

## **Revue de presse ONALA octobre-décembre 2005**

### **La situation de la démographie médicale Ce que le plan du gouvernement devrait prévoir Le Quotidien du Médecin du 20/12/2005**

*Incitations à l'installation, réforme des études et nouveaux modes d'exercice devraient être les trois piliers du plan démographie médicale que le ministre de la Santé devrait dévoiler prochainement, dans les jours suivant ses vœux à la presse, prévus pour le 13 janvier prochain.*

Annoncé depuis des mois, le plan démographie médicale du ministre de la Santé entre dans la dernière ligne droite de son élaboration.

Lors de sa rencontre la semaine dernière avec des journalistes, dans le cadre des réunions régulières organisées par l'Association des journalistes de l'information sociale (Ajis), Xavier Bertrand a apporté quelques précisions sur son contenu. Pour lui, « *le plan est quasi bouclé* », il doit cependant revoir le Pr Yvon Berland, président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, pour quelques derniers ajustements. Le plan s'articulera autour de trois axes : « *Les incitations, les études, et la pratique médicale.* » Reconnaissant que « *des erreurs ont été commises dans le passé* », et que « *le malthusianisme médical, ça ne marche pas* » (une pierre dans le jardin d'Alain Juppé), le ministre a promis des incitations « *plus claires, plus lisibles, plus importantes* ».

Dans les zones sous-médicalisées, dont la définition est en cours d'achèvement par les missions régionales de santé (19 missions sur 25 auraient bouclé leur travail, selon l'entourage du ministre), « *l'assurance-maladie y rémunérera mieux les actes* », mais il s'agira de revalorisation forfaitaire de l'assurance-maladie sans incidence sur le montant des actes payés par le patient. « *Le plan démographie tiendra également compte de la féminisation croissante du corps médical* », a ajouté le ministre, précisant que des dispositions relatives à la maternité des femmes médecins y figureraient. Enfin, le ministre a précisé que « *tous les outils du plan seront sur la table au début de 2006* ». Si ce plan nécessite quelques aménagements conventionnels et réglementaires, aucune loi ne sera nécessaire à son entrée en vigueur, a-t-il confirmé.

On sait aussi, même si le ministre ne l'a jamais confirmé explicitement, que ce plan devrait proposer de transformer les épreuves classantes nationales (ECN) qui concluent le deuxième cycle des études médicales, en épreuves classantes interrégionales, et de réviser totalement les filières de formation de l'internat. Il s'agit de fixer les étudiants dans la région où ils ont accompli leurs études.

Le projet du gouvernement devrait également encourager et inciter les médecins à s'installer dans ces zones sous-médicalisées, en groupe, à exercer en sites multiples, comme le permet depuis peu le code de déontologie, et à faire appel à des collaborateurs libéraux. Une disposition instituée par la loi sur les PME (« *le Quotidien* » du 7 décembre).

Au ministère de la Santé, on indique que le plan du ministre devrait être rendu public juste après la traditionnelle cérémonie des vœux à la presse, prévue pour le 13 janvier.

### **L'échéance de 2015**

A l'Ordre des médecins, le Dr Irène Kahn-Bensaude, chargée notamment des questions de démographie, partage l'analyse de Xavier Bertrand qui a indiqué à plusieurs reprises qu'il avait « *fait le choix de l'incitation* » plutôt que de la coercition dans l'élaboration de son plan. « *Il faut faire en sorte*, précise-t-elle au "Quotidien", *que d'ici à 2015* (date à partir de laquelle la démographie médicale cessera de baisser grâce à l'arrivée de contingents de médecins plus nombreux issus des *numerus clausus* décidés actuellement), *on ne touche pas à la liberté d'installation* ». Comme si ça n'allait pas de soi.

Dans un entretien avec « le Quotidien » du 13 septembre dernier, le Dr Cabrera, président du SML, tirait déjà la sonnette d'alarme : « *Réguler, ça veut dire dans certains cas, inciter les médecins à aller dans certaines zones, et dans d'autres, je suis persuadé qu'on y viendra, cela voudra dire que, par le biais de l'assurance-maladie, on pourra ne pas conventionner un médecin qui voudrait s'installer dans une zone où les médecins sont déjà en grand nombre. Je ne dis pas que c'est ce que je souhaite, mais que c'est ce qui arrivera.* ».

### **Les dispositions qui existent déjà**

SI L'ARSENAL des mesures destinées à stopper la désertification médicale de certaines régions françaises est déjà bien rempli, force est de constater que beaucoup n'existent encore que sur le papier, dans l'attente de décrets d'application, et que les mesures déjà existantes n'ont pas suffi à inverser la tendance.

- **Hausse du *numerus clausus*** : après des années de *numerus clausus* stagnant à environ 3 500 entre 1992 et 1997, celui-ci est reparti à la hausse : 4 100 en 2000, 5 100 en 2002. Il devrait même s'établir à 7 000 pour l'année 2006.

- **Statut de collaborateur libéral** : ce dispositif a pour but de permettre à des jeunes médecins, souvent peu enclins à franchir le pas de l'installation, de mettre le pied à l'étrier sans avoir à supporter les investissements et les contraintes d'une installation ordinaire. Il pourrait aussi favoriser le passage de relais en douceur entre un médecin proche de la retraite et un jeune médecin.

- **Les aides conditionnées à la définition des zones sous-médicalisées** : la loi de réforme de l'assurance-maladie du 13 août 2004, tout comme la dernière convention, propose des rémunérations forfaitaires annuelles aux praticiens exerçant dans des zones sous-médicalisées. Le seul problème, c'est que ces aides sont conditionnées à la définition des zones sous-médicalisées. Or cette définition, à laquelle se sont attelées les missions régionales de santé (MRS), n'est toujours pas achevée.

Il en va de même pour la loi sur les territoires ruraux : son article 108 précise que les collectivités territoriales peuvent attribuer des aides aux professionnels de santé qui s'installent dans les zones sous-médicalisées.

Le même article 108 prévoit la possibilité, pour les collectivités territoriales, d'accorder « *des indemnités de logement et de déplacement aux étudiants de troisième cycle de médecine générale lorsqu'ils effectuent leurs stages dans des zones* » sous-médicalisées. De plus, « *une indemnité d'étude et de projet professionnel peut être attribuée par les collectivités à tout étudiant en médecine à partir de la première année du troisième cycle, s'il s'engage à exercer comme médecin généraliste au moins cinq années dans l'une des zones déficitaires* ». Enfin, « *la rémunération perçue au titre de la permanence des soins par les médecins ou leurs remplaçants installés dans une zone sous-médicalisée, est exonérée de l'impôt sur le revenu à hauteur de soixante jours de permanence par an* ». La mise en place de ces dispositions est suspendue à l'achèvement par les MRS de leur travail de zonage, qui devient donc un préalable à l'attribution de ces aides.

- **Médecins retraités** : le gouvernement, qui fait face à la baisse programmée du nombre de médecins dans les années à venir, les incite, depuis la loi Fillon sur les retraites, à travailler plus longtemps. Elle les encourage à reporter leur départ à la retraite en leur permettant de cumuler la retraite des trois régimes (base, complémentaire et avantage social vieillesse) avec une activité libérale. Environ 500 médecins ont pour l'instant opté pour ce dispositif.

- **Moratoire à l'installation pour les jeunes médecins** : chaque patient étant censé avoir choisi son médecin traitant au 31 décembre 2005, les jeunes médecins proches de l'installation craignaient que la patientèle soit captée par les médecins déjà installés. Ce moratoire consiste à exonérer leurs patients de la majoration du ticket modérateur, même en dehors du parcours de soins.

- **Exercice multi-sites** : Le Conseil de l'Ordre a récemment modifié son code de déontologie pour autoriser l'exercice en sites multiples.

- **Collectivités territoriales** : indépendamment des dispositions législatives ou réglementaires en vigueur, des collectivités ont mis la main à la poche pour tenter d'inverser les courbes démographiques. Le conseil général de la Manche a récemment mis en place des dispositifs d'incitation financière pour des étudiants en médecine qui s'engageraient à venir exercer dans ce département.

Enfin, si un médecin s'installe dans une commune de moins de 2 000 habitants ou dans une zone de revitalisation rurale, il peut d'ores et déjà bénéficier de l'exonération de la taxe professionnelle pour une durée de deux à cinq ans.

**Le Pr Yvon Berland : mettre l'accent sur la délégation de compétences**  
**Le Quotidien du Médecin du 20/12/2005**

Pour le président de la commission de la démographie médicale, le Pr. Yvon Berland, le plan démographie que promet le ministre de la Santé devrait s'inspirer des travaux de sa commission. Réforme des études, transferts de compétence et même création de nouveaux métiers de la santé devraient, selon lui, figurer en bonne place dans ce plan qui devrait comprendre en outre des incitations à l'installation et au regroupement.

*LE QUOTIDIEN - Que savez-vous du plan démographie que le ministre devrait rendre prochainement public ?*

Pr YVON BERLAND - Je sais que le ministre doit annoncer son plan démographie prochainement, mais j'ai surtout le sentiment que ce projet ne sera pas rendu public avant janvier, même si tout peut, bien sûr, arriver.

*Ce plan va-t-il s'inspirer de vos travaux ?*

Je pense qu'il porte un regard très attentif aux travaux effectués dans le cadre de la commission de la démographie. Je crois en effet savoir que le ministre va s'inspirer fortement des résultats des travaux de la commission, et que ses grandes préconisations feront probablement partie du plan. Pour le reste, je peux vous dire qu'il prendra en compte la nécessité de créer des outils de pilotage pour les différents *numerus clausus* et quotas des différentes professions de santé, tant au niveau national que régional.

Avec le souci que ça ne constitue pas des outils à destination exclusive des médecins, mais pour l'ensemble des professions de santé. Ce plan formera un tout qui concernera l'ensemble de l'offre de soins. Il y a dans ce projet une réflexion sur la collaboration des professions de santé, et la délégation de compétences.

*Xavier Bertrand a dit que ce plan comporterait un volet réforme des études.*

Le plan devrait effectivement comprendre une volonté de réforme des études. J'ai également beaucoup défendu l'idée qu'il y ait entre bac +3 et bac +10 d'autres métiers de la santé. C'est-à-dire la possibilité de créer des formations pour de nouveaux métiers.

*Et côté pratique médicale ?*

Si Xavier Bertrand, ce que je crois, suit les propositions de la commission de la démographie médicale, il y aura des incitations très fortes au regroupement. Il y aura aussi probablement un volet sur des incitations fortes pour l'installation dans des zones qui seraient identifiées comme *démédicalisées* par les missions régionales de santé (MRS). Je serais très étonné que tous ces éléments ne figurent pas dans le plan de Xavier Bertrand.

*Vous-même, avez-vous été impliqué dans l'élaboration de ce plan, au-delà du rapport de la commission de la démographie médicale ?*

Ce rapport et les orientations qu'il définit ont servi à l'élaboration de ce plan. Mais par la suite, j'ai pu amener un certain nombre de suggestions à notre ministre et à son entourage sur des points qu'il fallait préciser et sur lesquels il fallait avancer.

## **Réforme de l'hôpital**

### **Des médecins favorables, mais encore prudents**

**Le Quotidien du Médecin du 20/12/2005**

*Les présidents de commission médicale d'établissement hospitalier, réunis par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos), pour une journée « d'échange mutuel », ont exprimé leurs attentes, leurs espoirs et les difficultés qu'ils rencontrent dans la nouvelle gouvernance.*

*« C'EST un changement culturel passionnant. » Monique Ricômes, qui dirige l'hôpital européen Georges-Pompidou à Paris, est l'un des partisans déclarés de la réforme de l'hôpital. Elle n'est pas la seule.*

Lors de la Journée des présidents de CME (commission médicale d'établissement), organisée la semaine dernière par la Dhos (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins), la parole a été donnée aux acteurs de la réforme, ceux qui sont directement concernés. Certains ont témoigné, à la tribune, des premiers enseignements à tirer de la mise en place de la réforme. *« On continue à percevoir que, globalement, les médecins soutiennent le concept de la réforme, mais, dans le même temps, ils sont confrontés à certaines difficultés »,* commente le Pr Pierre Fuentes, président de la Conférence des présidents de CME de CHU. *« Or la seule vraie réponse, c'est que personne n'est épargné par les difficultés. »*

### **Le tandem médico-administratif fonctionne**

Il est vrai que le ton du corps médical était plutôt positif lors de cette assemblée. Tout de même, certains ne cachaient pas leur inquiétude. *« Nous avons beau être chauds partisans de la nouvelle gouvernance, nous avons du mal à expliquer le burn out des présidents de CME »,* lance un président de CME d'Ile-de-France. *« Les médecins prennent conscience que l'hôpital artisanal, gaspilleur a vécu mais craignent dans le même temps l'hôpital usine dans lequel plus personne n'est responsable du malade »,* enchaîne un autre.

Quid du chef de service ? Un troisième s'interroge sur le bien-fondé de la persistance des chefferies de service, désormais mises en « concurrence » avec les nouveaux pôles. Hors de question de les supprimer, *« car les chefs de service restent responsables du soin »,* estime pour sa part le Pr Michel Carretier, président de la CME du CHU de Poitiers, par ailleurs très agréablement surpris du dialogue qui s'est instauré dans son établissement entre le coordonnateur de pôle et le directeur référent. *« Même si le coordonnateur reste décideur, le directeur lui apporte une aide indispensable ».* Le rapprochement médico-administratif semble fonctionner dans les établissements. *« Les soignants prennent conscience des problèmes médico-économiques »,* assure le Dr Didier Gaillard, président de la CME de l'hôpital Saint-Joseph, à Paris. *« Les frictions ne viennent pas du tandem président CME-directeur mais du collège des chefs de service qui voient leur autorité diminuer au profit des chefs de pôle »,* explique Bernard Gruson, « grand témoin » de l'assemblée, venu de Suisse porter son regard de directeur des hôpitaux universitaires de Genève. *« Il faut aussi compter avec les responsables des soins infirmiers »,* ajoute-t-il. Les organisations syndicales pourraient elles aussi s'inquiéter de cette nouvelle distribution des pouvoirs.

*« Si cette journée a eu lieu, c'est la preuve même que le ministère et la Dhos estiment que la collectivité médicale a un rôle à jouer »,* estime le Pr Fuentes.

### **La tarification à l'activité à l'hôpital**

**Un taux de T2A entre 30 et 35 % en 2006**

**Le Quotidien du Médecin du 19/12/2005**

*Alors que le ministre de la Santé s'apprête à arbitrer sur la part de T2A dans les budgets hospitaliers pour 2006 (« 30 ou 35 % », selon Xavier Bertrand, contre 25 % en 2005), les conférences des directeurs et présidents de CME réaffirment leur demande d'une part de T2A augmentée à 40 %.*

Les quatre conférences (présidents de CME de CHU, de CME de CH, directeurs généraux de Chru et directeurs de CH) ont signé de la même plume un texte qui « *confirme avec insistance la demande de voir augmenter de 25 % en 2005 à 40 % en 2006 le taux* » de la tarification à l'activité dans les budgets hospitaliers publics.

Cette déclaration tombe après la proposition du Conseil de l'hospitalisation qui suggérait de fixer de 30 à 35 % la part de T2A dans les budgets hospitaliers pour 2006. Xavier Bertrand a confirmé en fin de semaine que « *ce sera en effet 30 ou 35 %, on verra les enjeux financiers* ». Rappelons que le rapport de l'Igas et de l'IGF (« le Quotidien » du 12 décembre) soulignait les « *risques inflationnistes incontestables* » de la T2A et préconisait une pause dans sa montée en puissance, ou une hausse limitée.

### **Ne pas démotiver les acteurs, ni freiner la modernisation**

Volontaristes, les présidents des quatre conférences redoutent des arbitrages trop prudents. « *La T2A est l'un des volets du triptyque de la réforme. La mettre en attente déstabiliserait l'ensemble* », assure Paul Castel, président de la Conférence des directeurs généraux de Chru. « *On ne peut pas faire les choses à moitié, le Parlement s'est prononcé là-dessus* », ajoute le Pr Pierre Fuentes (CME de CHU). « *Une réforme est lancée, il faut aller jusqu'au bout, ajoute-t-il. C'est vrai que certains CHU sont aujourd'hui pénalisés, mais ce n'est pas une raison pour remettre en cause le principe. La réforme entraîne des difficultés, mais c'était attendu, reste à trouver des correctifs.* »

Pour les conférences, il faut augmenter la part de T2A pour dynamiser l'hôpital public. Ils estiment même qu'une progression inférieure (au taux souhaité de 40 %) « *serait de nature à freiner la modernisation de l'hôpital public, à démotiver les acteurs qui se sont engagés dans la réforme de la gouvernance, à aller à l'encontre de l'objectif, pourtant réaffirmé par le Parlement, de la recherche d'une convergence tarifaire public-privé* ».

La campagne budgétaire 2005 s'est faite dans de très mauvaises conditions, rappelle au passage Paul Castel (directeurs généraux de Chru). Pour que la T2A soit efficace, il faut, selon lui, « *une plus grande visibilité* ». Autrement dit, connaître très rapidement le taux exact de T2A, et même sur deux ans, si possible. De la même façon, il faudrait que les tarifs des GHS (groupements homogènes de séjour) ne baissent pas au cours de l'année. Enfin, les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), hors T2A, devront être clairement chiffrées. « *Le problème n'est pas technique mais politique*, dit Paul Castel. *Il nous faut une prévision d'activité sincère pour envisager des tarifs stables.* »

### **Séance nocturne des partenaires conventionnels**

#### **La négociation parasitée par la campagne électorale des syndicats**

#### **Le Quotidien du Médecin du 19/12/2005**

La lenteur de la négociation-bilan des partenaires conventionnels suscite une surenchère syndicale alors que se profile le scrutin professionnel du printemps 2006 pour le renouvellement des unions régionales de médecins libéraux.

IL Y A DE L'ORAGE dans l'air à l'approche de la troisième séance de négociation conventionnelle, qui réunira ce soir le directeur général de l'assurance-maladie, les syndicats signataires (Csmf, SML et Alliance) à partir de la nuit tombée et probablement jusqu'au petit matin.

Le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam) a plusieurs raisons de « *jouer la montre* », aux dires de plusieurs syndicalistes. Frédéric van Roekeghem est tenu d'attendre le feu vert du conseil de l'Uncam du 19 janvier avant d'engager la Sécu sur des revalorisations d'honoraires médicaux pour l'an prochain. De toute façon, il a déjà fait valoir que sa tâche de négociateur serait grandement facilitée par des résultats de maîtrise médicalisée maximisés au début de l'année 2006 (1).

« Les Français ne comprendraient pas qu'on revalorise les médecins si les objectifs (de 2005) ne sont pas atteints dans leur grande majorité », a souligné le directeur de l'Uncam la semaine dernière (« le Quotidien » du 14 décembre).

Dans ces conditions, Frédéric van Roekeghem pourrait se contenter de faire tourner un parapheur pour mettre un point final à certains avenants de toilettage de la convention (dont l'avenant consacré à la psychiatrie), suggérer éventuellement quelques thèmes de maîtrise... et surtout éluder la question des masses financières disponibles pour les médecins à l'intérieur de l'Ondam 2006 (objectif de dépenses voté par le Parlement).

#### **Chassang : « On fait des ronds dans l'eau »**

Reste que la patience syndicale s'émousse à l'approche des élections aux unions régionales des médecins libéraux, lesquelles mesureront en avril ou mai 2006 l'audience de chaque organisation au sein de la profession. « On est en train de faire des ronds dans l'eau, s'emporte le président de la Csmf. A un moment donné, on sortira du cercle ! ».

Pour faire pression sur l'assurance-maladie, la branche spécialiste de la Csmf (Umespe) a appelé les médecins spécialistes à boycotter, dès le 1er janvier, la télétransmission des feuilles de soins. Le leader de la Confédération refuse l'idée de reporter toute la négociation tarifaire au 25 janvier, selon le calendrier proposé à ce jour par Frédéric van Roekeghem. Le Dr Chassang accepte de remettre à plus tard les discussions sur une éventuelle hausse de tarif de la consultation généraliste, pour laquelle la Csmf envisage trois étapes d'un euro afin que le C atteigne « 23 euros en 2007 ». En revanche, il ne voit pas pourquoi les deux mesures de revalorisation inscrites dans la convention (la hausse d'un euro de la majoration de coordination des spécialistes correspondants et le bonus de 3 euros sur les consultations généralistes pour les enfants de 2 à 6 ans) ne seraient pas actées dès maintenant puisque les trois conditions sont remplies. « Les honoraires médicaux et les C2 de consultant n'explorent pas et les résultats de la maîtrise médicalisée évoluent positivement, affirme-t-il. Si l'on doit remettre en cause en permanence ce qu'on a prévu il y a un an, je ne joue plus ! »

#### **Agacement du SML**

La posture du président de la première centrale syndicale de médecins libéraux irrite au plus haut point son homologue du SML. « On est bel et bien en campagne électorale ! », commente Dino Cabrera, qui « n'entrera pas dans la surenchère. » Le chef du SML reste convaincu qu'il est « indispensable d'arriver le plus près possible de la cible » fixée par la convention en termes de maîtrise des dépenses en vue de conclure « un accord global » de manière optimale. Félix Benouaich espère, lui, obtenir du directeur de l'Uncam « une date pour les revalorisations », sachant qu'il exclut l'idée d'un report « au 1er mars ou au 1er avril ».

Autre sujet de discorde entre les syndicats médicaux : la création du secteur optionnel (secteur en tarifs opposables assorti de dépassements plafonnés) et la restitution d'un choix de secteur aux spécialistes anciens chefs de clinique assistants (Acça) installés en secteur I, en application de l'accord chirurgiens du 24 août 2004. La nécessité de respecter cet accord, signé par l'assurance-maladie, le gouvernement et les syndicats médicaux, s'impose à tous. Mais il y a divergence sur l'art et la manière d'y parvenir. Le Dr Cabrera prône « la diplomatie et la discrétion » pour faire avancer ce délicat dossier qui était censé être réglé au plus tard le 30 juin 2005. Le SML promet de n'agiter le chiffon rouge de la réouverture du secteur II à honoraires libres pour les Acça qu'en dernier recours, dans l'hypothèse où le conseil de l'Uncam renouvellerait en janvier son veto à la création du secteur optionnel.

Le président de l'Alliance ne lie pas la mise en place de ce nouveau mode d'exercice au point 9 de l'accord sur la restitution d'un « choix de secteur ». A ses yeux, il faut donc « rouvrir le secteur II » tout de suite parce qu'« on ne peut pas laisser sur le carreau les spécialistes qui ont les titres requis ». A la Csmf, le Dr Chassang prend acte que la négociation sur le secteur optionnel « est au point mort » et réclame sans délai un droit d'accès au secteur II pour les 4 000 spécialistes Acça concernés (dont un quart de chirurgiens).

#### **Le secteur optionnel avance dans la coulisse**

La radicalisation du discours syndical signifie-t-elle que le secteur optionnel, compromis entre les secteurs I et II, est voué à l'échec ? Pas vraiment. Tandis que le conseil de l'Uncam et l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance-maladie (Unocam) (2) se montrent jusqu'à présent extrêmement réservés et attentistes, le ministre de la Santé entend reprendre la main sur ce dossier qui engage sa signature et « traîne beaucoup trop ». Invité du grand rendez-vous de l'Association des journalistes de l'information sociale (Ajis), Xavier Bertrand a annoncé « une éclaircie au mois de janvier » sur le sujet. Le secteur optionnel, a précisé le ministre, doit être « tout sauf anecdotique », afin d'attirer à lui des chirurgiens de secteur II et « permettre de sauvegarder l'accès aux soins ». Faute de quoi « il n'y aura plus de chirurgiens de secteur I dans certaines zones » car les jeunes Acca « choisissent le secteur II ». Xavier Bertrand a reconnu qu'il « a demandé à l'Uncam d'en parler même sans mandat officiel » et souhaite que l'Unocam « puisse être mieux associée aux travaux ».

Selon nos informations, on réfléchit au ministère à un schéma de secteur optionnel (inspiré par la Csmf) en tarifs opposables sur 50 % des actes, avec des dépassements de 100 % (sur chaque acte) autorisés sur la part restante de l'activité. Quoi qu'en disent les syndicats médicaux, le secteur optionnel poursuit son sinueux chemin.

(1) Les résultats de la maîtrise sont estimés par les caisses à près de 700 millions d'euros d'économies à la fin de décembre, soit 70 % de l'objectif fixé par la convention pour 2005.

(2) Dans un courrier adressé le 16 novembre au directeur de l'Uncam.

### **Polémique Csmf/Mutualité** **Le Quotidien du Médecin du 19/12/2005**

LA POLÉMIQUE sur les dépassements tarifaires continue entre la Csmf et la Mutualité française (Fnmf, qui représente la quasi-totalité des mutuelles de santé). Dans une lettre ouverte, le président de la Fnmf reproche à Michel Chassang son « attitude arrogante », au lendemain du communiqué de la Csmf accusant la Mutualité de faire de la « désinformation » sur la « dérive » des dépassements. Jean-Pierre Davant annonce son intention de « poursuivre le dialogue avec les syndicats médicaux dans un climat de confiance ». « Cette confiance, ajoute-t-il, ne pourra être préservée si la Csmf nie l'évidence et manie à tout moment l'invective. C'est pour le moins malvenu à l'égard du mouvement mutualiste qui, avec la Sécurité sociale, assure depuis soixante ans aux médecins la stabilité de leurs revenus. »

### **Amiante : l'Andeva dénonce une "mascarade"** **Le Quotidien du Médecin du 08/12/2005**

*Mardi 6 décembre.* L'association nationale de la défense des victimes de l'amiante (Andeva) dénonce "une mascarade de concertation" au lendemain de son premier rendez-vous à la Chancellerie où elle devait faire le point sur l'avancée des procédures pénales engagées dans le dossier de l'amiante. L'Andeva a "hélas, vérifié l'inaction du parquet et le manque total de volonté politique du ministère de mettre fin à une situation déplorable", déplore-t-elle dans un communiqué. Rappelant qu'elle a déposé des plaintes depuis bientôt 10 ans, "mais qu'à ce jour, aucun procès pénal de l'amiante n'a eu lieu", l'Andeva demande à être reçue "dans les plus brefs délais" par le ministre Pascal Clément.

### **Manifestations contre la pénibilité au travail** **Le Quotidien du Médecin du 08/12/2005**

*Mardi 6 décembre.* Plusieurs manifestations ont eu lieu mardi à Paris et dans des villes de province, à l'appel de la CGT et de la CFDT, pour protester contre la pénibilité au travail. Alors que les partenaires sociaux avaient rendez-vous pour une sixième séance de négociation sur ce dossier, des salariés, des secteurs de la métallurgie, de l'agro-alimentaire, de la construction et

de l'énergie notamment, sont venus exiger sous les fenêtres du Medef un droit à la retraite anticipée pour les salariés les plus exposés. *"On doit réparer cette inégalité qui frappe le monde ouvrier : entre un ouvrier et un cadre, il y a cinq ans d'espérance de vie en moins"*, a affirmé Daniel Sanchez, secrétaire général de la fédération CGT-Métallurgie. La CGT demande *"la retraite à 55 ans pleine et entière"* pour les salariés ayant effectué des travaux pénibles, tandis que la CFDT propose un accompagnement du salarié tout au long de sa carrière, et une prise en compte des périodes pénibles pour une retraite anticipée. La prochaine séance de négociation a été fixée au 31 janvier 2006.

### **Un an après la signature des premiers contrats**

#### **Les hôpitaux franciliens sur le chemin du retour à l'équilibre financier**

**Le Quotidien du Médecin du 08/12/2005**

*Les hôpitaux d'Ile-de-France engagés dans une démarche de retour à l'équilibre financier ont commencé à se restructurer. « Le redressement est amorcé », note avec satisfaction le directeur de l'ARH, Philippe Ritter. L'idée, c'est de faire mieux, plus vite, et avec autant, voire moins, de personnel.*

FIN 2003, le tiers des établissements de santé franciliens était en déséquilibre budgétaire, selon les pouvoirs publics. L'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France (Arhif) a repéré les quarante plus mal en point, pour signer un contrat de retour à l'équilibre financier.

Ces établissements ont quatre ans pour redresser la barre. Et pour économiser 150 millions d'euros. Les contrats tablent sur une reprise de l'activité, doublée de mesures de réorganisation interne, passant souvent par la réduction des effectifs.

Un an après la signature des premiers contrats, la dynamique semble bien enclenchée. *« Nous sommes entrés dans un cercle vertueux »*, relève Patrick Houssel, le directeur de l'hôpital de Pontoise.

Les effets se font déjà sentir. L'hôpital d'Arpajon, par exemple, a déjà épongé de moitié son déficit. Celui d'Argenteuil a fait une bonne partie du chemin. *« Nous serons de retour à l'équilibre début 2006 »*, espère son directeur, Maurice Toullalan. A Versailles, l'hôpital va même clôturer l'exercice 2005 avec un excédent budgétaire de 1,5 million d'euros. Mais à côté de cela, il lui reste un trou de 19 millions d'euros - des taxes sur les salaires mandatées mais non payées, et des créances non recouvrables. *« L'argent rentre avec six mois de retard à cause de la tarification à l'activité, d'où ce décalage de paiement. Ça va s'arranger avec le temps »*, anticipe Jean-Yves Laffont, qui dirige l'établissement.

### **Restructurations**

Les aides de l'Arhif comblent en partie le déficit. Ce retour progressif à l'équilibre financier s'explique aussi par les restructurations engagées sur le terrain. A Pontoise, certains services sont regroupés (réanimations, stérilisations) quand d'autres sont créés (chirurgie ambulatoire, chirurgie infantile). *« C'est une reconfiguration profonde de notre offre de soins »*, note le directeur. Après avoir fermé son école d'Ibode (infirmiers de bloc opératoire diplômées d'Etat), non rentable, l'hôpital d'Argenteuil a externalisé son ménage et sa blanchisserie. *« On a aussi accentué la pression sur les génériques »*, indique le directeur. Le retour à l'équilibre dépend désormais de la capacité de l'établissement à recruter des infirmiers sur les postes vacants.

Si les soignants sont épargnés, le reste du personnel sert parfois de variable d'ajustement pour rentrer dans les clous. L'hôpital d'Arpajon, par exemple, prévoit de supprimer 30 emplois sur six cents, dans ses équipes de ménage. D'où la colère des syndicats de personnel.

L'agitation gagne les rangs des médecins, comme l'explique la directrice d'Arpajon, Colette Nodin : *« La transformation d'un des deux services de chirurgie en hospitalisation de semaine a conduit à la fermeture de 15 lits de chirurgie le week-end. Cela suppose de mieux programmer les hospitalisations et de revoir les programmes opératoires, pour faire face aux urgences. Les*

*chirurgiens n'ont plus leurs lits attirés, ils ont du mal avec cette meilleure organisation qui va à l'encontre de leurs habitudes de travail. »*

Parfois, les directeurs se sentent coincés entre les obligations du contrat de retour à l'équilibre, et le climat social local. Ainsi, à l'hôpital de Versailles, Jean-Yves Laffont hésite : « *Notre contrat prévoit de créer un pool d'agents de services hospitaliers pour gagner cinq postes. Notre retour à l'équilibre étant acquis avec les efforts déjà faits, je me demande si je dois appliquer cette mesure et me brouiller avec les syndicats. Il ne faut pas démobiliser le personnel. »*

Pour d'autres établissements, une minorité, le retour à l'équilibre est loin d'être acquis. C'est le cas du centre hospitalier sud-francilien, qui s'appête à demander un délai supplémentaire à l'Arhif pour remplir son contrat. Les restructurations en cours n'ont pas permis de relancer correctement l'activité. « *Notre cas est particulier, puisqu'on résulte de la fusion de deux hôpitaux. Les malades, aujourd'hui, circulent entre les deux sites, explique Joël Bouffiès, le directeur. L'ARH comprend nos difficultés, elle nous a donné de l'argent cette année. Mais à charge pour nous de faire mieux les années à venir. »*

**Philippe Ritter (Arhif) : les objectifs sont tenus, parfois même dépassés**  
**Un entretien avec le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France**  
**Le Quotidien du Médecin du 08/12/2005**

*LE QUOTIDIEN - L'an passé, l'Arhif a sélectionné une quarantaine d'établissements en difficulté pour les aider à revenir à l'équilibre financier d'ici à 2008. Quel chemin a été parcouru en un an ?*

PHILIPPE RITTER - Les situations sont contrastées. Pour la majorité des hôpitaux qui ont signé un contrat de retour à l'équilibre financier (Cref) - 19 en 2004, 26 à la fin 2005, sur les 38 établissements ciblés -, les objectifs du contrat sont tenus, et même parfois dépassés, par la conjugaison d'une meilleure organisation et d'une augmentation de l'activité plus forte que prévue. Certains hôpitaux, en revanche, ont pris du retard, notamment des Psph (1), à cause parfois de la mise en œuvre d'un plan social.

*Quelles économies les hôpitaux concernés doivent-ils réaliser ?*

L'objectif, c'est de faire des gains de productivité de 150 millions d'euros sur quatre ans (entre 2005 et 2008). Dans certains cas, c'est faire plus, mieux, avec les mêmes moyens. En 2005, le redressement est amorcé : la première tranche de gains de productivité de 35 millions d'euros sera réalisée. Pour des raisons structurelles - grâce aux restructurations lancées - et aussi, parfois, pour des raisons conjoncturelles - grâce à des postes vacants non pourvus ou à une augmentation de l'activité supérieure aux prévisions.

*De quelle manière ces contrats affectent-ils l'emploi hospitalier en Ile-de-France ?*

Les charges de personnel représentent 70 % des budgets, donc, il s'agit de faire autant avec moins de personnel ou de faire plus avec le même personnel. Par exemple, le centre chirurgical Marie-Lannelongue a un niveau d'activité supérieur à celui de 2003, avec 250 personnes en moins, soit 25 % d'effectifs en moins. La réduction des effectifs s'opère par le non-remplacement ou l'externalisation. Ce qui ne veut pas dire que l'on crée du chômage : les licenciements secs sont vraiment l'exception. L'emploi hospitalier, globalement, ne diminue pas à cause des restructurations. Quand le ménage ou la restauration sont externalisés, le personnel est repris par l'entreprise privée, avec maintien de son statut. S'agissant des infirmiers, même les établissements en difficulté sont plutôt à la recherche de personnel pour combler les 5 à 10 % d'effectifs vacants. C'est le cas de l'AP-HP, qui embauche des personnels soignants, tout en se réorganisant.

*Les Cref prévoient aussi des restructurations.*

Oui, les efforts portent également sur la réorganisation des laboratoires et des blocs opératoires. Certaines mesures portent, en outre, sur les achats et la réduction de l'intérim. Des réorientations d'activité peuvent être décidées, comme la réorganisation en hospitalisation de semaine. Les coopérations commencent, elles vont se développer pour tenir compte des contraintes de la démographie médicale. Des gardes communes et des complémentarités sont instaurées entre les

établissements proches. Cela rejoint les objectifs du Sros 3. L'offre s'adapte en fonction des besoins ; il n'y a jamais d'abandon d'activité pur et simple.

*Quelles aides l'Arhif verse-t-elle aux hôpitaux en contrepartie de ces efforts ?*

Cent dix millions d'euros en 2004 et 80 millions d'euros en 2005. Parallèlement, les 150 hôpitaux Psph de la région viennent de recevoir une bouffée d'oxygène importante : l'aide exceptionnelle de 48 millions d'euros devrait régler leur problème de surcoûts salariaux une bonne fois pour toutes. Plus de la moitié des Psph vont être remis à flot par les aides apportées cette année. Malgré tout, une vingtaine reste en grosse difficulté.

### **La 9<sup>e</sup> Journée nationale de l'HAD**

**Objectif : 150 000 places en 2025**

**Le Quotidien du Médecin du 08/12/2005**

La France compte aujourd'hui 7 000 places en hospitalisation à domicile (HAD), alternative incontournable de l'hospitalisation traditionnelle. Mais on estime à 150 000 les besoins pour 2025. La IXe Journée nationale de l'hospitalisation à domicile (HAD) s'ouvrira aujourd'hui par un discours de Philippe Bas, ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille et elle se clôturera par une intervention du ministre de la Santé. « L'HAD française est à un tournant de son histoire », assure le Dr Pierre-Jean Cousteix, président de la Fnehad (Fédération nationale des établissements d'HAD). « Une nouvelle réglementation, un mode de financement modernisé, l'appui constant des pouvoirs publics ont permis la création de 4 000 places en cinq ans. »

Le président de la Fnehad entend rendre hommage à l'actuel ministre de la Santé, Xavier Bertrand, qui a décidé d'appliquer la tarification à l'activité (T2A) à la totalité de l'HAD. Cette mesure sera effective dès le 1er janvier prochain. Une excellente nouvelle pour le Dr Cousteix puisque la T2A, en créant un coefficient qui prend en compte le degré de dépendance du malade, permettra de financer davantage de personnel aidant et d'accueillir en HAD des malades de plus en plus gravement atteints.

Le nombre de places en HAD a doublé en quatre ans, avec aujourd'hui un peu plus de 7 000 places autorisées. « Xavier Bertrand voudrait que cela aille encore plus vite », se réjouit le Dr Cousteix. Mais beaucoup reste à faire pour atteindre l'objectif des 150 000 places créées à l'horizon 2025. La Fnehad a des propositions dans sa besace. Notamment permettre aux équipes HAD d'intervenir dans les Ehpad (Établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes), comme ils le font dans les maisons de retraite.

La Fédération suggère également un toilettage des textes qui régissent l'HAD afin de supprimer certaines formules « imbéciles, voire dangereuses », aux yeux du Dr Cousteix. Comme cette circulaire de l'ancienne Direction des hôpitaux qui stipule que les structures HAD dispensent des soins de type hospitalier « pour une durée brève mais renouvelable ». « Il nous faut une vraie circulaire pour l'HAD à la française, concept qui s'est construit au fil des années. »

Pour le Dr Cousteix, l'HAD, qui se situe entre l'hôpital, à la pointe de la technologie, et la médecine de proximité, doit être réorganisée. « Les petits hôpitaux sont voués à se transformer en établissements de soins de réhabilitation et d'accompagnement. C'est le grand chantier de l'HAD de demain. » La Fnehad entend également inciter les médecins libéraux à inscrire davantage leurs patients dans l'HAD.

### **Médecine générale**

**Internes et enseignants se mobilisent**

**Le Quotidien du Médecin du 08/12/2005**

L'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (Isnar-IMG) et le Collège national des généralistes enseignants (Cnge) réclament la création urgente d'une section de médecine générale au Conseil national des universités (CNU). Ils demandent la mise en place du stage obligatoire en soins primaires en second cycle et la création de postes de chef de clinique ambulatoire et de professeur universitaire titulaire de médecine générale. « La médecine générale est la seule spécialité à ne pas bénéficier d'une section au CNU, ce qui est en contradiction totale avec le code de l'éducation ! », estiment l'Isnar-IMG et le Cnge. La titularisation des enseignants associés de médecine générale apparaît indispensable aux internes qui veulent voir leurs thèses présidées par des médecins généralistes. « La patience des internes et enseignants de médecine générale a atteint ses limites. Sans réaction concrète et rapide de nos ministères de tutelle, nous n'hésiterons pas à utiliser des moyens plus bruyants (...) », annoncent-ils. L'Isnar-IMG a déjà programmé une journée nationale d'action le 25 février pour communiquer sur la nécessité d'une filière universitaire de

### **Le 93 veut sauver son indispensable pédopsychiatrie** **L'Humanité 7 décembre 2005**

*Santé . La Seine-Saint-Denis souffre d'un déficit patent de moyens. Reportage à Aulnay-sous-Bois alors que s'ouvrent aujourd'hui les états généraux de la pédopsychiatrie dans le département.*

Une plaque de bois a été accrochée sur la vitre de l'accueil. Dessus, dans une écriture d'enfant : « Bienvenue aux Lits Ados, inaugurés le 29 janvier 2004. » Et c'est signé : Émilie, Romain, Luc et Célia. Quelque part, ces quatre jeunes ont eu de la chance. Ils ont vaincu la pénurie. Et obtenu une place dans ce petit bâtiment moderne, construit sur une pelouse de l'hôpital Robert-Ballanger, à Aulnay-sous-Bois (Seine-Saint-Denis). Ici, le long des couloirs clairs décorés de dessins, sont en effet installés six des dix lits d'hospitalisation pédopsychiatrique prévus pour les adolescents du « neuf trois ». Dix lits pour un territoire habité par près de 400 000 personnes âgées de moins de vingt ans. « C'est tout simplement une catastrophe », résume Clémentine Rappaport, pédopsychiatre et responsable de cette unité. Soulignant, au passage, que sur Paris, pour un nombre quasi équivalent d'enfants, « il y a entre 100 et 200 places. »

### **Dépressions et fugues**

La Seine-Saint-Denis, parent pauvre de la pédopsychiatrie. Le constat n'est pas nouveau. Mais quelques semaines après la vague de violences et de souffrance psychique dont elle a parfois témoigné, il se révèle particulièrement choquant. Entre septembre 2004 et août 2005, Lits Ados, qui accueille des adolescents en grandes difficultés psychiques, a reçu plus de 130 demandes. Faute de places, l'unité n'a pu réaliser que 45 admissions. En majorité, des cas de dépression sévère ou des « troubles du comportement » qui se manifestent par des violences ou des fugues. « La population de Seine-Saint-Denis est très fragilisée, souligne encore Clémentine Rappaport. Il est inadmissible de ne pas répondre à ses besoins. »

Des besoins qui ne cessent de croître. « La crise dans les banlieues l'a montré, il y a beaucoup de désespoir, souligne Sylvain Berdah, chef du service de pédopsychiatrie à Robert-Ballanger. On rencontre pas mal de jeunes impulsifs qui ont connu des ruptures successives, qui sont issus de famille qui vont mal. » À ses yeux, remédier aux malheurs de la pédopsychiatrie en Seine-Saint-Denis doit commencer par une augmentation des moyens en amont, aux centres médicaux psychologiques (CMP) qui sont complètement saturés.

En moyenne, chaque CMP de Seine-Saint-Denis fonctionne avec tout juste deux ou trois psychiatres à mi-temps et une secrétaire. Il n'y a plus d'orthophonistes. Et rares sont les psychomotriciennes. « En fait, le nombre de personnels n'a pas augmenté depuis la création des CMP, il y a une trentaine d'années, souligne Sylvain Berdah. En même temps, les besoins, eux, ont explosé. » Résultat : dans bon nombre de centres, les familles doivent patienter plus de six mois avant d'obtenir une consultation !

### **L'avenir de jeunes en question**

« C'est lamentable, déplore Sylvain Berdah. Surtout que, lorsque les personnes viennent au CMP, c'est que la situation est généralement "mûre" et il convient d'agir vite pour ne pas voir la

pathologie s'enkyster. » Alors, les psychiatres sont amenés à faire un tri, à choisir les situations qui leur paraissent les plus urgentes. « Mais comment en être sûr ? soupire Sylvain Berdah. Des symptômes anodins peuvent parfois cacher les cas les plus lourds... »

L'autre priorité concerne la pénurie de places en hospitalisation de jour, notamment pour les enfants autistes et psychotiques. Le service de Sylvain Berdah, à Robert Ballanger, accueille ainsi entre 75 et 80 jeunes pour... vingt places. « On est obligé aujourd'hui d'organiser un accueil "séquentiel", les enfants viennent seulement une ou deux fois par semaine et non pas tous les jours. » Encore une fois, la situation des adolescents est encore pire. « Il n'existe que dix places sur tout le département, note Clémentine Rappaport. Comment font alors les ados les plus malades qui ne peuvent pas prendre les transports en commun pour aller recevoir des soins à Paris ? »

**Des listes d'attente sans fin...**  
**L'Humanité 7 décembre 2005**

*À l'initiative du Collectif pédopsy 93, des professionnels de la pédopsychiatrie publique, associative et libérale tiennent aujourd'hui leurs « états généraux ».*

Réunis au sein du Collectif pédopsy 93, des professionnels de la pédopsychiatrie publique, associative et libérale de la Seine-Saint-Denis ont décidé de se mobiliser face à la pénurie de moyens qui frappe leur secteur. Ils organisent aujourd'hui, à la bourse du travail de Bobigny, des états généraux de la pédopsychiatrie (1) afin de dénoncer les manques de moyens « qui mettent en danger les soins psychiques des bébés, des adolescents et de leurs parents et donc de leur avenir et de celui de notre société... ».

En quinze ans, le nombre de consultations a doublé dans le département. Le collectif en a enregistré, en 2004, plus de 150 000 pour 17 000 jeunes patients nécessitant une prise en charge. Face à cette demande exponentielle, les structures d'accueil manquent. Pour une population d'enfants égale à celle de Paris, la Seine-Saint-Denis ne compte que 11 lits d'hospitalisation pour les enfants, dix pour les adolescents et 140 places en hospitalisation de jour.

Faute de pouvoir répondre aux demandes de suivi psychologique, il existe désormais des listes d'attente dans tous les lieux de consultation du département. Le collectif parle même de « zones de non-soins » où il faut s'inscrire un an à l'avance pour obtenir un premier rendez-vous.

Le collectif entend donc « porter l'exigence d'une politique de santé mentale cohérente » qui fasse une « priorité » de « l'offre soins pour les nourrissons, les enfants, les adolescents et leurs familles ».

(1) Les états généraux de la pédopsychiatrie en Seine-Saint-Denis. Mardi 6 décembre. Bourse du travail de Bobigny, de 9 heures à 18 heures.

**Alzheimer, des malades à ne pas oublier**  
**L'Humanité 7 décembre 2005**

*La progression accélérée de cette maladie, qui touche déjà 800 000 personnes en France, accentue la difficulté de la prise en charge des plus âgés.*

C'est une maladie qui fait terriblement peur parce qu'elle détruit ce que l'homme a de plus précieux, son cerveau et sa mémoire, parce que la médecine n'en cerne pas encore tout à fait les causes et parce que les traitements actuels ne font que retarder son échéance mortelle. Et le 4e Congrès des unités de soins Alzheimer, qui a réuni la semaine dernière à Nice-Acropolis un millier de spécialistes, n'était pas fait pour rassurer. Le nombre de malades est en effet en progression constante. La France compte aujourd'hui quelques 800 000 malades, dont 747 000

âgés de plus de 75 ans. Les deux tiers sont des femmes et un peu plus de la moitié des citadins. Plus inquiétant encore, on compte plus de 200 000 nouveaux cas par an, dont 15 % sont âgés de moins de 75 ans. Toutes les études épidémiologiques montrent qu'en 2020, un Français de plus de 65 ans sur quatre sera affecté par cette maladie, première cause de démence en Europe, si rien n'est fait. Or, les freins à l'action sont nombreux : dysfonctionnements dans le parcours du patient, difficultés à mettre en place un dépistage systématique, offre gériatrique hospitalière insuffisante...

Les perspectives thérapeutiques, elles, semblent plus limitées. Aujourd'hui, l'espoir le plus solide repose sur une meilleure compréhension des facteurs de risque et des causes de la maladie, ainsi que de son évolution. Il n'existe en effet aucun traitement curatif contre la maladie d'Alzheimer et la recherche, prometteuse, sur les marqueurs biologiques (des indicateurs du corps humain dont le dosage permet de dépister la maladie) n'avance que très lentement. « Un vaccin non plus n'est pas pour demain et nous nous orientons, comme pour le SIDA, vers une trithérapie qui permettra non pas de transformer la maladie mais d'améliorer grandement l'état du malade », résume le professeur Bruno Vellas, coordonnateur du pôle de gériatrie des hôpitaux de Toulouse. Ce dernier a présenté au congrès de Nice les résultats très intéressants d'une étude menée, grâce à la collaboration de 16 CHU, sur 700 patients durant quatre ans. Il apparaît que durant la première année de prise en charge hospitalière, 60 % des patients voient leur maladie se stabiliser et, pour 8 %, leur santé s'améliorer. Au bout de deux ans le taux de stabilité (25 %) est toujours supérieur au taux de mortalité (10 %). Reste à savoir précisément pourquoi. Pour le professeur Vellas, la priorité est à une meilleure information du public. « Il y a vingt ans, le cancer terrifiait tout le monde ; aujourd'hui, il est mieux combattu parce qu'il est mieux connu à la fois par tout un chacun et par les médecins généralistes. Il faudrait qu'il en soit de même prochainement pour la maladie d'Alzheimer. Car, aujourd'hui, deux cas sur trois ne sont pas diagnostiqués et sept malades sur dix ne sont pas traités. »

#### **Seul un quart des malades traités**

La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative qui se traduit par des troubles de la mémoire et d'au moins une autre fonction intellectuelle (orientation, langage, jugement, raisonnement). Son évolution est progressive et continue et s'étend sur huit à douze ans entre le début des troubles et le décès. 25 millions de personnes en souffrent dans le monde. 80 % des patients font l'objet d'un suivi médical mais seulement 27 % d'entre eux bénéficient d'un traitement, soit dans un hôpital, soit dans une maison de retraite hébergeant une unité spécialisée.

#### **CHU : une mission pour le sénateur Francis Giraud Le Quotidien du Médecin du 02/12/2005**

LE PREMIER MINISTRE vient de confier au sénateur UMP des Bouches-du-Rhône, le Pr Francis Giraud, une étude sur l'avenir des CHU, alors même que les directeurs de ces établissements et les médecins, notamment les présidents des CME, s'inquiètent régulièrement de la situation médicale et financière de ces hôpitaux. Le parlementaire, qui sera chargé de mission auprès du ministre de la Santé et du ministre délégué à l'Enseignement supérieur et à la Recherche, aura six mois pour présenter ses conclusions.

Le Pr Francis Giraud connaît bien la « maison ». Interne des hôpitaux de Marseille dès 1955, quelques années avant la mise en place des CHU dans le cadre de la réforme Debré, il a quitté le centre hospitalo-universitaire de la Timone, à Marseille, quarante ans plus tard, après avoir mené, explique-il, « une carrière hospitalière, universitaire et de recherche en pédiatrie et génétique médicale ». Une histoire qui a sans doute compté beaucoup dans sa désignation par Dominique de Villepin comme chargé de mission de réflexion sur les CHU.

Sénateur UMP des Bouches-du-Rhône depuis 1998, ce proche de Jean-François Mattei, ancien ministre de la Santé et aujourd'hui président de la Croix-Rouge française, devra rapidement se mettre à sa mission.

Son rapport est en effet attendu avec une certaine impatience par les directeurs des CHU et les médecins de ces établissements qui n'ont de cesse depuis plusieurs mois de mettre en garde le gouvernement contre les dangers financiers et même médicaux qui menacent les CHU.

On se souvient que, lors d'un entretien en septembre avec « le Quotidien », Paul Castel, président de la Conférence des directeurs de CHU, affirmait sans ambages que les CHU étaient dans le brouillard et qu'il fallait les en sortir rapidement. Inquiétude aussi du côté des présidents des commissions médicales de ces établissements (CME), pour qui les centres hospitalo-universitaires n'ont plus aujourd'hui les moyens de remplir leurs tâches de soins, d'enseignement et de recherche.

*« Les CHU, explique Francis Giraud, ont considérablement évolué depuis 1958, et il faut étudier toutes les conséquences que les évolutions économiques, médicales et démographiques peuvent avoir sur le fonctionnement des centres hospitalo-universitaires. »*

Le CHU doit certes demeurer un pôle de référence, capable de réunir des compétences « en matière de soins et de transmission des savoirs », mais il conviendra aussi, affirme le Pr Giraud, de « préciser le rôle qu'il doit remplir en matière de soins courants, en particulier pour les personnes âgées ou les populations les plus précaires ».

### **Congrès de la Fédération de l'hospitalisation privée Les Français ont une bonne opinion des cliniques Le Quotidien du Médecin du 02/12/2005**

A L'OCCASION de son congrès annuel, qui se tient depuis hier à Nice, la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) a rendu public un sondage sur l'opinion des Français à l'égard de l'hospitalisation privée.

Selon les résultats de ce sondage (1), 80 % des personnes interrogées ont une bonne opinion des cliniques privées et 83 % apprécient, outre la qualité des soins dispensés, l'accueil et le confort hôtelier qu'ils y trouvent. De même, 79 % des sondés estiment que les cliniques privées sont à taille humaine, 65 % jugent qu'elles offrent une prise en charge et un accompagnement personnalisé, et 59 % pensent que ces établissements privés disposent d'équipements médicaux de haute qualité.

Paradoxalement, les Français conservent un certain nombre d'idées reçues à l'égard des établissements de soins privés ou manquent d'informations : 46 % d'entre eux estiment que ces établissements sont uniquement réservés à des patients aisés ; seulement 35 % des sondés savent que ces établissements assurent plus de la moitié des actes de chirurgie et 24 % savent que plus de la moitié des traitements anticancéreux sont dispensés dans des cliniques privées.

Par ailleurs, 39 % des sondés jugent que la qualité des soins assurés par les cliniques s'est « plutôt améliorée » au cours des dernières années, 34 % qu'elle n'a pas changé et 7 % qu'elle s'est « plutôt détériorée ».

### **Connaître chaque euro dépensé**

Commentant les résultats de ce sondage, Ken Danis, président de la FHP, s'est réjoui de ce que « les Français aiment les cliniques privées », même s'ils ne savent pas toujours qu'il s'y effectue en moyenne « 60 % des actes chirurgicaux ». Il s'est lancé dans un plaidoyer en faveur de l'hospitalisation privée : « L'hôpital, public et privé confondus, coûte 60 milliards d'euros par an à l'assurance-maladie, répartis en 50 milliards environ pour l'hôpital public et 10 milliards pour le privé ».

Or, selon Ken Danis, une circulaire ministérielle de février 2005 confirme que les tarifs du privé sont inférieurs de 40 % à ceux du secteur hospitalier public. « Ce qui veut dire que les 60 milliards d'euros annuels payés par l'assurance-maladie sont mal gérés, résume-t-il. Ils servent parfois à payer des soins trop chers ou on ne sait pas toujours à quels soins ils correspondent, tout au moins

pour ce qui relève de l'hospitalisation publique.» « Pour sa part, affirme Ken Danis, l'hospitalisation privée a achevé sa restructuration et depuis l'entrée en vigueur de la T2A (tarification à l'activité), on sait à quoi correspond chaque euro dépensé. »

Ce n'est donc pas un hasard si le congrès de la FHP a pour fil directeur « le défi de la restructuration du secteur public hospitalier et la convergence des tarifs ».

En dix ans, rappelle Ken Danis, l'hospitalisation privée a mené à bien sa restructuration. Près de 300 établissements privés ont fermé, alors que dans le même temps le nombre de personnels soignants a augmenté, ainsi que le nombre d'actes.

« C'est la preuve que la restructuration ne signifie ni baisse d'activité ni baisse de qualité, au contraire. Ce qui a été imposé par la loi à l'hospitalisation privée, on l'épargne à l'hospitalisation publique ; mais la loi est la même pour tout le monde », a-t-il martelé. Pour Ken Danis, « il est urgent que l'hôpital public procède à sa restructuration, faute de quoi on va construire une gigantesque Sncm bis (Société nationale maritime Corse-Méditerranée) ».

(1) Sondage effectué par la Sofres les 23 et 24 novembre 2005 sur un échantillon représentatif national de 1 000 personnes selon la méthode des quotas.

**La crise de la psychiatrie publique  
Les spécialistes ne désarment pas  
Le Quotidien du Médecin du 02/12/2005**

L'Intersyndicat de défense de la psychiatrie publique (Idepp) s'inquiète de la crise budgétaire et démographique qui secoue la spécialité. Il redoute également la remise en cause de trois grands acquis : la prime « multisite », les secteurs et la nomination ministérielle. Il appelle à une journée d'action en janvier.

UN PEU partout en France, la psychiatrie publique s'est mobilisée mardi, organisant des assemblées générales dans les établissements, voire des grèves (hôpital psychiatrique de Montfavet, dans le Vaucluse, de la Maison Blanche, en région parisienne). L'Idepp, l'Intersyndicat de défense de la psychiatrie publique, réuni en assemblée générale à Sainte-Anne, à Paris, appelle désormais les psychiatres publics à une grande journée de mobilisation et de grève, qui devrait se dérouler dans les deux dernières semaines de janvier.

D'ici là, l'Intersyndicat indique qu'il se joindra aux diverses actions de défense de l'hôpital public et des praticiens hospitaliers. Il devrait donc exprimer sa solidarité auprès des chirurgiens, des urgentistes et de la CPH (Confédération des praticiens des hôpitaux) qui prévoient une journée d'action la semaine prochaine pour la défense, entre autres, de l'Ircantec (la retraite complémentaire des PH).

**De 800 à 1 000 postes vacants**

L'Idepp dénonce une crise de la psychiatrie publique autour de trois volets. La crise est budgétaire, d'abord. « Nous estimons que les crédits budgétaires pour l'hôpital ont diminué de 2 %, explique le Dr Norbert Skurnik, président du Syndicat des psychiatres de secteur (SPS). Si l'on chiffre les acquis du plan Santé mentale à + 2 %, on peut dire qu'il n'aura fait que colmater le trou. » Mais sans donner aux établissements les nouveaux moyens budgétaires qu'ils réclament.

Face aux psychiatres, impatients de voir venir dans leurs établissements les budgets prévus par ce plan, Jean Castex, le directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins (Dhos), demandait il y a quelques semaines d'attendre la fin de l'année pour faire les calculs et juger sur pièce.

La crise est également, et comme pour beaucoup d'autres spécialités, démographique. « Nous comptons entre 800 et 1 000 postes vacants de psychiatres publics et plusieurs milliers de postes d'infirmière », précise encore le Dr Norbert Skurnik.

### **La prime « multisite »**

Enfin, l'Idepp axe son action sur trois « avancées » qui lui semblent « mises en danger ». Elle réclame que la nomination des praticiens hospitaliers et des chefs de service reste de l'autorité du ministre de la Santé. Les discussions qui ont lieu actuellement à la Dhos sur le statut du PH semblent plutôt aller dans ce sens. L'Intersyndicat espère, en outre, que les futurs pôles hospitaliers correspondront aux secteurs de psychiatrie. Ces secteurs, instaurés par une circulaire ministérielle dans les années 1960 et qui représentent une unité administrative d'environ 70 000 habitants (adultes et 200 000 enfants), ont comme principe de coordonner des équipes soignantes chargées à la fois de la prévention, du diagnostic précoce, du traitement et du suivi des patients.

L'un des objectifs est d'assurer le plus souvent possible le traitement du patient en dehors de l'hôpital psychiatrique et au plus près de son milieu de vie habituel.

Cette politique de secteur constitue « un progrès humaniste indiscutable » pour le Dr Skurnik et qu'il faut à tout prix préserver. Or c'est précisément la sectorisation qui est à l'origine de la troisième grande revendication de l'Idepp : l'attribution de la prime multisite.

Cette prime, qui s'élève à 400 euros par mois, est allouée aux médecins qui exercent dans différents établissements. Les psychiatres n'en bénéficient pas, bien que ce soient « ceux qui bougent probablement le plus », assure le Dr Skurnik, puisqu'ils peuvent exercer dans divers établissements du même secteur. Or les différents centres, bien qu'ils soient souvent éloignés les uns des autres, appartiennent à la même unité juridique.

Le système semblait débloqué depuis le 1er juillet, mais les psychiatres n'ont encore rien reçu. L'allocation devrait être rétroactive. Ce problème reste, aux yeux du président du SPS, « bien symbolique de la façon dont on se moque de nous ».

### **Un secteur en mal de reconnaissance**

#### **Les hôpitaux privés se fédèrent en association**

***Le Quotidien du Médecin du 02/12/2005***

LE PAYSAGE hospitalier français compte un nouvel organisme depuis quelques jours : l'Association des hôpitaux privés sans but lucratif (site Internet : [www.hpsbl.org](http://www.hpsbl.org)). A l'origine de sa création, cinq établissements franciliens - Diaconesses Croix-Saint-Simon, Foch, fondation Adolphe-de-Rothschild, institut mutualiste Montsouris, Saint-Joseph -, désireux de faire entendre la voix du secteur hospitalier privé à but non lucratif.

L'idée est partie d'un constat : « En France, il y a trois systèmes hospitaliers (public, privé commercial et privé non lucratif, ndlr) : deux sont connus, le troisième est inconnu », observe Jean-Claude Hirel, le président de la nouvelle association, et également président du groupe Diaconesses - Croix-Saint-Simon.

L'objectif de l'association est double : faire connaître et reconnaître le secteur hospitalier privé non lucratif, autant auprès du grand public que des tutelles. Un secteur mis à mal par la mise en place des 35 heures et en proie à de sérieuses difficultés budgétaires. Les cinq établissements fondateurs invitent leurs homologues - il y a environ 900 hôpitaux privés sans but lucratif en France - à les rejoindre au sein de l'association, pour constituer « une force de propositions ».

Sans pour autant s'opposer aux travaux de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif. Mais la Fehap regroupe d'autres catégories d'établissements, 2 850 au total, parmi lesquels des maisons de retraite, des crèches, des centres d'hébergement pour handicapés. Les hôpitaux privés, au milieu de ce rassemblement hétéroclite, « se sentent un peu seuls », regrette Jean-Claude Hirel. D'où leur volonté de s'unir au sein d'une association bien à eux.

Ladite association avance d'ores et déjà une proposition concrète pour faire évoluer les débats du moment sur la tarification à l'activité (T2A) : « Nous demandons le passage à la T2A à 100 % dès maintenant, sans attendre 2012, pour tous les hôpitaux privés qui seraient volontaires, expose Jean-Claude Hirel. Cette expérimentation permettrait d'éclairer le débat. »

L'association envisage également de communiquer bientôt sur les autres dossiers brûlants propres au secteur privé non lucratif - différentiel de reports de charges avec le secteur public, insuffisance du financement des 35 heures. S'agissant des problèmes budgétaires, toujours d'actualité malgré les aides exceptionnelles accordées par le ministère de la Santé, « on veut aider à trouver des solutions pérennes, pour ne plus être obligés tous les ans d'aller faire la manche en fin d'année », précise, en outre,

De son côté, la Fehap vient d'annoncer le lancement d'un numéro de téléphone (0825.400.400), destiné aux patients et aux professionnels de santé, dont l'objectif est de présenter en détail les activités des établissements privés à but non lucratif. Avec ce « nouveau mode de communication », la Fehap se dit « résolue à faire connaître le secteur privé à but non lucratif ».

### **Le Dr Patrick Pelloux repart en croisade**

**Urgences : l'Amuf appelle à la grève pour le 8 décembre**

**Le Quotidien du Médecin du 30/11/2005**

*L'Association des médecins urgentistes de France (Amuf), dirigée par le Dr Patrick Pelloux, déplore une fois de plus la saturation des hôpitaux, accentuée par l'arrivée des grands froids. Elle entend exprimer son ras-le-bol face à des conditions de travail de plus en plus difficiles, faute de moyens décents, dans une grève reconductible pour le 8 décembre. Elle se joint à la journée d'action de la CPH pour défendre l'Ircantec, la retraite complémentaire des PH.*

#### **« CELA commence à bien faire »**

Le dernier « coup de gueule » du Dr Patrick Pelloux n'est pas très inédit, mais il est en tout cas d'actualité. « Chaque année, les pouvoirs publics se réveillent en novembre-décembre et découvrent que, en hiver, il fait froid », peste le président de l'Amuf (Association des médecins urgentistes de France). « Xavier Emmanuelli l'a dit\* : les urgences sont le dernier recours des sans-abri. Nous nous battons toujours pour que les urgences accueillent tout le monde, mais elles doivent rester le dernier recours car elles sont déjà saturées. » Et encore, les épidémies hivernales n'ont pas commencé. « Le problème déborde largement des hôpitaux... Il y a toute une politique sociale à revoir. On pourrait, en attendant, réfléchir à l'accueil transitoire des démunis à l'hôpital. »

### **L'Ircantec en danger**

L'Association des urgentistes a surtout exposé une « plate-forme des revendications » qui motivent leur appel à la grève pour le 8 décembre. La CPH (Confédération des praticiens des hôpitaux, menée par le Dr Pierre Faraggi) lance une journée d'action pour mobiliser les PH sur la réforme en cours de l'Ircantec, leur retraite complémentaire (« le Quotidien » de lundi). L'Amuf, membre de la Confédération, se joint au mouvement. Selon elle, le gouvernement avance des projections dont la validité est « discutable » et l'Ircantec, « actuellement excédentaire, ne nécessite pas de mesures précipitées ». « La lettre du ministre n'est en rien rassurante, s'insurge le Dr Pelloux, puisqu'elle remet les négociations au lendemain de la mise en application ! »

### **Désintérêt des médecins**

Mais l'action de l'Amuf ne s'arrête pas là. Elle dénonce la réforme du statut du PH qui, selon elle, porte atteinte à « l'accès aux soins, l'indépendance du médecin et, par delà, à sa liberté de prescription ». Elle refuse la création d'une part variable de rémunération « assortie d'un contrat d'objectif financé et dans une logique productiviste », explique l'agitateur Pelloux. « Le dogme selon lequel plus on donnera de l'argent aux médecins, plus ils travailleront, est une blague. Le gouvernement est malhonnête, car les outils pour rémunérer le temps additionnel existent déjà dans les accords RTT. »

Le Dr Pelloux exerce aux urgences de Saint-Antoine, à Paris, qui est l'un des établissements anticipateurs de la nouvelle gouvernance. « *Nous, aux urgences, on voit toutes les pathologies. Nous recevons 145 personnes par jour et nous avons calculé qu'il nous faut quatre à cinq minutes par patient pour codifier les actes accomplis...* »

L'Amuf réclame encore la reconnaissance de l'intégralité du temps de travail et, donc, une indemnisation des gardes égalitaire pour tous les médecins. « *La reconnaissance du temps de travail de nuit est un acquis qu'il faut défendre absolument.* » Il en sera d'ailleurs question aux Journées européennes des urgences qui s'ouvrent demain à Arles. Les urgentistes de l'Amuf demandent, en outre, un financement identique pour les services d'urgences hospitaliers à celui des Samu. Ce budget devrait, selon eux, s'intégrer aux Migacs (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation).

En résumé, l'Amuf se plaint du manque de moyens dans les hôpitaux en général, dans les services d'urgences en particulier. Elle déplore au passage le désintéret des médecins sur ces questions professionnelles. « *Nos confrères PH ne se tiennent pas du tout au courant, ils pensent qu'on en est encore aux discussions, alors qu'on en est aux négociations. Le gouvernement, lui, sait que le système craque ; mais, dans le même temps, il a bien compris qu'il n'est pas dans la culture du corps médical de se syndiquer et de revendiquer. Et il a trouvé des cautions dans les quelques syndicats (du reste non représentatifs), qui avalisent des mesures dont ils savent qu'elles ne fonctionneront pas.* » Reste à voir si ces PH se mobiliseront le 8 décembre, pour défendre l'Ircantec et les autres dossiers.

\* *Le président fondateur du Samu social de Paris a déploré vendredi dernier « le manque de places en centre d'hébergement d'urgence » dans « l'Humanité ».*

### **La préparation des Sros de troisième génération**

#### **L'Alsace présente son programme**

#### **Le Quotidien du Médecin du 30/11/2005**

*Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Alsace, André Aoun, a présenté les grands axes du nouveau Schéma régional d'organisation des soins (Sros) qui devrait se traduire par des restructurations conséquentes.*

Le prochain schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) d'Alsace va renforcer les synergies entre plusieurs hôpitaux de la région, notamment à Strasbourg et en Alsace centrale. Ce Sros, dit « de troisième génération », sera promulgué au plus tard le 30 mars prochain.

C'est ainsi que les services d'orthopédie du centre de traumatologie d'Illkirch, établissement dépendant de la Sécurité sociale, seront transférés aux Hôpitaux universitaires de Strasbourg (HUS), et céderont la place à de nouvelles activités de soins de suite et de réadaptation. En outre, les deux établissements vont, dès à présent, réorganiser leurs services d'urgences en traumatologie : Illkirch continuera à les accueillir le jour, mais Hautepierre (HUS) les centralisera toutes les nuits. En outre, les hôpitaux de Sélestat et d'Obernai, dans le sud du Bas-Rhin, vont rapprocher leurs activités. Vingt millions d'euros seront investis pour réaliser un pôle hospitalier qui réunira les deux établissements et confirmera le « rôle de référence » de Sélestat. Cet hôpital assurera toute la radiologie de celui d'Obernai, puis les hospitalisations en chirurgie, Obernai conservera un service de chirurgie ambulatoire.

A moyen terme, la maternité d'Obernai, qui réalise 550 accouchements par an, pourrait être transférée à Sélestat. En contrepartie, les activités de gériatrie et de médecine polyvalente de l'hôpital d'Obernai seront renforcées.

Pour le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Alsace, André Aoun, ces évolutions, comme les autres grands axes du Sros III, visent à anticiper les problèmes de démographie médicale qui se poseront à terme dans la région : les « petits » hôpitaux ont de plus en plus de mal à recruter des spécialistes, surtout s'ils doivent être seuls à assurer un service. A moyen terme, l'ARH souhaite aussi réfléchir à l'avenir des hôpitaux d'Altkirch et de Thann, dans le sud de la région, ainsi qu'à celui de Wissembourg, à l'extrême nord de l'Alsace : pour André Aoun, il serait

d'ailleurs intéressant que cet avenir se définisse en concertation avec le Palatinat (Allemagne), tout proche.

Au-delà des établissements eux-mêmes, le futur Sros 2006-2011 comporte 18 thématiques et 4 axes principaux, dont un renforcement de la coopération entre les hôpitaux, les établissements médico-sociaux et la médecine de ville. Ces coopérations se développeront à l'intérieur des quatre territoires de santé, créés en Alsace, eux-mêmes découpés en zones de proximité, et qui associeront tous les acteurs de la santé. En outre, le Sros entend améliorer la cohérence du parcours du patient, tant pour le premier accès aux soins qu'une fois dans une filière, mais aussi mieux adapter l'hôpital aux personnes très âgées et, enfin, développer les démarches de qualité et de bon usage dans tous les secteurs. Fruit « d'une longue et réelle concertation », selon le directeur de l'ARH, le nouveau Sros sera présenté très prochainement dans les quatre territoires de santé alsaciens pour d'ultimes concertations.

### **Investissements**

Comme l'a rappelé André Aoun, la politique de « réallocation » et de redéploiement des structures permet, malgré les contraintes financières, de poursuivre les investissements hospitaliers dans la région. « Outre les programmes de modernisation des hôpitaux, nous avons pu rattraper le retard alsacien en matière de scanners et d'IRM, et Mulhouse disposera incessamment d'un nouveau PET-scan, le second de la région, qu'il partagera avec Colmar », a-t-il souligné, alors même que « les dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux ont progressé de 40 % en 2005 par rapport à 2004. »

### **Veinotoniques**

**La Macif ne prendra pas en charge le taux de 15 %  
Le Quotidien du Médecin du 30/11/2005**

La mutuelle Macif-Mutualité vient d'annoncer une hausse moyenne de 1,8 % de ses tarifs en santé individuelle pour 2006 (et non 3 %, comme certaines informations pouvaient le laisser croire). Elle tient également à préciser qu'elle ne prendrait pas en charge les dépenses liées à la diminution du taux de remboursement à 15 % des veinotoniques, disposition contenue dans le Plfss 2006. Pour la mutuelle, cette mesure aboutit en effet « au transfert de dépenses de la solidarité nationale vers la solidarité mutualiste ».

En conséquence, la Macif « et ses mutuelles associées rejettent ce transfert qui pourrait conduire à une séparation entre risques élevés pris en charge par l'Etat et risques faibles pris en charge par les individus au sein de complémentaires santé ».

**Un entretien avec le ministre de la Santé à dix jours de l'ouverture des négociations conventionnelles  
Xavier Bertrand : la revalorisation des médecins généralistes est la priorité  
Le Quotidien du Médecin du 28/11/2005**

« Les généralistes doivent être cette fois les premiers au rendez-vous des revalorisations », déclare Xavier Bertrand, ministre de la Santé, alors que la négociation caisses/médecins s'ouvre le 7 décembre. Dans un entretien avec « le Quotidien », il demande aux partenaires conventionnels d'examiner « l'augmentation du C » et un « forfait de prévention ». Il veut donner « très rapidement une lisibilité » aux médecins référents. Il parie sur l'« accélération » de la maîtrise médicalisée en fin d'année. Il estime par ailleurs que le dossier médical sur les prescriptions, établi en lien avec les pharmaciens, sera opérationnel avant le 1er juillet 2007.

**LE QUOTIDIEN - Les négociations conventionnelles vont s'engager le 7 décembre. Pour les préparer, est-il exact que vous organisez un dîner de cadrage le 30 novembre ?**

**XAVIER BERTRAND** - Comme je le fais régulièrement, je vais recevoir mercredi les syndicats médicaux signataires. Mais je verrai aussi prochainement M. Costes et M. Régi (présidents de MG-France et de la FMF,

non signataires). Il ne s'agit pas d'une réunion de cadrage des négociations mais d'un rendez-vous qui s'inscrit dans un processus assez habituel où je vois l'ensemble des syndicats de médecins.

**Vous avez pris position en faveur de revalorisations d'honoraires en 2006. Pour les généralistes, cette revalorisation passe-t-elle par la hausse du C ?**

Je veux d'abord rappeler la règle : il ne peut y avoir des revalorisations que si les résultats de la maîtrise médicalisée sont au rendez-vous. Les marges de manœuvre sont créées par la maîtrise médicalisée. Cette deuxième étape conventionnelle signifiera donc à la fois de nouveaux engagements de maîtrise médicalisée des médecins et, c'est vrai, des revalorisations. Et pour moi ce sont les généralistes qui doivent cette fois être les premiers au rendez-vous des revalorisations. Pourquoi ? Parce que la réforme a conforté la place du médecin de famille. Derrière la signature du formulaire médecin traitant doit maintenant se développer la démarche coordonnée des soins, la prise en charge globale du patient avec un accent fort sur la prévention et donc un rôle encore plus important du médecin généraliste. Je demande aux partenaires conventionnels d'examiner plusieurs perspectives : la hausse du C mais aussi un forfait de prévention, qui constitue une piste de travail à étudier jusqu'au bout. Je sais que pour la profession la voie du C est la plus lisible, mais n'écartons pas les autres possibilités, y compris l'extension du forfait pour le médecin traitant (réservé pour l'instant aux ALD).

**Reste que, selon la Cnam, l'engagement de 998 millions d'euros d'économies pour 2005 ne serait rempli qu'aux deux tiers ?**

Les prévisions tablent sur 675 ou 700 millions d'euros d'économies en fin d'année. Pour ma part, je pense que nous serons au-delà de ces chiffres au 31 décembre. Certains résultats sont meilleurs que prévus, d'autres en deçà des engagements. Sur les arrêts de travail, où nous attendions 150 millions d'euros, nous serons à 420 millions d'économies. Sur les statines, le taux de progression a ralenti nettement (autour de 3 % en 2005), mais ce n'est pas le montant qui avait été fixé dans la convention. La tendance est encourageante sur les psychotropes, mais nous ne sommes pas au niveau des économies programmées. De même sur le respect du « bizona », où nous avons une baisse de 1,2 point contre un objectif de 5 points.

**L'EXTENSION DU FORFAIT MEDECIN TRAITANT NE DOIT PAS ETRE ECARTEE**

Sur tous les postes, je souhaite un examen détaillé pour comprendre pourquoi certaines régions ont de meilleurs résultats. Je ne sais pas si nous aurons atteint les 998 millions d'euros dès le 31 décembre, mais je suis convaincu que nous aurons une montée en puissance de la maîtrise. C'est à partir du moment où nous aurons effectivement constaté ces 998 millions d'euros que sera lancée la deuxième étape : nouveaux objectifs et revalorisations.

**Cela signifie-t-il que les revalorisations ne s'appliqueront pas au 1er janvier 2006 mais quelques mois plus tard, en mars, par exemple ?**

Tous les responsables, politiques ou syndicaux, savent qu'on est jugé sur les résultats. Encore une fois, je crois à une accélération de la maîtrise médicalisée, à un effet boule de neige. Les engagements de la convention seront-ils respectés en février, en mars ? J'ai mon idée là-dessus, mais rien ne nous empêche de parler des choses avant.

**Un bon nombre de médecins référents demandent la prorogation de l'option. Ont-ils raison ?**

Il va falloir donner très rapidement de la lisibilité aux médecins référents. Cela aurait dû être fait pour le 15 novembre (par un avenant conventionnel) ! Il ne faut plus que cela tarde, ces médecins ont le droit de savoir de quoi l'avenir sera fait. L'avenant devra respecter l'intérêt des patients qui avaient choisi un médecin référent, avec un certain nombre d'avantages à la clé, mais également apporter des garanties aux médecins concernés. Je n'approuverai pas n'importe quel type d'accord. Mais le médecin traitant a vocation à accueillir ceux qui étaient référents. N'ayons pas de débats sémantiques.

**Le Plfss 2006, qui vient d'être adopté, garde de nombreux détracteurs qui ont souligné les transferts de charges sur les complémentaires et les assurés. Que leur répondez-vous ?**

Je réfute l'idée d'un transfert de charges sur les assurés. Notre choix a justement été de ne pas solliciter les assurés sociaux et les professionnels au-delà de ce qui leur était demandé dans la réforme 2004. Cette année, nous avons sollicité l'industrie pharmaceutique et, dans une moindre mesure, les assureurs complémentaires. J'assume cette décision. D'autant qu'avec les baisses de prix de nombreux médicaments, les remboursements et la maîtrise des dépenses, les organismes complémentaires réaliseront des économies supérieures à leurs dépenses nouvelles. S'ils le contestent, qu'ils présentent leurs chiffres. Pour ma part, je m'en remets aux travaux du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie et à ses conclusions sur la question. Si une complémentaire veut augmenter ses tarifs en 2006, c'est son droit. Mais qu'elle ne dise pas

que c'est à cause de la réforme ou du Plfss. Quant au forfait de 18 euros sur les actes lourds, si l'on fait une moyenne, les personnes concernées le seraient une fois tous les dix ans !

**L'industrie pharmaceutique est remontée contre la hausse de la taxe sur le chiffre d'affaires. Elle estime que des milliers d'emploi sont en jeu, évoque une rupture de contrat...**

Personne ne peut affirmer que les mesures prises vont détruire des emplois. La question est de savoir si on pourra payer le médicament à son juste prix. Mon message à l'industrie, c'est que nous avons tous besoin de la réussite de la réforme pour sauver notre système qui permet de prendre en charge des nouveaux traitements contre le cancer à 1 500 euros par mois. Nous continuerons à rembourser ces médicaments innovants particulièrement onéreux. Quant à la politique conventionnelle avec les laboratoires, elle n'est nullement remise en cause. Les industriels sont préparés depuis des années aux déremboursements des Smri. La taxe sur le chiffre d'affaires, qui est exceptionnelle, représente un surcoût de 250 millions d'euros pour l'industrie, ce n'est pas l'élément central de sa contribution. Enfin, puisque vous parlez de contrat, je rappelle que l'engagement de l'industrie portait sur une augmentation de 1 % des dépenses de médicament pour 2005. Nous serons à 5,5 %. Nous devons comprendre pourquoi il y a eu ce dépassement. Je ne laisserai pas dire qu'il y a une rupture unilatérale du contrat.

**Une commission sénatoriale a publié un rapport au vitriol sur le DMP qui dénonce le calendrier irréaliste, l'absence de pilotage et les économies aléatoires. Pensez-vous toujours que le DMP sera généralisé au 1er juillet 2007 ?**

Bien évidemment. Mais il ne faut pas se tromper sur ma vision du dossier médical personnel qui a d'abord deux objectifs : éviter la iatrogénie (les accidents médicamenteux) et diminuer les examens redondants. J'ai fait le choix de partir de l'existant. Je ne constitue pas une nouvelle base de données, j'ai besoin de mettre en œuvre l'interopérabilité entre les systèmes existants, avec l'accord du patient. Les expérimentations commenceront en fin d'année, comme prévu. Mais le dossier médical sera au rendez-vous au 1er juillet 2007. Je pense même que le dossier sur les prescriptions, en lien avec les pharmaciens, peut être mis en place avant cette date.

#### **LES CONFLITS SUR LA PDS CONCERNENT MOINS DE DIX DEPARTEMENTS**

**Vous avez promis un « plan démographie » dans les prochaines semaines. Quelles en sont les grandes lignes**

L'idée est de prendre des mesures dans les trois domaines du rapport Berland : les incitations à installation ou au fonctionnement de certains cabinets, qui devront être attractives ; la réforme des études ; enfin la pratique médicale. Nous savons que, au-delà de l'accessibilité de certains territoires, c'est la charge de travail des médecins qui pose problème. Dans ces secteurs, je veux encourager l'exercice en cabinets de groupe à travers leur fonctionnement et la rémunération. Les missions régionales de santé sont en place (pour déterminer les zones sous-médicalisées) et, dans 18 à 19 régions, le travail est fait. Le système sera opérationnel avant la fin de l'année. Je boucle également le dispositif qui incitera des médecins proches de la retraite à poursuivre leur activité quelques années de plus. Il faut que ce système soit attractif. L'idée est aussi de dispenser ces médecins de certaines obligations, voire de leur permettre de rentrer dans un cabinet de groupe. Je fais le choix de l'incitation, pas de la coercition, qui aboutirait à une crise des vocations.

**Des conflits locaux sur la permanence de soins continuent d'éclater...**

Les conflits concernent moins de 10 départements aujourd'hui. Dans 85 départements, la permanence des soins marche mieux que l'an dernier. Aujourd'hui, les travaux de la Dhos nous montrent qu'il y aurait 70 % des médecins qui prendraient des gardes. Je prends ça comme une avancée plutôt qu'un recul ! J'ai demandé un rapport à l'Igas pour faire une évaluation dans l'ensemble des départements et j'ai l'intention de réunir, avant la fin de l'année, l'ensemble des acteurs de la permanence des soins pour que l'on fasse le point sur la situation.

**JE PRESENTERAI UN CERTAIN NOMBRE D'ORIENTATIONS SUR L'HOPITAL DANS LES SEMAINES QUI VIENNENT**

**Comment allez-vous financer la FMC obligatoire et quand doit paraître le décret qui doit l'organiser ?**

Le décret sur la FMC est transmis au Conseil d'Etat. J'ai demandé à l'Igas de me remettre un rapport en décembre sur le financement afin de me proposer un dispositif opérationnel. L'idée, c'est un dispositif de FMC financé qui assure l'indépendance, l'objectivité et la qualité des modules de formation. Par l'industrie pharmaceutique ou par d'autres, grâce au label que serait l'agrément des conseils nationaux de FMC. Nous serons dans les délais pour que la FMC soit applicable en 2006. Ce n'est plus l'Arlésienne.

## **L'hôpital est sous tension. Plusieurs mouvements de contestation sont programmés en décembre et en janvier à l'hôpital.**

Dans le prolongement des décisions annoncées par le Premier ministre lors de la conférence de presse du 27 octobre, je présenterai un certain nombre d'orientations sur l'hôpital dans les semaines qui viennent. Au préalable, je souhaite revoir l'ensemble des acteurs hospitaliers. L'hôpital a envie et besoin de se moderniser. L'Ondam consacré cette année donne les moyens de poursuivre cette modernisation.

Je réfléchis aussi à la poursuite du programme d'investissement du plan Hôpital 2007, au-delà de ce qui avait été mis en place par Jean-François Mattei. Je pense que l'hôpital doit davantage être recentré sur les soignants et sur les patients, même si je sais quel est le rôle des gestionnaires. Le premier classement des établissements (sur les infections nosocomiales avant d'autres critères) sera publié dans les semaines qui viennent. Je veux aider les hospitaliers à réussir la modernisation de l'hôpital et j'ai la conviction que nous réussirons, même si dans ce domaine, il faut négocier en permanence et écouter.

## **Les parlementaires ont amendé le Plfss 2006, contre l'avis du gouvernement, pour prévoir un palier intermédiaire dans le mécanisme de convergence des tarifs publics et privés lié à la tarification à l'activité (T2A)...**

La convergence est un objectif que personne ne veut remettre en cause, mais il faut savoir de quoi nous parlons. Je préfère une convergence réussie à une convergence précipitée. L'Igas doit me remettre à la fin de l'année un rapport qui doit me permettre de prendre les bonnes décisions. Quand je l'aurai, je communiquerai ce rapport à tout le monde. En aucun cas, il n'est question de revenir sur les objectifs de convergence.

### **Maisons médicales : le ministre « exaspéré »**

*« Je ne m'explique pas les blocages actuels sur le financement des maisons médicales de garde. Il y a de l'argent non consommé dans le Faqsv [Fonds d'aide à la qualité des soins de ville] et je ne comprends pas pourquoi il n'arrive pas sur le terrain pour financer les MMG. Il y a en tout plus de 30 millions d'euros de crédits non consommés sur le Faqsv cette année ! »* Le ministre accuse-t-il le président Cfdt du Faqsv, Michel Régereau, de faire blocage ? « J'ai écrit le 14 octobre sur ce sujet au président Régereau. La permanence des soins, les MMG sont éligibles au Faqsv, cela a été clarifié dans le Plfss 2006. Je souhaite qu'on ne décourage pas les médecins libéraux qui s'engagent dans la permanence des soins au travers des MMG. Je préfère que les médecins consacrent leur temps à leur activité médicale plutôt qu'au remplissage de dossiers de financement interminables, à renouveler au bout de quelques mois. Aujourd'hui, cela m'exaspère ! »

### **Secteur optionnel : délais « au-delà du raisonnable »**

Xavier Bertrand veut donner une impulsion politique pour lancer enfin les négociations officielles sur le secteur optionnel, qui aurait dû être mis en place au 30 juin 2005, en vertu de l'accord d'août 2004 avec les chirurgiens. « Chacun doit assumer sa signature. Si nous ne faisons rien, nous n'aurons plus de secteur I dans un temps pas si éloigné. Je vais donc à nouveau saisir officiellement, et par écrit, le président et le directeur général de la Cnam pour que ces négociations sur le secteur optionnel s'ouvrent enfin. Nous sommes au-delà du raisonnable pour les délais. Si l'on veut notamment avoir une chirurgie française de qualité, ce secteur optionnel doit exister et il doit être très attractif. En n'oubliant pas d'associer à la réflexion l'Unoc (Union nationale des complémentaires). Le statu quo n'est plus tenable. »

## **7.000 suppressions d'emploi annoncées chez Merck Le Quotidien du Médecin du 28/11/2005**

Lundi 28 novembre. Le groupe pharmaceutique américain Merck a annoncé son intention de supprimer d'ici fin 2008 quelque 7.000 emplois dans le monde, soit 11% des effectifs. "Environ la moitié des réductions de postes devraient être réalisées aux Etats-Unis et le reste dans d'autres pays", précise le groupe dans un communiqué. Dans le cadre de ce plan de restructuration, Merck compte fermer ou vendre cinq de ses sites de production dans le monde sur un total de 31 et "réduire l'activité dans un certain nombre d'autres sites". Le laboratoire projette en outre de "fermer un centre de recherche fondamentale et deux centres de développement pré-cliniques" de médicaments. Ces mesures doivent lui permettre de réaliser des économies de l'ordre de 3,5 à 4 milliards de dollars, avant impôts, entre 2006 et 2010.

## **Retraite des PH : le gouvernement promet l'ouverture de négociations**

### **Le Quotidien du Médecin du 28/11/2005**

*Vendredi 25 novembre.* Le ministre de la Santé, Xavier Bertrand, a assuré que des négociations vont être ouvertes avec les représentants des praticiens hospitaliers (PH) dans le cadre de la réforme du régime de retraite complémentaire Ircantec. « *Il n'est pas question que cette réforme affecte les carrières et se traduise par une baisse des pensions de 40% sur les droits futurs* » des praticiens hospitaliers, a assuré le ministre de la Santé dans un courrier adressé aux quatre intersyndicats de PH (CMH, CPH, Inph et Snam-HP) qui s'opposent au projet de réforme gouvernemental. "Dans ce sens, j'ai demandé à mes services de me proposer les solutions pour parvenir à une solution acceptable par vos organisations", ajoute Xavier Bertrand. "En tout état de cause, l'effort qui sera demandé aux affiliés du régime de l'Ircantec ne doit pas être supérieur à celui qui a été demandé aux autres catégories de cotisants, fonctionnaires ou affiliés au régime général pour préserver le système de retraite par répartition", assure le ministre. Une concertation va donc s'ouvrir en décembre avec les quatre intersyndicats. Dans un communiqué, l'Inph dit avoir "pris acte" du courrier du ministre, tout en soulignant que "les praticiens restent très inquiets et très mobilisés sur cette épineuse question".

### **Dépenses de santé : + 4,2 % sur un an Le Quotidien du Médecin du 28/11/2005**

*Vendredi 25 novembre.* Les dépenses maladie ont augmenté de 4,2 % (taux corrigé des jours ouvrés) sur les dix premiers mois de l'année par rapport à la même période de 2004. Ce taux d'évolution est supérieur à l'Ondam 2005, fixé à + 3,2 % par le Parlement (+ 3,8 % après rebasage des dépenses de l'année 2004). La hausse des soins de ville (2,2 %) reste toujours « très modérée » dans cet ensemble « conforme aux évolutions constatées antérieurement », commente la Cnam, avec une stabilité des honoraires, une hausse des prescriptions (4,4 %) et une poursuite de la baisse des indemnités journalières liées aux arrêts de travail (-2,2 %). Côté hospitalier, les dépenses ont augmenté de 6,2 % dans le public, de 5,3 % dans le privé et de 6,4 % dans les établissements médico-sociaux. La Cnam précise que ces prévisions intègrent une provision de 486 millions d'euros « destinée à compenser les décalages de facturation » liés à la mise en place de plusieurs réformes : « tarification à l'activité » (T2A) en clinique, « nouveau codage des actes techniques » et « mise en place du parcours de soins » autour du médecin traitant dans le cadre de la réforme de l'assurance-maladie.

### **Le Plfss 2006 définitivement voté Les socialistes saisissent le Conseil constitutionnel Le Quotidien du Médecin du 28/11/2005**

*Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale a été définitivement adopté par le Parlement. Mais tout n'est pas terminé pour autant puisque les socialistes ont décidé de saisir le Conseil constitutionnel, concernant notamment le forfait de 18 euros, qui créerait, selon eux, une inégalité dans l'accès aux soins.*

EN UN MOIS, l'affaire a été bouclée : commencé le 24 octobre à l'Assemblée nationale, l'examen du projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2006 s'est achevé dans la nuit du 23 au 24 novembre par l'adoption définitive de ce texte par les députés, puis par les sénateurs.

Mais alors qu'à l'Assemblée la dernière version du Plfss, modifiée par la commission mixte paritaire, n'était votée que par les seuls députés UMP, l'UDF se prononçant contre, au Sénat, la majorité a été renforcée par les voix de la plupart des radicaux, par celles des non-inscrits, tandis que les centristes s'abstenaient en majorité.

La mesure la plus spectaculaire du texte concerne évidemment la mise en place d'un forfait de 18 euros pour les actes coûteux, supérieurs à 91 euros. Seuls les parlementaires UMP l'ont approuvée, tandis qu'à l'Assemblée notamment, l'UDF, le PS et le PC ont vivement protesté contre cette réforme considérée par eux comme une « médecine à deux vitesses ». A la charge des patients et remboursé par les mutuelles et les complémentaires santé (qui ont annoncé d'ores et déjà leur intention de relever les cotisations de leurs adhérents), ce forfait devrait faire économiser, selon le ministre de la Santé, 100 millions d'euros à l'assurance-maladie.

Xavier Bertrand n'aura pas toujours eu la tâche facile au cours de ces débats parlementaires. Même face à ses amis de l'UMP. Il a dû reculer sur le problème de la convergence des tarifs à l'activité entre l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée. Alors que le gouvernement demandait que le palier de 50 % de convergence des tarifs entre cliniques et hôpitaux, prévu pour 2008, soit supprimé, l'Assemblée nationale et le Sénat le rétablissaient.

Autre « fronde » des parlementaires UMP : elle concerne le relèvement de la taxe sur le chiffre d'affaires imposé à l'industrie pharmaceutique. Le ministre de la Santé, dans son texte initial, envisageait de porter son taux de 0,6 % à 1,96 %. Les députés abaissaient le taux à 1,5 %. La commission mixte paritaire tranchait finalement pour un taux à 1,76 %, ce qui ne satisfait finalement personne : ni l'industrie pharmaceutique, ni le gouvernement qui estime que l'abaissement de ce taux représentera pour l'assurance-maladie un manque à gagner de 45 millions d'euros.

Ce projet de loi qui prévoit de réduire le déficit de l'assurance-maladie de 8,3 milliards d'euros à 6,1 milliards d'euros, fixe à 2,5 % l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (Ondam) pour 2006. Un taux sévère, mais ce sont les dépenses de médicaments remboursés qui devraient particulièrement pâtir de cette politique, car elles devront chuter de 3,3 % en 2006 ; alors que les dépenses de médecine de ville, c'est-à-dire l'activité des médecins, ne devraient pas être trop pénalisées : leur progression pourra atteindre 3,2 %, ce qui satisfait clairement les syndicats médicaux.

L'hôpital n'est pas trop mal traité non plus dans ce Plfss 2006 : le taux d'évolution des dépenses de ce secteur est fixé à 3,44 %. Ce qui ne satisfait pas la Fédération hospitalière de France, qui demandait un taux de 4,32 %.

A noter que le Plfss prévoit le déremboursement au 1er mars 2006 de 156 médicaments au service médical rendu jugé insuffisant par la Haute Autorité de santé et qu'un nouveau taux de remboursement à 15 % a été fixé pour les veinotoniques.

Enfin, le Plfss se prononce pour une réforme du régime complémentaire de retraite des médecins libéraux (ASV).

Ce Plfss devrait être publié avant la fin de l'année au « Journal officiel ». Mais il devra sans doute attendre pour cela le verdict du Conseil constitutionnel. Les parlementaires ont saisi cette instance, notamment au motif que le forfait de 18 euros crée une inégalité dans l'accès aux soins.

#### **Les psychiatres du public appelés à la grève le 29 novembre Le Quotidien du Médecin du 22/11/2005**

*Vendredi 18 novembre.* L'intersyndicale de défense de la psychiatrie publique (Idepp) a appelé vendredi les psychiatres du public "à une grande journée d'action" et de grève le 29 novembre afin de dénoncer la non-application, selon elle, du plan de Santé mentale annoncé en février. Une grande assemblée générale centrale se tiendra à l'hôpital Sainte-Anne à Paris. Sur le plan local, l'intersyndicale a invité à des arrêts de travail, assemblées générales, distributions de tracts etc. "La crise budgétaire s'accroît sans que l'on voie poindre à l'horizon d'avancée malgré les nombreuses promesses. Les effets du plan de Santé mentale annoncés par nos gouvernants ne sont perceptibles nulle part", explique l'Idepp. Ce plan, présenté par l'ancien ministre de la Santé Philippe Douste-Blazy, prévoit un milliard d'euros d'aide d'Etat sur la période 2005-2008. Il table notamment sur la création de 2.500 postes médicaux et non médicaux en psychiatrie, l'ouverture de places dans le secteur des services d'accompagnement à domicile et dans le secteur médico-social.

#### **Hospitaliers originaires d'outre-mer Un petit pas vers un traitement égalitaire Le Quotidien du Médecin du 22/11/2005**

##### **Manifestation des agents d'outre-mer Le Quotidien du Médecin du 22/11/2005**

*Vendredi 18 novembre.* Environ 200 agents hospitaliers d'outre-mer travaillant en métropole ont manifesté, hier, place Denfert-Rochereau à Paris. Une délégation - reçue par le directeur de cabinet du ministre de la Fonction publique Christian Jacob - a obtenu un accord de principe à la constitution d'un groupe de travail et de négociation sur leurs revendications. Issus en majorité des établissements de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), mais aussi d'hôpitaux de Lille, Lyon et Nice, ils s'étaient rassemblés à l'appel de la CGT pour défendre "l'égalité de traitement" et réclamer le versement de l'indemnité d'éloignement à l'ensemble des agents hospitaliers originaires d'outre-mer. Lors d'une précédente manifestation en octobre 2004, la CGT avait indiqué que 15 % seulement des effectifs bénéficiaient de cette indemnité d'éloignement.

*Les hospitaliers originaires des Dom-Tom et travaillant en métropole ont manifesté il y a quelques jours à Paris pour obtenir les mêmes droits que les hospitaliers métropolitains exerçant outre-mer, notamment l'indemnité d'éloignement. Le ministère de la Fonction publique s'est engagé à ouvrir des négociations.*

LA MOBILISATION n'a pas été excessivement forte jeudi, dans les rues froides de Paris. Il faut dire que les revendications des hospitaliers d'outre-mer ne datent pas d'hier ; chez nombre d'entre eux, l'abattement ou la lassitude prend le pas sur le militantisme.

C'était leur sixième manifestation en trois ans pour la reconnaissance de leurs droits. Pendant des années, les hôpitaux métropolitains ont largement embauché ces personnes originaires des Dom-Tom - ils sont aujourd'hui 18 000 à y occuper un poste de soignant ou d'administratif. Sans eux, certains services ne pourraient pas tourner. Pourtant, la République reconnaît bien mal ces fonctionnaires, qui ne bénéficient pas des mêmes droits que les hospitaliers métropolitains allant travailler outre-mer : la plupart d'entre eux ne touchent ni l'indemnité d'éloignement - entre douze et dix-huit mois de salaire -, ni la prime spécifique d'installation.

### **Douze mille recours**

La situation est connue depuis des années. Mais faute d'argent dans les caisses des hôpitaux, ces primes n'ont pas été payées, et l'Etat se retranche aujourd'hui derrière les textes pour expliquer que cette dette ne sera jamais honorée - une loi de 1968 précise que les créances de l'Etat s'éteignent après quatre ans. Les hospitaliers d'outre-mer, qui s'estiment victimes d'une très grave discrimination, réclament la levée de cette prescription quadriennale.

Un signe d'espoir est apparu en 2002, quand, pour la première fois, le Conseil d'Etat leur a donné raison : le droit à l'indemnité d'éloignement a été confirmé à une Antillaise de l'AP-HP (Assistance publique-Hôpitaux de Paris). Depuis, 12 000 recours ont été déposés devant les tribunaux administratifs. Mais l'arrêt du Conseil d'Etat tarde à faire jurisprudence, et les hospitaliers d'outre-mer ont décidé de manifester à nouveau pour rappeler aux pouvoirs publics qu'ils n'entendent pas abandonner la partie.

Jeudi, ils sont donc venus à Paris de tous les coins de l'Hexagone. Tous ont exprimé un ras-le-bol, un « écoeurément » face à cette situation qu'ils jugent profondément injuste. « *Les "métros" travaillant aux Antilles ont la prime de vie chère, ils ont des facilités de logement, nous rien* », dénonce cet Antillais. « *Ils ont droit à la prime de chaleur. Et nous, elle est où notre prime de froid ? On n'est pas des demi-Français, on est des Français à part entière* », enchaîne Risla, aide-soignante au CHR de Lille. « *L'Etat nous doit de l'argent, réclamons notre dû* », scande une femme au micro. « *Qui sème le vent et la discrimination raciale récolte la tempête* », lance une autre. Applaudissements nourris dans la foule.

Tout juste sortie du ministère de la Fonction publique, où elle a été reçue avec une délégation, Monique Vatonne, syndicaliste CGT santé, a pris la parole. Allusion a été faite à l'actualité des banlieues : « *Jacques Chirac veut lutter contre les discriminations, qu'il commence à respecter les droits des personnes originaires d'outre-mer* », a déclaré Monique Vatonne.

Car, pour les hospitaliers venant des Dom-Tom, la discrimination n'est pas que financière. Elle s'opère parfois de façon plus sournoise, à l'embauche, ou lors du déroulement de carrière. Cette cadre infirmière martiniquaise de l'AP-HP témoigne anonymement : « *Certains collègues disent "les blacks", je n'aime pas, c'est péjoratif. On nous reproche de parler créole entre nous, mais c'est notre langue. Pour nous, Antillais, c'est difficile d'accéder à certains postes : je ne sais pas si j'arriverai un jour à devenir cadre supérieur.* »

Lors de l'entrevue, le directeur de cabinet du ministère de la Fonction publique aurait pris un engagement porteur d'espoir, a expliqué la délégation syndicale, avant que se dissipe le groupe de manifestants. « *On a obtenu un accord de principe pour la création d'un groupe de travail pour faire un état des lieux de l'application des lois au sein de la fonction publique* », a annoncé Monique Vatonne, avant d'ajouter à regret : « *Par contre, ils rejettent le fait que la fonction publique serait discriminante.* »

Ces travaux devraient s'inscrire dans le cadre plus large des négociations qui commenceront le 6 décembre prochain, sur les salaires et les statuts au sein des trois fonctions publiques.

### **Angela Merkel est élue aujourd'hui chancelière**

**Les médecins allemands s'inquiètent déjà des projets du gouvernement**

**Le Quotidien du Médecin du 22/11/2005**

*Afin de parvenir à un accord de gouvernement en Allemagne, les partenaires de la « grande coalition » sociale-démocrate et chrétienne-démocrate emmenée par Angela Merkel, qui doit être désignée aujourd'hui chancelière, ont prudemment laissé de côté un certain nombre de sujets qui fâchent, dont la politique de santé. Ils sont toutefois conscients qu'ils ne pourront rester longtemps sans agir face à cette question. De leur côté, les médecins s'inquiètent déjà d'une éventuelle réforme de leur mode de rémunération*

ALORS qu'Angela Merkel doit être élue chancelière d'Allemagne aujourd'hui, le seul consensus existant entre la droite et la gauche, en matière de santé, porte sur la nécessité de réformer rapidement le financement de l'assurance-maladie afin d'en assurer la pérennité.

Si la « grande coalition » qui réunit sociaux-démocrates et chrétiens-démocrates prévoit dès à présent de restaurer les finances de l'assurance dépendance, mais aussi de donner un tour de vis aux dépenses de médicaments, notamment en forçant les producteurs de génériques à diminuer leurs prix de 5 %, les opinions divergent quant aux mesures à prendre pour protéger le système à long terme.

Certes, la réforme de 2004 a permis de restaurer l'équilibre de l'assurance-maladie. Mais elle risque de replonger dans le rouge en 2007 si aucune mesure supplémentaire n'est prise. La droite chrétienne-démocrate plaide, depuis deux ans, pour le remplacement des cotisations d'assurance-maladie par des primes d'assurance individuelles. Mais la gauche social-démocrate réclame une « assurance universelle » basée non plus seulement sur les cotisations, mais sur l'ensemble des revenus.

### **De l'huile sur le feu**

Dans l'immédiat, les deux partenaires de ce qui reste un mariage forcé vont devoir expédier les affaires courantes, et de nombreuses mesures concernant la gestion des hôpitaux, de même que le temps de travail des médecins, entreront en vigueur en janvier, comme prévu.

Alors que les spécialistes de politique de santé des deux partis s'observent avec méfiance, la ministre sortante de la Santé Ulla Schmidt, qui gardera son poste dans le cabinet d'Angela Merkel, vient de jeter de l'huile sur le feu en annonçant, le 15 novembre dans la presse, une réforme de la rémunération des médecins et de l'organisation des caisses. Elle souhaite réduire considérablement le nombre de caisses maladie existant dans le pays, plus de 260 actuellement, et surtout s'attaquer à la structure des honoraires médicaux.

Il existe en Allemagne deux catégories d'assurés, ceux qui dépendent des caisses publiques, équivalentes à nos caisses primaires, et ceux qui dépendent de caisses privées ou gérées par les entreprises.

Un peu à l'image de notre secteur II, les médecins qui soignent un patient affilié à une caisse privée ou d'entreprise peuvent demander jusqu'à 1,7 fois le prix de la consultation qu'ils demandent à un patient « public ».

A l'occasion d'une refonte de la nomenclature des actes, Ulla Schmidt a proposé d'unifier les honoraires des deux groupes, par un système de péréquation : on abaisse certains honoraires, on en relève d'autres. L'Ordre et les syndicats médicaux ont réagi aussitôt avec vigueur, en dénonçant un plan d'économies déguisé : cette unification se traduirait, selon leurs calculs, par une perte de 17 000 euros par an et par médecin, alors même que leurs revenus stagnent ou baissent. Selon l'Ordre, la ministre veut « niveler le système de santé par le bas », et cette mesure pourrait acculer à la faillite près d'un cabinet médical sur trois. Prononcées quelques jours avant « l'intronisation » d'Angela Merkel, les déclarations de Ulla Schmidt ne sont pas, bien sûr, le fruit du hasard. Elles confirment les craintes des médecins qui redoutent que le nouveau gouvernement, à défaut de réformer la santé, ne se lance dans une course éperdue aux économies et à la rigueur, dont les professionnels seront les premières victimes.

### **François Hollande : il faut imaginer de nouvelles formes de rémunération**

*Un entretien avec le Premier secrétaire du PS*

*Le Quotidien du Médecin du 18/11/2005*

*LE QUOTIDIEN - Le financement de la protection sociale reste un casse-tête et les remèdes préconisés par les différents gouvernements, de gauche comme de droite, n'ont guère été efficaces. Quelles sont aujourd'hui les idées du PS en ce domaine ?*

*FRANCOIS HOLLANDE - Il est vrai que nous n'avons jamais connu des déficits aussi considérables de la Sécurité sociale (plus de 12 milliards d'euros, c'est un record). Actuellement, toutes les branches du régime général sont dans le rouge, alors qu'en 1999, 2000 et 2001, sous le gouvernement de la gauche, les comptes de la Sécurité sociale ont été équilibrés. La faible économie ne peut tout expliquer. La droite a laissé filer les déficits.*

La gauche doit prendre ses responsabilités en proposant un nouveau financement de la protection sociale s'articulant autour de deux axes : d'une part, le transfert d'une partie des cotisations patronales qui, aujourd'hui, pèsent sur les seuls salaires, sur l'ensemble de la richesse produite par l'entreprise (c'est-à-dire

de la valeur ajoutée) ; d'autre part, la fusion de l'impôt sur le revenu et la CSG, ce qui aura pour effet de rendre notre système de prélèvement plus progressif, donc plus juste.

Ces réformes s'inscrivent dans le cadre d'une politique de croissance susceptible de dégager des ressources supplémentaires et qui n'occulte pas la nécessaire maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

*Le gouvernement et notamment l'actuel ministre de la Santé se félicitent de la réussite de la réforme de l'assurance-maladie qui a réduit, disent-ils, les déficits. Je ne pense pas que vous portiez le même jugement. La réforme n'a-t-elle pas cependant contribué à améliorer la situation économique de la Sécurité sociale ?*

Il est bien le seul à croire encore à la réussite de sa réforme. Un déficit cumulé, en quatre ans de gestion, de près de 50 milliards d'euros.

Le recours à l'endettement pour boucler les fins de mois de l'assurance-maladie ainsi que la lente amélioration de la situation s'expliquent essentiellement par les prélèvements supplémentaires, les baisses de remboursements et des artifices, et non par la tenue des objectifs de la maîtrise médicalisée : pour une économie annoncée d'un milliard d'euros en 2005, les deux tiers seulement ont été réalisés, selon l'aveu même du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie.

*Certaines informations ont mis en évidence des dépassements d'honoraires parfois élevés de médecins libéraux. Le phénomène n'est pas fréquent, mais a suscité de nombreux commentaires. Que préconisez-vous pour mettre fin aux excès ? Faut-il revenir sur le secteur II ?*

Les dépassements d'honoraires de certains médecins libéraux m'inquiètent. Ils sont en forte progression et écornent encore plus le principe de l'égal accès aux soins. Dans certaines spécialités, dans certaines villes, les patients ne peuvent plus accéder à des médecins pratiquant des tarifs strictement conventionnels du secteur I. Cette situation creuse encore plus les inégalités. Aussi, le PS n'entend pas revenir sur le gel de l'accès au secteur II depuis 1991.

Pour mettre fin aux excès, il faut que le contrôle de la Cnam soit opérationnel pour identifier les dépassements sauvages qui concernent une minorité de médecins libéraux.

Plus largement, il faut promouvoir la qualité, l'approche coordonnée en réseau, la formation, l'évaluation des pratiques professionnelles, le bon usage des soins par des financements, avec de nouvelles formes de rémunération.

Un nouveau contrat avec les professions de santé sera proposé pour conforter leur mission en garantissant la liberté de choix de l'exercice.

*Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2006 est discuté par le Parlement. Le PS conteste plusieurs dispositions, notamment l'instauration d'un forfait de 18 euros pour certains actes. Pourtant, on s'accorde à dire qu'il faut faire des économies. Que proposez-vous ?*

L'instauration du forfait de 18 euros pour les actes supérieurs à 91 euros est le symbole poussé jusqu'à la caricature de la politique gouvernementale en matière d'assurance-maladie. Toute la réforme repose sur la pénalisation des malades : après le forfait à 1 euro par consultation, l'augmentation à 15 euros du forfait hospitalier, les dépassements d'honoraires autorisés, voici maintenant les patients payant pour des actes lourds dont la prescription leur échappe. C'est une rupture profonde et nouvelle dans le principe de la protection sociale et de la solidarité. On change d'échelle et le gouvernement s'attaque aux fondements mêmes de la Sécurité sociale.

Notre démarche est inverse : le PS souhaite un financement plus juste, comme je l'ai développé plus haut, une vraie maîtrise médicalisée reposant sur une plus grande responsabilisation des acteurs, un bon usage des soins, une meilleure coordination ville/hôpital, généraliste/spécialiste, sanitaire/social.

Le développement des réseaux de santé, des maisons médicales de garde, et la promotion de la médecine générale - la disparition à terme des médecins référents ne va pas dans ce sens - sont des leviers pour cette politique qui valorisera les praticiens.

*Toujours dans le cadre du Plfss, le ministre de la Santé a déposé un amendement visant à mieux rémunérer les médecins qui s'installent dans des zones à faible densité médicale. Cela semble aller dans le sens de votre motion qui préconise des mesures incitatives pour encourager l'installation des praticiens dans ces zones, alors que Laurent Fabius se prononce pour un conventionnement sélectif.*

Le PS souhaite engager une politique d'installation des médecins dans les lieux défavorisés. Cela peut passer par des mesures fiscales et sociales, de meilleures rémunérations où le forfait doit trouver sa place. Il s'agit

aussi d'aménagement du territoire et de maintien des services publics. Un jeune médecin et sa famille, malgré toutes les promesses financières, n'exerceront pas dans une zone sous-médicalisée où il n'y a plus d'école, de bureau de poste, de moyens de transports collectifs...

Je suis attaché aux mesures incitatives, au dialogue avec les professions de santé et non aux mesures coercitives. Le conventionnement sélectif ne peut être aujourd'hui la solution. Aux pouvoirs publics, avec les différents acteurs de santé, d'organiser un meilleur maillage du territoire.

*L'hôpital s'inquiète d'une réforme de son financement et accueille avec circonspection l'application de la tarification à l'activité. Faut-il maintenir cette réforme ou faut-il lancer une autre, puisque personnels et médecins ne semblent à l'évidence pas très satisfaits de leur sort ?*

Je comprends l'inquiétude de l'hôpital public face à la réforme de son financement. Le principe de la tarification à l'activité n'est pas contestable en soi. Il participe à une meilleure connaissance, transparence de l'activité hospitalière. C'est son application sur le terrain qui me préoccupe. Risque de sélection des malades, choix des actes les plus rentables, non-respect du financement spécifique des missions d'intérêt général. Toutes ces situations fragilisent l'hôpital public alors qu'il nous faut le moderniser et maintenir l'excellence des CHU.

Nous devons donc évaluer la montée en charge de cette nouvelle tarification. Je rejoins en cela la position de la Fédération hospitalière de France.

Les meilleures intentions mal appliquées créent plus de troubles que de progrès. Plus globalement, la réforme hospitalière actuelle dite « hôpital 2007 » pose des problèmes aux personnels hospitaliers. Moins sur le volet investissement que sur sa partie gouvernance et statut.

Un hôpital public plus moderne, plus efficace, plus démocratique doit être notre objectif, pas un hôpital entreprise.

**Le congrès du Parti socialiste s'ouvre au Mans  
Même sur la santé, le compromis s'annonce difficile  
Le Quotidien du Médecin du 18/11/2005**

*LE CONGRÈS national du Mans, qui se déroule à partir d'aujourd'hui et jusqu'à dimanche, marque sans conteste la première étape décisive du calendrier du Parti socialiste à dix-sept mois de l'élection présidentielle.*

Si l'enjeu officiel de ce congrès est de trouver un accord sur la ligne politique et, selon la formule de Julien Dray, porte-parole du Parti, un « code de bonne conduite », les déchirements internes au PS (sur la Constitution européenne, le réformisme, les institutions, entre autres), mais aussi la compétition féroce qui s'est instaurée entre les multiples candidat(e)s à la candidature, rendent incertain le scénario du grand rassemblement que le premier secrétaire, François Hollande, veut réaliser autour de sa motion majoritaire (53,7 % des suffrages des militants, contre 23,6 % pour le NPS du trio Montebourg-Peillon-Emmanuel et 21,2 % pour Laurent Fabius).

Dans ce contexte très marqué par les querelles de personnes et luttes de courants, où le PS donne surtout le sentiment de s'occuper de lui-même, les premiers éléments du projet socialiste, qui sera finalisé au premier semestre 2006 (avant la désignation du candidat socialiste prévue pour l'instant en novembre), sont très attendus.

Les questions de santé et d'assurance-maladie ne font pas exception, et nul doute que les médecins libéraux et hospitaliers seront attentifs à ce que proposera le principal parti d'opposition dans les prochaines semaines.

**Divergences de fond**

Mais sur la politique médico-sociale, comme sur tout le reste, le travail de synthèse programmatique des socialistes s'annonce difficile. Si l'élaboration d'une contribution « transcourants » sur la santé, qui a mis l'accent sur l'égal accès aux soins et la prévention, a pu donner l'impression que les diverses chapelles socialistes pouvaient faire cause commune sur ce thème (« le Quotidien » du 13 septembre), les motions présentées au congrès montrent que des divergences de fond demeurent. Faut-il en finir avec le paiement à l'acte et rémunérer les médecins au forfait, comme le défendent certains responsables ? Instaurer des références « réellement opposables », comme le suggère le NPS ? Réguler de manière drastique l'installation des médecins libéraux débutants par le biais d'un conventionnement sélectif, comme l'avance Laurent Fabius ? Aller vers une concurrence « régulée » des caisses de Sécu, comme on l'entend du côté de l'aile

libérale du PS ? Autant de questions précises sur lesquelles le PS est très attendu par le monde de la santé. Décidément, la course d'obstacles ne fait que commencer.

### **Les débats autour du parcours de soins**

**« Le travail est loin d'être terminé », affirme Xavier Bertrand  
Le Quotidien du Médecin du 18/11/2005**

« L'ASSURANCE-MALADIE va mieux mais elle n'est pas totalement guérie. » Xavier Bertrand a formulé son diagnostic à l'ouverture du XI<sup>e</sup> Forum Economie santé, organisé par « les Echos », en partenariat avec « le Panorama du Médecin », sur le thème « Réforme de la santé : les résultats sont-ils à la hauteur ? ».

Satisfait de la montée en charge du dispositif médecin traitant, déjà choisi par « 33 millions de Français » en novembre, le ministre de la Santé et des Solidarités a cependant « bien conscience que le travail est loin d'être fini ». En matière de maîtrise médicalisée des dépenses, « nous pouvons encore progresser en 2006 », a-t-il assuré, au-delà des 998 millions d'euros d'économies déjà prévus pour 2005. Xavier Bertrand a confirmé « un retour vers l'équilibre des comptes à la fin de 2007 » et promis que le dossier médical personnel (DMP), « à l'origine de nombreuses questions, sera bel et bien au rendez-vous au 1<sup>er</sup> juillet 2007 ».

En attendant, les premiers résultats de la réforme, en particulier le ralentissement des dépenses de soins de ville, ont suscité diverses interprétations lors de la table ronde consacrée aux parcours de soins (entrés en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juillet). « Le ralentissement est réel, est-il durable ? », s'est interrogé Daniel Lenoir, directeur général de la Fédération nationale de la Mutualité française (Fnmf). Pour l'ancien directeur de la Caisse nationale d'assurance-maladie, la décélération actuelle des dépenses « n'est pas due aux parcours de soins » et résulte « très peu des effets de la convention ». Outre « l'effet des plans d'action » antérieurs de la Sécu (sur les arrêts de travail et les antibiotiques), « il y a probablement un effet psychologique », comme pour « toute réforme énergétique », a soutenu Daniel Lenoir.

« On nous ressort le même débat qu'en 1995 », lui a rétorqué le leader de la Confédération des syndicats médicaux français (Csmf).

### **Dommages collatéraux**

Cette année-là, les résultats positifs de la maîtrise médicalisée en 1994 avaient été jugés « conjoncturels », d'où la mise en place du plan Juppé, honni par le corps médical. « Effet psychologique ou effet de la convention ? Mais est-ce que c'était mieux quand il n'y en avait pas ? Je ne crois pas », a poursuivi le Dr Michel Chassang. « A l'intérieur d'une centrale polycatégorielle comme la mienne, le parcours de soins n'est pas un parcours de santé ». Selon le président de la Csmf, « un certain nombre de spécialités » observent déjà « des dommages collatéraux », à savoir « une inflexion notable de l'activité et des honoraires ». Quand au C 2 de consultant (avis ponctuel des spécialistes), il « n'explose pas » et a progressé « de + 20 % tel que nous l'avions prévu et budgétisé dans la convention ».

Christian Saout, vice-président du Collectif interassociatif sur la santé (Ciss) et président d'Aides, voit surtout dans le parcours de soins « un parcours de tarifs (...) extrêmement complexe », sans bonus de qualité « dans l'attente des référentiels de la Haute Autorité de santé », qui sont indispensables à l'élaboration des protocoles de soins ALD.

« Il y a de l'impatience à la fois du côté des patients et des acteurs économiques », lui a répondu le directeur général de l'assurance-maladie. « On est en train de vivre une révolution : on ne peut pas juger une réforme à l'aune de quelques mois », a ajouté Frédéric van Roekeghem. Selon lui, la mise en place des parcours de soins - dont l'objectif « n'est pas de produire des économies de court terme » -, prendra « du temps » de toute façon car ils doivent « se construire progressivement de manière solide ».

### **Plfss 2006**

**Après le Sénat, la commission mixte paritaire  
Le Quotidien du Médecin du 18/11/2005**

QUI AURA le dernier mot sur le niveau de contribution financière de l'industrie pharmaceutique ? Le Sénat, qui achevait l'examen du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (Plfss) pour 2006, s'est en tout cas rangé à un amendement du gouvernement rétablissant le taux de la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires à 1,96 % (contre 0,6 % en vigueur). Ce taux de 1,96 % figurait initialement dans le projet de loi du gouvernement, mais les députés, sensibles aux arguments des laboratoires, avaient limité en première lecture cette augmentation de la taxe à 1,5 % seulement. Le gouvernement est donc revenu à la charge et a convaincu les sénateurs de la nécessité d'un effort accru de l'industrie du médicament au redressement des

comptes de l'assurance-maladie (une taxe à 1,5 % entraîne un manque à gagner d'environ 100 millions d'euros...). En attendant l'arbitrage définitif sur ce sujet sensible en commission mixte paritaire (dont les conclusions sont attendues le 23 novembre), le Leem (Les entreprises du médicament), syndicat de l'industrie pharmaceutique, dénonce l'« *acharnement fiscal du gouvernement contre le médicament* » qui « *aura des conséquences directes sur l'investissement, l'emploi et la santé en France* ». « *Les entreprises, met en garde le Leem, ne pourront ignorer cette nouvelle donne dans leurs décisions industrielles.* »

### **Appel à manifestation des hospitaliers originaires des DOM-TOM** **Le Quotidien du Médecin du 18/11/2005**

*Lundi 14 novembre.* La Fédération santé de la CGT appelle les agents hospitaliers originaires de l'outre-mer et travaillant en métropole à manifester jeudi à Paris. La manifestation partira de la place Denfert-Rochereau à 11h30, en direction du ministère de la Fonction publique. Une délégation doit être reçue à midi, a-t-elle annoncé dans un communiqué. La CGT demande, entre autres, le versement de la prime d'indemnité d'éloignement à tous les fonctionnaires hospitaliers originaires des DOM-TOM.

### **L'hôpital transformé en foyer** **L'Humanité 16 novembre 2005**

**Rhône-Alpes. À Lyon, l'hôpital du Vinatier se mobilise contre sa restructuration. L'assemblée régionale laisse passer le schéma d'organisation sanitaire.**

Depuis plusieurs jours, le personnel du deuxième établissement psychiatrique de France, l'hôpital du Vinatier à Lyon, se mobilise contre les projets de restructuration que veut mettre en place sa direction. L'intersyndicale a réuni le personnel, hier, pour exiger une rallonge budgétaire. En effet, le déficit de 5 à 8 millions reporté depuis plusieurs années ne peut être comblé que si l'hôpital se soumet aux desiderata de l'Agence régionale d'hospitalisation. La direction a donc concocté un projet d'établissement que dénoncent les syndicats CGT, Force ouvrière et UNSA du centre hospitalier. « Il s'agit d'abord de regrouper des services en "pôles",

explique Marc Auray, secrétaire du syndicat CGT, au nom de l'intersyndicale. Ce qui va avoir pour effet de supprimer des postes de secrétariat, d'infirmiers, d'agents de service et de fermer au moins une unité par secteur. Soixante-quinze lits vont disparaître, auxquels il faut ajouter les vingt-cinq lits pour les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, dont le service ferme. » Les patients devront se tourner vers le médico-social, dans des structures qui ne sont pas adaptées à la maladie mentale, qui sont saturées. Des lits d'hospitalisation vont aussi se transformer en foyer d'hébergement.

### **Une privatisation de fait**

À cela s'ajoute une restructuration du fonctionnement même des équipes d'infirmiers, avec des équipes mobiles, intervenant à la demande, n'étant plus attachées à un service proprement dit. « L'équipe fixe permet une prise en charge régulière, avec une connaissance du soin et du patient, défend le syndicaliste. L'équipe mobile sera, en fait, un pool infirmier qui répondra en urgence. Le manque d'effectif aidant (il y a dix ans, il y avait cent infirmiers de plus), de plus en plus d'infirmiers sont remplacés par des aides soignants, qui ne reçoivent aucun complément de salaire et de formation. Ils subissent seulement une surcharge de travail. L'instauration des pools va demander au personnel d'être de plus en plus polyvalent et c'est le parcours de soins qui va en pâtir. »

Pour faire bonne mesure, les privatisations sont aussi à l'ordre du jour. Si les services techniques et logistiques, buanderie, cuisine, ateliers, espaces verts, sont officiellement toujours publics, les équipes sont tellement amoindries que le recours aux sous-traitants est systématique. « L'entretien, dans les unités de soins, dans les postes administratifs, va bien finir par être privatisé, s'inquiète Marc Auray. La direction veut en faire un problème de faisabilité, le personnel privé étant plus facile à gérer, aux horaires plus souples. Ce n'est pas une question d'organisation mais une question de fond. Nous ne mettons pas en cause le personnel, mais le statut public impose un certain nombre de devoirs, comme la confidentialité, la discrétion. Or faire le ménage dans les unités de soins implique d'avoir des tas de dossiers médicaux sous la main. Au-delà de cela, ni les entrées ni certains actes soignants ne sont aujourd'hui à l'abri de la privatisation et de la mise en concurrence. Toutes ces restructurations font exploser toute l'organisation du travail, fragilisent à la fois le droit du travail, le droit des malades, l'accès aux soins. C'est pour cela que nous défendons l'idée de l'unicité de l'hôpital public. Mais, au niveau régional, par exemple, nous sommes consultés et jamais entendus. Il n'y a qu'à voir le résultat du débat sur le schéma régional d'organisation sanitaire. On pouvait pourtant espérer qu'avec tant de régions à gauche elles pourraient influencer sur la politique nationale... »

### **La région impuissante ?**

Il a été examiné, en effet, la semaine dernière par le conseil régional. Les élus communistes avaient demandé que chacun s'exprime et qu'ait lieu un vote nominatif, pour que le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation prenne en compte les demandes des organisations syndicales, des représentants d'associations de défense des usagers de la santé, relayées par les élus. Mais seul le groupe communiste a voté pour cette expression et pour le rejet du schéma. « Ce qui prime, ce sont les objectifs quantifiés, expliquait Patrice Voir, et non la réponse aux besoins. Ce schéma garantit d'autant moins l'égalité qu'il ne fait pas de l'hôpital public, du secteur public de santé, jamais cité dans le document, le pilier de l'offre de soins. » Une situation qui rend d'autant plus amers les syndicalistes du Vinatier : « Tout le monde raisonne en gestion comptable, en mise en concurrence avec le privé, jamais en termes de besoins des patients. On va vers la catastrophe », pronostique Marc Auray.

### **Pour pallier la pénurie de médecins**

#### **Le ministre appelle les retraités à la rescousse, la profession sceptique**

**Le Quotidien du Médecin du 15/11/2005**

*Xavier Bertrand a dévoilé une nouvelle mesure de son plan Démographie qui sera annoncé à la fin du mois. Après avoir annoncé des forfaits pour les médecins installés dans les zones déficitaires, le ministre de la Santé va encourager les médecins proches de la retraite à rester en activité. Un revirement de taille après les années Mica et plus de 10 000 médecins poussés par les pouvoirs publics à cesser leur exercice.*

« **ENGAGEZ-VOUS**, reengagez-vous. »

Avant même l'annonce de son plan Démographie à la fin du mois, Xavier Bertrand continue d'en distiller les mesures. Elles sont loin d'être anodines. Tout récemment, le ministre de la Santé a annoncé la mise en place d'aides forfaitaires pour les médecins exerçant dans des zones sous-médicalisées. Prévues par la loi du 13 août 2004, elles n'existent que sur le papier. Les médecins qui pourraient être concernés par ce dispositif attendent toujours la définition de ces zones déficitaires en offre de soins, qui doit être effectuée par les missions régionales de santé (MRS), en concertation avec les acteurs de terrain. Un amendement gouvernemental au Plfss 2006, passé à peu près inaperçu, doit permettre de moduler ces aides forfaitaires annuelles versées aux professionnels de santé libéraux dans les zones déficitaires en offre de soins. Cet amendement n'est pas une révolution, mais il devrait donner un peu de souplesse aux prochaines négociations conventionnelles censées étudier les modalités d'application de ces aides forfaitaires annuelles.

### **Les retraités, avenir de la médecine ?**

Deuxième salve : Xavier Bertrand a annoncé dans les colonnes du « Parisien » qu'il souhaitait encourager les médecins proches de la retraite à prolonger leur activité. « Ils pourraient cumuler leurs revenus avec une partie de leur retraite pour permettre de faire la jonction avec les jeunes générations », a déclaré le ministre de la Santé.

Cette mesure concernerait les médecins libéraux, mais aussi les praticiens qui exercent à l'hôpital ainsi que les professions paramédicales. Après avoir poussé 10 633 médecins libéraux à bénéficier du mécanisme d'incitation à la cessation d'activité (Mica) de 1988 à 2003 (1), le gouvernement souhaite désormais faire face à la baisse programmée du nombre de médecins dans les années à venir. Comment ? En les encourageant à surseoir à leur retraite...

Une telle mesure est déjà en place depuis deux ans. La loi Fillon du 21 août 2003 sur la réforme des retraites a d'abord autorisé les médecins libéraux à cumuler leur retraite de base (18 % de la retraite totale) avec des remplacements. En 2004, une circulaire ministérielle leur a permis de cumuler la retraite des trois régimes (base, complémentaire et avantage social vieillesse) avec une activité libérale. Seule limite : le revenu net tiré de cette activité doit être inférieur à 30 192 euros en 2005. Les intéressés doivent actuellement informer l'Ordre des médecins et la Caisse autonome de retraite des médecins de France (Carmf) de leur reprise d'activité. Ils cotisent aux trois régimes de retraite sans acquisition de points.

### **Le retournement de l'histoire médicale**

Depuis sa mise en place en 2004, ce dispositif de cumul ne rencontre pas un franc succès. Seulement 505 médecins retraités ont repris du service. Le Dr Michel Chassang, président de la Csmf, souligne que l'appel aux médecins retraités est « une solution parmi d'autres ». « Beaucoup de médecins s'orientent à leur retraite vers l'humanitaire ou la vie associative. Il n'est pas ridicule qu'ils puissent reprendre leur exercice en médecine libérale », explique-t-il. Pour autant, le président de la Confédération ne souhaite pas exagérer la portée de cette mesure. « Ne reproduisons pas le Mica dans le sens inverse, prévient-il. Cette disposition pourrait éventuellement s'appliquer dans les disciplines et les régions où l'on rencontre une pénurie. » Le Dr Chassang estime que la réussite de cette réforme dépendra de la réévaluation à la hausse du plafond maximal de revenus : « On n'attrape pas les mouches avec du vinaigre. »

Le Dr Pierre Costes, qui préside MG-France, est quant à lui très sévère avec ce qu'il considère être une « fausse bonne idée ». « C'est bien d'imaginer un nouveau dispositif pour les retraités, mais ces médecins ne vont pas se sacrifier pour la nation. On devrait d'abord faire en sorte que les jeunes puissent s'installer et qu'ils se tournent enfin vers la médecine générale. Cette annonce n'a pas de sens, c'est une gesticulation. »

Le représentant d'une agence régionale d'hospitalisation (ARH) est également sceptique quant à l'impact de cette mesure dans les hôpitaux. « Très peu de médecins hospitaliers retraités remplissent. Après 35 ou 40 ans d'activité, ils sont usés, éventuellement prêts à enseigner mais pas à repartir en salle d'opération. » Quant aux médecins susceptibles d'être intéressés par le nouveau dispositif (encadré), ils attendent que le gouvernement en précise les modalités, bien conscients qu'ils ne seront pas les nouveaux sauveurs de la médecine libérale.

(1) Source Carmf. Le Mica a été fermé au 1er octobre 2003. Des dérogations ont permis aux médecins, à certaines conditions, de bénéficier de cette préretraite jusqu'au 31 décembre 2004.

### **Les libéraux plaident pour un système plus incitatif** **Le Quotidien du Médecin du 15/11/2005**

Le Dr Jean-Pierre Singer est médecin généraliste à la retraite dans le Pas-de-Calais. Depuis 2003, il profite déjà de ce dispositif et effectue « quelques remplacements occasionnels, pour ne pas perdre la main et me faire un peu d'argent de poche. J'ai d'ailleurs été l'un des premiers médecins à utiliser ce système ».

Selon lui, effectuer des remplacements tout en étant à la retraite serait intéressant pour des médecins qui, comme lui, font des remplacements occasionnels, mais le serait beaucoup moins pour celui qui en ferait un véritable prolongement d'activité. « Cela suppose le paiement d'un certain nombre de taxes et cotisations, précise-t-il. Il y a l'Urssaf, la taxe professionnelle, l'impôt sur le revenu, sans oublier la cotisation à la Carmf (Caisse autonome de retraite des médecins de France), qui vous fait cotiser à taux plein sans acquisition de points de retraite supplémentaires. Je comprends pour les points, mais la Carmf pourrait avoir une vision moins comptable et modérer les taux de cotisation. Si vous faites beaucoup de remplacements, la majeure partie de vos revenus supplémentaires est absorbée par ces prélèvements. Or il faut tout de même que ce système soit financièrement attractif. »

Pour le Dr Singer, si Xavier Bertrand veut donner un coup de pouce à la démographie médicale grâce à ce type de dispositif, il faudra absolument que le médecin candidat puisse bénéficier « d'exonérations au moins partielles sur ces différents postes ». Quant au plafond net de revenus que le médecin retraité ne doit pas dépasser (un peu plus de 30 000 euros), le Dr Singer ne le juge pas dissuasif : « Il faudrait tout de même faire beaucoup de remplacements pour arriver à une telle somme. »

Le Dr Henri Levy est sur la même longueur d'ondes que son confrère. Animateur d'un site Internet sans but lucratif à destination des médecins retraités (1), il connaît bien le sujet et regrette que les cotisations à la Carmf ne permettent pas d'obtenir l'attribution de points supplémentaires : « À partir du moment où nous cotisons, il est anormal que nous ne recevions pas de points supplémentaires. Si vous ajoutez les charges sociales, les impôts sur le revenu et la taxe professionnelle, ça décourage complètement les candidats. Sans compter que le plafond de 30 000 euros de revenus à ne pas dépasser est beaucoup trop contraignant : il faut le supprimer ou le relever considérablement. À l'heure où l'on manque cruellement de médecins scolaires et de médecins des prisons, par exemple, les médecins retraités pourraient s'y impliquer, mais il faut des aménagements à tous ces prélèvements. »

(1) <http://www.medecin-retraite-actif.com>

### **Médecins à diplôme étranger** **Les praticiens veulent en finir avec « la précarité »** **Le Quotidien du Médecin du 15/11/2005**

La Fédération des praticiens de santé (FPS) présente aujourd'hui au cabinet du ministère de la Santé ses attentes sur le statut des Padhue (praticiens à diplôme hors Union européenne). Après trois ans de retard, la NPR (Nouvelle procédure de recrutement) doit obligatoirement être adaptée pour que soit réglé le cas des 6 700 médecins qui exercent sans autorisation.

IL ETAIT temps. Jeudi dernier, les 183 lauréats du concours de la NPR (Nouvelle procédure de recrutement) étaient convoqués au ministère de la Santé pour procéder au choix de leur poste. Il était temps en effet, car

ce concours, les praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue) l'ont passé il y a plus de huit mois. « D'autant qu'on ne sait pas exactement quand les postes seront ouverts officiellement », ajoute le Dr Ayoub Mdahfar, secrétaire général de la FPS (Fédération des praticiens de santé). « Et que ces postes risquent de ne pas être effectifs avant l'an prochain. »

### **Priorité**

En prélude à son congrès qui se tient samedi à Paris, la FPS, organisation représentative des médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes et sages-femmes à diplôme extracommunautaire, est reçue aujourd'hui par les responsables du ministère de la Santé. Elle se rendra à la Dhos (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins) vendredi. Double occasion pour la fédération de crier une fois de plus l'urgence nécessaire pour ces praticiens d'accéder à un statut « décent, juste et définitif ».

La priorité, c'est d'abord l'octroi de l'autorisation d'exercer la médecine et la chirurgie dentaire à tous les candidats qui ont validé le Csct (Certificat de synthèse clinique et thérapeutique). Après obtention de ce certificat fondé sur le programme de l'internat, les dossiers des candidats sont étudiés par une commission d'autorisation en fonction de quotas et de critères établis. Cette procédure, instaurée par une loi de 1972, donnait finalement la possibilité aux médecins non titulaires d'un diplôme français de médecine générale de valider leurs connaissances, via deux épreuves, écrite et orale. Or elle a pris fin le 31 décembre 2001. Deux cents médecins et une dizaine de dentistes, qui avaient réussi l'examen mais ont été recalés par la commission, se sont ainsi retrouvés « hors-la-loi », « exerçant sans être autorisés », sans être inscrits à l'Ordre. La FPS réclame donc que l'autorisation d'exercer soit reconnue aux Padhue titulaires du Csct, sans qu'ils aient par la NPR ou NPA (Nouvelle procédure d'autorisation), considérant qu'ils ont bel et bien été évalués et que la plupart pratique d'ailleurs depuis une dizaine d'années. Ils n'auraient donc ni à passer le concours, ni à faire preuve des trois années d'exercice requises par la commission.

### **Trois listes de recrutement**

La FPS estime par ailleurs que les praticiens à diplôme étranger qui exercent déjà en France ne peuvent être mis sur le même pied d'égalité que ceux qui ont été récemment embauchés par des établissements français. Et c'est le deuxième message fort que la fédération entend faire passer en proposant trois listes distinctes de recrutement (ou autorisation). La Liste A ouvrirait le concours aux Padhue candidats à la NPR, ayant validé au moins trois ans d'exercice en France, avec un quota d'entrée uniquement. Parallèlement, la FPS demande l'élargissement de l'actuelle liste B, réservée aux réfugiés politiques, apatrides et rapatriés, à tout praticien qui aurait validé trois années d'acquis professionnels. Sans quota d'entrée ni de sortie, il s'agirait donc d'un examen, puisque seule l'obtention de la moyenne serait requise. La liste C regrouperait tous les candidats ayant validé plus de dix ans de fonctions hospitalières en France, après passage devant la commission d'autorisation, donc sans se soumettre aux épreuves.

Troisième grande revendication de la FPS : la transformation des postes PAC (praticiens adjoints contractuels) en postes PH. Un protocole d'accord du 20 mars 2002 attribuait un budget spécifique pour transformer les PAC, voués à disparaître, en PH. Mille huit cents postes PAC l'ont été. Cinq mille sept cents autres lorgnent encore sur ce nouveau statut. Or le budget doit prendre fin d'ici décembre. « Nous demandons son prolongement jusqu'en 2010... Mais nous comprenons bien que l'administration n'est pas pressée de payer deux fois plus cher des praticiens pour le même travail. »

Sous la pression de la FPS, aux lendemains d'un mouvement de grève en septembre 2004, la Dhos a réalisé une enquête auprès des établissements publics de santé. Cette synthèse offre un état des lieux assez juste de la situation des médecins n'ayant pas la « plénitude d'exercice » en France. Les résultats seront dévoilés samedi au Congrès. « Fin 2001, il n'y avait pas plus de mille médecins qui exerçaient sans autorisation. Aujourd'hui, en raison de ces trois années de retard, on a atteint les six mille sept cents. On ne peut, à coups de quotas, régler leur sort. La NPA, au moins pour les trois-quatre ans à venir, doit être adaptée. »

### **Lutte contre les fraudes à la Sécu : les pénalités**

**Le Quotidien du Médecin du 10/11/2005**

*Jeudi 10 novembre.* L'Assurance-maladie s'apprête à franchir une nouvelle étape dans le cadre de son programme de lutte contre les fraudes et les abus, mis en place par la réforme de 2004. Dans les prochains jours, la Cnam appliquera le dispositif de pénalités financières graduées pour les cas de fraude ou d'abus avérés (comportements « très minoritaires », environ 1 % des professionnels et des assurés concernés). Assurés, employeurs et médecins sont concernés. Sont tout particulièrement visés les remboursements injustifiés à 100 % ne relevant pas des ALD. L'assurance-maladie a adressé cet été un courrier rappelant la réglementation à 9.000 médecins, dont les prescriptions injustifiées représentaient plus de 700 euros par mois. Elle s'apprête donc à vérifier si le message a été entendu. Dès janvier prochain, la Cnam pourra

subordonner les prescriptions d'arrêts de travail à l'autorisation préalable des services de contrôle médical (pour une durée maximale de six mois), dans les cas d'abus manifestes. Au total, 700.000 assurés seront contrôlés cette année (contre 450.000 en 2003). 385.000 patients ayant un arrêt maladie de plus de deux mois l'ont déjà été et 170.000 personnes pour des arrêts de travail de courte durée. Dans 17% des cas, l'arrêt de travail n'était « pas ou plus justifié médicalement ». Par ailleurs, 4.000 personnes ont été identifiées comme "grands consommateurs de soins sans raisons médicales apparentes" et sont actuellement convoqués par les médecins-conseils. Pour la moitié des 1.400 cas déjà examinés, environ 500 nécessitent des soins et se sont vu proposer un suivi médical plus rigoureux ; pour 150 patients les soins étaient non justifiés médicalement et la prise en charge a été interrompue ; enfin, 17 ont fait l'objet de poursuites pénales. Le « comportement frauduleux ou abusif du professionnel de santé » est en cause dans une cinquantaine de cas.

### **Les médecins allemands manifestent** **Le Quotidien du Médecin du 10/11/2005**

Mercredi 9 novembre. Environ 5.000 médecins non hospitaliers de toute l'Allemagne ont participé mercredi à Cologne à une "journée nationale d'action", selon les chiffres des organisateurs. Les médecins étaient appelés à protester contre les baisses d'honoraires, sur fond de suppressions d'emplois. Les honoraires perçus par les 133.000 médecins conventionnés d'Allemagne ont nettement diminué au cours des dernières années, risquant d'entraîner la fermeture de nouveaux cabinets médicaux, a expliqué à l'AFP le président de la Fédération allemande des médecins indépendants, Martin Grauduszus. Depuis l'entrée en vigueur de la réforme de la santé début 2004, plus de 100.000 emplois ont dû être supprimés dans les cabinets médicaux, d'après lui.

### **Un rapport du Commissariat au plan** **Plaidoyer pour une décentralisation de la santé** **Le Quotidien du Médecin du 10/11/2005**

*Un groupe d'experts s'est projeté dans le futur, en 2025, pour démontrer, dans un rapport du Commissariat au plan, la nécessité de régionaliser le système de santé.*

NOUS SOMMES en 2025. « Dans le pays de l'étang de Crau » s'ouvre la « 500e Maison du bien-être » (MBE), cofinancée par l'Etat, les collectivités territoriales, la tutelle régionale, l'assurance-maladie complémentaire, l'Europe et les patients. Comme toutes les MBE, « elle comporte toutes les activités de gymnastique physique et mentale, mais également la diététique, l'ergonomie et naturellement, au premier chef, l'ensemble des soins de premier recours ». Les patients ne peuvent « pas choisir le professionnel qu'ils désirent consulter », à moins de se rendre dans « des cabinets privés (où) ils y seront alors totalement de leur poche ». La rémunération des professionnels de santé de la MBE se compose d'un « salaire », d'une « capitation » et d'« un forfait d'intérêt général ».

Chaque « union régionale des professions de santé » négocie avec les régions les conventions médicales, en permettant une « flexibilité des contrats au niveau intrarégional » en fonction de l'exercice (urbain ou rural) et de l'offre de soins hospitaliers à proximité. « Le libre choix du médecin par les patients varie en fonction de la démographie médicale. (...) Après « la loi de dévolution régionale de 2015 », les élus territoriaux se sont « appropriés la compétence santé ». « En 2025, les conseils régionaux assument la responsabilité politique et financière » dans le domaine sanitaire.

### **Politique-fiction**

Cet exercice de politique-fiction est le fruit de l'imagination d'une quinzaine de très sérieux experts des questions de santé, qui ont planché pour le compte du Commissariat général au plan (1), sous la houlette de Sandrine Chambaretaud, chargée de mission au plan, et de Benoît Péricard, directeur du CHU de Nancy.

Leur rapport décoiffant propose des « saynètes » inventées de toutes pièces et insolites : récit théâtral d'un dîner d'anciens carabins, vingt ans après leur sortie de l'internat, ou encore « compte rendu d'un conseil d'administration de l'agence régionale de santé Paca », etc. Mais au-delà de la forme plutôt fantaisiste de leur étude, les experts du groupe Poles (Prospective de l'organisation locale en santé) plaident ardemment en faveur d'une décentralisation de la santé, quand bien même la France n'en prend pas le chemin ces dernières années. Après avoir émergé en 1996 (création des agences régionales d'hospitalisation et des unions régionales des caisses d'assurance-maladie), « l'option décentralisatrice a de facto reflué », notent les experts du groupe Poles.

### **Six recommandations**

Aujourd'hui, souligne leur rapport, le système de santé « *demeure enchevêtré et donc confus* », du fait de la coexistence de trois modes de régulation par l'Etat, la Sécurité sociale et « *une forme de déconcentration hybride* ». Cette triple régulation est, en outre, « *source d'incohérence et d'inefficacité* ».

Pour autant, les experts du plan sont convaincus que le mouvement de fond de décentralisation touchera un jour le domaine sanitaire, non seulement au nom de la recherche de l'efficience, mais surtout par choix politique. Ils émettent en conclusion « *six recommandations susceptibles de répondre aux défis de la santé et des territoires* ».

En premier lieu, ils exhortent les politiques à « *s'emparer franchement* » de ce domaine de compétence. Les élus qui s'intéressent déjà de près à ces questions sont « *le plus souvent médecins, voire praticiens hospitaliers* ». « *Démocratiser, au sens politique, la santé, ne peut se limiter à une délégation expresse aux usagers et à leurs représentants, nonobstant leur rôle majeur et indispensable de contre-pouvoir* », affirme le groupe Poles.

Constatant que « *la santé jacobine a failli* », il se dit « *convaincu, en prospective, de la pertinence de la responsabilité des régions* » sur les politiques sanitaires, dès lors qu'on donne « *la possibilité de diversifier les modes de gestion* » pour répondre aux besoins locaux.

Les experts du plan estiment que l'Etat doit être « *garant et surtout plus gérant* ». « *L'Etat stratège en matière de santé édicte des normes législatives peu nombreuses, établit une péréquation durable, lisible et démocratiquement débattue, et évalue les politiques régionales et locales* », écrivent-ils.

Quant aux autorités régionales de santé, elles doivent opérer « *une (r)évolution culturelle (et partant juridique) profonde, de sorte que l'appareil normatif cède le pas au principe de la contractualisation et de son corollaire, l'évaluation. Cela signifie aussi la fin du conventionnement "automatique" pour les professionnels de santé et surtout la possibilité pour les régions d'agir concrètement sur l'offre de soins en fonction des priorités* », poursuivent les experts du groupe Poles. Ils préconisent enfin la régionalisation d'« *une très large part des négociations* » avec les professionnels de santé, ainsi qu'une « *spécialisation de l'offre de soins* ».

(1) Le Commissariat au plan a été supprimé par le Premier ministre le 27 octobre dernier sous cette appellation. Il sera absorbé par un nouveau « Conseil d'analyse stratégique ». L'un de ses derniers rapports, « Pour une régionalisation du système de santé en 2025. Offre, régulation, acteurs : essai de prospective », est consultable en ligne sur Internet ([www.plan.gouv.fr](http://www.plan.gouv.fr)).

### **« Hôpital 2007 viole l'éthique médicale » L'Humanité du 9 novembre 2005**

*André Grimaldi, professeur et chef de service à l'hôpital parisien de la Pitié-Salpêtrière, spécialiste du diabète, dénonce la transformation de l'hôpital en unité de production de soins où la rentabilité à tout prix est la règle.*

Vous dénoncez l'instauration dans les hôpitaux des pôles, innovation du plan Hôpital 2007. Pour quelles raisons ?

André Grimaldi. La réforme consiste à créer dans l'hôpital des pôles de gestion, qui sont des regroupements souvent géographiques, parfois avec un thème médical. Le service hospitalier, qui rassemble l'équipe soignante et médicale, n'est plus la base. Une infirmière n'plus à un service, mais à un pôle. Le pôle décide de sa propre organisation, supprime ou conserve les services. À la Pitié-Salpêtrière, cela peut donner des orientations intéressantes. Par exemple, en tant que diabétologue, je vais prendre part à un pôle d'endocrinologie, qui regroupera entre autres des spécialistes de l'obésité, du cholestérol, du diabète, de la reproduction et de la thyroïde. Médicalement, c'est cohérent. Mais, ailleurs, un pôle agrégera la maternité, la chirurgie orthopédique, la néphrologie, la chirurgie endocrinienne, la chirurgie gynécologique et l'urologie. C'est sans logique médicale. La salle d'opération est le seul point commun de ces disciplines, et encore, pas pour la néphrologie ! Ce pôle n'existe que pour mutualiser les cadres infirmiers et les infirmières de bloc, pour les faire tourner, au nom de la polyvalence et de la flexibilité. C'est cette dérive qui a motivé la lettre ouverte, restée sans réponse.

Les pôles s'imposent en même temps que la tarification à l'activité, autre aspect d'Hôpital 2007, qui adosse les ressources de l'hôpital à son activité. Quelle est, selon vous, la cohérence de cette réforme ?

André Grimaldi. L'objectif n'est pas officiellement dévoilé. Mais certains vendent la mèche. Jean de Kervasdoué, ancien directeur des hôpitaux, dit clairement que chaque pôle sera une petite entreprise, qui devra être rentable et pouvoir à terme licencier. Impossible de cette logique tant que les services sont l'unité de référence, car les équipes y sont centrées sur les soins. Seuls les pôles dépersonnalisent suffisamment

pour permettre cette gestion. Con- - crè- - tement, si un pôle demande par exemple une radio, il va se voir présenter la facture. À l'hôpital de Creil, en région parisienne, des collègues se sont entendu répondre que pour avoir un praticien hospitalier en plus, il leur fallait trouver eux-mêmes les ressources à partir de leur bilan d'activité. Le risque, et probablement l'objectif, c'est la réduction de personnel et, si besoin, le dépôt de bilan de certains pôles ou hôpitaux. À la Pitié-Salpêtrière, l'application de la tarification à l'activité (T2A) dans les conditions actuelles aboutirait à un déficit de 7 %. Il nous faut donc augmenter notre « productivité », c'est-à-dire faire plus d'activités à code (1) rentable et réduire les autres. Mais si nous restons malgré tout en déficit, que se passera-t-il ? La directrice dit qu'elle n'en sait rien. En réalité, des activités vont être supprimées. Nous allons fonctionner exactement comme le privé.

Quel est l'impact de cette évolution sur la prise en charge des malades ?

André Grimaldi. Cette logique viole l'éthique médicale. Elle pousse à sélectionner les pathologies en fonction de ce qu'elles rapportent au pôle. Si un vieil homme met du temps à mourir et que les codes chiffrant le coût de son séjour ne valorisent pas les soins d'accompagnement de fin de vie, l'hôpital va le renvoyer à domicile ou dans des centres de soins de suite plus ou moins éloignés manquant souvent de personnel. Autre cas de figure, qui illustre l'aberration du système : si un malade hospitalisé part en clinique pour se faire opérer, puis revient, ça fait deux hospitalisations. C'est très rentable ! De même, si vous avez un malade qui loge à l'hôtel et que vous le voyez plusieurs fois en hôpital de jour, vous gagnez beaucoup plus que s'il dort à l'hôpital. Normalement, cette réforme devrait provoquer un tollé dans le corps médical. Dans les faits, il y a capitulation. Aujourd'hui, les hôpitaux calculent comment ils vont couler l'assurance maladie. Je m'explique : à l'AP-HP, la directrice veut une hausse de l'activité de 7 %. Si elle entend par là qu'il faut plus de soins pour la population qui en a besoin, parfait. Mais il ne s'agit pas de cela. Il s'agit « d'optimiser le codage » pour faire 7 % de chiffre d'affaires en plus, en rendant exactement le même service à la population. Je m'y suis mis : beaucoup des consultations du service se sont transformées en hôpitaux de jour. C'est-à-dire une facture 5 à 10 fois plus élevée pour la Sécurité sociale. Et je suis félicité par l'administration ! Mais le soin donné au malade n'a pas changé. C'est l'égoïsme naturel de « l'hôpital entreprise ». Des chefs de service arrivent à penser qu'il faut se faire de la publicité. C'est choquant. Pour ma part, quand des collègues d'autres hôpitaux viennent se former dans le service, je suis content, j'assume mon devoir de diffusion. Je ne me dis pas : « Telle stratégie thérapeutique, nous devrions la garder pour nous, et en profiter pour nous faire de la publicité. »

Comment expliquer la passivité des médecins ?

André Grimaldi. La moitié des hospitaliers n'en peuvent plus, en raison des conditions de travail, du manque de personnel, du poids administratif. L'autre moitié est partagée. Un tiers est nostalgique des maîtres d'antan. Un tiers voudrait faire de la médecine moderne, en changeant les structures, mais sur la base de vrais projets médicaux. Enfin, le reste adhère franchement à la réforme. Il s'agit souvent de médecins exerçant des spécialités à haute technicité : l'a-nesthésie-réanimation, la radiologie, parfois la chirurgie. Leur métier s'apparente à de l'ingénierie. Ils pensent qu'il faut rentabiliser, avoir des manipulateurs radio, des anesthésistes pour faire tourner les machines 24 heures sur 24. Ils promeuvent une industrialisation des soins. Ils ne suivent pas les malades. Leur émergence renvoie à une fracture dans la médecine d'aujourd'hui entre la maladie aiguë et la maladie chronique. La maladie aiguë grave profite des progrès technologiques spectaculaires, mais le problème actuel, c'est la maladie chronique, que l'on soigne sans pouvoir la guérir : elle coûte cher et ne fait qu'augmenter. Or elle suppose une relation entre le médecin et le malade, une équipe de soins, de la prévention, une éducation thérapeutique pour améliorer l'observance des traitements. Autant d'éléments impossibles à chiffrer en actes. Dans ma spécialité, un tiers des nouveaux dialysés sont diabétiques. La dialyse, c'est facile à coder, c'est de la technique. Mais quid de la prévention de la dialyse ? Elle nécessite un suivi, un savoir-faire pour obtenir des changements de comportement que la T2A ignore. En réalité, il est désormais plus intéressant d'amputer ou de dialyser que de prévenir l'amputation ou la dialyse. Voilà le message envoyé par la T2A.

L'hôpital n'est-il pas protégé par son statut public ?

André Grimaldi. Ceux qui défendent cette réforme estiment que le statut public est une aberration, parce qu'il empêche les « plans sociaux » ou le dépôt de bilan des hôpitaux. L'idéal pour eux serait de passer à l'entreprise à mission de service public. De ce fait, leur ennemi, c'est « l'alliance objective » des « vieux mandarins réactionnaires » et des syndicats (sic). Évidemment, à terme, ils veulent mettre en concurrence les hôpitaux, non seulement entre eux, mais avec le privé. Pour eux, le fait qu'il faut deux fois plus de personnel dans le public que dans le privé pour faire la même chose est inadmissible. Il faut toujours leur objecter que les hôpitaux privés ne prennent pas, en général, les urgences, sélectionnent les patients et les pathologies. Et ils ne servent pas de recours : on l'a vu lors de la canicule, on le voit tous les jours pour les soins de fin de vie. Ils n'assurent pas non plus la formation initiale des professionnels.

Cette réforme n'est-elle pas l'aboutissement d'une logique depuis longtemps à l'oeuvre, qui s'appuie sur la sempiternelle nécessité de faire des économies ?

André Grimaldi. La création délibérée de la pénurie de personnels, dès le début des années quatre-vingt-dix, est le terreau naturel des pôles, car elle appelle la nécessité de mutualiser les infirmières, d'embaucher des médecins étrangers contractuels, de développer le travail intérimaire. Cette pénurie programmée de longue date a permis de casser le système. De ce point de vue, la loi sur les 35 heures telle qu'elle a été appliquée aux hôpitaux a été un catalyseur essentiel d'Hôpital 2007.

(1) Chaque acte a désormais un code, ce qui permet de mesurer l'activité et d'y accoler un financement.

### **Assurance maladie .Quelle alternative à la loi Douste-Blazy ? L'Humanité du 9 novembre 2005**

*Un ouvrage de la Fondation Copernic analyse la stratégie et les méthodes des libéraux pour réduire la couverture publique des soins, et présente des propositions pour une vraie réforme.*

Où va l'assurance maladie ? Un an et demi après l'adoption de la réforme Douste-Blazy, un vent d'inquiétude, de contestation, de colère souffle parmi l'ensemble des acteurs du système. Y compris chez ceux qui, dans un premier temps, avaient accepté de soutenir l'entreprise. Entre-temps, il est vrai, les beaux discours, les intentions proclamées ont cédé la place aux mesures concrètes : mise en place d'un « parcours de soins coordonnés » en forme de maquis indéchiffrable, augmentation des honoraires et extension du droit au dépassement des tarifs autorisés par la Sécu, transformation de l'hôpital public en entreprise, avec la réforme de la tarification à l'activité... Médecins, responsables de la Mutualité, de syndicats de salariés, nombreux sont ceux qui éprouvent l'amer sentiment d'avoir été dupés. Au moment où s'opère cette prise de conscience, quatre économistes, spécialistes de la protection sociale, dans un livre intitulé Assurance maladie : la privatisation programmée (1), apportent un éclairage essentiel sur la visée profonde de cette réforme, sa cohérence. Passant au crible tous les mécanismes mis en oeuvre, elle montre qu'il « ne s'agit pas d'un énième plan de redressement, mais du démantèlement programmé de notre système de santé pour le recomposer en un nouveau système dominé par la montée du privé : un système éclaté, à plusieurs vitesses, inégalitaire, qui vient saborder toutes les bases de notre système de Sécurité sociale solidaire ».

C'est bien la privatisation, à la fois de l'assurance de maladie et de l'offre de soins, qui est « programmée ». Et les auteurs avertissent : ce processus ne conduira pas à la « sauvegarde » promise, ni à « dépenser mieux pour soigner mieux », mais débouchera sur « des coûts plus élevés, une explosion des inégalités et une dégradation des indicateurs de santé ». Un pronostic étayé par les expériences étrangères, en particulier celles des États-Unis et des Pays-Bas, décrites minutieusement dans le livre, expériences de systèmes dominés par la libre concurrence et le marché. Pas question pour autant de plaider pour le statu quo : le système français souffre bel et bien d'une « crise d'efficacité » et d'une « crise de financement » appelant une autre réforme. C'est pourquoi, après avoir décrypté la stratégie des libéraux pour parvenir à leurs fins, montré comment la réforme Douste-Blazy « conjugue privatisation et étatisation » pour parvenir à son but stratégique, la baisse de la couverture publique des soins, mis en évidence « l'idéologie libérale extrême et policière, contraire à la déontologie et à l'éthique médicale comme aux libertés », qui l'habite, les auteurs s'attachent à explorer des « pistes alternatives pour reconstruire un système de santé efficace et solidaire ».

Prévention, nouvelle organisation du système de soins, nouvelle politique du médicament et réforme de la gestion de l'industrie pharmaceutique, mise en oeuvre d'une « démocratie sanitaire », refonte du mode de financement de la Sécu : sur chacun de ces chapitres, le lecteur trouvera des réflexions, des propositions de nature à favoriser les convergences nécessaires entre tous les acteurs pour bâtir l'alternative souhaitée.

(1) Assurance maladie :

La privatisation programmée. Résister et reconstruire un système de santé efficace et solidaire, par José Caudron, Jean-Paul Domin, Nathalie Hiraux, Catherine Mills, Éditions Syllepse et Fondation Copernic, 2005. 7 euros.

### **Deux décrets sur la participation de l'assuré hors parcours de soins Le Quotidien du Médecin du 08/11/2005**

Deux décrets publiés aujourd'hui dans le "Journal officiel" précisent les modalités d'application de la majoration de la participation de l'assuré pour les actes et consultations réalisés par des médecins hors parcours de soins. Selon le premier décret, la majoration peut aller de 7,5% à 12,5% du tarif de base. Elle ne peut dépasser un montant égal au produit de la rémunération applicable aux consultations de cabinet des

spécialistes pratiquant des honoraires opposables. Elle n'est pas due lorsque le patient est éloigné de son lieu de résidence habituelle ou lorsqu'il recourt à un médecin "parce qu'il est confronté à une situation non prévue plus de huit heures auparavant pour une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu (sa) vie ou l'intégrité de son organisme et nécessitant l'intervention rapide du médecin". La majoration ne sera pas appliquée non plus dans différents autres cas énumérés par le deuxième décret, notamment les soins itératifs ou l'intervention successive de plusieurs médecins, sous réserve d'un plan de soins convenu avec le médecin traitant; ou les actes et consultations d'un médecin intervenant au titre de la permanence des soins.

### **Personnels hospitaliers**

#### **Négociations suspendues entre les syndicats et la Dhos**

**Le Quotidien du Médecin du 08/11/2005**

LES GROUPES de travail, réunissant les représentants syndicaux de la Fonction publique hospitalière et la Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins (Dhos), ont été suspendus, « dans l'attente de l'ouverture de réelles négociations », a annoncé Force ouvrière.

On sait que la Dhos et les fédérations santé de la CGT, FO, Cfdt, Cftc, CFE-CGC, de l'Union nationale des syndicats autonomes, de SUD, et le Syndicat national des cadres hospitaliers (Snch) ont mis en place, en septembre, trois groupes de travail sur « la démographie, l'emploi et la formation », « les conditions de travail » et « le dialogue social ».

Mais, lors d'une réunion, la semaine dernière, FO, explique cette organisation, a « pris l'initiative de proposer aux autres syndicats une suspension de séance, à l'issue de laquelle toutes les fédérations syndicales ont considéré qu'il fallait arrêter les échanges dans les groupes de travail et exiger du ministre de la Santé l'ouverture de négociations ».

Pour FO, en effet, le gouvernement « cherche à gagner du temps, faisant comme si rien n'était, comme s'il n'y avait pas eu les grèves et les manifestations ».

Pour le syndicat, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale touche particulièrement l'hôpital en lui imposant des économies importantes et « arrête un Ondam » qui « va les conduire vers des déficits et des reports de charge ». De plus, le Plfss impose un « contrat d'objectif annuel encadrant l'activité » des établissements avec des pénalités applicables en cas de non-respect de ces objectifs. Ce dispositif, toujours selon FO, viendra « aggraver les conditions de travail et de prise en charge ». D'où la nécessité de prendre en compte ces nouvelles données pour les négociations.

Selon le syndicat, la Dhos, « d'ici à quelques semaines », devrait avoir un mandat pour ouvrir de nouvelles discussions dans le cadre du processus de négociation qui devrait être présenté aux syndicats le 9 novembre par le ministre de la Fonction publique, Christian Jacob. Une information que la Dhos ne confirmait cependant pas.

### **Un entretien avec le président de l'UDF**

#### **Bayrou : qu'on respecte les médecins**

**Le Quotidien du Médecin du 04/11/2005**

*A la veille du colloque de l'UDF sur la santé, où sont attendus 400 médecins, François Bayrou, président du parti centriste, établit le diagnostic d'une profession en crise d'identité. Il réfute l'idée « selon laquelle les médecins sont responsables des maux de la Sécu » et appelle à les respecter « comme des partenaires ». A dix-huit mois de l'élection présidentielle, François Bayrou justifie le vote de la majorité des députés UDF contre le Plfss 2006, un budget « pas crédible », et dénonce le processus de décision « technocratique ».*

### **LE QUOTIDIEN - L'UDF a décidé de ne pas voter le budget de la Sécurité sociale. Pourquoi ?**

**FRANÇOIS BAYROU** - Parce qu'une fois de plus, ce budget n'est pas crédible. Fait sans précédent : il a reçu un avis négatif des conseils d'administration des quatre caisses ! Un seul exemple : on nous annonce pour 2006 un déficit de l'assurance-maladie en dessous des sept milliards d'euros, mais cette hypothèse repose sur le pari qu'il y aura l'an prochain 3,3 % de prescriptions en moins. Quelle crédibilité accorder à une telle prévision ? L'autre raison de notre décision est l'aggravation de la crise dans tout le secteur de la santé : à l'hôpital, où trois quarts des établissements sont dans le rouge, mais aussi chez les médecins. Nous sommes devant l'application d'une politique dont nous avions prévenu en 2004, notamment par Jean-Luc Prél, qu'elle créerait, au bout du compte, une immense déception. On nous annonçait, en présentant la réforme « historique », que le budget devait revenir à l'équilibre en 2007. En fait, le déficit sera le plus lourd de la période. Tous les chiffres montrent que, comme le dit la Cour des comptes, « en fait, la protection sociale n'est plus financée ».

**Une mesure est particulièrement controversée : le forfait de 18 euros sur les actes lourds. Quelle est votre analyse ?**

Je m'exprime avec prudence parce que tout le monde sait qu'on ne retrouvera pas une situation financière saine sans efforts accrus. Encore faut-il qu'ils soient justement répartis. Or les Français les moins favorisés (sans mutuelle mais juste au-dessus du seuil de la CMU) vont la ressentir très lourdement. Dans un contexte de graves difficultés financières pour la Sécu, la question de l'équité dans les efforts doit être première, sinon on obtient une médecine à plusieurs vitesses.

**Que répondez-vous à ceux qui estiment que l'UDF se situe clairement dans l'opposition ?**

Qu'on nous présente de bons textes, nous serons ravis de les voter ! Ce n'est pas le cas avec ce Plfss. Xavier Bertrand a fait des efforts d'écoute et de compréhension. Mais force est de constater que les annonces ne sont pas suivies d'effet et que le processus de décision demeure le même : technocratique.

**LA REMUNERATION DES MEDECINS FRANCAIS EST MOINS IMPORTANTE QUE CELLE DES MEDECINS DE LA PLUPART DES PAYS DE L'UNION**

**Quels enseignements reprenez-vous de votre enquête auprès des médecins français ?**

Nous avons organisé cette enquête auprès des médecins sans savoir si elle les intéresserait. Nous avons eu 14 000 réponses, accompagnées de pages et de pages de contributions et de commentaires ! Très souvent, les réponses commencent ainsi : « *C'est la première fois qu'on nous demande notre avis.* » Ce qui frappe d'abord, c'est l'énorme sentiment de frustration d'un milieu professionnel de haut niveau mais laissé complètement à côté des décisions sur son propre avenir et qui se ressent comme instrumentalisé. Quatorze pour cent des médecins seulement croient que la réforme est une bonne réforme. Les doutes, considérables, concernent bien sûr le fond mais d'abord la méthode. L'exaspération porte en particulier sur l'absence de continuité de la politique conduite. J'ai été par exemple frappé par l'amertume des médecins référents. Ces médecins ont eu le sentiment qu'ils pouvaient s'investir sur une parole crédible de l'Etat, ils se sont engagés pendant des années et soudain on renverse la table. Le choc est considérable et pas seulement chez les référents. De nombreux praticiens qui pourtant n'avaient pas choisi cette option y ont vu une preuve du manque de parole des décideurs. A ces doutes, il faut ajouter l'envahissement de la pratique professionnelle par des tâches administratives, informatiques, juridiques, comptables, dont ceux qui les supportent estiment qu'elles ne relèvent pas de la médecine. Cet alourdissement de l'exercice de la médecine crée une grande lassitude, une exaspération. Enfin, il y a le choc entre la vocation médicale et la société contemporaine. L'atteinte permanente à l'image du médecin est extrêmement mal vécue.

**Votre diagnostic de la crise médicale n'est-il pas exagéré ?**

La crise du secteur médical est d'autant plus frappante que, pour l'essentiel, ce n'est pas une crise matérielle, c'est une crise morale. J'entends les médecins qui sont proches de moi (ma fille, mon gendre, ma sœur et son mari, mes neveux et nièces, mon suppléant) parler de leur métier. Je sens bien les interrogations, qui perturbent aujourd'hui le grand amour qu'ils ont de leur métier. Mais les réponses au questionnaire sont impressionnantes : l'expression des médecins traduit une profonde rancœur. Il est vrai qu'il y a aussi un aspect sociétal. Il arrive aux médecins ce que connaissent aussi d'autres professions qui étaient hier des piliers respectés de la société française : les professeurs, les juges, les élus. Tous ressentent un sentiment de dévaluation. Et les attaques contre eux les touchent d'autant plus : récemment encore, on a dit que les médecins ne tenaient pas leurs engagements, qu'ils n'assumaient pas leurs responsabilités. Pour ma part, je ne partage pas l'idée selon laquelle les médecins sont responsables des maux de la Sécu. Par exemple, la rémunération des médecins français est moins importante que celle des médecins de la plupart des pays de l'Union. Regardez aussi l'émotion que suscite chez les chirurgiens un amendement récent : ils se sentent désignés comme boucs émissaires alors que les tarifs chirurgicaux en France sont pour l'essentiel plus bas qu'ailleurs. Qu'on leur demande des efforts, les médecins le comprennent, qu'on les mette en accusation, ils ne le supportent plus.

**Dans le cadre des états généraux de la reconstruction, l'UDF organise demain au Sénat un colloque « santé » avec environ 400 médecins ayant répondu au questionnaire. Pourquoi cette initiative ?**

Pour prendre au sérieux le travail en commun que nous sommes décidés à conduire, dans la durée, avec toute une profession. L'enquête auprès des médecins a été cette première étape, permettant de connaître leur ressenti, leur vécu. Et nous allons faire le même travail avec les autres professions de santé, infirmiers, pharmaciens, dentistes, kinés, paramédicaux. Le colloque de demain, avec plusieurs centaines de médecins, doit permettre de tracer des lignes, même si le moment n'est pas venu de faire de grandes propositions d'organisation. Les médecins et les professions médicales représentent une telle somme de compétences, d'expérience, de science et de conscience, que nous ne pouvons pas laisser une telle mine de savoir et de réflexion en jachère.

**Quelles seraient les lignes directrices d'un projet UDF ?**

L'urgence est de tourner le dos au court terme pour privilégier le long terme, en cessant de considérer que chaque alternance impose de tout reprendre à zéro. Le médecin traitant, par exemple, n'est pas une idée vaine, si l'on se place non pas dans le cadre d'une politique de guichet, de ticket d'entrée chez le spécialiste, mais dans la perspective d'une grande politique de prévention. Sur la politique du médicament, les résultats

atteints ne sont pas négligeables, même s'ils demandent à être confirmés (car il pourrait se faire que des médicaments peu chers soient remplacés par des médicaments plus chers).

Mais quand un problème surgit, les acteurs doivent être impliqués dans la décision en amont et responsabilisés. Cette méthode entraînera une réflexion sur l'organisation du système lui-même. Si l'UDF plaide pour la régionalisation de la politique de santé, c'est parce que certaines démarches et projets peuvent être très différents selon les secteurs géographiques. Sur la démographie, par exemple, nous allons devoir faire face à un énorme problème de répartition des médecins sur le territoire. Il faut inventer des stratégies qui collent au terrain (monde rural, banlieues, centre-villes). Enfin, la voie cruciale à prendre est celle de la prise en charge globale du patient et de la prévention. C'est la stratégie la plus déterminante pour améliorer le niveau de santé de la nation et obtenir en même temps des économies.

### **Une enquête sur les médecins, un colloque sur la santé... Que répondez-vous à ceux qui vous accusent d'électorisme à dix-huit mois de la présidentielle ?**

Laissez-les dire. Les gens qui croient qu'il suffit de déclarations pour conquérir des voix ne comprennent rien aux professions de santé et aux médecins. Il n'y a pas de milieu plus méfiant désormais à l'égard des démarches politiques. Mais ils attendent une autre approche : une vraie attention et une vraie prise en compte de leurs expériences, de leur réflexion. Qu'on ne leur raconte plus d'histoires et qu'on les respecte comme des partenaires. Ce sera déjà un nouveau départ.

### **Le vote en première lecture du plfss 2006 Seuls les députés UMP ont approuvé le texte Le Quotidien du Médecin du 04/11/2005**

Comme on s'y attendait, les députés ont approuvé en première lecture le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006. Ils l'ont adopté par 339 voix contre 151. Mais seuls les parlementaires de l'UMP ont voté en faveur de ce texte, alors que les socialistes et les communistes votaient contre et que les députés UDF, comme l'an dernier d'ailleurs, ne l'approuvaient pas. Une majorité de députés de cette formation choisissait de voter contre, tandis que certains élus de la formation de François Bayrou préféraient l'abstention.

Si la charge de la formation socialiste était attendue et portée par Jean-Marie Le Guen, celle de l'UDF était particulièrement dure. Pour le député UDF de Vendée, Jean-Luc Prével, cette « loi est mauvaise », dans la mesure, a-t-il dit, où elle crée une médecine à plusieurs vitesses. Dans le collimateur du député, le fameux forfait à 18 euros mis en place pour les actes supérieurs à 91 euros. Mais le député de Vendée a également dénoncé le fait que, pour la première fois, les quatre branches de la Sécurité sociale étaient déficitaires et que l'Ondam 2006 avait été fixé à 2,5 %, un taux irréaliste, selon lui. Pour Jean-Luc Prével, les recettes dans ce Plfss sont surestimées, alors que les dépenses sont sous-estimées. Un constat que ne fait pas l'UMP, le parti du ministre de la Santé, Xavier Bertrand, pour qui le texte se situe dans la droite ligne de la réforme de l'assurance-maladie et va permettre de sauver notre système de protection sociale. « Cette discussion (parlementaire) a permis de conforter les réformes que nous sommes en train de mettre en œuvre », a insisté Xavier Bertrand.

### **La parole aux sénateurs**

Pour les représentants de l'UMP, il est faux en tout cas de dire que ce texte met en place une maîtrise comptable, comme l'ont affirmé les représentants socialistes et de l'UDF, puisqu'elle va permettre, selon eux, de mieux assurer ceux qui en ont besoin et de préserver l'avenir de l'assurance-maladie.

Les débats agités et souvent mouvementés à l'Assemblée nationale ne sont pas terminés pour autant. Nous n'en sommes même qu'au début du marathon parlementaire. Ce sera bientôt au tour du Sénat d'examiner ce projet, et cela à partir du 14 novembre. Le texte reviendra ensuite devant les députés pour un vote en seconde lecture, avant la réunion éventuelle d'une commission mixte paritaire députés-sénateurs, si les deux Chambres ne sont pas d'accord.

Les débats devant la Haute Assemblée promettent d'être aussi agités qu'à l'Assemblée. Le ministre de la Santé, qui a été mis parfois en difficulté devant les députés sur plusieurs dispositions de son texte, concernant notamment la hausse de la taxe du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique ou la convergence de la tarification de l'activité entre l'hôpital public et l'hospitalisation privée, compte bien sur ces futurs débats pour convaincre les parlementaires de son groupe de revenir à la version initiale.

### **Le gouvernement et les complémentaires santé Une bataille de chiffres**

## **Le Quotidien du Médecin du 04/11/2005**

Le désaccord persiste entre le ministre de la Santé et les familles de complémentaires sur le bilan financier du Plfss qui a été adopté par les députés en première lecture. Il reste que le gouvernement leur a donné en partie satisfaction via deux amendements.

LES ORGANISMES complémentaires, très sollicités par le gouvernement dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (Plfss) pour 2006, n'ont pas réglé leurs comptes avec lui à propos de l'impact financier du texte. Quelques jours avant l'adoption du Plfss en première lecture à l'Assemblée nationale, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (Hcaam, où siègent des représentants de l'Etat, de la Sécu, des complémentaires, des acteurs de santé et des élus) a très opportunément rendu une note sur le sujet. Il reste que personne n'en fait la même lecture.

Devant les députés, Xavier Bertrand a fait référence « aux chiffres avancés » par le Hcaam qui « montrent que l'effort que (le gouvernement) demande aux complémentaires est possible sans augmentation des cotisations ». Le ministre de la Santé estime que le bilan financier du Plfss est « neutre » pour les complémentaires dès lors que leurs économies sur les médicaments devraient compenser leurs charges supplémentaires.

Au contraire, la Mutualité française s'appuie sur la même note du Hcaam pour évaluer à « au moins 630 millions d'euros » le surcoût des mesures du Plfss pour les complémentaires (« le Quotidien » du 31 octobre). A la Fédération française des sociétés d'assurances (Ffsa), on fait remarquer que le Haut Conseil, de toute façon, n'a « pas chiffré certains éléments », car des incertitudes demeurent sur la note à payer par les complémentaires, en particulier sur les dépassements encadrés prévus par le secteur optionnel des médecins spécialistes. « Il y a confusion entre les charges supplémentaires et l'évolution des tarifs, ajoute-t-on à la Ffsa. Chaque assureur est responsable de ses augmentations de cotisations. » Et cela en fonction de divers facteurs, incluant les nouvelles charges de 2006, les pertes éventuelles de l'année en cours et la régulation du marché qui « fait perdre des clients si on augmente trop les tarifs ».

### **Deux amendements**

Les complémentaires et le gouvernement entretiennent-ils un dialogue de sourds ? Pas complètement. L'entretien du 19 octobre entre Xavier Bertrand et le bureau de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance-maladie (Unocam) n'a en effet pas été vain, puisque le gouvernement a fait adopter par les députés deux amendements au Plfss qui répondent à certaines de leurs revendications.

Le premier amendement confirme l'instauration d'un taux de remboursement spécifique de 15 %, jusqu'au 1er janvier 2008, pour les veinotoniques, qui ne sont pas sortis de la liste des spécialités remboursables au 1er mars 2006, comme les autres médicaments au SMR jugé insuffisant par la Haute Autorité de santé. Mais l'amendement précise qu'à titre dérogatoire les complémentaires peuvent « décider, lors du renouvellement du contrat », de ne pas prendre en charge pour les veinotoniques « tout ou partie de la participation de l'assuré » au-delà des 15 % remboursés par la Sécu. La Mutualité française avait déjà donné une consigne à ses mutuelles dans le même sens. Du côté de la Ffsa, on se réjouit moyennement de la mesure, car le contenu des contrats des assureurs ne peut être modifié que par avenant, avec l'accord expresse de l'assuré.

Le second amendement du gouvernement prévoit plusieurs aménagements aux contrats responsables (1), qui doivent promouvoir les nouveaux parcours de soins et bénéficient de ce fait d'aides fiscales et sociales.

### **L'échéance du 1er janvier prochain**

En premier lieu, les complémentaires ne voyaient pas comment elles allaient pouvoir rembourser dès le 1er janvier prochain « au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique », conformément à leur cahier des charges, alors que la liste de tels actes n'est pas encore connue. Le gouvernement a donc accepté l'idée d'un report de cette mesure « au 1er juillet 2006 ». Son amendement octroie de même un délai de six mois aux garanties collectives d'entreprises (soumises obligatoirement à un accord entre les partenaires sociaux) afin de les adapter à l'ensemble du cahier des charges des contrats responsables. Enfin, le délai de mise en œuvre est étendu jusqu'au « 1er janvier 2008 », avec maintien des aides publiques jusqu'à cette date, pour les garanties limitées exclusivement aux hospitalisations.

A la Mutualité française, ces mesures sont jugées « pragmatiques ». La Ffsa, elle, aurait préféré que les « garanties partielles » liées aux hospitalisations soient « exonérées » du cahier des charges des contrats responsables. En outre, la Ffsa s'interroge encore sur le sort réservé aux « contrats multiples » associant, par exemple, complémentaire et surcomplémentaire en entreprise.

(1) Les contrats responsables ont été définis par l'article 57 de la loi du 13 août 2004 et son décret d'application du 29 septembre 2005.

**La polémique à propos de la tarification à l'activité**  
**Le face-à-face public/privé**  
**Le Quotidien du Médecin du 31/10/2005**

Feu sur la tarification à l'activité. Huit mois après le basculement complet des cliniques privées en T2A, près de deux ans après l'application partielle de ce même mode de financement aux hôpitaux publics, et alors que la loi prévoit un rapprochement progressif des tarifs des deux secteurs jusqu'en 2012, date à laquelle la convergence tarifaire devra être achevée, les critiques fusent de toutes parts.

Le débat parlementaire s'en est largement fait l'écho. A la dernière minute, vendredi, les députés ont finalement décidé de réintégrer dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006 (Plfss) l'obligation d'une convergence réalisée à moitié en 2008.

Le ministre délégué à la Sécurité sociale, Philippe Bas, l'a lui-même rappelé à l'Assemblée nationale : la convergence « sera achevée en 2012, et aura atteint le palier de 50 % en 2008 ». Une déclaration claire, qui aurait pu clore le débat, s'il elle n'avait été suivie de cette autre phrase, pour le moins ambiguë : « Le palier de 50 % en 2008 nous paraît difficile à atteindre... », a ajouté Philippe Bas. La confusion est donc toujours de mise.

Dans ce contexte, « le Quotidien » a souhaité donner la parole aux présidents de la FHF (Fédération hospitalière de France) et de la FHP (Fédération de l'hospitalisation privée), dans un face-à-face où chacun expose librement ses arguments. Le premier, Claude Evin, exige une pause dans la convergence tarifaire ; le second, Ken Danis, demande la poursuite du processus tel que prévu par la loi. Deux visions très différentes, difficilement conciliables. Claude Evin, ancien ministre de la Santé, affirme que la convergence tarifaire est inflationniste pour l'assurance-maladie, et que la comparaison des coûts entre les deux secteurs hospitaliers n'est pour l'heure pas possible. Le Dr Roger-Ken Danis plaide pour une plus grande transparence et certifie à l'inverse que la convergence tarifaire est une source d'économie pour l'assurance-maladie. Un débat qui devrait rebondir rapidement.

**Ken Danis (FHP) : la T2A est source d'économie**  
**Le Quotidien du Médecin du 31/10/2005**

*LE QUOTIDIEN - Depuis plusieurs semaines, on assiste, s'agissant de la tarification à l'activité, à une guerre des déclarations entre les deux fédérations, FHF et FHP, pourtant toutes deux partisans de la réforme. La T2A a-t-elle un avenir en l'absence d'un consensus ?*

Dr ROGER KEN DANIS - Oui, la T2A a un avenir. La mise en place de la T2A dans les établissements publics et privés constitue une mesure phare de la réforme de l'assurance-maladie. Elle est le seul moyen de rendre transparente l'utilisation des cotisations des Français dans les budgets hospitaliers, qui représentent 50 % de ses dépenses. Faire la transparence est nécessaire pour mieux gérer et assurer aux Français, à qui on demande de plus en plus d'efforts, que chaque euro est utilisé avec la meilleure efficacité. C'est pourquoi les établissements privés ont fait preuve d'un grand sens des responsabilités en appliquant la T2A à 100 % dès 2005.

*La FHF réclame une pause dans le processus de convergence tarifaire, la FHP demande son maintien. Quels sont les enjeux pour les établissements de santé et pour les usagers ?*

Réclamer une pause dans le processus de convergence, alors qu'il n'a pratiquement pas commencé et que la loi dit qu'il doit être achevé en 2012, témoigne d'une difficulté à évoluer, à restructurer. De nombreuses cliniques subissent depuis une décennie une difficile restructuration et, pour autant, ne cessent de poursuivre les mises aux normes nécessaires, mais coûteuses. C'est grâce à une gestion rigoureuse et à une efficacité optimale que nos établissements sont capables de produire des soins de haute qualité pour des tarifs inférieurs de 40 % à ceux de l'hôpital. L'enjeu de la convergence n'est autre qu'une meilleure utilisation des cotisations des Français afin de permettre aux cliniques de continuer à assurer leur mission, participant ainsi à la défense d'une assurance-maladie qui pourra continuer à assurer à tous l'accès à tous les soins hospitaliers.

*L'Assemblée nationale a décidé, contre l'avis du gouvernement, de rétablir l'échéance de 2008, étape intermédiaire censée marquer la moitié du processus de convergence. Quelle est votre réaction ? Revenez-vous sur le principe d'une convergence achevée en 2012 ?*

Cet amendement avait déjà été déposé par la FHP en 2004 et adopté par les parlementaires. Il a été enlevé par le gouvernement dans le Plfss 2006 et les parlementaires ont jugé indispensable de maintenir des objectifs clairs en adoptant cet amendement redéposé cette année par la FHP. Je ne peux évidemment que m'en féliciter. Remettre en question l'objectif d'atteindre la moitié de la convergence des tarifs des hôpitaux et des cliniques en se réfugiant derrière la demande de rapport complémentaire, quand le rapport Marrot fixait déjà en avril 2002 le principe et les modalités de cette convergence, fait craindre une volonté de ne pas

faire. Il faut s'engager courageusement dans la séparation complète du financement des soins et de celui des Migac (missions d'intérêt général et aides à la contractualisation, ndlr), que sont les urgences, l'aménagement du territoire, l'enseignement, la prévention... Missions dont certaines sont déjà assurées par les cliniques privées. La profession est plus que jamais volontaire pour s'engager dans cette voie.

En ce qui concerne les soins, la T2A est l'outil approprié : chaque soin est décrit avec un tarif. L'objectif recherché est clair : le même tarif pour le même soin. Les Migac doivent être mieux identifiées et justement tarifées. Le financement des hôpitaux et des cliniques reposera alors sur des critères objectifs. Qui pourrait comprendre que, faute de restructuration, les Français paient beaucoup plus cher un même soin ? Les autres missions doivent obéir au même schéma.

*Si la convergence tarifaire consiste à augmenter les tarifs du privé pour les ajuster sur ceux du public, est-ce tenable pour les comptes de la Sécurité sociale ?*

Si l'activité des cliniques privées était réalisée par les hôpitaux, cela représenterait pour l'assurance-maladie un surcoût de 4,5 milliards d'euros. Si on applique le rapport Marrot d'avril 2002, qui préconise une augmentation de 20 % du tarif des cliniques privées, avec dans le même temps une réduction de 10 % du tarif des hôpitaux, l'assurance-maladie réaliserait alors une économie de 1,53 milliard d'euros. L'application de la convergence est donc une source d'économie pour l'assurance-maladie.

Aujourd'hui, je demande qu'on s'engage dans cette convergence, sans attendre les résultats des études actuellement en cours, vu le très grand écart existant entre les tarifs des deux secteurs. Cela est notamment indispensable, car je considère comme profondément anormal qu'un payeur unique, l'assurance-maladie, et un régulateur unique, l'Etat, permettent, par la politique tarifaire, qu'un secteur puisse payer les mêmes salariés, avec les mêmes compétences, 20 % de plus. Je vais donc réitérer ma demande d'une enveloppe de convergence pour les salaires.

**Claude Evin (FHF) : une pause est indispensable**  
**Le Quotidien du Médecin du 31/10/2005**

*LE QUOTIDIEN - Depuis plusieurs semaines, on assiste, s'agissant de la tarification à l'activité, à une guerre des déclarations entre les deux fédérations, FHF et FHP, pourtant toutes deux partisans de la réforme. La T2A a-t-elle un avenir en l'absence d'un consensus ?*

CLAUDE EVIN - Bien sûr. La T2A est un mode d'allocation de ressources que nous défendons. La FHF a toujours été favorable à une réforme du mode de financement des hôpitaux qui prenne en compte leur activité. Cela nous semble à la fois plus équitable et plus efficace que le précédent système de budget global que personne ne regrette. Cependant, s'il existe un consensus sur le principe de la T2A, nous ne pouvons être d'accord avec les modalités actuelles de sa mise en œuvre et plus particulièrement la mécanique de convergence des tarifs des hôpitaux et des cliniques.

*La FHF réclame une pause dans le processus de convergence tarifaire, la FHP demande son maintien. Quels sont les enjeux pour les établissements de santé et pour les usagers ?*

Le problème, c'est que l'on a mis la charrue devant les bœufs. Les éléments techniques nécessaires pour établir une comparaison réelle et honnête entre les hôpitaux et les cliniques ne sont pas prêts. Aujourd'hui on avance les yeux bandés vers une convergence que l'on s'impose comme un dogme. En d'autres termes, on cherche à comparer ce qui n'est pas - ou pas encore - techniquement comparable. Chacun sait que les hôpitaux et les cliniques ne traitent pas les mêmes cas, ne prennent pas en charge les mêmes patients et n'ont ni les mêmes contraintes, ni les mêmes organisations. Un simple exemple parmi tant d'autres : les salaires des médecins des hôpitaux sont inclus dans les tarifs hospitaliers alors que les honoraires des médecins des cliniques sont en dehors de leurs tarifs. Ce n'est pas une différence négligeable !

*Quand l'hospitalisation privée clame qu'elle coûte 40 % moins cher que le public, c'est au mieux une pétition de principe, au pire une allégation mensongère et dangereuse.*

L'Assemblée nationale a décidé, contre l'avis du gouvernement, de rétablir l'échéance de 2008, étape intermédiaire censée marquer la moitié du processus de convergence. Quelle est votre réaction ? Revenez-vous sur le principe d'une convergence achevée en 2012 ?

Le principe même d'une convergence pose problème. Nous sommes contre cette avance à marche forcée qu'impose l'échéance d'une convergence à 50 % en 2008. Entre parenthèses, personne ne comprend ce que signifient réellement ces 50 % de convergence... Est-ce que 50 % des tarifs devront être au même niveau en 2008 ou bien cela signifie-t-il que la différence maximale entre les tarifs du public et ceux du secteur commercial ne pourra pas dépasser 50 % ? Ce qui est certain, c'est que, en obligeant les établissements hospitaliers à avancer dans le flou, on met en danger la qualité de notre service public hospitalier. Rappelons que les hôpitaux et les cliniques étant désormais financés par la même enveloppe fermée de dépenses de l'assurance-maladie, l'Ondam, toute évolution positive des tarifs d'un secteur se fait au détriment de l'autre secteur. Sauf à augmenter le volume global des dépenses d'assurance-maladie consacré aux hôpitaux et aux

cliniques, une politique favorable aux cliniques se traduira automatiquement par la disparition de pans entiers d'activités des hôpitaux publics. Une pause dans la convergence est non seulement indispensable pour sauver la T2A, mais elle s'impose également pour préserver la qualité de notre service public hospitalier.

*Si la convergence tarifaire consiste à augmenter les tarifs du privé pour les ajuster sur ceux du public, est-ce tenable pour les comptes de la Sécurité sociale ?*

Non. En effet, en dehors de la menace pour le service public hospitalier cette convergence menée au pas de course comporte un risque non négligeable d'inflation des dépenses d'assurance-maladie. La mécanique de la convergence ne peut avoir que deux sens : la baisse des tarifs du secteur public, ou bien la hausse de ceux du privé. Vu les tensions budgétaires qui pèsent déjà sur les hôpitaux, on ne voit pas bien comment leurs tarifs pourraient baisser, sauf à toucher aux effectifs de personnel (70 % des budgets), ce qui ne paraît pas - heureusement ! - être le choix des pouvoirs publics.

*La convergence se traduira donc par l'augmentation des tarifs du secteur privé et donc par des coûts supplémentaires pour la Sécurité sociale qui n'en a pas vraiment besoin.*

En rejetant la position sage et responsable de Xavier Bertrand, les députés de la majorité ont campé sur des positions idéologiques d'autant plus surprenantes que plusieurs d'entre eux sont des hospitaliers qui connaissent les difficultés des établissements. La convergence ne serait possible que si, d'une part, l'outil T2A devient fiable pour permettre les comparaisons, que si, d'autre part, les missions de service public sont correctement évaluées, ce qui est loin d'être le cas aujourd'hui, et que si l'on parvient enfin à assurer la transparence sur le montant des honoraires des médecins des cliniques et le coût des actes liés aux hospitalisations en secteur commercial, mais réalisés en dehors.

**La fin de la discussion du Plfss 2006 à l'Assemblée  
Des forfaits pour les médecins dans les zones déficitaires  
Le Quotidien du Médecin du 31/10/2005**

*Un amendement du gouvernement, adopté par les députés, prévoit de moduler en fonction de l'activité les aides forfaitaires annuelles aux praticiens libéraux prévues dans les zones déficitaires.*

LE PLAN de Xavier Bertrand sur la démographie médicale doit être rendu public avant la fin de l'année (« le Quotidien » du 28 octobre) mais le gouvernement distille déjà l'information sur quelques-unes des mesures attendues pour maintenir ou accroître l'offre de soins dans les régions désertifiées. La dernière disposition a été insérée discrètement au projet de loi de financement de la Sécurité sociale (Plfss) pour 2006. Un amendement du gouvernement, adopté par les députés (après l'article 27), prévoit en effet de moduler les aides forfaitaires annuelles versées aux professionnels de santé libéraux « dans les zones déficitaires identifiées par les missions régionales de santé » (MRS).

En fait, ces aides forfaitaires, instaurées par la loi du 13 août 2004, n'existent pas encore pour les médecins. D'une part, les nouvelles MRS, qui réunissent les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les unions régionales des caisses d'assurance-maladie (Urcam), n'ont pas achevé la définition des zones déficitaires en concertation avec les acteurs du terrain. D'autre part, les signataires de la convention médicale du 12 janvier 2005 ne se sont pas encore saisis de ce dispositif d'aides, ni d'un autre outil mis à leur disposition par le législateur qui consistait à moduler la participation des caisses aux cotisations sociales des médecins conventionnés de secteur I en fonction de la zone d'installation ou d'exercice. Le texte conventionnel indique simplement que ses signataires « étudieront d'ici le 1er janvier 2006 les éventuelles modalités d'attribution » des aides forfaitaires annuelles.

**Restructuration**

Avec son amendement, le gouvernement leur apporte de la souplesse dans la négociation à venir, puisqu'il autorise une modulation des aides forfaitaires « en fonction du niveau d'activité (des professionnels) et de leurs modalités d'exercice, notamment pour favoriser l'exercice regroupé ».

« Plus on aura d'outils, mieux ce sera », commente Michel Combier, président de l'Unof, la branche généraliste de la Confédération des syndicats médicaux français (Csmf). En combinant « mesures nationales et mesures spécifiques par bassin de vie », le système reste « très ouvert », souligne-t-il. « De telles aides permettront aux médecins concernés de faire venir des remplaçants et de faciliter le regroupement des cabinets », poursuit le Dr Combier. « A priori, ces incitations sont bonnes et devraient favoriser la restructuration de l'offre de soins », approuve à son tour Jean-Louis Caron, secrétaire général du Syndicat des médecins libéraux (SML). Il voit d'un bon œil l'aide à l'exercice en groupe et la prise en compte des situations particulières, comme l'activité à temps partiel, car c'est dans l'air du temps. « Avec la féminisation du corps médical, explique le Dr Caron, on change la manière de pratiquer la médecine, et les femmes entraînent les hommes dans leur sillage. »

A MG-France, syndicat non signataire de la convention, Pierre Costes reste sceptique. « *Sur le principe* », cette modulation des aides est « *une bonne idée* », selon lui. « *Mais cela fait partie des effets d'annonce, une fois de plus* », ajoute le président de MG-France. Evoquant l'ancien projet de prime de 13 000 euros (1), il constate qu'« *on va attaquer 2006 et aucune aide à l'installation n'a jamais été versée aux jeunes généralistes. Cela s'appelle des Arlésiennes !* ».

La Caisse nationale d'assurance-maladie (Cnam) précise pour sa part que les aides forfaitaires aux praticiens des zones défavorisées sur le plan sanitaire seront bien « *à l'ordre du jour des négociations conventionnelles qui auront lieu en fin d'année* ».

(1) : Prime prévue dans le Plfss 2002

### **Les autres mesures à retenir**

LES DÉPUTÉS voteront mercredi sur l'ensemble du Plfss 2006. Vendredi, ils ont achevé d'examiner en première lecture le volet maladie du texte.

L'Assemblée a adopté, sans le modifier, le nouveau forfait de 18 euros pour les actes médicaux facturés 91 euros ou plus (hors actes de biologie et d'imagerie). Certaines catégories de patients (ALD, femmes enceintes, nouveau-nés, invalides, CMU...) seront exonérées de ce forfait remboursable par les complémentaires santé. Le forfait de 18 euros, que ses détracteurs considèrent comme « *une brèche* » dans la prise en charge des risques lourds par la Sécu, doit permettre à celle-ci d'économiser 100 millions d'euros. Xavier Bertrand a défendu cette mesure très controversée en citant un avis du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (Hcaam), que le Plfss 2006 pérennise. Les chiffres de cet avis sur le périmètre des prises en charge à 100 %, adopté jeudi dernier par le Hcaam, « *montrent que nous pouvons demander cet effort sans qu'il y ait une augmentation des cotisations* » des complémentaires, a déclaré le ministre de la Santé. Au contraire, la Mutualité française a fait valoir que le même avis du Hcaam estimait à « *au moins 630 millions d'euros* » le transfert de charges supplémentaires aux complémentaires en 2006, et que ce chiffre était « *conforme* » à ses propres évaluations.

Au moment de l'adoption de l'article qui pérennise le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (Faqsv), le ministre a précisé la ventilation des 110 millions d'euros qui lui sont attribués en 2006 (avec un plafond de dépenses de 150 millions d'euros). « *90 millions d'euros* » seront consacrés au dossier médical personnel tandis que « *11 millions* » iront à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et « *8,5 millions* » aux maisons médicales de garde (MMG).

Le moratoire au dispositif du médecin traitant ne sera finalement pas restreint aux seules zones déficitaires en offre de soins, après le rejet de l'amendement Domergue (« *le Quotidien* » du 25 octobre). Ce moratoire doit permettre aux patients de ne pas être pénalisés financièrement lorsqu'ils consultent, hors parcours de soins, un jeune généraliste qui vient de s'installer.

Les députés ont, en revanche, apporté d'autres modifications au projet de loi. L'amendement Fagniez prévoit que les patients pourront désormais saisir le médiateur de leur caisse après avoir « *acquitté des dépassements d'honoraires qu'ils estiment irréguliers ou contraires au principe du tact et de la mesure* ».

Contre l'avis du gouvernement, les députés ont amendé le Plfss pour rétablir l'objectif de convergence des tarifs d'hospitalisation public/privé à hauteur de « *50 % en 2008* », comme le prévoyait le Plfss 2004. « *Il y va de la crédibilité de la réforme* », a argué le député UMP Yves Bur, rapporteur du Plfss.

Au sujet de la retraite ASV des cinq professions de santé conventionnées, le ministre délégué à la Sécurité sociale Philippe Bas a réitéré l'intention du gouvernement de « *créer les conditions juridiques d'une réforme* » dans l'article 47 du Plfss, avant de « *travailler en étroite concertation avec les représentants des professionnels et des caisses* ». Les députés ont adopté un amendement du gouvernement qui oblige les caisses à prendre en charge aussi aux deux tiers la cotisation d'ajustement instituée par le Plfss, comme le réclamaient plusieurs syndicats médicaux. En outre, l'article 47 a été modifié pour préserver le caractère forfaitaire de la cotisation annuelle obligatoire créatrice de droits des régimes d'ASV.

### **« Une pandémie de grippe aviaire émergera un jour ou l'autre » Le Monde 18 octobre 2005**

*Selon le professeur Didier Houssin, délégué interministériel chargé de la lutte contre cette maladie, la France doit se préparer « comme si la pandémie était pour demain ». Des négociations sont en cours en vue de constituer un stock d'un autre antiviral que le Tamiflu, le Relenza*

L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) devait se réunir, lundi 17 octobre, " pour faire un certain nombre de recommandations scientifiques " sur la grippe aviaire. Dans un entretien au Monde, le professeur Didier Houssin, délégué interministériel chargé de la lutte contre les risques de pandémie grippale, annonce de NOUVELLES MESURES préventives. Il évoque notamment les pourparlers en vue de la constitution d'un STOCK DE RELENZA, un autre antiviral que le Tamiflu, l'efficacité de ce dernier face au virus de la grippe aviaire n'étant pas certaine, et la nécessité de renforcer la surveillance des OISEAUX MIGRATEURS. Les ministres européens des affaires étrangères doivent évoquer ce sujet, mardi, à Luxembourg, avant que leurs collègues de la santé se réunissent à leur tour, jeudi et vendredi.

*Que pensez-vous de l'article paru sur le site de la revue Nature, vendredi 14 octobre, qui indique que le virus H5N1 peut devenir résistant au Tamiflu chez les personnes traitées avec ce médicament antiviral, dont la France a constitué un stock de 17 millions de traitements ?*

Cette publication intéressante ne concerne qu'un cas, mais vient confirmer des éléments parus dans *The New England Journal of Medicine*. Cette observation conforte l'idée selon laquelle la préparation à la lutte contre la pandémie impose de ne pas mettre tous ses oeufs dans le même panier. C'est pourquoi la France est actuellement en pourparlers avec la multinationale GlaxoSmithKline afin de constituer un stock de Relenza, l'autre antiviral ayant démontré une efficacité contre les virus de la grippe. Nous pourrions ainsi améliorer notre stratégie thérapeutique en cas d'émergence de résistances au Tamiflu.

Nous avons constitué un premier stock important de cet antiviral et nous préparons un deuxième stock sans avoir de véritables certitudes, qu'il s'agisse de l'efficacité de ces médicaments contre un nouveau virus ou de l'importance des phénomènes de résistance à venir.

Nous savons en revanche que si l'on fait aujourd'hui un usage immodéré du Tamiflu, on complique beaucoup les choses. Ce médicament doit être réservé à des malades chez lesquels, pour des raisons médicales, il est important de maîtriser rapidement une infection grippale. Ce serait une erreur majeure que d'user très largement du Tamiflu à titre prophylactique.

*Quelle est votre analyse de l'évolution de l'épizootie et, notamment, de la découverte de foyers de H5N1 chez des oiseaux en Turquie et en Roumanie ?*

Nous devons impérativement nous intéresser au possible rôle des oiseaux migrateurs dans la propagation de certaines épidémies animales. Ce qui se passe en Turquie et en Roumanie renforce beaucoup l'hypothèse, défendue par l'organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), mais parfois contestée, du rôle des migrateurs dans la diffusion du H5N1. Cela nous permet aussi d'anticiper sur les événements ultérieurs.

*A quoi pensez-vous ?*

Ce qui est connu des voies de migration des oiseaux à partir de la Sibérie occidentale ouvre deux possibilités. La première est un accès direct vers l'Europe de l'Ouest. L'on peut s'attendre à des contacts entre oiseaux infectés et oiseaux sains dans les zones humides d'Europe occidentale, mais, au vu du nombre d'oiseaux migrants, ce scénario est toutefois jugé assez peu probable.

La seconde possibilité est en revanche beaucoup plus probable. Elle concerne la voie Méditerranée-mer Noire, qui est plus directement en connexion avec la Sibérie occidentale. Cet axe laisse redouter l'émergence de foyers au Moyen-Orient puis en Afrique. Il s'agit là d'une menace très sérieuse. On peut imaginer l'installation endémique du virus en Afrique, comme c'est le cas dans plusieurs pays d'Asie. Nous serions alors confrontés à de très grandes difficultés de contrôle de l'épizootie, puis, dans quelques mois, à la menace d'une remontée d'oiseaux migrateurs potentiellement infectés de l'Afrique vers l'Europe occidentale.

Cela impose de réfléchir rapidement à la manière dont nous pourrions aider les pays africains concernés à lutter en urgence contre les premiers foyers d'épizootie. Pour les semaines à venir, l'enjeu est clair : il concerne la capacité de la communauté internationale à se mobiliser contre l'épizootie et à répondre à l'appel lancé sur ce thème par la FAO et l'Office international des épizooties.

*La situation actuelle impose-t-elle de prendre de nouvelles mesures en France ?*

Nous allons devoir renforcer la surveillance des oiseaux migrateurs et de leur environnement proche dans les zones humides. Il faudra de ce fait informer les chasseurs et mobiliser les ornithologues. En cas de découvertes d'oiseaux malades ou morts, l'alerte devra être lancée au plus vite, de manière à faire des analyses biologiques spécialisées. Nous n'envisageons pas de réduire ou de limiter la pratique de la chasse, mais les chasseurs doivent prendre des précautions dans la manipulation d'oiseaux retrouvés morts ou manifestement malades.

*Partagez-vous l'opinion de Liam Donaldson, votre homologue britannique, qui, dans un entretien à la BBC, le 16 octobre, a déclaré que l'émergence d'une pandémie grippale était inéluctable ?*

Je partage cette analyse. Une telle pandémie émergera un jour où l'autre. Mais faire une telle prévision n'expose pas à un grand risque dès lors que l'on se situe à l'échelle de l'espèce humaine. Il en va différemment si l'on s'intéresse à une échelle de temps plus réduite. Parler pour le siècle à venir est une chose ; évoquer l'année prochaine en est une autre. Nous devons malgré tout nous préparer comme si la pandémie était pour demain.

La préparation de la lutte contre la grippe aviaire a longtemps été un exercice théorique. Désormais, c'est une entreprise très concrète, même s'il n'est pas facile d'agiter une menace importante sans générer de l'anxiété.

### **L'efficacité du Tamiflu, médicament recommandé par l'OMS, n'est pas démontrée** **Le Monde 18 octobre 2005**

C'EST la première fois, dans l'histoire de la pharmacologie et de la lutte contre les maladies infectieuses, que des pays constituent des stocks nationaux d'un médicament qui n'a pas véritablement démontré son efficacité contre une maladie virale contagieuse à venir ; et une maladie dont on ne connaît pas encore précisément à quel agent pathogène elle pourrait être due.

Ce médicament est le Tamiflu, un antiviral de la multinationale suisse Roche, devenu célèbre, ces dernières semaines, au motif qu'il pourrait constituer une parade médicamenteuse efficace, à titre curatif ou préventif. Cette menace a fait que le Tamiflu, molécule initialement connue des virologues sous le nom d'oseltamivir, est depuis plus d'un an un " blockbuster" (un grand succès commercial) médicamenteux sans précédent.

Peut-on raisonnablement parier sur les vertus du Tamiflu ? Les fabricants de vaccins sont-ils en mesure de répondre au plus vite à la menace de cette catastrophe que constituerait l'émergence d'une nouvelle pandémie grippale ? Parce qu'ils sont désormais placés sous le feu de l'actualité épidémiologique internationale, les laboratoires pharmaceutiques et les producteurs de vaccins sont confrontés à des questions de santé publique d'ampleur planétaire.

Depuis des mois, ces questions à fort pouvoir anxiogène ont mobilisé les responsables sanitaires nationaux et internationaux. Mais elles commencent de plus en plus largement à entrer dans le domaine public. Outre l'intensification de la fabrication industrielle de masques individuels de protection - la France disposera bientôt d'un stock de 200 millions de ces masques -, la lutte contre une prochaine pandémie repose sur deux axes essentiels : les médicaments antiviraux comme le Tamiflu d'abord, les vaccins ensuite.

Comment comprendre ? Pour ce qui concerne le Tamiflu, de nombreuses questions n'ont toujours pas trouvé de véritables réponses. A commencer par celle concernant les raisons qui ont conduit l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à recommander à ses Etats membres la constitution en urgence de stocks nationaux de ce produit. Mais la situation vient de se modifier radicalement avec la publication dans la revue scientifique britannique Nature d'une étude montrant que le virus H5N1, responsable de l'actuelle épizootie, pouvait devenir résistant à cette molécule (Le Monde daté 16-17 octobre).

### **RÉSISTANCE DU VIRUS**

Cette observation faite chez une adolescente vietnamienne ayant été infectée par le virus H5N1 est d'autant plus inquiétante que cette jeune fille semble impliquée dans le premier cas documenté de transmission interhumaine de ce virus. Un scénario qui pourrait préfigurer l'émergence d'une pandémie tant redoutée des autorités sanitaires. Demain, comment lutter contre elle ?

Découvert par la société californienne Gilead Sciences mais produit par la multinationale pharmaceutique suisse Roche, le Tamiflu n'est pas la seule parade médicamenteuse contre les infections grippales. Dans la même famille - celle des " inhibiteurs de la neuraminidase" - un autre traitement existe, le Relenza ou zanamivir, développé par une société australienne et commercialisé par la multinationale GlaxoSmithKline.

Au vu de ce premier cas de résistance, des experts estiment qu'il conviendrait de compléter les stocks nationaux de Tamiflu avec des stocks équivalents de Relenza. A dire vrai, l'émergence de phénomènes de résistance du virus H5N1 aux médicaments était redoutée des spécialistes. Interrogé sur ce qu'il pensait de la multiplication de stocks nationaux de Tamiflu (Le Monde du 7 septembre), le professeur Alain Goudeau, chef du service de bactériologie-virologie du CHU de Tours, mettait en garde contre l'illusion sécuritaire inhérente à la constitution, très coûteuse, de tels stocks.

Pour leur part, les responsables sanitaires français se sont régulièrement félicités, ces derniers mois, d'avoir constitué un stock approchant les 17 millions de traitements. Aucune précision n'a été donnée quant au coût de cette mesure. Il y a eu, une série d'autres analyses publiées dans la presse scientifique internationale a démontré avec quelle rapidité les virus de la grippe pouvaient trouver les solutions génétiques leur permettant de résister de manière durable et croissante aux rares antiviraux disponibles.

C'est dans ce contexte que Roche doit faire face à une offensive menée par des pays qui souhaitent produire cet antiviral sous une forme générique. Confrontée à une situation de crise hors normes, la multinationale suisse vient de faire un don de 20 000 traitements de Tamiflu à la Turquie pour protéger les ouvriers travaillant dans des élevages de poulets. Deux millions de doses ont également été mises à disposition de l'OMS.

Pour ce qui concerne les vaccins, l'ensemble des multinationales concernées - au premier rang desquelles Sanofi-Pasteur MSD, GlaxoSmithKline (GSK) et Chiron - ne produisent annuellement pas plus de 400 millions de doses de vaccin contre la grippe " saisonnière". Le groupe Sanofi-Pasteur MSD en produit 160 millions, GSK et Chiron assurant le reste.

Dans l'hypothèse de l'émergence d'une pandémie grippale résultant d'une " humanisation" du virus H5N1, aucun vaccin ne serait disponible à court terme. Pour autant Sanofi-Pasteur MSD a, le 15 septembre, conclu un contrat de cent millions de dollars (83 millions d'euros environ) avec le gouvernement américain pour la production d'un vaccin expérimental contre l'actuelle souche H5N1 qui infecte les volailles. Un vaccin dont rien n'indique qu'il pourrait être d'une quelconque efficacité pour l'espèce humaine. La France a pris une initiative de même nature, à hauteur de deux millions de doses vaccinales, sans jamais fournir les éléments rationnels et financiers d'un tel choix.

#### **L'alerte de deux médecins hospitaliers aux responsables politiques *Le Monde* 18 octobre 2005**

COMMENT parler au mieux et au plus grand nombre de cette nouvelle menace que constitue le risque d'émergence d'une pandémie due à un virus mutant de la grippe ? Deux hospitalo-universitaires parisiens, l'un spécialiste des maladies infectieuses et tropicales, l'autre de pneumologie et de réanimation, viennent de relever le défi. Ils offrent un ouvrage ambitieux qui ne cache pas avoir été rédigé dans la fièvre de l'urgence et dont la publicité alarmiste n'est nullement en phase avec la volonté affichée des deux auteurs de lancer " un message de confiance et d'espoir".

Rappelant ce que furent les pandémies dans l'histoire de l'humanité, les professeurs François Bricaire et Jean-Philippe Derenne ne craignent pas, au fil des pages, de se transformer en virologues, en ornithologues et même en vétérinaires.

Mais l'essentiel de leur propos n'est pas dans la vulgarisation des données scientifiques nécessaires à la compréhension de la situation créée par l'apparition de la souche virale H5N1. Il réside dans la très vive alerte lancée aux responsables politiques et dans la volonté de voir s'ouvrir, sur le thème de la prévention et de la sécurité, un véritable débat de citoyens.

Mais les responsables gouvernementaux français ont réagi avant même la sortie de l'ouvrage. A la demande de Jacques Chirac, Dominique de Villepin a, en août, mobilisé les ministères et les administrations concernés. La France a augmenté notablement son stock d'un médicament censé être efficace, constitué une réserve de 200 millions de masques individuels et a déjà réservé des millions de doses d'un vaccin qui, dans l'avenir, pourrait protéger contre l'infection.

Tout en se félicitant de ces initiatives, les deux auteurs estiment que la France doit aller bien plus loin dans l'effort et continuer à augmenter ses stocks tout en manifestant - quadrature du cercle - sa solidarité avec les pays les plus démunis. Ils exposent aussi la nécessité qu'il y a, dès aujourd'hui, à anticiper en examinant collectivement la somme des conséquences d'une pandémie sur d'innombrables aspects de la vie en collectivité. C'est ici qu'ils font oeuvre utile.

#### **Les victimes de l'amiante ont défilé à Paris pour dénoncer une " injustice de classe " *Le Monde* 18 octobre 2005**

Des milliers d'ouvriers et leurs proches ont manifesté, samedi 15 octobre, pour réclamer un procès pénal et témoigner des souffrances endurées. " On n'a pas cessé de nous mentir ", a dit l'un d'eux

reportage " Les patrons ont toujours fait passer le profit au détriment de la santé des gars "

IL EST PARTI un matin d'été, sans crier gare, alors qu'il campait près de la rivière où il aimait pêcher. Une crise cardiaque a mis un terme à ses souffrances, aux douleurs provoquées par ses poumons durcis par les fibres d'amiante, aux crises d'étouffement incessantes qui l'épuisaient.

Robert Mannessier est mort le 22 août, à 54 ans, après plus de trente années passées dans l'industrie sidérurgique à réparer, sans masque ni protection, des fours à coke emplis d'amiante. Sa femme, Martine, et ses deux filles, Marie-Cécile et Marie-Laure, n'ont que leur dignité à opposer à la fatalité. " Il disait qu'il en avait marre de souffrir et qu'il avait été empoisonné sans le savoir, raconte sa veuve. Je lui ai promis sur son lit de mort qu'il aurait justice."

Christian Ryckewaert, Guy Marcant, Jean-Claude Ameele, René Lievin, Jean Minne... Graves ou souriants, les visages de ces anciens ouvriers des chantiers navals de Dunkerque (Nord) dansent sur les pancartes brandies par leurs veuves, en tête de la manifestation qui a réuni, samedi 15 octobre à Paris, plusieurs milliers de victimes de l'amiante et de leurs proches. Répondant à l'appel de l'Association nationale de défense des victimes de l'amiante (Andeva), 5 000 personnes selon les organisateurs, 2 000 selon la police, ont défilé de la place Saint-Augustin à la place Vendôme, devant le ministère de la justice, pour réclamer l'ouverture d'un procès pénal.

"DÉSINTÉRÊT MANIFESTE"

Jusqu'ici dispersées sur tout le territoire, une trentaine de plaintes ont été regroupées aux pôles judiciaires de santé publique de Paris et de Marseille depuis le printemps, mais les dossiers sont toujours au point mort. " Nous ressentons une injustice de classe dans ce désintérêt manifeste pour ces ouvriers qui perdent leur vie à la gagner, a clamé François Desriaux, président de l'Andeva. Nous n'attendrons pas encore dix ans, à raison de 3 000 morts par an, pour que les responsables de cette catastrophe sanitaire répondent en justice."

Venus de Marseille ou de Saint-Nazaire (Loire-Atlantique), du Havre ou de Toulon, les travailleurs exposés à l'amiante vivent tous le désarroi d'avoir été trompés, après avoir manipulé pendant des années une fibre dont ils ignoraient l'effet cancérigène. Regard bleu fixé au loin, grand et massif malgré la canne sur laquelle il s'appuie, Maurice Hamel était soudeur dans les sous-marins de la direction de la construction navale (DCN), à Cherbourg (Manche). Après vingt-neuf ans de travail à la DCN, l'amertume a pris le pas sur la fierté quand les médecins de la marine nationale ont refusé d'admettre que ses essoufflements étaient dus à l'amiante.

" On m'a dit que c'était parce que j'étais trop gros", raconte-t-il avec écoeurément. Depuis, des plaques pleurales ont été détectées sur ses poumons, et il a vu beaucoup de ses collègues mourir. " On croyait que l'amiante nous protégeait du feu, c'était tout le contraire, se souvient-il. Il fallait voir, quand on soudait tous en même temps, tout cet amiante qui volait autour de nous..."

" On en veut aux patrons parce qu'ils savaient et qu'ils ont toujours fait passer le profit au détriment de la santé des gars." Casquette vissée sur la tête, Claude Fonvieille, 61 ans, a fabriqué pendant vingt-sept ans des tuyaux dans l'usine d'Albi d'Eternit, l'un des principaux fabricants d'amiante-ciment. " On n'a pas cessé de nous mentir, dit-il. En 1977, les patrons ont supprimé l'amiante bleu en nous disant qu'il était devenu trop cher alors que, en fait, c'était parce qu'il était trop dangereux. En 1984, ils nous ont donné des masques jetables, qu'on ne devait changer qu'une fois par semaine. Ensuite, ils ont installé des aspirateurs partout dans l'usine. Et enfin, juste avant l'interdiction de l'amiante, en 1997, ils ont exporté leurs stocks au Portugal..."

Comme beaucoup de travailleurs qui ont été exposés à l'amiante, Claude Fonvieille se sent en sursis. Il a été choqué par la vision de deux de ses proches collègues, " des gaillards bien portants", emportés par la maladie en quelques semaines alors qu'ils ne pesaient plus qu'une quarantaine de kilos. Pour le moment, les médecins n'ont rien décelé sur ses poumons, mais il vit en permanence avec l'idée que le mésothéliome (cancer de la plèvre) pourrait lui " tomber dessus". " A chaque fois qu'on entend un cas, on a le moral à zéro, à chaque rhume on se demande ce que c'est, on est toujours sur le qui-vive, ça agit sur le tempérament, explique-t-il. On se dit : J'ai travaillé pourquoi ? Pour avoir combien de temps à vivre ?"

La vie de Joël Petit, elle, s'est arrêtée à 47 ans. C'était en avril 2000, après une longue agonie qui " l'a anéanti totalement". Electromécanicien, Joël Petit travaillait chez Nestlé, à Beauvais, où il réparait les joints des frigos en pleine nuit, en utilisant l'amiante à pleine main. " Mon père coupait, sciait, meulait l'amiante et travaillait sans protection ni masque", raconte Sonia, une jolie jeune femme de 23 ans.

Avec sa mère, Nelly, Sonia est venue réclamer que " le gouvernement bouge un peu pour que les responsables de cet empoisonnement soient punis". " On veut être fortes en mémoire de lui, pour que plus personne ne vive ce qu'il a vécu, affirme Nelly, les larmes aux yeux. Il avait 47 ans et avait encore largement de quoi vivre."

**Sarkozy s'appuie sur la psychiatrie**  
**Le Quotidien du médecin 18 octobre 2005**

*Le ministre de l'Intérieur donne un coup de pouce inattendu à la psychiatrie infanto-juvénile dans les Pyrénées-Orientales, en cautionnant à titre expérimental un plan de santé mentale visant à favoriser l'accès aux soins pédopsychiatriques dans les quartiers difficiles du centre-ville de Perpignan, livrés à des émeutes en mai dernier.*

Au cours d'une visite à Perpignan, Nicolas Sarkozy a esquissé son plan de prévention de la délinquance, dont le lancement est prévu pour le début du mois de décembre. Il a signé plusieurs conventions prévoyant, entre autres, l'installation de caméras dans les rues de la préfecture des Pyrénées-Orientales, ainsi que la mise en place d'un « internat de la réussite éducative » et d'un système de « détection et de prise en charge précoce des difficultés de socialisation des parents et de leur enfants », grâce à la présence d'équipes spécialisées en pédopsychiatrie renforcées dans les quartiers sensibles. Un accord a été conclu avec l'hôpital psychiatrique départemental de Thuir, situé à une quinzaine de kilomètres de Perpignan. Le ministre veut « infléchir les chemins qui mènent à la délinquance. Un gamin qui part à la dérive, c'est un gamin qui perd ses repères et, derrière lui, c'est très souvent une famille qui les a déjà perdus ou qui est en train de les perdre », explique-t-il. Un centaine de familles seraient volontaires pour suivre le programme, affirme Nicolas Sarkozy. En mai dernier, les quartiers sensibles du centre-ville de Perpignan avaient été la scène d'affrontements intercommunautaires, après le meurtre de Mohammed Bey-Bachir, 28 ans, battu à mort par des Gitans, puis de Driss Ghaïb, 43 ans, assassiné par balles.

**Prévenir les problèmes d'adaptation**

Pourquoi cette main tendue à la psychiatrie de secteur, au pays d'adoption de Salvador Dali ? L'action développée par le Dr François Soumille, chef de service de l'un des deux intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile du département, au lendemain des émeutes perpignanaises de mai, en est à l'origine. « Pendant quinze jours, nous sommes intervenus, dans un dispositif d'urgence médico-psychologique, auprès de gens traumatisés des quartiers du centre-ville qui ont vécu des scènes de violences. Une population qui cumule tous les indices de vulnérabilité, dont notamment des difficultés d'accès à l'école », dit au « Quotidien » le pédopsychiatre qui exerce au centre médico-psychologique (CMP) de l'hôpital de Thuir. Les Pyrénées-Orientales détiennent un nombre record d'allocataires de RMI et de la prestation de parent isolé, et la psychiatrie de secteur en connaît les retombées. « Malheureusement, nous souffrons d'un manque de personnel pour pouvoir accomplir un travail efficace de prévention et de proximité, sachant que ces familles ne vont pas consulter dans les CMP. En même temps, poursuit le praticien, le travail en réseau est en panne ; la coordination entre les intervenants de la ville, les travailleurs sociaux et les enseignants fait défaut. » La dimension psychologique en pâtit.

*« Les enfants sont adressés en consultation bien après la détection des difficultés en terme de troubles du comportement. Nous sommes là dans le registre de la prévention des problèmes d'adaptation et de socialisation chez des familles très vulnérables, et non dans le champ de la prévention de la délinquance », insiste le Dr Soumille comme pour délimiter son territoire, celui de la santé mentale, et le distinguer de celui de la sécurité publique.*

**100 000 euros pour une pédopsychiatrie de proximité**

Fort de cette lourde et dramatique expérience de mai 2005, les deux secteurs départementaux de psychiatrie infanto-juvénile ont demandé un renforcement de leurs effectifs au nom d'un travail de proximité. C'est la clé pour agir de manière coordonnée avec l'ensemble des intervenants et pour accompagner, vers les centres de soins, des familles et des enfants en souffrance psychologique. Courant juillet, le Dr François Soumille remet à la Ddass un projet de relance, conçu dans le cadre d'un plan sur l'égalité des chances, coordonné par le préfet, et en liaison avec les élus de la ville. À la veille de la visite ministérielle, le praticien apprend que Nicolas Sarkozy s'engage à financer, à hauteur de 100 000 euros, ses propositions. En fait, croit savoir le pédopsychiatre, son programme, retenu à titre expérimental pour une durée d'un an, pourrait relever du Plan psychiatrie et santé mentale de mai 2005, qui met l'accent sur les populations en situation de grande précarité et les soins pédopsychiatriques. Si tout marche bien, le ministère de la Santé ne manquera pas d'appliquer la recette à l'ensemble du territoire. Les équipes pédopsychiatriques des Pyrénées-Orientales vont disposer de deux éducateurs et d'un mi-temps de psychologue supplémentaires pour mener à bien leur mission. « Avec des moyens accrus, le dépistage des enfants en difficulté psychosociale, au sein de familles en situation de précarité, elles-mêmes fragilisées psychologiquement, va pouvoir être intensifié dans les quartiers sensibles du centre-ville de Perpignan », commente le Dr Jean-Yves Galland, président de la Commission médicale consultative de l'hôpital de Thuir.

Les mesures annoncées par Nicolas Sarkozy, qui a répété sa volonté de mettre en œuvre une « *discrimination positive à la française* » pour « *donner davantage à ceux qui ont moins* », sont appelées à « *réfigurer* » son plan national de prévention de la délinquance. Lequel doit être compris comme un plan de portée médico-sociale, en raison de la main tendue du ministre à la psychiatrie de secteur. À moins qu'il ne soit qu'un volet du Plan psychiatrie et santé mentale.

### **20 Octobre : nouvelle étape d'une mobilisation nécessaire.**

**J.C. Delavigne, Rouge n°2130, 20 Octobre 2005**

Le 20 octobre une manifestation nationale réunira à Paris les personnels des hôpitaux auxquels se joindront les salariés de santé privée et de l'action sociale. D'autres manifestations auront lieu dans les villes les plus éloignées qui ne « monteront » pas en masse à Paris. Cette manifestation nationale est issue des congrès syndicaux qui se sont tenus juste au lendemain du référendum du 29 mai, celui de la fédération SUD et celui de la fédération CGT où la manifestation nationale fut l'objet d'un âpre débat. Les équipes syndicales CGT, dynamisées par le succès du « non » avaient imposé cette perspective à une direction fédérale réticente, qui ne s'est guère montrée enthousiaste dans l'application de ce mandat.

Le 4 octobre a constitué un premier test de la mobilisation dans le secteur hospitalier à la rentrée. Le taux de participation à la grève a été important dans les hôpitaux atteignant souvent les 20 ou 30% du personnel. des grèves ont également eu lieu dans la santé privée et l'action sociale, même si par ailleurs les personnels du secteur se sont relativement peu rendus aux manifestations. Le 20 octobre, constitue un nouveau jalon dans la construction d'un rapport de force nécessaire face aux politiques libérales de privatisation de l'assurance maladie et de l'hôpital public (voir Rouge de la semaine dernière) poursuivies et accélérées par le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2006.

Malgré ses limites (appel national des seules fédérations CGT et SUD, absence de contacts unitaires, proximité du 4 octobre...), cette manifestation revêt en effet une réelle importance politique : C'est en effet la première fois, depuis que le Plan Juppé a instauré le vote des dépenses de santé au Parlement, qu'une telle manifestation nationale à l'ouverture du débat à l'assemblée nationale. Elle permettra de rendre visibles et de poser dans le débat politique l'urgence des revendications des personnels hospitaliers (effectifs de personnel), de défense du service public, et de préparer ainsi les prochaines étapes.

### **Vers un mouvement national des personnels hospitaliers**

Les 3 quarts des hôpitaux étant déjà en situation de dépassement de leur budgets, les « mauvaises surprises » sont doré et déjà parfaitement prévisibles avant même la fin de l'année. Des mesures de « retour à l'équilibre » (fermetures de structures, suppression d'emplois) apparaissent inévitables, et dès le début de 2007 ce sont des véritables « plans sociaux » qui sont en perspectives avec la suppression massives des emplois non statutaires, le blocage des recrutements, des mutations autoritaires de personnel, ainsi que la privatisation accélérée des services techniques et logistiques. C'est donc bien la préparation d'un mouvement de grève, nationale, unitaire des personnels hospitaliers qui doit être à l'ordre du jour en s'appuyant sur les luttes .

### **Mobilisation interprofessionnelle pour le droit à la santé.**

Ces luttes du secteur doivent également s'inscrire dans le cadre de la mobilisation interprofessionnelle dans la suite du 4 octobre. Sur les questions de santé et de protection sociale, les luttes du secteur sont indispensables, elles ne sont pas suffisantes. Le droit à la santé est un enjeu interprofessionnel qui s'inscrit également dans les mobilisations pour la défense du service public. La santé et ses personnels devront donc avoir toute leur place dans la manifestation nationale du 19 Novembre pour la défense du service public

### **Remous autour du Plfss 2006**

**Xavier Bertrand justifie ses mesures**

**Le Quotidien du Médecin du 14/10/2005**

*Xavier Bertrand a bouclé son budget de la Sécu, débattu au Parlement à partir du 25 octobre, en annonçant de nouvelles baisses de prix pour les médicaments génériques et les veinotoniques. L'instauration d'un forfait de 18 euros pour les actes lourds continue à susciter des remous, notamment du côté des assurances complémentaires, pour qui cette charge de plus aura des conséquences sur les cotisations des assurés. Ce que conteste le ministre de la Santé.*

LE DÉFICIT de la Sécurité sociale « demeure trop élevé », a déclaré en Conseil des ministres le président Jacques Chirac, qui appelle à « renforcer la logique de responsabilité de chacun des acteurs ».

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (Plfss) pour 2006 est inspiré par « *la détermination absolue d'aboutir au redressement des comptes* », lui a répondu en écho le ministre de la Santé et des Solidarités, face à la presse. Pour l'heure, l'équilibre est repoussé de 2007 à 2009 et le Plfss vise à réduire le déficit de la branche maladie de 8,3 à 6,1 milliards d'euros l'an prochain. Notamment grâce à un objectif de dépenses (Ondam) maîtrisé à + 2,5 % et ventilé inégalement entre les principaux postes (1).

Selon Xavier Bertrand, le budget de la Sécurité sociale (toutes branches confondues) repose sur de nouvelles recettes, dont le gouvernement attend « *2,7 milliards d'euros* » supplémentaires, et des mesures censées faire économiser jusqu'à « *3,9 milliards d'euros* » sur les dépenses, pour compenser notamment leur « *dérive spontanée* ».

### **Un gros effort demandé à l'industrie pharmaceutique**

Le Plfss 2006 demande « *un gros effort* » à l'industrie du médicament, évalué par Xavier Bertrand à « *2,1 milliards d'euros au total, dont 980 millions au titre du plan de redressement* » amorcé en 2004. Outre les mesures déjà annoncées (voir ci-dessous), le ministre de la Santé a précisé qu'il avait renoncé à la généralisation immédiate des tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR). Par souci de « *visibilité* », le gouvernement a opté pour une « *mise en cohérence des prix des médicaments génériques en France avec les prix européens par une baisse de 13 % des prix du répertoire du générique* ». Avant de procéder à la généralisation des TFR pour le remboursement de tous les médicaments (anciens et nouveaux), il se donne un délai de « *vingt-quatre mois pour poursuivre l'incitation à la substitution* » par les pharmaciens. Concernant les veinotoniques dont le service médical rendu (SMR) a été jugé insuffisant par la Haute Autorité de santé, le ministre a indiqué qu'une « *baisse de 20 % de leur prix* » accompagnerait la diminution de leur prise en charge de 35 à 15 %.

En comparaison, le Plfss exige « *un effort mesuré* » des complémentaires santé, a souligné le ministre. « *On peut demander aux complémentaires de nous aider* », a-t-il ajouté, dès lors que les mutuelles, les institutions de prévoyance et les assurances privées vont aussi faire des économies sur les baisses du prix des médicaments et les déremboursements intégraux de 156 spécialités à SMR insuffisant (à hauteur de « *300 à 400 millions d'euros* », selon lui). C'est pourquoi le gouvernement sollicite les complémentaires pour rembourser à leurs patients le nouveau ticket modérateur forfaitaire de 18 euros sur les actes techniques médicaux d'un montant supérieur à 91 euros. Des affirmations qui ne sont guère appréciées du côté des mutuelles et des assurances complémentaires (voir page 4).

### **« Opération vérité »**

« *Pour l'année 2006, nous pensons sincèrement que les complémentaires peuvent prendre en charge (le forfait de 18 euros) sans augmenter leurs cotisations ou leurs primes* », a affirmé Xavier Bertrand, qui souhaite « *une opération-vérité* » sur leurs tarifs. Il a, par ailleurs, précisé que ce nouveau forfait de 18 euros sur les actes techniques de 91 euros ne concernerait pas les actes de radiologie et d'imagerie et qu'il serait plafonné en cas de plusieurs actes lors d'une hospitalisation.

(1) + 3,44 % pour l'hospitalisation, + 3,2 % pour les soins de ville hors produits de santé, - 3,3 % sur le médicament et + 6,16 % pour le secteur médico-social.

### **Les mesures clés**

#### **RECETTES (chiffage tous régimes)**

- Prélèvements sociaux anticipés sur les plans d'épargne-logement (PEL) de plus de dix ans (717 millions d'euros).
- Clause de sauvegarde pharmaceutique (400 millions d'euros).
- Augmentation de la taxe exceptionnelle sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques (300 millions d'euros).
- Réaffectation de droits tabac vers le fonds CMU (- 178 millions d'euros).

#### **DÉPENSES (chiffage tous régimes)**

##### **• Médicaments**

- Baisse de 13 % de tous les médicaments inscrits au répertoire générique (*princeps* généricables et leurs génériques).
- Déremboursement total de 156 médicaments au SMR insuffisant au 1er mars 2006.
- Déremboursement partiel à 15 % de 62 veinotoniques jusqu'en 2008 et baisse de 20 % du prix de ces médicaments au SMR insuffisant.

##### **• Autres prescriptions**

- Orientation par les médecins des patients vers les centres de rééducation fonctionnelle (CRF) en fonction de nouvelles recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS).
- Pouvoir de prescription des sages-femmes étendu aux dispositifs médicaux.
- Simplification de la procédure d'inscription et de hiérarchisation des actes de biologie à la nomenclature.

##### **• Médecin traitant**

- Possibilité de désigner comme médecin traitant les médecins membres d'un cabinet de groupe ou d'un centre de santé.
- Moratoire (d'une « durée de 4 ou 5 ans à fixer par décret ») pour les jeunes médecins généralistes afin que leurs patients ne soient pas pénalisés s'ils les consultent à la place de leur médecin traitant.
- **Aides à l'installation**
  - Extension des aides conventionnelles aux remplaçants dans les zones déficitaires.
  - Mission d'accueil des caisses au moment de l'installation.
- **Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (Faqsv)**
  - Pérennisation du Faqsv et extension du champ de ses missions.
  - Dotation de 110 millions d'euros en 2006 (plafond de dépenses à 150 millions), dont 90 millions prévus pour la montée en charge du dossier médical personnel (DMP).
- **Retraite ASV**
  - Réforme de la gouvernance des régimes d'avantage social vieillesse (ASV) des professions de santé conventionnées en vue d'assurer leur pérennité.
- **Etablissements de santé (1,1 milliard d'euros)**
  - Revalorisation du forfait journalier hospitalier de 14 à 15 euros (100 millions d'euros d'économies pour la Sécurité).
  - Extension du dispositif de régulation des produits de santé remboursés en ville aux médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus des tarifs de groupes homogènes de séjour (GHS) à l'hôpital (baisses de tarif avec possibilité de reversement de remise).
  - Possibilité élargie de financer intégralement en tarification à l'activité (T2A) certaines activités de l'hôpital public (liste à fixer par arrêté ministériel).
  - Maintien du principe de convergence des tarifs des établissements de santé privés et publics à l'horizon 2012, mais suppression de l'étape intermédiaire de 2008.
  - Marge de manœuvre supplémentaire des directeurs d'agence régionale d'hospitalisation (ARH) pour assurer la convergence des coefficients de transition des établissements de santé de leur région.
  - Dotation de 327 millions d'euros au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp), qui financera à hauteur de 100 millions d'euros l'an prochain le volet investissement du plan Hôpital 2007.
- **Forfait de 18 euros sur les actes lourds**
  - Instauration d'un ticket modérateur forfaitaire de 18 euros sur tous les actes médicaux techniques, réalisés en ville ou à l'hôpital, dont le tarif est supérieur ou égal à 91 euros (100 millions d'euros d'économies).
  - Exonération de ce forfait pour les actes de biologie et d'imagerie médicale.
  - Plafonnement à 18 euros en cas de série d'actes pendant une même hospitalisation.
  - Exonération des patients ALD, des bénéficiaires de la CMU, des femmes enceintes, des nouveau-nés hospitalisés, des invalides ou des titulaires d'une rente AT-MP.
- **Lutte contre les fraudes et les abus (150 millions d'euros)**
  - Contrôle des revenus perçus à l'étranger pour la CMU.
  - Recoupement des informations entre administrations publiques.
- **CMU**
  - Revalorisation de 304,52 à 340 euros du forfait annuel versé aux complémentaires pour chaque bénéficiaire de la CMU complémentaire (148 millions d'euros).
  - Augmentation de la taxe des complémentaires versée au fonds CMU (de 1,75 à 2,5 % de leur chiffre d'affaires).
  - Revalorisation de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (crédit d'impôt pour ceux dont les revenus dépassent de 15 % au maximum les plafonds de ressources de la CMU-C).
- **Personnes âgées dépendantes**
  - Développement de l'aide au maintien à domicile (40 millions d'euros).
  - Création de 5 000 places nouvelles en établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (Ehpad).
  - Extension au 31 décembre 2007 du délai de signature des conventions tripartites dans le cadre de la réforme de la tarification des Ehpad.
  - Dotation de 158,9 millions d'euros pour la signature de ces conventions.
  - Amélioration de la prise en charge pharmaceutique dans les maisons de retraite.
- **Handicapés**
  - 398,4 millions d'euros de mesures nouvelles (+ 6,16 %).
- **Plan Biotox et grippe aviaire**
  - L'assurance-maladie devra financer à hauteur de 175 millions d'euros en 2006 le fonds destiné aux plans de réponse aux menaces sanitaires graves (dont celle d'une pandémie de grippe aviaire).

**Remous autour du Plfss 2006**

**Jean-Michel Laxalt (Unocam) : une rupture**  
**Le Quotidien du Médecin du 14/10/2005**

*Le président de l'Union nationale des organismes d'assurance-maladie complémentaire (Unocam ou Unoc) réfute les propos du ministre de la Santé qui affirme que le Plfss 2006 fera faire des économies substantielles à ce secteur. Au contraire, les nouvelles dépenses seront fortes et imposeront sans doute des hausses de cotisation. Pour Jean-Michel Laxalt, pour la première fois, l'Etat se désengage de l'assurance à 100 % des risques lourds et se tourne vers les complémentaires. C'est une rupture, un changement radical, dit-il.*

*LE QUOTIDIEN - Si l'on en croit Xavier Bertrand, la Mutualité n'aurait pas à se plaindre du Plfss 2006 qui se traduira, pour elle, selon le ministre, par des économies d'environ 300 à 400 millions d'euros.*

**JEAN-MICHEL LAXALT** - Bien évidemment, nous ne sommes pas d'accord. Le ministre de la Santé passe son temps à vouloir prouver que ses chiffres sont vrais et que ses précisions comptables sont vérifiées. Mais il a déjà du mal à maîtriser les comptes de l'assurance-maladie obligatoire, et il n'est sans doute pas le mieux placé pour estimer les comptes et les dépenses des régimes complémentaires.

Je trouve qu'il fait très fort avec cette affirmation sans preuve. Ce sont des déclarations spécieuses : le ministre s'appuie sur des économies qui ne sont pas avérées et surtout il oublie de mentionner toutes les charges nouvelles qui pèseront sur les complémentaires et qui figurent sur le Plfss 2006.

*Parmi ces charges nouvelles, vous faites notamment allusion au forfait de 18 euros pour les actes lourds et à l'augmentation de la taxe que vous versez sur la CMU ?*

Si on prend les chiffrages du gouvernement, cette franchise de 18 euros coûtera aux assurances complémentaires 100 millions d'euros, sans que l'on puisse d'ailleurs réellement le vérifier. Mais bon, admettons : 100 millions pour la franchise à la charge des complémentaires. L'augmentation de la taxe sur la CMU est, elle, facile à calculer : la charge supplémentaire pour notre secteur atteindra les 160 millions d'euros. Ainsi, rien qu'avec la taxe supplémentaire sur la CMU et le coût du forfait de 18 euros, on arrive à 260 millions d'euros de charges supplémentaires. Si l'on ajoute la hausse du forfait hospitalier prévue par la réforme de la Sécurité sociale, et qui progresse chaque année, ainsi que l'augmentation de 2,5 % des dépenses fixée par l'Ondam 2006, les dépenses supplémentaires à la charge des complémentaires sont bien supérieures aux économies que les mesures sur le médicament, selon le ministre, pourraient procurer aux mutuelles.

*Le fait cependant qu'il y ait 156 médicaments déremboursés et des baisses de prix des spécialités pharmaceutiques va vous permettre de réaliser certaines économies sur ce poste, très important pour vous.*

Personne ne peut s'engager sur ce point. Que feront les médecins demain ? Ceux qui prescrivent aujourd'hui ces médicaments qui seront déremboursés en 2006 vont-ils proposer ou non à leurs patients un autre médicament ? Toutes les affirmations du ministre devront être mises en parallèle avec les comportements nouveaux des médecins et des patients.

Il y a aujourd'hui une rupture avec les anciennes déclarations du ministre et du gouvernement. Jusqu'à présent, ils disaient : il faut dépenser mieux ; aujourd'hui, ils disent : il faut dépenser moins. Jusqu'à présent, au-delà d'un certain coût, il y avait une prise en charge totale du patient par le régime obligatoire. Désormais, une partie de ces charges sera transférée sur les malades et les complémentaires. C'est encore une rupture, en tout cas, un changement radical.

*Y aura-t-il des hausses de cotisations des mutuelles, notamment ?*

Dès lors qu'il y a chaque année une hausse des dépenses des mutuelles, on ne voit pas comment les cotisations ne pourraient pas augmenter. Les complémentaires ont des comptes qui doivent être à l'équilibre. Elles ne peuvent pas vivre, comme l'assurance-maladie obligatoire, ou comme l'Etat, avec des déficits accumulés et des échéances reportées à trente ou quarante ans.

*Il semble que le gouvernement ait élaboré ces mesures sans que l'Unocam, pourtant créée par la réforme de l'assurance-maladie, ait été consultée.*

C'est encore une entorse à la loi et à la volonté du législateur. Nous ne sommes pas partenaires du gouvernement, nous n'avons pas été associés à l'élaboration de ces mesures, nous n'en avons même pas été informés. Si Xavier Bertrand aujourd'hui se répand un peu partout, c'est pour faire oublier qu'il a volontairement passé sous silence, lors de la réunion de la commission des comptes de la Sécurité sociale, la mesure sur le forfait à 18 euros. Il n'a jamais évoqué non plus devant les représentants des complémentaires l'augmentation de la taxe sur la CMU. Nous avons été mis devant le fait accompli et découvert ces dispositions à la lecture du Plfss.

*Cela ne remet-il pas en cause le rôle de l'Unocam, prévu par la réforme ?*

Il faut le demander au ministre. Il est vrai qu'il ne nous donne pas des signes encourageants. Il appartient aussi aux caisses d'assurance-maladie de montrer concrètement qu'elles souhaitent un partenariat avec les complémentaires.

J'ajouterais que les mesures annoncées par le ministre montrent surtout que le gouvernement ne compte plus sur les effets de la réforme de l'assurance-maladie et qu'il recourt à des mesures habituelles comptables pour diminuer tout simplement les dépenses de l'assurance-maladie obligatoire.

*En fait, on assiste à de nouveaux transferts de dépenses du régime obligatoire vers les complémentaires. Ce mouvement va-t-il s'accroître ?*

En tout cas, on l'observe avec ce Plfss. Or, ce qui est important, c'est non pas de diminuer les dépenses maladie du régime obligatoire obligatoire, mais de maîtriser la dépense totale. Il faut que l'évolution normale des dépenses de santé soit acceptable pour les Français. C'est-à-dire acceptable pour les budgets financés par les cotisations sociales, et acceptable aussi pour les budgets des complémentaires. Car ce sont les Français qui financent les deux.

#### **Un rôle bien précis**

Le décret créant l'Union nationale des organismes d'assurance-maladie complémentaire (Unocam ou Unoc) a été publié au « Journal officiel » du 29 mai 2005. Cette instance, prévue par la réforme de l'assurance-maladie du 13 août 2004, constitue avec l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam) et l'Union nationale des professions de santé (Unps) un des trois piliers de la nouvelle gouvernance de l'assurance-maladie.

Pour la première fois, les trois familles de complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance et assurances privées) pourront être associées, d'une manière ou d'une autre, aux négociations conventionnelles, explique ce texte. La loi du 13 août prévoit que l'Unoc et l'Uncam « examinent conjointement leurs programmes annuels de négociations avec les professionnels et les centres de santé ». Pour les complémentaires, cette réforme est essentielle puisqu'elle reconnaît leur rôle et leur permet aussi, comme elles le demandent depuis toujours, de ne plus être des « payeurs aveugles », jamais en mesure de peser sur la régulation des dépenses. D'où sans doute leur déception d'aujourd'hui de constater qu'en fait la situation n'a guère changé.

Le conseil de l'Unoc comporte 33 membres désignés pour trois ans, dont « plus de 50 % » reviennent aux représentants de la Mutualité française et « entre 20 et 25 % », respectivement, aux assureurs et aux institutions de prévoyance. Le décret confirme donc la primauté des mutuelles. Et ce n'est pas un hasard si c'est un mutualiste, Jean-Michel Laxalt, président de la puissante Mutuelle générale de l'Éducation nationale (Mgen), qui préside aujourd'hui cet organisme

#### **Des débats houleux en perspective**

***Le Quotidien du Médecin du 14/10/2005***

La présentation du Plfss 2006 par Xavier Bertrand et Philippe Bas devant les commissions des affaires sociales et des finances de l'Assemblée nationale n'a pas levé les doutes des parlementaires.

Après le passage du projet de loi en conseil des ministres, le même jour, Xavier Bertrand s'est pourtant employé à rassurer les députés sur les objectifs de réduction des déficits attendus l'an prochain. « *Après les efforts demandés aux Français, nous demanderons des efforts particuliers à l'industrie pharmaceutique et, dans une moindre mesure, aux complémentaires* », a expliqué le ministre. Il a rappelé que son intention était de réduire le déficit du régime général de la Sécu à 8,9 milliards d'euros et celui de l'assurance-maladie à 6,1 milliards en 2006.

Mais plusieurs députés, aux premiers rangs desquels Jean-Marie Le Guen, en charge des questions de santé au PS, ont remis en cause ces prévisions. « *Je ne partage pas l'enthousiasme du gouvernement lorsqu'il présente pour la quatrième année consécutive un Plfss largement déficitaire, qui fragilise durablement notre système de protection sociale. Personne ne croit aux tableaux financiers qui nous sont présentés et mis en cause par de nombreux économistes.* »

Comme prévu, les parlementaires se sont élevés contre le forfait de 18 euros que les assurés devront acquitter pour les interventions médicales lourdes (au-delà de 91 euros). « *La vraie solidarité, c'est une vraie*

*couverture de base à laquelle vous vous attaquez par cette mesure », affirme Jacqueline Fraysse, au nom du Parti communiste. Jean-Luc Prével (UDF, Vendée) n'est pas moins sévère, en évoquant la perspective d'une « médecine à deux vitesses privilégiant ceux qui pourront payer tous les forfaits et ceux qui pourront payer une complémentaire pour les prendre en charge ».*

Les ministres ont trouvé davantage de compréhension et de compassion auprès des parlementaires UMP.

Yves Bur a souligné les résultats encourageants obtenus depuis l'adoption de la réforme 2004. *« Les médecins ont réalisé en 2005 plus de 600 millions d'euros d'économies grâce à une meilleure maîtrise des prescriptions ; les patients ont adopté le dispositif du médecin traitant ; et l'hôpital fait également des efforts dans le cadre du plan Hôpital 2007, qui devront être poursuivis. »* Le Pr Jacques Domergue (UMP) a, pour sa part, souligné la nécessité de faire évoluer la définition des affections de longue durée, qui pèsent très lourd dans le remboursement du régime obligatoire.

Cette audition laisse en tout cas présager des débats houleux sur les bancs de l'Assemblée nationale lors de l'examen du projet de loi du 25 au 28 octobre.

**Contrats responsables, plan Médicament, forfait de 18 euros  
Les assureurs privés plongés dans un univers kafkaïen  
Le Quotidien du Médecin du 14/10/2005**

Confrontée à des réformes et transferts de charges aux conséquences difficilement mesurables, la Fédération française des sociétés d'assurances (Ffsa) envisage, quoi qu'en dise le ministre de la Santé, des hausses de cotisations en 2006.

LES assureurs privés, qui ne détestent rien tant que le manque de visibilité, connaissent quelques sueurs froides depuis la rentrée. « Est-ce qu'on va pouvoir se sortir de ce sac de nœuds ? », dit crûment Michel Charton, directeur technique santé chez AXA France, en résumant la perplexité de la Fédération française des sociétés d'assurances (Ffsa) devant l'accumulation de dispositions aux conséquences difficilement mesurables pour les complémentaires santé.

La publication à la fin de septembre, avec six mois de retard, du décret fixant le cahier des charges des nouveaux contrats responsables, qui seront les seuls à bénéficier d'aides publiques, n'a pas vraiment rassuré les assureurs. Selon la Ffsa, « de nombreuses difficultés subsistent » pour appliquer ces dispositions au 1er janvier 2006. Quelles garanties modifier ? Comment obtenir l'accord des assurés ? Comment, surtout, anticiper les tarifs alors que, par exemple, il est prévu que ces contrats remboursent « intégralement » certaines prestations de prévention dont la liste n'existe pas encore ? Sans oublier, ajoute la Ffsa, les « différentes interprétations » pour appliquer l'interdiction de remboursement des dépassements hors parcours de soins. Autant d'incertitudes qui rendent difficiles les modifications contractuelles nécessaires. Alain Rouché, directeur santé de la Ffsa, en appelle déjà à la « bienveillance des contrôleurs » dans l'examen de ces contrats responsables en 2006 et demande le « report » du volet lié à la prévention.

**Cotations aléatoires**

Le nouveau parcours de soins serait un autre parcours d'obstacles. La Ffsa cite les « erreurs de cotations sur les feuilles de soins », notamment sur les majorations (MPC, MCS), qui rendent incompréhensibles certains décomptes de prise en charge et poussent des patients à se plaindre... auprès de leur complémentaire santé, « le dernier maillon du remboursement ». « Nous sommes dans un système kafkaïen, déclare Michel Charton (AXA). Deux patients dans la même situation peuvent avoir des remboursements différents car la saisine à la base est différente. » Il évoque également l'apparition de « facturations anormales » et dénonce « 8 % » de dépassements « non conformes » pour les spécialistes de secteur I. Autant de « cotations aléatoires » et autres « remboursements fluctuants » liés au parcours de soins qui plongent les assureurs dans un brouillard tarifaire difficile à gérer pour des entreprises privées en situation de concurrence.

Ce panorama est complété par « les bonnes nouvelles de la rentrée » qui ont, c'est le moins qu'on puisse dire, surpris les compagnies d'assurances. Favorable au déremboursement total lorsque le service médical rendu des médicaments est jugé insuffisant, la Ffsa n'a guère apprécié la création d'un taux de prise en charge à 15 % pour les veinotoniques pendant une période de deux ans, contraignant les complémentaires à « subir » ce transfert de charges. Un arbitrage qui, accuse la Ffsa, n'a fait l'objet d'« aucune concertation ». L'autre « grande innovation », selon la formule de Gilles Johanet, directeur santé des AGF, est le forfait de 18 euros sur les actes lourds, qui sera sans doute pris en charge de manière automatique par la grande majorité des contrats complémentaires. « Un tabou est tombé, analyse-t-il. On ne peut invoquer le changement des comportements, c'est de l'économie sèche. » Une décision dont la Ffsa ne peut aujourd'hui « mesurer » le coût, faute de précisions.

### Opération vérité

La situation est d'autant plus complexe que les réformes en cours, rappelle Gilles Johanet, ont instauré des euros « sales » (ceux que les complémentaires ne doivent surtout pas rembourser, comme le forfait par consultation, les dépassements hors parcours), des euros « propres » (que les complémentaires sont vivement encouragées à prendre en charge, comme la franchise de 18 euros) et des « euros mous », inclassables. « Nous allons devoir nous doter de logiciels extrêmement puissants ou d'un SOS-tarifs », dit Gilles Johanet, toujours cinglant.

Au total, la Ffsa récuse, comme on s'y attendait, les propos de Xavier Bertrand selon lesquels les complémentaires santé n'ont pas à se plaindre de manière générale et encore moins de justification pour augmenter leurs tarifs. Selon la Ffsa, le seul Pffs justifierait une augmentation, certes limitée (moins de 1 %), des cotisations. Mais, en tenant compte de la croissance naturelle des dépenses, de certaines mesures pas encore opérationnelles et des « dérives » tarifaires possibles, la direction de la Ffsa cite une fourchette de « 6 à 9 % » d'augmentation en 2006.

Elle demande au gouvernement une « opération vérité » sur les chiffres et l'impact des décisions récentes sur les complémentaires (coût, économies). La Ffsa en profite pour réitérer deux demandes : l'implication effective des complémentaires dans la politique conventionnelle et l'accès aux données de santé (codes médicaments) pour « faire le tri » elle-même.

### Pour rationaliser la prise en charge des ALD Un nouveau protocole de soins bientôt disponible Le Quotidien du Médecin du 14/10/2005

A partir de novembre, un nouveau formulaire de prise en charge des ALD sera mis en place progressivement. Il doit permettre de limiter le remboursement à 100 % des traitements qui ne sont pas liés directement à l'affection exonérée.

**Médicaments et hypertension artérielle sévère**

**Aide à l'utilisation de l'ordonnance spéciale**  
A utiliser par les médecins traitants (liste des médicaments à inscrire sur l'ordonnance spéciale)

Maladie	Médicaments	Remboursement
Y compris les médicaments...	...	100%
...	...	80%
...	...	65%

**PROJET**

**L'Assurance Maladie**

EN signant la nouvelle convention, les médecins libéraux et l'assurance-maladie s'étaient fixés l'objectif de rationaliser la prise en charge des ALD (affections de longue durée). Un meilleur contrôle des remboursements dans ce domaine doit permettre de dégager 455 millions d'euros d'économies dès 2005.

A partir du mois de novembre, les nouveaux patients atteints d'une ALD (entre 750 000 et 900 000 personnes chaque année) devront établir avec leur médecin traitant un nouveau formulaire de prise en charge. Le dispositif, mis en place progressivement, remplace l'ancien Pires (Protocole interrégimes d'examen spécial).

En plus du diagnostic de la ou des maladies (en cas de polyopathologies) justifiant une prise en charge ALD, le document précise les soins et les prestations nécessaires au traitement et au suivi de la maladie.

#### **Le médecin traitant chef d'orchestre**

Conformément à la loi, c'est le médecin traitant qui établit le protocole de soins, en concertation avec le ou les spécialistes qui suivent le malade. Après avoir élaboré le protocole, rempli et signé le formulaire, il l'envoie au service médical de la caisse pour faire valider la prise en charge à 100 %. La convention a prévu pour le médecin traitant un forfait de 40 euros par an par patient en ALD. Le médecin traitant est donc désormais le seul pilote. « *C'est un changement qualitatif. Il n'y a pas de qualité sans coordination* », souligne Hubert Allemand, médecin-conseil national.

Mais la nouveauté, c'est aussi la responsabilisation du patient. « *L'assuré en ALD souffre d'une pathologie qui coûte souvent très cher. Il bénéficie à ce titre de la solidarité nationale.* »

Pour distinguer les soins pris en charge à 100 % de ceux liés à d'autres affections, donc remboursés aux conditions du droit commun, le médecin utilise une ordonnance bizona. La partie haute est réservée aux prestations en rapport avec l'ALD (prises en charge intégralement), la partie basse, aux éléments sans lien direct avec l'affection exonérée. Afin de mieux appliquer cette règle, la Cnam a prévu pour les médecins six fiches consacrées aux affections les plus fréquentes (exemple ci-dessous). Elles seront validés prochainement par la Haute Autorité de santé (HAS). Fondé sur la classification internationale ATC (anatomique, thérapeutique, chimique), ce document doit donc permettre au médecin de classer les médicaments ayant un « *rapport direct avec l'affection exonérée* » (pastille verte), « *sans rapport* » avec l'ALD (pastille rouge). Une troisième catégorie de molécules figure en orange, celles qui ont « *un rapport indirect ou inconstant* » avec l'ALD, à apprécier au cas par cas. « *Le médecin peut toujours prescrire ce qu'il veut, bien sûr* », précise le Pr Allemand. Mais ce document doit aider le médecin à dire « non » à des patients insistants.

Les sept millions de malades actuellement pris en charge à 100 % au titre de leur ALD intégreront le nouveau dispositif en 2006 au fur et à mesure de la publication des recommandations de la HAS. « *Même s'il suit ces recommandations, le protocole de soins est singulier à chaque personne* », précise néanmoins le Pr Allemand.

#### **Relance de l'investissement hospitalier**

##### **Bilan encourageant à mi-parcours**

##### **Le Quotidien du Médecin du 14/10/2005**

LE PLAN Hôpital 2007 prévoit de relancer les investissements dans les hôpitaux et les cliniques.

Ce sont 10 milliards d'euros supplémentaires qui doivent être alloués au secteur hospitalier sur la période 2003-2007 - par le biais d'aides directes ou de remboursement d'emprunts.

Quel bilan dresser du programme national, à mi-parcours de sa mise en œuvre ? Le point sera fait le 24 octobre, à l'occasion du colloque\* qu'organise à Paris la Mission d'appui à l'investissement hospitalier (Mainh), rattachée à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos).

Le discours du ministre de la Santé est très attendu. La communauté hospitalière ne manquera pas d'interroger Xavier Bertrand sur ses intentions en matière d'investissement : l'effort exceptionnel sera-t-il poursuivi au-delà de 2007, et à quelle hauteur ? Dans l'entourage du ministre, on précise que d'autres sujets seront abordés : c'est en effet le 24 octobre, lors du colloque de la Mainh, que Xavier Bertrand devrait dévoiler ses orientations politiques pour l'hôpital.

Sans attendre cette date, le directeur de la Mainh est en mesure de dresser un bilan provisoire du plan de relance de l'investissement. « *C'est bien parti* », estime Vincent Le Taillandier. Le quart du financement prévu sur cinq ans est déjà dépensé ; et la moitié des opérations sont engagées, c'est-à-dire qu'elles ont dépassé la phase de l'étude et sont en cours de réalisation sur le terrain. Il peut s'agir de rénovations ou de constructions immobilières. Mais pas uniquement : Xavier Bertrand a demandé à la Mainh d'accompagner les établissements de santé pour adapter leur système d'information, dans la perspective de la mise en place du dossier médical personnel. « *Fin 2007, on aura engagé toutes les opérations*, affirme Vincent Le Taillandier. *Les plus lourdes, qui concernent de gros CHU, s'achèveront deux à trois ans plus tard.* »

Malgré tout, ces 10 milliards d'euros ne suffiront pas à rénover l'intégralité du parc hospitalier français. « *Hôpital 2007 a joué un puissant rôle accélérateur, mais les technologies évoluent, il reste des choses à faire* », reconnaît le pilote de la mission à la Dhos, qui s'interroge sur le devenir du programme au-delà de 2007. Une bonne nouvelle est déjà tombée, souligne cependant Vincent Le Taillandier, évoquant la rallonge récemment obtenue par la psychiatrie : le plan Santé mentale comprend un volet investissement financé à hauteur de

1,5 milliard d'euros - en plus des 10 milliards prévus. « *C'est un prolongement intéressant d'Hôpital 2007* », note Vincent Le Taillandier. Mais qui ne satisfait pas les syndicats de personnel, pour qui la somme annoncée ne correspond pas du tout aux besoins.

**Les assureurs santé en désaccord avec le ministre**  
**Pour eux, la réforme de l'assurance-maladie conduira à une hausse des tarifs**  
**Le Monde du 14/10/2005**

L'EXASPÉRATION monte chez les assureurs santé. Déçus de ne pas avoir été consultés pour les déremboursements de 221 médicaments, et furieux d'avoir appris par l'AFP l'instauration d'une franchise de 18 euros sur les actes médicaux lourds supérieurs à 91 euros, les représentants des complémentaires santé ont exprimé publiquement, mercredi 12 octobre, leur désaccord sur la façon dont les pouvoirs publics gèrent sans concertation la réforme de l'assurance-maladie.

Le différend se cristallise aussi sur l'appréciation des conséquences financières du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS). D'un côté, le ministre de la santé, Xavier Bertrand, estime que ces différentes mesures n'entraîneront pas de surcoût pour les assureurs santé. Ceux-ci peuvent "faire l'effort" de supporter ces nouvelles charges, dans la mesure où, selon lui, ils vont réaliser des économies sur d'autres postes de dépenses. Ces mesures seraient donc sans incidence sur les tarifs.

Les représentants des complémentaires estiment au contraire le renchérissement des contrats 2006 entre 6 % et 9 %. " *Les pouvoirs publics disent : "ça ne coûte rien". Nous disons : "ça coûte quelque chose"*", réplique Michel Charton, directeur technique santé chez Axa France. Ainsi, le forfait de 18 euros coûtera aux assureurs entre 150 et 200 millions d'euros, représentant entre 1,5 et 2 points de hausse des tarifs.

Devant l'ampleur de l'écart des estimations, la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) a demandé au ministère de la santé de donner ses chiffres. " *Nous sommes prêts à faire une opération vérité sur le chiffrage des différentes mesures annoncées*", a expliqué Gilles Johanet, ancien directeur de la CNAM, aujourd'hui directeur général adjoint chargé de la santé aux AGF. " *Nous souhaitons connaître leurs hypothèses de travail*", ajoute Alain Rouché, directeur santé de la FFSA. Cette demande a été également formulée, mardi 11 octobre, par l'Union nationale des organismes d'assurance-maladie (Unocam), instance créée dans le cadre de la réforme de l'assurance-maladie, et par les représentants des assureurs privés, des mutuelles et des institutions de prévoyance.

De son côté, le président de la Mutualité française, Jean-Pierre Davant, a prévenu mercredi que " *si le ministre de la santé se refusait à " un minimum de concertation" avec les assurances complémentaires, le gouvernement s'exposerait à " un conflit majeur"*. Il a aussi affirmé à l'AFP : " *Le ministre parle de jouer la transparence sur les tarifs, je réponds, très bien, je suis prêt à en débattre publiquement.*"

**Goudron de houille, silice cristalline... 3,5 millions de salariés seraient menacés.**  
**Cancers professionnels: au-delà de l'amiante, d'autres poisons**  
**Libération, 15 octobre 2005**

« *Autant on a su tirer les conséquences d'une affaire comme le sang contaminé, autant on n'a pas encore tiré les leçons de l'amiante en matière de santé au travail.* » Epidémiologiste à l'Inserm, Marcel Goldberg n'a pas mâché ses mots, le 14 septembre, devant la mission d'information parlementaire sur l'amiante. Selon lui, compte tenu des carences dans la prévention des risques professionnels en France, la même catastrophe sanitaire peut se reproduire avec un autre produit toxique. Une affirmation alarmante au vu des résultats de l'enquête Sumer. Pilotée par le ministère du Travail et menée par des médecins du travail auprès de 50 000 salariés en 2002-2003, elle montre que 3,5 millions de salariés en France sont exposés à des produits cancérigènes (1). Un risque inégalitaire : 70 % des salariés exposés sont des ouvriers.

L'enquête souligne que « *plus d'un quart de la population exposée l'est de façon importante soit du fait du long temps d'exposition, soit de l'insuffisance des protections collectives* ». Principaux produits impliqués : « *Les gaz d'échappement diesel, les goudrons de houille, la silice cristalline, les poussières de bois, les fumées de vulcanisation et celles dégagées par les procédés de métallurgie.* »

Les connaissances épidémiologiques sur les cancers professionnels sont hélas insuffisantes. Et la plupart des travailleurs exposés ignorent alors que le système de réparation des maladies professionnelles est basé sur la déclaration volontaire des victimes.

Devant la mission amiante, Marcel Goldberg a confirmé que 50 000 à 100 000 décès dus à cette fibre étaient attendus d'ici 2030. Après ? *«La mortalité dépendra de la qualité des mesures de prévention mises en oeuvre aujourd'hui.»* La manifestation des victimes de l'amiante, samedi à Paris (lire ci-contre), a aussi pour objectif d'éviter que les gens continuent à se tuer ainsi au travail. (1) reconnus par le Centre international contre le cancer ou l'Union européenne.

### **Une justice jugée trop lente au pénal**

**Une marche est prévue à Paris ce samedi, en solidarité avec les victimes de l'amiante.**

**Libération 15 octobre 2005**

Un carton de pièces à conviction : c'est ce que l'Association nationale des victimes de l'amiante (Andeva) déposera sur le bureau du directeur de cabinet du garde des Sceaux, aujourd'hui, à l'issue de la manifestation nationale qu'elle organise à Paris. Une masse de documents, et notamment de jugements de procès accumulés depuis dix ans, sur lesquels elle s'appuie pour réclamer que se tienne, enfin, un procès pénal de l'amiante en France. Selon Jean-Paul Teissonnière, avocat de l'Andeva, ces documents *«accablent les industriels de l'amiante, les employeurs et l'Etat pour sa complaisance et sa démission de son rôle de garant de la santé au travail»*. Il évoque, par exemple, un compte rendu d'une réunion qui s'est tenue en 1976 au ministère de la Santé. Une réunion qui a fixé, sous la pression des industriels de l'amiante et à l'encontre des recommandations scientifiques, la norme maximale d'empoussièrément au travail à deux fibres d'amiante par millilitre d'air. *«Sur ce document, il est écrit noir sur blanc que cette norme est néanmoins trop élevée pour éviter de futurs cancers de la plèvre chez les travailleurs exposés.»* Aujourd'hui, 3 000 personnes meurent chaque année en France d'un cancer lié à l'amiante.

L'Andeva, mais aussi le Comité anti-amiante Jussieu, ralliés par la Fédération métallurgie CGT, les Mutuelles de France et la CFDT, appellent donc ce samedi à une marche silencieuse (départ à 14 heures place Saint-Augustin) jusqu'au ministère de la Justice. Les victimes et leurs proches dénoncent en effet la lenteur des instructions pénales. *«Alors que l'indemnisation des victimes a beaucoup progressé depuis 1996, notamment avec la création d'un fonds d'indemnisation spécialisé, on assiste au contraire à un blocage des procédures au pénal»*, constate maître Teissonnière.

Une lenteur qui s'explique en partie, selon l'avocat, par la complexité de ces dossiers. Les cancers se manifestant très longtemps après l'exposition à l'amiante, *«il s'agit de juger des faits qui se sont produits jusqu'à trente ou quarante ans plus tôt et de réaliser des investigations sur de longues périodes»*. Quant aux responsabilités, elles sont multiples, entrecroisées, publiques et privées. *«Compte tenu de cette complexité, le regroupement des plaintes au pénal auprès des pôles de santé publique de Paris et de Marseille, décidé en mai est une bonne chose*, juge Jean-Paul Teissonnière, à condition que ces pôles aient des moyens adéquats à l'ampleur du contentieux. La manifestation a donc aussi pour objet de réclamer des moyens supplémentaires pour les magistrats des pôles de santé publique.

Mais pour l'Andeva, il y a aussi une raison politique à l'inertie constatée sur le plan pénal. *«Alors que des milliers de jugements ont reconnu depuis dix ans la "faute inexcusable" des employeurs, alors que le Conseil d'Etat a reconnu en 2002 la responsabilité de l'Etat dans cette catastrophe sanitaire, aucun procureur de la République n'a jugé nécessaire d'engager de lui-même une action pénale envers les responsables !* relève, scandalisé, Jean-Paul Teissonnière. *Au contraire, chaque fois que le parquet est intervenu, cela a été pour disculper les employeurs !»* Pour l'Andeva, il appartient donc au ministre de la Justice d'intervenir.

A Dunkerque, Pierre Pluta, responsable de l'association locale des victimes de l'amiante, qui est parti avec dix bus pour la manifestation nationale, s'interroge lui aussi sur la lenteur des procédures engagées. *«Est-ce que cela signifie qu'il n'y a pas eu assez de morts pour qu'on juge nécessaire d'instruire ces affaires ?»*

### **En 2006 des établissements vont ils être en « cessation de paiement » ou licencier du personnel ?**

**20 Octobre : les hôpitaux « montent à paris »**

**Rouge n°2129, 13 Octobre 2005**

*Le 20 octobre prochain, les établissements hospitaliers publics et privés sont appelés par les fédérations CGT et SUD de la santé et de l'action sociale à faire grève et à manifester, alors que va s'ouvrir le débat parlementaire sur la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2006.*

Les « réformes » engagées depuis 2002 sous le nom de « Plan Hôpital 2007 » produisent aujourd'hui leurs effets.

Depuis des années, les établissements hospitaliers subissent les effets des fermetures et restructurations ainsi que la privatisations des activités rentables, abandonnées au secteur privé lucratif. Le passage aux 35 heures, sans les créations d'emplois nécessaires ont créé une situation de crise : On parle désormais de travail à « flux tendu » comme dans l'industrie, dans ces services qui doivent nécessairement fonctionner 24h sur 24 365 jours par an sans le personnel nécessaires. Des lits et des services sont fermés alors que les patients sont dans l'attente de soins.

Mais la situation qui se dessine aujourd'hui n'est pas un simple « tour de vis » supplémentaire pour les hôpitaux c'est une situation de crise ouverte : des établissements publics risquent de se trouver en situation de cessation de paiement ou contraint à des « plans de redressements » draconiens, imposés après suspension de la direction et du conseil d'administration.

Parallèlement la part des prestations désormais non financée par l'assurance maladie augmente parfois dans des proportions considérables (30, 50, 60%). Il va falloir y ajouter le forfait de 18 € **pour tout acte supérieur à 90 € que le gouvernement vient d'annoncer.**

En 2005, de très nombreux conseils d'administration ont rejeté les budgets proposés par les agences régionales de l'hospitalisation.

La fédération hospitalière de France (émanation des directions d'Hôpitaux) a chiffré à 2,5% le manque de financement 2005 qui se traduit par un report de charges sur l'année 2006. Elle estime par ailleurs le taux incompressible d'augmentation des dépenses pour 2006 à 4,32 %. C'est donc selon les directeurs eux mêmes un minimum de 6,82% du taux d'augmentation des dépenses hospitalières qu'il faut envisager, pour un simple maintien des moyens, alors que la situation est déjà intenable cette année dans les établissements.

Quelques exemples :

Le C.H.U. de Lille a vu ses recettes baisser de 7% avec la mise en place de la nouvelle tarification (dite a l'activité) qui met en concurrence les établissements public et privé en sous évaluant délibérément les « mission d'insert général » que l'hôpital public doit remplir et non les cliniques.

A l'AP HP de Marseille il manque de 35 à 40 millions d'€ **de crédits tandis qu'au CHU DE Rouen le déficit pour 2005 est de 23 millions.**

La même situation critique se retrouve en psychiatrie dont les moyens diminuent malgré les annonces du « Plan Santé Mentale » ou dans les maisons de retraite qui n'ont toujours pas vu arrivé le personnel réclamé depuis la canicule de 2003.

Dans le secteur privé les concentrations s'accroissent pour assurer la rentabilité d'établissements désormais cotés en bourse.

L'idée d'une manifestation nationale des hôpitaux avait été lancée tant par les congrès des fédérations C.G.T. et S.U.D. au printemps dernier. Dans la foulée de la journée du 4 octobre, elle semble rencontrer un soutien qui amène les autres structures syndicales à s'associer à la journée. Une réussite nécessaire pour passer à une étape supérieure contre la vague libérale qui déferle sur les établissements.

**A propos de la publication du « Livre Noir de la Psychanalyse »  
Un débat « psychologique » aux enjeux très politiques.  
Rouge n°2129, 13 Octobre 2005**

La publication d'un « livre noir de la psychanalyse » pourrait apparaître comme un simple avatar des attaques qui ont cherché depuis l'origine à discréditer la discipline créée par Freud. Des dénonciations pour « obscénité » venues de tous les défenseurs de l'ordre moral, à celles des nazis voulant éradiquer une science « juive » ou à celles des staliniens pourfendant une « pseudo science bourgeoise » les exemples ne manquent pas.

Malgré son volume, l'ouvrage ne brille en effet ni par son originalité ni par la qualité des contributions qu'il contient. Qu'il s'agisse des dénonciations de l'homme Freud et de ses disciples qualifiés d'escrocs et de faussaires ou des « démonstrations » non étayées des « crimes » supposés de la psychanalyse et de la supériorité des thérapies « comportementales » le livre n'apporte guère d'idées nouvelles mais se caractérise avant tout par des outrances qui ne lui donnent guère de crédibilité.

Si « le livre noir de la psychanalyse » mérite attention, c'est qu'il s'inscrit dans un débat idéologique dont les enjeux sont très politiques. Comme le « livre noir du communisme » visait, après la chute du mur de Berlin, au nom des crimes du stalinisme, à en finir avec le marxisme et à proclamer la « fin de l'histoire », « le livre

noir de la psychanalyse » cherche à légitimer des « thérapies » qui ont pour premier avantage de « casser les prix ». Leur but n'est pas le mieux être du patient, mais sa meilleure soumission au monde tel qu'il est, quand il ne s'agit pas purement et simplement de servir les politiques libérales de contrôle et de « traitement » des populations dites à risque.

La parution simultanée d'un rapport d'« experts » de l'INSERM<sup>1</sup>, défendant l'importance, dès le plus jeune âge d'un « dépistage » et d'un « traitement » grâce aux médicaments et aux « thérapies comportementales » des enfants « hyperactifs » censés devenir les délinquants de demain montre assez clairement les dérives d'une telle approche.

Le même INSERM publiait d'ailleurs il y a un an dernier une « évaluation » des psychothérapies validant l'« efficacité » des thérapies comportementales au détriment de la psychanalyse jugée chère pour des résultats aléatoires, évaluation si peu crédible qu'elle fut mise au placard par le ministre Douste Blazy lui-même !

Comprendre ces enjeux, ne signifie nullement défendre comme un tout la psychanalyse « réellement existante ». Comme toute démarche scientifique, la psychanalyse ne vaut que par une remise en cause critique permanente, dans une confrontation à la pratique. Elle est de plus profondément traversée par la crise et les débats de la société. Il n'est pas douteux que bien des psychanalystes sont passés à côté des mutations sociales en cours et ont eu face à elles des attitudes de crispation ou de rejet.

Il est tout aussi certain que, notamment dans le service public, d'autres ont tenté, souvent à contre courant d'innover, d'inventer, en s'appuyant sur la psychanalyse, de nouvelles pratiques. C'est parce qu'il appartient à ceux là que Rouge a ouvert ses colonnes à J.P. Martin, psychiatre de service public, auteur du livre «Psychiatrie dans la ville » (éditions ERES)

**Contre Freud, un Livre Noir**  
**Jean-Pierre Martin, Psychiatre de Service Public**  
**Rouge n°2129, 13 Octobre 2005**

Fortement influencé par un courant nous venant des USA, un éditeur a mobilisé le banc et l'arrière banc d'une nouvelle croisade contre Freud en publiant un « Livre noir de la psychanalyse ». Le terme croisade n'est pas ici innocent tant l'histoire nous enseigne qu'elle décrit l'invasion de la barbarie sur la civilisation.

La critique de certaines dérives réelles de la psychanalyse sert ici à justifier l'empire de la « science » sur l'humanité. C'est à un nouvel ordre moral que ce livre nous appelle, celui où ce qui fonde la créativité du sujet doit être réduit à une seule norme : celle de la maîtrise des comportements, grâce à l'utilisation des médicaments (chimiothérapies) ou de « thérapies comportementales »<sup>2</sup>. Cette norme sert d'idéologie à des pouvoirs qui recherchent l'adaptation du sujet, à ce que l'on attend de lui en terme « d'efficacité » et d'adaptabilité sur le libre marché concurrentiel. Ce délire « scientiste », n'est pas sans effets réels sur la vie des sociétés (voir l'utilisation de la théorie du choc des civilisations par Huntington après le 11 Septembre aux USA).

Dans ce livre noir de la psychanalyse les freudiens deviennent les sources du mal face à celles du bien bio/comportemental/cognitivist. De ce fait être psychanalyste est une œuvre diabolique, faite de mensonges et de propagande (l'ennemi bolchévique n'est pas loin !). Freud devient un mystificateur qui prône une théorie de l'inconscient dont l'existence le précédait. Au nom de ce principe les auteurs de ce livre devraient dénoncer Galilée, Spinoza, Newton qui n'ont fait que révéler ce qui existait déjà !

Au service de cette démonstration des chiffres invérifiables sur l'échec des cures psychanalytiques et ses morts, sans chiffres opposables quant aux succès du bio-comportementalisme. Notre expérience de psychiatre de service public indique pourtant combien de patients traités par ces méthodes bio-comportementales loin de voir améliorer leur état de santé sont dans la répétition de leur symptôme<sup>3</sup>, quand ils ne développent pas de surcroît des pathologies surajoutées liées à ce traitement.

Lors de leur venue dans nos consultations après ces passages dans les mains des « maîtres du symptôme ». Il suffit de constater la gratitude que nous portent ces patients quand nous les écoutons et tentons de saisir les situations traumatisantes vécues depuis l'enfance, pour nous rendre compte de la

---

<sup>1</sup> Institut National de Santé Et de la Recherche Médicale

<sup>2</sup> Ces thérapies visent grâce à des stimulations positives « récompenses » et négatives « punitions » à modifier les comportements humains.

<sup>3</sup> Le symptôme est la modalité visible, au moyen de laquelle le patient extériorise les conflits internes qu'il vit.

violence vécue au nom de cette « scientificité ». Et de fait, après cette écoute, ils vont mieux même si pour autant ils ne sont pas débarrassés de leur symptôme.

### **Etre et symptôme, une sacrée histoire où exister n'est pas être clone**

Ce commentaire nous amène à nous interroger sur ce cours politique et éditorial qui prône la maîtrise et le contrôle de ce qui fonde une psychothérapie. Le député Accoyer<sup>4</sup> s'y est brûlé les ailes à vouloir en faire une stricte indication médicale pour être remboursé par la sécurité sociale, ce qui ne semble pas décourager le ministère des universités à vouloir réduire la psychologie clinique à un acte médicalisé. L'enjeu économique est d'importance : comment maîtriser le coût de la demande sociale de psychothérapie tout azimuts déclenchée par la promotion de l'individualisme contemporain comme alternative aux valeurs collectives !

Sur cette question, les psychothérapeutes comportementaux et cognitivistes tentent de s'installer comme alternative rentable, pour eux et pour les politiques néo-libérales, face à l'imprévisibilité du psychisme humain dont rendent bien compte la psychanalyse et la phénoménologie<sup>5</sup>. C'est dans le temps et la continuité que ces dernières produisent des réussites thérapeutiques dont nombre de nos patients peut témoigner. Les autres théories dites scientifiques ne font que déplacer le symptôme, où masquer son utilité de défense face à l'insupportable des vécus sociaux.

Le « livre noir » est, un acte de foi dans la maîtrise de l'irrationnel « au service du capital » comme nous avons pu le dire autrefois et qui s'avère toujours vrai dans le cours de la mondialisation actuelle.

La psychanalyse est-elle innocente dans ce processus ? Loin de là ! Les psychanalystes reproduisent les phénomènes de marché pour leur propre compte, disent parfois n'importe quoi pour paraître et surtout pas n'importe quoi pour montrer que leur école vit. Il y a sur ce plan beaucoup de mauvaises surprises comme la justification des valeurs asilaires de la psychiatrie (l'enfermement durable), le refus de l'homosexualité, des pacs et des bébés éprouvette. De ce point de vue la psychanalyse est traversée par les grandes tendances de l'idéologie normative de notre temps et de son marché, mais en quoi cela déconsidère-t-il la psychanalyse freudienne comme théorie du psychique ? Au moins la psychanalyse est une œuvre de vie sociale là où le comportementalisme vient à la rescousse de sa réduction symbolique mortelle à l'efficacité immédiate, quand il ne justifie pas les pratiques des Etats-Unis à Guantanamo comme il a pu servir les politiques de destruction répressives (voire de torture) d'un grand nombre de dictatures dans le monde.

Nous ne prétendons pas ici que la psychanalyse est la solution aux problèmes de tout à chacun, beaucoup d'indications sont mal ou faussement posées, beaucoup de discours en son nom sont problématiques, mais au moins ne sert elle pas à ces répressions de masse. Comme l'on pouvait dire de certaines lois anti-ouvrières aux 19<sup>ème</sup> et 20<sup>ème</sup> siècle, ce livre noir est un livre scélérat qui vise à nuire à la créativité humaine.

### **Plfss en conseil des ministres, puis à l'Assemblée**

#### **Un exercice difficile attend le gouvernement**

**Le Quotidien du Médecin du 12/10/2005**

*Présenté aujourd'hui en conseil des ministres, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006 sera débattu à l'Assemblée nationale à la fin du mois. Un texte qui soulève déjà de nombreuses controverses. La tâche du gouvernement au cours des prochaines semaines pourrait se révéler délicate.*

LE MINISTRE de la Santé va défendre aujourd'hui son budget de la Sécurité sociale pour 2006 sur tous les fronts. Sitôt le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (Plfss) pour 2006 adopté en conseil des ministres ce matin, Xavier Bertrand en fera une nouvelle présentation plus exhaustive face à la presse, avant d'être auditionné par la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale sur son texte. Les députés n'examineront le Plfss 2006 en première lecture qu'à la fin du mois, après leur vote sur le budget de l'Etat.

Ce Plfss 2006 doit ramener le déficit de la Sécurité sociale de 11,5 à 8,9 milliards d'euros (toutes branches confondues) et réduire le « trou » de la seule branche maladie de 8,3 à 6,1 milliards d'euros l'an prochain, sur la base d'hypothèses de croissance économique jugées optimistes.

### **Le médicament en première ligne**

Ce pari repose sur une large contribution de l'industrie pharmaceutique, estimée au total à plus de 1 milliard d'euros. Les industriels sont davantage sollicités au niveau des recettes de la Sécurité sociale (avec l'alourdissement des taxes sur la promotion et sur le chiffre d'affaires). Ils ne sont pas en reste dans le volet «

---

<sup>4</sup> Ce député a présenté un amendement qui visait à contrôler et normaliser les psychothérapies.

<sup>5</sup> Selon Larousse "étude philosophique des phénomènes présents à notre esprit, et consistant essentiellement à les décrire et à décrire les structures de la conscience qui les connaît". La phénoménologie a servi de référence au travail relationnel en psychiatrie pendant la moitié du 20<sup>ème</sup> siècle, avant d'être recouverte par la psychanalyse dans les références théoriques des pratiques de soins

dépenses » du Plfss : sortie de 156 médicaments à SMR insuffisant de la liste des spécialités remboursables au 1er mars 2006, baisse de prix et baisse du taux de remboursement à 15 % de 62 veinotoniques, autres baisses de prix ciblées, et probable généralisation des tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR, calculés en fonction des prix des génériques). L'ensemble de ces mesures, combinées aux efforts de maîtrise médicalisée des médecins libéraux dans leurs prescriptions (statines, psychotropes, antibiotiques...), doit permettre de faire baisser de 3,3 % les dépenses du poste médicament en 2006, tandis que l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (Ondam) a été fixé à + 2,5 % (+ 2,7 % à périmètre constant).

L'hospitalisation publique et privée, dotée d'un Ondam en progression de + 3,44 % par rapport à 2005, apparaît clairement comme prioritaire, avec plus de 2 milliards d'euros supplémentaires, consacrés notamment au personnel des établissements de santé et au plan de relance de l'investissement hospitalier. L'hôpital devra en contrepartie faire des efforts en matière de gestion, à travers sa politique d'achat et la maîtrise médicalisée (contrats de bon usage des médicaments et accord d'amélioration des pratiques hospitalières).

Inclus dans l'enveloppe soins de ville qui augmente de 3,2 % (hors produits de santé), les médecins libéraux sont concernés par une poignée de mesures du Plfss 2006. Outre la réforme drastique programmée de leur régime de retraite ASV (« le Quotidien » des 3 et 7 octobre), le texte prévoit de pérenniser le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville. Il instaure aussi un moratoire (dont la durée sera fixée par décret), afin que les jeunes médecins généralistes puissent se constituer une patientèle sans être pénalisés par le dispositif du médecin traitant.

#### **Une pétition nationale contre le forfait de 18 euros**

Les patients et leurs complémentaires santé devront payer davantage l'an prochain, puisque le forfait hospitalier augmente de 1 euro et que le Plfss créé un nouveau forfait de 18 euros sur l'ensemble des actes médicaux techniques à partir de 91 euros (sans possibilité de déduction du forfait hospitalier sur ce nouveau ticket modérateur). Mal accueillie par les administrateurs de la Caisse nationale d'assurance-maladie (Cnam) et de la Mutualité sociale agricole (MSA) qui ont émis un avis consultatif défavorable au Plfss 2006, cette mesure fait maintenant l'objet d'une « *pétition nationale* » contre elle. L'Association des accidentés de la vie (Fnath) en a pris l'initiative pour « *mobiliser ses adhérents et l'opinion publique* » et « *interpeller le gouvernement et les parlementaires* ».

#### **L'université d'automne de trois syndicats de PH**

**Les pouvoirs publics cherchent à rassurer les médecins sur leur statut...**

**Le Quotidien du Médecin du 12/10/2005**

*Les trois syndicats de praticiens hospitaliers, qui ont paraphé le protocole d'accord sur le statut des hospitaliers, ont organisé le week-end dernier leur université d'automne. Le temps pour la Coordination médicale hospitalière (CMH), le Syndicat national des médecins hospitaliers (Snam-HP) et l'Union collégiale des chirurgiens et spécialistes français (Uccsf) de faire le point sur les grands dossiers en cours. Notamment sur le statut des PH, bien évidemment, mais aussi sur la mise en place de la nouvelle gouvernance.*

DANIELLE Toupillier, chef de service à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos), est intervenue aux universités d'automne organisées par la CMH, le Snam-HP et l'Uccsf, pour apporter certaines précisions concernant la rénovation des statuts des médecins hospitaliers.

Au sujet du Centre national de gestion (CNG) créé par le relevé de décisions du 31 mars pour gérer la carrière des médecins hospitaliers et des directeurs, l'optique est claire. « *L'Etat ne se désengage pas de ses responsabilités, assure Danielle Toupillier. Mais, aujourd'hui, nous sommes 36 personnes pour gérer 40 000 carrières : c'est très peu. Cette délégation permet à la Dhos de se recentrer sur le pilotage. Le CNG aura plus de temps et de moyens pour gérer les passerelles ; ceux qui veulent changer de carrière pourront le faire.* » Actuellement, la Dhos recense entre 30 et 50 praticiens hospitaliers en difficulté de carrière. Qu'elle qu'en soit la raison - travail en équipe difficile, problème de compétences -, ces personnes devraient trouver une aide plus personnalisée avec le CNG.

#### **Le cas des temps partiels**

Autres gagnants : les PH à temps partiel. « *Le CNG va unifier la gestion des plein-temps et des temps partiel* », a précisé Danielle Toupillier, qui a annoncé l'ouverture d'un débat spécifique pour les temps partiel, « *sur la base d'un rapprochement* » avec le statut des plein-temps.

Une question se pose : la rénovation statutaire rend-elle possible la perte d'emploi pour les médecins hospitaliers, en cas de restructuration et sous certaines conditions ? On sait que la Confédération des hôpitaux généraux (CHG), qui conteste la réforme, le craint. « *Le sujet est sensible, convient Danielle Toupillier, mais on entend beaucoup de contre-vérités à ce propos* ». La représentante de la Dhos a expliqué

que, avec le nouveau dispositif, les praticiens dont le service ou l'activité ferme partiront avec leur poste « dans un hôpital de proximité, si possible ». Seuls seront éligibles à la recherche d'affectation ceux qui, sur la base du volontariat, souhaitent changer de spécialité ou d'orientation.

L'accord du 31 mars prévoit, outre la création d'un CNG, l'instauration d'une part complémentaire variable dans le revenu des médecins hospitaliers. A ne pas confondre avec une augmentation de la grille indiciaire : « Cette part variable est la reconnaissance d'un engagement, pas une récompense. Elle sera versée en sus de la rémunération de base », précise Danielle Toupillier. C'est une forme d'intéressement, en fait ; mais le mot n'est pas employé « car il pourrait être mal perçu ».

En 2005, seuls les chirurgiens et les psychiatres peuvent y prétendre ; 27 millions d'euros leur seront consacrés. Et ensuite ? « Il n'y aura pas de quota pour être éligible, tous les médecins sont concernés », a indiqué Danielle Toupillier. Le jour où la part variable atteindra son maximum - 15 % du revenu des médecins -, l'ardoise sera salée : il faudra déboursier 450 millions d'euros si l'ensemble des praticiens remplissent les critères de qualité et d'activité, selon le Dr François Aubart, président de la CMH. Qui paiera ? Les établissements, par autofinancement. Mais pas seulement : « Les hôpitaux ont déjà fait beaucoup d'efforts d'économies, admet Danielle Toupillier. A un moment donné, nous savons que nous aurons à trouver les moyens et les voies complémentaires qui se révéleront nécessaires pour financer la part complémentaire variable. » Il faudra se contenter de cette promesse évasive pour l'heure, car il est difficile d'en apprendre davantage.

### **Sur la nouvelle gouvernance hospitalière Le Quotidien du Médecin du 12/10/2005**

CONSEILLER au cabinet du ministre de la Santé, Olivier Boyer n'a pas hésité à faire le déplacement pour répondre aux interrogations et aux inquiétudes des praticiens, réunis à l'occasion de cette université d'automne par les syndicats signataires du protocole sur la nouvelle gouvernance hospitalière.

#### **« Pièce rapportée » de cette nouvelle gouvernance : le conseil exécutif**

Présidé par le directeur d'établissement, il préparera les mesures nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement et du contrat pluriannuel, a précisé le Dr François Aubart, président de la CMH. Alors, dans ce « club des quatre », conseil d'administration (CA), commission médicale d'établissement (CME), conseil exécutif et pôles, qui fait quoi, et comment prendre des décisions « médicalement plus éclairées » ? Tout le problème de la nouvelle organisation de l'hôpital est là, ou presque. Le CA sera désormais « dans une position de contrôle plus que de définition », a précisé le Dr Aubart. « La phase ascendante de propositions est confiée à d'autres lieux. » Pourquoi ne pas supprimer purement et simplement le CA, soupire-t-on alors dans la salle. « Encore faudrait-il que le ministère en ait ce courage », disent certains.

#### **Compétence « management »**

« Nous avons modifié l'articulation entre ces différentes instances, sachant que l'une des préoccupations majeures du ministre a été de mettre le médecin au cœur de l'hôpital », a répété le conseiller de Xavier Bertrand. « Je pense, dit-il, que, pour que nos hôpitaux publics soient mieux gouvernés, les médecins doivent être associés à la gestion. »

Et les médecins, eux, qu'en disent-ils ? Cette réforme permettra-t-elle de « placer » des personnes compétentes en « management », s'interrogent-ils parfois ? « Il est clair que l'enjeu repose sur le fait que les responsables développent leurs qualités de management », a assuré Olivier Boyer. « Mais je pense que la fonction crée l'organe et qu'il faudra que tous les établissements s'engagent à former leurs médecins au management. » Sur la délégation de gestion, « elle dépendra de beaucoup d'éléments ; elle doit, en particulier, être aussi large que possible, et il faut laisser faire chaque établissement », a affirmé à la tribune le Pr Roland Rymer, président du Snam-hp.

Cette nouvelle organisation paraît complexe à certains (« Le nombre de réunions a été multiplié par cinq, mais ça n'a pas changé grand-chose »), voire totalement inappropriée pour d'autres. C'est le cas des gériatres qui jugent inapplicable la T2A (tarification à l'activité) dans leur secteur, majoritairement confronté à la polyopathie. De même, le découpage en pôles, qui pourrait aboutir parfois en « mégapoles », inquiète.

Autre interrogation : quelle information les médecins auront-ils sur la partie administrative ? Y aura-t-il cumul possible des fonctions de chefferie de service et chefferie de pôle ? La nouvelle gouvernance hospitalière soulève encore de nombreuses questions dans ses applications concrètes. Il faudra encore des réunions de ce genre pour tenter de dissoudre un peu mieux le flou qui persiste autour de la gouvernance et de son inséparable T2A.

## **La France dans le peloton de tête des budgets sociaux** **Le Monde 11 octobre 2005**

Le total des dépenses des administrations publiques en 2003 représentait, en France, 53,6 % du produit intérieur brut (PIB). Seuls deux pays affectaient une part supérieure de leur PIB à ces dépenses : la Suède et le Danemark.

dans tous les états membres, la protection sociale absorbait la part la plus importante de ces dépenses, mais cette part demeure cependant extrêmement variable selon les pays. Les dépenses les plus élevées étaient observées au Danemark (25,2 % du PIB), en Suède (24,9 %) et en Allemagne (22,4 %), tandis que les plus basses étaient relevées en Irlande (10 %), en Lituanie (10,1 %), en Estonie (10,4 %) et en Lettonie (10,8 %). La France se situait au-dessus de la moyenne de l'UE25 (19,3 %) avec un taux de 21,1 %, cinq pays de l'Union enregistrant une valeur supérieure.

c'est en France que la part du PIB consacrée aux dépenses publiques sur la santé est la plus élevée parmi les Etats membres de l'Union, avec 8,4 %. La Suède suivait avec un taux de 7,3 %, puis la Belgique (7 %). C'est aussi en France que la dépense militaire est la plus importante (2,4 %), après la Grèce et Chypre. Dans le domaine de l'éducation, les taux les plus élevés étaient observés au Danemark (8,5 %) et en Suède (7,4 %), contre 6 % en France (5,3 % en moyenne de l'Union).

## **Volée de bois vert contre le forfait à 18 euros** **Le Quotidien du Médecin 11/10/2005**

*Selon ses détracteurs, le forfait de 18 euros sur les actes techniques lourds, prévu par le Plfss 2006, s'inscrit dans la vague de transferts vers les assurés et les complémentaires, tout en marquant un tournant inédit politiquement.*

LA MESURE a fait déjà beaucoup de bruit depuis que le gouvernement l'a maladroitement introduite en catimini dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (Plfss) pour 2006, présenté officiellement demain en conseil des ministres.

En dépit du tollé soulevé par la création d'un forfait de 18 euros sur tous les actes techniques d'un montant supérieur à 91 euros (réalisés en ville ou à l'hôpital), le gouvernement ne semble pas enclin à y renoncer.

Au contraire, Dominique de Villepin a justifié, devant les Français, cette « mesure rationnelle » la semaine dernière sur France 2. Le Premier ministre a fait valoir que le forfait épargnait au total « six millions de personnes » : les patients en ALD, les bénéficiaires de la CMU, les femmes enceintes, les nouveau-nés hospitalisés, les invalides et titulaires d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle.

Certes, le procédé du ticket modérateur a déjà inspiré bon nombre de plans de redressement de la Sécu. En outre, la règle de la prise en charge à 100 % en cas d'opérations lourdes (cotées en « K50 » ou plus jusqu'au lancement de la Ccam, la nouvelle nomenclature technique), qui remonte à 1955, avait déjà été remise en cause par l'un des prédécesseurs de Xavier Bertrand au ministère de la Santé.

En effet, Jean-François Mattei avait rétabli au 1er janvier 2004 un ticket modérateur de 30 % sur tous les soins précédant ou faisant suite à des actes cotés en K50 ou plus. Selon un prérapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (Hcaam) (1), cette mesure a permis de réaliser seulement un tiers des 600 millions d'euros d'économies attendues en année pleine sur les soins de ville, touchant en particulier les transports sanitaires, les actes infirmiers et de kinésithérapie.

## **Le rapport du Haut Conseil**

Le même prérapport du Hcaam prépare d'ailleurs le terrain avant la création du forfait de 18 euros. Prenant acte que « le périmètre de prise en charge intégrale va croître » à l'avenir, compte tenu de la place grandissante des ALD et des personnes âgées dans la population, il en déduit qu'il faut se garder de « couvrir à l'excès les dépenses » dans ce domaine et éviter de créer une « distorsion » de traitement entre différentes catégories d'assurés (« le Quotidien » du 23 septembre). « Trop sanctuariser les prises en charge intégrales, d'un côté, (et) trop solliciter l'assuré non exonéré, d'autre part » pourrait in fine « diminuer l'attachement des Français à une Sécurité sociale obligatoire et solidaire », souligne le Haut Conseil.

Dans le Plfss 2006, le gouvernement n'a pas pris le parti de la « sanctuarisation », loin s'en faut. Mais est-il allé trop loin ?

Pour le Parti socialiste, l'UDF et les Verts, la ligne jaune de la solidarité nationale a été franchie, compte tenu de l'effort financier supplémentaire demandé aux assurés sociaux. Le forfait de 18 euros a de même suscité la levée d'un front social contre lui, composé des syndicats de salariés (Cfdt, CFE-CGC, Cftc, CGT, FO, FSU, Unsa), d'associations de patients et d'usagers (Fnath, Ciss, UFC-Que choisir) et de la Fédération hospitalière de France. Hormis la Confédération des syndicats médicaux français (Csmf, qui approuve la mesure dès lors que le forfait est remboursable par les complémentaires santé), plusieurs syndicats de médecins s'y sont opposés, comme MG-France et la Coordination médicale hospitalière (CMH).

L'Union des chirurgiens de France (Ucdf) note que « ces 18 euros de remboursement en moins par intervention vont encore aggraver le différentiel entre le tarif réel des actes et le tarif de leur remboursement ». Le forfait « concerne quasiment toutes les interventions chirurgicales » et met la chirurgie « au même rang que les médicaments de confort », déplore l'Ucdf.

### **Transferts de charges**

Réunis hier soir à l'occasion d'un bureau de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance-maladie (Unocam), les représentants des mutuelles, des assureurs et institutions de prévoyance devaient affiner leurs estimations quant à l'impact du Plfss 2006 sur leurs dépenses respectives. Pour le ministre Xavier Bertrand, l'instauration du forfait coûtera « au maximum 100 millions d'euros » aux complémentaires santé. Du côté des assureurs, Gilles Johanet, responsable des activités santé des AGF, parle plutôt d'un surcoût « de 150 à 200 millions d'euros » par an, qui se traduira par « une hausse de 1,5 point » sur les primes des contrats collectifs. Ce transfert de charges s'ajoute à d'autres, provoqués notamment par la hausse progressive du forfait hospitalier et par le déremboursement partiel de certains médicaments.

Cette fois, cependant, le président de la Mutualité, française, Jean-Pierre Davant constate un « désengagement profond de l'assurance-maladie », dès lors que le nouveau ticket modérateur porte sur des actes utiles et courants, telles l'appendicectomie, l'ablation des amygdales ou les coloscopies, par exemple. Il en appelle donc aux parlementaires qui « seraient bien inspirés de ne pas en prendre la responsabilité ». Gilles Johanet évoque aussi « un tournant », car « voir la Sécurité sociale se désengager des actes lourds présente une haute signification sur le plan politique », sans gage de régulation de dépenses puisque l'assuré « ne maîtrise pas » ce type de soins. De surcroît, l'ex-directeur de la Caisse nationale d'assurance-maladie s'étonne de « l'obligation faite aux complémentaires de rembourser », laquelle, ironise-t-il, « ne s'inscrit pas spontanément dans l'esprit de partenariat (entre assurance-maladie obligatoire et complémentaires) prévu par la loi Douste-Blazy ».

Selon lui, le forfait de 18 euros serait ainsi en contradiction avec le principe de prise en charge des actes lourds par la Sécu, tout en donnant un coup de canif à la nouvelle gouvernance instaurée par la réforme de l'assurance-maladie de 2004. Reste à savoir quel sort les parlementaires réserveront à ce drôle de cadeau pour fêter le soixantième anniversaire de la Sécurité sociale.

(1) Ce rapport consacré au « périmètre de la prise en charge intégrale par les régimes de base » doit être finalisé ce mois-ci.

### **Christian Saout (Aides) : une taxe de plus Le Quotidien du Médecin 11/10/2005**

Pour Christian Saout, président d'Aides, le gouvernement ne peut pas « systématiquement sortir le martinet » et affirmer que la réforme repose sur la modification des comportements.

*LE QUOTIDIEN - En tant que représentant des usagers, comment réagissez-vous au projet de franchise de 18 euros ?*

CHRISTIAN SAOUT - J'ai réagi d'abord comme la plupart des gens qui s'adressent aux associations et dont les revenus sont extrêmement modestes. Pour eux, c'est une taxe de plus qui va venir augmenter le reste à charge du ménage, déjà considérable. Plus précisément, c'est un transfert de charges direct sur les complémentaires et donc sur la cotisation aux mutuelles qui est déjà très lourde pour beaucoup de gens, même si on n'en parle jamais. Les conseillers du ministre m'ont expliqué clairement que l'opération serait neutre pour les patients. La réalité, c'est que le reste à charge ne peut que croître.

*Certains estiment que cette franchise sur les actes lourds amorce un changement de système, voire un début de privatisation. Est-ce votre analyse ?*

La question est clairement posée. Le régime complémentaire n'est-il pas en train de devenir le régime de base ? Plus généralement, la question est de savoir si les efforts demandés par le gouvernement aux

différents acteurs sont équilibrés. On demande énormément aux patients. On demande également aux médecins. On demande à l'industrie pharmaceutique, mais on ne touche pas à l'hôpital. Cela finit par donner le sentiment d'une espèce de sanctuarisation de l'hôpital, alors que celui-ci n'a pas encore de traçabilité de sa qualité.

*Comptez-vous mobiliser les parlementaires sur la franchise ?*

Le jeu en vaut la chandelle. Le gouvernement ne peut pas expliquer à nos concitoyens que la réforme repose essentiellement sur la modification des comportements tout en sortant systématiquement le martinet. L'évolution des comportements et des habitudes ne peut pas, chaque fois, passer par une sanction financière. Il y a déjà des forfaits, des sanctions prévues si on ne présente pas le dossier médical personnel, des pénalités si on ne passe pas par son médecin traitant... Cela fait quand même beaucoup pour une réforme dite partagée.

*La nécessité de diminuer les déficits ne justifie-t-elle pas cette responsabilisation accrue des patients ?*

Certainement, mais il faudrait alors joindre à la responsabilisation par la sanction une responsabilisation politique, qui devrait être d'un tout autre niveau. Je le dis très sereinement : le projet de loi de financement de la Sécu est devenu le concours Lépine de la rustine financière. Affrontons ensemble le vrai débat : celui des recettes nouvelles. Bien sûr, on peut sans cesse rationaliser et même comprimer les dépenses ; mais il n'est plus possible de faire l'économie du débat sur les recettes.

**Jean-Michel Dubernard (UMP) : une mesure incontournable**

**Le président de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée justifie la franchise de 18 euros par l'« impératif » de diminution du déficit.**

**Le Quotidien du Médecin 11/10/2005**

*LE QUOTIDIEN - Le projet de franchise de 18 euros sur les actes lourds suscite une levée de boucliers. Comment justifiez-vous cette mesure ?*

JEAN-MICHEL DUBERNARD - Cette franchise avait déjà été discutée au moment du débat sur la réforme de l'assurance-maladie. Elle n'avait pas été retenue, même si elle semblait moins radicale que la réforme allemande qui a imposé des franchises partout. Dans notre système, il y a une anomalie évidente : pour les actes inférieurs à K50 (ancienne cotation supprimée par la nouvelle nomenclature), le patient acquitte un ticket modérateur qui disparaît au-delà de ce seuil (exonération dès que le montant de 91 euros est atteint). Nous avons déjà commencé à limiter les cas d'exonération à l'hôpital. Il s'agit d'étendre ce principe tout en dispensant de la franchise les femmes enceintes, les ALD et les plus modestes. Nous sommes dans une logique de responsabilisation accrue qui protège les plus démunis.

*Certains estiment que ce projet écorne la solidarité nationale, car la franchise porte sur des actes lourds et non pas sur une médecine de confort. Que répondez-vous ?*

Je suis l'un des députés les plus attachés à la solidarité entre les individus et entre les générations. Mais j'ai l'impression que les théoriciens de l'assurance-maladie vivent dans un rêve. Si l'on veut que notre système de Sécurité sociale soit sauvé, il faut d'abord empêcher qu'il s'effondre. C'est de cela qu'il s'agit. Nous ne sommes pas en train d'écorner la protection sociale, mais de responsabiliser tout le monde. Grâce à la réforme, le déficit décroît. Il est impératif de continuer.

*Forfait par consultation, forfait hospitalier, franchise sur les actes lourds... : pourra-t-on continuer ainsi à cumuler les franchises ?*

L'Allemagne a fait des choix drastiques : forfait trimestriel de 10 euros par médecin consulté, forfait hospitalier, taxe par boîte de médicaments... Nous aussi, nous devons adapter notre système de Sécurité sociale aux capacités financières de notre pays. Faute de quoi, on compromet l'avenir de la Sécu, à l'heure où l'on célèbre son soixantième anniversaire.

*Cette mesure comptable, sans justification médicale, n'est-elle pas un aveu d'impuissance à modifier les comportements ?*

Changer les comportements, ce n'est pas si simple. On sensibilise les gens pendant une période de courte durée en général. Encore une fois, nous sommes face à l'urgence d'équilibrer financièrement le système. Si on échoue, on tombera sur des systèmes de protection strictement individuels. En s'adaptant, on préserve le cœur de la solidarité.

*Vous accordez une grande importance au débat parlementaire. Peut-on encore imaginer une modification importante de ce projet ?*

Non, car la question de l'équilibre financier et de la diminution du déficit est incontournable. Chacun doit en avoir conscience. Rappelons-nous les retraites : Fillon a fait ce qui aurait dû être fait depuis quinze ans. On a recherché un équilibre complexe. Sans cette réforme, on serait en 2006 à la chute des retraites. Pour l'assurance-maladie, c'est le même défi.

**Les malaises à l'hôpital Nord de Marseille**  
**Retour à la normale au bloc opératoire**  
**Le Quotidien du Médecin 11/10/2005**

*L'enquête sur les différents malaises ayant affecté le personnel du bloc opératoire central de l'hôpital Nord est terminée. Un ensemble de causes a été retenu pour les expliquer, sans qu'il y ait cependant de certitudes. Aujourd'hui, le bloc fonctionne à nouveau normalement.*

L'ENQUETE sur les problèmes du bloc opératoire de l'hôpital Nord de Marseille a été officiellement close après une ultime réunion de la cellule de crise constituée pour expliquer les malaises du personnel apparus pour la première fois le 11 août dernier.

Ces symptômes décrits à plusieurs reprises par le personnel soignant : maux de tête, nausées, irritations de la gorge, voire gastro, ont conduit à fermer deux fois le bloc opératoire central de l'hôpital Nord pendant le mois d'août. Tous ces acteurs de la cellule de crise - cellule interrégionale d'épidémiologie, services de la Direction départementale de l'action sanitaire et sociale (Ddass), médecine du travail, laboratoire, représentants de médecins, de l'assurance-maladie, bataillon des marins pompiers - ont travaillé assidûment sur des enquêtes épidémiologique ou environnementales pour trouver les causes de ces malaises. Des analyses ont ensuite été menées à l'aide de « badges d'ambiance » placés sur le personnel depuis la réouverture du bloc le 5 septembre dernier. « Comme nous le pressentions, ces différentes études n'ont pas mis en évidence un élément unique de cause à cette crise, mais un ensemble d'éléments multifactoriels, confirme Monique Sorrentino, directrice de l'hôpital Nord. Ce qui explique ce tâtonnement, malgré l'implication de tous les organismes concernés. L'hôpital Nord connaît une phase de restructuration ou de reconstruction. Les travaux engagés dans le bâtiment où se trouve le bloc opératoire ont pu être générateurs de désorganisation et d'angoisse du personnel. Nous avons dû améliorer notre organisation pour y faire face. Mais depuis, plus aucun malaise n'a été signalé. Maintenant le bloc fonctionne normalement. »

**Le « sick building syndrome »**

Un grand nombre d'hypothèses ont été, en effet, invoquées pour expliquer cet inconfort du personnel : CO, toluène, infrasons, mistral... « Elles ont été nombreuses, quelquefois surprenantes pour nous. Une fois que la piste infectieuse a été écartée, et notamment les infections aspergillaires que l'on peut contracter par des gravats d'immeubles, restaient un tas de causes possibles à ces incommodations vécues dans une atmosphère confinée, en période estivale », explique encore le Pr Yves Frances, président de la commission consultative médicale.

Ne reste donc plus que ce syndrome décrit à partir d'exemples touchant plutôt des bâtiments du secteur tertiaire : le « sick building syndrome » ou syndrome des bâtiments malsains. Hypothèse concordante dans ce contexte de restructuration de l'hôpital. Encore méconnu, ce syndrome regroupe lui-même un ensemble de causes, dont la mauvaise ventilation. De ce fait, des éléments ont été améliorés dès les premiers symptômes, avec une série de mesures : réglages du fonctionnement de la ventilation des blocs, travail sur les conditions d'utilisation des produits détergents ou autres, surveillance des chantiers avoisinants. « Un plan de prévention a été mis en place pour la suite des travaux », assure le Dr Myriam Kacel, de la médecine du travail. D'autres chantiers sont toujours en cours ou en préparation. Mais l'activité a repris normalement au niveau des patients.

**Santé : les projets français à l'aune américaine**  
**Tribune libre de Jean de Kervasdoué\***  
**Le Quotidien du Médecin 11/10/2005**

*De retour d'un voyage d'études et d'informations aux Etats-Unis, notamment en Californie, où il a pu constater les difficultés de mise en place d'un dossier médical, Jean de Kervasdoué, ancien directeur des Hôpitaux et*

*économiste, critique sévèrement le projet du DMP tel qu'il est envisagé par le gouvernement français. Il doute de sa réalisation à l'horizon 2007 et des économies prévues.*

AUX ETATS-UNIS, chaque année, 98 000 personnes décèdent prématurément du fait d'erreurs médicales. Deux millions d'Américains au moins sont annuellement victimes d'accidents pharmaceutiques car plusieurs autres études donnent des chiffres plus alarmants encore : environ 20 % des patients sous traitement souffriraient de complications médicamenteuses, pourtant pour 13 % d'entre eux, il existait déjà dans leur dossier une contre-indication explicite à l'un ou l'autre des médicaments prescrits.

Chaque Américain reçoit en moyenne 5,2 médicaments par an (14 en France), mais statistiquement, un médecin clinicien pris au hasard ignore tout de deux de ces cinq médicaments. Bien entendu, cela ne veut pas dire que les médecins d'outre-Atlantique ne connaissent pas ce qu'ils prescrivent, mais que les patients consultent plusieurs médecins de plus en plus spécialisés et les uns ne connaissent pas toujours ce que prescrivent les autres.

Jugeant cette situation intolérable, les gouvernements successifs de certains États et les responsables des grands programmes fédéraux ont pris, depuis plus de quinze années, une première série de mesures. Ils ont, par exemple, exigé la publication des risques relatifs de mortalité et de complications de chaque hôpital public et privé et des médecins et chirurgiens nommément désignés. Curieusement, cela a eu peu d'effet. Peut-être parce que le maniement des probabilités relatives n'est pas plus familier des Américains que des Français, mais aussi parce qu'il existe toujours des excuses plausibles des uns : « mes malades sont plus graves » ou des autres : « les critères de classification ne sont pas les bons », « je prends plus de risques », « je soigne les pauvres », en dépit des efforts des épidémiologistes pour tenir compte de ces facteurs.

### **L'information précède l'informatique**

Une nouvelle étape vient d'être franchie dans les centres d'excellence comme la Mayo Clinic : un patient peut en effet y consulter les résultats des traitements des cent dernières personnes ayant reçu dans cette institution la même intervention que celle qu'il s'apprête à subir. Le gouvernement fédéral encourage ces initiatives car elles offrent des indications précises aux usagers du système de santé et leur permettent de savoir, s'il s'agit d'orthopédie, combien après l'opération marchent, au bout de combien de temps, ils retournent à leur travail, la proportion de ceux qui ont eu la malchance d'être infectée... L'obsession est la sécurité du patient, pas le confort du médecin. « Les médecins n'ont pas très bonne presse auprès de cette administration », me confiait il y a quelques jours le Dr David Brailer à qui je demandais comment le corps médical américain acceptait cette nouvelle politique. Le Dr Brailer, nommé par le président Bush, est responsable de l'information et de l'informatique médicale à l'échelon fédéral.

L'information précède l'informatique, car dans les champs de la connaissance médicale qui chaque jour portent de nouveaux fruits, « il n'est plus possible, me disait-il, de tolérer que chaque médecin ramasse ce que bon lui semble, comme si l'on était encore à l'âge de la cueillette. Il faut passer à l'âge de l'agriculture et exploiter systématiquement les connaissances pour que chaque Américain puisse en bénéficier sur l'ensemble du territoire national pour chaque soin prodigué. Pour cela, il faut notamment investir dans les systèmes d'information et de contrôle des pratiques cliniques... Alors que le secteur de la santé est une industrie du savoir, nous n'investissons que 3 000 dollars (2 460 euros) en informatique par personne employée et par an alors que le secteur bancaire dépense 15 000 dollars (12 300 euros). Nous pensons que dans huit années, la moitié des Américains disposeront d'un dossier médical et que nous aurons investi d'ici là 150 milliards de dollars (123 milliards d'euros) ».

Pas une fois au cours de cet entretien et des visites que nous mènerons dans de nombreuses institutions de soins californiennes, l'un quelconque de nos interlocuteurs prétendra que ces investissements conduiront à quelques économies nettes, même s'ils savent que la non-qualité est onéreuse en médecine comme ailleurs.

### **Les « illusions » du DMP**

Rappelons qu'il y a à peine plus d'un an, en France, un point majeur de l'équilibre des comptes de l'assurance-maladie provenait, prétendait Philippe Douste-Blazy, des 3,5 milliards d'euros obtenus dès 2007 par la généralisation d'un dossier médical personnel identique pour tous les Français. Pensant à juste titre qu'il valait mieux être soigné par des médecins ayant une bonne connaissance de leur histoire médicale, les Français n'ont pas vu que cette idée, telle qu'elle était présentée, n'était qu'illusions. Illusion, parce que le calendrier est intenable ; illusion, parce qu'un tel projet est très onéreux ; illusion, parce que pour bénéficier des bienfaits réels d'un tel dossier le corps médical doit accepter une forme de contrôle qu'il a jusqu'ici farouchement refusée ; illusion, parce qu'il a été dit, en France, que le dossier sera la propriété de chacun de nos concitoyens, il pourra donc être modifié par lui ; illusion enfin, parce qu'à peine capable de gérer correctement les cartes Vitale le gouvernement prétend résoudre en quelques mois la possibilité de reconnaître, sans ambiguïté, chaque Français et chaque professionnel de santé pour chaque soin, sans délai d'attente, et de plus en quelques secondes : l'étendue de la patience maximale d'un médecin dont la consultation moyenne dure quinze minutes et ne peut être devant son écran que de trois.

Pour comprendre cependant à la fois l'intérêt d'une telle idée et les conditions de sa mise en œuvre, retournons aux Etats-Unis. Certes, le système de santé de ce pays ne constitue pas un modèle pour la France, mais il demeure l'incontestable référence mondiale pour la recherche médicale, les industries de santé et l'organisation de sa médecine.

Les grands hôpitaux universitaires, les réseaux de soins, certains Etats, le gouvernement fédéral poussent, là où ils se trouvent, à la constitution d'un dossier médical informatisé pour leurs patients. Aucun, soulignons-le, n'imagine créer un dossier médical unique pour tous les Américains, voire même seulement les habitants d'un Etat, ambition inutile (les dossiers se transfèrent), complexe et onéreuse (il est nécessaire dans ce cas de prévoir pour tous, y compris les biens-portants, la structure du dossier des malades les plus complexes) et, quels que soient les efforts, inadaptée aux particularités de certains malades.

### **Codification**

Dans toutes les institutions visitées, le calendrier de mise en place d'un dossier médical informatisé est de l'ordre de six à huit années d'analyse, de modification des procédures, d'élaboration d'écrans spécifiques, de formation, de test. L'essentiel est « de l'organisation avant d'être de l'informatique ».

Après avoir jeté à la poubelle, il y a trois ans, un premier système de dossier médical qui pourtant avait coûté 600 millions de dollars (492 millions d'euros), Kaiser Permanente, le plus gros réseau de soins américain avec ses 8,2 millions d'affiliés, investit 3,2 milliards de dollars (2,62 milliards d'euros), soit 400 dollars (328 euros) par affilié pour un projet de cinq ans en cours de réalisation. Pour ce qui est des établissements de soins, les hospitaliers seront intéressés de savoir que le coût annuel du seul dossier médical informatisé est de 6 000 dollars (4 920 euros) par lit et par an et que le poste de médecin est de l'ordre de 12 000 dollars (9 840 euros), ces deux chiffres s'ajoutent. Signalons enfin qu'avec un système complet de dossier médical informatisé fonctionnant en vraie grandeur un généraliste ne passe « que » 30 % de son temps devant son écran, et un urgentiste « au moins 70 % », car il doit s'assurer que toutes les procédures correspondant au cas de chaque patient sont bien mises en œuvre.

En effet, derrière ces systèmes existent la codification du savoir médical, les interactions médicament-médicament, les interactions médicaments-allergie, les contre-indications, les normes biologiques de l'homme « sain » aux différents âges, la consultation en ligne des derniers articles médicaux publiés, la recherche automatique des prescriptions les moins onéreuses, les référentiels des sociétés savantes et de l'équipe de l'hôpital ou du réseau de soins... Les spécialistes de chaque discipline, de chaque institution discutent notamment du seuil d'alerte acceptable de leur système d'information : des alertes trop fréquentes conduisent en effet à rapidement les ignorer. La reconnaissance du prescripteur par identification, badge et mot de passe (les trois) posent toute une série de questions pratiques qui trouvent dans chaque institution une réponse adaptée... Quel travail ! Quelle mobilisation, au seul nom de la qualité des soins !

Quant au patient, il peut consulter une partie de son dossier, lire en direct le résultat de certaines analyses (pas toutes, donc) et il est simultanément formé. Quand, par exemple, est prescrite une analyse du taux de cholestérol, avec le résultat de l'analyse, la personne recevra la présentation des différents types de cholestérol et des taux acceptables compte tenu de son poids et de son âge, les comportements alimentaires recommandés, les bénéfices et dangers des médicaments qui lui seront éventuellement prescrits... Soulignons que le patient n'a pas accès à tout son dossier et qu'il ne peut rien modifier pour des raisons aussi simples qu'évidentes : l'assurance que l'information est à la fois exhaustive, fidèle et bien de la seule responsabilité des producteurs de soins.

Le dossier médical informatisé n'est gratuit qu'en France, pays des rêves, à moins que ce ne soit celui de l'ignorance, celui où le contrôle de la qualité des soins se réalise sans argent, sans effort, sans contrôle et sans sanction, celui où le savoir médical n'a pas besoin d'être codifié car chaque médecin français, bien entendu, lit chaque mois les 27 000 articles médicaux publiés en anglais dans les revues médicales à comité de lecture et tient compte dans sa pratique de tous les référentiels publiés par la Haute Autorité en santé. Les futurs « hébergeurs » de données ne demanderont-ils pas un jour à l'assurance-maladie de couvrir leurs dépenses. Or, si le projet est sérieux, il faudra investir de l'ordre de trois milliards d'euros par an pour couvrir en huit années la moitié de la population française, si l'on se réfère au très bas de la fourchette américaine et, à terme, dépenser de 3 à 6 milliards d'euros par an pour gérer ces dossiers. Aujourd'hui, cet investissement ne semble pas devoir peser sur les comptes très déficitaires de l'assurance-maladie et, pour citer l'engagement récent de Philippe Bas, (ministre délégué à la Sécurité sociale) : « l'objectif du dossier médical personnel (DMP) est que les assurés sociaux puissent disposer de leur DMP à compter de 2007. Ce calendrier, Xavier Bertrand et moi-même nous le tiendrons dans l'intérêt de la santé des Français ». Attendons donc quelques mois pour connaître les bienfaits de cette remarquable et peu onéreuse innovation française.

\* Ancien directeur des hôpitaux, titulaire aux Arts et Métiers (Cnam) de la chaire d'économie et de gestion des services de santé.

**PH et personnels hospitaliers : les négociations reprennent**  
**Le Quotidien du Médecin 11/10/2005**

APRES une série de blocages, les discussions repartent tous azimuts au ministère de la Santé, entre les syndicats hospitaliers et la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos). Sont à la fois concernés, les agents et les médecins.

Vendredi dernier, il a été question d'emploi, de formation et de démographie dans la fonction publique hospitalière. Pour en débattre, la Dhos a réuni les fédérations santé des grandes centrales (CGT, FO, Cfdt, CFE-CGC, Unsa, SUD) et le Syndicat national des cadres hospitaliers (Snch). Hier, une autre séance a porté sur les conditions de travail. La question du dialogue social sera abordée le 18 octobre. Malgré la reprise des discussions, la CGT et SUD maintiennent leur appel à la grève dans les hôpitaux le 20 octobre.

Du côté des praticiens hospitaliers, le blocage semble levé s'agissant des discussions statutaires. Jeudi dernier, les trois organisations ayant signé l'accord de mars 2005 (CMH, Snam-hp, Uccsf) ont accepté que l'Inph, non signataire, participe au débat. Le calendrier de dialogue a été revu avec la Dhos. Trois thèmes ont été retenus : le statut des praticiens hospitaliers, du recrutement à la retraite ; la permanence des soins et la part variable complémentaire ; la retraite des hospitalo-universitaires. La Dhos a par ailleurs spécifié qu'il y aura une discussion spécifique sur la situation des PH à temps partiel, qui s'estiment lésés par rapport aux PH temps plein (« le Quotidien » du 26 septembre).

**« Les mutualistes sont révoltés »**

**Entretien avec le président de la Fédération des mutuelles de France.**

**L'Humanité 3 octobre 2005**

« Nous sommes révoltés. » Pour Jean-Paul Panzani, président de la Fédération des mutuelles de France (FMF), la nouvelle franchise de 18 euros « est une mesure totalement inique qui frappe les patients. Les patients ne font pas le choix d'aller à l'hôpital pour des raisons de confort ! On ne va pas à l'hôpital faire un IRM ou un scanner pour le plaisir ! Nous sommes décidés à réagir fortement. D'autant que c'est une mesure qui s'ajoute à l'augmentation de 40 % de la contribution des mutuelles au financement de la CMU (la taxe passe de 1,75 % à 2,5 %) et à l'instauration d'un troisième taux, minoritaire, de remboursement des médicaments, de 15 %, auquel nous sommes totalement opposés. Mais le plus grave, c'est cette franchise de 18 euros. Cela va aggraver les inégalités d'accès aux soins. Si on veut que les mutuelles puissent assumer solidairement ces nouvelles charges, il va falloir augmenter les cotisations. C'est un transfert de plus. C'est une nouvelle régression du régime obligatoire qui est pour nous inacceptable. La méthode nous choque aussi. Xavier Bertrand a présenté le PLFSS il y a quelques jours, il n'a pas parlé de ces mesures. Il a rencontré dans les dernières 48 heures d'importants responsables mutualistes, il ne leur a rien dit. Inaugurer le soixantième anniversaire de la Sécu par de telles mesures, c'est irresponsable. »

Même tonalité dans la bouche de Jean-Pierre Davant, le président de la Mutualité française. « Se faire opérer, ce n'est pas un choix, ce n'est pas un petit risque. Les mutuelles ne peuvent pas ne pas rembourser ce ticket modérateur, elles sont obligées de suivre. La solidarité mutualiste devra compenser la solidarité nationale qui est écornée. » Il estime à « plusieurs centaines de millions d'euros » la charge supplémentaire sur les assurances complémentaires, « qui va inmanquablement se traduire sur les cotisations des assurés qui ne peuvent qu'augmenter ».

**« C'est un frein de plus »**

**Michel Limousin est médecin généraliste. Son opinion.**

**L'Humanité 3 octobre 2005**

*Comme médecin, comment réagissez-vous à cette annonce ?*

Michel Limousin. 18 euros pour des examens onéreux, ça veut dire qu'on sanctionne des gens qui ont tout de même un problème de santé sérieux. En effet, lorsqu'un médecin prescrit des examens assez chers, et que le patient n'est pas encore pris en charge dans une affection de longue durée, à 100 %, c'est qu'il s'inquiète, qu'il y a un état pathologique réel. Prenons l'exemple d'une urographie intraveineuse ou d'une mammographie. Ce sont des examens de radiographie conventionnels, assez onéreux, prescrits parce qu'on suspecte, dans le premier cas, une maladie rénale, infection, malformation, tumeur, et, dans le cas de la mammographie, c'est le dépistage des cancers du sein. Alors, soit les gens n'ont rien finalement, et on est content, ou bien ils ont quelque chose, et on va rentrer dans de la pathologie importante. Ce n'est donc pas

simplement un petit examen, au demeurant, je pense qu'il n'y a pas de petit examen. Les prescriptions de cet ordre-là ne sont pas sans justifications médicales.

Cela va créer des difficultés d'accès aux soins et aux examens. C'est un frein de plus. Tout se passe comme si on était sur un train et qu'on mettait des freins sur toutes les roues... Alors, oui, il va ralentir, le train de la dépense sociale, mais c'est la question de l'accès aux soins qui est posée. D'autant que s'ajoutent l'augmentation du forfait hospitalier, le forfait de 1 euro sur chaque acte, le déremboursement des médicaments, sans analyse bien - sérieuse... à propos des veinotoniques, un journal professionnel indiquait qu'en Italie, où ils les ont déremboursés, ils ont vu une augmentation importante des hospitalisations pour phlébites...

Rajoutez encore l'augmentation des honoraires, le passage délibéré de nombreux spécialistes libéraux à des hausses tarifaires importantes, acceptées par la Sécu, alors que ce sont des médecins conventionnés, la hausse des complémentaires...

*Cette mesure pourrait-elle peser sur vos prescriptions ?*

Michel Limousin. Cela induira forcément discussion avec les gens. Ce type d'examen, on le prescrit parce qu'on le juge indispensable ; donc, on poussera les gens à le faire quand même. Mais on sait très bien qu'il y a des gens qui ne le feront pas. C'est déjà assez fréquent, cela va s'aggraver. J'insiste : on ne prescrit pas une IRM pour le plaisir ! C'est déjà tellement difficile d'avoir des rendez-vous. On n'encombre pas le système par des prescriptions inutiles. Pour une IRM, dans le public, c'est souvent trois mois d'attente, et dans le privé, les machines tournent jusqu'à 11 heures du soir.

*Le ministre dit vouloir éviter l'effet de seuil (en-dessous de 91 euros de frais médicaux, on paye un ticket modérateur ; au-dessus, non).*

Michel Limousin. Le concept de seuil a peut-être un sens comptable, mais aucun sens médical. Pendant qu'on y est, on pourrait parler d'effet d'aubaine : le malade a la chance d'avoir un problème assez grave pour que ça coûte assez cher pour pouvoir être dispensé de payer... Il y a vraiment de quoi se révolter.

### **Avalanche de critiques L'Humanité 3 octobre 2005**

Syndicats, mutuelles, partis de gauche, associations, le projet de création d'un « ticket modérateur » de 18 euros pour les actes médicaux de plus de 91 euros a essuyé une volée de critiques. « Se faire opérer, ce n'est pas un choix, (...) c'est même un risque médical important. Donc les mutuelles ne peuvent pas ne pas rembourser ce ticket modérateur, elles sont obligées de suivre », estime le président de la Mutualité française, Jean-Pierre Davant, qui prédit des augmentations de cotisations des assurés.

Pour le PCF, « après l'euro supplémentaire sur le forfait hospitalier, le déremboursement massif de médicaments devenus subitement inefficaces, la franchise de 18 euros est un pas de plus vers l'instauration d'un système de santé à deux vitesses. D'un côté, ceux qui pourront payer pour accéder aux soins, et les autres, ceux qui ne pourront plus se soigner. (...) Pourquoi ne pas plutôt s'attaquer aux revenus financiers ? ».

Pour le PS, « une fois de plus, la droite, incapable d'empêcher une lourde dérive des comptes et de résister aux pressions de ses clientèles, sanctionne les assurés sociaux et surtout les malades ». L'UDF juge que ce forfait accentue « le risque de mise en place d'une médecine à deux vitesses ».

La FNATH (association des accidentés de la vie) juge « inadmissible » le projet du gouvernement qui « souligne l'échec de la réforme de l'assurance maladie de 2004 ». Pour l'Union nationale des associations familiales, « la multiplication de ces franchises constitue une réelle menace pour l'accès aux soins des plus démunis et risque » de remettre en cause le « principe originel d'universalité » de l'assurance maladie.

Du côté des syndicats, la CFTC « craint les conséquences néfastes » pour les « populations les plus fragilisées et pour les classes moyennes, toujours appelées à contribuer d'avantage ». L'UNSA « condamne » cette mesure « qui pénalisera tous ceux qui ne peuvent se payer une complémentaire santé ». Le secrétaire général de la CFDT, François Chérèque, a qualifié vendredi de « scandaleuse » l'instauration de la franchise de 18 euros. « Je pense en particulier aux salariés des petites entreprises, aux retraités qui n'ont pas d'aide à leur mutuelle, qui inévitablement seront les plus sanctionnés par cette nouvelle mesure », a-t-il noté. Pour le secrétaire général de FO, Jean-Claude Mailly, « on laisse plus à la charge des assurés, qui sont encore mis à contribution, alors qu'ils l'ont déjà été, notamment avec le forfait de 1 euro sur les consultations ». L. B.

## **Sécu : alerte !**

**L'Humanité 8 octobre 2005**

Après soixante ans de bons et loyaux services, le navire Sécu, véritable vaisseau amiral de nos acquis sociaux, aborde la passe de tous les dangers. Plébiscitée par les Français, perçue comme plus nécessaire que jamais, la Sécurité sociale subit l'attaque la plus grave de son histoire. Son existence n'a certes jamais été un long fleuve tranquille. Au sortir de la guerre, les forces de progrès réunies dans la résistance au nazisme ont dû batailler ferme pour imposer cette innovation sociale à la coalition des conservatismes. Le vent soufflait alors en faveur des idéaux de justice, d'égalité, de solidarité. Toutes valeurs qui, sous l'impulsion, entre autres, du ministre communiste Ambroise Croizat (lire page 9), seront déclinées concrètement dans le « plan français de Sécurité sociale » qui verra le jour dans l'ordonnance du 4 octobre 1945. Mais, dès ce moment, les Ernest-Antoine Seillière et autres Laurence Parisot de l'époque n'auront de cesse de prendre leur revanche sur une décision qu'ils considèrent comme une défaite historique et qui, à l'inverse, pour les travailleurs, représente une conquête sans précédent.

### **Le patronat multiplie les coups de boutoirs**

À l'heure où la Sécu apparaît aux yeux de beaucoup comme inscrite une fois pour toutes dans le paysage, banalisée, un effort s'impose pour mesurer la portée de sa création. Pour mettre fin à l'insécurité du lendemain, à l'absence quasi-totale, jusqu'alors, pour le plus grand nombre, de protections face à la maladie, à l'accident du travail ou au « risque » vieillesse, les pères de la Sécu créent un système révolutionnaire à un triple titre : il offre à tous des prestations garantissant une sécurité matérielle ; il est financé de la manière la plus juste, collectivement, par un prélèvement sur la richesse produite par le travail, dans les entreprises ; il est géré par les représentants des salariés eux-mêmes. Le patronat ne se résoudra jamais vraiment à voir ainsi entamer son pouvoir de droit divin sur la gestion, pas plus qu'à laisser soustraire aux lois du marché et du profit un domaine aussi vaste que ces assurances sociales. De réforme en réforme, il multipliera les coups de boutoirs contre l'édifice. Fil rouge de son offensive, relayée par les gouvernements successifs : la Sécu serait un objet de luxe au-dessus de nos moyens, à l'heure où la compétitivité imposerait la baisse incessante des coûts du travail (or, les cotisations sociales qui alimentent la Sécu représentent rien de moins qu'un « deuxième salaire »). Le signal avait été donné en 1967 avec les fameuses « ordonnances » sur le paritarisme qui rendirent au patronat le pouvoir de peser sur la gestion. Avec la loi Douste-Blazy de 2004, la cote d'alerte est atteinte : cette réforme de l'assurance maladie écarte complètement les représentants des assurés de la conduite du système, en confie la mainmise à l'État, pour mieux en organiser la régression, comme le montre la cascade des mesures diminuant l'intervention de la Sécu dans la couverture des soins. Jusqu'à cette nouvelle « franchise » de 18 euros sur les actes lourds laissée à la charge des patients, qui suscite aujourd'hui un tollé. Étatiser pour mieux privatiser, voilà l'optique, chaque baisse des remboursements de soins, comme d'ailleurs la diminution du niveau des retraites organisée par la loi Fillon de 2003, ouvrant la voie aux systèmes individuels vendus par les assurances privées.

Et pourtant, à l'opposé d'un rabougrissement, c'est bien, non seulement le maintien, mais un nouveau développement de la protection sociale qui est à l'ordre du jour. En premier lieu pour protéger de cette insécurité qui aujourd'hui ronge des millions d, et que dénonçaient mardi dernier un million de grévistes et de manifestants : chômage, précarité de l'emploi, flexibilité. Lancée naguère par les communistes, l'idée de prolonger en quelque sorte la Sécu dans un système de « sécurité d'emploi et de formation » a fait son chemin et est maintenant portée, peu ou prou, sous des appellations différentes (sécurisation des parcours, sécurité sociale professionnelle, etc.) par une large partie de la gauche et des syndicats. « On ne pourra avoir de la sécurité sociale au sens plein dans la société française sans une sécurité dans le rapport au travail et à l'emploi », souligne Daniel Prada, responsable du dossier à la CGT.

Un saut qualitatif, d'ampleur comparable à celui accompli en 1945, est à l'ordre du jour. Une telle perspective - tout simplement l'élimination du chômage - dont une réforme du mode de financement de la Sécu (lire ci-après) rapprocherait l'avènement, donnerait à l'institution les moyens de continuer son oeuvre, chaque emploi créé générant, par le biais des cotisations, des recettes nouvelles. Or, les besoins ne manquent pas.

### **Pour une ambitieuse politique de prévention**

Après une longue période de recul, les inégalités dans les domaines de la santé et de la retraite progressent à nouveau. Là, la Sécu doit renouer avec ses valeurs fondatrices, à commencer par l'égalité du droit, pour offrir des prestations à la hauteur des attentes. Les dispositifs d'assistance mis en place par l'État ces dernières années, comme le RMI ou la CMU, contribuant à stigmatiser les pauvres, ont montré leurs limites.

La Sécu doit aussi relever de nouveaux défis. S'agissant de santé, par exemple, la couverture la plus complète des soins ne devrait-elle pas se conjuguer avec une ambitieuse politique de prévention (les dépenses en la matière ne représentent que 2,5 % du budget global) : formation des toubibs en conséquence, qui apprennent aujourd'hui surtout à « réparer », création de postes de médecin du travail et scolaire, de consultations de prévention.

L'allongement de la durée de la vie réclame aussi la mise en place de prestations universelles - et là, l'urgence, depuis la catastrophe la canicule de 2003, n'est plus à démontrer - et de nouveaux services à la hauteur, tel un nouveau « service public national de l'aide à domicile », mis en avant par le PCF. Et pour cela, comme pour la sauvegarde de l'hôpital, un plan massif de formation et d'emploi de personnels qualifiés pour les secteurs sanitaires et sociaux s'impose. Bien d'autres évolutions de la société appellent de nouvelles interventions de la Sécu. Corollaire de la généralisation de l'activité professionnelle des femmes, le besoin de structures collectives d'accueil des enfants reste largement à satisfaire. Tout comme la nécessité de prestations financières adéquates pour aider les familles à faire face à l'allongement de la scolarité, pour répondre au besoin d'autonomie des jeunes, ou encore au développement des familles monoparentales. 1945-2005 : la société française a changé, ses mutations n'exigent décidément pas moins, mais plus de protection sociale collective.

**Protection sociale : des idées en débat à Marseille**  
**L'Humanité 8 octobre 2005**

Correspondant particulier.

Dans le quartier Nord de Marseille, les salons de l'Alhambra étaient combles, jeudi soir, à l'occasion d'un forum organisé par les communistes. Secrétaire fédéral du PCF des Bouches-du-Rhône, Jean-Marc Coppola a rappelé l'enjeu : « Soixante ans après la création de la Sécu, il faut se remettre en mémoire les valeurs et les principes d'universalité qui ont présidé à sa création. » En présence de Marie-George Buffet, secrétaire nationale du PCF, de nombreux élus, militants et sympathisants communistes, mais aussi des Verts, du PS et de la LCR, les participants ont rappelé leur attachement à « leur » Sécu tout en échafaudant des idées pour la protection sociale du XXI<sup>e</sup> siècle. « Refonder la Sécu, ça me plaît, constate par exemple Gilles Aicardi, maire de Cuges-les-Pins et inspecteur de l'URSSAF. Il faut retourner aux fondamentaux sur certains points, mais tout changer sur d'autres. Je souhaite une sécurité sociale universelle, c'est-à-dire avec tout le monde au régime général, avec un financement basé sur des cotisations taxant l'économie financière. Les seules cotisations sur les salaires sont un handicap. » Un syndicaliste CGT complète : « On ponctionne les salariés et l'on fait des cadeaux aux patrons. Il faut taper sur les profits, car les machines ne cotisent pas. » Marie-George Buffet constate pour sa part : « Nous sommes obligés de penser à un autre projet de société pour assurer le droit à la santé pour tous. L'idée de faire cotiser les produits financiers porte loin, de même que celle d'un pôle public du médicament. Ce sont les salariés eux-mêmes qui doivent gérer la Sécurité sociale. Celle-ci est un droit, il n'existe pas de déficit mais des problèmes de financement. Nous avons besoin de discours offensifs et de propositions crédibles. »

Un militant dénonce lui aussi un système actuel qui « enrichit les laboratoires pharmaceutiques et finance le libéralisme ». Un médecin alerte de son côté sur les dangers de la tarification à l'activité, la dernière réforme en date dans les hôpitaux, qui va « inmanquablement entraîner un tri des malades ». « Il n'y a pas de déficit de la Sécurité sociale, rappelle Samuel Joshua, de la LCR. Il faut socialiser les trusts pharmaceutiques, comment justifier qu'il existe un secteur privé dans la santé ? » Une retraitée constate que l'allongement de la durée de vie n'est cause que de 20 % du fameux « trou »...

**La réforme du financement de la Sécurité sociale est-elle possible ?**

**Jean-Marie Le Guen, député de Paris, porte-parole du groupe socialiste sur l'assurance maladie.**

**Catherine Mills, économiste, spécialiste de la protection sociale (1)**

**L'Humanité 8 octobre 2005**

*Soixante ans après la création de la Sécurité sociale, l'attention est plus que jamais focalisée sur son déséquilibre financier, avec un déficit historique de près de 12 milliards d'euros, utilisé aujourd'hui par le gouvernement Villepin pour justifier le transfert de nouvelles charges sur les assurés. Qu'est-ce qui ne va plus, selon vous ? La Sécu souffre-t-elle davantage d'un excès de dépenses, ou d'un manque structurel de recettes ?*

Jean-Marie Le Guen. Il faut bien sûr examiner les questions de financement, mais cela ne nous dispense pas de regarder la bonne allocation des recettes. S'agissant de l'assurance maladie, je suis persuadé qu'il faut opérer une profonde transformation du système de santé qui valorise beaucoup plus la qualité. Il y a sans doute un problème de recettes, mais en aucune façon cela ne peut exonérer les responsabilités considérables de la droite qui aura accumulé en cinq ans, non seulement un déficit mais une dette colossale, plus de 60 milliards d'euros.

Catherine Mills. Il y a en effet un problème d'orientation des dépenses concernant le système de santé, insuffisamment tourné vers la prévention, la santé au travail, mal coordonné... Mais le problème principal est

celui des recettes. La loi Douste-Blazy prétendait régler le déficit de l'assurance maladie, il n'en est rien. On annonce un ralentissement du déficit à 8 milliards d'euros en 2006, mais les prévisions concernant le taux de croissance du PIB (2,5 %) sont farfelues. On table sur une baisse du chômage aléatoire, à moins de compter avec les radiations... Pour moi, la crise du financement vient d'abord de la baisse de la part des salaires dans la valeur ajoutée (10 points de moins depuis 1983) ; or, il faut savoir que 1 % de salaire en moins cela fait 2,5 milliards d'euros de recettes en moins pour la Sécu. Le chômage pèse aussi (100 000 chômeurs, c'est 1,4 milliard de cotisations en moins), ainsi que la politique économique suivie, qui, liée au pacte de stabilité européen, limite les dépenses publiques et sociales, enfonce dans l'insuffisance de la croissance. 1 % de croissance du PIB en plus ou en moins, c'est 2,5 milliards d'euros de plus ou de moins pour la Sécu.

Jean-Marie Le Guen. Il y a un problème de recettes, mais attention : trop de gens ont intérêt à ne parler que des insuffisances financières de la Sécu, soit pour ne pas faire certains efforts dans le système de santé, soit parce qu'on veut - c'est le projet de la droite - faire passer l'idée que ce système n'est pas viable et qu'il faut donc recourir à des assurances privées. Je ne veux pas exonérer la droite de sa responsabilité dans la gestion, non seulement au plan des recettes mais aussi dans la manière dont elle a géré les dépenses.

Il faudra des investissements nouveaux, mais il n'y a pas de fatalité absolue à ce qu'on ait une envolée des dépenses de santé très décalée par rapport à la croissance économique. On a survalorisé des innovations, par exemple dans le médicament. Certes, nous vivons plus longtemps, mais aussi plus longtemps en bonne santé. Et n'oublions pas que ces dépenses ne sont pas qu'un coût, mais aussi des facteurs d'enrichissement de la société : plus de santé, c'est plus de productivité, c'est de l'emploi (à l'hôpital, dans l'action médico-sociale).

Catherine Mills. Je crois fondamentalement que nos dépenses de santé vont monter, en relation avec le niveau de développement du pays. Notre système a des forces, comme le montre le faible niveau de la mortalité infantile, l'espérance de vie des femmes, mais aussi de grandes faiblesses : l'espérance de vie des ouvriers, des inégalités sociales de santé. Pour l'hôpital tout comme pour la médecine de ville, il y a besoin d'élaborer un plan d'urgence pour l'emploi et la formation. Cela va nécessiter des financements supplémentaires.

*Comment garantir ce financement de façon pérenne ?*

Jean-Marie Le Guen. La question n'est malheureusement pas théorique. En 2007, on va être immédiatement projeté dans les 40es rugissants ! La dette sociale à porter, avec les intérêts, se montera à 110 milliards d'euros. Presque une année entière de fonctionnement de l'assurance maladie ! Aujourd'hui, les finances publiques sont maltraitées par la droite qui les assèche par le biais de la baisse des impôts des plus riches et d'une politique économique malthusienne. Mais, dans ce déficit public, l'essentiel est porté par les comptes sociaux. La première chose à faire pour 2007 est d'essayer de sortir les comptes sociaux de la situation de quasi-faillite dans laquelle la droite les aura délibérément laissés s'enfoncer. Je pense aux exonérations de charges non financées, aux taxes sur l'alcool et le tabac dont une bonne partie ne va pas à la Sécu. Ensuite, il y a le débat sur les nouvelles recettes possibles. Aujourd'hui, on a une augmentation du ticket modérateur, la franchise de 1 euro, celle de 18 euros... Le ticket modérateur, qui devait avoir une fonction de « responsabilisation », est passé à une fonction de - copaiement. Quel avenir donnons-nous à ce copaiement ? Deuxième problème : dès lors qu'on aura décidé de fixer un niveau de prélèvements obligatoires, de - financement public collectif de la protection sociale, nous devons débattre des modalités. Le PS a avancé l'idée de faire porter la cotisation sociale sur la valeur ajoutée des entreprises plutôt que sur les salaires.

Catherine Mills. Je pense aussi qu'il faut élargir l'assiette des cotisations patronales, mais d'une autre manière. Il y a d'abord les revenus financiers des entreprises et des banques, qui ne sont soumis à aucune cotisation sociale, et qui représentent 80 milliards d'euros. Des revenus qui se développent contre l'emploi et la croissance réelle. Première proposition : une cotisation portant sur ces revenus financiers, à même hauteur que la cotisation sur les salaires. Deuxièmement : je considère très positif le principe d'une cotisation sociale, liée à l'entreprise, lieu de création des richesses, selon la règle : « On cotise - selon ses capacités, on reçoit selon ses besoins », mais - l'assiette actuelle n'est pas - efficace par rapport à l'emploi. Plus une entreprise développe l'emploi et les salaires, plus elle va payer ; et au contraire, plus elle licencie, fait des placements financiers, déserte le terrain de la croissance économique et de l'emploi, moins elle va payer. Je propose donc de tenir compte, pour établir la cotisation des entreprises, d'un rapport entre les salaires et la valeur ajoutée : les entreprises qui augmentent la part des salaires dans la valeur ajoutée auraient un taux de cotisation plus bas, alors que les entreprises qui économisent sur les salaires, licencient, et donc baissent le rapport entre salaires et valeur ajoutée, auraient un taux de cotisation plus élevé.

Le problème posé par la proposition d'une cotisation assise sur la valeur ajoutée, c'est que c'est une assiette plus fluctuante, moins stable que l'assiette salaires, et aussi très fraudable. Et surtout, une entreprise peut très bien augmenter la valeur ajoutée sans augmenter l'emploi et les - - salaires.

Jean-Marie Le Guen. Il n'y a pas de solution miracle. Toute solution a des inconvénients. On est d'accord sur le fait qu'il faut augmenter les prélèvements, que les ressources de l'assurance maladie soient assises sur autre chose que les seuls salaires. Ça passe par la taxation de profits financiers. Au-delà, les modalités de calcul méritent débat, et, surtout, doivent s'inscrire dans une approche transversale de la problématique des prélèvements sur les entreprises ; il faut prendre en compte toute la politique fiscale et toute la politique économique.

*La gauche devrait-elle, en tout état de cause, prendre l'engagement de revenir sur les lois Fillon et Douste-Blazy ?*

Jean-Marie Le Guen. Il n'y a pas de machine à remonter dans le temps. Les coups partis sont arrivés : ce n'est pas l'abrogation de la loi Douste-Blazy qui remettra les comptes de la Sécu à zéro. La loi Fillon, je conçois les inégalités, les insuffisances de protection sociale qu'elle apporte ; mais je ne dis pas qu'on va pouvoir revenir aux 37,5 ans de cotisations pour le public et le privé. L'imagination de la gauche va être de retraiter de façon plus juste et efficace des décisions qui ont été prises. Ce qui me paraît odieux dans la politique qui a été menée, c'est la manière dont on prétend allonger la durée de cotisation alors qu'en fait on allonge la durée du chômage pour des seniors. Cette question est fortement liée à la santé au travail. À soixante ans, la vie doit être pleine. Il faut sortir de l'impasse où nous plonge la loi Fillon : travail hyper-exploité et sortie prématurée du travail.

On aura à combattre les effets mais on ne pourra pas supprimer les cinq ans de la politique de la droite. Pour le financement des retraites, les cinq ans qui ont été perdus, on peut en rattrapper une partie en faisant autrement, mais on ne peut revenir en arrière.

Catherine Mills. En 1945, les forces de progrès ont construit, avec une créativité extraordinaire, un nouveau système, la Sécu, qui a permis un développement économique sans précédent. Ce système est en crise. Pour en sortir, il y a besoin d'une créativité nouvelle, pas seulement d'un replâtrage. Toute réforme des retraites, de la santé ne peut être, ni un retour à 1945 ni un simple aménagement pour gérer la catastrophe. Les questions de l'emploi et de la formation sont complètement au centre du nouveau système à construire. La proposition faite initialement par l'économiste communiste Paul Boccarra, maintenant reprise par la CGT à sa façon et par des tendances du PS, pour une « sécurité d'emploi et de formation » est cruciale, aussi bien pour les retraites que pour le système de santé. Se posent aussi, à cet égard, la question du type de construction européenne, de la Banque centrale européenne qui pourrait avoir d'autres objectifs que simplement la stabilité des prix, la question d'un crédit nouveau, permettant de financer prioritairement les entreprises qui développent l'investissement centré sur l'emploi.

(1) Coauteur de Assurance maladie : la privatisation programmée, avec José Caudron, Jean-Paul Domin, Nathalie Hiraux, Éditions Fondation Copernic, Syllepse. Août 2005

**« Trois minutes au téléphone, six minutes au guichet »  
L'Humanité 8 octobre 2005**

*Les cent mille employés de l'assurance maladie sont mis au service de la gestion comptable du risque, au détriment de leur rôle social, de conseil et de prévention.*

Elles et ils sont, en règle générale, les oubliés des débats sur le système de protection sociale. Les 106 000 employés de l'assurance maladie en constituent pourtant un maillon essentiel, au contact quotidien des assurés sociaux et des professionnels de santé. Un maillon mis à rude épreuve. Chargés de mettre en oeuvre la réforme Douste-Blazy de 2004, ils voient leur rôle, leurs missions peu à peu changer de nature. Le conseil médical, l'accompagnement de l'assuré, l'action sociale cèdent ainsi peu à peu la place au contrôle, un contrôle conçu « à la base, non pour une recherche de qualité, mais une recherche d'économies à tout prix », souligne Catherine Lemoine, secrétaire de la fédération CGT des organismes sociaux. Les illustrations de cette dérive abondent. « Avant, un employé de Sécu connaissait ses assurés, traitant leur dossier, les aidait. On a décidé d'effacer tout ça. On industrialise la production », explique Daniel Edelin, responsable cégétiste à l'assurance maladie. Les normes de certification ISO en vigueur dans l'industrie sont appliquées à la Sécu. Seul moyen, ou presque, pour un assuré d'entrer en contact avec sa caisse maladie, les plates-formes téléphoniques ont fait leur apparition, pour apporter, fiches à l'appui, une série de réponses standards. Rendement oblige, « la réponse téléphonique, c'est trois minutes. La réponse physique (au guichet - NDLR), six minutes. Alors que, dans les URSSAF (branche chargée du recouvrement des cotisations patronales - NDLR), c'est 20 minutes pour recevoir un employeur. Il faut bien ça pour lui expliquer comment se débrouiller pour cotiser le moins à la Sécu... » .

Depuis 2004, les effectifs de la caisse nationale ont fondu de 3 750 postes et des centaines d'agents ont été reconvertis en « délégués de l'assurance maladie », chargés de « vendre la réforme Douste-Blazy ». Ces

administratifs doivent « aller expliquer à un médecin qu'il prescrit trop, comment il devrait prescrire »... Le service médical, avec ses médecins-conseils, est mis au diapason de la chasse aux économies. Son autonomie est remise en question : dans la nouvelle organisation de la caisse nationale, décidée par le directeur général Fredreic van Roeckeghem, « c'est un directeur administratif qui a la mainmise sur le réseau du service médical ». Corollaire : le risque de voir des critères administratifs, économiques l'emporter sur l'avis médical. Rien d'étonnant si la « lutte contre les fraudes » devient le credo - dominant dans les caisses. Comme si chaque assuré était « un fraudeur potentiel », s'indigne un syndicaliste, qui se souvient, encore choqué, avoir entendu un jour M. Van Roeckeghem s'interroger pour - savoir s'il ne fallait pas faire appel à un spécialiste du ministère de l'Intérieur de M. Sarkozy pour diriger cette activité à la Sécu... Pour faire la guerre aux arrêts de travail frauduleux, les employés ont reçu consigne de punir automatiquement et sévèrement (en réduisant puis en supprimant les indemnités journalières, IJ) les salariés n'ayant pas transmis leur arrêt de travail dans les 48 heures réglementaires, indique Daniel Edelin, circulaire officielle en main. « Cela sans savoir la situation de la personne, qui peut être clouée au lit, seule au monde. » Auparavant, il y avait « signalement à la commission d'action sociale » et, si besoin, enquête auprès de l'intéressé. « Il y a un durcissement total sur la question des IJ », qui « ne réglera pas la question du déficit de la Sécu », mais « va mettre des personnes en difficulté ; c'est quand même leurs ressources pour vivre qui sont en jeu. Elles vont devoir entrer dans de procédures de consultation assez longues ».

Pas question pour les syndicalistes de nier la nécessité de contrôles, mais « pas pour chercher a priori la fraude », pas « en considérant toute anomalie comme forcément une fraude ». Pas en reléguant à l'arrière-plan la mission de conseil médical, de prévention, après tant des assurés que des professionnels de santé. Aujourd'hui, résume Catherine Lemoine, sous l'effet de la réforme, « on modifie la finalité de la Sécu, on vide l'assurance maladie de son contenu social pour la confiner dans un rôle de gestion du risque au sens comptable, assurantiel, du terme ».

## **Il ya soixante ans, soufflait un vent d'invention sociale**

**Michel Étiévent, écrivain (\*)**

**L'Humanité 8 octobre 2005**

*Expression du programme du Conseil national de la Résistance, la Sécurité sociale vise à mettre fin aux angoisses des familles modestes face aux accidents de la vie. Un homme incarne cette volonté : le communiste Ambroise Croizat.*

« On a malheureusement tendance à l'oublier aujourd'hui, mais avant la Libération, nous vivions dans une véritable hantise de la maladie et, surtout, de l'opération. La majorité des gens n'avaient aucune assurance sociale. Et si l'hôpital survenait, c'était la catastrophe. Comment trouver l'argent pour payer l'intervention ? Mon frère avait dû se faire opérer d'une péritonite. Il a fallu vendre deux vaches, la moitié de notre cheptel. Nous avons dû vivre en tirant la ficelle pendant des années. » Ce témoignage en dit long sur l'état de la protection sociale avant-guerre. Pas de travail, pas de salaire. Autrement dit la misère ou au mieux les quêtes de charité ou les collectes de solidarité. « Il existait bien un système d'assurances sociales, mais il couvrait à peine un quart de la population française et ressemblait plus à une aumône pour nécessiteux. La moindre épidémie de grippe suffisait pour épuiser la caisse d'une mutuelle. Les gens ne se soignaient pas ou comptaient sur la chance de ne pas être affectés par une quelconque maladie », souligne Roger Petit, premier président de la caisse de Sécurité sociale de Savoie en 1946...

Cette terreur va s'effacer dans les couleurs de la Libération. Il souffle alors sur la France un vent d'invention sociale qui va marquer les annales de l'histoire. Fortement impulsés par les ministres communistes, leur Parti qui pèse 29 % des voix, une CGT à cinq millions d'adhérents, un peuple de France qui sort de l'épreuve grandi par sa résistance et le prix qu'il a payé pour la Libération, les premiers gouvernements de la France libérée engagent un vaste plan de réformes sociales qui vont donner au pays le goût de la dignité. C'est ainsi que naît la Sécurité sociale. « Le système le plus juste, le plus humain, basé sur une véritable solidarité nationale et garantissant enfin à tous une véritable protection sociale », disait Ambroise Croizat, ministre du Travail et futur bâtisseur de cette fabuleuse

## **Exception française**

Les racines de ce beau projet sont à rechercher dans le programme du Conseil national de la Résistance de 1944. Véritable charte des droits nouveaux née dans la nuit des maquis, elle s'affirme comme la volonté de rompre définitivement avec l'ancien monde et d'ouvrir le pays à l'innovation sociale. L'article 14 énonce ainsi de manière lumineuse les contours du nouveau système de protection sociale : « Nous, combattants de l'ombre, exigeons un plan complet de sécurité sociale visant à assurer à tous des moyens d'existence au cas où ils seraient incapables de se les procurer par le travail, avec gestion par les intéressés et l'État. » L'audace d'un peuple avide de justice, la France de 1789 revisitée par ceux qui ont lutté, souffert, espéré. Sur les pas du CNR, Ambroise Croizat, alors président de la commission du Travail de l'Assemblée consultative qui entoure le gouvernement provisoire d'Alger, prend la maîtrise d'oeuvre d'une équipe de résistants,

médecins, syndicalistes (à laquelle se joindra François Billoux, ministre de la Santé en septembre 1944) qui trace les contours de la future institution. Cette réflexion collective, mûrie dans les combats de la clandestinité, constituera les fondements de l'ordonnance du 4 octobre qui instaure désormais ce nouveau droit à la santé pour tous.

La charpente posée, il faut maintenant construire. Le chantier est énorme. Nommé ministre du Travail en novembre 1945, Ambroise Croizat et son équipe prennent la tête de ce vaste mouvement populaire qui va aboutir à la création de 138 caisses de Sécurité sociale. « Une seule chose doit nous guider, répétait Ambroise Croizat à chaque réunion de groupe de travail : mettre définitivement l'homme à l'abri du besoin. En finir avec les angoisses du lendemain, avec la souffrance, le rejet et l'exclusion. » « Tout cela s'est fait dans un enthousiasme indescriptible », poursuit un témoin de l'époque. « On construisait la Sécu comme un outil collectif qui allait nous appartenir ; les caisses elles-mêmes étaient bâties lors de nos congés ou hors du temps de travail. C'étaient parfois de simples baraques en planches, et c'est là que s'inventait tous les jours ce que le mode entier allait nous envier. » Unicité, universalité, solidarité, sont les maîtres mots du nouveau système. Il faut y ajouter surtout « démocratie » car, comme le clamait Croizat avec des mots d'une actualité brûlante : « Seule la gestion par les travailleurs de leur système social garantira le droit à la santé pour tous. »

Et il en faudra des batailles, des menaces de grève, des prises de paroles pour l'imposer. À l'Assemblée, la droite multiplie les chausse-trappes et les contre-projets. Sur le terrain, patrons et syndicats minoritaires rechignent et s'opposent, les assurances privées à qui le nouveau système enlève la gestion des accidents de travail pour le confier aux intéressés, redoublent de pressions. Mais fort d'un rapport de force puissant, épaulée par le peuple de France, l'invention fécondera avant que d'autres menaces attentent au système. Des ordonnances de 1967 au plan Juppé et aux multiples atteintes au droit à la santé, la Sécurité sociale va affronter toutes les tempêtes et la volonté de retour au « désert social » d'avant-guerre. « Jamais nous ne tolérerons qu'un seul des avantages de la Sécurité sociale ne soit rogné. Nous défendrons à en mourir et avec la dernière énergie cette loi humaine et de progrès. » Les mots d'Ambroise Croizat prononcés peu de temps avant sa mort nous incitent plus que jamais à prendre d'urgence le relais de la lutte pour faire de la Sécurité sociale non plus une coquille vide livrée au privé mais comme le répétait celui que l'on baptisa le « ministre des travailleurs », « un vrai lieu de solidarité, un rempart contre la souffrance et l'exclusion ».

(\*) Derniers livres parus : Ambroise Croizat ou l'invention sociale, 27 euros, et Fils d'usines, 44 euros, frais de port gratuit. Disponible chez : Michel Étievent, 73260 Petit-Coeur. Tél. : 04 79 22 54 69.

**Tel quel L'ordonnance du 4 octobre 1945**  
**Extraits de l'exposé des motifs (texte non paru au JO).**  
**L'Humanité 8 octobre 2005**

« Tous les pays du monde, dans l'élan de fraternité et de rapprochement des classes qui marque la fin de la guerre, s'efforcent d'instituer au profit des travailleurs et même parfois de l'ensemble de la population un système de Sécurité sociale. La France, dans la mesure de ses possibilités et compte tenu des conditions économiques et psychologiques qui lui sont propres, doit, elle aussi, élaborer un tel système [...]. La Sécurité sociale est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances, il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes. Trouvant sa justification dans un souci élémentaire de justice sociale, elle répond à la préoccupation de débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain, de cette incertitude constante qui crée chez eux un sentiment d'infériorité et qui est la base réelle et profonde de la distinction des classes entre les possédants sûrs d'eux-mêmes et de leur avenir et les travailleurs sur qui pèse, à tout moment, la menace de la misère [...]. Le but final à atteindre est la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité ; un tel résultat ne s'obtiendra qu'au prix de longues années d'efforts persévérants, mais ce qu'il est possible et nécessaire de faire aujourd'hui, c'est d'organiser le cadre dans lequel se réalisera progressivement ce plan [...]. »

**Le mouvement du 4 octobre dans les établissements de santé**  
**Hôpitaux : une première journée d'action et de mobilisation qui devrait en appeler d'autres**  
**Le Quotidien du Médecin du 04/10/2005**

*Les cinq confédérations de salariés (CGT, CFDT, FO, CFTC et CFE-CGC) appellent aujourd'hui à une journée d'action dans le secteur privé et dans toute la fonction publique, dont, évidemment, la fonction publique hospitalière. Les syndicats dénoncent notamment la précarité que renforce le « contrat nouvelle embauche ». Ils demandent l'augmentation générale des salaires et du pouvoir d'achat et l'amélioration de leurs conditions de travail. Déjà, un nouveau mouvement est annoncé pour le 20 octobre qui concernera exclusivement les établissements de santé et notamment les hôpitaux.*

CE MARDI 4 octobre s'inscrira probablement dans l'histoire des manifestations à la française conduites par les confédérations syndicales CFDT, CFE-CGC, CFTC, CGT, CGT-FO. L'ensemble des salariés du public et du privé, des petites aux grandes entreprises, les demandeurs d'emploi et les retraités sont appelés à une journée nationale d'action et de mobilisation, par des arrêts de travail, des rassemblements et des manifestations à Paris et dans les régions.

*« Cette mobilisation doit conduire à des négociations et à des réponses du gouvernement et du patronat, notamment pour le développement de l'emploi, contre la précarité que vient renforcer le contrat nouvelle embauche, l'amélioration du pouvoir d'achat des salaires, les droits collectifs et individuels des salariés »,* expliquent les signataires de l'appel. Une mobilisation qui devrait être forte à l'hôpital et dans les établissements de soins, si l'on en croit les récentes déclarations des syndicats de personnels.

La réunion présidée par Jean Castex, directeur de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos) au ministère de la Santé, qui a rassemblé, le 19 septembre dernier, les organisations syndicales de la fonction publique hospitalière, n'y a rien fait. Certes, tout le monde en convient, il y a ouverture de négociations entre les syndicats et la Dhos. Mais personne ne s'en contente. *« Depuis quelques années, nous n'avons cessé d'alerter sur la logique comptable adoptée en matière de politique de santé et de son financement »,* s'inquiète la Fédération de la santé et de l'action sociale (branche de la CGT) dans une lettre ouverte aux groupes parlementaires. *« Le manque chronique de moyens a conduit à une situation intolérable pour l'un des pays les plus riches du monde »,* poursuit le courrier, qui rappelle l'incapacité de la France à faire face à la canicule en 2003.

### **Les oubliés de la négociation**

*« Des groupes de travail ont été mis en place, reconnaît Yolande Briand, déléguée de la CFDT. « Cela fait deux ans que nous réclamions ce genre de travaux. Donc, nous nous en réjouissons. Maintenant, nous jugerons aux actes ».* Les négociations ont été ouvertes, admettent les syndicats, sauf sur trois grands axes.

Les grévistes manifesteront aujourd'hui pour défendre les trois volets oubliés des négociations : l'augmentation générale des salaires et du pouvoir d'achat, l'emploi et l'amélioration des conditions de travail. *« Les réformes conduites depuis cinq ou six ans se sont traduites par une intensification du travail qui pèse aujourd'hui sur les salariés »,* estime Yolande Briand. *« La RTT s'est traduite par un isolement du salarié. On a perdu au fil du temps les lieux de parole où pouvaient s'exprimer des propositions sur l'organisation du travail. Nous souhaitons que, très vite, soient relancés les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail ».*

La CFDT réclame un bilan « sérieux » de mise en place de la RTT. La CGT, quant à elle, demande un moratoire sur les « restructurations en l'absence d'un débat public » et la mise en place d'une « opération vérité » sur les budgets des hôpitaux en accord avec leurs missions de santé publique et les besoins de santé. La CGT concentre son action sur le mode de financement des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Elle demande pour 2005 non seulement le déblocage d'une enveloppe exceptionnelle qui devrait *« permettre la remise à zéro des comptes de tous les établissements pour répartir sur de bonnes bases pour 2006 »,* avec en prime une loi modificative de la Sécurité sociale dans le cadre de laquelle pourrait s'inscrire... la suppression de la T2A (tarification à l'activité), rien de moins. *« La T2A permet de quantifier la réalité mais pas de financer sur de justes besoins »,* déplore Philippe Crepel, secrétaire de la Fédération Santé (CGT) sur les questions revendicatives. *« Les établissements voient leur activité augmenter mais pas les moyens. »* La part Migac non quantifiable (missions d'intérêt général et les aides à la contractualisation dans le cadre de la tarification à l'activité) est, elle aussi, dans le collimateur. *« On n'a pas encore compris les critères de répartition interrégionales. »*

### **Emplois menacés dans le public et le privé**

La Fédération Santé CGT fait ses calculs : *« Aujourd'hui, la TVA qui s'applique sur les couches des maisons de retraite est plus importante que celle sur le chocolat. La somme globale des TVA perçue par l'hôpital représente 1,5 milliard d'euros. Si cette somme pouvait être réinjectée dans l'hôpital... ».* Les responsables syndicaux proposent dans la foulée la suppression de la TVA à l'hôpital.

Tandis que SUD évalue à 25 000 (15 000 dans les hôpitaux publics et 10 000 dans les établissements privés à but non lucratif) le nombre d'emplois « menacés à court terme », chacune des organisations grévistes se plaint de la part hospitalière de l'Ondam (Objectif national de dépenses d'assurance-maladie), qui est loin selon les syndicats d'être assez élevé. *« Ces 3,44 % annoncés pour 2006 ne peuvent que nous encourager à nous mobiliser le 20 octobre »,* menace Philippe Crepel. Les syndicats, en effet, ne veulent pas se contenter de la journée du 4 octobre pour lancer leurs revendications. Ils ont décidé d'organiser une journée d'action spécifique aux établissements de soins le 20 octobre.

**« Après le boulot... la manche ? »**

« A chaque jour suffit sa peine, confirme Jean-Marie Bellot, délégué FO. On verra comment ça se passe aujourd'hui mais nous nous tenons prêts pour la journée du 20 octobre. Il faut faire comprendre au gouvernement qu'il y a une foule de problèmes à l'hôpital et qu'il faut ouvrir les discussions sur l'emploi et les salaires. Il faut que des emplois soient créés dans les hôpitaux. Regardez la création de ces contrats nouvelle embauche (CNE) : 2 500 emplois d'ici au 31 décembre dans le secteur public avec 600 euros par mois. Et après le boulot, ils font comment, ces gens, pour vivre ? La manche ? »

Pour la CGT, cette grève a pour but de mettre la pression sur le gouvernement mais aussi d'informer la population. « On se rend compte que quand la population se saisit des sujets et que le débat est ouvert sur des activités qui seront supprimées ou bien de moindre qualité, elle s'y intéresse et voit que tout n'est pas tout beau, tout neuf ». De son côté, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (Aphp) s'organise et met en place le dispositif habituel de service minimum. Elle ne pouvait cependant, en fin de semaine dernière, avancer le taux de participation et d'assignation de son personnel pour l'action d'aujourd'hui. Mais il semble évident qu'elle considère cette journée du 4 octobre comme une répétition avant celle du 20 octobre prochain.

\* Groupe de travail sur l'emploi, la formation et la démographie le 7 octobre, sur les conditions de travail le 10 et sur le dialogue social le 18.

### **La Haute Autorité de santé définit ses priorités pour 2006 Le Quotidien du Médecin du 04/10/2005**

« LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS) est en ordre de marche et la philosophie de son action est définie. » Le Pr Laurent Degos, président de cette nouvelle institution, a dressé un bilan des premiers mois d'activité de l'autorité publique indépendante créée par la réforme de l'assurance-maladie de 2004. Tout d'abord, la HAS a intégré avec succès les activités et personnels des structures existantes, dont l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). Le président de la HAS s'est félicité du lancement réussi au 1er juillet de l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins, l'une des principales missions de l'institution.

Alain Coulomb, directeur de la HAS, a exposé le travail accompli dans ce domaine : « Dix-huit référentiels ont été publiés pour donner une base à l'EPP, 216 médecins habilités ont été formés et plus de 700 000 documents, diffusés par la HAS auprès des professionnels de santé depuis le 1er janvier. » La HAS a, par ailleurs, organisé de nombreuses journées régionales d'information auprès des professionnels de santé et expérimenté un programme d'audits cliniques mené par 700 équipes hospitalières. Dans le domaine de l'évaluation des médicaments, l'institution a rendu des centaines d'avis consultatifs. Concernant les recommandations, rendues le 15 septembre par la HAS, de supprimer de la liste des produits remboursables par la Sécurité sociale 221 médicaments au service médical rendu (SMR) jugé insuffisant, le Pr Laurent Degos a tenu à apporter un commentaire : « Nous pensons que ces médicaments ne doivent pas être remboursés. Ils n'ont plus la même place par rapport à d'autres médicaments de progrès. Le progrès médical nous fait changer notre vision des produits, des pratiques professionnelles et des maladies elles-mêmes, nous ne devons pas nous accrocher à de vieilles habitudes. »

Le Pr Degos insiste sur la nécessité d'une évaluation continue des stratégies de prise en charge et sur la vocation de la HAS à devenir un régulateur de l'amélioration de la qualité des soins, en fixant règles du jeu et cahiers des charges, que ce soit pour l'EPP, pour la visite médicale ou pour l'agrément des logiciels d'aide à la prescription.

Le président de la Haute Autorité a, par ailleurs, mis l'accent sur la volonté de la HAS de communiquer le contenu de ses travaux à « l'ensemble de la population et non pas à une certaine élite ». Il a également évoqué son ambition de bâtir une stratégie d'influence en Europe dans le domaine de l'évaluation et de la qualité en santé en se rapprochant de ses homologues anglais du Nice et allemands de l'Iqwig (1).

(1) Nice : National Institute for Health and Clinical Excellence.

Iqwig : l'Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Institut pour la qualité et la rentabilité dans la santé publique).

### **Les économies prévues par le Plfss La franchise manque de sincérité Le Quotidien du Médecin du 04/10/2005**

Le projet du gouvernement de mettre à la charge du patient une franchise de 18 euros quand l'acte médical coûte plus de 91 euros s'ajoute à l'euro de franchise sur tout acte médical et aux 15 euros non remboursés par journée d'hôpital.

S'AGIT-IL D'UN CHANGEMENT de philosophie ? Pas vraiment, dans la mesure où diverses mesures précédentes ou concomitantes, comme les déremboursements de médicaments, participent de la même stratégie : réduire la masse des remboursements. Laquelle est en fait attaquée par les deux bouts : au niveau de la prescription et au niveau de la facture finale.

Toutefois, comme l'idée que la santé ne doit pas coûter un centime demeure fortement ancrée dans les esprits, le gouvernement se tourne, une fois encore, vers les assurances complémentaires. Lesquelles s'empressent d'annoncer qu'elles seront obligées d'augmenter les cotisations. Tout, dans les faits, revient au même : que le patient paie de sa poche ou par cotisation interposée, de toute façon, c'est lui et lui seul qui doit assumer une partie du prix de sa santé.

### **Un système microscopique**

Ce n'est nullement illogique dans un monde où toutes les assurances comportent une franchise. Il n'en est pas moins vrai que, d'une part, les franchises cumulées déjà mises en œuvre ont produit des économies insuffisantes par rapport au déficit ; et que, d'autre part, le système de franchise à l'acte est absurde et injuste : il est en effet aussi universel que souhaite l'être le système de soins, de sorte qu'il s'exerce aveuglément sur ceux qui ont les moyens et ceux qui ne les ont pas. Et il diffère de la franchise assurantielle en ce sens qu'il est microscopique (acte après acte) au lieu d'être établi une seule fois pour les dépenses de l'année dans leur ensemble. En d'autres termes, le gouvernement serait plus avisé de regrouper toutes les franchises en une seule, qui serait applicable à chaque foyer et pour l'année. Par exemple, ne seraient pas remboursés les 200 premiers euros dépensés dans l'année (ou plus ou moins).

Il faudrait impérativement tenir compte des revenus des ménages et dispenser de la franchise tous ceux qui se situent au-dessous d'un seuil à établir. Ensuite, une famille peut contracter une assurance privée ou cotiser à une complémentaire. Beaucoup de ménages considéreront que leur sécurité matérielle n'est pas menacée s'ils consacrent, de leur poche, 200 euros ou même plus chaque année à leur santé.

**IL VAUT MIEUX CRÉER UNE FRANCHISE UNIQUE POUR LES REVENUS QUI DÉPASSENT UN SEUIL À ÉTABLIR**

### **Colère syndicale**

On sait que le sujet est explosif et on a bien vu que la franchise de 18 euros que le ministère de la Santé a fait inscrire dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale sans l'annoncer mardi dernier a été accueillie par les cris de colère des syndicats. Ils n'ont pas tort en l'occurrence : le cumul des franchises va poser, pose déjà, un problème à tous ceux qui n'ont pas les moyens de se payer une assurance complémentaire. Cette injustice est commise délibérément parce que personne en France ne veut admettre que l'assurance-maladie est une assurance comme les autres et qu'il n'y a aucune raison de payer cher celle d'une Mercedes et d'en refuser le prix pour la maladie. En revanche, ne demandons pas à celui qui ne peut s'offrir une voiture, fût-elle modeste, d'assumer le coût imprévisible des soins. Nous l'avons souvent écrit, nous le répétons : tous les Français doivent être égaux devant la mort et les soins les plus sophistiqués doivent être prodigués aux plus démunis ; en revanche, il n'y a aucune raison que la collectivité prenne en charge la bobologie (parfois les caprices) des foyers à revenus élevés. La franchise pour tous, c'est, en l'occurrence, taxer tout le monde de 18 euros, ceux qui gagnent le Smic, comme les cadres supérieurs ou les chefs d'entreprise. Ce n'est pas équitable.

### **L'essence ou la santé**

Si le gouvernement refuse de changer de philosophie, c'est, en principe, pour des raisons politiques. Pourtant, sa franchise à 18 euros sur les actes lourds a été très mal accueillie. Il tente désespérément de réduire les dépenses de santé et en même temps de ne pas alarmer les foules, toujours promptes à se fâcher. Mais on ne fait pas une politique macroéconomique dans le secret. Tout se sait. Dès lors, pourquoi ne pas avouer franchement que le déficit de l'assurance-maladie doit impérativement être raboté ? Pourquoi ne pas annoncer aux Français les plus aisés (disposant par exemple de plus de 30 000 euros net par an) qu'on va dérembourser leurs dépenses dans une limite qui ne les empêchera ni de payer leur essence ni de partir en vacances ? Et d'ailleurs pourquoi les Français devraient-ils accepter que le prix des carburants augmente de 50 % en un an mais refuser de payer 200 ou 300 euros pour leur assurance-maladie ?

### **Urgences**

#### **Le Dr Pelloux s'en prend au gouvernement**

**Le Quotidien du Médecin du 05/10/2005**

Les médecins urgentistes « sont très mécontents de l'attitude du gouvernement concernant la situation dans les hôpitaux et les urgences », explique l'Association des médecins urgentistes de France, présidée par le Dr Patrick Pelloux, qui dénonce « une situation financière catastrophique, avec des hôpitaux en déficit comptable ». L'Ondam annoncé pour 2006 à 3,4 %, poursuit-il, est très en dessous du minimum fixé par la Fédération hospitalière de France pour résorber les reports de charges et assurer le fonctionnement courant sans réduction de l'offre de soins ».

S'agissant de la T2A, le Dr Pelloux s'insurge contre « un système uniquement concurrentiel où le service public sera réduit à une peau de chagrin. Les pôles sont une réforme "jouet", globalement inopérante. Nous sommes inquiets de voir le nombre d'infirmières qui quittent l'hôpital et abandonnent leur métier ». Pour le président de l'Amuhf, le gouvernement poursuit « sa politique de démantèlement du service public hospitalier, malgré le rejet de sa politique par la majorité des professionnels ».

« Nous ne sommes ni contre les libéraux ni contre les généralistes, explique encore le Dr Patrick Pelloux, mais nous demandons une organisation sanitaire définissant clairement les missions de chacun, sachant que l'hôpital n'a ni les moyens ni la vocation de gérer l'ensemble du dispositif de soins. »

**Le 60e anniversaire de la Sécurité sociale  
Inquiétudes sur l'avenir et le financement de l'assurance-maladie  
Le Quotidien du Médecin du 05/10/2005**

Ambiance morose au colloque national du 60e anniversaire de la Sécurité sociale, organisé à Paris par le ministère de la Santé, en prélude à une série de manifestations sur le même thème dans toute la France jusqu'en décembre. L'occasion pour les partenaires sociaux d'affirmer l'urgence d'un grand débat sur le financement du système de protection sociale.

LES ordonnances fondatrices des 4 et 19 octobre 1945 justifiaient la création d'un système de protection sociale par la nécessité de « débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain ». Paradoxe : les incertitudes sur l'avenir de la Sécurité sociale qui ont pris le dessus lors des interventions de nombreux politiques, hauts fonctionnaires, et représentants des partenaires sociaux. La transmission de ce patrimoine national aux générations futures exigera « des efforts individuels » et « la décennie à venir sera décisive », a averti Simone Veil, ex-ministre des Affaires sociales.

La Sécurité sociale, a renchéri le président de la Cour des comptes, doit s'adapter aux nouvelles contraintes. « Chacun, assuré, patient, retraité, professionnel de santé, ne peut plus espérer en tirer un bénéfice personnel maximal au détriment de la collectivité tout entière », a poursuivi Philippe Séguin.

Les représentants des partenaires sociaux, qui jouent un moindre rôle dans la gestion des caisses d'assurance-maladie depuis la réforme de 2004, ne se sont pas privés de souligner les insuffisances du plan Douste-Blazy. Pour Gaby Bonnand de la CFDT, « il faut faire évoluer le système conventionnel dans l'assurance-maladie, pour que la Sécurité sociale ne soit pas la somme d'intérêts particuliers. Quand on est à EDF ou dans la Défense nationale, on ne demande pas aux syndicats de définir la politique à mener. Or, à la santé, on estime que c'est aux syndicats catégoriels des professionnels de santé d'organiser le système de soins » (à travers la convention). Ce responsable Cfdt considère en outre que le dispositif du médecin traitant manque de contenu, si bien qu'il est « vécu par les patients comme un système de sanctions » auquel on adhère pour ne pas payer plus cher.

« Voter une réforme n'est pas tout », a déclaré Jean-François Veysset, de la CGPME. Aujourd'hui, selon lui, « la priorité passe par une mise en œuvre plus rapide de l'ensemble des éléments de la réforme », à savoir le dispositif du médecin traitant mais aussi la carte Vitale 2 et le dossier médical personnel.

Daniel Prada, de la CGT, a des doutes pour sa part sur la pérennité du principe de l'accès aux soins pour tous à l'heure où « un débat est lancé sur la responsabilité personnelle et le reste à charge ».

Pour le président de la Cftc, Jacques Voisin, les efforts demandés « pèsent essentiellement sur les assurés sociaux ». Le forfait de 1 euro par acte, le forfait hospitalier de 15 euros, le déremboursement des médicaments au SMR insuffisant et, enfin, la franchise de 18 euros pour les actes en K 50 sont autant de mesures qui obligent les assurés sociaux à mettre la main à la poche, selon Jacques Voisin, et ne font que souligner le problème actuel du financement de la Sécurité sociale. C'est pourquoi le président de la Cftc suggère l'instauration d'un « vrai conseil afin de réfléchir ensemble aux questions de financement ». Il y a quelques jours, la CGT avait demandé de son côté l'organisation d'une table ronde sur la réforme du financement de la Sécurité sociale.

Daniel Prada plaide pour un financement « accroché au travail », comme aujourd'hui, mais avec « une modulation des cotisations en fonction des entreprises qui créent de l'emploi ». Le secrétaire général de la PFE-CGT, Jean-Louis Walter, propose de déplacer une partie des cotisations maladie des employeurs sur une autre assiette que les salaires : la consommation.

A la Cfdt, Gaby Bonnand souhaite que seuls les risques liés au contrat de travail restent financés par les cotisations. Jean-René Buisson, du Medef, a indiqué que « c'est à l'Etat de définir les niveaux de redistribution »

et que son organisation patronale préfère l'impôt aux cotisations qui sont un frein à l'emploi. « *Il faut avoir le courage aujourd'hui de mettre à plat le financement de la Sécurité sociale* », a ajouté Jean-Claude Mallet, de FO, sans omettre la question des exonérations de cotisations qui représentent « *9 milliards d'euros de créance de l'Etat* ».

### **La prudence du ministre**

A peine perturbé par l'irruption de deux manifestants d'Act-Up vite maîtrisés, Xavier Bertrand a conclu les débats en affirmant qu'« *en matière de protection sociale il n'y a pas de réforme cardinale* ». Le ministre de la Santé et des Solidarités propose donc de donner un nouvel élan à la Sécurité sociale afin de « *répondre aux besoins sociaux insatisfaits encore trop nombreux* », telle la dépendance ou les pathologies lourdes.

Quant aux « *sujets qui peuvent faire débat* », ils sont « *la preuve que la Sécurité sociale est un enjeu vivant* ». Une façon de botter en touche alors que fusent les critiques autour d'une privatisation rampante de l'assurance-maladie à l'occasion du Plfss 2006.

### **Défense des services chirurgicaux**

#### **La lutte s'organise contre les restructurations**

**Le Quotidien du Médecin du 05/10/2005**

La récente publication d'un rapport sur la chirurgie, qui préconise une réorganisation en profondeur des plateaux techniques, inquiète les habitants des zones rurales et périurbaines. La Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité monte au créneau.

APRES les maternités, dont l'existence est menacée lorsqu'elles réalisent moins de 300 accouchements par an, c'est au tour des plateaux techniques d'être contraints de dépasser un seuil minimal d'activité : en dessous de 2 000 interventions par an, les auteurs d'un récent rapport sur la chirurgie préconisent la fermeture de la structure - de 150 à 200 services chirurgicaux seraient concernés dans les hôpitaux généraux (« *le Quotidien* » du 13 septembre).

Cette annonce scandalise les membres de la Coordination des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité. Cette organisation, créée il y a quelques mois, regroupe une soixantaine de structures - comités locaux, associations, syndicats -, toutes animées par la même volonté : la lutte pour une organisation du système de santé différente, en lien direct avec les besoins des usagers. Et en décalage total avec les conclusions du rapport sur la chirurgie. « *Cette vision est le fruit de faiseurs de normes très urbains, elle ne repose sur rien* », s'empare Alain Fauconnier, à la fois président de la coordination et maire (PS) de Saint-Affrique, dans l'Aveyron.

### **Une manif à Paris, une réunion dans l'Orne**

Le combat de la coordination, jusqu'à présent centré sur la défense des maternités de proximité - comme celle de Saint-Affrique, justement -, s'étend désormais aux plateaux techniques. Samedi, le bureau national s'est réuni en région parisienne pour définir une stratégie de lutte. « *Le rapport sur la chirurgie est scandaleux, tempête Alain Fauconnier. On nous dit : quand c'est petit, c'est cher et dangereux. C'est méprisant pour le personnel de ces structures. Il faut aussi qu'on me dise comment le ratio de 2 000 actes est calculé : ça n'a aucun sens.* »

Le maire de Saint-Affrique a constaté lors de la réunion que le milieu rural n'est pas seul concerné par ces préoccupations. « *En milieu périurbain, la mécanique est identique : les fusions aboutissent systématiquement à la fermeture du plus petit* », raconte l'élu.

S'agissant des petites unités de chirurgie, le rapport remis au ministre de la Santé ne parle pas de fermer l'établissement hospitalier dans son ensemble. Pure hypocrisie, dénonce le maire : « *On sait très bien que, dès l'instant où on touche à la chirurgie, on disloque la structure.* »

Xavier Bertrand, interpellé par l'Association des petites villes de France, a répondu que ce rapport ne l'engageait en rien. Un propos qui ne rassure pas la coordination : « *Les ministres maintiennent les petites structures, mais ils envoient au feu des personnes qui les discréditent, note Alain Fauconnier. A TF1, on dit que les petits hôpitaux sont dangereux : les gens ont peur. Mais personne ne précise que ces structures n'ont pas vocation à faire un double pontage. En revanche, 70 % des actes en chirurgie viscérale peuvent être faits en toute sécurité dans les hôpitaux dits de proximité. Ce qu'il faut, c'est centrer le débat sur la graduation des actes.* »

Pour se faire entendre, la Coordination des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité participera le 19 octobre à une manifestation sur Paris contre les restructurations. Et les 20 et 21, elle

organisera une assemblée générale à la Ferté-Macé (Orne), afin de mettre en place une action nationale en réaction au contenu du rapport sur la chirurgie.

### **L'accréditation des établissements de soins**

**Alain Coulomb (HAS) : récompenser les meilleurs**

**Le Quotidien du Médecin du 05/10/2005**

Lors du Forum médical de la Générale de Santé, ce week-end à Avignon, Alain Coulomb, directeur de la Haute Autorité de santé (HAS), a dressé un bilan positif de l'accréditation des établissements de soins. Vingt-deux pour cent des cliniques visitées ont été accréditées. La démarche qualité est désormais entrée dans les mœurs, mais, dit-il, elle doit être pérennisée.

#### **DE NOTRE ENVOYÉE SPECIALE**

DANS LES MURS de la religieuse salle du Conclave du palais des Papes, à Avignon, le directeur de la Haute Autorité de santé, Alain Coulomb, a répété tout le bien qu'il pense de la politique d'accréditation, et en particulier de sa nouvelle version, en vigueur depuis janvier.

Les présidents de CME (commission médicale d'établissement), de Clin (Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales), hémovigilants et Clud (Comité de lutte contre la douleur) et les directeurs des établissements de la Générale de Santé réunis pour ce 4<sup>e</sup> Forum médical, ont pu apprécier l'optimisme d'Alain Coulomb.

Sur les 2 500 établissements qui ont été évalués en version 1 (de 1999 à 2005), 12 % n'ont reçu ni « réserves » ni « recommandations ». Vingt-deux pour cent des cliniques visitées ont été accréditées. « Les établissements sont de plus en plus convaincus, je crois, qu'il ne s'agit pas d'une démarche externe arrogante, mais bien du point de vue que donnent des professionnels sur d'autres professionnels, visant à instaurer une dynamique et non un palmarès ».

#### **Une qualité collective qui s'institutionnalise**

La démarche qualité semble entrée désormais dans les mœurs, se réjouit donc Alain Coulomb. « La qualité s'institutionnalise, ce qui n'était pas évident au sens collectif, contrairement à la qualité individuelle, qui, elle, fait historiquement partie de l'éthique. » Mais la « règle » doit être améliorée. D'abord, en « réconciliant qualité et plaisir ». « Les médecins ont longtemps méprisé cette démarche chronophage qui leur prend et du temps, et la tête. On n'est pas sourd, on l'a bien entendu. C'est là-dessus que nous devons travailler ».

Ensuite en intégrant davantage la pratique médicale dans les critères d'évaluation. « Nous nous sommes rendu compte que les patients ne viennent pas dans nos cliniques pour y manger ou y dormir », ironise-t-il. « Nos usagers n'attendent pas seulement que nous courions mais que nous ayons des résultats. Il faut pouvoir mesurer l'amélioration des résultats ».

Là dessus, son discours rejoint celui du Dr Ken Danis, président de la FHP (Fédération de l'hospitalisation privée), pour qui « transparence signifie publication des résultats », au regard des systèmes en application dans certains de nos pays voisins. C'est pourquoi l'accréditation nouvelle version repose aussi sur une meilleure prise en compte du service médical rendu.

Le barème de l'accréditation version 2 s'est par ailleurs doté d'une nouvelle notation : la « non-accréditation », visant à sanctionner les établissements « qui se moquent des usagers », insiste Alain Coulomb. « Symboliquement, c'est fort. Il est de bon ton de gausser sur le corporatisme des médecins. Eh bien, j'ai été étonné de la quasi-unanimité d'entre eux à recevoir positivement cette nouvelle mesure. Bien sûr, il ne nous appartient pas de fermer l'établissement mais au moins aurons-nous informé la population. Au maire, ensuite, de prendre ses responsabilités. »

Les usagers ont eux aussi été invités à participer à la fois à la création du référentiel et à la visite même.

Pourquoi évaluer ? La « non-qualité » a un coût, répond le directeur de la HAS. Pour faire de la qualité, il faut plus de moyens ? Faux, affirme-t-il. « On "fait de la qualité" par besoin, envie ou passion. Le problème, c'est qu'il s'agit d'un choix politique fondamental. Il faut voir si nous optons pour une conception compassionnelle ou une conception promotionnelle de l'économie. Autrement dit, s'il faut aider les plus moyens ou bien encourager les meilleurs. D'expérience, chaque fois que l'on met de l'argent dans un truc pourri, on sait que ce sera de l'argent perdu. » Prédicatifs, robustes, fiables et praticables : voilà ce que l'on demande aux indicateurs. « La chasse est ouverte », lance Alain Coulomb, en précisant qu'une grande recherche internationale se penche sur la question.

En marge de l'évolution tarifaire, assure-t-il, il faut développer des moyens d'inciter à la pérennité de ces démarches. « La démarche qualité n'est pas une photo, mais plutôt un film ». Et c'est elle qui induit la bonne allocation des ressources : aux meilleurs d'abord, « voire uniquement aux meilleurs ».

**Financement des maisons médicales de garde**  
**La clarification s'impose**  
**Le Quotidien du Médecin du 05/10/2005**

Visibilité réduite en matière de financement, subventions désormais conditionnées à l'application stricte des dispositifs réglementaires et conventionnels, quels que soient les accords précédemment conclus, les sujets d'inquiétude ne manquent pas pour les maisons médicales de garde, dont les responsables demandent une clarification des règles du jeu.

LE PROJET de loi de financement de la Sécurité sociale (Plfss) pour 2006, qui sera déposé devant le conseil des ministres le 12 octobre et discuté dans les prochaines semaines par les députés et les sénateurs, prévoit des dispositions relatives au Faqsv (Fonds d'aide à la qualité des soins de ville). Depuis plusieurs années, ce fonds distribue notamment des aides aux expérimentations de maisons médicales de garde (MMG), des aides qui ont le seul défaut de ne pas être pérennes et de laisser les MMG qui en bénéficient dans l'expectative quant à leur avenir. Le Plfss 2006 prévoit à cet effet que le Faqsv, provisoire à sa création en 1999, soit pérennisé. Et que son rôle dans le financement des structures participant à la permanence des soins, comme les maisons médicales de garde, devienne explicite. La dotation du fonds est fixée à 110 millions d'euros en 2006, avec un plafond de dépenses de 150 millions.

Cet aspect du Plfss, qui devrait réjouir les médecins libéraux impliqués dans la permanence des soins et les MMG, ne semble pourtant pas régler tous leurs problèmes, ni répondre à toutes leurs interrogations.

**Inquiétudes**

Le Dr Simon Filippi, directeur de la MMG de Gap et président de la Fédération des maisons médicales de garde (Fmmg), qui tiendra son congrès annuel les 4 et 5 novembre prochains au palais des Congrès de Lyon, n'est pas rassuré quant à l'avenir de ces maisons médicales.

Pour lui, « aucune MMG ne dispose de visibilité en matière financière pour 2006, et nous sommes inquiets des conditions que l'on va nous imposer pour les maintenir. A Gap, notre financement Faqsv s'est arrêté à la fin septembre. Nous avons obtenu une prolongation jusqu'à la fin décembre, mais, pour 2006, c'est le flou total ».

Plusieurs points justifient l'inquiétude du Dr Filippi. Tout d'abord, au cours d'une de ses dernières réunions au mois d'avril dernier, le Faqsv a estimé que les expérimentations en matière de MMG étaient inégales, selon les régions. Et il a constaté que peu d'actes y étaient réalisés le soir, ce qui est une tendance générale quand la PDS est régulée. De plus, selon le Dr Filippi, le Faqsv conditionne désormais le financement des MMG à l'existence d'une régulation préalable. « Plus on régule, moins on fait d'actes, ajoute le Dr Filippi, si bien que le Faqsv finira par se demander pourquoi financer des structures qui réalisent aussi peu d'actes. De plus, on se rend compte aujourd'hui que le pivot de la PDS n'est plus le médecin effecteur, mais le médecin régulateur. Il s'agit donc d'une remise en cause de la philosophie générale de la PDS. »

« On pourrait imaginer, poursuit-il, une PDS basée sur une régulation très pointue, et avec quelques médecins effecteurs attendant chez eux un appel du centre 15 dans les secteurs où il n'y a pas d'hôpitaux à proximité. Il faut qu'on nous dise si, à l'avenir, la PDS ne sera pas tout simplement la régulation. Une clarification des politiques et des caisses s'impose. »

Malgré cela, le président de la Fmmg reconnaît que toutes les MMG qui se sont trouvées en fin de financement par le Faqsv ont été pour l'instant prolongées.

**Une lettre à Dominique de Villepin**

Mais à quel prix, parfois. A Clamart, la MMG du Dr Hamon fait face à une crise de croissance qui pourrait lui être fatale. Le Faqsv Ile-de-France lui a déjà annoncé qu'il ne renouvelerait pas la totalité de sa dotation pour frais de fonctionnement, qui s'élève à 192 000 euros par an. Quant à l'accord local (conclu avant la signature de l'avenant n° 4 sur le financement de la PDS, qui « empêche désormais », selon le Dr Hamon, ces accords locaux), qui liait le Faqsv à la MMG de Clamart sur le paiement des astreintes, il allait plus loin que les 150 euros par tranche de 12 heures prévues par l'avenant n° 4. Selon le Dr Hamon, qui sera fixé sur ce point dès demain, il est peu probable qu'il soit reconduit. Si bien que, entre une diminution de son budget de fonctionnement et une diminution de son budget d'astreintes, le Dr Hamon envisage sérieusement de mettre la clé sous le paillason.

Quant à l'association pour la promotion des maisons médicales de garde libérale de Lyon (Apmmg ll), elle vient d'envoyer une lettre au Premier ministre, Dominique de Villepin. Elle l'informe d'un courrier dans lequel l'union régionale des caisses d'assurance-maladie (Urcam) l'enjoint de respecter les horaires réglementaires de la PDS (20 heures-8 heures, du lundi au samedi, 8 heures-20 heures, les dimanches et jours fériés), « dont le respect est une condition sine qua non de l'attribution du budget de fonctionnement des MMG pour 2006 ».

Or, note l'association, « le samedi après-midi constitue le pic de la demande de soins » en matière de PDS. « Ainsi, poursuit l'association, nous serions contraints de procéder à la fermeture de nos quatre MMG le samedi après-midi sous peine que notre budget 2006 soit remis en cause, à l'heure où notre action permettait de réduire enfin l'embouteillage des services d'urgences des hôpitaux. » Une situation pour le moins curieuse qui fait dire au Dr Filippi qu'« avec ce problème du samedi après-midi on se demande ce que les caisses ont derrière la tête ».

La prochaine réunion du Faqsv national aura lieu le 22 novembre prochain. Les médecins impliqués dans la PDS et les MMG en espèrent une « nécessaire clarification ».

**Le déficit de la France en équipements médicaux**  
**Examens d'IRM : toujours un parcours du combattant**  
**Le Quotidien du Médecin du 05/10/2005**

Depuis plusieurs années, l'Association Imagerie Santé Avenir, (ISA) qui regroupe des professionnels de l'imagerie médicale, attire l'attention des pouvoirs publics sur la situation alarmante créée par le déficit d'appareils d'IRM installés en France par rapport aux besoins. Le problème est loin d'être réglé.

POUR LA troisième année consécutive, l'association Imagerie santé avenir (ISA) a entrepris d'évaluer le parcours des patients et de mesurer les délais auxquels ils sont confrontés pour obtenir un rendez-vous d'IRM.

La méthodologie de l'enquête 2005 présente deux particularités par rapports aux années précédentes :

- l'étude a été conduite auprès de 332 structures disposant au moins d'une IRM et pas uniquement auprès des structures correspondant à l'échantillon 2003-2004 ;
- elle repose sur la simulation de deux cas cliniques correspondant à deux types de situations : une situation relativement urgente (demande d'IRM pour suspicion de métastases chez une malade atteinte d'un cancer colo-rectal) ; une situation répondant à un degré d'urgence moins important (contrôle à distance d'un traitement anti-cancéreux a priori efficace).

Même si les efforts en termes d'équipements du territoire sont réels puisque le parc d'équipements IRM installés est passé de 240 à 365 entre mars 2003 et mars 2005, les objectifs nationaux formulés dans le cadre du plan cancer 2002 qui renaient, parmi les critères de qualité de soins, un délai moyen de 15 jours pour obtenir un rendez-vous d'IRM, sont loin d'être atteints.

En termes d'équipements, l'objectif pour 2005 était d'atteindre un parc de 500 appareils installés ; 458 équipements ont reçu une autorisation et en mars 2005 il y avait 365 appareils installés. Il faut noter que le délai moyen entre l'autorisation et l'installation (accès du patient à l'examen) est de 18 mois.

Comparée aux autres pays européens, la France, avec 4,67 équipements d'IRM par million d'habitants se situe loin derrière l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie, la Belgique et le Royaume-Uni.

**Inégalités régionales flagrantes**

Le délai moyen d'attente de 29,3 jours, deux fois l'objectif du plan Cancer (15 jours).

Mais surtout, il varie considérablement d'une région à l'autre, créant des inégalités flagrantes d'accès aux soins. La variation oscille entre 16 jours en moyenne dans la région Centre à presque 55 jours en Lorraine pour les sites qui ont accordé un rendez-vous.

En prenant en compte les estimations communiquées par les centres qui ont refusé de donner des rendez-vous directement aux patientes, en Picardie, Lorraine et Corse par exemple, le délai moyen dépasse les 50 jours, contre 22 jours en Ile-de-France et 25 jours en Rhône-Alpes.

« Cette situation inégalitaire n'est pas justifiée et doit être corrigée au plus vite », souligne le Pr Philippe Grenier, secrétaire général adjoint de la Société française de radiologie, chef de service à l'hôpital de la

Pitié-Salpêtrière, à Paris. Il précise que la réduction des délais d'attente ces dernières années est surtout le fait du secteur privé, ce qui introduit un autre facteur d'inégalité entre les patients.

Il apparaît ainsi qu'en dépit des efforts réalisés ces dernières années le nombre d'équipements IRM reste insuffisant. On constate un ralentissement important de l'impact des nouvelles installations sur la réduction des délais d'attente.

Ce phénomène tient à l'augmentation des besoins en matière d'examens IRM (+ 10 % par an) et à l'émergence de bonnes pratiques.

A titre d'exemple, pour 50 IRM supplémentaires installées, il y a eu un gain de 12 jours entre 2003 et 2004 et un gain de 5,2 jours entre 2004 et 2005.

Pour le Dr Daniel Serin (oncologue, institut Sainte-Catherine, à Avignon), l'objectif de 15 jours, pourtant bien éloigné encore de l'idéal, n'est pas près d'être atteint.

« Les délais observés en 2005, insite-t-il, restent très en dessous des objectifs fixés par le plan Cancer et, à ce rythme, on voit mal comment les autorisations actuellement accordées pourront, dans l'avenir, combler le retard. Une nouvelle impulsion doit donc être donnée rapidement pour faciliter l'équipement en IRM si l'on ne veut pas que s'aggrave la situation actuelle et si l'on veut éviter les risques potentiels encourus par les patients. »