collectivités locales et des aides financières de l'Etat à l'installation ou au regroupement des médecins dans les zones menacées.

Le projet de loi sur le développement rural du ministre de l'Agriculture prévoit la possibilité d'une prime à l'installation pour encourager les médecins et les professionnels de santé à s'installer dans certains départements. Cette réforme pourra-t-elle être rapidement appliquée ?

Je me suis en effet attaché à ce que ce projet de loi, qui a été présenté en Conseil des ministres par Hervé Gaymard, ouvre une telle perspective. Les mesures qu'il contient ne seront pas des primes mais plutôt des aides pluriannuelles, qui permettront d'inciter médecins et professionnels de santé à s'installer, ou à se maintenir, dans les zones les plus démunies. Ce projet de loi doit être discuté au Parlement dans les tout prochains mois, on peut donc espérer qu'elles s'appliqueront dès 2004.

Accès aux soins : un problème d'équité

Plus précisément, faut-il carrément remettre en cause la liberté d'installation à laquelle les médecins et l'ensemble des professionnels de santé sont attachés ?

Il y aura lieu, avant d'envisager éventuellement d'autres dispositions, de faire le bilan de l'impact des aides et incitations diverses. Il s'agit en effet de concilier liberté d'installation et équité en matière d'accès aux soins. N'oubliez pas que je suis le garant de l'égal accès aux soins.

Enfin, vous avez mis en place un Observatoire national des professions de santé, présidé par le Pr Yvon Berland, qui en avait d'ailleurs préconisé l'installation. Quel rôle cet Observatoire peut-il jouer aujourd'hui et quelle sera sa mission dans votre politique en ce domaine ?

L'Observatoire et les comités régionaux qui le constituent, auront un rôle particulièrement important dans l'avenir. Recueillant les informations sur le terrain, ils doivent être en mesure d'alerter rapidement le gouvernement sur l'étendue et la nature des difficultés qui se font jour à l'échelon régional, au plus près des besoins de la population. Ces observations permettront de guider, en temps réel, les correctifs qu'il conviendra d'apporter. C'est également sous l'égide de l'observatoire que se dérouleront les expérimentations de transfert de compétences que vient de proposer le Pr Berland en réponse à la mission que je lui avais confiée. Ces expérimentations, si les résultats en sont positifs, pourraient constituer une part de la réponse aux difficultés démographiques.

*Propos recueillis
par Jacques DEGAIN*

Numerus clausus : le gouvernement a décidé une hausse significative *Quotidien du Médecin du 24/10/2003*

Le chiffre n'est pas encore publié mais le gouvernement a tranché : 5 550 étudiants seront autorisés à s'inscrire en deuxième année de médecine en 2004, soit une hausse de près de 9 % du numerus clausus.

Près de 9 % d'augmentation en 2004 ! Telle est la hausse, significative du *numerus clausus* qui fixe le nombre de places offertes en deuxième année de médecine que le gouvernement a décidée pour l'année prochaine.

En 2004, le nombre d'étudiants autorisés à s'inscrire en deuxième année sera porté à 5 550 contre 5 100 en 2003, soit 450 carabins supplémentaires. Le nombre a été confirmé au « Quotidien », même si l'arrêté officiel ne sera publié qu'au mois de novembre, avec la répartition des effectifs faculté par faculté.

Après une longue période de rigueur démographique qui avait conduit le *numerus clausus* à environ 3 700 à la fin des années 1990, ce qui avait mis un terme à l'explosion du nombre de médecins dans les années 1970 et 1980, la politique d'assouplissement lancée depuis cinq ans se poursuit donc à un rythme élevé ; il s'agit d'amortir la forte baisse des effectifs médicaux à partir de 2010, compte tenu des départs en retraite massifs attendus (entre 7 000 et 9 000 praticiens par an). La courbe récente du *numerus clausus* parle d'elle-même : 4 100 étudiants en 2000, 4 700 en 2001 et 2002, 5 100 en 2003 et donc 5 550 en 2004. En cinq ans, ce sont près de 1 500 étudiants supplémentaires qui auront été autorisés à s'inscrire en deuxième année de médecine. Soit une croissance de plus de 35 % !

Une victoire pour le ministre de la Santé

On le sait, le *numerus clausus*, nombre très attendu dans les milieux universitaires et par le monde de la santé en général, est chaque année le fruit d'arbitrages extrêmement délicats, où deux clans s'affrontent : d'un côté, les partisans de l'austérité démographique (il y a quelques années, la CNAM ne disait-elle pas qu'il y avait 20 000 médecins en trop ? N'a-t-on pas mis en place un système très incitatif de mise à la retraite anticipée des praticiens en exercice, le MICA ?) et, de l'autre côté, les défenseurs de l'« ouverture des vannes », ou du moins d'une étreinte moins sévère dans un contexte de déclin annoncé. En l'occurrence, l'arbitrage sur le *numerus clausus* 2004 est plutôt une victoire du ministre de la Santé, qui militait pour un redressement important et non pas un simple « coup de pouce ». « Je négocie actuellement le numerus clausus de 2004 avec la ferme volonté d'en obtenir une nouvelle et significative augmentation », affirmait, à la fin de septembre, le ministre de la Santé lors de l'université d'été de la CSMF, à Ramatuelle. En obtenant une hausse de près de 9 %, il a été entendu, même si le puissant ministère de l'Éducation pose clairement ses limites. « Nous n'allons pas plus loin car nous ne voulons pas déshabiller les filières biologiques et scientifiques (DEUG), explique Luc Ferry, interrogé à ce sujet par « le Quotidien ». Il y a là un équilibre à trouver, même si on va dans le sens de l'augmentation. »

Même si le chiffre a toujours quelque chose de magique, il faut en relativiser la portée. D'abord, le *numerus clausus* ne constitue qu'un levier d'action qui n'est pas toujours efficace en termes de démographie, puisqu'il faut environ dix ans (et souvent plus) pour former un médecin. Mais surtout, plusieurs autres mesures sont à l'étude ou déjà dans les tuyaux ministériels pour tenter de combattre le déclin de la démographie médicale, encourager l'installation dans les zones déficitaires et éviter la formation de déserts sanitaires (primes à l'installation, aides à l'investissement, possibilité d'ouvrir des cabinets secondaires...).

Quant à la liberté totale d'installation des médecins libéraux sur le territoire, le tabou n'est pas (encore) levé. Mais il semble évident que le gouvernement veut sensibiliser les futures générations de praticiens. A Ramatuelle, Jean-François Mattei ne disait pas autre chose. « Il faut d'ores et déjà fixer un cap. Il faut des règles lisibles par ceux qui vont commencer aujourd'hui des études médicales. »

Cyrille DUPUIS

Quotidien du Médecin du 24/10/2003

Elections à l'hôpital : la CGT demeure en tête, la CFDT et SUD au coude à coude

C'est mardi que les 800 000 agents de la fonction publique hospitalière ont élu leurs représentants aux instances consultatives de leurs établissements. Mercredi après-midi, les premières estimations nationales réalisées par les fédérations santé des organisations syndicales ont commencé à tomber. Les chiffres ne sont ni officiels ni définitifs. Malgré tout, quelques tendances assez fiables semblent se dégager. A commencer par la baisse significative de la participation, notamment dans la filière soignante : d'après FO-santé, qui a recensé les résultats portant sur 23 CHU et 210 718 inscrits (soit un quart des votants), 55,93 % des agents hospitaliers se sont exprimés cette année, contre 60,94 % lors du précédent scrutin, en 1999. « *Ce recul doit interroger l'ensemble des organisations syndicales, mais aussi les pouvoirs publics, qui ne répondent pas aux attentes des professionnels* », analyse Nadine Prigent, de la CGT.

Deuxième tendance intéressante : la CFDT semble enregistrer un recul assez important : - 8 % d'après FO-santé, - 4 % d'après la CGT. Si l'estimation de FO-santé se révèle la bonne, la CFDT, avec 20,48 % des suffrages, se trouverait devancée par FO (24,02 %), qui passerait alors en deuxième position nationale, derrière la CGT (32,30 %).

Mais pour Yolande Briand, de la CFDT, rien n'est joué, il est beaucoup trop tôt pour faire une analyse : « *Nos résultats montrent qu'il existe de très forts contrastes entre les régions et les établissements. Ici, nous faisons un bond de +20 %, là, nous reculons de -30 %. Il faut attendre les résultats du deuxième tour avant de se prononcer, même si l'on peut dire dès maintenant que nos positions sur les retraites et la RTT ont sans doute joué un rôle dans le résultat que nous enregistrons.* »

Un deuxième tour sera organisé le 9 décembre 2003 dans les établissements où les électeurs auront été moins de 40 % à se déplacer aux urnes. C'est d'ailleurs pour cette raison que la direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins (DHOS) ne communiquera aucun résultat avant la mi-décembre : elle ne veut pas influencer le deuxième scrutin dans un sens ou dans un autre. Dernière tendance observée par les diverses organisations : SUD enregistre une progression sensible (10,96 % des suffrages contre 4,56 % en 1999, d'après FO) : le syndicat deviendrait la quatrième organisation de la fonction publique hospitalière sur le plan national. Il se pourrait même que SUD arrive en deuxième position à l'AP-HP.

D. Ch.

Quotidien du Médecin du 23/10/2003

Les places en établissements ont crû moins vite que la population âgée

Entre 1996 et 2001, les places en établissements d'hébergement pour personnes âgées ont augmenté en moyenne de 1 % par an, tandis que la population des plus de 75 ans progressait de 3 %, indique une étude de la Direction de la recherche et des statistiques du ministère des Affaires sociales.

Cela étant, si la dépendance enregistre une hausse forte à partir de 75-80 ans, les gains d'espérance de vie sans problème de santé, entre 1990 et 1999, ont aussi été importants, permettant le maintien à domicile plus longtemps. Ainsi, le nombre de personnes lourdement dépendantes physiquement est passé de 670 000 à 600 000, tandis que sur la même période le nombre de plus de 65 ans augmentait de 7,9 millions à 9,4 millions. La proportion de la dépendance physique lourde a donc baissé, de 8,5 % à 6,4 %.

De fait, « *ce sont principalement les personnes les plus âgées et les plus dépendantes qui résident, désormais, dans les établissements* », résume l'auteur de l'étude.

En 2002, on dénombrait 6 500 maisons de retraite (430 000 places), 3 000 logements-foyers (160 000 places) et 1 100 unités de soins longue durée dans les hôpitaux (84 000 lits) ; soit 151 places pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans pour la France entière. Dans la moitié des départements, à savoir la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, le Languedoc-Roussillon, les Pyrénées-Atlantiques, le Nord et l'Île-de-France, le taux d'équipement est compris entre 31 et 152 places pour 1 000 habitants âgés. En Pays de la Loire, en Normandie, en Rhône-Alpes et en Alsace, il varie entre 153 et 269 places. Dans les établissements publics, qui représentent 60 % de la capacité d'accueil globale, le nombre de places moyen pour 1 000 personnes de plus de 75 ans est de 91 contre 60 dans le privé.

Ph. R.

Le sud de l'Aveyron plébiscite son hôpital lors d'un référendum

Quotidien du Médecin du 24/10/2003

Les habitants du sud de l'Aveyron ont plébiscité dimanche l'hôpital de Saint-Affrique à l'occasion d'un référendum invitant la population à se prononcer pour ou contre un protocole qui prévoit de supprimer l'essentiel des activités de chirurgie de l'établissement.

Selon le maire socialiste de Saint-Affrique, Alain Fauconnier, instigateur de la consultation, 85 % des 21 103 inscrits des 58 communes concernées ont voté « *pour le maintien des services de l'hôpital de Saint-Affrique et le refus du protocole* ». Seulement 68 personnes se sont prononcées « *pour le protocole* ».

« *Ce résultat éclatant montre l'attachement viscéral de la population à son hôpital* », juge Alain Marc, président du Syndicat de pays de Saint-Affrique, tandis qu'Alain Fauconnier n'estime « *pas possible qu'un tel vote n'ait pas une suite positive* ».

Le protocole, entériné le 17 septembre, doit prendre effet le 1er novembre : il prévoit la suppression de 30 lits de chirurgie et 5 de réanimation, dans le cadre d'un plan d'économies réclamé par l'agence régionale d'hospitalisation (ARH). La réorganisation du Centre hospitalier intercommunal (CHIC) du sud de l'Aveyron, qui regroupe les hôpitaux de Millau et de Saint-Affrique, distants d'une trentaine de kilomètres, provoque depuis plusieurs années des mouvements de protestation. A la fin de la semaine dernière, le président du conseil d'administration du CHIC, Jérôme Rouve, a annoncé qu'il avait écrit au ministre de la Santé pour solliciter, « *dans les meilleurs délais* », une visite de l'Inspection des affaires sanitaires (IGAS). Hier, les opposants au protocole devaient poursuivre leur action : tandis que Saint-Affrique était déclarée « ville morte », cinq salariés de l'hôpital devaient entamer une grève de la faim.

Quotidien du Médecin du 22/10/2003

Dépenses d'assurance-maladie : la croissance ralentit

Publiés par la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM), les chiffres des dépenses de septembre (+ 6,4 % sur un an), même s'ils apparaissent « *légèrement plus forts que la tendance* », confirment que la consommation médicale est entrée au second semestre 2003 « *dans une phase de croissance légèrement ralentie* ». Les courbes observées conduisent la caisse à prévoir pour 2003 « *une croissance annuelle (de 7,2 %) un peu plus faible qu'en 2002* » (une incertitude de plus ou moins 0,5 % entoure cependant ce pronostic).

Dans le détail, les dépenses en ville (qui représentent, cumulées, 35,877 milliards d'euros à la fin du neuvième mois de 2003) ont augmenté en septembre et sur un an de 6,9 % - les honoraires ont enregistré une hausse de 5,5 %, les prescriptions ont crû de 7,4 % et les indemnités journalières de 6,9 %. Les dépenses des hôpitaux publics (28,319 milliards d'euros) ont augmenté de 5,6 %, celles des cliniques privées de 7 % et celles des établissements médico-sociaux de 7,2 %. Au total, le taux d'évolution des dépenses entrant dans le cadre de l'ONDAM (Objectif national des dépenses d'assurance-maladie) se situe à + 6,4 % (l'ONDAM 2003 a été fixé à + 5,3 %), ce qui représente quelque 74,196 milliards d'euros.

Quand les libéraux se « lâchent » !!!!!

Aux états généraux de la médecine libérale à Versailles

Trois cent cinquante praticiens expriment leur révolte

Les états généraux de la médecine libérale, qui ont réuni à Versailles 350 médecins à l'initiative du SML, ont révélé une profession fière de son exercice, mais inquiète et parfois révoltée. Ouverts à la négociation directe avec les assureurs complémentaires, les libéraux n'accepteront qu'un seul outil de régulation : la qualité.

Les mêmes expressions fortes reviennent, indices d'un malaise inédit.

« *Entrer en résistance* », « *se révolter* », et même, plus surprenant, « *faire la révolution* ».

Dans la salle un peu trop vaste du palais des Congrès de Versailles, où le SML a convoqué des états généraux de la médecine libérale, libre parole est donnée aux médecins pendant plus de deux heures. Quelque 350 généralistes et spécialistes (dont une importante délégation de chirurgiens), franciliens et provinciaux, souvent installés en secteur II, syndiqués, proches des coordinations ou curieux, sans étiquette, sont invités à formuler des « *propositions concrètes* » pour la réforme de l'assurance-maladie. Une proposition téméraire, qui entraîne plutôt une séance de catharsis collective. Honoraires « *indécents* », poids des charges, « *épée de Damoclès* » de la RCP pour les disciplines à risques, cliniques déficitaires, démographie en berne dans plusieurs spécialités, pression des patients : les raisons du malaise ne manquent pas et il semble parfois difficile de penser l'avenir quand le présent est aussi incertain. Pourtant, le fil rouge des interventions reste cette immense fierté d'« *être libéral* », un exercice que personne ne renie même s'il se heurte à d'innombrables difficultés, à un environnement « *hostile* », à la méconnaissance, aussi, des pouvoirs publics. « *Il y a un défaut de communication sur la qualité de notre métier, on ne montre pas assez le bénéfice que nous apportons !* », regrette ce gastro-entérologue parisien.

« Le DE après 35 heures »

Dans le même registre, un psychiatre marseillais appelle ses confrères à « *ne pas à avoir honte de ce nous gagnons* ». Pour ce chirurgien, « *il faut que nous nous considérons comme des chefs d'entreprise. Soyons de véritables libéraux, acceptons la compétition et la différence et arrêtons de discuter du tact et de la mesure* ».

Très applaudi, un ORL installé à Châteauroux épouse, en quelques phrases, le sentiment général. « *On ne peut plus exercer la médecine avec un prix de l'acte lié au niveau de remboursement : nous sommes des PME médicales ! Il n'y a pas de métier équivalent à bac+10, bac+13... On est au sommet de la pyramide, c'est cela qu'il faut défendre !* »

Le recours à des espaces de liberté tarifaire reste une revendication puissante, que l'échec des négociations conventionnelles n'a pas fait oublier. Un chirurgien des Yvelines qui travaille « *deux fois 35 heures* » par semaine recommande d'utiliser le DE après... les premières 35 heures. D'autres praticiens réclament explicitement la « *réouverture du secteur II* », seul moyen d'apporter de l'oxygène aux cabinets « *étranglés* ».

Pour beaucoup, le « *manque d'éducation* » des patients est en cause dans l'aggravation rapide des déficits, quand ce n'est pas « *leur ignorance totale* » du coût de la santé, des frais hospitaliers, du nomadisme, ou des arrêts de travail.

Un praticien suggère d'instaurer une « *franchise par consultation* » pour responsabiliser les assurés. Cette mesure forte avait été réclamée cet été par Bercy avant d'être écartée par Maignon. Trop risqué politiquement, même si les Allemands, eux, ont levé ce tabou. Quelques médecins, notamment des généralistes, soulignent le grave retard français en matière de prévention, une voie qu'il faudrait explorer « *à grande échelle* ». A l'heure où le gouvernement en appelle à la « *responsabilité partagée de tous* » pour redresser les comptes sociaux, les médecins libéraux gardent une cible privilégiée : un environnement politique et administratif « *figé* », « *paperassier* », une « *bureaucratie* » ignorant tout du coût et de la valeur de l'acte médical. Un chirurgien ironise sur l'organisation « *parasoviétique* » de la Sécu, déplore la « *non-médicalisation* » de la chaîne des décisions. Un autre suggère de « *remettre en cause la gestion de l'assurance-maladie par les organisations de salariés* », dont le seul intérêt serait « *le remboursement uniforme de leur clientèle* ». Un généraliste bordelais suggère plus sobrement de « *réfléchir aussi à la performance des agents des caisses...* ».

Parce que ce pilotage est « *incohérent* », les médecins de ville sont prêts à s'investir dans la réforme annoncée, mais pas à n'importe quel prix. La maîtrise des dépenses ? Certes, mais la qualité des soins s'impose comme le seul outil de régulation acceptable par la profession, à travers la FMC et l'évaluation des pratiques notamment. « *On peut exiger des médecins compétents, disponibles, bien formés, évalués, mais au-delà, c'est difficile* », analyse le Dr Dinorino Cabrera, président du SML. « *Battons-nous sur le terrain de la qualité, c'est le seul discours audible* », confirme un généraliste francilien.

La contractualisation directe avec les complémentaires (mutuelles ou assureurs privés) ? C'est incontestablement une ambition commune, sous réserve que les médecins libéraux puissent négocier d'égal à égal et ne se retrouvent pas « *otages* » de ces régimes avec, à la clé, de nouvelles contraintes (forfaits, filières de soins rigides, tarifs négociés au rabais). Le SML promet d'« *approfondir sa réflexion* » dans ce domaine. Avec cette exigence, toujours : des actes rémunérés « *à leur juste valeur* ».

Cyrille DUPUIS

RCP : les assureurs privés se défontent...

Interpellé lors de ces états généraux de la médecine libérale sur l'explosion des primes d'assurance en RCP dans les spécialités à risque (qui pourraient dépasser 20 000 euros en 2004 dans certains cas), Gérard de La Martinière, président de la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA), a plaidé... non coupable. « *Qui a rendu obligatoire l'assurance en RCP et qui a fait fuir tous les assureurs étrangers du marché ? Le législateur. Qui a augmenté le taux de sinistres dans plusieurs spécialités ? Les juridictions. Les assureurs n'ont fait que réparer les dégâts, en mettant en place un dispositif d'urgence fin 2002 (le GTAM, un pool d'assureurs qui ne sera pas renouvelé après le 31 décembre 2003).* »

Une défausse un peu courte pour les chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens ou échographistes concernés par la flambée des primes, qui dénoncent régulièrement le « *manque de transparence et d'explications* » des assureurs, accusés de profiter de la rareté de l'offre pour augmenter leurs profits sans justification.

Raffarin relance prudemment le sulfureux débat sur le panier de soins **Quotidien du Médecin du 16/10/2003**

« Faut-il couvrir dans les mêmes conditions une fracture du bras causée par une chute dans la rue ou par un accident de ski ? » Même s'il ne fait que « *poser la question* », Jean-Pierre Raffarin a rouvert le débat, explosif mais nécessaire, sur le « *panier de soins* », c'est-à-dire l'équilibre à inventer entre solidarité collective et responsabilité individuelle. Le chef du gouvernement suggère que certains risques devront être couverts demain par le privé. Comme le montrent les premières réactions, c'est le chapitre le plus périlleux de la réforme en préparation.

A tout seigneur tout honneur : c'est Jacques Barrot qui, en novembre 2002, avait lancé avec fracas le débat sur la place exacte de la solidarité nationale dans la couverture du risque maladie.

En déclarant que l'assurance obligatoire devait « *se concentrer sur les maladies graves, les affections coûteuses et qui présentent un risque majeur* », les complémentaires se chargeant alors du « *petit* » risque, le président du groupe UMP à l'Assemblée nationale avait suscité, à son corps défendant, une très violente polémique sur le thème de la « *Sécu à deux vitesses* » et de la « *privatisation* ». Gaffe ou ballon d'essai ? Le gouvernement en tout cas était rapidement monté au créneau pour calmer les esprits, Jean-François Mattei expliquant que, en tant que médecin, il ne voyait « *pas de différence entre le petit risque et le gros risque* ».

« Privatisation partielle », pour le PS

La leçon a été retenue. C'est avec une remarquable prudence sémantique que Jean-Pierre Raffarin, lors de l'installation du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (« *le Quotidien* » d'hier), a rouvert le débat sur le « *panier de soins* ».

». Non pas sous l'angle trop provocateur de la séparation explicite des risques lourds et légers, mais en évoquant le « *juste équilibre* (à trouver) *entre solidarité collective et responsabilité individuelle* ». « *Faut-il couvrir dans les mêmes conditions une fracture du bras causée par une chute dans la rue ou par un accident de ski ?* », s'est interrogé le Premier ministre, en précisant aussitôt qu'il ne faisait que... « *poser la question* ». Pour le chef du gouvernement, le « *sentiment de gratuité* » fait méconnaître le coût du système ; or, constate-t-il, la demande de santé associe des « *besoins essentiels* » et d'autres « *plus subjectifs* ». L'essentiel fut donc dit sans qu'il fût dit trop fort.

Pour la gauche et certains syndicats de salariés, ouvrir le débat sur le nouveau partage de la santé entre « Sécu » obligatoire et assurances complémentaires, voire participation personnelle, c'est déjà annoncer la couleur. Le PS, par la voix de Marisol Touraine, secrétaire nationale à la solidarité et à la protection sociale, a immédiatement accusé le gouvernement de défendre « *l'idée de la privatisation partielle des droits sociaux* ». « *Les socialistes refusent ce qui, sous couvert de la responsabilité s'apparente à diminution des droits* », ajoute-t-elle. Quant aux communistes, ils ont fustigé le « *passage d'une logique de solidarité à une logique assurantielle* ».

Un an après la charge de Jacques Barrot, et malgré l'approche plus feutrée de Jean-Pierre Raffarin, qui ne veut pas donner de « *solutions prêtes à l'emploi* », la controverse risque de repartir de plus belle. Pour FO-Santé, « *les choses sont claires : tout en précisant qu'il ne faisait que poser la question, le Premier ministre a laissé entrevoir la possibilité d'un partage entre Sécurité sociale et assurances privées pour ce qui relève de la couverture maladie* ».

Pour cet expert du secteur, le Premier ministre a effectivement posé des jalons. « *Raffarin sous-entend que la prise en charge de certains risques maladie par les assurances privées est tout à fait normale, logique.* » Déjà, plusieurs dispositions du PLFSS 2004 vont dans ce sens comme la demande aux caisses « *d'améliorer l'efficacité du recours contre les tiers* », afin de mieux responsabiliser les responsables d'accidents et leurs assureurs.

Sur le même sujet du partage des risques, la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) avait rendu public en juin dernier un document brûlot, où elle proposait ni plus ni moins de concentrer l'effort des régimes obligatoires sur les « *maladies graves* » (ALD), proposant à l'inverse de prendre en charge « *au premier euro* » des pans complets de soins, comme l'optique ou le dentaire (où les complémentaires sont déjà très présents). La proposition avait soulevé un tollé.

A l'évidence, la répartition des interventions du régime obligatoire et des assurances complémentaires (et donc du privé) en matière de dépenses de santé sera un des chapitres les plus délicats de la concertation qui s'ouvrira au début 2004. Sur ce point, le climat n'a pas été apaisé par les discussions préparatoires voulues par Jean-François Mattei. Le rapport Chadelat, qui proposait en avril dernier d'accroître la part des assureurs privés dans le remboursement des soins, avait provoqué l'hostilité quasi unanime des partenaires sociaux, qui y voyaient l'amorce de la privatisation de la Sécu.

CSMF : l'exemple de la visite

De leur côté, les syndicats de médecins libéraux ont commencé à plancher sur la notion de panier de soins. La Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) a précisé récemment son approche, lors de son université d'été, à Ramatuelle. Le Dr Chassang, président de la Confédération défend un schéma simple : ce qui est à l'intérieur du panier de soins devrait être pris en charge à 100 % par le régime obligatoire et « *ce qui est en dehors par le régime complémentaire* ». Il ne s'agirait pas de séparer *a priori* le gros et le petit risque, ou d'exclure de la couverture obligatoire des secteurs entiers de soins (cures médicales ou soins prothétiques), mais de définir « *pour chaque pratique quel acte ou quelle prestation se situe à l'intérieur ou à l'extérieur* ».

La CSMF va plus loin. Le même acte peut, selon les situations, être dans le panier de soins ou en dehors, donc parfois pris en charge par la solidarité nationale et parfois exclu. « *On l'a bien fait pour la visite !* », rappelle le Dr Chassang. Certes, mais les médecins généralistes y trouvaient leur intérêt car l'objectif collectif était la baisse du nombre de visites. Les négociations conventionnelles ont ensuite montré que le « *modèle* » de la réforme de la visite (la prise en charge différente d'un même acte selon la justification médicale) n'est pas facilement applicable aux consultations. Le Dr Dinorino Cabrera, président du Syndicat des médecins libéraux (SML), place aujourd'hui le gouvernement devant ses responsabilités. « *On est devant des choix de société. Il ne s'agit plus de charger la barque des complémentaires en déplaçant le curseur, comme on l'a fait en baissant le taux de remboursement de l'homéopathie. Si on veut responsabiliser vraiment, il va falloir dire clairement aux gens ce qui est remboursé et ce qui ne l'est plus.* » Clairement mais pas trop brutalement, doit penser Jean-Pierre Raffarin.

Cyrille DUPUIS

Mattei : « Pas de privatisation » Quotidien du Médecin du 16/10/2003

« *Ni étatisation, ni privatisation* » de l'assurance-maladie.

Jean-François Mattei, interrogé à l'Assemblée nationale par la députée socialiste Catherine Genisson, a rappelé la doctrine « ni-ni » du gouvernement sur la Sécurité sociale. Le ministre de la Santé, qui voit monter les accusations de

privatisation rampante après les déclarations de Jean-Pierre Raffarin, a expliqué que la crainte « *récurrente* » des socialistes n'est « *pas fondée* ». « *Je vous rappelle que le taux de remboursement des assurés en 1995 était de 76 % et qu'il est de 78 % aujourd'hui. Les patients sont de mieux en mieux remboursés* », a-t-il tranché.

Régionalisation de la santé : un projet alsacien

Quotidien du Médecin du 16/10/2003

Un groupe de travail composé d'élus et de professionnels de santé alsaciens vient de publier un rapport en faveur de l'expérimentation d'une régionalisation de la santé et de l'assurance-maladie en Alsace.

Et si la santé était régionalisée en Alsace ? C'est ce que propose le rapport d'un groupe de travail, composé de professionnels de santé et d'élus régionaux alsaciens, qui s'est réuni pendant dix-huit mois, à l'initiative d'Adrien Zeller, président UMP du conseil régional d'Alsace et ancien secrétaire d'Etat chargé de la Sécurité sociale auprès de Philippe Séguin de 1986 à 1988. Ce groupe de travail, présidé par le Dr Jean-Louis Lorrain, sénateur UMP du Haut-Rhin, propose que l'Alsace devienne le « *premier terrain d'expérimentation* » de la régionalisation de la santé.

Pour Adrien Zeller, l'« *échelon régional* » est en effet « *une alternative pertinente aux risques de privatisation ou d'étatisation* », à l'heure où un Haut Conseil se met justement en place pour réfléchir à l'avenir de l'assurance-maladie (voir page 3). Le rapport de ce groupe de travail alsacien, qui « *n'engage aucunement les institutions d'où sont issus les membres du groupe* », s'inscrit aussi dans le contexte de décentralisation programmé par le Premier ministre, tout en s'en démarquant. Le projet gouvernemental de décentralisation prévoit par exemple la participation des conseils régionaux au financement des hôpitaux, un dispositif sur lequel le président de la région Alsace se dit « *réserve* ». Le rapport du groupe de travail a en effet une autre approche de la régionalisation.

Pas une « prise du pouvoir »

« *Nous ne revendiquons pas le pouvoir (en santé) pour la région comme nous l'avons fait dans d'autres domaines*, explique Adrien Zeller. *Nous voulons mettre dans le débat l'idée qu'au plan régional il est plus facile de fédérer, d'impliquer les acteurs, (alors qu')au plan national on exacerbe les résistances, les corporatismes.* » Le conseil régional qu'il préside revendique d'autant moins le financement de la santé que les dépenses liées à l'hospitalisation, à la médecine libérale et aux médicaments représentent en Alsace « *3 milliards d'euros par an, soit plus du double des budgets réunis de la région Alsace et des deux départements alsaciens* », précise le rapport.

Le groupe de travail alsacien préconise donc une autre piste, celle de la création d'une « *autorité régionale de la santé* », qui gérerait, avec de réels pouvoirs de gestion et d'organisation du système de soins, une enveloppe déléguée par le système national d'assurance-maladie. L'existence de cette autorité régionale, souligne Adrien Zeller, « *ne remet pas en cause la solidarité nationale* », tout comme l'actuel régime complémentaire spécifique d'assurance-maladie pour les salariés du secteur privé d'Alsace-Moselle.

Telle que la conçoit le groupe de travail, l'expérimentation s'appuierait sur le savoir-faire capitalisé par les différentes structures régionales existantes (ARH, URCAM, URML...). L'autorité régionale de santé aurait une instance délibérante, le conseil régional de la santé (avec un rôle décisionnaire et non pas consultatif comme le conseil du même nom institué par la loi Kouchner du 4 mars 2002), composé d'une cinquantaine de représentants des assurés et cotisants, des offreurs de soins, des usagers et de quelques élus régionaux et locaux. Ce conseil régional de la santé « *nouvelle formule* », dont les membres seraient élus au moins en partie au suffrage direct, serait « *pleinement responsable devant ses mandants (...) de sa gestion et des fonds qui lui seraient délégués* ». Enfin, le conseil d'administration de l'autorité régionale et son président formeraient « *l'exécutif collégial du conseil régional de la santé* ».

Selon ses concepteurs, l'autorité régionale de la santé ne se résume pas à une simple déconcentration des pouvoirs de l'Etat. Elle serait une instance d'arbitrage et de régulation pour les établissements hospitaliers comme pour la médecine de ville.

Le président du groupe de travail alsacien affirme que son projet « *n'est pas impossible* », même s'il est conscient des obstacles. Tout d'abord, il faudrait au préalable que le gouvernement revoie son projet de loi constitutionnelle sur l'organisation décentralisée de la République pour étendre « *aux instances mi-politiques, mi-professionnelles* » le droit à l'expérimentation accordé pour l'instant aux collectivités territoriales et à leurs groupements.

D'autre part, le rapport du groupe de travail mise sur certains changements qui ne sont pas acquis à ce jour : fongibilité des enveloppes ambulatoires et hospitalières au niveau territorial, mise à disposition de statistiques fiables et actualisées régulièrement pour un pilotage fin des dépenses, conventionnement des professionnels de santé libéraux en fonction du choix de l'implantation géographique, délégation régionale de la planification des formations sanitaires initiales et continues, plus grande liberté de gestion des hôpitaux publics, définition d'un panier de soins... Le rapport

suggère notamment une modulation territoriale des honoraires des professionnels libéraux et une rémunération spécifique pour chaque « *médecin pivot* » chargé d'orienter les patients dans leur « *périple thérapeutique* », tout en les responsabilisant.

Il reste que la régionalisation n'aura pas que des avantages en Alsace. Yves Bur, député du Bas-Rhin et vice-président du groupe UMP à l'Assemblée nationale, fait remarquer que les dépenses d'assurance-maladie augmentant en Alsace plus rapidement qu'ailleurs, « *la régionalisation nous amènera à une rigueur plus importante que la moyenne nationale* ».

Agnès BOURGUIGNON

Régions et santé ont peu d'atomes crochus

L'idée de la régionalisation du système de santé a fait peu d'émules jusqu'à présent, même si le Dr Jean-Luc Prével, député de la Vendée et secrétaire national UDF pour la Santé, en est un ardent défenseur depuis plusieurs années.

En 1996, les nouvelles agences régionales d'hospitalisation (ARH), créées par le plan Juppé, étaient innovantes à l'époque, mais elles n'ont consisté qu'à déconcentrer le pouvoir de l'Etat en matière d'organisation de l'offre hospitalière de soins.

Dans son programme à l'élection présidentielle, le candidat Chirac a promis la création d'agences régionales de santé (ARS) bénéficiant d'un transfert de compétences. Finalement, la décentralisation programmée par le gouvernement Raffarin concernera assez peu la santé. Les régions devront s'impliquer davantage dans la politique d'offre de soins et participer à l'élaboration des schémas régionaux (SROS). Elles sont également appelées à participer au financement des hôpitaux et à la formation des infirmières.

A. B.

Tribune libre

Médecins hospitaliers : soignants ou gestionnaires ?

par le Dr Francis Peigné*

Quotidien du Médecin du 16/10/2003

Un tel dilemme se pose déjà depuis plusieurs années aux médecins libéraux, notamment depuis les ordonnances de 1996 instaurant une maîtrise « comptable » des dépenses de santé assorties de sanctions pour les professionnels prescripteurs de soins en cas de non-respect des règles. La résistance opposée par les médecins, fondée sur le souci de sauvegarder leur indépendance professionnelle et leur liberté d'exercice, a fait reculer les pouvoirs publics : on parle désormais de maîtrise « médicalisée » et on fait appel au sens des responsabilités du corps médical et à son autodiscipline.

En milieu hospitalier, on connaît un problème analogue ; certes, il a pris un aspect différent et se traduit plutôt par un renforcement de la « chape » administrative qui vient réduire de plus en plus la liberté d'exercice et notamment de prescription du médecin hospitalier. Le projet Hôpital 2007 a pour intention louable d'associer davantage les médecins au fonctionnement de l'hôpital, mais la méthode retenue paraît singulièrement dangereuse pour la liberté du médecin dans sa fonction de soignant.

Vers un mandarinat de gestion ?

Dans un objectif d'efficacité et peut-être de meilleure productivité, on a confié le pouvoir de décision à une oligarchie de six à dix membres composée du directeur de l'établissement, du président de la CME, du doyen de la faculté (dans les CHU) et des responsables des pôles d'activités nommés par le directeur. Ce comité de direction gère, élabore, propose les nominations des médecins au ministre par l'intermédiaire de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH). Il assure le pilotage de l'activité à partir d'indicateurs de qualité et de performances, et analyse la qualité du service rendu. Il peut recruter des praticiens contractuels en spécifiant la durée des fonctions, les objectifs à atteindre, les rémunérations accordées, les procédures et la fréquence des évaluations, etc. Des contrats analogues dits de « gestion interne » sont également conclus avec les praticiens statutaires de l'établissement.

On ne peut préjuger à l'avance du fonctionnement de ces comités de direction ni des améliorations qu'ils peuvent apporter à l'hôpital ; on ne peut cependant manquer d'assimiler l'oligarchie de ce comité à un « mandarinat de gestion ». Que deviennent en effet les instances consultatives (conseils de service, de département, assemblée des personnels, etc.) qui permettraient aux praticiens de base de pouvoir participer pleinement au fonctionnement de leur espace de soins ; il n'est plus question de l'unité fonctionnelle, socle de l'exercice soignant du praticien hospitalier. Ne risque-t-on pas de faire de ces praticiens de simples exécutants de décisions prises en dehors d'eux ? On peut s'interroger sur l'attractivité de telles carrières pour des PH qui ont déjà tendance à désertier l'hôpital public. Et le malade, l'a-t-on

consulté ? Que préfère-t-il ? Un médecin bien rôdé à la gestion mais entravé par des contraintes administratives restreignant sa liberté d'action soignante ou un médecin qui soit moins tenu par ces entraves et qui donne la priorité aux soins de ses patients ? L'hôpital a besoin d'être bien géré ; il a encore plus besoin d'avoir des personnels soignants qui puissent s'investir pleinement dans leur mission prioritaire : être disponibles pour leurs malades et leur fournir les soins de qualité auxquels ils ont droit.

* *Médecin honoraire de l'hôpital Cochin, ancien président de l'INPH (Intersyndicat national des praticiens hospitaliers).*

L'hôpital de Saint-Affrique porte son propre deuil **Quotidien du Médecin du 16/10/2003**

L'hôpital de Saint-Affrique, dans l'Aveyron, a été recouvert de bâches noires par une cinquantaine d'employés qui protestent contre la suppression d'une partie des activités de l'établissement.

Par ce geste, les manifestants demandent le retrait d'un protocole entériné le 17 septembre et prenant effet le 1er novembre, qui prévoit la suppression de 30 lits de chirurgie et 5 de réanimation, dans le cadre d'un plan d'économies réclamé par l'agence régionale d'hospitalisation (ARH).

La réorganisation des hôpitaux de Millau et de Saint-Affrique, distants d'une trentaine de kilomètres, provoque depuis plusieurs années des mouvements de protestations. A la fin du mois de septembre, treize des seize médecins de l'hôpital avaient adressé une lettre au ministre de la Santé, mettant leur démission dans la balance en cas d'application du protocole. Samedi dernier, plusieurs centaines de personnes ont défilé dans les rues de la ville pour protester contre les futures fermetures.

Le maire socialiste de Saint-Affrique, Henri Fauconnier, a annoncé qu'un référendum local serait organisé dimanche prochain pour demander à la population des 49 communes du Syndicat de pays de Saint-Affrique de se prononcer pour ou contre le protocole. Une journée « ville morte » est, en outre, prévue dans la commune aveyronnaise mardi prochain, 22 octobre.

Seillière pour une « relative concurrence » dans le secteur de la santé **Quotidien du Médecin du 16/10/2003**

Le président du Medef, Ernest-Antoine Seillière, a déclaré lors d'une conférence mensuelle que son mouvement souhaitait voir s'installer « *une relative concurrence dans le domaine de la santé entre les acteurs mutualistes, publics, voire privés* », ajoutant toutefois que les propositions du Medef « *ne sont pas du tout la privatisation* ».

Le Premier ministre ayant suggéré d'« *ouvrir* » le débat sur un « *juste équilibre* » entre « *ce qui doit relever du pacte républicain, de la solidarité collective* » et ce qui tient de la « *responsabilité personnelle* », Ernest-Antoine Seillière a indiqué : « *Nous proposons d'aller bien au-delà de cela, parce que cela consiste à déplacer la dépense d'une caisse mutualisée à une poche individuelle.* »

Par ailleurs, dans un entretien publié par « le Monde » daté d'hier, le président du Medef estime que « *le paritarisme de gestion institué en 1945 ne peut pas retrouver sa place* » dans une assurance-maladie rénovée, « *le lien entre la politique de santé et le contrat de travail, à la source de l'organisation de la Sécurité sociale, s'('étant) trop distendu* ». Il expose une nouvelle fois les raisons qui ont poussé le patronat à quitter des caisses d'assurance-maladie copilotées pendant cinquante ans avec les syndicats de salariés - « *un paritarisme qui ne fonctionnait plus, une étatisation de fait de la gestion et des transferts de charge sur la Sécurité sociale complètement inacceptables, comme les 35 heures* » -, mais se défend de « *se désintéresser* » de la question. « *C'est au vu de la réforme à venir que les entrepreneurs jugeront leur responsabilité* », prévient le président du Medef.

Assurance-maladie : Raffarin veut un diagnostic pour Noël **Quotidien du Médecin 15/10/2003**

Le Premier ministre a installé le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie en lui demandant un « diagnostic partagé » d'ici à la fin de l'année. Il a déjà tracé les « six pistes porteuses d'avenir » pour la concertation et la négociation qui s'engagera « au début de 2004 ».

En installant le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie, Jean-Pierre Raffarin a fixé le calendrier que « *le gouvernement tiendra* ».

Le Premier ministre a demandé d'emblée à ce Haut Conseil, présidé par Bertrand Fragonard et composé de 53 membres (représentant les régimes d'assurance-maladie, les complémentaires santé, les assurés sociaux, les employeurs, le Parlement, l'Etat, les professionnels et les établissements de santé, les usagers), de se consacrer dans un premier temps à « *l'élaboration partagée du diagnostic* » et de lui remettre « (son) *premier rapport avant Noël* ». D'ores et déjà, le gouvernement « *verse au dossier* » de cette instance ses propres « *éléments de diagnostic* » dans un document de 70 pages, a précisé Jean-Pierre Raffarin. Pour le chef du gouvernement, le Haut Conseil « *n'est pas un club de réflexion supplémentaire* » et il doit « *aider les Français à se forger une opinion mieux éclairée sur notre système d'assurance-maladie et ses difficultés* », notamment en « *éclairant (ses) réflexions des leçons de la comparaison* » avec l'étranger. « *Sur le fondement de cet état des lieux, le ministre de la Santé, Jean-François Mattei, engagera au début de l'année 2004 une période de concertation approfondie, puis de négociation* », annonce le Premier ministre.

Six pistes

Un « *petit nombre* » de groupes de travail, « *pilotés par le ministre et ses collaborateurs* », devront alors plancher « *sur les principales pistes* » proposées par Jean-Pierre Raffarin, pour que les décisions politiques soient « *arrêtées avant l'été* » avant d'être « *transcrites dans les textes législatifs nécessaires* ».

Il a donc cité « *six pistes porteuses d'avenir* » : « *L'absolue priorité (de) l'amélioration de la gestion* » (« *nous devons déclarer la guerre aux gaspillages* »), la clarification des responsabilités respectives de l'Etat et des partenaires sociaux (« *sans étatiser ni privatiser* » et avec une gestion paritaire « *qui retrouve toute sa vigueur et son efficacité* »), la généralisation de la couverture complémentaire santé grâce à la création d'une « *aide spécifique* », le développement des informations publiques de pilotage (« *indicateurs d'activité, de qualité et de coût en temps réel* »), une meilleure organisation de l'offre de soins (la démographie médicale, sa répartition, et la carte hospitalière étant « *des chantiers majeurs* »), et, enfin, un mouvement de « *responsabilisation* » qui doit « *concerner tous les acteurs* ».

Sur ce point, Jean-Pierre Raffarin estime qu'il y a « *des débats à ouvrir* » : « *Quel est le juste équilibre entre ce qui doit relever du pacte républicain de la solidarité collective et la responsabilité personnelle ? (...) Des mécanismes personnalisés doivent-ils venir renforcer l'assurance-maladie dans sa gestion des mécanismes de solidarité ?* », s'interroge le Premier ministre.

Jean-Pierre Raffarin a rappelé des principes « *intangibles* » (« *solidarité* », « *assurance-maladie pour tous* », « *liberté de choix du médecin* » et « *qualité pour tous* »), ainsi que les « *lourdes menaces* » actuelles constituées par « *le déficit* », « *le profond malaise du monde de la santé* » et la « *désresponsabilisation* ». D'où « *l'urgence à agir* », avec pour « *ambition d'assurer l'avenir, de consolider notre système de santé et d'assurance-maladie* ». Cependant, ajoute-t-il, il faut le réformer « *non pas en surface, mais en profondeur* », après l'échec des « *16 plans de sauvetage* » précédents. « *En raison de cette ambition réformatrice, nous ne privilégions pas l'augmentation des prélèvements obligatoires* », a souligné le Premier ministre, car, « *décider en préalable qu'on augmente la CSG d'un point ne ferait que reporter le problème* ». Quant au PLFSS 2004, vu par certains comme une esquisse d'étatisation, il « *ne préjuge des conclusions du processus* » ouvert par la mise en place du Haut conseil pour trois ans.

Agnès BOURGUIGNON

Jospin : le gouvernement a abandonné toute idée de maîtrise

Quotidien du Médecin 15/10/2003

Très sévère pour la politique générale du gouvernement Raffarin et du président de la République, Lionel Jospin, dans une tribune publiée par « *Libération* » du 13 octobre, critique aussi les choix de son successeur à Matignon, en matière de santé et de protection sociale.

Pour l'ancien Premier ministre, « *dès le printemps 2002, le discours tenu au plus haut niveau a été que le temps de la maîtrise était révolu* ». Or, insiste-t-il, « *on ne peut abandonner toute maîtrise de ces dépenses, sinon, c'est l'assuré social qui, à terme, en fait les frais* ». M. Jospin, qui dénonce le déficit de l'assurance-maladie de 11 milliards d'euros en 2003, alors que, écrit-il, « *nous avons rétabli les comptes grâce à une politique de croissance économique et une maîtrise de la dépense* », craint que le gouvernement actuel ne se serve de cette situation pour « *une remise en cause de notre système, un développement du rôle des assureurs dans le domaine de la santé, les déremboursements massifs ou le renoncement à la prise en charge par l'assurance-maladie du petit risque* ».

Raffarin, mandarin de la Sécu

Il a installé le Haut Conseil et le presse de réformer l'assurance maladie

Par François WENZ-DUMAS Libération 14 octobre 2003

Un état des lieux avant la fin de l'année, des propositions au printemps 2004, des mesures concrètes en 2005 : Jean-Pierre Raffarin a fixé hier le calendrier de la réforme de la Sécurité sociale lors de l'installation du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, dont le président sera l'ancien commissaire au Plan Bertrand Fragonard.

Une réforme d'autant plus urgente que le trou de la Sécurité sociale va se creuser de plus de 20 milliards d'euros en 2003-2004, en raison uniquement du dérapage des dépenses de santé. *«Notre pays se paye sa santé à crédit, a estimé Jean-Pierre Raffarin. Ce n'est pas responsable vis-à-vis des générations futures.»*

Le cahier des charges que le Premier ministre fixe au Haut Conseil peut se comparer à celui que Lionel Jospin avait assigné au Conseil d'orientation des retraites (COR), au printemps 2000. Les travaux du COR avaient permis un relatif consensus sur la réforme des retraites. Le ministre des Affaires sociales, François Fillon, s'était appuyé sur ce *«diagnostic partagé»* pour mener la négociation avec les partenaires sociaux, et élaborer la loi votée cet été.

Doute. Le calendrier que Jean-Pierre Raffarin impose au Haut Conseil est beaucoup plus serré que celui du COR. *«Il n'est pas cohérent avec celui que le gouvernement s'est fixé pour mener sa réforme, constate Claude Pigement, délégué du Parti socialiste pour les questions de santé. Au point qu'on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une sorte de paravent pour une réforme de l'assurance maladie déjà décidée.»*

Autre sujet d'interrogation : le nombre et la diversité des membres du Haut Conseil, qui laissent planer un doute sur sa capacité à mener une démarche consensuelle. Il compte en effet neuf syndicalistes, six parlementaires (cinq de droite et un de gauche), six représentants des employeurs, cinq des professions de santé, cinq des hôpitaux et cliniques. On y relève la présence d'une dizaine de médecins à divers titres, et deux personnalités liées aux laboratoires pharmaceutiques : l'une sous la casquette du Medef et l'autre au titre du collègue «usagers», comme présidente d'une association.

Equilibre. Les mutuelles sont à l'inverse réduites à la portion congrue avec un seul représentant. Elles risquent pourtant de se retrouver en première ligne. *«Faut-il couvrir dans les mêmes conditions une fracture du bras causée par une chute dans la rue ou par un accident de ski», s'est interrogé le Premier ministre, ouvrant le débat sur «le juste équilibre entre solidarité collective et responsabilité individuelle».* Pour Jean-Pierre Davant, président de la Fédération nationale de la mutualité française, *«tout cela paraît d'abord très conventionnel».* *«Un diagnostic partagé ne se fait pas dans l'unanimité», s'est défendu hier Bertrand Fragonard, qui reconnaît que les délais seront «très courts».* Le premier rapport doit être remis fin décembre.

Exclus et sans-papiers écartés des soins

Malgré le tollé de l'an dernier, le gouvernement veut réformer l'aide médicale d'Etat.

Par Charlotte ROTMAN Libération, 14 octobre 2003

150 000 personnes bénéficient de l'AME, qui représente moins de 1 % des dépenses de santé. Un coût estimé par le gouvernement à 600 millions d'euros pour 2003.

C'est ce qui s'appelle de la suite dans les idées. Après une réforme législative avortée, un tollé des associations et des ONG, une pétition signée par des dizaines de milliers de personnes, une reculade de Jean-Pierre Raffarin, puis un projet de circulaire tout aussi controversé, le gouvernement récidive. Il souhaite modifier l'aide médicale d'Etat (AME) dont bénéficient principalement les sans-papiers, et risque de se heurter encore à de nombreuses oppositions. Dans le projet de loi de finances pour 2004, le budget du ministère des Affaires sociales prévoit une réforme de l'AME. Présentée comme une *«réforme équilibrée»*, elle vise *«à responsabiliser les bénéficiaires tout en leur garantissant l'accès aux soins».* En fait, elle réintroduit le ticket modérateur pour les plus démunis et va limiter les remboursements.

Gadgets. *«C'est une régression totale»,* tonne le président de Médecins du monde (MDM), Claude Moncorgé. *«Faire payer des gens qui ont aussi peu de sous, c'est une restriction dans l'accès aux soins.»* 150 000 personnes bénéficient de cette aide, qui représente moins de 1 % des dépenses de santé. Un coût estimé par le gouvernement à 600 millions d'euros pour 2003. *«Ce sont des mesures gadgets par rapport au budget, et qui pénalisent ceux qui n'ont pas d'argent,*

pas de mutuelle», s'indigne MDM. De plus, comme tous les précaires (15 % à 20 % de la population), les étrangers sans papiers finissent par se soigner. Mais avec retard. «Une bronchite qui dégénère en pneumonie peut occasionner quinze jours d'hospitalisation. Cela coûte plus cher que huit jours d'antibiotiques gratuits.»

Déjà, fin 2002, dans le cadre d'une disposition de la loi de finances rectificative relative à l'AME, et de la loi de finances 2003, des restrictions avaient été introduites. Emboitant le pas à un amendement de sa majorité, le gouvernement avait voulu imposer le ticket modérateur et le forfait hospitalier. Indignation générale. En mars, le gouvernement suspendait ce projet. Tout en déclarant vouloir mieux contrôler l'ouverture des droits et les fraudes. En mai, rebelote. Un projet de circulaire verrouillait l'accès à l'AME. Le texte proposait de supprimer l'admission immédiate, même en cas d'urgence médicale, ou encore de remettre en cause le caractère déclaratif. Associations, ONG mais aussi organisations professionnelles de la santé prenaient alors leur plume et demandaient à Jacques Chirac de ne pas vider l'AME de son sens : *«Nous sollicitons votre arbitrage pour que l'accès à l'AME soit encouragé. Nous estimons que les arguments budgétaires avancés sont contraires à l'intérêt d'une bonne politique de santé publique.»* Au rabais. *«Ce que le gouvernement n'a pu mettre en oeuvre début 2003, il compte le faire aujourd'hui. Et en pire»,* prévient le Gisti. D'autant que, selon l'association de soutien aux immigrés, le gouvernement *«ajoute une mauvaise nouvelle : une couverture très au rabais»* et *«une protection médicale en peau de chagrin»*. Ainsi le projet prévoit *«la limitation des remboursements aux soins... médicalement indispensables»*.

Santé : M. Raffarin veut accroître la part de l'assurance privée **Le Monde 15 octobre 2003**

Le premier ministre a installé, lundi 13 octobre, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie, insistant sur la distinction entre "solidarité collective" et "responsabilité individuelle". Pour lui, le "sentiment de gratuité" est une des causes de la dérive des comptes de la Sécurité sociale

En installant, lundi 13 octobre, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie, Jean-Pierre Raffarin a assuré de son intention "d'aller jusqu'au bout de la réforme". Il a indiqué SIX PISTES de réflexion dont "la lutte contre la fraude et le gaspillage". Insistant sur la nécessité d'ouvrir le DÉBAT entre "solidarité collective et responsabilité individuelle", le chef du gouvernement a encouragé les 53 membres du conseil à réfléchir à la "généralisation de la couverture complémentaire santé pour tous les Français". Le Parti socialiste dénonce une "REMISE EN CAUSE du fondement de la Sécurité sociale". Pour les communistes, cette réforme illustre "le passage d'une logique de solidarité à une logique assurancielle". Mutuelles et assurances ont déjà programmé une HAUSSE de leurs tarifs.

"faut-il couvrir dans les mêmes conditions une fracture du bras causée par une chute dans la rue ou par un accident de ski ?" En posant cette question, lundi 13 octobre, lors de l'installation du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie, Jean-Pierre Raffarin a signifié qu'il avait déjà quelques idées sur les pistes de réforme du système de santé. "Aujourd'hui, la protection étendue couvre une grande part de notre demande de santé, faite de besoins essentiels et d'autres plus subjectifs, a expliqué le premier ministre. Il y a des débats à ouvrir : quel est le juste équilibre entre solidarité collective et responsabilité individuelle."

Pour la deuxième grande réforme de la protection sociale, après celle des retraites, M. Raffarin n'a pas l'intention de laisser le débat partir dans toutes les directions. Aussi a-t-il adressé une véritable feuille de route au Haut Conseil. Présidée par Bertrand Fragonard, un spécialiste reconnu des dossiers de la Sécurité sociale, cette instance composée de 53 membres devra établir, d'ici à Noël, un diagnostic sur l'état du système de santé français.

Mais pour M. Raffarin, l'heure n'est déjà plus au diagnostic. Il a d'ailleurs remis aux membres du Haut Conseil un document de 72 pages intitulé "Assurance-maladie, éléments de diagnostic" qui fait l'inventaire des principaux maux du système. Il devrait ainsi leur éviter de s'appesantir sur ce travail d'inventaire : dérive des déficits (10 milliards d'euros en 2003 et 100 milliards par an en 2020 selon le rapport), professions de santé découragées et déresponsabilisation générale des intervenants.

L'heure n'est pas non plus aux replâtrages. Le premier ministre a rappelé que l'assurance-maladie avait déjà connu seize plans de sauvetage depuis 1977, mais qu'aucun n'était parvenu à sauver durablement le système. Il a donc prévenu qu'il ne préparait pas un plan qui se *"limiterait à réduire les prestations et augmenter les cotisations"*. L'amélioration de la qualité des soins et le vieillissement de la population se conjuguent, selon lui, pour déséquilibrer chaque jour davantage le système. Les déficits sont devenus chroniques et, faute de réforme, la dette de la "Sécu" devra être réglée par les générations futures. *"Nous avons l'intention d'aller cette fois au bout de la réforme"*, a-t-il prévenu.

Le président de la République avait souligné, dans son entretien télévisé du 14-Juillet, qu'il fallait davantage "*adapter*" l'assurance-maladie que la "*réformer*", M. Raffarin a dû promettre qu'il n'y aurait "*pas de bouleversement mais une profonde adaptation*". Pour assurer la pérennité du système, il a rappelé quatre principes non négociables : la solidarité, qui garantit à chacun "*un système de soins à la mesure de ses besoins et pas à celle de ses moyens*" ; l'assurance-maladie pour tous (avec notamment le dispositif de l'assurance universelle) ; la liberté de choisir son médecin et des soins de haute qualité pour tous. Cela doit suffire, selon lui, à garantir la solidarité nationale, partie intégrante du "*< pacte républicain*" et à "*faire en sorte qu'il n'y ait pas une nouvelle fracture médicale*".

Au-delà de ce socle fondateur, la réforme est très largement encouragée. Le premier ministre a soufflé "*six pistes de réflexion*" au Haut Conseil. Certaines concernent l'organisation du système de l'assurance-maladie : relance de la gestion paritaire (désormais rejetée par le Medef), développement des outils de pilotage en temps réel, meilleure répartition régionale de l'offre de soins, lutte contre la fraude et le gaspillage, avec notamment la création d'un corps d'inspection puissant.

D'autres pistes touchent davantage à la philosophie du système. M. Raffarin a indiqué qu'il serait "*particulièrement attentif aux réflexions*" sur la distinction entre "*ce qui doit relever du pacte républicain et ce qui doit relever de la responsabilité personnelle*". Prenant l'exemple du skieur blessé et justifiant le déremboursement de certains médicaments, M. Raffarin semble reprendre à son compte la distinction entre "*risques lourds*" et "*petits risques*", envisagée dès le rapport d'Yvon Chotard du CNPF en 1976 et évoquée en novembre 2002 par Jacques Barrot, le président du groupe UMP de l'Assemblée nationale.

En contrepartie, le premier ministre a encouragé le Haut Conseil à réfléchir à la "*généralisation de la couverture complémentaire santé pour tous les Français qui le souhaitent*" grâce à une "*aide spécifique*" pour les ménages modestes, promise par M. Chirac durant la campagne présidentielle.

Outre une distinction selon la catégorie des maladies, le premier ministre semble envisager une différenciation entre accidents de la vie et prise de risque individuelle. Un terrain familier pour les sociétés d'assurances, qui militent depuis des années pour la privatisation d'un certain nombre de risques. Dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2004, les caisses d'assurance-maladie sont déjà invitées à se retourner plus souvent contre les particuliers et leurs assureurs, notamment pour les accidents du sport.

Les assurés sociaux sont prévenus. "*Le sentiment de gratuité*" étant, selon M. Raffarin, l'une des causes de la dérive, la réforme devra faire prendre conscience aux Français de la réalité des coûts. Selon nos informations, plusieurs mesures sont déjà à l'étude : les fonctionnaires seront mis à contribution avec la baisse de l'indemnité journalière en cas d'arrêt-maladie. Et si M. Raffarin rejette à l'heure actuelle une augmentation de la CSG, il ne conteste plus, en privé, le fait qu'elle puisse constituer un élément - même marginal - du plan de sauvetage qui doit être présenté avant le 14-Juillet.

Christophe Jakubyszyn

Etablir "avant Noël un diagnostic partagé"

Le haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie, installé lundi 13 octobre à Matignon, par Jean-Pierre Raffarin, doit établir "*avant Noël*" un "*diagnostic partagé*" de la situation, qui préludera à la "*réforme structurelle*" de notre système de santé. Cette instance s'inspire du Conseil d'orientation des retraites (COR), mis en place par le gouvernement Jospin et dont les travaux avaient préparé les esprits à la réforme des retraites. Mais, contrairement au COR, elle dispose de moins de trois mois - un délai "*effectivement court*", selon Bertrand Fragonard - pour répondre à la commande du premier ministre.

Créé pour trois ans, le Haut Conseil est présidé par ce haut fonctionnaire de 63 ans, pour qui la Sécurité sociale n'a pas de secrets. Président de chambre à la Cour des comptes, il a notamment été directeur adjoint du cabinet de Simone Veil dans les années 1970, directeur de la Caisse nationale d'allocations familiales (1980-1987) et de la Caisse nationale d'assurance-maladie (1997-1998). Ancien commissaire au plan (1987-1988), il a été délégué interministériel au RMI entre 1988 et 1996 et a beaucoup travaillé à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion. "*Un diagnostic partagé ne se fait pas dans l'unanimité. Ce conseil est composé de gens engagés dans le débat. Ce n'est pas un groupe d'experts. Il s'agit de gens de métier qui n'ont pas forcément la même approche*", a-t-il fait valoir, lundi.

De fait, les 53 membres du Haut Conseil viennent d'horizons différents : du syndicalisme salarié et patronal (15 personnes), de la haute administration (5) avec le directeur du budget Pierre-Mathieu Duhamel et le commissaire au plan Alain Etchegoyen, du Parlement (6), des caisses d'assurance-maladie, représentées par leurs présidents (3), des organismes complémentaires (mutuelles, organismes de prévoyance, assurances) (3), du Centre national des professions de santé (5), des hôpitaux et cliniques (5), des associations d'usagers (3) avec Aides (lutte contre le sida) et

le Lien, qui regroupe des victimes d'infections nosocomiales. Président d'Altedia et conseiller social officieux du gouvernement, Raymond Soubie est une des huit personnalités qualifiées.

Côté partenaires sociaux, le fait marquant est, bien sûr, la participation du Medef, qui s'était retiré des caisses d'assurance-maladie et avait refusé de siéger au COR. Pour le Parlement, outre la présence attendue des deux présidents des commissions des affaires sociales de l'Assemblée et du Sénat, il faut noter celle de Jean-Marie Le Guen, député PS de Paris. Le centriste Bruno Durieux, ancien ministre de la santé de Michel Rocard, représentera la Fédération hospitalière de France. Médecins hospitaliers et libéraux sont aussi largement représentés. Au titre des experts, enfin, figurent Dominique Polton, directrice du Centre de recherches en économie de la santé (Credes) et Pierre-Jean-Lancry, l'un des dirigeants de la CNAM.

Claire Guélaud

La gauche redoute "une remise en cause de l'égalité d'accès aux soins"

Le ps a réagi aux déclarations de Jean-Pierre Raffarin sur l'avenir de l'assurance-maladie en dénonçant *"une logique de remise en cause du fondement même de la Sécurité sociale et de l'égalité d'accès aux soins pour tous"*. Selon Marisol Touraine, secrétaire nationale à la solidarité, le premier ministre *"défend aujourd'hui l'idée de la privatisation partielle des droits sociaux"*. Pour le PS, c'est *"une approche dangereuse"*. Elisabeth Guigou, ministre des affaires sociales dans le gouvernement de Lionel Jospin, a prévenu qu'il fallait *"responsabiliser tout le monde, pas seulement les patients"*. Les socialistes seront, selon elle, *"extrêmement vigilants"* sur une *"distinction entre petits et grands risques"*, qu'ils récuse.

Les communistes ont également réagi pour condamner *" le passage d'une logique de solidarité à une logique "assurantielle" "*. *"En en appelant à la responsabilité individuelle de l'usager, estime le PCF, Raffarin joue sur la culpabilisation."*

A droite, l'UMP se félicite de la méthode choisie par le premier ministre. *"Le gouvernement a raison de vouloir partir d'un diagnostic précis de la situation avant de mettre sur pied la réforme dont le système de santé a besoin"*, a déclaré au Monde Philippe Douste-Blazy, secrétaire général du parti chiraquien. Pour l'ancien ministre délégué à la santé d'Edouard Balladur (1993-1995), le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie doit faire *"une évaluation"*. *"En tout état de cause, on ne peut pas laisser filer les déficits"*, poursuit M. Douste-Blazy, tout en estimant qu'*"il faut éviter à la fois l'étatisation et la privatisation de l'assurance-maladie"*. Le maire de Toulouse soutient l'appel *"à la responsabilité individuelle des Français et des professionnels de santé"* lancé par M. Raffarin qui, selon lui, a pour but de *"pérenniser"* le système.

Renaud Donnedieu de Vabres, porte-parole de l'UMP, affirme qu'il *"sera plus difficile de réussir cette réforme que celle des retraites"*. *"Il y a, dans ce domaine, une aspiration très forte à l'égalité des Français"*, analyse-t-il. Selon lui, il faut *"tout faire pour éviter un accroissement des prélèvements"* tout en assurant *" un plus juste équilibre entre la solidarité collective et la responsabilité individuelle des Français"*.

Le syndicat FO-Santé, pour sa part, se déclare *"farouchement opposé"* au partage entre Sécurité sociale et assurances privées. *"Nous restons attachés à une protection sociale collective et égalitaire"*, a déclaré Didier Bernus, secrétaire fédéral de FO-Santé. *Dès lors que l'on commencera à mettre en place un système différencié, tout le monde n'aura pas accès aux soins."*

Ernest-Antoine Seillière, président du Mouvement des entreprises de France

"Le paritarisme de gestion de l'assurance-maladie institué en 1945 ne peut pas retrouver sa place". Il fait part de la "frustration fréquente" du patronat face à la lenteur de certaines réformes

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

Alors qu'il a quitté ses organismes de gestion, le Medef a accepté de siéger au Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie, installé lundi par M. Raffarin. Est-ce un changement d'attitude de votre part ?

On connaît la situation absolument catastrophique de l'assurance-maladie. Le travail à mener en 2004 pour réduire son déficit est capital pour le gouvernement. Nous sommes sortis des caisses pour des raisons bien connues : un paritarisme qui ne fonctionnait plus, une étatisation de fait de la gestion et des transferts de charge sur la Sécurité

sociale complètement inacceptables, comme les 35 heures. C'est au vu de la réforme à venir que les entrepreneurs jugeront leur responsabilité. Le Medef ne se désintéresse pas de l'assurance-maladie. Mais que l'on ne s'y trompe pas, le paritarisme de gestion institué en 1945 ne peut pas retrouver sa place. Le lien entre la politique de santé et le contrat de travail, à la source de l'organisation de la Sécurité sociale, s'est trop distendu. C'est à la société civile de générer la forme de gestion dans le cadre d'une assurance-maladie rénovée.

La gauche et certains syndicats accusent le gouvernement de mener la politique dont rêve le Medef. Qu'en pensez-vous ?

Le gouvernement a sa totale autonomie. Il ne faut pas s'étonner que, après cinq ans d'une politique sociale très caractérisée et compte tenu de ses tendances politiques, le gouvernement innove. Mais que l'on ne s'imagine pas un instant que ces orientations sont conformes à nos souhaits. Il s'en rapproche parfois, mais nos discussions sont vives et notre frustration fréquente.

Sur quoi porte votre frustration ?

Les entrepreneurs savent qu'il faut aller vite et fort. Regardez l'Allemagne... Nous sommes à la veille d'une décision concernant la réforme du dialogue social. Notre espoir est réel, mais notre vigilance complète. Car le gouvernement semble vouloir s'écarter de la position commune signée entre employeurs et syndicats. Nous sommes très loin de la méthode où les partenaires sociaux négocient et le gouvernement reprend les résultats de cette négociation. Elle a pourtant fonctionné dans la négociation sur la formation professionnelle.

Quels sont, pour vous, les points essentiels de la refondation sociale ?

Il s'agit de l'affirmation et la reconnaissance d'un domaine de la loi et d'un domaine de la négociation sociale. Nous acceptons la généralisation d'un vote majoritaire mais seulement en échange d'une nouvelle liberté donnée à l'entreprise d'innover en matière sociale, et de pouvoir déroger par un accord majoritaire de terrain à la norme de branche ou interprofessionnelle.

Le Medef a toujours été contre l'accord majoritaire. Pourquoi un tel changement ?

Le réformisme implique que l'on avance de façon à changer les choses. Et si l'on accepte l'autonomie des différents niveaux de négociation en redonnant vie à la négociation d'entreprise, que celle-ci puisse déroger, nous sommes d'accord pour que l'on généralise la procédure majoritaire de conclusion des accords. Mais donnant-donnant. Toute cette logique est fondamentale. Les réformistes syndicaux l'ont bien compris ; c'est au gouvernement de saisir cette chance.

Vous êtes resté plutôt discret sur les 35 heures et le service minimum dans les transports. Pourquoi ?

Nous voyons avec une certaine satisfaction la reprise de notre argumentaire, expliquant, depuis des années, que les 35 heures étaient économiquement néfastes, socialement ambiguës et financièrement intenable. Un certain bon sens est en train de progresser dans le pays. Ceci dit, la mise en place du dispositif a été tendue, pénible et complexe, et on ne peut pas imaginer que l'on détricote cela par une simple décision législative. On les transformera et les assouplira par des accords d'entreprise, au plus près du terrain.

Concernant le service minimum, nous avons toujours dit qu'il était indispensable, comme dans tous les pays du monde, que les services publics essentiels ne s'arrêtent pas pour des causes de tension sociale. Il est nécessaire d'assurer la continuité des services publics, par la négociation et, si besoin, par la réglementation.

Que vous inspire le déficit budgétaire ?

Le budget de l'Etat et l'assurance-maladie sont les deux grandes causes de préoccupation. Si le gouvernement a construit son budget avec une certaine volonté de limiter le déficit, cela paraît insuffisant. Il n'y a pas eu de réforme de l'Etat permettant de conduire à une vraie réduction de la dépense publique, et nous l'attendons pour 2004.

Quels devraient être les aspects majeurs d'une réforme de l'Etat, selon vous ?

Le Medef n'est pas chargé de construire le budget. Mais nous savons bien qu'il faut regarder du côté des coûts de fonctionnement dans la fonction publique. L'opportunité démographique, avec les nombreux départs à la retraite, offre la possibilité d'agir. Par ailleurs, il faut prendre garde que la décentralisation ne conduise pas à des transferts de

dépenses vers les collectivités locales. Les entrepreneurs sont inquiets d'une décentralisation qui signifierait un accroissement de la dépense publique, locale ou nationale.

Que pensez-vous de la situation économique de la France ?

La croissance française se fait dans un contexte européen sur lequel deux grandes forces pèsent. Premièrement, une tendance à localiser les activités les plus riches en valeur ajoutée de main-d'œuvre dans une série de pays émergents de plus en plus capables, de plus en plus accueillants. Et, deuxièmement, le différentiel entre l'Europe et les Etats-Unis sur la recherche et l'innovation, qui se marque par plusieurs dizaines de milliards de dollars de différence et qui crée un fossé technologique et un écart de productivité. Ces problèmes sérieux nécessitent une gouvernance et une politique économique européenne. Ce que nous pouvons faire sur le plan franco-français est donc relativement limité.

Les tensions entre la France et l'Europe vous paraissent-elles justifiées ? Que pensez-vous de la nouvelle Constitution européenne ?

Ces écarts entre Paris et Bruxelles révèlent de la manière la plus claire la nécessité d'avancer dans une gouvernance européenne. C'est-à-dire un dispositif politique, économique qui permette à l'ensemble de fonctionner en dehors du cadre classique du traité multilatéral. Le projet de Constitution est un pas en avant, mais ce n'est qu'un pas. Il faut accélérer le processus de mise en place de cette gouvernance européenne.

Croyez-vous à une reprise rapide de la croissance française ?

Nous n'avons pas les moyens de créer tout seul notre croissance sur le plan national. Nous sommes dépendants de la croissance européenne à venir et dépendants des effets de la reprise mondiale. Nous ressentons celle-ci, les 4 % de croissance américaine, la fin de la récession japonaise, la vive croissance chinoise, la situation en Russie qui s'est améliorée et les prémisses d'un redressement en Allemagne. Nous pensons que, dans ce cadre, le taux de 1,7 % de croissance retenu par le gouvernement est une hypothèse tenable et que cet horizon est crédible.

Propos recueillis par Rémi Barroux

Les phrases clés de Raffarin

Pour celles et ceux qui n'ont pas envie de lire le casse croute indigeste de Raffarin, voici un passage clé et éclairant sur sa philosophie:

"Je livre une dernière piste à votre réflexion. Depuis 1945, l'assurance maladie repose sur l'idée que le remboursement social garantit l'accès aux soins. Sur cette idée, nous avons fondé la construction progressive d'une assurance maladie non seulement ouverte à tous mais aussi couvrant le maximum de prestations. Aujourd'hui, cette protection étendue couvre une grande part de notre demande de santé, faite de besoins essentiels et d'autres plus subjectifs. Le sentiment de gratuité de notre système de santé au moment où nous avons recours à lui nous fait méconnaître son coût réel. Nous devons faire œuvre de responsabilisation. Ce mouvement doit concerner tous les acteurs. Dérembourser 82 médicaments anciens dont certains n'ont plus leur place dans nos armoires à pharmacie cause un grand émoi mais sait-on que, depuis le début de l'année, 402 nouveaux médicaments ont été admis au remboursement et 533 l'année dernière ? Il y a des débats à ouvrir : quel est le juste équilibre entre solidarité collective et responsabilité individuelle ? Faut-il couvrir dans les mêmes conditions une fracture du bras causée par une chute dans la rue ou par un accident de ski ? Dans "assurance maladie", quel sens donnons-nous aux mots ? Des mécanismes personnalisés doivent-ils venir renforcer l'assurance maladie dans sa gestion des mécanismes de solidarité ? Sur cette piste aussi, je serai particulièrement attentif à vos réflexions."

L'installation du Haut-Conseil de l'assurance-maladie
Quotidien du Médecin du 13/10/2003

Raffarin pose à Matignon la première pierre d'une réforme à risques

Le Premier ministre installe aujourd'hui, à Matignon, le Haut-Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie. Le gouvernement en attend un « diagnostic partagé » avant la fin de l'année. Objectif : préparer l'opinion publique à la nécessité d'une deuxième réforme sociale après celle des retraites. Mais avec 53 membres aux intérêts divergents, le Haut-Conseil a une tâche ardue. « Exaltante », déclare au « Quotidien » son président, Bertrand Fragonard.

Grand machin ? Usine à gaz ? Boîte à idées ? Ou antichambre d'une réforme historique en 2004 après 1945 et 1967 ?

Nul ne sait aujourd'hui la trace que laissera le Haut-Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie, un mammoth réunissant 53 personnes, dont Jean-Pierre Raffarin inaugure cet après-midi, à Matignon, les travaux. Avec un mois de retard, puisque l'installation avait été initialement programmée à la mi-septembre. Si cette instance a pour première mission de poser un « *diagnostic partagé* » dans les deux mois à venir (évaluation du système d'assurance-maladie, audit financier et perspectives des différents régimes notamment), sa création « *pour trois ans* » démontre que la démarche du Haut-Conseil s'inscrit quasiment à l'horizon de la législature. C'est l'échéance que le gouvernement se donne pour restaurer l'équilibre des comptes. Selon les termes du décret qui l'a créé, le Haut-Conseil devra remettre chaque année au ministre de la Santé un rapport proposant les « *adaptations nécessaires* » avec deux objectifs : la « *solidité financière* » et la « *cohésion sociale* » du système d'assurance-maladie.

A ce stade, le Haut-Conseil soulève surtout une grande question, à la hauteur de sa démesure. Comment faire travailler 53 personnes représentant les assurés sociaux et les employeurs, le Parlement, l'Etat, les caisses d'assurance-maladie, les organismes complémentaires (dont les assurances commerciales), les professions de santé libérales, les établissements de santé publics et privés, les usagers, sans compter 8 personnalités dites « *qualifiées* » avec *in fine* l'objectif de tracer le chemin d'une réforme à risques, puisqu'elle concernera tous les Français ? Désigné par Jean-François Mattei comme arbitre des débats à la tête du Haut-Conseil, Bertrand Fragonard, membre de la Cour des comptes, ancien directeur général de la CNAM et spécialiste aguerri des questions sociales, devra confirmer ses qualités reconnues d'homme de consensus et de dialogue. « *"Frago" a été choisi pour sa très très grande capacité de synthèse* », résume l'un de ses amis. Il en faudra, tant le risque de cacophonie existe. Interrogé par « le Quotidien » sur la difficulté de sa mission, Bertrand Fragonard évoque une tâche « *difficile mais exaltante* ». Le calendrier serré ? « *La contrainte est forte, mais nous allons l'assumer* », dit-il.

Outre le tour de force que représente le pilotage d'un organisme aussi lourd, l'obligation quasi affichée de résultat est en effet un autre handicap. « *Ce qui caractérise ce Haut-Conseil, c'est la pression du gouvernement et des délais*, résume un des meilleurs experts du secteur. *C'est une situation très différente de celle du Conseil d'orientation des retraites qui avait pu prendre son temps et travailler en toute confiance dans le cadre d'une mission d'intérêt général.* » Pour le même spécialiste, « *on saura vite si personne ne veut qu'on avance ensemble, et alors tout sera bloqué, ou si une majorité d'idées se dégage au service de la réforme annoncée* ». « *Une des questions, ajoute-t-il, est de savoir si les syndicats de salariés seront capables de s'entendre.* »

La Mutualité voit rouge

La méthode aura son importance. Pierre-Jean Lancry, directeur délégué de la CNAM, assurera l'organisation des travaux et la production des rapports en tant que secrétaire général du Haut-Conseil. Après la « *phase de diagnostic* » doit théoriquement s'engager au début de l'année 2004 une « *phase de concertation* » à travers plusieurs groupes de travail pilotés directement par le cabinet Mattei. Pour la plupart des observateurs, les mesures structurelles pour réformer l'assurance-maladie seraient annoncées après les échéances électorales et un vaste remaniement ministériel.

Mais on n'en est pas là.

A peine installé, le Haut-Conseil fait déjà des mécontents, dont les représentants des praticiens hospitaliers qui ne sont pas représentés en tant que tels, contrairement à leurs confrères libéraux. « *On peut être pessimiste sur une institution, créée pour faire des propositions, qui n'impliquerait qu'une partie des professionnels* », peste le Dr François Aubart, président de la Coordination médicale hospitalière (CMH).

Autre partenaire furieux : la puissante Mutualité française, qui ne cache plus sa volonté de cogérer le système avec les régimes obligatoires et les professionnels. Son président, Jean-Pierre Davant, déplore que la Mutualité soit réduite « *à la portion congrue* » puisqu'elle ne dispose que d'un seul représentant au Haut-Conseil, au même titre que les institutions de prévoyance et les assureurs privés. Avec 18 millions d'adhérents et 36 millions de personnes couvertes, la Mutualité espérait plus d'égarés. « *Nous sommes traités comme les sociétés commerciales* », fulmine Jean-Pierre Davant.

La pilule est d'autant plus amère que les mutuelles vont supporter rapidement de très lourds transferts financiers (environ 1 milliard d'euros), après les mesures du PLFSS 2004. La médecine de ville enfin, dont l'organisation est un des sujets majeurs de la réforme en gestation, serait mieux armée en portant un message unitaire. C'est ce que souhaite déjà le Dr Michel Chassang, président de la CSMF, qui siège au Haut-Conseil avec le Dr Pierre Costes, président de MG-France. Là encore, les choses ne sont pas gagnées d'avance.

Rien ne sera simple. « *Le gouvernement n'a pas arrêté son scénario*, affirme un ancien haut responsable de l'assurance-maladie. *Pour l'instant, et pour quelques mois, c'est le temps de la pédagogie* ». Et après?

Cyrille DUPUIS

Jean-Marie Spaeth (CNAM) : la responsabilisation financière des patients a des limites ***Quotidien du Médecin du 13/10/2003***

Pour moderniser le système d'assurance-maladie, Jean-Marie Spaeth, président (CFDT) de la CNAM, propose de « *tourner le dos au tout-Etat* » et de faire le pari de « *l'engagement collectif pour maîtriser la conduite des évolutions indispensables* ». Des propos tenus à l'occasion d'une conférence organisée par notre confrère « les Echos ».

En revanche, le scénario passif qui consisterait à « *glisser plus ou moins doucement sur la pente actuelle* » vers un « *affaiblissement de la solidarité* », donc du régime obligatoire, n'a pas ses faveurs. Plus précisément, il affirme que « *la responsabilisation financière des patients supposée infléchir les comportements a montré par le passé ses limites et ses dangers : seule la population la plus fragile risque de se détourner de l'accès aux soins précoces, qu'il faudrait au contraire favoriser* ». Pour Jean-Marie Spaeth, une organisation « *plus efficiente* » du système de santé est possible en revoyant la continuité des soins, en sensibilisant les patients aux réflexes préventifs ou en impliquant les professionnels dans l'évaluation des pratiques. Mais ce scénario vertueux exige l'association « *indispensable* » des régimes obligatoires et complémentaires pour réguler le système « *dans le cadre du dialogue avec les offreurs de soins* ». Cette nouvelle démocratie sociale, ou « *démocratie par contrat* », selon l'expression de Jean-Marie Spaeth, serait investie d'un pouvoir et d'un champ d'action « *délégués par l'Etat* ».

Un colloque sur les enjeux d'Hôpital 2007 ***Quotidien du Médecin du 13/10/2003***

A l'initiative des Etudes hospitalières, un colloque se réunira le 24 octobre à l'Institut de puériculture de Paris pour débattre des « *enjeux et perspectives* » de la réforme Hôpital 2007. Sous la houlette du Pr Jean-Marie Clément, expert en matière de dysfonctionnements de l'institution hospitalière, interviendront notamment lors de cette journée de conférences Denis Debrosse, coauteur du rapport remis en avril dernier à Jean-François Mattei sur la gouvernance de l'hôpital, le Pr Jacques Domergue, qui a fait des propositions au ministre pour la réorganisation de la chirurgie, ou encore Pierre Savin, de la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier.

Hôpital : la FHF s'interroge sur le financement du plan urgences ***Quotidien du Médecin du 13/10/2003***

Comment sera financé le plan urgences du gouvernement, qui prévoit notamment un investissement de 489 millions d'euros sur 5 ans, et la création de 10 500 postes médicaux et non médicaux ? demande la Fédération hospitalière de France (FHF), qui regroupe la quasi-totalité des hôpitaux publics.

En fait, répond-elle aussitôt, « *ce plan n'est pas financé* » et la FHF « *s'interroge sur son articulation avec l'ONDAM hospitalier 2004* ».

En effet, estime-t-elle, « *si la première tranche du plan urgences évaluée à 150 millions d'euros devait être financée par l'ONDAM, la reconduction des moyens actuels des hôpitaux serait diminuée d'autant* ».

La FHF rappelle que, selon elle, « *le taux de reconduction des moyens devrait être de 4,5 % pour permettre aux hôpitaux publics d'assurer correctement leurs missions, à l'heure où les reports de charges atteignent un niveau critique* ».

La FHF précise que le taux qu'elle demande est calculé hors toute mesure nouvelle (c'est-à-dire hors plan urgences et plan cancer).

Sur les urgences, la FHF tient à souligner que l'amélioration de la prise en charge des patients ne passe pas uniquement par le renforcement des structures hospitalières, mais également par l'implication des médecins de ville et le développement de l'hébergement, en aval, au profit notamment des personnes âgées.

Planification sanitaire : les prochains SROS seront très restructurants ***Quotidien du Médecin du 13/10/2003***

Les derniers schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS, deuxièmes du nom) arrivant à échéance au second semestre 2004 - ils peuvent cependant être prorogés jusqu'au 6 septembre 2005 au plus tard -, les pouvoirs publics commencent à se préoccuper de l'élaboration de leurs successeurs, les schémas de troisième génération.

L'exercice est encore plus déterminant que d'habitude dans la mesure où les SROS, maintenant que la carte sanitaire a été supprimée, sont les seuls et uniques outils de la planification de l'offre de soins.

En septembre, l'ordonnance de simplification administrative a esquissé les contours des futurs schémas (des secteurs sanitaires remplacés par des « *territoires de santé* » plus souples, des objectifs quantifiés en annexes pour toutes les activités, etc.). Aujourd'hui, c'est une circulaire rédigée par le ministre de la Santé et adressée aux directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et aux préfets qui en précise le contenu.

Dans ce document, Jean-François Mattei se fait pressant - « *les nouvelles contraintes d'une pénurie croissante de temps médical m'incitent à vous demander d'entamer immédiatement (la) révision (des SROS)* » - et insiste indirectement sur la nécessaire restructuration du paysage sanitaire. L'accent est mis en particulier sur le développement des coopérations (entre hôpitaux publics, cliniques privées et professionnels de santé libéraux) et sur celui de « *l'exercice pluri-établissements* » des praticiens hospitaliers. Réorganisées dans le cadre de « *projets de territoires* », la plupart du temps selon une gradation des soins sur le modèle de ce qui a prévalu pour les maternités, les activités de soins vont être suivies d'un « *rééquilibrage des ressources* » en médecins et en personnels, prévient la circulaire.

En ligne de mire : les plateaux techniques. Le ministère prône une « *évaluation des risques à maintenir ou ne pas maintenir (leur) activité* ». Il explique sans ambages que « *de nombreux sites ont aujourd'hui une activité nocturne très limitée et mobilisent des ressources qui seraient plus utiles ailleurs. La réévaluation de l'implantation des plateaux techniques doit amener à privilégier les sites réellement utiles à l'organisation des soins* ». La chirurgie est particulièrement visée : pour les sites dont l'activité annuelle est inférieure à 2 000 interventions par an avec anesthésie, il est « *recommandé* » une reconversion « *vers des disciplines comportant des besoins avérés pour la population* ».

Soucieux de ne pas provoquer une levée de boucliers en restructurant - la fermeture de maternités, voire d'hôpitaux entiers, se font rarement dans le calme -, le gouvernement prend les devants. « *Les élus et les usagers doivent être associés à toutes les étapes de l'élaboration du SROS* », est-il précisé. Les élus, qu'ils soient maires, députés, sénateurs ou conseillers généraux, seront consultés « *dès la phase de diagnostic* ». Quant aux patients, représentés par « *l'ensemble du paysage associatif* », ils seront réunis au sein d'un « *comité régional des usagers pérenne* » et très régulièrement entendus.

K. P.

Le Premier ministre soigne les professionnels de santé libéraux ***Quotidien du Médecin du 13/10/2003***

Jean-Pierre Raffarin s'est souvenu que, dans un proche passé, il avait été leur ministre de tutelle. Vendredi, il est donc venu soutenir les professions libérales à l'occasion du 25e Congrès de l'UNAPL (Union nationale des professions libérales). D'entrée de jeu, le Premier ministre s'est voulu percutant et, en abordant la question de la réforme des retraites, il a proposé aux professionnels de santé libéraux « *une réunion avant le 1er janvier prochain, pour finaliser cette question ; je suis prêt à la concertation* », a-t-il ajouté.

A Matignon, on indiquait, le même jour, ne pas avoir de date précise à communiquer et on ajoutait qu'on ne savait pas exactement quelles professions de santé étaient précisément visées par la phrase de Jean-Pierre Raffarin, ni si cette réunion se ferait en présence du Premier ministre, ou seulement en présence de François Fillon.

Autre thème également abordé au cours de ce congrès, celui de la canicule : « *Je ne suis pas de ceux qui pensent que certaines professions de santé ont des reproches à se faire* » ; une petite phrase copieusement applaudie qui faisait référence à un certain nombre de critiques implicitement contenues dans les différents rapports publiés sur le drame sanitaire et social de l'été dernier, et mettant en cause la présence des médecins libéraux durant le mois d'août.

Le Premier ministre a ensuite abordé le sujet du collaborateur libéral, un thème cher à beaucoup de professions de santé, et sur lequel le Conseil national de l'Ordre des médecins a notamment travaillé : « *Il faut mettre sur pied un contrat de collaborateur libéral ; il permettra l'insertion professionnelle du jeune libéral, il lui mettra le pied à l'étrier ; et ce collaborateur libéral devra pouvoir exercer avec un statut d'indépendant.* »

Selon les services du Premier ministre, ce statut de collaborateur pourrait être intégré au projet de loi de Finances 2004.

Enfin, Jean-Pierre Raffarin a évoqué la question de la « densité libérale », soulignant qu'elle posait un problème tout à la fois urbain et rural : « *Les métiers de santé en zone rurale sont une donnée essentielle* » au bon équilibre ville-campagne ; « *nous allons mobiliser des moyens, la collectivité doit rendre cette équation viable* ».

H. S. R.

Médecins et personnels critiquent le premier bilan des travaux d'Hôpital 2007 *Quotidien du Médecin du 13/10/2003*

Le comité de pilotage du plan Hôpital 2007 s'est réuni pour faire une première synthèse des réflexions menées depuis quinze jours par les quatre groupes de travail consacrés aux directeurs, aux médecins, au budget et à la gouvernance des hôpitaux. Au sein de la communauté hospitalière, les avis divergent sur les orientations données par le ministre.

L'ensemble de la communauté hospitalière a assisté au comité de pilotage du plan Hôpital 2007, présidé par le directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins (DHOS), Edouard Couty. Au total, une quarantaine de participants, institutionnels ou syndicalistes, ont défendu leurs propres intérêts, souvent divergents.

Résultat, aucun consensus ne semble pour l'heure se dégager sur des sujets aussi importants que la tarification à l'activité (T2A) ou la réorganisation de l'hôpital par pôles, deux réformes chères à Jean-François Mattei.

Les fédérations santé des organisations CGT, CFTC, FO, SUD et UNSA ont profité de l'occasion pour relire leur déclaration commune, présentée la veille au conseil supérieur de la fonction publique hospitalière. Une nouvelle fois, elles ont demandé au ministre de la Santé de « *réviser les méthodes de discussion sur le devenir de l'hôpital* ».

Les syndicats de salariés critiquent le cadre et la forme des discussions engagées depuis quinze jours au sein des groupes de travail : tout y semble imposé et les négociations n'ont pas lieu, reprochent-ils. Le cabinet ministériel répondra prochainement à cette déclaration, a indiqué Edouard Couty.

De leur côté, les Conférences de présidents de CME et de directeurs d'hôpital sont venues rappeler leur plein soutien au plan Hôpital 2007. Le commentaire du Dr Francis Fellingier, qui préside la Conférence des présidents de CME de centres hospitaliers, l'illustre bien : « *Nous sommes en accord avec les lignes tracées par le ministre ; en participant aux quatre groupes de travail, nous souhaitons accompagner et adapter les réformes dans un sens cohérent.* »

« On se regarde le nombril »

La Fédération hospitalière de France (FHF) n'a pas souhaité se prononcer à la sortie du comité de pilotage, préférant attendre les conclusions des groupes, prévues en décembre.

Quant aux syndicats de médecins, s'ils ne refusent pas tout en bloc, ils n'en ont pas moins insisté sur la nécessité de recentrer le débat dans un cadre plus global. Explications du Dr Rachel Bocher, présidente de l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers (INPH) : « *Je ne vois pas où ce type de réunion peut mener. Chacun exprime ses insatisfactions, mais aucune idée forte n'émerge. On n'a fait qu'effleurer les sujets. On se regarde le nombril en parlant des médecins et des directeurs, mais on n'aborde pas la place de l'hôpital dans le système de santé.* » Pour Rachel Bocher, les groupes de travail ne répondent pas à trois questions « *essentielle* » : quelle sera la place du malade dans la nouvelle organisation de l'hôpital ? Est-ce que cela va améliorer la qualité des soins ? Est-ce que cela va responsabiliser les acteurs ?

S'il y a, comme l'indique Luc Delrue, de FO-santé, « *beaucoup de désaccords sur chacun des quatre thèmes* » des groupes de travail, deux réformes en particulier semblent cristalliser toutes les craintes et les fantasmes : le passage à la T2A et la réorganisation en pôles.

La T2A, tout d'abord. Les modalités de sa mise en œuvre sont débattues au sein du groupe consacré au budget. « *En fait, ce groupe ne sert à rien*, critique Luc Delrue. *Son seul but est de faire œuvre de pédagogie car, dans la réforme de la T2A, tout est déjà écrit. Le ministère a besoin d'associer les acteurs pour les convaincre.* » Mais, pour l'heure, Luc Delrue ne semble pas du tout convaincu. Il juge trop court le calendrier prévu (application au 1er janvier 2004), compte tenu de « *l'important changement culturel que cette réforme va engendrer* ». De même, le Dr Bocher trouve que la T2A « *n'arrive pas au bon moment* ». « *Il aurait mieux fallu assainir la situation budgétaire des hôpitaux avant de la lancer. La première des priorités aurait dû être de repérer les maux de l'hôpital* », précise-t-elle.

Daniel Moinard, président de la Conférence des directeurs généraux de CHU, est, au contraire, pressé que les concertations aboutissent pour que le ministre puisse rapidement prendre des décisions. « *Il s'agit d'une réforme extrêmement importante, or, actuellement, la marge de manœuvre des directeurs est insuffisante pour permettre son application*, explique-t-il. *J'espère que le ministre assouplira la gestion de l'hôpital et nous donnera des outils pour*

faire face à l'arrivée de la T2A, car elle aura un impact très important sur les stratégies de recomposition interne et les choix budgétaires. »

L'autre sujet polémique, la réorganisation des établissements par pôles, oppose frontalement les syndicats de salariés et les représentants institutionnels. Les premiers redoutent la déconcentration de la gestion. « *Demain, les pôles auront une enveloppe à gérer et, s'ils ne respectent pas leur objectif, ils seront sanctionnés* », raconte Luc Delrue, qui refuse que les salariés soient pénalisés par la suppression de l'intéressement. « *La culture de l'efficacité médico-économique que prône le ministère va modifier les pratiques, la prescription des médecins. Les dés sont pipés, compte tenu des contraintes économiques* », ajoute le syndicaliste.

Daniel Moinard occupe une position bien différente : « *Nous (les directeurs) sommes pour une liberté totale d'organisation interne des établissements. La délégation de gestion par pôles, qui reçoivent une enveloppe et signent un contrat avec des paramètres économiques et de qualité, nous paraît fondamentale.* »

Le prochain comité de pilotage du plan Hôpital 2007 se réunira le 12 novembre.

Delphine CHARDON

Fonction publique : - 1,5 % de pouvoir d'achat en 2003

L'augmentation salariale devrait être de 0,5%. Pour une inflation de 2%.

Par François WENZ-DUMAS

Libération, lundi 13 octobre 2003

«Comme le gouvernement n'a pas les moyens de financer une augmentation salariale, il détourne le débat sur la rémunération individuelle.» François Chérèque (CFDT)

La «*décision politique*» sur les salaires des fonctionnaires sera «*bien évidemment difficile*». La formule utilisée par Jean-Paul Delevoye dans un entretien publié vendredi par *la Croix* tient de la litote. Annoncer aux 4,5 millions d'agents de l'Etat et des collectivités que le gouvernement n'a pas l'intention de leur offrir autre chose qu'une augmentation symbolique ne va pas améliorer la popularité du gouvernement auprès de ses propres salariés.

Illusions. Le ministre de la Fonction publique, qui était hier soir l'invité de l'émission *France Europe Express* sur France 3 face au secrétaire général de FO, Marc Blondel, avait déjà laissé peu d'illusions aux représentants des sept fédérations de fonctionnaires (FSU, CGT, CFDT, FO, Unsa, CFTC, CGC), qu'il avait reçus les uns après les autres à la mi-septembre. Il ne leur avait fait qu'une seule promesse : leur donner sa réponse au plus tard le 15 novembre.

«*Le fait d'avoir un passif depuis le 1er janvier 2000 de 3 à 4 %*» par rapport au pouvoir d'achat «*rend totalement impossible un tel rattrapage*», précise Jean-Paul Delevoye. Un point d'augmentation générale coûterait 1 milliard d'euros au budget de l'Etat. Ce qui fait dire à Bernard Lhubert (CGT) que «*les moyens de la fonction publique de l'Etat*» ne sont pour le gouvernement qu'«*une variable d'ajustement*».

L'ensemble des syndicats partage peu ou prou cette analyse désabusée. En 2001, ils avaient unanimement rejeté les propositions de Michel Sapin, alors ministre de la Fonction publique de Lionel Jospin, qui n'étaient pourtant pas très loin d'une garantie du pouvoir d'achat sur deux ans. Ils auront donc encore moins de raisons d'accepter celles que Jean-Paul Delevoye leur fera le 15 novembre. Le ministre leur a bien fait comprendre qu'ils ne devaient pas espérer plus de 0,5 % d'augmentation en tout et pour tout d'ici à la fin de l'année au titre de 2003, pour une inflation estimée «*autour de 2 %*» par l'Insee. Et guère plus pour 2004, sauf croissance miraculeuse.

Ficelle. A défaut d'accord salarial, Jean-Paul Delevoye souhaiterait au moins profiter de l'occasion pour lancer avec les fédérations de fonctionnaires une réflexion sur quelques sujets qui lui tiennent à cœur, comme la rémunération au mérite. Mais, là encore, l'enthousiasme n'est pas vraiment au rendez-vous. La plupart des syndicats, à commencer par FO, y sont très hostiles. Même la CFDT, pour qui la question n'est pas taboue, dénonce une grosse ficelle. «*Comme le gouvernement n'a pas les moyens de financer une augmentation salariale, il détourne le débat sur la rémunération individuelle*», accuse son secrétaire général, François Chérèque.

Poussé par Nicolas Sarkozy, qui cherche à appâter policiers et gendarmes avec des primes - le ministre de l'Intérieur leur en a promis pour 25 millions d'euros l'an prochain -, Delevoye ne veut pas lâcher le morceau. «*C'est un chantier nouveau*, plaide le ministre de la Fonction publique, *avec la capacité d'accélérer les carrières pour les gens motivés, mais aussi un ralentissement pour celles et ceux qui le sont moins.*» Un argumentaire qui aura du mal à convaincre.

Au total, il n'y a pourtant qu'un sujet sur lequel Delevoye n'est pas demandeur : les 35 heures. Hostile à une nouvelle législation, il plaide pour des «*assouplissements*» pragmatiques. Et puisque son collègue du Budget, Alain Lambert, non content de le laisser partir en négociation avec les syndicats les mains vides, s'est amusé à rouvrir le dossier de la RTT, Delevoye lui suggérerait volontiers de montrer l'exemple en se penchant sur la durée du travail des 180 000 agents de Bercy.

M. Raffarin lance la réforme de l'assurance-maladie **Le Monde 14 octobre 2003**

Le premier ministre, Jean-Pierre Raffarin, devait installer, lundi 13 octobre, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie, chargé d'évaluer le système de santé en préambule à la réforme promise par le gouvernement pour l'été prochain, afin que les décisions puissent être transcrites dès l'automne dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2005. Le Haut Conseil comprend 53 membres et est présidé par Bertrand Fragonard, conseiller-maître à la Cour des comptes, qui dirigea pendant la Caisse nationale d'assurance-maladie en 1997-1998. M. Raffarin attend du Haut Conseil *"une vraie analyse, un vrai diagnostic et de vraies propositions"*. Le premier ministre devait préciser, dès lundi, la démarche du gouvernement et tracer les *"lignes directrices"* de la réflexion engagée, indique-t-on à Matignon. M. Raffarin souhaite notamment que les efforts à venir soient également répartis entre les assurés sociaux, les professionnels de santé et l'Etat. Le premier ministre devait rappeler les *"quatre piliers"* non négociables du système de santé : *"La solidarité, l'assurance-maladie pour tous, la liberté de choisir son médecin et la qualité pour tous."* M. Raffarin promet *"qu'il n'y aura pas de bouleversement mais une profonde adaptation"*.

Début du débat budgétaire à l'Assemblée nationale

LES DÉPUTÉS commencent, mardi 14 octobre, l'examen du projet de loi de finances pour 2004. Jusqu'au 18 octobre, ils discuteront de la partie des recettes, puis, mardi 21, s'engagera, pour une durée d'un mois, le débat de la partie dépenses, ministère par ministère. Cette discussion sera toutefois entrecoupée, du 28 au 31 octobre, par l'examen du projet de loi de financement pour la Sécurité sociale. Le projet de loi sera ensuite transmis au Sénat. Il doit être impérativement adopté définitivement avant la fin de l'année. Le projet de budget pour 2004 repose sur une hypothèse de croissance de 1,7 %. Il fait apparaître un déficit jamais atteint de 55,5 milliards d'euros, soit 3,6 % du PIB. Environ 4 500 postes de fonctionnaires partant à la retraite ne devraient pas être remplacés. Il prévoit 3,33 milliards d'euros d'allègements fiscaux, dont 2,1 milliards pour les particuliers, avec une baisse de 3 % de l'impôt sur le revenu, et 1,23 milliard pour les entreprises. Le gouvernement espère faire entrer 4 milliards d'euros dans les caisses de l'Etat grâce aux privatisations.

Les cigarettiers réclament un report des hausses de taxes sur le tabac

SELON le *Journal du Dimanche* du 12 octobre qui cite une *"source gouvernementale"*, le gouvernement pourrait *"éviter une nouvelle augmentation en janvier"* des taxes sur le tabac. Le *JDD* affirme qu'une réunion devait avoir lieu lundi 13 octobre à Matignon pour trancher. Les services du premier ministre l'ont démenti lundi, alors que le ministère du budget assurait qu'*"il n'y pas de négociation ou de changement du dispositif prévu"* dans le projet de loi de finances pour 2004. Le projet de budget prévoit de quadrupler l'une des taxes sur le tabac, la taxe dite Bapsa (budget annexe des prestations sociales agricoles). Les fabricants de cigarettes ont adressé au gouvernement, ainsi qu'à certains députés de la majorité, une *"note"*, rédigée comme un amendement au projet de loi de finances, qui vise à substituer au relèvement de la taxe Bapsa une augmentation volontaire des prix des cigarettes de 8 % au 1er juillet 2004. Cette hausse rapporterait autant à l'Etat que la hausse de la taxe Bapsa (382 millions d'euros).

dépêches

EXTRÊME DROITE : Samuel Maréchal a annoncé, samedi 11 octobre à Nantes, qu'il conduira la liste du Front national aux élections régionales dans les Pays de la Loire. M. Maréchal, ancien directeur de la communication du FN et époux de Yann Le Pen, la plus jeune fille du chef du FN, avait quitté les instances dirigeantes du parti d'extrême droite en 1999.

OUTRE-MER : les élus du conseil général et du conseil régional de la Guadeloupe se sont prononcés à une large majorité, samedi 11 octobre, en faveur d'une consultation de la population insulaire en vue d'une évolution institutionnelle. Les élus proposent *"une nouvelle collectivité territoriale unique se substituant au département et à la région de Guadeloupe"*.

RÉDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL : les décrets d'"assouplissement" de la RTT à l'hôpital sont parus dimanche 12 octobre au *Journal officiel*. Ces textes prévoient notamment que les personnels "*qui ne peuvent bénéficier d'une réduction effective de leur temps de travail en raison de l'obligation d'assurer la continuité du service et de l'insuffisance des effectifs de personnel*" soient rémunérés en heures supplémentaires pour l'équivalent de la moitié des droits à RTT acquis.

ENTREPRISES : le ministère de la justice soumet à concertation, à partir de lundi 13 octobre, son avant-projet de loi de réforme du droit des faillites, créant notamment deux dispositifs préalables au dépôt de bilan. Le gouvernement propose la création d'une procédure à l'amiable et un dispositif de redressement judiciaire anticipé.

Sécu : les comptes de Gilles Johanet

Quotidien du Médecin 09/10/2003

Invité des rencontres parlementaires " Santé Société Entreprise " pour une session consacrée à la question " Assurance-maladie à l'heure du changement : quelle place pour la concurrence ? ", Gilles Johanet, ancien directeur de la CNAM actuellement chargé des activités " santé et collectivités " des AGF, a mis en perspective les comptes désastreux de la branche maladie de la Sécurité sociale.

Alors que le déficit cumulé atteindra 30 milliards d'euros à la fin de 2004, l'expert fait ses comptes : " *C'est trois fois, grosso modo, le déficit qu'avait à traiter le plan Juppé* ", le déficit s'alourdit de " *1,2 milliard d'euros par mois !* ". Mais pour Gilles Johanet, le trou n'est rien comparé à la croissance vertigineuse des dépenses, désormais au rythme annuel de 6 ou 7 %. Cette croissance est " *infinançable* ", assène l'ancien pilote de la principale caisse d'assurance-maladie, " *la plus " belle " CSG du monde ne peut pas la financer* ". A l'horizon 2007, dit-il, il faudrait, pour régler la note, " *3 points supplémentaires de CSG ou 11,7 points de cotisations maladie* ". Impossible. Alors Gilles Johanet n'hésite pas : le rythme d'augmentation des dépenses d'assurance-maladie est " *insupportable* " et il l'est d'autant plus qu'il est à la fois " *injustifiable* " et " *explicable* ". Là, le principal artisan du plan stratégique de la CNAM reprend son *credo* contre l'évolution anarchique de certaines dépenses. Il cite " *l'augmentation très forte* " des honoraires des généralistes à laquelle n'ont pas été liés des objectifs de restructuration de leur offre de soins, " *l'explosion* " des ALD, " *la croissance à deux chiffres* " des dépenses de biologie, l'inflation des indemnités journalières... Et conclut : " *Nous assistons au délitement de notre système de soins ; les rares filtres qui existaient jusque-là sont en train de se dissoudre ; (...) l'offre de soins se concentre sur les espaces optimaux* ". Petite pique, au passage, pour la médecine de ville : " *Nous sommes quand même le seul pays au monde où l'on assiste à l'extinction du libéralisme à partir de 18 heures, le dimanche et en août.* "

Gilles Johanet est convaincu de la nécessité de changer la donne. Son expérience lui a prouvé que l'exercice sera extrêmement difficile. " *Les hommes qui animent le système de soins sont bons*, affirme-t-il, *mais un système qui fonctionne sans repère crée la frustration et le malaise. (...) Toute réforme partielle, qui n'est pas insérée dans une vision d'ensemble suscite d'abord la méfiance et ensuite les blocages* ". Résolument hostile à des ajustements partiels, Gilles Johanet se rallie à ceux qui plaident pour un " grand chambardement ". " *De toute façon, juge-t-il, le système change tout seul et il ne change pas dans le bon sens.* " L'évolution est en marche, qui voit en particulier s'organiser spontanément deux zones séparées réservant, pour schématiser, les ALD au régime de base de Sécurité sociale et aux complémentaires l'assurance-maladie des autres Français. Toute la question, souligne Gilles Johanet, est de savoir si l'on veut " *piloter* " le changement - notamment en modulant la prise en charge des patients en fonction de leur degré d'implication et de responsabilisation dans le système - ou bien " *le subir* ".

K.P

Les médecins des centres de santé dénoncent l'accord signé avec l'assurance-maladie

Quotidien du Médecin 09/10/2003

Le 43e Congrès national des centres de santé, qui se tiendra les 14 et 15 octobre prochains à Bichat sur le thème " Ensemble ? " Pour quelle médecine ? , abordera l'ensemble de l'actualité des centres

de santé, avec en filigrane l'accord national des centres de santé, dont l'Union syndicale annonce " l'échec prévisible ", tout en le contestant sur le fond.

" Usagers, professionnels, gestionnaires : ensemble ? Pour quelle médecine ? ", tel est le thème choisi cette année par l'Union syndicale des médecins de centres de santé (USMCS), dont le congrès national se tiendra les 14 et 15 octobre prochains à la faculté de médecine Xavier-Bichat à Paris (1).

L'occasion pour l'USMCS de faire le point sur un certain nombre de sujets comme la synergie des 1 873 centres de santé avec la prochaine réforme de la sécurité sociale : " Quelle cohérence, quels acteurs, quelles missions pour les centres de santé, quelles offres de soins et quels moyens ? "

Les thèmes des différentes tables rondes de ce congrès rejoindront les préoccupations du moment de l'USMCS, comme le diabète et l'hépatite C, l'orthodontie de demain, le dépistage du cancer colo-rectal ou le programme Nutrition-Santé-Jeunes.

Mais au-delà de ces préoccupations médicales l'USMCS a quelques autres sujets d'actualité : la démission récente de son président, le Dr Gérard Israël, pour raisons de santé, et plus encore, l'accord national des centres de santé, une convention signée entre les caisses d'assurance-maladie et les organismes gestionnaires des centres de santé, et à l'élaboration de laquelle l'USMCS regrette amèrement de ne pas avoir été associée. Pour le Dr Daniel Wizenberg, membre du bureau de l'USMCS, cet accord national est une convention dangereuse, qui place les médecins sous la tutelle des gestionnaires des centres et des caisses d'assurance maladie, qui met à mal le secret médical, ce qui peut largement pertruber la relation de confiance qui existe entre le médecin et son malade.

H.S.R.

En 2005, promis, la Sécu refait surface

Pour 2004, en revanche, Mattei se contente d'expédients.

Par François WENZ-DUMAS

Libération jeudi 09 octobre 2003

En 2004, on colmate les brèches, en 2005, on modernise. Jean-François Mattei s'est engagé hier, devant la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale à lancer une grande réforme de la Sécurité sociale, mais... pour 2005. Auparavant, le ministre de la Santé avait présenté au Conseil des ministres son projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) 2004. Face aux députés, il a assuré que le budget 2005 serait *"celui de la responsabilité"*.

Stabiliser. En attendant, Jean-François Mattei se contente d'essayer de grappiller 3 milliards d'euros sur les 14,1 milliards de déficit prévu pour la seule assurance maladie. Le trou de l'ensemble des régimes de la Sécu (santé, mais aussi famille et vieillesse) serait ainsi ramené de 13,6 milliards à 10,6 milliards d'euros. *"Trois milliards d'euros, ce n'est pas rien"*, s'est justifié le ministre de la Santé, expliquant qu'il n'était déjà pas si facile de *"stabiliser le déficit"* de l'assurance maladie. *"Nous aurions pu choisir la facilité et présenter un PLFSS en équilibre, en augmentant d'un point la CSG (contribution sociale généralisée, ndlr) mais qui réussit à remplir un tonneau percé ?"* a-t-il demandé.

La priorité est donc aux simples travaux de colmatage. *"Pour préparer la nécessaire modernisation de notre assurance maladie mais sans la préempter"*, assure Mattei, qui veut *"s'appuyer sur les professionnels de santé et les patients pour développer la maîtrise médicalisée"* des dépenses. Le ministre de la Santé se veut optimiste : *"Pour la première fois depuis quelques années, le comportement des acteurs a commencé à évoluer réellement, assure-t-il. Ainsi la part de marché des génériques augmente rapidement, les surprescriptions d'antibiotiques diminuent, et le nombre des visites inutiles chute."*

"Responsabilité". Le matin, lors du Conseil des ministres, Jacques Chirac en avait déjà appelé à *"la responsabilité de tous"*, en affirmant que *"chaque Français a des droits sur la Sécurité sociale"* mais aussi *"le devoir de contribuer à éviter les gaspillages et les abus"*. Le chef de l'Etat s'est posé en *"garant"* du système de santé qui, a-t-il dit, est *"au coeur de notre contrat social"*. *"La modernisation de notre système de santé est un impératif national. A l'été prochain, nous devons avoir réussi"*, car *"il n'y a pas de dynamisme possible pour la France sans la garantie d'une protection sociale efficace"*, a-t-il poursuivi. Reprenant la thématique qu'il avait développée dans son discours du 14 Juillet, le président de la République

a rappelé qu'il fallait, selon lui, *"moderniser notre système de santé. C'est un bon système mais il est en danger"*.

De son côté, Raffarin a rappelé le calendrier qu'il avait fixé pour la modernisation de l'assurance maladie. Le Haut Conseil (lire ci-contre) devra avoir remis ses conclusions *"avant l'été"*, afin qu'elles puissent *"être traduites dans le PLFSS pour 2005"*. En attendant, si le trou ne dépasse pas 11 milliards en 2004, le Premier ministre s'estimera heureux.

L'assurance maladie dotée d'un "haut conseil"

Par François WENZ-DUMAS

Libération jeudi 09 octobre 2003

La réforme de la Sécurité sociale est officiellement lancée : le décret précisant la mission du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie est paru hier au *Journal officiel*. Cette institution sera présidée par Bertrand Fragonard, qui fut, de 1988 à 1996, délégué interministériel au RMI et pendant un an, de mars 1997 à juillet 1998, directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie. Il avait depuis réintégré la Cour des comptes, comme président de chambre. Le Haut Conseil sera inauguré lundi par Jean-Pierre Raffarin. Il est créé pour trois ans et devra d'abord établir, selon Jean-François Mattei, ministre de la Santé, un *"diagnostic partagé"* sur l'assurance maladie. Sa mission sera aussi de *"formuler des recommandations ou propositions de réforme"*. La création de ce Haut Conseil s'inspire du Conseil d'orientation des retraites (COR) installé en mars 2000 par Lionel Jospin. La réforme des retraites engagée au printemps s'était appuyée sur les travaux du COR.

Sécurité sociale : Jacques Chirac en appelle à "la responsabilité de tous"

Le Monde 10 Octobre 2003

Une nécessité : la réforme. Un rendez-vous : *"l'été prochain"*. Une ligne politique : l'appel à la *"responsabilité"*. Lors de la présentation du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) en conseil des ministres, mercredi 8 octobre, le chef de l'Etat a de nouveau plaidé en faveur de cet *"impératif national"* que constitue la *"modernisation"* du système de santé. *"A l'été prochain, nous devons avoir réussi"*, a précisé M. Chirac, dont les propos étaient rapportés par le porte-parole du gouvernement, Jean-François Copé.

"C'est un bon système, mais il est en danger. Son financement est trop dépendant de la conjoncture, a souligné M. Chirac. Ses dépenses évoluent trop vite depuis longtemps." Il s'est posé en "garant" d'une assurance-maladie "au cœur de notre contrat social". "Chaque Français a des droits sur la Sécurité sociale. Mais chaque Français a aussi le devoir de contribuer à éviter les gaspillages et les abus", a-t-il poursuivi. Pour "responsabiliser" les assurés, Jean-François Mattei avait proposé d'instaurer un forfait par boîte de médicaments. Après la canicule, cette mesure particulièrement pénalisante pour les personnes âgées a été écartée à la demande de M. Chirac. Le chef de l'Etat a qualifié d'"importantes et nécessaires" les mesures prévues dans le PLFSS - qui retient un déficit record de 11,2 milliards -, tout en reconnaissant que "beaucoup est encore à faire".

Jean-Pierre Raffarin a, lui, rappelé les étapes de la réforme : *"Première concertation approfondie et la stabilisation du déficit"* dans le PLFSS 2004 - en fait, le déficit de l'assurance-maladie passera de 10,6 à 10,9 milliards -; installation, le 13 octobre, d'un *"Haut conseil"* chargé de *"formuler un diagnostic"* et présidé par Bertrand Fragonard, directeur de la Caisse nationale d'assurance-maladie en 1997-1998 ; *"concertation avec l'ensemble des acteurs et partenaires sociaux"* et *"conclusion"* de la réforme *"avant l'été"* pour l'inscrire dans le PLFSS 2005. Auditionné, mercredi, par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, M. Mattei a assuré que le PLFSS 2004 *"remet de la cohérence dans le système"*.

Un analyse contestée par les députés communistes. Alain Bocquet, président du groupe, a dénoncé *"un budget de colmatage"*, tandis que Maxime Gremetz (PCF, Somme) soulignait que *"ce sont encore les assurés qui paient"*. Même tonalité critique chez les socialistes. Dans un texte de 17 pages intitulé *"Faire de la santé une priorité"* - soumis mercredi au bureau national avant son examen, samedi, par le conseil national -, le PS soupçonne le gouvernement d'arrière-pensées. *"Il semble que l'aggravation du déficit de*

l'assurance-maladie s'inscrit dans une stratégie voulue et acceptée par Jean-François Mattei, l'un des responsables politiques de droite à avoir, avant les élections de 2002, formulé un projet explicitement libéral", y relève Marisol Touraine, secrétaire nationale à la solidarité. Dans son "contrat de santé", le PS propose d'améliorer la couverture des assurés, de responsabiliser les patients et réclame une "réforme structurelle" avant d'envisager de nouvelles ressources de financement. Sans cela, "une augmentation de la CSG n'aurait pas d'effet durable". Pour financer la dépendance, les socialistes proposent cependant de relever la CSG de 0,1 %.

Claire Guélaud et Isabelle Mandraud

Réforme de la Sécurité sociale «au plus tard l'été prochain» selon Francis Mer

[01/10/2003 16:55]

PARIS (AP) -- La réforme de la Sécurité sociale «sera délivrée et mise en oeuvre au plus tard à l'été prochain», a déclaré mercredi le ministre de l'Economie et des Finances Francis Mer.

«Il est clair que nous avons devant nous (...) un sujet majeur qui s'appelle restaurer un équilibre raisonnable de nos dépenses de santé sans que ceci se traduise par une détérioration de la qualité de la santé», a-t-il déclaré lors des questions au gouvernement à l'Assemblée nationale. Cela «est suffisamment important (...) pour que nous ayons la possibilité d'avoir un peu de temps pour concevoir une bonne réforme». AP

Quotidien du Médecin du 02/10/2003

Ouverture du secteur II : la bataille juridique des médecins ne fait que commencer

Douze médecins spécialistes de secteur I, auxquels leur passage en secteur II à honoraires libres a été refusé, assignent aujourd'hui leur caisse primaire devant le TASS de Valence. Ces adhérents de l'Association pour l'ouverture du secteur II (APOS2) participent à un mouvement de procédures judiciaires qui tend à s'intensifier. Au-delà des victoires obtenues aux TASS de Nancy et de Boulogne-sur-Mer, l'APOS2 souhaite maintenant saisir le Conseil d'Etat.

Cet après-midi, douze médecins spécialistes de secteur I assignent la caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM) de la Drôme devant le tribunal des affaires de Sécurité sociale (TASS) de Valence.

Leur objectif, selon la Coordination des médecins spécialistes de Drôme/Ardèche qui les soutient : « *Contraindre (la caisse) à les laisser exercer en secteur II afin qu'ils puissent se donner les moyens de souscrire à l'obligation déontologique de moyens qui s'impose à eux* » en termes de qualité des soins, d'assurance en responsabilité civile professionnelle et d'indépendance. « *Rien ne s'oppose au passage en secteur II puisque le RCM [règlement conventionnel minimal de 1998 modifié le 25 septembre, NDLR] ne le stipule pas* », explique l'un de ces douze médecins spécialistes de la Drôme, le Dr Jean-Paul Camou, qui est par ailleurs l'un des porte-parole de la Coordination nationale des médecins spécialistes (CNMS). Et, ajoute cet anesthésiste-réanimateur, si le RCM interdisait expressément le passage du secteur I à tarifs opposables au secteur II à honoraires libres, « *il violerait l'article 5 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789* ». Car cet article précise que « *la Loi n'a le droit de défendre que les actions nuisibles à la société* » et que « *tout ce qui n'est pas défendu par la Loi ne peut être empêché, et nul ne peut être contraint à faire ce qu'elle n'ordonne pas* ».

Les spécialistes de la Drôme qui ont saisi le TASS de Valence font partie des quelques 1 700 membres de l'Association pour l'ouverture du secteur II (APOS2), fondée au début de l'été 2002 par des ophtalmologistes. Pour le Dr Jean Leid, ophtalmologiste à Pau et secrétaire général de l'APOS2, le « *fonds philosophique* » de cette association loi 1901 est très simple : « *On ne peut pas imaginer que des médecins dotés des mêmes compétences et des mêmes diplômes puissent avoir des régimes de rémunération différents*

». Outrés par la discrimination engendrée par la coexistence de deux secteurs tarifaires, les médecins libéraux d'APOS2 (dont 35 % d'ophtalmologistes) espèrent obtenir à terme le feu vert de la justice pour exercer enfin en honoraires libres. Déjà 900 d'entre eux, selon le Dr Leid, ont engagé une procédure contre leur CPAM devant le tribunal administratif ou le TASS après avoir essuyé un refus de passage en secteur II.

Le succès de l'APOS2

Depuis la parution de la modification du RCM, il y a une semaine, le Dr Jean Leid se dit « *assailli* » par les coups de téléphone de confrères spécialistes désabusés qui s'en remettent désormais à l'APOS2 après avoir « *perdu toute confiance dans les syndicats médicaux* ». Le porte-parole de l'association enregistre maintenant « *une vingtaine d'adhésions par jour* », sans compter « *des inscriptions massives de coordinations départementales* », comme celles du Nord, du Rhône et de plusieurs départements de la région Centre.

« *Trois facteurs importants font le jeu de l'APOS2* », analyse le Dr Leid, bien qu'il « *n'en tire aucune gloire* ». Parmi les spécialistes les plus affectés par le gel prolongé des tarifs opposables des consultations et de certains actes techniques (ophtalmologues, gynécologues-obstétriciens, dermatologues, pédiatres...), beaucoup avaient fondé leurs espoirs sur un geste du gouvernement à travers le nouveau RCM et sur la réforme de l'assurance-maladie. Or cette réforme a été repoussée d'un an.

Quant au RCM, qui instaure une majoration de 2 euros sur certaines consultations de secteur I mais ne prévoit rien sur la RCP, il est jugé largement insuffisant. Enfin et surtout, le jugement du TASS de Nancy en juillet dernier a déclenché « *une accélération somptueuse* » de la montée en charge de l'APOS2, souligne le Dr Leid. Le TASS de Nancy avait autorisé deux ophtalmologistes de secteur I à pratiquer des honoraires libres, au motif qu'aucune disposition du RCM de 1998 « *n'a prévu d'interdire le passage d'un secteur à un autre* » (« *le Quotidien* » du 17 juillet).

Plus récemment, le TASS de Boulogne-sur-Mer, saisi par six médecins, a déjà donné raison à trois d'entre eux (« *le Quotidien* » du 19 septembre). La CPAM de Boulogne-sur-Mer estime qu'elle a perdu « *sur un point de procédure* ». Pour un médecin spécialiste libéral, le RCM de 1998 prévoit que le choix du secteur d'exercice (si les critères de diplômes et d'expérience sont remplis) se fait soit au moment de la première installation, soit dans un délai d'un mois à partir de la réception du RCM pour les praticiens qui s'étaient « *installés pour la première fois entre le 7 juin 1980 et le 1er décembre 1989* ». Or « *le TASS a considéré que la CPAM avait l'obligation d'envoyer le RCM en lettre recommandée, ce qu'elle n'a pas fait* », explique Laurence Noisette, responsable du service contentieux à la caisse de Boulogne-sur-Mer.

Botte secrète

Ces jugements, annoncés fièrement par l'APOS2 comme des « *victoires* », font l'objet d'appels suspensifs. En réalité, la « *botte secrète* » de l'APOS2 est ailleurs. Me Dominique Ménard, l'un des deux avocats nantais qui travaillent pour cette association, ne cache pas que « *son immense victoire* » n'a été remportée ni à Nancy ni à Boulogne-sur-Mer, où les jugements sont « *sujets à recours* », mais à Tours. Le 8 juillet dernier en effet, le TASS de Tours « *a suivi la thèse* » de Me Ménard dans la mesure où le tribunal « *sursoit à statuer dans l'attente de la décision définitive de la juridiction administrative saisie du recours en annulation de l'arrêté du 13 novembre 1998 portant RCM* ». En clair, cela signifie que le TASS de Tours attend pour se prononcer un arrêt du Conseil d'Etat pour savoir si, oui ou non, le RCM de 1998 est entaché d'illégalité. Comme la décision du TASS de Tours n'a fait l'objet d'aucun appel dans un délai de deux mois, Me Ménard se prépare maintenant à saisir directement le Conseil d'Etat « *avant la fin de décembre* ». Cet avocat sait que le Conseil d'Etat ne devrait pas se prononcer avant un « *délai de 6-7 mois, voire un an* », mais il a au moins « *la certitude que la question de l'illégalité du RCM sera tranchée* ».

En attendant, Me Ménard et son confrère Me Jean-Edouard Robiou du Pont voyagent de plus en plus pour plaider devant les TASS. Valence, Longwy, Chartres, Pau, Nevers, Laval, Lons-le-Saulnier, Bordeaux, Lyon, Annecy, Bobigny, Limoges sont les prochaines étapes de leur tour de France. « *En gros, jusqu'à la fin de l'année, on sera dans des avions, des trains ou des voitures, vu le rythme de fixation des affaires* », raconte Me Robiou du Pont. Les avocats nantais ont chaque fois sous le bras un argumentaire bien rodé invoquant à la fois « *l'illégalité du RCM* », « *l'illégalité pour atteinte au principe de la liberté d'entreprendre* » et « *au droit de la concurrence* ». Devant la multiplication des audiences depuis la rentrée judiciaire de septembre, la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM) affiche sa sérénité, en réaffirmant que « *les textes du RCM sont clairs* » sur les conditions d'installation en secteur II. Son directeur, Daniel

Lenoir, a quand même envoyé le 18 septembre un argumentaire juridique prêt à l'emploi à l'ensemble du réseau de l'assurance-maladie.

En tout cas, les caisses ne sont peut-être pas au bout de leur peine, car l'APOS2, par la voix du Dr Leid, se dit « prête à aller jusqu'à la Cour européenne de justice » pour libérer ses médecins spécialistes de leur carcan tarifaire.

Agnès BOURGUIGNON

(1)APOS2: 16 rue du Général de Gaulle, 44210 PORNIC

Quotidien du Médecin du 02/10/2003

Après la canicule, le gouvernement donne de l'oxygène aux urgences

Réponse à la catastrophe sanitaire de l'été, le projet de rénovation des urgences de Jean-François Mattei prévoit de consacrer 489 millions d'euros sur cinq ans à la création de 10 000 postes (dont 900 postes de médecins) et à l'ouverture de 15 000 lits de soins de suite. Le ministre parle d'« un plan d'une ambition jamais égalée ». Pour n'être pas modeste, ce n'est pas totalement faux.

« J'ai décidé de prendre le problème à bras le corps et le plan que je (...) présente est un plan global pour toute la chaîne des urgences. » C'est « un plan d'une ambition jamais égalée ».

Jean-François Mattei se fait volontiers lyrique quand il s'agit de promouvoir son projet de rénovation des urgences. Un programme en forme de « réponse au drame de la canicule », « élaboré rapidement », le ministre de la Santé en convient, mais en rien bâclé puisque ce document s'appuie sur les travaux du groupe « urgences », en place à la DHOS (direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins) depuis près de trois ans.

Vont être débloqués 489 millions d'euros sur cinq ans, dont 150 millions dès 2004, soigneusement fléchés (voir tableau) vers les hôpitaux locaux, les SAMU et les SMUR, les personnels de remplacement, l'informatisation des services d'urgences... Cette manne va, entre autres, financer le renforcement des effectifs : 10 000 postes vont être créés d'ici à 2008. Et si le ministère reste flou, pour l'instant, sur leur répartition (« 10 % de postes médicaux, indique la DHOS, et 40 % de postes d'infirmiers »), des chiffres officiels mais plus précis circulent (900 médecins, 3 700 infirmiers, 4 700 personnels divers - brancardiers, secrétaires...). La nouvelle enveloppe doit également permettre la création de 15 000 lits de soins de suite et de réadaptation médicalisés.

Difficile de ne pas en convenir, le plan « Urgences » de Jean-François Mattei a du souffle, de l'envergure. Les moyens correspondant à chaque mesure sont affichés ; les opérations commencent dès l'an prochain. Le ministre ne se contente pas de survoler son sujet. Ainsi qu'il l'affirme lui-même, il intervient partout : « Depuis l'amont, avec l'importance si essentielle de l'échelon de premier recours au soin ; ensuite, la place et le fonctionnement des urgences au sein de l'hôpital ; jusqu'à l'aval des urgences, à l'hôpital, dans les services de soins de suite et jusqu'au retour à domicile. »

Effectifs renforcés

En amont, les innovations du plan « Urgences » sont la professionnalisation des métiers de la régulation médicale, et notamment celui de permanencier. Les effectifs de ces mêmes permanenciers vont être renforcés (100 postes créés) ainsi que ceux des praticiens hospitaliers (20 postes supplémentaires) dans les SAMU. Du côté des SMUR, c'est le nombre d'infirmières qui va être revu à la hausse (600 postes en trois ans). Le ministère donne par ailleurs un coup de pouce de 88 millions d'euros au développement des hôpitaux locaux, par transformation de centres hospitaliers ou de maisons de retraite publiques.

Aux urgences proprement dites, la création de la spécialité de médecine d'urgence via un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) est confirmée. Vingt-sept millions d'euros vont financer le renforcement des équipes d'accueil des services d'urgences ; les équipes logistiques s'étoffent elles aussi et

des crédits permettent de remplacer, si le besoin se fait sentir, les personnels absents. Des lits portes vont être installés là où ils font défaut.

Le ministre souhaite par ailleurs que les urgences deviennent « *l'affaire de tout l'hôpital* ». Dans ce but, il encourage les services les plus concernés, et notamment les services de médecine, à mettre en place des consultations non programmées. Il veut également que s'organisent des « *pôles de médecine polyvalente* ». Quatre millions d'euros sont destinés à l'installation d'un dispositif de veille sanitaire et un système d'information complet des urgences va être progressivement mis en place (coût de l'opération : trente millions d'euros).

Le ministre est enfin effectivement aux petits soins pour l'aval des urgences. Il organise les prises en charge en réseau de manière un peu autoritaire (un service d'urgences ne pourra être accrédité que s'il participe à un réseau regroupant l'hôpital, les libéraux, les établissements médico-sociaux). Dix millions d'euros vont être consacrés au développement des équipes mobiles gériatriques et, surtout, 15 000 lits de soins de suite médicalisés vont être créés. Pour atteindre 8 000 places d'ici à 2005, l'hospitalisation à domicile (HAD) va toucher une enveloppe de 66 millions d'euros.

Plus d'un milliard en tout

Décidément objet de toutes les attentions du ministre, les urgences sont donc dotées pour les cinq années à venir de plus de un milliard d'euros - dans le cadre d'Hôpital 2007, elles vont bénéficier de 674 millions d'euros d'investissement, permettant le financement de 194 chantiers. Ce n'est pas rien. A titre comparatif, la dotation encadrée de tout l'hôpital public en 2003 s'est élevée à quelque 47 milliards.

Les professionnels de l'urgences en particulier et de l'hôpital en général ne s'y trompent pas qui, dans l'ensemble, réservent plutôt un bon accueil à ce plan « Urgences ». Le SAMU de France le qualifie d'« *équilibré* » et trouve que la copie de Jean-François Mattei « *couvre, d'une façon cohérente et efficace, l'ensemble des questions liées aux urgences* ».

Pour leur propre domaine, les médecins des SAMU parlent d'« *avancées majeures et très attendues* » et citent les exemples de la reconnaissance du rôle des permanenciers, le renforcement des effectifs médicaux et la reconnaissance de la nécessité d'une régulation médicale unique centralisée associant urgentistes et généralistes.

Un tiers de mesures annoncées par Jean-François Mattei rend le Dr François Aubart, président de la CMH (Coordination médicale hospitalière), « *franchement content* ». La naissance de la spécialité de médecine d'urgence, la création des 10 000 nouveaux postes, « *l'accompagnement général des moyens, même s'ils ne sont sûrement pas toujours à la hauteur des besoins* »... tout cela fait dire au président de la CMH que le plan du ministre est « *assez complet, financé pour une fois* ».

A la tête du SUH (Syndicat des urgences hospitalières), le Dr Dominique Sebbe trouve lui aussi qu'il y a des bonnes choses dans ce plan « Urgences » - dans cette case, il range la constitution des réseaux, le développement de l'HAD, la création de la spécialité... Cela ne l'empêche pas d'être critique sur un certain nombre de points.

En effet, le Dr Sebbe a fait les comptes : un millier de postes de médecins alors qu'il existe 675 services d'urgences en France, cela fait « *moins d'1,5 poste par service* » ; 100 permanenciers quand il y a 100 SAMU et alors que les appels urgents de la médecine libérale vont être traités par les mêmes standards que ceux des SAMU, ça ne fait pas beaucoup. Pas plus que ne font nombre les 20 nouveaux praticiens hospitaliers prévus pour les services mobiles. « *Ce n'est pas très sérieux* », commente le président du SUH qui partage avec le Dr Aubart un autre sujet d'inquiétude : celui des 15 000 futurs lits de soins de suite. « *De quel chapeau ces lits vont-ils sortir, s'interroge le président de la CMH, et qui sont les soignants qui vont les accompagner ?* »

Dominique Sebbe renchérit : « *Ces lits vont-ils résulter de redéploiements, de transformations ? S'il s'agit, par exemple, de transformer des lits de chirurgie, nous y sommes formellement opposés. J'ajoute que pour faire fonctionner 15 000 lits, il faut au moins 1 000 médecins, 10 000 paramédicaux. Où sont-ils dans le plan ?* »

Présidente de l'INPH (Intersyndicat national des praticiens hospitaliers), le Dr Rachel Bocher se place, elle, sur un autre plan pour juger le plan « Urgences », et son point de vue est extrêmement critique. Elle se pose, tout d'abord, la question des moyens - « *S'agit-il d'un effet d'annonce ? Ces mesures vont-elles être réellement affectées ?* - et plonge dans le « désespoir » quand elle voit le ministère se livrer à un « *saucissonnage* » des problèmes de l'hôpital. « *On en viendrait, ironise-t-elle, à souhaiter une catastrophe sanitaire pour la psychiatrie, une catastrophe pour l'anesthésie... Quel sens cela a-t-il dans une vision*

globale de l'hôpital ? Comment cela s'articule-t-il avec Hôpital 2007 ? » Provocatrice, Rachel Bocher se demande si le plan de Jean-François Mattei n'a pas qu'un seul but : « *Faire taire Patrick Pelloux* », le président de l'AMUHF (Association des médecins urgentistes hospitaliers de France) par qui le scandale de la canicule est arrivé. Si tel est le cas, le ministre a raté sa cible. Car le Dr Pelloux n'est pas convaincu par les promesses de son ministre de tutelle. « *Nous sommes, dit-il, extrêmement méfiants (...). Ce n'est pas le premier plan. De nombreux rapports, de nombreuses mesures ont été annoncées au cours de ces dernières années, mais souvent les crédits sont détournés à d'autres fins. Donc nous attendons de voir.* »

Karine PIGANEAU

PLFSS 2004 : avis défavorable de la CNAM

Le conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance-maladie (Cnam) a émis un avis « *défavorable* » au projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2004. Il juge notamment qu'il n'est « *pas à la mesure de la situation financière de l'assurance-maladie* ».

Un verdict qui ne doit guère faire plaisir au gouvernement mais qui ne l'embarrassera guère, dans la mesure où son avis ne lui apporte aucune contrainte. Ce n'est d'ailleurs pas la première fois que la CNAM repousse le projet de loi de financement de la Sécurité sociale. En effet, si le conseil d'administration de la caisse avait approuvé le projet en 2002, il avait voté contre le texte que lui avait soumis le gouvernement d'alors en 2002.

Pour 2004, les « *expressions de chacune des délégations qui le composent ont conduit le conseil à émettre un avis général défavorable* », écrit la CNAM.

Les délégations CGT, FO, CFDT, CFTC, FNMF (Mutualité française) et les trois personnes qualifiées (17 voix sur un total de 22) ont émis un avis défavorable, la délégation UPA (patrons artisans, trois voix) émettant un avis favorable et la délégation CGC (deux voix) en prenant acte, a précisé la CNAM.

« *Au-delà et à l'unanimité* », le conseil a relevé notamment « *que seuls les patients ou les titulaires d'un contrat de couverture d'assurance-maladie complémentaire supporteront la charge des mesures envisagées pour l'assurance-maladie durant la phase de concertation ouverte par le gouvernement* ».

Le conseil a donc relevé que « *ces mesures, faute d'avoir une portée structurelle, ne sont pas à la mesure de la situation financière de l'assurance-maladie* » et que « *ce projet de loi ne permet pas à lui seul de cerner les projets gouvernementaux, compte tenu de l'importance de mesures incluses dans divers autres projets de loi (santé publique, décentralisation) et mesures réglementaires* ».

Quotidien du Médecin du 02/10/2003

Contre les déserts médicaux, la MSA défend le salariat

La Mutualité sociale agricole (MSA) propose de faciliter le salariat et les remplacements pour les médecins de campagne, afin de lutter contre la réticence des médecins à s'installer en milieu rural.

La caisse estime que le salariat est une solution dans la mesure où il est « *attractif pour les nouveaux installés et correspond à une forte demande des étudiants en médecine, leur permettant notamment d'adopter un exercice à temps partiel* ».

La MSA souhaite aussi que les étudiants en 6^e semestre de stage, qui peuvent remplacer un médecin dans son cabinet, soient financièrement encouragés à venir l'effectuer en milieu rural. La caisse se dit prête à « *accorder un forfait au médecin rural, lui permettant ainsi de mieux rémunérer son remplaçant* ».

Pour faciliter les déplacements, la MSA propose de verser un forfait aux médecins dont le nombre de visites à domicile est très supérieur à la moyenne, et de financer le déplacement des patients vers le médecin.

Enfin, pour parer à l'augmentation de la distance à parcourir entre le domicile et la pharmacie de garde, elle envisage « *d'engager une réflexion sur le développement de la propharmacie, c'est-à-dire de la délivrance de médicaments par les médecins consultants* ».

Quotidien du Médecin du 02/10/2003

Mattei veut débattre du sujet tabou de la liberté d'installation

A Ramatuelle, lors de la neuvième université d'été de la CSMF (« le Quotidien » du 1er octobre), Jean-François Mattei a appelé à un « *aggiornamento sur un certain nombre de sujets qui étaient considérés comme tabous (...)* », dont la liberté d'installation. Certes, le gouvernement privilégie pour l'instant une « *large panoplie de mesures incitatives* » pour éviter que ne se constituent des déserts sanitaires à la faveur du départ à la retraite de nombreux médecins dans les années à venir : exonération de la taxe professionnelle pour les professionnels de santé qui s'installent ou se regroupent en zone de revitalisation rurale à compter du 1er janvier 2004, développement des cabinets secondaires, aide financière à l'investissement pendant cinq ans dans les secteurs sous-médicalisés pour l'installation d'un médecin ou le regroupement de plusieurs praticiens...

Mais la question de la « *liberté totale d'exercice partout* » des médecins est désormais ouvertement posée par Jean-François Mattei. « *Nous ne pourrions pas nous affranchir d'une question essentielle : peut-il y avoir une totale liberté d'exercice partout sur le territoire, même dans les lieux où la surdensité médicale pose des problèmes aux médecins déjà installés ? Très franchement, je ne le crois pas et vous savez pourtant mon attachement aux principes de la médecine libérale* ». Sur ce dossier délicat, le ministre ne veut pas « *préjuger des solutions, qui devront être impérativement mûries dans une concertation effective* ». Mais le débat sera bel et bien ouvert. « *Même si nous augmentons considérablement le numerus clausus (...), nous ne garantirons plus ce qui est une valeur cruciale de notre système de protection sociale : un égal accès aux soins pour nos concitoyens* », a averti le ministre de la Santé.

Il ne s'agit pas de pénaliser les médecins en exercice, ou sur le point de s'installer, mais plutôt, selon Jean-François Mattei, de « *fixer un cap* ». « *Il faut des règles lisibles par ceux qui vont commencer aujourd'hui les études médicales* », a-t-il précisé. La plupart des syndicats de médecins installés sont déjà sensibilisés au débat sur la liberté d'installation et ont entamé une réflexion. Mais c'est avec les organisations représentatives des internes et des étudiants en médecine que la discussion devrait être particulièrement âpre.

C. D.

Quotidien du Médecin du 01/10/2003

Le plan «urgences», c'est du cinéma?

Les syndicats sont méfiants après les promesses ambitieuses de Mattei.

Par Sandrine CABUT

«Créer des lits, c'est bien, mais il faut avoir le personnel à mettre en face.» François Aubart, président de la CMH

«*Un plan d'une ambition jamais égalée*», selon le ministre de la Santé, Jean-François Mattei. «*Quelques mesurette et une politique de saucissonnage désespérante*», selon Rachel Bocher, présidente de l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers (INPH). Le plan «urgences», rendu public hier par le ministère, a été très diversement décrypté par les syndicats hospitaliers.

Envergure. Après la crise sanitaire et politique de l'été, Mattei devait frapper vite et fort pour montrer que le gouvernement avait tiré la leçon des 15 000 victimes de la canicule. Sur le papier, les mesures de son plan quinquennal semblent d'envergure. Le budget alloué est de 500 millions d'euros sur cinq ans, dont 150 millions dès 2004. Et les effectifs actuels devraient être progressivement renforcés par 10 000 postes équivalents temps plein ; dont 10 % pour des médecins et 40 % pour des infirmier(e)s. Ils seront répartis entre les services d'urgence proprement dits, les services d'amont et ceux d'aval. Car l'objectif de Jean-François Mattei est de mettre en place «*un plan global pour toute la chaîne des urgences*».

En amont, l'accent est surtout mis sur la permanence des soins. Le plan fait référence à deux décrets adoptés mi-septembre, permettant de mieux contrôler que les médecins libéraux prennent effectivement leurs gardes. Les Samu-Smur devraient eux hériter de 600 infirmières, 20 praticiens hospitaliers et 100 permanenciers supplémentaires. Au niveau des services d'urgences proprement dits, Jean-François Mattei fait aussi beaucoup de promesses. Exemples choisis : la reconnaissance de l'urgence comme véritable spécialité ; la création d'un système de veille sanitaire d'une «très forte réactivité» ; 900 millions d'euros d'investissements (prélevés sur le budget du plan «hôpital» 2007) pour les locaux et les équipements et, bien sûr, un gonflement conséquent des effectifs. Le système d'aval, souvent le noeud du problème des urgences, devrait lui être fortement dopé. Sont évoqués (plus ou moins précisément) un développement des lits de court séjour, des équipes mobiles de gériatrie, de l'hospitalisation à domicile et la création de 15 000 «lits de suite médicalisés».

«**Incendie**». C'est un plan «*équilibré*» avec des «*avancées majeures*» pour les urgences mobiles, a réagi le syndicat Samu de France. Réactions plutôt positives aussi chez François Aubart, président de la Coordination médicale hospitalière. Il salue notamment la reconnaissance de l'urgence comme spécialité médicale, maintes fois annoncée par Bernard Kouchner, mais jamais concrétisée. Mais il se dit plus inquiet sur les annonces concernant les moyens d'aval : «*Créer des lits, c'est bien, mais il faut avoir le personnel à mettre en face.*» Patrick Pelloux (Association des médecins urgentistes de France) se dit lui «*extrêmement méfiant*», échaudé par des annonces comparables avec finalement des crédits «*détournés à d'autres fins*».

Mais c'est du côté de l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers que les réactions sont les plus violentes. «*Mattei essaie d'éteindre l'incendie, mais ils sont où les financements de ses mesures ?*, s'emporte la présidente de l'INPH, Rachel Bocher. *J'attends une politique de santé globale et lisible. Là, c'est confus et saucissonné.*» Et de conclure : «*C'est un catalogue de bonnes intentions, mais les mesures intéressantes ont déjà été mises en oeuvre. Quant aux autres, elles sont irréalisables.*» Comme dénicher 10 000 professionnels de santé compétents dans un contexte déjà flagrant de pénurie en médecins et infirmières ?

Le Monde 2 octobre 2003

Jean-François Mattei se donne cinq ans pour sauver les urgences

Jean-François Mattei a présenté, mardi 30 septembre, son plan de REVALORISATION des services d'urgence hospitalière. Avec 10 500 postes et 15 000 lits de sortie créés pour un budget de près de 500 millions d'euros sur cinq ans, ce programme est "d'une ambition jamais égalée", a assuré le ministre de la santé. Rendant hommage à l'action des urgentistes pendant la CANICULE, il a exprimé sa volonté d'agir sur toute la chaîne des urgences : dans les services, donc, mais aussi EN AMONT, grâce à la réorganisation des gardes des médecins libéraux et la création de maisons médicales, et en aval par la création de lits de gériatrie dans tous les hôpitaux. La CGT-Santé et l'Association des médecins urgentistes se montrent DÉÇUES, la Coordination médicale hospitalière salue des mesures qui vont "dans le bon sens".

LA CANICULE est passée par là, et la grippe menace à l'approche de l'hiver. C'est en évoquant ces deux crises sanitaires, l'une qui a fait près de 15 000 morts, l'autre susceptible d'être également meurtrière, que le ministre de la santé, Jean-François Mattei, a présenté mardi 30 septembre son plan Urgences. "D'une ambition jamais égalée", selon lui, ce plan de 24 mesures sera doté de 489 millions d'euros sur cinq ans, dont 150 millions pour 2004. Il prévoit la création de 10 500 postes, dont 10 % de médecins et 40 % d'infirmiers, sur cinq ans, et de 15 000 lits de sortie d'urgence.

Rendant un hommage appuyé aux urgentistes pour leur dévouement pendant la canicule, le ministre a souhaité agir sur "toute la chaîne des urgences" : l'amont - la permanence des soins des médecins libéraux -, les urgences à l'hôpital et l'aval, des services de soins de suite jusqu'au retour à domicile.

En amont des urgences, la permanence des soins est une "obligation médicale", a d'abord rappelé M. Mattei. A ce sujet, il a évoqué les deux décrets du 15 septembre 2003, qui organisent un système basé sur le

volontariat des médecins libéraux. Le conseil de l'ordre a la charge de combler les manques, le préfet n'intervenant qu'en cas de carence.

Parallèlement, M. Mattei a précisé que *"tout sera fait pour poursuivre le développement"* des maisons médicales, dans lesquelles les médecins libéraux effectuent des vacations afin de désengorger les urgences : 34 fonctionnent en France et 80 projets sont recensés d'ici à 2005.

Les décrets du 15 septembre 2003 visent également à améliorer la coordination ville-hôpital à travers une instance commune et une régulation unique par les centres 15. Les permanenciers de ces centres bénéficieraient d'une formation continue et d'une reconnaissance financière. 2 millions d'euros en 2004 sont prévus pour eux.

Cent permanenciers (soit une augmentation de 10 % des effectifs) et 20 praticiens hospitaliers viendront renforcer les équipes des SAMU (service d'aide médicale d'urgence, où parviennent les appels). Les SMUR (service médical d'urgence et de réanimation, qui se déplacent) seront consolidés, avec 600 infirmières de plus sur trois ans. Enfin, toujours pour améliorer l'amont des urgences, le plan intègre des incitations à l'installation des médecins libéraux dans les zones où ils font défaut et entend développer des hôpitaux locaux.

UN DIPLÔME SPÉCIALISÉ

Optimiser l'accueil aux urgences est l'objectif du deuxième volet du triptyque présenté par le ministre. *"Les urgences sont une mission essentielle de l'hôpital"*, a expliqué M. Mattei en insistant sur le *"projet collectif de prise en charge des urgences et du partage entre activités programmées et non programmées"*. Ainsi, *"dès la rentrée 2004"* sera créé un *"diplôme d'études spécialisées complémentaires de médecine d'urgence"*, confirmant ainsi la reconnaissance de la médecine d'urgence comme une spécialité à part entière, annoncée par Bernard Kouchner en avril 2002.

En 2004, 18 millions d'euros permettront de renforcer les *"équipes d'accueil comportant un médecin senior, un infirmier organisateur et un travailleur social"*. Des zones de soins de courte durée (*"lits portes"*) seront créées dans les services d'urgences qui en sont dépourvus. De même, le plan dédie 14 millions d'euros en 2004 au renforcement des équipes grâce au remplacement des personnels absents ou au paiement des heures supplémentaires.

"Nous passons trente minutes pour nous occuper d'un malade et trois heures pour lui trouver un lit." En rapportant ce propos d'un urgentiste, M. Mattei évoquait le problème endémique de l'engorgement des urgences. Pour tenter de le résoudre, le plan s'appuie sur le développement des réseaux ville-hôpital. L'engagement dans un réseau sera ainsi une condition de l'accréditation des services d'accueil des urgences.

DES LITS GÉRIATRIQUES

Enfin, plusieurs mesures visent à accroître les capacités d'hospitalisation en aval des urgences. Tout d'abord, des lits de court séjour devront être dédiés spécifiquement aux personnes âgées. Parmi les 207 établissements dotés d'un service d'accueil des urgences, 117 devront en posséder à la fin 2003. Les autres devront s'en doter avant la fin 2004. Dans le même esprit, les équipes mobiles de gériatrie seront développées. Plus largement, le ministre espère résorber en cinq ans le déficit de 15 000 lits de soins de suite. L'objectif de 8 000 places d'hospitalisation à domicile est fixé pour 2005.

Le plan a été qualifié d'*"insuffisant"* par la CGT-Santé, qui a estimé qu'il *"ne permettra pas d'éviter que la catastrophe se reproduise"*. L'accueil a été moins négatif auprès de la Coordination médicale hospitalière, qui a estimé que le plan *"allait dans le bon sens"*, ou du syndicat SAMU de France, qui a souligné des *"avancées majeures"*. Président de l'Association hospitalière des médecins urgentistes, le docteur Patrick Pelloux s'est montré circonspect, regrettant à la fois que *"le plan ne concerne pas seulement les urgences"* et qu'il *"n'évoque jamais la question du service d'urgences des pompiers, soumis à une régulation parallèle à celle des services hospitaliers, au lieu d'être commune"*.

Paul Benkimoun

**SYLVIANE DULIOUST, chef des urgences au centre hospitalier de La Rochelle
"Il faut sortir de l'hospitalo-centrisme"**

En tant que chef du service des urgences et du SAMU au centre hospitalier de La Rochelle (Charente-Maritime), quel regard portez-vous sur les urgences ?

Nous fonctionnons avec un système archaïque, qui n'a pas évolué assez vite. Le terme "urgences" est totalement dépassé. Il désigne à la fois l'urgence grave, vitale, et l'urgence ressentie lorsque quelqu'un vient à l'hôpital pour le moindre bobo. Il faudrait abandonner le mot urgences, et ne plus parler pour les soins que de programmé et de non-programmé.

L'hôpital pense son activité en termes de rendement, mais il n'existe pas ou peu de réflexion sur le coût, l'efficacité et les ressources nécessaires pour le non-programmé. Le non-programmé combine les questions de santé et de soins, des aspects sociaux et psychiatriques, ce qui le rend encore moins analysable au moyen des outils utilisés pour le reste de l'activité hospitalière.

Certains urgentistes se plaignent que leurs services soient encombrés par la "bobologie", autrement dit, par des personnes venues sans problème médical majeur. Partagez-vous leur sentiment ?

La "bobologie", c'est précisément à l'hôpital de s'en occuper, parce qu'il possède un plateau technique, qu'il a ses contraintes de qualité. L'enfant qui doit se faire poser trois points de suture parce qu'il s'est coupé doit venir aux urgences. En revanche, je suis choquée de voir dans un service d'urgences une personne âgée sur un brancard, alors qu'on aurait dû la maintenir chez elle autant que possible.

Précisément, le drame de la canicule en août a mis en lumière les carences de la prise en charge des personnes âgées. Quelles leçons faut-il en tirer ?

Nous avons deux millions de personnes âgées de plus de 85 ans. C'est un progrès social, mais le système de soins est inadapté, car les hôpitaux possèdent peu de lits de soins de suite et les personnes âgées ont besoin d'une prise en charge. Notre société "fait du vieux" sans assurer le service après-vente. Il faut laisser les personnes âgées près de chez elles, en coordination avec le médecin généraliste, l'hôpital local, l'hôpital de jour et le transporteur sanitaire. L'important, c'est la proximité. C'est une question d'aménagement du territoire.

Il en va de même pour la psychiatrie, où il faut réinvestir les centres médico-psychologiques qui ont été désertés.

Comment concevez-vous les rôles respectifs de l'hôpital public et du secteur privé ?

Cela renvoie notamment à la question de la permanence des soins. Qui fait quoi ? Quelle est la place des libéraux ? Le maître mot est la régulation. La meilleure solution est de disposer d'un SAMU régional, doté de moyens suffisants, qui puisse réguler les différentes filières existantes. Il orienterait selon les cas vers le public ou le privé, le maintien à domicile ou l'hospitalisation... Cela fait dix ans que l'on parle de l'amont, de l'hôpital, et de l'aval des urgences. Il faut aller plus loin, avec des filières pour les personnes âgées, qui leur éviteraient de venir dix fois par an aux urgences, parce qu'elles sont diabétiques ou qu'elles ont un cancer.

Le système fonctionnerait mieux si le médecin généraliste qui les suit obtenait qu'elles soient vues sans délai dans une consultation express assurée par un spécialiste, dans le public ou le privé, où leurs besoins seraient évalués. Il faut sortir de l'hospitalo-centrisme.

Mises en avant dans le plan Urgences de M. Mattei, les maisons médicales vous semblent-elles utiles pour désengorger les urgences ?

Je ne le crois pas. Elles constituent simplement un autre outil pour les soins de proximité. Elles rendront surtout un service à la pédiatrie, qui est une spécialité sinistrée.

Propos recueillis par P. Be.

A Roubaix, la maison de santé soulage l'hôpital d'un public en mal de soins reportage "Un tiers des patients repartent d'ici sans même une ordonnance"

ROUBAIX *de notre correspondant régional*

Le bâtiment, ancienne maison de maître aux boiseries sombres, est cosu et austère. Le hall monumental fait office de salle d'attente, une pièce sert aux réunions, une autre, meublée d'un bureau, d'une table d'auscultation et de quelques appareils médicaux, ressemble au cabinet de n'importe quel praticien en ville. Juste en face, de l'autre côté du boulevard Lacordaire, les urgences du centre hospitalier de Roubaix frôlent l'apoplexie. Vu d'ici, on a du mal à croire qu'à elle seule la présence de ces trois pièces a fait baisser de 20 % la fréquentation des urgences aux heures de pointe, en soirée.

Les promoteurs de la maison de santé de Roubaix restent modestes, en dépit de cet étonnant succès. *"Nous nous sommes contentés de répondre à une problématique partagée par trois partenaires"*, souligne François Maury, le directeur du centre hospitalier. Le nombre des admissions aux urgences de son établissement est passé de 41 000 en 1997 à 60 000 en 2002. Environ 30 % des personnes qui s'y présentent sont en situation de précarité et en ressortent, pour les deux tiers, après une simple consultation médicale ou psychiatrique.

Dans certains quartiers, le recours aux urgences est devenu un réflexe, même pour une simple consultation. Face à cette situation, l'inquiétude des responsables hospitaliers a fini par rencontrer celle des médecins libéraux, qui voyaient fondre leur clientèle, et celle des services sociaux, désireux d'améliorer la situation sanitaire des populations démunies.

Créée à titre expérimental le 30 décembre 1999 par un arrêté de Martine Aubry, alors ministre des affaires sociales, la maison de santé de Roubaix tente d'y répondre. Un médecin libéral, une infirmière, une assistante sociale et un agent d'accueil reçoivent gratuitement les patients chaque jour, de 18 heures à 23 heures, sauf les samedis et les dimanches.

L'agent d'accueil et l'infirmière sont fournis par l'hôpital, les travailleurs sociaux par la ville, et le médecin payé par la Sécurité sociale (35 praticiens sur la centaine que compte Roubaix sont volontaires pour s'y relayer). Installée à l'origine dans un quartier défavorisé, la maison de santé a commencé par végéter pendant dix mois. Le décollage n'est intervenu qu'après son déménagement, en face du centre hospitalier. *"Au début, nous ne recevions que les gens qui nous étaient envoyés par les urgentistes, reconnaît Philippe Lauwick, médecin coordinateur de la structure. Aujourd'hui, la moitié de nos patients viennent nous voir spontanément."*

TRAVAILLER EN VOISINS

L'établissement roubaisien a, d'abord, un rôle pédagogique. *"Il s'agit de convaincre les gens de se choisir un médecin de famille et de le consulter régulièrement"*, souligne M. Lauwick. *Un tiers d'entre eux repartent d'ici sans même une ordonnance. On les a rassurés, on leur a expliqué qu'ils pouvaient attendre le lendemain pour voir un médecin de quartier."* Avec 14 consultations par soir en moyenne, l'équipe a davantage de temps à consacrer à ces explications qu'un généraliste en consultation, et infiniment plus que les confrères hospitaliers, débordés.

A force de se côtoyer en voisins, tous ont appris à travailler ensemble. *"Nos mentalités respectives ont changé. Libéraux et urgentistes n'hésitent plus à se téléphoner pour un conseil"*, affirme Philippe Lauwick.

"L'hôpital a acquis une vision totalement différente de son rôle et de son action sur le territoire, renchérit François Maury. Nous avons désormais des projets communs dans des domaines comme l'éducation à l'alimentation et le saturnisme." L'expérience devrait être pérennisée et étendue avec, notamment, une prise en charge du service de garde (qui existe toujours) jusqu'à minuit par la maison de santé. Tout le monde est demandeur, le financement est là. Reste à trouver un cadre juridique qui permette aux médecins libéraux de continuer à être "salariés", et non payés à l'acte, pour les vacations qu'ils assurent à la maison de santé. Ils y tiennent. Pour préserver des relations claires, sans arrière-pensée, avec les urgentistes.

Jean-Paul Dufour

Le Monde 3 octobre 2003

Fonctionnaires : un front syndical uni sur les salaires

Dans une lettre ouverte au ministre de la fonction publique, Jean-Paul Delevoye, les syndicats de fonctionnaires *"exigent l'ouverture immédiate de négociations salariales"*. Les sept fédérations (CGT, CFDT, FO, UNSA, FSU, CFTC et CFE-CGC), qui s'étaient divisées sur la réforme des retraites, revendiquent d'une même voix le *"rattrapage"* de la perte du pouvoir d'achat subie par les fonctionnaires depuis 2000, qu'elles estiment à 3,6 %. Elles réclament également *"des mesures pour 2004 permettant le maintien et la progression du pouvoir d'achat des personnels actifs et retraités"*. Lorsqu'il a reçu les syndicats, à la mi-septembre, M. Delevoye leur avait annoncé qu'une décision sur la revalorisation des traitements serait prise à la mi-novembre et confirmé son intention de refondre la politique de rémunération de la fonction publique en y introduisant la notion de mérite.

dépêches

BUDGET : le déficit budgétaire pour l'année 2002, exercice à cheval sur deux majorités, a finalement atteint 49,987 milliards d'euros, soit 17 milliards de plus qu'en 2001, selon le projet de loi portant règlement définitif du budget de 2002 adopté dans la nuit du 1er au 2 octobre à l'Assemblée nationale. Le déficit prévu dans la loi de finances initiale était de 32,4 milliards et de 46,9 milliards dans la loi de finances rectificative. Les dépenses ont progressé de 5,4 % et les recettes ont reculé de 1,5 %.

RMI : le président (PS) du conseil général de Meurthe-et-Moselle, Michel Dinet, a écrit au premier ministre pour lui demander de reporter le transfert aux départements de la gestion du revenu minimum d'insertion, prévu pour le 1er janvier 2004. Il juge le *"calendrier précipité"*.

GAUCHE : Noël Mamère lance un appel aux parlementaires *"de toute la gauche"* pour qu'ils présentent *"un front uni contre la régression sociale"*. Le député Vert de Gironde a répété, mercredi 1er octobre, sur France Inter, cette proposition formulée la veille, à Lille, lors de la journée parlementaire des Verts. *"Si l'ensemble de la gauche n'est pas capable de faire des propositions d'ordre économique et social pour changer la donne, a estimé M. Mamère, les Français ne l'entendront pas."*

ASSEMBLÉE NATIONALE : le député PS de **Saône-et-Loire, Arnaud Montebourg**, devra attendre le 14 octobre pour obtenir le renouvellement de son mandat de vice-président de la commission des lois. De nombreux députés de la majorité membres de cette commission ont préféré apporter leurs suffrages à Patrick Braouezec (PCF, Seine-Saint-Denis), mais ce dernier a aussitôt démissionné, refusant *"d'être élu avec les voix de droite"*. M. Montebourg sera *"réélu"* à la prochaine réunion de la commission des lois, a déclaré son président, Pascal Clément (UMP, Loire).

EUTHANASIE : le sénateur socialiste des Hauts-de-Seine, Robert Badinter, s'est déclaré, jeudi 2 octobre sur RTL, hostile à une législation sur l'euthanasie.

M. Mattei renforce le rôle de l'Etat en matière de santé publique

L'Assemblée nationale examine, à partir du 2 octobre, le projet de loi présenté par le ministre de la santé. Avec des objectifs fixés au niveau national et une nouvelle organisation administrative, il vise à remédier aux fortes inégalités, régionales et sociales, devant la santé

Alors que la France a connu, pendant la canicule de l'été, une catastrophe sanitaire sans précédent, l'Assemblée nationale devait examiner, à partir du jeudi 2 octobre, le PROJET DE LOI relatif à la politique de santé publique présenté par Jean-François Mattei. Ce texte inscrit pour la première fois dans la loi des OBJECTIFS SANITAIRES quantifiables et évaluables tous les cinq ans. Il s'agit, au travers d'une nouvelle organisation administrative, de remédier aux fortes inégalités de santé dans le pays. CINQ AXES PRIORITAIRES sont dressés, parmi lesquels la lutte contre le cancer. Bon

exemple de l'implication réussie de l'Etat : le programme de DÉPISTAGE DU CANCER du sein, qui vise à réduire la mortalité de cette maladie, qui touche 42 000 femmes par an et en tue 11 000, propose et finance des mammographies régulières pour toutes les femmes de 50 à 74 ans.

Diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 %, abaisser la prévalence du tabagisme de 33 % à 25 % chez les hommes, réduire de 20 % le nombre d'obèses dans la population adulte... Un siècle après la première grande loi hygiéniste de 1902 et alors que la France vient de connaître, avec la canicule, une catastrophe sanitaire sans précédent, l'Assemblée nationale devait examiner, à partir de jeudi 2 octobre, le projet de loi relatif à la *"politique de santé publique"* présenté par Jean-François Mattei.

"Priorité des priorités" pour le ministre de la santé, ce texte inscrit pour la première fois dans la loi des objectifs sanitaires quantifiables, et évaluables dans les cinq ans. Il s'agit, au travers d'une nouvelle organisation administrative, de remédier aux fortes inégalités de santé. En ce sens, le projet de loi, qui réaffirme la responsabilité de l'Etat dans les politiques de santé, est paradoxalement à rebours de l'esprit décentralisateur qui anime le gouvernement.

Si le système de santé français est, pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2000, le plus performant du monde, ce palmarès cache une réalité moins glorieuse en termes de santé publique. Le pays est en effet marqué par un haut niveau de mortalité prématurée (les décès avant l'âge de 65 ans) : avec 100 000 décès touchant les moins de 65 ans en 1998, essentiellement des hommes, la France se situe bien au-dessus de ses voisins. Cette surmortalité est liée à des facteurs évitables : la France connaît ainsi la consommation d'alcool par habitant la plus forte de l'Union européenne, un usage de tabac et de drogues chez les jeunes particulièrement élevé, un taux inquiétant de pathologies psychiatriques et de mortalité par cancer qui le place au premier rang des pays européens.

FORTES DISPARITÉS

Par ailleurs, si le pays consacre 9,1 % de sa richesse nationale aux dépenses de santé, il n'en souffre pas moins de fortes disparités entre sexes, régions et catégories socioprofessionnelles. Selon une étude de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) de 2000, les inégalités sociales devant la santé, loin de se réduire, auraient eu tendance à se creuser entre 1975 et 1995. L'écart d'espérance de vie est ainsi de 7,5 ans entre les femmes et les hommes (82,7 ans, contre 75,2 ans) ; celui entre un homme résidant en Midi-Pyrénées et un homme du Nord - Pas-de-Calais est de 5 ans (76 ans, contre 71) ; enfin, la mortalité prématurée des ouvriers est trois fois supérieure à celle des cadres et des membres de profession libérale. Ces différences sont notamment dues aux inégalités d'accès aux soins.

Face à ces réalités, le système de santé français apparaît cloisonné et désorganisé, reposant largement sur les acteurs locaux. Aux côtés de l'Etat et des caisses d'assurance-maladie, coexiste en effet une myriade de structures : observatoires régionaux de la santé, comités départementaux d'éducation pour la santé, multiples associations spécialisées... C'est pour remédier à cette dispersion, qui génère de grandes disparités dans les politiques régionales de santé, que le gouvernement a choisi de réaffirmer la primauté de l'Etat. *"Il est temps de donner à la santé publique la visibilité et la place qui lui reviennent dans le débat national, et de l'intégrer pleinement dans le processus de décision politique"*, lit-on dans l'exposé des motifs du projet de loi de M. Mattei.

Le texte prévoit donc une architecture garantissant à l'Etat les moyens d'agir sur le territoire. Elaborés par le gouvernement, les objectifs nationaux seront déclinés au niveau régional par le préfet, en lien avec la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass). Le représentant de l'Etat pourra s'appuyer sur un organe de consultation réunissant les acteurs locaux de la santé (la conférence régionale de santé publique) et un organe de mise en œuvre des programmes regroupant les financeurs, dont l'assurance-maladie (le groupement régional de santé publique).

Ce montage administratif est conçu comme une première étape dans la mise en place de futures agences régionales de santé (ARS). Promesse de campagne des candidats Jacques Chirac et Lionel Jospin, les ARS devraient être le pendant sanitaire des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), qui coordonnent, depuis 1997, l'action hospitalière dans les régions.

Alors que la santé a toujours été abordée sous son aspect financier, au travers du financement de la Sécurité sociale ou de l'adoption, par le Parlement, de l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie (Ondam), le texte de M. Mattei fixe pour la première fois dans la loi des objectifs nationaux de santé publique.

DOUTES SUR LA MISE EN ŒUVRE

Une centaine de thématiques ont ainsi été regroupées dans cinq axes prioritaires, qui feront l'objet d'une évaluation tous les cinq ans, soumise au Parlement : lutte contre le cancer ; limitation de l'impact de la violence, des comportements à risque et des conduites conduisant à une dépendance ; prévention des risques liés à l'environnement, incluant la santé au travail ; prise en charge des maladies rares, qui concernent 5 % de la population ; amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Enfin, le projet de loi prévoit la création d'une Ecole des hautes études en santé publique, pour promouvoir la culture de la santé publique en France.

Le projet de loi, qui devrait être discuté par l'Assemblée jusqu'au 9 octobre, ne fait pas l'unanimité, même dans la majorité. Ambitieuse, la loi n'est dotée d'aucun plan de financement, ce qui jette un doute sur la réalité de sa mise en œuvre. Le Parti socialiste critique son aspect centralisateur, en dénonçant une *"étatistation larvée"*. *"C'est une loi Gosplan, à la soviétique"* affirme Jean-Marie Le Guen (PS, Paris), tandis que l'ancien ministre de la santé, Claude Evin (Loire-Atlantique), parle d'une *"organisation qui renforcera le cloisonnement des acteurs de santé"*.

L'UDF a également qualifié de *"grave erreur"* la reprise en main de l'Etat et regretté, par la voix de son député Jean-Luc Prével (Vendée), *"la marginalisation des associations de terrain"*. L'ancien ministre de la santé du gouvernement Jospin, Bernard Kouchner, affirme, lui, que le texte de M. Mattei, loin de l'esprit de la loi qu'il a fait adopter, en mars 2002, *"oublie d'associer les usagers de santé et les malades à l'élaboration des politiques de santé publique"*.

Cécile Prieur

Les leçons de la canicule

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté, mercredi 1er octobre, une dizaine d'amendements au projet de loi santé publique, dont le contenu prolonge les conclusions de la mission parlementaire d'information sur la canicule, rendues publiques le 24 septembre. Certains amendements ont été rédigés par le gouvernement lui-même. Il s'agit par exemple de recadrer les missions de l'Institut de veille sanitaire (INVS), qui devra contribuer à l'alerte, la gestion des crises sanitaires et la transmission de ces alertes directement au ministre de la santé.

D'autres amendements visent à consacrer par la loi le dispositif plan blanc (mobilisation des différentes composantes du système de santé), ou à imposer l'informatisation des certificats de décès. La commission des affaires sociales a elle-même introduit des amendements pour inclure la prise en compte des personnes les plus démunies et vulnérables dans les missions de futurs groupements régionaux de santé publique, ou imposer aux communes de plus de 5 000 habitants d'établir un plan local de solidarité face aux risques sanitaires.

Jusqu'au sida et à la vache folle, la prévention a longtemps été négligée

"prévenir plutôt que guérir". La France aurait-elle trop longtemps oublié cet adage ? La seule grande loi relative à la santé publique remonte à 1902. Alors que, dans d'autres pays européens, les premières législations sur l'hygiène publique sont prises dès 1850, le *"pays de Pasteur"* attend le début du XXe siècle pour rendre obligatoire la vaccination antivariolique, établir la liste des maladies transmissibles et obliger les communes à promulguer un règlement sanitaire.

Cette approche hygiéniste et préventive va peu à peu être occultée par le développement des techniques de soins, l'essor de la médecine curative et la mise en place des régimes d'assurance-maladie. Parce que la médecine soigne de mieux en mieux, la santé publique passe au second plan. Les avancées thérapeutiques et la question du financement du système de soins deviennent les principaux sujets institutionnels et médiatiques dans un pays où prévaut une vision très individualiste de la santé et où *"le pouvoir médical est très fort"*, souligne Alfred Spira, professeur de santé publique. *"Il suffit de regarder la nomenclature des actes médicaux pour constater que seul le curatif est rémunéré, par le préventif"*, souligne-t-il.

La survenue du sida, dans les années 1980, constitue un tournant pour la santé publique et pour l'émergence des associations de malades. Cette nouvelle maladie transmissible nécessite une information sanitaire, accompagnée d'une véritable prévention nationale pour enrayer l'épidémie. *"Avant le sida, l'horizon était celui de la fin des maladies infectieuses. Le VIH a été le premier gros tremblement de terre"*, considère l'historien et démographe Patrice Bourdelet, spécialiste des politiques de santé publique. *"Il faut toujours une catastrophe pour que la France avance en santé publique"*, souligne un spécialiste au ministère de la santé.

"RÉINVESTISSEMENT" DE L'ÉTAT

La crise de la "vache folle", la prise de conscience de l'impact sur la santé des facteurs environnementaux (comme la pollution) et comportementaux (obésité, consommation de psychotropes...), mais aussi la persistance des infections nosocomiales, la résistance aux antibiotiques et enfin le poids croissant des dépenses de santé sont autant de phénomènes qui soulignent la nécessité de développer une politique de prévention et d'éducation à la santé.

Parce que les crises sanitaires mettent en évidence un déficit d'expertise, une modernisation du système de veille et de sécurité sanitaire est engagée à la fin des années 1990, avec la création, en 1998, de grandes agences de sécurité des produits alimentaires (Afssa), des produits de santé (Afssaps) ainsi que l'Institut de veille sanitaire (INVS). Enfin, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades crée l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes).

Pour Patrice Bourdelet, le *"réinvestissement"* actuel de l'Etat dans le secteur de la santé publique *"est lié à une très forte demande de la population d'être protégée"*. *"Le sida, le sang contaminé, le SRAS, la canicule ont montré que la préservation de la vie était un enjeu essentiel de la politique et un gain en légitimité pour les responsables politiques à chaque fois qu'ils s'en occupent."*

Sandrine Blanchard

Volontarisme affiché pour le programme de dépistage du cancer du sein

Dans le Rhône ou en Gironde : une campagne aux résultats contrastés, selon le degré d'engagement des acteurs locaux

Dans l'esprit du ministère de la santé, c'est l'exemple même d'une implication réussie de l'Etat dans une action de santé publique. Après des années de promesses ministérielles, le "programme national de dépistage systématique du cancer du sein", lancé en 1994, devient enfin une réalité. Confié à l'origine aux départements, le dépistage de cette maladie féminine a longtemps été très inégalement organisé sur le territoire. Il aura fallu le "plan cancer", présenté par Jacques Chirac en mars 2003, et le budget qui y est associé, pour relancer et tenir l'engagement de "généraliser" le dépistage du cancer du sein : dès 2004, toutes les femmes de 50 à 74 ans se verront proposer, tous les deux ans, une mammographie prise en charge à 100 % par l'assurance-maladie.

Le programme national, qui se donne pour objectif de toucher 80 % des femmes d'ici à 2008, vise à réduire la mortalité causée par le cancer du sein. Avec 42 000 nouveaux cas en 2000, contre 35 000 en 1995, cette

pathologie reste le premier cancer féminin, loin devant celui du côlon-rectum (17 000 cas) et de l'utérus (5 000). Si l'incidence de la maladie ne cesse de progresser depuis vingt ans, le nombre de décès, lui, reste stable avec 11 000 cas annuels. Cette dernière donnée est *"à mettre en parallèle avec l'amélioration de l'efficacité thérapeutique et le dépistage, qui entraîne un pronostic plus favorable"*, souligne l'Institut de veille sanitaire (INVS).

Pendant des années, la mise en place du dépistage des cancers a été soumise à la bonne volonté des acteurs locaux. Dès la fin des années 1980, le Rhône a été l'un des dix premiers départements à mettre en place un programme pour le cancer du sein. *"En 1985, lors de la première vague de décentralisation, une concertation a été engagée avec des experts pour identifier quelle action pertinente nous pouvions engager en faveur de la prévention des cancers"*, se souvient le docteur Claude Ducos, médecin de santé publique au conseil général du Rhône. *"Notre démarche était de répondre à une nouvelle compétence avec des méthodes de santé publique"*, ajoute-t-elle.

SIX FEMMES SUR MILLE

Après une première action pilote menée à Lyon sur 10 000 femmes, le projet a été étendu, en 1991, à tout le département. *"Il a fallu surmonter les difficultés d'organisation et l'incrédulité de certains partenaires"*, reconnaît le docteur Ducos.

Depuis 1996, l'Association pour le dépistage des maladies du sein (Adema 69) organise le dépistage, financé par le conseil général et la caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM). Composé de représentants du département, de l'assurance-maladie et de médecins (radiologues, généralistes, gynécologues), Adema 69 contacte systématiquement toutes les femmes de 50 à 74 ans grâce aux registres des CPAM. *"Sur mille femmes dépistées, six apprennent qu'elles ont un cancer"*, indique le docteur Isabelle Courtial, directrice d'Adema 69, qui regrette que, malgré les campagnes de communication, le taux de participation ne dépasse pas 50 %.

Loin de ce département pionnier, la majorité des conseils généraux ont traîné à organiser le dépistage. C'est le cas de la Gironde, qui a attendu l'impulsion de l'Etat pour créer une structure de gestion, l'Association girondine pour le dépistage des cancers (Agideca), qui sera opérationnelle à la fin du mois. Dans ce département, ce sont les traditions locales qui expliquent le retard pris dans la mise en place du dépistage. *"En Aquitaine, le choix avait été fait de se concentrer sur le cancer du côlon, au détriment du cancer du sein"*, explique le docteur Marie-Hélène Dilhuydy, présidente de l'Agideca et membre du comité de pilotage national pour le dépistage. Or ce programme s'est soldé par un échec et les professionnels sont devenus réticents à se lancer dans une nouvelle action. La Gironde bénéficiait par ailleurs d'une bonne tradition de dépistage sur initiative individuelle, organisé par les gynécologues et les radiologues-sénologues - spécialistes du sein-, qui estimaient satisfaire au besoin de santé publique."

Afin de répondre aux réticences des professionnels, l'Etat a mis en place, entre 2000 et 2003, un cahier des charges plus rigoureux : les femmes se verront ainsi proposer 4 clichés par examen tous les deux ans, contre 2 tous les ans dans le précédent programme. Surtout, le ministère de la santé s'est engagé activement, dès la fin 2002, dans la promotion du dépistage. Proposant aux départements des projets de convention-type, l'Etat s'est substitué financièrement aux conseils généraux récalcitrants, contournant ainsi les derniers blocages. En quelques mois, la montée en charge a donc été très rapide : 69 départements étaient opérationnels fin septembre, contre 37 fin 2002. Et le ministère escompte que, conformément à la promesse de Jean-François Mattei, l'ensemble du territoire sera couvert avant le début 2004.

S. Bl. et C. Pr.

Quotidien du médecin du 3 octobre 2003

Chirac prend le pouls des médecins et des professionnels de santé

Cette année encore, Jacques Chirac s'apprête à recevoir une délégation du Centre national des professions de santé (CNPS). Lors de ce déjeuner, qui aura lieu lundi prochain, les représentants des professionnels de santé libéraux pourront discuter avec le chef de l'Etat des axes de la prochaine réforme de l'assurance-maladie.

Pour la cinquième fois, Jacques Chirac invite à déjeuner lundi une délégation du Centre national des professions de santé (CNPS). Elle sera composée de dix-sept personnes, dont les principaux dirigeants des syndicats de professionnels de santé libéraux. « *C'est un déjeuner presque traditionnel : il a lieu tous les ans à des dates différentes* », commente le Dr Jacques Reignault, président du CNPS.

Le dernier déjeuner des dirigeants du CNPS à l'Élysée avait eu lieu en février 2002, au moment des Assises nationales de cette organisation. Depuis que Jacques Chirac a été réélu, son intérêt pour le secteur de la santé n'a pas faibli, au contraire, d'autant qu'il a nommé à des postes clés des experts en la matière, tels Philippe Bas (secrétaire général de l'Élysée, qui fut conseiller de Simone Veil et de Jacques Barrot) et Frédéric Salat-Baroux (secrétaire général adjoint de l'Élysée et auparavant conseiller social).

En accord avec Marie-Claire Carrère-Gée, la conseillère technique du président sur les Affaires sociales, le Dr Reignault « *souhaite plutôt un dialogue, en axant la discussion sur la réforme de l'assurance-maladie, les évolutions souhaitées par le président et les professionnels de santé* ». Pour autant, le président du CNPS ne s'attend pas que le chef de l'Etat entre dans les détails de cette réforme. Il s'agit surtout, pour le CNPS, de « *démontrer (son) engagement pour sauver et moderniser le système de santé français* ». Après le discours de Jacques Chirac au Congrès de la Mutualité française à Toulouse (en juin dernier) qui « *a donné douze mois aux partenaires pour réussir la maîtrise médicalisée* », le Dr Reignault va assurer au président que son organisation « *prend le pari* » afin « *que chaque euro dépensé par la collectivité soit un euro bien dépensé* ».

Les conseils du Dr Chassang

Le Dr Michel Chassang, président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) et vice-président du CNPS, voit aussi dans ce déjeuner à l'Élysée « *le lancement de la réforme de l'assurance-maladie* », qui relève donc, note-t-il, « *du plus haut niveau de l'Etat* ». Il est grand temps, selon lui, car « *les médecins en ont marre d'attendre les réformes, alors que le système est aujourd'hui moribond et inopérant* ». Sur la réforme, le président de la première organisation syndicale de médecins libéraux compte rappeler à Jacques Chirac qu'il est « *illusoire* » de revoir le financement de l'assurance-maladie sans élaborer de « *panier de soins* », à l'instar de ce qui a été déjà ébauché pour la visite médicalement justifiée. Le contenu du panier de soins serait couvert par le régime obligatoire d'assurance-maladie, tandis que le reste concernerait les complémentaires. Le Dr Chassang souhaite aussi mettre l'accent sur plusieurs changements dans les règles de contractualisation entre les caisses et les médecins (« *suppression des représentativités séparées généralistes-spécialistes, nécessité d'accords majoritaires, disparition des contrats individuels* »).

De son côté, le Dr Pierre Costes, président de MG-France, aimerait bien demander au chef de l'Etat « *comment faire une réforme de qualité si la réalité des soins de ville n'est pas reconnue* ». Faisant référence aux récents rapports « *borgnes, hémiplegiques* » sur les responsabilités dans l'affaire de la canicule meurtrière, le Dr Costes trouve « *inadmissible* » que les médecins généralistes « *non seulement n'aient pas été reconnus, mais cloués au pilori* ».

Bernard Capdeville, qui préside la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF), se montre également sceptique sur la réalisation de la réforme, mais pour une autre raison. Le pharmacien redoute que la réforme se fasse par le biais d'une « *ordonnance comme en 1996, ce qui serait la pire des solutions* ». Il « *n'est pas sûr que toutes les composantes du système de soins soient prêtes à prendre leurs responsabilités* », et sachent adapter « *leur conception d'exercice et leur regard sur leur statut* » en fonction de « *la feuille de route* » de la réforme qui est aujourd'hui « *bornée du sommet* » autour des principes suivants : maintien d'un système de solidarité et de l'égalité d'accès aux soins, rejet de la double dérive de l'étatisation et de la

privatisation. Bernard Capdeville vise, sans les nommer, les professions « *attachées au colloque singulier* » qui considèrent que « *le financement n'est pas leur souci* ».

Enfin, le Dr Dinorino Cabrera, président du Syndicat des médecins libéraux (SML), voudrait surtout attirer l'attention du président de la République sur « *le problème majeur de santé publique* » posé par trois professions médicales « *particulièrement exposées* », à savoir les chirurgiens, les gynécologues-obstétriciens et les anesthésistes-réanimateurs. Ces spécialités manquent de médecins en formation, sont peu attractives et présentent des charges assurantielles élevées, autant de caractéristiques évidemment liées entre elles. « *Si le gouvernement ne prend pas conscience de ce problème, avertit le président du SML, on aura une catastrophe sanitaire dans quelques années.* »

Agnès BOURGUIGNON

Quotidien du médecin du 3 octobre 2003

ONDAM 2004 : hôpitaux et cliniques sur la brèche

Les fédérations représentant l'hospitalisation publique et privée (la FHF et la FHP) jugent toutes deux insuffisant le taux - ni définitif ni officiel - de + 4,2 % qui pourrait être fixé pour l'évolution des dépenses des hôpitaux et des cliniques en 2004.

Lors de la réunion de la commission des comptes de la Sécurité sociale qui s'est tenue le 23 septembre dernier, les autorités ministérielles ont annoncé le taux de progression de l'ONDAM (objectif national des dépenses de l'assurance-maladie) retenu pour 2004 : + 4 %.

A l'issue de cette présentation, le ministre de la Santé serait allé plus loin dans ses révélations, et aurait livré en aparté le détail « *provisoire* » de la ventilation de ce taux global, secteur par secteur : + 3,2 % pour les soins de ville, + 4,2 % pour l'hôpital et + 7,6 % pour le médico-social. Ces chiffres, que la presse a aussitôt repris, n'ont pourtant fait l'objet d'aucune confirmation de la part du cabinet ministériel. Rumeurs infondées ou vrais taux que le Parlement devra voter ? La question n'est pas tranchée. Toujours est-il que, depuis huit jours, chacun, dans le monde hospitalier, y va de sa petite réaction.

Ainsi, la Fédération hospitalière de France (FHF), dans un communiqué daté du 30 septembre, « *rappelle que l'ONDAM hospitalier ne peut être inférieur à 4,5 % pour 2004* ». En deçà, les reports de charge des hôpitaux deviendraient incontrôlables, affirme la fédération. « *Et encore, précise Thinga Nguyen, ce taux de 4,5 % n'intègre que le financement des protocoles sur la réduction du temps de travail (RTT). Le plan cancer, le plan urgences et les nouveaux dispositifs sur la périnatalité devraient faire l'objet d'une allocation supplémentaire. Or d'après ce qu'on a compris, le taux annoncé de 4,2 % intègre tout, y compris les 150 millions d'euros de la première tranche 2004 du plan urgences. C'est loin du compte !* ».

Si le plan urgences est imputé sur la dotation globale, cela réduirait d'autant le taux de reconduction des moyens des hôpitaux, qui s'en trouveraient fortement pénalisés, redoute par avance Gérard Vincent, le délégué général de la FHF. « *Si la France n'a pas les moyens de payer le personnel de ses hôpitaux, qu'on nous le dise franchement* », tonne-t-il, ajoutant « *préférer la franchise à l'hypocrisie* », à l'instar des Suédois « *qui ont réduit de 20 % leurs effectifs hospitaliers, rendant la situation plus claire* ».

La FHF espère qu'il ne s'agit là que de fausses rumeurs et n'oublie pas que les arbitrages avec Bercy peuvent conduire à des « *rebondissements imprévisibles* ». Mais pour Thinga Nguyen, une chose est sûre : « *Le taux global retenu pour l'ONDAM, +4 %, paraît faible quand on sait que la médecine de ville dépasse toujours son objectif, que le médico-social a besoin de gros moyens pour renforcer ses effectifs et que les cliniques sont en grande difficulté.* »

Les hôpitaux veulent 4,5 %, les cliniques, 6,8 [228]

Une remarque que ne contestera sûrement pas Max Ponceillé, qui préside la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP). « *Près d'une clinique sur trois est en déficit, rappelle-t-il. Nous avons déjà attiré l'attention du ministre de la Santé sur nos grandes difficultés et la nécessité de nous octroyer une hausse importante des moyens pour 2004.* » Mais sans succès, semble-t-il. A la FHP comme à la FHF, la déception est de mise. Explication de Max Ponceillé : « *Je me trompe peut-être, mais j'ai cru comprendre que le taux de 4,2 % est en fait un chiffre hospitalier, qui concerne à la fois les cliniques et les hôpitaux.* » Un objectif quantifié

national (OQN) de 4,2 %, c'est loin, très loin, des 6,8 % calculés par la FHP pour faire face aux besoins (le taux de 6,8 % se décompose comme suit : 3,8 % pour les dépenses habituelles des cliniques auxquels s'ajoutent 0,5 % pour payer leur responsabilité civile, 1,5 % pour combler leurs déficits, et 1 % pour entamer une convergence des salaires sur ceux du public).

La FHP se doute qu'elle n'obtiendra pas satisfaction sur tout. Mais il y a un point sur lequel elle ne veut pas perdre : « *Jean-François Mattei s'est engagé à nous donner une enveloppe de convergence, rappelle Max Ponceillé. La FHP demande donc que l'OQN soit augmenté d'un point, pour passer à 5,2 %.* » Sans ce geste, la FHP, déjà déçue par le fait que seuls 10 % du budget des hôpitaux publics soient attribués sous forme de tarification à l'activité en 2004, douterait un peu plus encore de la volonté de Jean-François Mattei à engager cette réforme censée conduire à un financement équitable des secteurs hospitaliers public et privé.

Delphine CHARDON

Quotidien du médecin du 3 octobre 2003

Les Français sont inégaux devant la durée d'hospitalisation

Une étude menée par le CREDES met en évidence que certains facteurs comme la catégorie socio-professionnelle des malades, leur isolement, ou la distance séparant l'hôpital de leur domicile ont une forte influence sur leur durée de séjour à l'hôpital.

C'est une tendance lourde, en France comme à l'étranger : la durée moyenne d'hospitalisation diminue sensiblement. Ce mouvement s'explique tout à la fois par l'amélioration de la qualité des soins, la volonté de maîtrise des dépenses de santé, et enfin le souci d'exposer le moins possible le patient aux risques d'infections nosocomiales.

Dans ce contexte, et à partir de données par ailleurs destinées à l'évaluation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire - cette base de travail concerne un ensemble de gestes marqueurs (décompression du nerf médian au canal carpien, arthroscopie du genou, chirurgie de la cataracte...) -, le CREDES (Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé) a cherché à dégager et à mesurer les caractéristiques des patients pouvant influencer les durées moyennes de séjour (DMS). Il met à jour des disparités importantes (1).

Les agriculteurs, par exemple, restent statistiquement plus longtemps à l'hôpital que les autres catégories socio-professionnelles : pour une cure de hernie unilatérale, par exemple, 50 % des agriculteurs restent plus de quatre jours à l'hôpital. Cette proportion tombe à 20 % pour les cadres supérieurs ; pour une chirurgie des varices ; les mêmes agriculteurs sont trois fois plus nombreux que les cadres supérieurs à rester hospitalisés plus de trois jours. Ces variations, les auteurs de l'étude les attribuent au fait que « *les chirurgiens préfèrent maintenir à l'hôpital quelques jours de plus un agriculteur susceptible de reprendre son activité au détriment de sa convalescence* ». Une explication d'ailleurs valable pour les artisans et commerçants qui subissent des contraintes professionnelles similaires.

Aux cadres supérieurs, la chirurgie ambulatoire

Autre enseignement de l'étude : ce sont les cadres supérieurs qui bénéficient le plus souvent de la chirurgie ambulatoire. Ils sont par exemple 47 % à y avoir recours pour la cataracte, contre 29 % des agriculteurs. Enfin, deux autres facteurs favorisent l'allongement de la durée de séjour en hôpital : l'éloignement du domicile et l'isolement social. « *Quel que soit le geste, expliquent les auteurs de l'enquête, l'isolement social d'un patient, c'est-à-dire lorsqu'il ne peut mobiliser une personne de son entourage pour accompagner son entrée et sa sortie de l'hôpital, a un impact très important sur la durée du séjour.* »

Les experts du CREDES souhaitent mener une étude complémentaire « *afin de comparer l'influence des caractéristiques socio-environnementales du patient sur la durée du séjour entre les établissements qui pratiquent la chirurgie ambulatoire et les autres* ».

Henri de SAINT ROMAN

(1) Marc Perronnin, Marie-Jo Sourty Le Guellec, « Influence des caractéristiques sociales et environnementales du patient sur la durée de séjour à l'hôpital », CREDES, Questions d'économie de la santé n° 71.

Quotidien du médecin du 3 octobre 2003

Le projet de loi devant les députés

La santé publique sous les feux de la canicule

Le gouvernement, à qui on demande des comptes après chaque catastrophe sanitaire, attend beaucoup du projet de loi sur la santé publique. Les tempêtes, les inondations, l'explosion de l'usine AZF de Toulouse, la canicule de l'été dernier..., il était temps qu'un chef d'orchestre, en la personne de l'Etat, lève sa baguette.

Le projet de loi relatif à la politique de santé publique est entré dans l'arène parlementaire. L'événement est historique, souligne-t-on au ministère de la Santé. Depuis la loi de 1902 sur l'hygiène publique, qui a institué le vaccin antivariolique, rien de fondamental n'avait été entrepris dans ce domaine. Pendant un siècle, l'Etat a réagi au coup par coup et, s'il a pris des dispositions draconiennes, c'est surtout pour apaiser des scandales (sang contaminé, vache folle) et, surtout, protéger la population contre la contamination ou l'infection. Mais toute l'attention est allée jusqu'à présent à la médecine curative. La surmortalité exceptionnelle à la française chez les 40-60 ans et les 2,3 % du budget de la santé concédés à la prévention en témoignent.

Avec la future loi, la santé publique va disposer d'un chef d'orchestre, l'Etat, qui produira une partition : tous les cinq ans, des objectifs à atteindre seront présentés au Parlement par les pouvoirs publics. « *C'est l'Etat qui sera responsable* » de la mise en œuvre et de l'exécution de la politique de santé publique, sans toutefois que l'on puisse parler de « *nationalisation* ». Grâce au Comité national de santé publique, instance permanente, toute la sphère interministérielle sera appelée à s'impliquer, tandis qu'un haut conseil de santé publique occupera le champ de l'expertise. De leur côté, les usagers, les professionnels ou encore les industriels seront conviés à l'élaboration des objectifs, au sein d'une conférence nationale de santé.

Principe de résultats

La loi met l'accent aussi sur le « principe de résultats ». Désormais, « *on parlera autant d'états de santé que de dépenses* », affirme-t-on à la direction générale de la Santé. C'est la première fois qu'on entend doter le pays d'un ensemble de « tableaux de bord », signalant des problèmes à résoudre, qui permettront d'agir, après évaluation. Un tiers des objectifs seraient actuellement non quantifiables, faute de connaissances : c'est le cas des déterminants sociaux. Pour un autre tiers, les connaissances existent, mais le système d'information n'est pas au point (diabète). Pour le reste, à l'instar du tabagisme, les moyens et le suivi sont opérationnels. L'application de la politique choisie passera par des pôles régionaux de santé publique (PRSP). Sans « *territorialisation* », le regard épidémiologique perd de son acuité et les diagnostics s'en ressentent. A cela s'ajoute une indispensable « *programmation* » - chaque préfet aura à fournir une feuille de route à chaque PRSP - et un partenariat actif basé sur des groupements régionaux de santé publique. Ces derniers, financés par l'Etat et l'assurance-maladie, donneront des moyens et des méthodes de travail à tous les acteurs de santé.

S'il est garant de la santé publique, l'Etat n'en est pas le gérant. C'est donc tous ensemble et sur le terrain que les choses devront évoluer. La France pourrait gagner collectivement sept années de vie si elle réussissait à vaincre la surmortalité évitable.

Le projet de loi relatif à la santé publique offre, en outre, une « *niche* » aux menaces sanitaires et aux situations d'urgence. A la lumière des événements de l'été et des analyses qui en ont été tirées dans les rapports d'expertise et par la mission d'information parlementaire, le gouvernement a décidé d'introduire un titre intitulé « Modernisation du système de veille, d'alerte et de gestion des situations d'urgence sanitaire ». L'Institut national de veille sanitaire (InVS) est « *chargé de rassembler, analyser et actualiser les connaissances sur les risques, leurs causes et leur évolution ; de détecter de manière prospective les facteurs de risque susceptibles de modifier ou d'altérer la santé de la population ou de certaines de ses composantes, de manière soudaine ou diffuse ; (et) d'étudier et de répertorier, pour chaque type de risque, les populations les plus fragiles ou menacées* ».

Face à l'alerte sanitaire, il doit informer « *sans délai le ministre en cas de menace pour la santé, quelle qu'en soit l'origine, et il recommande toute mesure ou action appropriée pour prévenir la réalisation ou atténuer l'impact de cette menace* ». Il « *propose aux pouvoirs publics toute mesure ou action nécessaire à la gestion des situations de crise sanitaire. Il effectue, dans son domaine de compétence, toutes études, recherches et actions de formation. Il met en place les systèmes d'information lui permettant d'utiliser les données scientifiques, climatiques, sanitaires, démographiques et sociales, notamment en matière de morbidité et de mortalité* ». Il élabore des « *indicateurs d'alerte* » destinés à engager des actions de prévention précoce.

En outre, le Plan blanc hospitalier est rendu obligatoire. Il assure la mobilisation immédiate des moyens de toute nature en cas d'afflux de patients ou de victimes, ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle. Arrêté par l'instance délibérative de l'établissement de santé, il est transmis au préfet du département, au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et au service d'aide médicale urgente départementale. Il lui est associé, en cas de besoin, un Plan blanc élargi auquel concourront les médecins libéraux, les services de transport sanitaire, les établissements médico-sociaux et les laboratoires d'analyse de biologie médicale. Enfin, le système de remontée des certificats de décès est promis à l'informatisation. Cela permettra à l'InVS de disposer d'un indicateur de surmortalité valable, *via* l'INSERM, quelle que soit la cause de la crise sanitaire, identifiée ou non. La mise en place d'un tel dispositif, auquel participent les DDASS, sera progressive, mais pourra être rapide et réduire les 60 % de décès constatés à l'hôpital. Il sera coordonné avec le système de transmission de données d'état civil par les mairies vers l'INSEE.

Philippe ROY

Quotidien du médecin du 3 octobre 2003

Un plan global sur la santé mentale en 2004

Jeudi 2 octobre. Un plan global sur la santé mentale verra le jour au premier trimestre 2004, annonce le ministère de la Santé dans un communiqué. Une "*concertation élargie*" va être menée à partir des propositions contenues dans un rapport remis ce jeudi à Jean-François Mattei.

La mission conduite par le Dr Philippe Cléry-Melin, directeur de la Maison de la Santé de Bellevue à Meudon (Hauts-de-Seine), y fait plus de 140 propositions destinées à mettre au point un "*plan pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*" en France. "*Trois axes majeurs*" se dégagent d'ores et déjà, selon le ministère : réorganiser "*l'offre de soins de premier recours*", "*renforcer l'encadrement des pratiques, notamment de la psychothérapie*" et proposer une approche ciblée "*de certaines prises en charge (enfants, personnes âgées, personnes détenues)*". Les professionnels, du public et du privé, ainsi que les associations de malades et des familles seront associés à cette réflexion.

Les débats autour de la réforme de la Sécurité sociale

Mattei aux médecins libéraux : j'ai besoin de vous

Quotidien du médecin 01/10/2003

A Ramatuelle (Var), Jean-François Mattei et la CSMF, qui réunissait sa neuvième université d'été, ont posé les jalons d'un partenariat exigeant. « *J'ai besoin de vous* », a lancé le ministre de la Santé aux médecins libéraux, en les exhortant à faire la pédagogie de la réforme mais aussi à s'approprier rapidement les outils de la maîtrise médicalisée (FMC, accords de bon usage des soins, évaluation des pratiques). Le Dr Michel Chassang, président de la Confédération, a été conforté dans sa stratégie de partenariat, malgré une minorité hostile. Il exige une réforme d'envergure et demande au gouvernement de ne pas décevoir les médecins.

Jean-François Mattei, mains jointes et timide sourire aux lèvres, savoure ce bref moment de grâce.

Pendant quinze secondes, les quelque 200 responsables confédérés réunis à Ramatuelle (Var) pour la neuvième université d'été de la CSMF applaudissent debout le ministre de la Santé venu à leur rencontre, mais surtout le confrère pédiatre et généticien, et l'homme que la catastrophe sanitaire a blessé. Un accueil chaleureux, mais loin de l'ovation historique de 2002 dans la foulée du C à 20 euros. « *Cette fois, c'était amical et poli* », commente le Dr Jean-Paul Ortiz, président du syndicat des néphrologues. Qu'importe : un peu plus tard, Jean-François Mattei trouve un nouveau réconfort dans les propos de bienvenue du Dr Michel Chassang, président de la CSMF. « *Rien ne vous a été épargné. Comme les Français, les médecins vous soutiennent dans cette épreuve qui, je le sais, vous a profondément meurtri. Vous ne méritez pas cela!* », martèle le patron de la conf' sous une salve d'applaudissements. « *Merci de votre soutien après le drame de cet été. Avec le temps, les esprits retrouveront leur lucidité* », répondra Jean-François Mattei.

Si l'épreuve de la canicule avec ses 15 000 morts occupe les esprits, Jean-François Mattei et le Dr Michel Chassang veulent tous les deux parler d'avenir, dans le cadre d'un partenariat assumé mais exigeant. Le message de la CSMF, forte de ses 12 000 adhérents dont 7 000 spécialistes, est à cet égard sans ambiguïté. « *Le naufrage de l'assurance-maladie ne pourra être évité qu'au moyen d'une réforme en profondeur* », affirme le Dr Chassang, en regrettant les « *minces rustines* » du projet de loi de financement de la Sécu pour 2004 (PLFSS), comme la hausse du forfait hospitalier ou celle du tabac. C'est une réforme « *plus énergique* » que le premier syndicat médical appelle de ses vœux. Elaboration du panier de soins *en toute transparence* », nouvelle gouvernance de l'assurance-maladie, rôle des complémentaires, mais aussi (surtout ?) réforme de la nomenclature des actes techniques et cliniques « *avec les moyens nécessaires* », résolution de la crise de la RCP, ouverture du dossier fiscal : pour la CSMF, « *tout est à revoir* ». Avec une condition : le corps médical devra être acteur de ce processus et non pas victime. « *Ils (les médecins) attendent le gouvernement au pied du mur. De grâce, ne renoncez pas à cette réforme et surtout ne la faites pas, comme dans un passé récent, sans eux ou contre eux. Ils ne vous le pardonneraient pas* », a lancé le Dr Chassang au ministre de la Santé, avant de lui apporter sa « *confiance* ». Le message est aussi à l'intention des troupes : si le règlement conventionnel minimal « *très imparfait* » a été signé par la CSMF, « *c'est pour se donner les moyens de construire* ».

A Ramatuelle, la très grande majorité des cadres confédérés a compris, ou du moins pris acte, du virage stratégique de la CSMF, après huit années (95-2003) d'opposition farouche. Une séance à huis clos a permis au Dr Chassang de s'expliquer les « *yeux dans les yeux* » avec l'ensemble des délégués confédérés sur une stratégie parfois jugée « *illisible* ». Un exutoire pour certaines spécialités oubliées dans le RCM mais aussi pour quelques généralistes minoritaires qui regrettent, notamment, la rupture du front syndical avec le SML. « *Beaucoup de critiques ont porté sur la forme, le manque de communication* », ont nuancé plusieurs participants à cette réunion cathartique. Pour le Dr Chassang, le débat tactique est clos. Les cohortes sont « *en ordre de marche* » et la maison est *debout* ». Il n'a pas tort. Le 11 octobre, un conseil confédéral officialisera la stratégie et les décisions de la CSMF.

Car les défis ne manqueront pas en 2004. Jean-François Mattei, dans un discours volontaire émaillé d'applaudissements, louant au passage « *l'esprit de responsabilité* » du Dr Chassang, n'a pas hésité à lancer un appel solennel aux médecins libéraux. Dans un contexte de croissance atone qui réduit comme peau de chagrin les marges de manœuvre, le gouvernement a besoin des médecins de ville pour l'aider à faire la « *pédagogie* » de la réforme auprès des assurés. « *L'opinion publique est très heureuse du système de santé mais ne le connaît pas, ne le comprend pas (...). Après tout, le trou de la Sécu a toujours fait partie du paysage* », analyse le ministre. Chaque médecin est invité à expliquer à ses patients que « *l'on ne peut pas faire comme si notre système n'avait pas de coût* ». Que la fuite en avant n'est plus tenable.

La profession elle-même est appelée à se retrousser les manches et à s'impliquer « *dans les instruments de maîtrise médicalisée* ». Un appel qui relaie le discours de Jacques Chirac prononcé en juin dernier au congrès de la Mutualité française. La FMC fait partie de ce pacte. L'obligation de formation, inscrite dans la loi, ne sera pas assortie de sanctions disciplinaires. Mais, ajoute Jean-François Mattei, « *je vous demande de la considérer comme un engagement personnel de qualité* ». Les trois conseils nationaux de FMC chargés de fixer les règles du jeu seront installés par décret dans « *les toutes prochaines semaines* ». L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en médecine ambulatoire, qui n'a concerné pour l'instant que 241 médecins libéraux, est un autre défi à relever en 2004. Quant aux accords de bon usage des soins (AcBUS) nationaux ou régionaux, dont le PLFSS 2004 simplifie la mise en œuvre, les médecins devront également se les approprier.

Nomenclature: bientôt le comité de pilotage

Le ministre de la Santé a enfin donné quelques gages aux médecins libéraux. Il a annoncé plusieurs décrets attendus sur les aides à l'installation et au regroupement dans les zones sous-médicalisées, le développement de cabinets secondaires ou le partage des données avec les unions. Le *numerus clausus* sera augmenté en 2004 et les études médicales davantage ouvertes aux littéraires par des « passerelles » en troisième année. S'il est resté muet sur le financement de la permanence des soins, Jean-François Mattei a tenté de rassurer les spécialistes exerçant dans les établissements privés, actuellement inquiets de la répartition des équipements lourds entre public et privé. « *Il n'a jamais été question pour moi d'amorcer une évolution tendant à concentrer les spécialistes dans les seuls hôpitaux (...). Les équipements lourds seront répartis équitablement.* » Enfin, le fameux comité de pilotage de la nomenclature, chargé de mettre en place la nouvelle classification commune des actes médicaux (CCAM), devrait se réunir « *sans délai* ».

Cyrille DUPUIS

Zones rurales : ce qui va changer

Quotidien du médecin 01/10/2003

Plusieurs mesures visent à lutter contre les déserts médicaux. Le conseil d'Etat a été saisi d'une modification du code déontologie (article 85) visant à « *faciliter le développement de cabinets secondaires, notamment dans les zones rurales* ».

A compter du 1er janvier 2004, dans les zones de revitalisation rurale (ZRR), les collectivités locales pourront exonérer totalement de la taxe professionnelle les professions de santé (dont les médecins) pour cinq ans. Par ailleurs, l'Etat versera une aide à l'investissement « *pendant cinq ans* » pour toute installation d'un médecin ou regroupement de plusieurs médecins dans une zone sous-médicalisée. Cette aide, dont le montant est à l'arbitrage, pourrait atteindre 10 000 euros par médecin et concerner un millier de praticiens. Un décret en cours de publication définira la cartographie des zones déficitaires éligibles aux aides.

du 01/10/2003

Les débats autour de la réforme de la Sécurité sociale

Allemagne : un texte consensuel qui n'épargne ni les patients ni les médecins

Quotidien du médecin 01/10/2003

Les députés allemands ont adopté, par 517 voix contre 54, le projet de réforme de la santé établi par le gouvernement de Gerhard Schröder et l'opposition. La réforme entrera en vigueur le 1er janvier 2004, si elle est approuvée par la deuxième Chambre du Parlement, qui représente les régions. Elle devrait permettre d'alléger de 20 milliards d'euros par an les dépenses de l'assurance-maladie.

De notre correspondant

Pour les patients allemands, la mesure la plus spectaculaire de la réforme du système de santé, votée à une large majorité (517 voix contre 54) par les députés, concerne l'introduction d'une participation forfaitaire de 10 euros par trimestre et par pathologie, quel que soit le nombre de consultations liées à la maladie.

En clair, un patient qui verra, au cours d'un trimestre, trois fois son généraliste pour la même affection et une fois un dermatologue paiera 20 euros, soit 10 par médecin. Toutefois, si le patient est adressé au spécialiste

par le généraliste, il sera dispensé de ce forfait chez le spécialiste. C'est la première fois depuis la naissance de l'assurance-maladie obligatoire (1883) que les assurés doivent participer aux dépenses médicales. Ils paieront la même somme aux dentistes et à tous les autres professionnels libéraux. En outre, ils devront, en 2005, souscrire une assurance privée s'ils veulent que leurs frais de prothèses dentaires soient remboursés, car seuls les soins dentaires conservatoires continueront à être pris en charge.

Le remboursement des frais d'optique médicale seront revus à la baisse, et les indemnités de maladie, réduites.

Dans le domaine du médicament, les tickets modérateurs de 4 euros, 4,50 ou 5 euros par boîte sont remplacés par une participation de 10 % à toutes les prescriptions, avec un minimum de 5 euros par boîte et un maximum de 10 euros. Un médicament valant 8 euros en coûtera 5 au patient, comme un médicament en valant 50, tandis qu'un médicament valant 100, 200 euros ou plus lui en coûtera 10. De plus, comme par le passé, si le médecin prescrit une spécialité alors qu'il existe un générique moins cher, le patient paiera la différence entre les deux produits. En outre, l'industrie pharmaceutique, les grossistes et les pharmaciens sont mis à contribution par des baisses de prix et de marges.

A l'hôpital, les patients paieront un forfait de 10 euros par jour, mais uniquement pendant 28 jours par an. La somme des participations aux dépenses médicales, pharmaceutiques et hospitalières ne pourra excéder 2 % du revenu annuel brut du patient. De nombreuses prestations, dont le remboursement des frais de taxi pour suivre un traitement ambulatoire et les indemnités funéraires, seront supprimées, tandis que la procréation médicalement assistée ne sera plus remboursée que dans des cas exceptionnels. Comme en France, mais dans des proportions moindres, les prochaines augmentations du prix du tabac (0,30 euro par paquet et par an pendant 3 ans) seront versées au budget de la Santé.

La réforme introduit de nombreuses mesures concrètes pour les médecins, dont l'obligation de formation continue : ils pourront être sanctionnés financièrement, voire déconventionnés, s'ils ne s'y plient pas. Les « points » qui servent à les rémunérer, et dont la valeur diminuait quand le nombre d'actes augmentait, seront désormais fixes, comme le réclament depuis longtemps les praticiens. En contrepartie, les contrôles des caisses sur leur activité et leurs prescriptions seront tout à la fois renforcés et individualisés. Les contrôles tiendront mieux compte de l'activité type de chaque médecin, selon qu'il suit, par exemple, beaucoup de personnes âgées, d'hypertendus, de diabétiques, etc.

Aprement discutée depuis plus d'un an, la réforme n'a pu aboutir qu'à l'issue d'un compromis entre le gouvernement et l'opposition. Même si les médecins ont obtenu quelques mesures qu'ils jugent positives, comme les points fixes ou la prise en compte de la morbidité de leur clientèle dans leur activité individuelle, ils dénoncent le renforcement du pouvoir des caisses sur leur activité. Pour le président de l'Ordre fédéral, le Pr Hoppe, « *la version finale est meilleure que les projets initiaux du gouvernement, mais renforce une fois de plus la bureaucratie ; la réforme ne sera pas suffisante pour maîtriser les dépenses de santé à long terme* ». Au total, le texte comprend 440 articles qui modifient en profondeur tous les aspects du système de santé. L'industrie pharmaceutique, directement touchée par plusieurs articles, en juge certains « *inconstitutionnels* », comme le déremboursement de certains produits et les rabais qui devront être consentis aux caisses sur d'autres médicaments. Elle a décidé de saisir la justice.

Denis DURAND de BOUSINGEN

du 01/10/2003

Les débats autour de la réforme de la Sécurité sociale

Quotidien du médecin 01/10/2003

Le ministre de la Santé appelle l'opposition à « apporter » ses idées

Sitôt revenu de Ramatuelle, le ministre de la Santé a répondu à une invitation de France 3. Il a profité de l'émission « France Europe Express » pour convier les usagers et surtout l'opposition à construire

avec le gouvernement une réforme de la Sécurité sociale. Une annonce spectaculaire. Reste à savoir si elle sera suivie d'effet.

L'Allemagne, pour exemple : Jean-François Mattei, après avoir appelé les médecins de la CSMF réunis à Ramatuelle à l'aider à réformer en profondeur le système de protection sociale, a réitéré son invitation aux usagers et à l'opposition politique. Dans le dessein évident de montrer que les problèmes de Sécurité sociale et d'assurance-maladie méritent un débat qui dépasse les clivages habituels et qu'une réforme a besoin d'un consensus national. Sous-entendu, comme en Allemagne (voir ci-contre), où le gouvernement social-démocrate de Gerhard Schröder a su convaincre, sans trop de mal, semble-t-il, l'opposition chrétienne-démocrate d'élaborer avec lui une réforme qui vient d'être largement votée par les députés.

En sera-t-il de même en France ? On en doute quelque peu. Chiche, a cependant répondu Jean-Marie Le Guen, député socialiste du 13^e arrondissement de Paris et responsable des questions de santé de son groupe à l'Assemblée nationale. « *Nous sommes prêts*, a-t-il expliqué également sur France 3 au ministre, *à vous faire un certain nombre de propositions dans les semaines qui viennent.* »

Il est de fait que le Parti socialiste a constitué autour de son secrétaire général, François Hollande, un groupe de travail sur la santé, qui devrait, dans les tout prochains jours, rendre un premier travail. Le bureau national du PS, qui se réunit le 8 octobre, doit l'examiner. Mais cela ne sera qu'une première ébauche. Il est vrai qu'on est encore très loin des échéances législatives et présidentielle, et que le PS ne veut pas partir trop tôt.

Il faudra bien, pourtant, que le Parti socialiste apporte une réponse au ministre de la Santé, qui a insisté : « *Nous avons créé ensemble la Sécurité sociale en 1945. Il n'y a pas de raison qu'on ne soit pas capables, en 2004, de la remettre sur les rails.* » Au risque de refuser le débat, et de passer pour de piètres démocrates, alors qu'il y a péril en la demeure, les responsables socialistes devraient donc répondre à l'invitation du ministre de la Santé.

« *Sur la forme*, commente le Dr Claude Pigement, délégué pour les questions de santé au parti, *cette initiative du ministre ne pose guère de problèmes. Nous pouvons lui rendre visite sans aucun souci, pour échanger nos sentiments et nos réflexions sur l'avenir du système de protection sociale.* » Et sur le fond ? C'est une autre question, « *autrement plus importante*, commente-t-il. *Le gouvernement s'est mis dans une situation impossible par sa faute. Les besoins de financements se font chaque jour un peu plus pressants, mais il recule sans cesse les échéances et refuse de prendre ses responsabilités en la matière.* »

Il est donc hors de question pour le Parti socialiste (Claude Pigement ne le dit pas, mais cela va de soi) de participer à une opération sauvetage d'un gouvernement qui, jusqu'à présent, a traité l'opposition par l'indifférence. D'autant que, dans cette invitation, certains flairent le piège.

« *Ce n'est pas le problème*, répond Claude Pigement. *Car si piège il y a, il est en trop grossier pour que nous nous laissions prendre.* »

On aura compris que le Parti socialiste veut clairement montrer à l'opinion que les problèmes de santé et de protection sociale sont une de ses préoccupations majeures : pour preuve, il a déjà élaboré les grandes lignes d'un projet de réforme (ce qui n'a pas été le cas pour les retraites, et on le lui a assez reproché). Il est donc prêt à se rendre sans état d'âme à des réunions avec le ministre de la Santé, de l'Economie, des Affaires sociales et avec le Premier ministre.

Mais de là à bâtir un projet commun, à voter une réforme commune, il y a un pas, qu'il n'est pas vraiment décidé à franchir. « *Nos divergences sont encore très profondes* », explique Claude Pigement. L'Allemagne est encore très loin.

Jacques DEGAIN

Les partisans des réseaux de soins s'inquiètent de l'avenir de ces structures **Quotidien du médecin 01/10/2003**

Conçus comme des outils de transformation des pratiques, les réseaux sembleraient être de plus en plus considérés et utilisés comme des outils de gestion du soin. Extrêmement inquiète de cette évolution, la Coordination nationale des réseaux (CNR) et sa fédération rhônalpine comptent susciter le débat sur ce thème les 3 et 4 octobre prochain à Villeurbanne.

De notre correspondante

« Il n'y a pas de politique de développement des réseaux de santé, tels qu'ils sont envisagés par la Coordination nationale des réseaux ». L'affirmation du nouveau président de cette organisation, le Dr Philippe Chossegros, hépato-gastro-entérologue à l'Hôtel-Dieu (Lyon) et élu au mois de juin dernier, met en exergue la nécessité d'engager une réflexion sur ce thème. Elle sera d'ailleurs au cœur des débats proposés dans le cadre des rencontres interrégionales des réseaux de santé* auxquels sont conviés les acteurs des réseaux, mais également les usagers, les institutions et les élus de Rhône-Alpes. « Je suis très inquiet lorsque j'entends le gouvernement dire que les réseaux de prise en charge du cancer sont des modèles de réseaux », observe Philippe Chossegros, qui laisse entendre que les institutions semblent désormais accorder leurs préférences aux réseaux par pathologie. Or ces dispositifs sont finalement très éloignés, par leurs objectifs, de la réponse aux besoins de santé de la population visée par la CNR. « J'ai quand même vu des personnes ayant des positions importantes dans le domaine du sida qui, cinq ou six ans après l'introduction des rétroviraux, s'étonnaient d'apprendre que certains malades ne prenaient pas régulièrement leur traitement... », s'indigne le président de la coordination.

L'approche bio-psycho-sociale permet justement de construire des réponses au-delà des limites du système de soins, « lorsqu'il est nécessaire, par exemple, de prescrire un traitement lourd à un malade qui vit dans la rue », précise-t-il. Puis il argumente : « On ne peut pas découper les gens en tranches : si on aborde le malade uniquement par le côté technique, on ignore la complexité de l'individu. »

Bureaucratie

Depuis les ordonnances Juppé de 1996, les réseaux sont pourtant au cœur de la réflexion sur l'avenir de la santé. Par le décret du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation, ils ont même été légitimés dans ce sens. Mais la logique institutionnelle semblerait avoir pris le pas sur les besoins réels : « Les décisions actuelles sont prises par des techniciens qui n'ont aucune idée de la réalité du terrain, et complètement obsédés par le fait que, si l'on se contentait d'appliquer des référentiels, cela marcherait très bien », déplore le président de la CNR. « Et même si la partie proximité leur semble intéressante, poursuit-il, ils ont du mal à comprendre qu'il puisse y avoir une articulation médico-sociale ». Cela, par peur de perdre des pouvoirs, comme le suggère le Dr Chossegros, ou par peur d'une remise en cause du modèle biomédical, comme l'a déjà souligné l'ancien président de la CNR, le Dr Didier Ménard.

Régionalisation : un nouveau souffle ?

Aujourd'hui, l'inquiétude est d'autant plus aiguë que le plan Hôpital 2007 pourrait aggraver cette dérive : « Dans ce plan, l'ouverture de l'hôpital vers la ville et la place des malades n'existent pas », affirme Philippe Chossegros. Pire, il renforcerait la technicité, et provoquerait donc « une forte régression des réseaux ». L'avenir des réseaux de santé semblerait pour le moins compromis si la réorganisation régionale du système de santé ne semblait offrir une échappatoire. Du moins c'est une hypothèse : « Dans quelques régions, dont Rhône-Alpes, il existe un intérêt du conseil régional pour ce que pourrait être la dimension sociale de la santé », observe le président de la CNR. Dans la perspective de la mise en place des agences régionales de santé, des moyens pourraient ainsi être donnés à l'hôpital pour s'articuler avec la ville, et vice versa. Serait-il vraiment utopique de penser que, si cette articulation existait, le problème crucial posé par les urgences - et par les périodes de canicule - serait plus facile à régler ? « Tout le monde est d'accord, mais, pour des raisons difficiles à comprendre, ce n'est pas encore fait politiquement », conclut le Dr Chossegros.

Caroline FAESCH

* Rencontres interrégionales, au centre culturel de la vie associative de Villeurbanne, organisées sous l'égide de la Coordination nationale des réseaux et de la Fédération des réseaux de santé de la région Rhône-Alpes. Tél. : 04.78.92.96.43.

La CFDT favorable à une hausse de la CSG **Quotidien du médecin 01/10/2003**

Invité du Grand Jury RTL-Le Monde-LCI, le secrétaire général de la CFDT, François Chérèque, s'est déclaré favorable à une hausse d'un point de la CSG, pour financer dans l'immédiat le déficit de la Sécurité sociale. « *L'augmentation de la CSG ne suffira pas à résoudre le problème, et il faut faire une réforme. Mais, en attendant que cette réforme se fasse, il faut bien prendre des décisions* », a-t-il précisé.

François Chérèque s'est montré critique envers les économies proposées par le ministre de la Santé, Jean-François Mattei. « *Les quatre milliards (d'euros) d'économie que propose de faire le gouvernement, cela va se reporter sur les mutuelles, ce sera une augmentation déguisée à la charge des mutuelles* », a-t-il regretté, en ajoutant que « *ce n'est pas responsable, de la part d'un gouvernement, de transférer la décision aux autres* ». Sur la manière dont le gouvernement compte préparer la réforme, le secrétaire général de la CFDT s'est dit « *surpris de ces débats sémantiques entre négociation et concertation. Je pense que ceux qui restent tout le temps sur ce débat-là sont ceux qui ne veulent pas avancer sur des réformes* ».

« *Je vois mal une nuit de négociation avec une sortie : "On a sauvé la Sécurité sociale"* », a-t-il ironisé, faisant allusion à la réforme des retraites. « *C'est une concertation à multiples directions (usagers, professionnels de santé, mutuelles), on n'est pas les seuls sur le coup.* »

Dépenses de santé : les génériques au coeur du débat **Quotidien du médecin 01/10/2003**

Jean-François Mattei l'a clairement annoncé lors de la présentation du projet de loi de financement de la Sécurité sociale : le gouvernement espère des économies sur les dépenses de médicaments remboursées par l'assurance-maladie.

Parmi toutes les mesures évoquées, les industriels rassemblés lors d'un colloque organisé par Polepharma* auront surtout retenu celles qui concernent les génériques.

Le président du Comité économique des produits de santé (CEPS) Noël Renaudin s'est en effet longuement étendu sur le sujet. « *Nous ne pouvons pas nous permettre de nous contenter du niveau atteint par les génériques et de la vitesse à laquelle ils progressent* », a-t-il martelé, allant jusqu'à affirmer : « *Ce que nous voulons, c'est du presque tout générique.* » Du moins lorsque la prescription du médecin le permet.

Rappelant l'évolution saccadée du marché depuis 1999, année où, les pharmaciens ont obtenus le droit de substitution, il a demandé sans ambiguïté à l'industrie pharmaceutique de « *choisir son camp* ».

« *On ne peut pas avoir un discours collectif en faveur du générique, et faire tout au plan individuel pour lui mettre des bâtons dans les roues* », a-t-il expliqué, en évoquant les « *contre-génériques* », ces produits mis sur le marché uniquement ou presque pour se substituer aux médicaments généricables ou en passe de l'être.

Désireux de tout mettre en œuvre pour que le tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) « *atteigne son résultat* » en termes d'économies, M. Renaudin a précisé que la bonne volonté des industriels était « *la contrepartie indispensable à l'accueil que nous avons fait à l'innovation* ».

Reste, lui a répondu Philippe Ranty, président du groupement des génériqueurs GEMME, que « *Le TFR est une mesure contre-productive à long terme, qui tend uniquement à brouiller les cartes.* » Si ce tarif crée au départ des économies pour la collectivité, les fabricants de génériques lui reprochent d'entraîner à terme une baisse générale des prix « *de l'ordre de 30 %, qui n'aurait jamais été acceptée dans le cadre d'une négociation* », les princes s'alignant sur le prix des génériques. Craignant de voir naître une polémique, Jean-Pierre Cassan, président du LEEM, a demandé aux industriels de « *travailler en bonne corrélation et non en opposition* » par ailleurs que l'on parlait beaucoup du poids du médicament et peu de celui des indemnités journalières dans les dépenses de santé. Le président du LEEM a également souligné le rôle du secteur pharmaceutique en termes d'innovation et d'emploi des arguments qui pèsent dans la balance politique.

Le président du Groupe d'études sur le médicament et les produits de santé (et député UMP) Yves Bur a réconcilié les parties en déclarant : « *La responsabilisation, c'est le fait de tout le monde.* » Prônant une « *révolution culturelle* » et dénonçant notre « *système de conventions qui sont tout sauf de vrais contrats* », le député a plaidé en faveur « *d'engagements clairs et chiffrés avec les médecins* », notamment en ce qui concerne la prescription en DC. Le générique semble définitivement un enjeu incontournable de la politique du médicament du gouvernement.

Flavie BAUDRIER

* « *Les enjeux de l'industrie pharmaceutique* », colloque organisé par Polepharma le 24 septembre 2003 au parc des expositions de Dreux.

L'AMUHF redéfinit sa stratégie syndicale **Quotidien du médecin 01/10/2003**

Le conseil d'administration de l'Association des médecins urgentistes hospitaliers de France (AMUHF), présidée par le Dr Patrick Pelloux, s'est réuni en séminaire à Ronce-les-Bains, en Charente-Maritime. De nombreux sujets ont été évoqués.

En ce qui concerne la veille sanitaire des urgences, l'AMUHF ne veut pas d'un nouveau système, et pense plutôt qu'il faut simplifier les structures et les processus de veille d'alerte et de réaction. « *Avec de nouveaux moyens, les urgentistes pourraient répercuter leurs observations pour que celles-ci soient analysées et confrontées* », suggère l'AMUHF, qui a monté un groupe de réflexion sur la question. Le syndicat a par ailleurs annoncé la mise en ligne prochaine sur son site (www.amuhf.com) d'un outil informatique permettant de déterminer le nombre de médecins équivalents temps pleins (ETP) nécessaires pour assurer la permanence des soins.

La démedicalisation de la prise en charge pré-hospitalière des urgences, source d'inquiétude pour les médecins urgentistes, a longuement été évoquée lors du séminaire. L'AMUHF considère que les SAMU, les SMUR et les services d'urgences fonctionnant avec les mêmes médecins doivent être regroupés dans un pôle autonome dans le cadre du projet Hôpital 2007. « *Si l'on peut admettre une mutualisation avec les pompiers de la logistique pré-hospitalière, l'expertise médicale, la formation des formateurs aux secours et aux soins pré-hospitaliers et l'évaluation des secours doivent être assurées par des urgentistes hospitaliers* », affirme l'AMUHF. L'association de médecins ne s'oppose pas à envisager certains regroupements de SAMU, mais considère le plus souvent le maillon départemental comme le plus pertinent.

En ce qui concerne le plan Hôpital 2007, l'AMUHF estime que les besoins pour le fonctionnement hospitalier sont plus aigus que les besoins en investissement. « *La catastrophe sanitaire due à la canicule rappelle que le système de soins français souffre essentiellement d'un manque de prévention, d'anticipation des besoins, et d'une stratégie orientée vers les soins polyvalents dont font partie les urgences* », écrit son secrétaire général, le Dr Frédérique Pain, dans un communiqué.