

revue de presse ONALA septembre 2004

La présentation du Plfss 2005 Une mise en musique de la réforme de la Sécu Le Quotidien du Médecin 23/09/2004

Présentant son projet de loi de financement de l'assurance-maladie, Philippe Douste-Blazy, a confirmé que ce texte servirait surtout à mettre en place les premiers éléments de la réforme de l'assurance-maladie. UN peu terne après la volumineuse réforme estivale de l'assurance-maladie, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (Plfss) 2005 comporte « essentiellement des mesures de redressement » de la Sécu, relève Philippe Douste-Blazy. L'Objectif national de dépenses d'assurance-maladie (Ondam) réduit à + 3,2 %, équivaut en fait à + 3,8 % (contre 4 % en 2004 et 5,3 % en 2003) compte tenu de la réduction du périmètre des dépenses.

Outre les nouvelles recettes prévues (voir ci-dessous), le gouvernement table en effet sur environ 3 milliards d'euros d'économie en 2005 grâce à la réforme en cours : maîtrise médicalisée (1 milliard d'euros), indemnités journalières (300 millions d'euros), plan médicament (700 millions) contribution forfaitaire de 1 euro sur les consultations (600 millions), modernisation de la gestion hospitalière (200 millions d'euros) et enfin forfait journalier sur chaque hospitalisation (100 millions d'euros).

Le ministre de la Santé a déclaré qu'il était trop tôt pour préciser la ventilation de cet Ondam entre l'hôpital et la médecine de ville. Son directeur de cabinet, Frédéric Van Rookeghem, futur directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam) a tout juste précisé que les deux secteurs auraient « une enveloppe raisonnable », l'hôpital ayant la possibilité de dépenser deux milliards d'euros de plus qu'en 2004.

L'effort le plus important repose sur « la réduction des dépenses, notamment des médicaments dans le cadre de la réforme de l'assurance-maladie ». Le plan médicament, déjà exposé en juin, s'appuie sur une politique du médicament générique, une gestion du prix des médicaments en fonction du cycle de vie des produits, les rétrocessions progressives à l'hôpital jusqu'en 2007, l'optimisation des conditionnements, le bon usage et un soutien à l'innovation.

Le Plfss de 2005 poursuit la modernisation de l'hôpital dans le cadre du plan Hôpital 2007, à travers les investissements et la tarification à l'activité (T2A). L'application de la T2A devrait être « améliorée » par certaines procédures (avance de trésorerie aux cliniques pendant les deux premiers mois) et par certains aménagements de prise en charge spécifique, comme le financement à 100 % des prélèvements d'organes en établissement, l'alignement du régime des consultations extérieures hospitalières, sur celui des consultations de ville... A ceux qui doutent de la montée en charge rapide de la maîtrise médicalisée, Philippe Douste-Blazy répond que le médecin traitant et l'essor des génériques « peuvent se faire très vite », de même que le dossier médical personnel dont il espère bientôt un cahier des charges au terme du séminaire qui lui sera consacré.

AGNES BOURGUIGNON

Raffarin aux médecins : « Engagez-vous ! » Le Quotidien du Médecin 23/09/2004

En inaugurant en grande pompe le nouveau siège de la Caisse nationale d'assurance-maladie, désormais installée dans l'est parisien, le Premier ministre a voulu marquer toute l'importance que le gouvernement accorde à cette institution dont le nouveau directeur disposera de pouvoirs considérablement accrus.

Après avoir rendu hommage à l'équipe dirigeante sortante (Daniel Lenoir, directeur, et Jean-Marie Spaeth, président, qui a officialisé son départ à cette occasion), le premier ministre s'est adressé aux professionnels de santé les exhortant à saisir l'« occasion historique » d'un dialogue restauré avec

l'assurance-maladie. « Engagez-vous ! a-t-il lancé au corps médical. Dans la convention, saisissez les opportunités du dossier médical et du médecin traitant, appropriez-vous les outils de la maîtrise médicalisée et montrez l'intérêt de la juste prescription. » Avant de rappeler au passage que la réforme prévoyait un mécanisme « d'antidérapage » pour corriger les erreurs (comité d'alerte sur les dépenses d'assurance-maladie).

A l'heure de tourner la page, Jean-Marie Spaeth a tenu une dernière fois à faire passer un message politique fort. « le danger réside en particulier dans une disposition de la loi qui prévoit la possibilité pour certains médecins de pratiquer une liberté tarifaire. La liberté tarifaire est une utopie dévastatrice pour les médecins autant que pour les assurés sociaux », a-t-il affirmé
Cyrille DUPUIS

L'assurance-maladie sera encore déficitaire de près de 8 milliards en 2005 ***Le Quotidien du Médecin 23/09/2004***

LA BRANCHE maladie du régime général de protection sociale, qui a enregistré en 2004 un déficit de plus de 13 milliards d'euros, sera encore largement dans le rouge en 2005, si l'on en croit le rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale qui a été rendu public hier. Certes, le ministre de la Santé peut toujours se rassurer en affirmant que le déficit devrait être ramené à 7,9 milliards d'euros, en partie d'ailleurs, selon la commission des comptes, grâce à sa réforme, mais il restera très important. Trop important.

Deux phénomènes devraient contribuer à la réduction du déficit : d'une part, le retour de la croissance qui va contribuer à partir de 2005 au redressement des recettes. Mais cela ne suffira pas à rétablir l'équilibre ; d'autre part, la réforme de l'assurance-maladie, dont les premières mesures permettront d'accroître également les recettes.

Au 1er janvier 2005, le rendement de la CSG augmentera de 2,2 milliards d'euros, par différentes mesures (réduction de l'abattement sur les revenus d'activité, relèvement du taux de la CSG pour les retraités imposables, relèvement du taux sur les revenus du patrimoine et sur les jeux de casinos) ; par ailleurs une fraction supplémentaire des droits du tabac sera transférée de l'Etat vers la Cnam ; l'imposition des laboratoires pharmaceutiques sur leur chiffres d'affaires a été pérennisée et surtout relevée ; enfin, une nouvelle contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) a été mise en place.

A noter aussi que la reprise par la Cades (Caisse d'amortissement de la dette sociale, mise en place par le plan Juppé) de la dette de la branche maladie devrait permettre à la Cnam d'éviter la charge de frais financiers pour environ 900 millions d'euros en 2005.

Au total, calcule la commission des comptes, l'ensemble de ces mesures réduiront mécaniquement la déficit de la Cnam d'environ 5 milliards d'euros en 2005.

Le gouvernement mise aussi sur une certaine modération des dépenses d'assurance-maladie pour parvenir à maintenir le déficit autour des 8 milliards d'euros en 2005. Mais la tâche ne sera pas aisée, même si l'on a constaté, au cours de l'année 2004, surtout durant le deuxième trimestre, un certain ralentissement de la demande des soins, et donc des remboursements.

D'où la volonté du ministre de la Santé de fixer à 3,2 % l'Objectif des dépenses d'assurance-maladie (Ondam) pour 2005. Un « objectif ambitieux qui suppose, dès 2005, un fort impact de la réforme sur les dépenses », commente la commission des comptes. En effet, par rapport à une tendance annuelle des dépenses d'assurance-maladie généralement estimée autour de 5,5 %, les économies nécessaires pour respecter cet objectif seraient de 3,5 milliards d'euros. Ce qui, pour l'instant, semble relever du domaine de l'impossible.

Résultats du régime général

En milliards d'euros	2002	2003	2004	2005
Maladie	- 6,1	- 11,1	- 13,2	- 7,9
Accidents du travail	0	- 0,5	- 0,5	- 0,7
Vieillesse	1,7	0,9	- 0,1	- 1,4
Famille	1	0,4	- 0,2	0
Total régime général	-6,5	- 10,2	- 14	- 10,1

Jean-Marie Spaeth quitte la présidence de la Cnam ***Le Quotidien du Médecin 23/09/2004***

Jean-Marie Spaeth (CFDT), 59 ans, a donc annoncé, comme attendu, son départ de la présidence de la Caisse nationale d'assurance-maladie. Elu en juillet 1996 à la présidence de la Cnam, qu'il avait ravie à FO, M. Spaeth avait été réélu en octobre 2001.

« Pour moi, une page se tourne, ce second mandat sera le dernier, je crois pouvoir me retirer avec le sentiment du devoir accompli », a déclaré Jaen-Marie Spaeth.

« J'aspire à pouvoir continuer sur le terrain de la protection sociale en Europe et dans le monde », a confié le président de la Cnam qui a précisé qu'il allait « pouvoir passer le flambeau à une nouvelle équipe animée des mêmes valeurs de solidarité et de justice sociale ».

L'UDF dénonce une présentation "irréaliste" du PLFSS 2005 ***Le Quotidien du Médecin 23/09/2004***

Jean-Luc Prél, porte-parole du groupe UDF à l'Assemblée sur les questions de santé, a dénoncé mercredi la présentation "irréaliste" du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) faite par le ministre de la Santé Philippe Douste-Blazy. L'UDF "invite le gouvernement à présenter sans tarder un ONDAM réaliste Le "Monsieur Uncam" nommé à la Cnam Mercredi 22 septembre. Le directeur de cabinet du ministre de la Santé Philippe Douste-Blazy, Frédéric Van Roekeghem, a été nommé mercredi directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam). Annoncée depuis plusieurs semaines, sa nomination en conseil des ministres, a été plutôt bien accueillie par les professionnels de santé qui saluent en lui un "homme disponible, bosseur, qui cherche le consensus avec une patience surprenante". Frédéric Van Roekeghem va prendre le poste de directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam).

Le gouvernement veut limiter les déficits en 2005 **Un Ondam de 3,2 % semble peu réaliste aux médecins** ***Le Quotidien du Médecin du 22/09/2004***

Le gouvernement, qui veut limiter l'évolution des dépenses d'assurance-maladie en 2005, va proposer au Parlement, dans le cadre du Plfss, un Ondam à 3,2 %. Un taux jugé peu réaliste par la majorité des syndicats médicaux qui estiment que le gouvernement, s'il devait y avoir un dérapage des dépenses, aurait tort de recourir à des mesures économiques à l'encontre des praticiens libéraux. Même en cas d'intervention du comité d'alerte mis en place par la réforme de l'assurance-maladie.

RÉUSSITE DE LA REFORME oblige, le déficit de l'assurance-maladie en 2005 devra être largement inférieur à ce qu'il aura été en 2004. C'est du moins la volonté affichée par le ministre de la Santé qui depuis des semaines répète à qui veut bien l'entendre qu'en 2005, ce découvert devra rester en dessous des 10 milliards d'euros, voire ne pas dépasser les 8 ou les 8,5 milliards d'euros. Alors qu'en 2004,

selon la Cour des comptes et la commission des comptes de la Sécurité sociale, qui a rendu public hier son rapport semestriel, ce découvert devrait atteindre les 12 milliards d'euros, voire les 13 milliards. Une contre-performance inédite en la matière et d'autant plus inquiétante que, selon les dernières statistiques de la Caisse nationale d'assurance-maladie, « *la croissance de la consommation médicale est restée faible au deuxième trimestre 2004* » (voir encadré).

Reste que ce dernier constat, encore très fragile, peut laisser quelques espoirs au gouvernement et à son ministre de la Santé sur une inflexion de la croissance des dépenses. Mais le ministre veut marquer franchement sa volonté de maîtriser les dépenses d'assurance-maladie pour assurer le succès de sa réforme et limiter les déficits. C'est dans cet esprit qu'il va proposer, dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale qui sera discuté par le Parlement à l'automne, un objectif national des dépenses d'assurance-maladie (Ondam) de 3,2 % pour 2005. Un taux serré qu'il faut comparer à celui de 2004 (4 %) et à celui de 2003 (5,3 %), lesquels, tout en étant plus larges, n'avaient pas du tout été respectés. Il serait donc étonnant que celui de l'année prochaine le soit, même si, dans les milieux gouvernementaux, on tient à préciser qu'en fait, ce taux de 3,2 % correspond à un taux de 3,8 % « *si l'on tient compte de l'effet du forfait de un euro - qui sera payé par les assurés à chaque consultation et ne sera pas remboursé, ce qui baissera d'autant les coûts à la charge de l'assurance-maladie, ndlr - et des mesures sur le médicament qui seront annoncées dans les prochains jours* ».

L'intervention de Bercy

Pour les syndicats médicaux, en tout cas, ce taux de 3,2 % n'est guère réaliste. « *Selon quels critères a-t-il été fixé ?* demande le président de la 9^e FMF, le Dr Jean Claude Régi. *On n'en sait rien. Mais je crains qu'encore une fois le principe du doigt mouillé ait été appliqué. On sent d'ailleurs nettement l'influence de Bercy* ». Du côté du Dr Michel Chassang, on n'est guère plus tendre. « *Il est clair que le ministre des Finances est intervenu. Et je ne vois pas comment, dans l'état actuel des choses, cet objectif purement économique pourrait être respecté* », dit le président de la Csmf qui refuse d'ores et déjà que les médecins paient demain la facture d'un éventuel dépassement.

Pour le président de MG-France, « *c'est un taux simplement volontariste mais qui ne tient pas compte de la réforme de la Sécurité sociale, qui prônait une autre direction que la maîtrise économique. Nous avons décidé d'accompagner la réforme du ministre de la Santé ; mais s'il s'agit de faire tout autre chose que ce qu'il était convenu, il ne faudra plus compter sur nous* », explique le Dr Costes. En fait, seul le Dr Cabrera se montre indulgent : « *C'est certes, dit-il, une légère baisse par rapport à l'objectif qui a été fixé pour 2004, mais on ne peut pas parler d'écrasement ou de contrainte insupportable. Il ne faut pas oublier que, du temps de Juppé, on était sur des objectifs proches de 2 %, et on avait même envisagé une croissance zéro des dépenses d'assurance-maladie. Ce sera peut-être difficile à tenir sur le long terme mais, sur une année, c'est jouable, à condition d'aller vite...* » La loi réformant l'assurance-maladie prévoit qu'un comité d'alerte intervient dès qu'il constate un dérapage dans les comptes et dans le respect de l'objectif. « *Avec un tel taux, il va intervenir très rapidement* », pronostique le Dr Régi qui n'acceptera pas, dit-il, une action sur les honoraires.

Une loi organique

Pour le Dr Chassang, il est impossible, depuis le Plfss 2004 (qui a supprimé le système de lettres clés flottantes mises en place par les socialistes), de baisser les honoraires médicaux. Mais, si cela devait changer, la Csmf ne resterait pas inerte. « *Il y a d'autres moyens, dit-il, d'intervenir sur les comptes, ne serait-ce qu'en agissant sur les taux de remboursements ou sur l'augmentation des cotisations. Mais les honoraires ne peuvent servir de variable d'ajustement pour les comptes de la Sécurité sociale et de l'assurance-maladie* ». Pour le Dr Costes, il est hors de question de toucher aux honoraires des généralistes. D'ailleurs, rappelle-t-il, sur les six premiers mois de l'année, ils ont simplement progressé de 0,5 %. On ne saurait leur faire porter la moindre responsabilité d'une dérive des dépenses. « *Mais je crains, commente le président de MG-France, qu'une société qui refuse de bouger d'un iota sur le remboursement de l'inutile, ou du peu utile, ou sur l'homéopathie, ait bien du mal à prendre des décisions efficaces.* » Enfin, pour le Dr Cabrera, la maîtrise comptable a montré son inefficacité et il serait donc bien illusoire de vouloir y recourir de nouveau. Le message des médecins est clair. Il n'est pas nouveau et le gouvernement le connaît par cœur. En tiendra-t-il compte ? Les premiers mois de 2005 seront à cet égard déterminants. A moins que, déjouant tous les pronostics, le niveau des dépenses demeure dans les limites de l'objectif. Mais là, c'est un scénario qui reste pour beaucoup du domaine de l'utopie.

Enfin, il faut rappeler que c'est la dernière fois qu'un Ondam annuel est fixé. Dès 2006, et après le vote d'une loi organique cet automne, les dépenses et les recettes de la Sécurité sociale seront inscrites dans

une logique pluriannuelle. Ce qui semble sans doute plus cohérent en matière économique mais ne mettra pas un terme aux débats et aux polémiques annuels.
JACQUES DEGAIN

Les dépenses à fin août : + 4,7% sur douze mois
Le Quotidien du Médecin du 22/09/2004

Les dépenses d'assurance-maladie du régime général de la Sécurité sociale ont progressé de 4,7 % en 12 mois, de septembre 2003 à août 2004, selon des chiffres provisoires publiés par la Caisse nationale d'assurance-maladie (Cnam). Le taux de croissance fixé par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2004 est de 4 %, par rapport aux dépenses effectivement constatées en 2003.

Les comptes des 12 derniers mois arrêtés à la fin de juillet montraient que les dépenses avaient connu une progression de 5,1 %. Les soins de ville enregistrent une hausse de 4,5 %, atteignant un montant cumulé depuis janvier de 33,643 milliards d'euros. « *La plupart des postes de dépenses voient leur progression fléchir, à l'exception des biens médicaux inscrits à la Liste des produits et prestations (appareillages...) et des médicaments pris en charge à 100 %* », explique la Cnam. « *La rétrocession hospitalière [dépense liée aux médicaments des hôpitaux rétrocédés à la médecine libérale, ndlr] continue à peser lourdement sur l'évolution des dépenses* », poursuit la caisse. En effet, « *les remboursements de médicaments délivrés en pharmacie hospitalière à des malades non hospitalisés ont crû de 21 % au premier semestre 2004 par rapport à la même période de l'année précédente* ». A l'intérieur du poste « soins de ville », « *l'activité des médecins libéraux s'inscrit en baisse sur l'ensemble du premier semestre* », souligne la Cnam, avec une croissance de 2,5 % (3,3 % en juillet). Les indemnités journalières croissent de 0,6 % (contre 1,8 % en juillet) et les prescriptions (professions paramédicales et médicaments) de 6,5 % (7 % en juillet). Les hôpitaux publics connaissent, comme en juillet, une progression de 3,7 %, avec un montant cumulé de janvier à août de 26,159 milliards d'euros. Les cliniques privées (hors honoraires des médecins qui y exercent) enregistrent un rythme de croissance à 5,5 % (contre 5,8 % en juillet) qui équivalent à un montant cumulé de 4,434 milliards d'euros.

Douste reçoit la CGT santé
Une prise de contact, pas d'engagements
Le Quotidien du Médecin du 22/09/2004

LA FÉDÉRATION CGT santé et action sociale, première organisation syndicale dans la fonction publique hospitalière, vient de rencontrer Philippe Douste-Blazy pour la première fois depuis sa nomination au ministère de la Santé au début d'avril. Le syndicat en a profité pour sonder le « nouveau » ministre sur les grands dossiers hospitaliers et les réformes en cours ou à venir. Déception à propos de la nouvelle gouvernance des hôpitaux, concoctée par l'ancien ministre Jean-François Mattei, et à laquelle la fédération santé de la CGT est farouchement opposée : « *Même si Philippe Douste-Blazy a annoncé une nouvelle réunion en octobre avec toutes les organisations signataires et non signataires du projet pour en reparler, on sent qu'il veut poursuivre sa mise en place* », explique Nadine Prigent. La secrétaire générale de la fédération redoute que cette réunion de pure forme n'empêche en rien la promulgation rapide de l'ordonnance qui rendra obligatoire d'ici à 2007 le découpage en pôles des hôpitaux et la création d'un conseil exécutif, conformément à ce que prévoit le gouvernement. Si ce scénario se confirme, la fédération CGT santé n'exclut pas d'appeler à divers mouvements dans les hôpitaux d'ici à la fin de l'année, car, rappelle Nadine Prigent, « *la réforme de la gouvernance, en resserrant le pouvoir autour d'une direction plus que restreinte, ne répond pas aux problèmes de l'hôpital, qui souffre d'un manque de démocratie* ». Une journée d'action est déjà programmée pour le 7 octobre à l'appel des syndicats médicaux réunis au sein du Collectif pour la défense de l'hôpital public (CHG, Amuhf, etc.), mais la fédération CGT santé, également membre du collectif, n'est pour l'heure pas associée à cette initiative.

Minimum 8 %

Outre la gouvernance hospitalière, le syndicat a également discuté de l'Ondam (Objectif national des dépenses d'assurance-maladie, voir également page 3) avec Philippe Douste-Blazy. « *On a osé émettre le souhait de 8 %* » pour le taux d'évolution des dépenses hospitalières en 2005, rapporte Nadine Prigent (ce taux est de 4,45 % pour 2004). « *Cela doit être un minimum compte tenu des reports de charges cumulés, reprend la syndicaliste, sans quoi on ira vers une généralisation des plans de*

redressement comme à l'hôpital d'Argenteuil ou à l'AP-HP » (Assistance publique des hôpitaux de Paris). Le ministre de la Santé n'a formulé aucun engagement concernant l'Ondam ; il n'a pas non plus évoqué la possibilité d'une réouverture des négociations sur l'emploi, la formation et la revalorisation salariale dans la fonction publique hospitalière, autre revendication forte de la CGT santé. Pourtant, « *Philippe Douste-Blazy s'est montré très préoccupé par la durée de vie professionnelle des infirmières hospitalières - sept ans selon lui* », raconte Nadine Prigent. Le ministre veut ouvrir « *une discussion* » avec la profession, mais il ne s'est prononcé ni sur le calendrier ni sur les thèmes ouverts à la discussion. La fédération CGT santé espère que sera retenue sa proposition de porter à 40 000 le nombre d'étudiants en soins infirmiers par an pendant au moins cinq ans, en vue de « *combler le déficit et les départs massifs en retraite* » des infirmières. Un nouveau rendez-vous est fixé entre la fédération CGT santé et action sociale et le cabinet du ministre le 5 octobre, pour approfondir les réflexions tout juste amorcées avec Philippe Douste-Blazy.
DELPHINE CHARDON

Psychiatrie Perray-Vaucluse s'installe dans Paris Le Quotidien du Médecin du 22/09/2004

Le groupe public de santé Perray-Vaucluse, spécialisé dans la prise en charge des troubles psychiatriques et historiquement installé à Epinay-sur-Orge, dans l'Essonne (91), transfère ses unités d'hospitalisation de psychiatrie générale dans le 13^e arrondissement parisien. Le nouvel hôpital, baptisé Henri-Ey, constitue l'un des trois volets du contrat d'objectifs et de moyens de l'établissement, dont la restructuration est lancée depuis dix ans. Il ouvrira ses portes en octobre. Cette structure, située au cœur de Paris, accueillera environ 170 patients en hébergement et près de 350 professionnels autour d'un projet médical novateur. L'objectif de cette nouvelle localisation est double : rapprocher le lieu de soin du lieu de vie des Parisiens qui étaient hospitalisés à Epinay-sur-Orge jusqu'à présent, et concentrer le personnel en un bâtiment unique tout en diversifiant les activités thérapeutiques et éducatives. Le groupe Perray-Vaucluse assure également une prise en charge psychiatrique extrahospitalière par le biais de dix-sept structures réparties dans Paris (CMP, hôpital de jour, foyer de postcure, etc.). Quant à l'hôpital du Perray, à Epinay-sur-Orge, il ne disparaît pas, mais voit son activité recentrée autour de structures sanitaires et médico-sociales spécialisées adaptées aux patients nécessitant des soins au long cours, ainsi qu'une aide à la réinsertion.

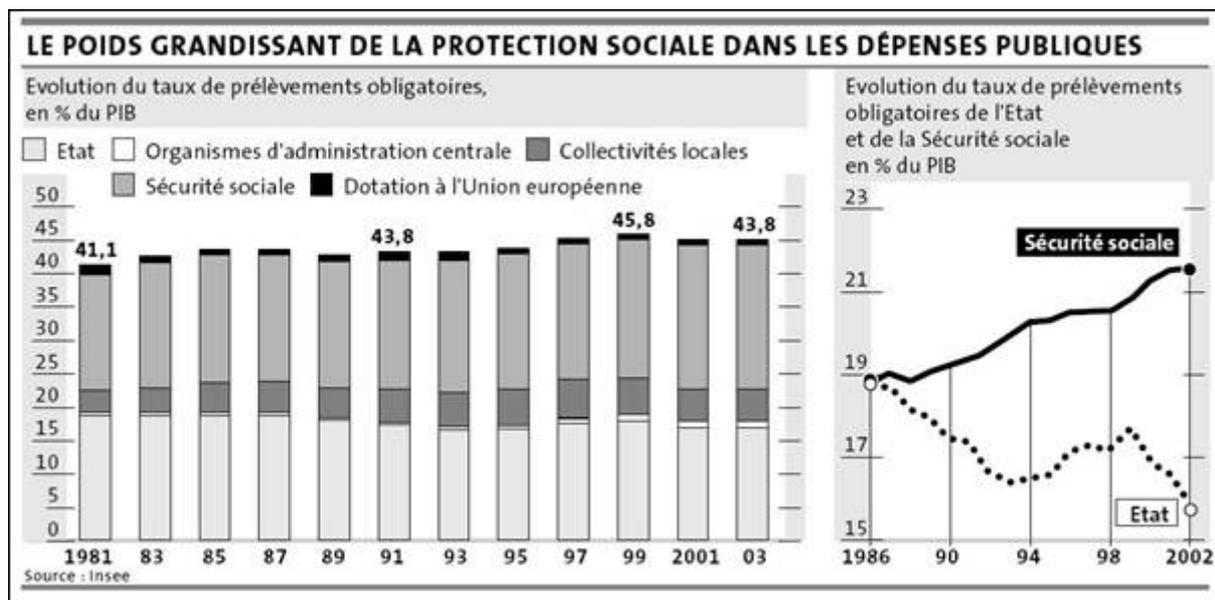
M. Douste-Blazy veut ramener le déficit de la Sécurité sociale à 10 milliards d'euros L'objectif d'évolution des dépenses d'assurance-maladie est fixé à 3,2 % en 2005. Les entreprises devront contribuer aux "préretraites amiante" Le Monde 22 septembre 2004

Un premier tour de vis, après trois ans de laisser-aller. Le gouvernement souhaite freiner l'emballlement des dépenses d'assurance-maladie, qui est à l'origine d'un déficit - historique - du régime général en 2004 (14 milliards d'euros). Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2005, dont le ministre de la santé et de la protection sociale, Philippe Douste-Blazy, et le secrétaire d'Etat à l'assurance-maladie, Xavier Bertrand, devaient révéler les grandes lignes mardi 21 septembre à la commission des comptes de la Sécurité sociale, porte la trace de ce volontarisme.

Le PLFSS fixe à 3,2 % l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie (Ondam). Il crée une contribution des entreprises aux préretraites des salariés ayant travaillé dans le secteur de l'amiante et prévoit, en contrepartie de l'intégration du régime de retraite des électriciens et des gaziers au régime général des salariés du privé, le versement par EDF d'une soulte de quelque 7 milliards d'euros.

Pour la première année de mise en œuvre de la réforme de l'assurance-maladie, qui est censée assurer le retour à l'équilibre à l'horizon 2007, les ministres prévoient une diminution du déficit du régime général. Il s'établirait à 10,2 milliards d'euros en 2005, dont 8 milliards pour la seule branche maladie. Pour parvenir à ce résultat, le gouvernement compte sur un surcroît de recettes de près de 5 milliards d'euros (hausse de la CSG et de la contribution des entreprises notamment), sur une maîtrise médicalisée des dépenses (1 milliard d'euros) et sur 700 millions d'économies sur le médicament. Il fait l'hypothèse d'un taux de croissance économique de 2,5 % et d'une progression en valeur de la

masse salariale de 4 %. "2005 va conditionner toute la mise en œuvre de la réforme. Nous n'avons pas voulu nous assigner des objectifs hors de portée, mais engager une action résolue qui se poursuivra dans les trois ans qui viennent", a fait valoir au Monde M. Bertrand.



L'Ondam, arrêté chaque année depuis 1997 dans la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS), a été fixé à 3,2 %. Ce taux d'évolution - moyen dans l'histoire de l'Ondam - tient compte de l'instauration d'une franchise de 1 euro par assuré par acte médical ou de biologie et de l'augmentation de 1 euro du forfait hospitalier journalier en 2005, qui rapporteront respectivement 650 millions et 110 millions d'euros.

Le gouvernement attend 300 millions d'économies d'un meilleur contrôle des indemnités journalières. Il s'est aussi fixé pour objectif d'économiser 700 millions sur les médicaments, avec l'entrée en vigueur de la première phase d'un plan qui prévoit, entre autres dispositions, la poursuite du développement des génériques, des baisses de prix progressives sur certaines molécules et une nouvelle politique de conditionnement. La rationalisation des achats hospitaliers doit rapporter 200 millions d'euros.

COMITÉ D'ALERTE

La fixation de l'Ondam s'accompagne d'un nouveau dispositif d'encadrement des dépenses. La loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance-maladie dispose qu'un comité d'alerte, placé auprès de la commission des comptes de la Sécurité sociale, doit être créé. Lorsque ce comité considère qu' "il existe un risque sérieux" de dépassement de l'Ondam, il doit le notifier au Parlement, au gouvernement et aux caisses nationales d'assurance-maladie. A charge, pour ces dernières, de proposer des mesures de redressement, qui ne peuvent être ciblées, a priori, que sur une maîtrise encore accrue.

M. Douste-Blazy et M. Bertrand pensent que le déficit de la branche accidents du travail-maladies professionnelles va se creuser en 2005 et passer de 500 à 700 millions d'euros, en raison notamment de la progression des charges du Fonds pour les cessations anticipées d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata). Les dotations au Fcaata et au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) représentent 600 millions d'euros en 2004 et en 2005. Il est prévu que les entreprises contribuent à hauteur de 15 % des dépenses, soit 130 millions, aux "prétraitements amiante".

Si la branche famille, déficitaire de 200 millions en 2004, doit revenir à l'équilibre en 2005, le déficit de la branche vieillesse passera de 100 millions à 1,4 milliard d'euros. La croissance des prestations doit continuer à s'accélérer en 2005. Même s'ils sont plus lents que prévu - 130 000 bénéficiaires en 2004 - les départs à la retraite avant 60 ans des salariés qui ont commencé à travailler tôt, coûteront 1,3 milliard d'euros en 2005, contre 600 millions en 2004.

Claire Guélaud

Maladie, vieillesse, famille... toutes les caisses sont en déficit
Les départs anticipés à la retraite coûteront 600 millions d'euros en 2004
Le Monde 22 septembre 2004

Les superlatifs manquent pour décrire la dégradation historique des comptes du régime général, déficitaire de 14 milliards d'euros en 2004. Selon la commission des comptes de la Sécurité sociale, qui détaille, mardi 21 septembre dans son rapport d'automne, les résultats 2003 et 2004 et ses prévisions pour 2005, le solde financier de l'ensemble des régimes de base sera négatif de 14,1 milliards d'euros cette année. En 2005, le déficit du régime général se réduirait à quelque 10 milliards d'euros, un niveau qui reste "parmi les plus élevés des quinze dernières années". Si le "gouffre" de l'assurance-maladie pèse lourdement sur les comptes, les branches vieillesse, accidents du travail et famille sont dans le rouge.

LES RETRAITES DANS LE ROUGE				
Résultats du régime général et des régimes de base En milliards d'euros				
	2002	2003	2004*	2005*
Maladie	-6,1	-11,1	-13,2	-7,9
Accidents du travail	0	-0,5	-0,5	-0,7
Vieillesse	1,7	0,9	-0,1	-1,4
Famille	1	0,4	-0,2	0
Total régime général	-3,5	-10,2	-14	-10
Autres régimes de base **				
	-0,2	-0,2	-0,1	-0,8
ENSEMBLE DES RÉGIMES DE BASE				
	-3,7	-10,4	-14,1	-10,8

* prévisions ** Agriculteurs, travailleurs indépendants
Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale (rapport septembre 2004)

La commission des comptes pense que la retour de la croissance va contribuer au redressement des recettes à partir de 2005, mais sans permettre de rétablir l'équilibre. La poursuite de ce redressement, ajoute-t-elle, "exige une inflexion des tendances de fond". Pour la maladie, il s'agit de ramener durablement le taux d'augmentation des dépenses (de l'ordre de 5,5 % par an) au niveau de la croissance tendancielle des ressources (de l'ordre de 4 %). Cela suppose que la réforme "induise de manière pérenne une modification des comportements". Pour l'heure, la trésorerie du régime général ne sera positive, fin 2004, que grâce au versement de 35 milliards d'euros par la Caisse autonome de remboursement de la dette sociale (CADES).

Du mieux pour l'assurance-maladie

La situation de cette branche s'est dégradée très rapidement en 2001 et 2004. Son déficit est passé de 2 milliards à 13,2 milliards d'euros en trois ans, en raison, notamment, de l'emballement des dépenses. En 2005, il diminuerait, pour la première fois depuis six ans, grâce aux recettes nouvelles et aux économies résultant de la réforme. L'entrée en vigueur, au 1er janvier 2005, des mesures de financement prévues dans la loi du 13 août 2004 va réduire mécaniquement le déficit d'environ 5 milliards d'euros en 2005. Il s'agit notamment de l'augmentation du rendement de la contribution sociale généralisée (+ 2,2 milliards en 2005), du transfert d'une fraction supplémentaire des droits sur le tabac vers la CNAM (1 milliard), de la création d'une contribution additionnelle à la Contribution sociale sur les sociétés (800 millions) et du relèvement de celle acquittée par les laboratoires pharmaceutiques (200 millions).

Déficit accru pour les accidents du travail-maladies professionnelles. Déficitaires depuis 2002, les AT-MP afficheront en 2004 et en 2005 un résultat négatif d'environ 500 millions d'euros. Ce déficit résulte pour beaucoup des dotations de la branche aux deux fonds - FIVA et FCAATA - gérant les prestations en faveur des victimes de l'amiante. Ces sommes s'élèvent à 600 millions en 2004 et autant en 2005. Mais, avertit la commission, "la croissance tendancielle du nombre de bénéficiaires (...), à législation constante, pose le problème de l'équilibre de la branche à moyen terme".

Fin des excédents pour l'assurance-vieillesse

Le déficit passe de 100 millions en 2004 à 1,4 milliard d'euros en 2005. Les départs anticipés sont à l'origine d'un supplément de dépenses de 600 millions cette année et de 1,3 milliard l'an prochain. Avec l'arrivée à la retraite des générations nombreuses du baby-boom, la question de l'équilibre de la branche retraite devrait "se poser de manière récurrente au cours des prochaines années, en dépit de la hausse de cotisation programmée en 2006".

Léger déséquilibre pour la famille

Après un déficit 2004 de 180 millions d'euros, le solde de la branche famille restera proche de l'équilibre en 2005. Mais les prestations de la Caisse nationale d'allocations familiales connaissent une "croissance assez rapide".

États généraux de la santé et de l'assurance **Jean-Claude Delavigne, Rouge n°2078, 18 septembre 2004**

Le samedi 2 octobre aura lieu la deuxième session des états généraux de la santé et de l'assurance maladie (Egsam) à la faculté de médecine du Kremlin-Bicêtre.

Alors que va s'engager l'application concrète du plan Douste-Blazy et que l'ordonnance de réforme hospitalière va être publiée, les états généraux de la santé et de l'assurance maladie (Egsam) vont se tenir le samedi 2 octobre. Dans le silence assourdissant de la « rentrée » syndicale, cette session est une échéance importante pour faire le bilan, définir un projet alternatif, préparer les mobilisations à venir. La première session des états généraux, le 24 avril, avait été un succès. Elle avait réuni plus de 500 participants très divers, à l'initiative d'une palette très large de syndicats (CGT, G10, FSU, Unef, Confédération paysanne), d'associations (Attac, Fondation Copernic etc.), comités de défense, partis politiques (PCF, LCR, Verts, Gauche socialiste). Malgré le temps perdu, il s'agissait alors de préparer une mobilisation pour empêcher ou reporter le vote de la loi Douste-Blazy.

On connaît la suite : l'accompagnement du projet Douste-Blazy par la Mutualité française et la CFDT, le verrouillage absolu de toute mobilisation des confédérations syndicales (CGT et FO comprises) avant juin, le vote du texte au Parlement en juillet. Ce vote est une défaite, et pire, une défaite sans combat. En effet, loin d'être le nième plan de « sauvetage » de l'assurance maladie, la loi Douste-Blazy met en place une nouvelle « gouvernance », brisant définitivement l'architecture de la Sécurité sociale de 1945. Elle ouvre la porte à sa privatisation. De plus, le projet entérine un premier train de mesures de réduction des remboursements. Le gouvernement est décidé à pousser le plus loin et le plus vite possible son avantage et à faire paraître 80 % des 70 décrets et arrêtés d'application avant la fin de l'année. Outre les textes d'application sur la « gouvernance », le gouvernement semble donner la priorité aux textes limitant sévèrement les remboursements liés aux affections de longue durée (ALD) à 100 %. Il semble même que l'hypothèse de mettre en place la franchise d'un euro dès l'automne soit sérieusement envisagée.

De plus, la contre-réforme libérale est un puits sans fond et Douste-Blazy lui-même laisse dès maintenant entendre que sa « réforme », qu'il baptise lui-même réforme « de la dernière chance », ne suffira pas à « rétablir l'équilibre » de l'assurance maladie. Il avertit déjà début août : « Si, à terme, les comportements ne sont pas modifiés, nous serons sans doute contraints de mettre en place une franchise en fonction des revenus. » Le plus dur des mesures est donc à venir, et la mobilisation doit être devant nous. Quand la gravité des mesures prises va devenir concrète, les réactions peuvent être vives et permettre une réaction large.

Les 500 comités de défense de la Sécu ou de la santé qui se sont créés, le travail préalable effectué par Attac et de nombreuses équipes syndicales constituent un acquis important. La deuxième session des états généraux tombe à point nommé pour permettre à la fois l'indispensable débat sur les alternatives à la contre-réforme et pour fédérer ces énergies en vue des mobilisations unitaires à venir. Tout doit être fait pour leur succès.

Maîtrise des dépenses

Alors que la Cour des comptes annonce un déficit record de l'assurance-maladie de 11,9 milliards d'euros en 2003, soit près du double de celui de 2002, la mise en place d'un comité d'alerte prévu dans la réforme de l'assurance-maladie, en cas de dépassement de l'enveloppe votée par le Parlement chaque année, rappelle à certains médecins le spectre de la maîtrise comptable. Et les syndicats médicaux de mettre déjà en garde le gouvernement, si d'aventure cette hypothèse se confirmait.

Le Quotidien du médecin, 17 septembre 2004

La création d'un comité d'alerte trouble les médecins libéraux. Dans le contexte extrêmement tendu du budget de l'assurance-maladie, et avec un objectif national de dépenses 2005 serré qui, selon nos informations, oscillera entre 3,2 et 3,5 %, l'intervention d'un comité d'alerte, prévu par la réforme, en cas de risque sérieux de dépassement de l'enveloppe votée par le Parlement fait resurgir les fantômes de la maîtrise comptable. Les médecins libéraux affichent leur extrême vigilance et mettent en garde le gouvernement : le retour d'un mécanisme de bouclage financier appliqué aux honoraires serait un casus belli.

RETOUR de la régulation comptable ou simple signal d'alarme ?

Prévue dans la loi de réforme de l'assurance-maladie, l'intervention d'un comité d'alerte sur l'évolution des dépenses, placé auprès de la Commission des comptes de la Sécurité sociale et chargé de prévenir les pouvoirs publics en cas de « *risque sérieux* » de dépassement de l'enveloppe fixée par le Parlement (un projet de décret vient de fixer ce dérapage au maximum à 0,75 % du budget voté) soulève de nombreuses interrogations dans le monde médical.

Il faut dire que le contexte extrêmement tendu du budget de l'assurance-maladie, marqué par une dégradation financière « *sans précédent* » (voir ci-dessous), invite les syndicats médicaux, qui connaissent la musique, à une extrême vigilance. C'est d'autant plus vrai que le gouvernement envisage de proposer au Parlement un Objectif national de dépenses d'assurance-maladie (Ondam) pour 2005 particulièrement « *serré* ».

Selon nos informations, la croissance autorisée des dépenses l'année prochaine sera comprise entre 3,2 et 3,5 % : un taux en deçà de l'objectif de 4 % fixé pour 2004, qui devrait, comme chaque année, être allègrement dépassé (le rythme annuel dépasse 5 %). Comme le confirme le député Yves Bur (UMP, Bas Rhin), expert des finances sociales, « *l'Ondam 2005 doit marquer une rupture avec le passé* ». Et d'expliquer que la « *non-maîtrise des dépenses pose un grave problème pour rentrer dans les clous du pacte de croissance* ». Autrement dit, Bercy garde les yeux rivés sur le déficit de la branche maladie et attend que le plan Douste produise des résultats dès 2005.

Dr Costes (MG-France) : les généralistes dans les clous.

Chaque année, au plus tard le 1er juin, le comité d'alerte indépendant rendra donc un avis sur le respect de l'Ondam pour l'exercice en cours. Il analysera principalement l'« *impact des mesures conventionnelles* » (par exemple le rapport entre des revalorisations tarifaires et les contreparties exigées), mais tiendra compte également des « *déterminants conjoncturels et structurels* » des dépenses d'assurance-maladie. Autrement dit, une double épidémie de grippe qui provoquerait une suractivité des généralistes sera intégrée dans les comptes, de même que des impératifs de santé publique.

Mais si le comité décide de sonner l'alarme, les caisses nationales d'assurance-maladie disposeront d'un mois seulement pour proposer un plan précis de redressement. Une tâche qui sera exercée, au nom des trois régimes, par le nouveau patron de l'assurance-maladie, Frédéric Van Roekeghem, désormais doté de pouvoirs accrus en matière de régulation financière (action sur le taux de remboursement dans un « couloir » fixé par décret mais aussi politique du médicament et hospitalière). Le comité rendra presque aussitôt (sous quinzaine) un avis sur l'impact financier de ces mesures. Les médecins libéraux doivent-ils s'inquiéter de cette procédure qui accélère le processus de décisions en cas de dérapage ?

Instruits par le passé, les syndicats restent méfiants. Pour le Dr Pierre Costes, président de MG-France, le comité d'alerte s'apparente à un « *disjoncteur* » placé entre le nouveau directeur de l'Uncam, « *qui de toute façon à tout pouvoir, et aura son propre système de surveillance des dépenses* », et le ministre. Il souligne par avance que, sur les six premiers mois de l'année 2004, la croissance des honoraires des médecins généralistes est restée inférieure à 0,5 %. « *Les généralistes, eux, sont largement dans les clous de l'Ondam, analyse-t-il. Il est donc hors de question de les stigmatiser, peu ou prou. Je le dis clairement : attention aux amalgames.* »

Initialement, l'article de loi créant le comité d'alerte prévoyait une « *suspension* » possible des accords conventionnels entre les médecins et les caisses en cas de dérapage. Toute revalorisation des honoraires aurait alors été quasiment impossible. Philippe Douste-Blazy avait accepté de retirer ce point précis « *afin de restaurer la confiance* ». Mais il y a encore du chemin à parcourir. « *Malgré les propos apaisants du cabinet du ministre, qui nous affirme que le comité d'alerte servira à éclairer la situation des comptes, par exemple en signalant des transferts de charge entre la ville et l'hôpital, ce nouveau machin garde de forts relents de maîtrise comptable* », explique le Dr Jean-Claude Régi, président de la Fédération des médecins de France (FMF). Le courrier qu'il a reçu récemment de Christian Estrosi, député (UMP) des Alpes-Maritimes (06) et très proche de Nicolas Sarkozy, ne le rassure guère. L'élu y rappelle la vocation du comité d'alerte de « *redonner sa crédibilité* » à un objectif « *systématiquement dépassé* » depuis sa création. Yves Bur (UMP) voit dans cette structure « *non pas un comité de méchants* », mais le signe de la volonté du gouvernement de « *tenir le plan de route* » dans un contexte contraignant. « *C'est un ensemble de mesures qu'il convient d'apprécier : le*

choix de l'Ondam 2005, la convention qui devra comporter des engagements chiffrés, le comité d'alerte. En juin, il faudra savoir si on est dans les clous et si ce qui a été signé est respecté. »

Les mesures de redressement ? *« Je souhaite que les outils soient suffisamment fins pour apprécier poste par poste d'éventuels dérapages : sur les génériques et les prescriptions en DCI par exemple, il y a eu des progrès, mais qui restent insuffisants par rapport aux engagements. »*

La crainte du gel tarifaire.

Le Dr Dinorino Cabrera, président du Syndicat des médecins libéraux (SML), ne croit pas à un énième retour des outils de la régulation comptable, après les « *versements d'honoraires* », « *clause de sauvegarde* » ou autres « *lettres clés flottantes* ». Ce serait, rappelle-t-il, « *contraire à tous les engagements sur la maîtrise médicalisée que nous avons eus* ». Mais, précise-t-il, « *les accords conventionnels devront être respectés* ». Ce qui exigera un suivi assidu et beaucoup de pédagogie.

Le relevé de conclusions du 26 août sur la mise en œuvre de Ccam technique a prévu une négociation annuelle avec les caisses sur la valeur monétaire du point travail, qui conditionne la valeur finale des actes. Cette négociation devra s'achever au plus tard le 15 juin. Nul doute que le nouveau patron de l'assurance-maladie tiendra compte, dans son bras de fer avec les syndicats, de l'avis circonstancié du comité d'alerte sur le respect de l'Ondam. « *Ce qu'on peut redouter, ce n'est pas la diminution de la valeur des actes*, analyse le Dr Cabrera, *c'est un gel tarifaire* ». Ce qui reviendrait, quoi qu'en dise le gouvernement, à une forme de bouclage financier.

> *CYRILLE DUPUIS*

11,9 milliards d'euros : déficit record de l'assurance-maladie en 2003 Le Quotidien du médecin, 17 septembre 2004

Le déficit de l'assurance-maladie a quasiment doublé en 2003 par rapport à 2002 : de 6,1 milliards d'euros, il est en effet passé à 11,9 milliards, selon le rapport de la Cour des comptes sur la Sécurité sociale qui a été rendu public hier. Un niveau historique, selon les auteurs de ce document.

« C'EST bien parce qu'il y a ce déficit qu'il y a eu une réforme. » On se console comme on peut. Le ministre de la Santé, qui a commenté par cette petite phrase laconique, à la sortie du Conseil des ministres, l'annonce du déficit record de l'assurance-maladie en 2003, veut espérer que sa loi permettra d'éviter dans les années prochaines des résultats aussi désastreux.

Les chiffres annoncés hier par la Cour des comptes lors de la présentation de son rapport annuel sur la Sécurité sociale donnent le vertige et montrent que la tâche de l'actuel ministre de la Santé, et surtout de son successeur, sera bien difficile. En effet, avec un trou de 11,9 milliards d'euros, soit presque le double de celui de l'année précédente (6,1 milliards), le déficit de la branche maladie du régime général de la Sécurité sociale atteint un niveau historique. Les excédents des branches retraite et famille, qui baissent respectivement de 1,7 milliard d'euros à 616 millions et de 1 milliard à 222 millions (des résultats plus que médiocres), réduisent bien peu l'ampleur du déficit de l'ensemble du régime général, à 11,5 milliards d'euros. Ce qui est un très mauvais résultat pour notre système de protection sociale. D'autant, note la Cour, que, fait nouveau, « *toutes les branches du régime général, (famille, maladie, vieillesse, accidents du travail-maladies professionnelles) ont vu leur solde se dégrader* ». Pour les magistrats de la Cour des comptes, « *la situation est d'autant plus préoccupante que les efforts de maîtrise et de contrôle de certaines dépenses d'assurance-maladie sont loin d'être à la hauteur des enjeux* ».

Le rapport pointe les affections de longue durée (ALD) qui sont la première source de dépenses de l'assurance-maladie, puisqu'elles représentent 40 % des soins de ville, soit 16,7 milliards d'euros pour le régime général. Les admissions de l'ALD ont ainsi augmenté de 46 % entre 1990 et 2002 et près de 6 millions de patients aujourd'hui en bénéficient. Et ces dépenses ont crû de 41 % entre 2000 et 2003. Pourtant, accuse le rapport, ce domaine reste mal connu : en raison de « *l'insuffisance des systèmes d'information, l'assurance-maladie ne connaît ni le coût de chacune des 30 ALD répertoriées, ni le nombre de patients en ALD* ».

« L'insuffisante définition de certaines ALD, l'absence de référentiels de traitement, le remboursement intégral de médicaments à service médical rendu faible ou insuffisant sont d'autres faiblesses importantes du système », commente la Cour, qui estime que d'importantes économies pourraient être obtenues sur ce poste, ainsi que le poste des dispositifs médicaux, en forte augmentation, le transport des malades et les indemnités journalières. « L'examen de ces quatre postes de dépenses montrent qu'ils recèlent une potentialité importante d'économies qui, si elles étaient effectives, ne remettraient aucunement en cause notre système de protection sociale », commente-elle encore. Reste à savoir si ce conseil sera suivi. Lorsqu'on connaît le sort généralement réservé au rapport annuel de la Cour des comptes, on en doute fortement.

> JACQUES DEGAIN

La gestion des caisses épinglée

La Cour des comptes consacre la deuxième partie de son rapport à la gestion des caisses du régime général. Le diagnostic n'est pas tendre. « L'analyse de la gestion des organismes de la Sécurité sociale, écrit-elle, montre que le pilotage par l'Etat et les caisses nationales n'oriente pas assez fermement les réseaux vers la réduction des coûts et l'obtention de gains de productivité significatifs. »

Certes, les caisses peuvent toujours répondre que leur mission est de se préoccuper d'abord des usagers et des assurés, mais, écrit la Cour, « ce dernier objectif ne saurait être un alibi à l'absence de maîtrise des dépenses de gestion ». Et c'est pourquoi, conseillent encore les magistrats, les prochaines conventions d'objectifs et de gestion, signées entre l'Etat et l'assurance-maladie, « doivent impérativement mettre l'accent sur la productivité des branches du régime général et l'amélioration de l'efficacité du système dans son ensemble ».

Hôpitaux et cliniques

Création d'un conseil de l'hospitalisation

Le Quotidien du médecin, 17 septembre 2004

La loi réformant l'assurance-maladie crée une nouvelle instance nationale, le conseil de l'hospitalisation, chargé de remettre au ministre de la Santé des recommandations sur le financement des établissements de santé publics et privés. Un projet d'arrêté fixe la composition, les missions et les modalités de fonctionnement de ce futur conseil.

Selon cet arrêté, le conseil de l'hospitalisation sera présidé par le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos) et vice-présidé par le directeur de la Sécurité sociale. Y siégeront, outre ces deux personnes, deux représentants de la Dhos, un représentant de la direction de la Sécurité sociale, le directeur général de la Santé ou son représentant, le directeur de la Cnmats ou son représentant, un représentant des organismes nationaux d'assurance-maladie désigné par le collège des directeurs de l'Uncam et une personne qualifiée nommée par les ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale.

Les fédérations représentatives des établissements de santé (FHF pour les hôpitaux publics, FHP pour les cliniques privées, Fehap pour les hôpitaux privés) n'ont pas leur place au conseil, mais un article prévoit leur consultation « au moins deux fois par an ». Le conseil, lui, se réunira « au moins six fois par an ». « L'avantage, commente le directeur général de la Fehap, Georges Riffard, c'est que nous garderons notre libre parole, à condition toutefois que ces réunions biennuelles ne soient pas de pure forme, que le conseil nous écoute vraiment et qu'il accepte de retenir certaines de nos propositions. »

L'enjeu est de taille pour les trois fédérations. Car les missions dévolues au conseil de l'hospitalisation sont très larges. Chaque année, il remettra au ministre un rapport d'analyse et d'orientation de la politique de financement des établissements de santé tenant compte de l'activité, des charges et du coût de l'innovation médicale ; ce rapport estimera « les gains d'efficacité réalisés et envisageables ». Seront prises, sur recommandation du conseil, les décisions fixant le montant des objectifs de dépenses hospitalières et des dotations annuelles complémentaires, le financement des missions d'intérêt général et des aides à la contractualisation (l'enveloppe Migac), ainsi que la liste des médicaments et dispositifs pris en charge en sus de la tarification à l'activité (T2A). Le champ de réflexion du conseil de l'hospitalisation dépasse l'aspect purement financier, puisque celui-ci devra

aussi se prononcer sur les orientations de la politique salariale et statutaire dans les établissements ainsi que sur l'évolution des normes de sécurité sanitaire.

Georges Riffard décrit comme une « *heureuse initiative* » la création du conseil : « *Avoir une instance nationale qui regroupe l'ensemble des directions concernées apportera cohérence et efficacité au mode de financement des établissements, alors qu'avant les décisions étaient éclatées.* » Le DG de la Fehap se dit « *d'accord sur le principe, à condition*, répète-t-il, *que nous (les fédérations) soyons régulièrement consultés* ». De son côté, le délégué général de la FHF, Gérard Vincent, regrette que le conseil doive arrêter ses propositions « *en tenant compte de la situation financière de l'assurance-maladie* », ce que prévoit l'arrêté. « *Cela veut dire, déplorait Gérard Vincent dans une déclaration récente, que, si l'assurance-maladie va mal, le conseil de l'hospitalisation fixera des sommes au-dessous de celles nécessaires pour financer les mesures qu'il aura proposées en matière de politique salariale ou de normes sanitaires : ce système est hypocrite.* »

> DELPHINE CHARDON

Manifestation des médecins étrangers Le ministère prend plusieurs engagements Le Quotidien du médecin, 17 septembre 2004

Plusieurs dizaines de médecins en blouse blanche ont manifesté devant le ministère de la Santé mercredi - 300, selon la Fédération des praticiens de santé (FPS), organisateur du mouvement - pour protester contre la manière dont va se dérouler la nouvelle procédure de recrutement (NPR) des médecins diplômés en dehors de l'Union européenne, un dispositif censé intégrer les médecins étrangers qui arrivent en France mais aussi tous ceux, en grande précarité, qui exercent de manière illégale dans nos hôpitaux (environ 3 000 selon la FPS) - à condition, bien entendu, d'avoir réussi le concours.

La manifestation a porté ses fruits, puisqu'une délégation de praticiens a été reçue dans l'après-midi. Le ministère de la Santé a fait plusieurs promesses au cours de l'entrevue, rapporte la FPS : il s'engage à augmenter de 25 % le nombre de postes ouverts au concours pour la première session qui se déroulera en mars 2005, à mener une étude chiffrée et approfondie sur le terrain pour connaître le véritable nombre de médecins en situation irrégulière, notamment les titulaires d'un DIS (diplôme interuniversitaire de spécialisation), à augmenter à nouveau le nombre de postes ouverts au concours en 2006, et à faire en sorte que toutes les spécialités soient cette fois concernées. Le ministère de la Santé a également promis de se pencher sur une autre question : la possibilité de supprimer l'un des deux quotas (d'entrée ou de sortie) de la NPR, une des revendications de la FPS. Son délégué général, le Dr Hani-Jean Tawil, note « *des ouvertures* », mais attend « *des engagements fermes par écrit* ». L'éventualité d'un dépôt de préavis de grève pour accentuer la pression sur les pouvoirs publics n'était pas écartée mercredi en fin de journée. Le conseil d'administration de la FPS se réunit demain et décidera à cette occasion de la suite à donner au mouvement.

> D. CH

Les revenus de l'ensemble des médecins libéraux ont progressé en 2003 Le Quotidien du Médecin du 16/09/2004

Honoraires et activité

Le revenu moyen (avant impôt) de la majorité des médecins libéraux s'est inscrit en hausse en 2003. En tête de ce palmarès, le bénéfice des généralistes progresse de 8,4 %, dopé par les revalorisations tarifaires de 2002, et par une légère reprise d'activité. La plupart des spécialités enregistrent une croissance de leurs revenus supérieure à 4 %, mais souvent au prix d'un accroissement de la charge de travail. Jean-Pierre Gadras, président de la conférence des Arapl, analyse l'embellie comptable des libéraux de santé. L'échelle des revenus des praticiens en 2003 confirme la prépondérance des spécialités techniques.

Des bénéfiques (après les charges mais avant impôt) en hausse de 8,4 % en 2003 pour les généralistes, mais aussi + 7,1 % pour les pédiatres, + 5,6 % pour les ophtalmologues ou encore + 3,3 % pour les psychiatres : l'embellie constatée sur les revenus en 2002 s'est poursuivie l'année dernière, selon le bilan du réseau des AGA de l'Union nationale des professions libérale (Unapl), que « Le Quotidien » s'est procuré.

UN BON CRU. Les résultats 2003 des médecins libéraux, que nous sommes en mesure de publier grâce aux statistiques des associations régionales agréées affiliées à l'Unapl (Arapl) confirment l'amélioration comptable générale déjà constatée en 2002. Surprise cette année : les médecins généralistes affichent la progression la plus spectaculaire en termes de revenus imposables (+ 8,4 %), à égalité avec les gynécologues médicaux mais devant toutes les autres disciplines. Avec une évolution supérieure à 4 % d'une année sur l'autre, la plupart des spécialistes s'en sortent mieux que d'autres professions libérales (architectes, experts comptables, ingénieurs, avocats...), dont la hausse du résultat d'exploitation oscille entre 0,5 et 3,5 %. État des lieux.

Généralistes : « effet prix » et légère reprise d'activité

Sans atteindre la hausse « historique » du revenu moyen des généralistes en 2002 (+ 15 %), l'année 2003 confirme la progression des bénéfiques (+ 8,4 %). Ce deuxième bon cru pour les généralistes, qui retirent les fruits de la revalorisation des actes de base sur une année pleine (C et V) et de mesures ciblées (extension du forfait pédiatrique aux examens obligatoires, hausse de la consultation approfondie, nouveaux dispositifs contractuels), permet aux généralistes de redresser la barre après le gel inquiétant des exercices précédents (- 3,3 % en 2001, + 3,5 % en 2000). Sur la déclaration d'impôt des 12 511 généralistes affiliés à une Arapl, la hausse de 2003 se traduit par un supplément de revenu d'environ 6 000 euros en moyenne nationale. Un résultat encourageant pour les médecins de famille qui ne saurait faire oublier les écarts de revenus chez les omnipraticiens. On observe toujours un rapport du simple au triple entre le quart le moins fortuné des généralistes (qui déclare 39 200 euros sur sa feuille d'impôt, l'équivalent de la moyenne d'une infirmière) et le quart le plus aisé (dont le résultat atteint 121 800 euros, soit la moyenne d'un chirurgien général).

Reste que la tendance à la hausse est indéniable, comme l'illustre la croissance de 6,6 % des honoraires moyens perçus par les généralistes en 2003. Une progression des recettes confirmée par la Caisse nationale d'assurance-maladie (« Le Quotidien » du 6 septembre), qui s'explique d'abord par « l'effet prix » et, dans une moindre mesure, par « l'effet-volume »; autrement dit, à l'impact des revalorisations tarifaires s'est ajoutée une très légère reprise d'activité en 2003 (année d'une double épidémie de grippe notamment), contrairement à l'année précédente où le nombre d'actes des généralistes avait baissé (- 1 %). Quant aux dépassements d'honoraires des généralistes, ils ont diminué en 2003. Pour la deuxième année consécutive donc, le revenu moyen des généralistes a progressé plus rapidement que leur chiffre d'affaires. Explication : les charges professionnelles ont augmenté à un rythme moins soutenu, ce qui a permis aux praticiens concernés de préserver leur marge. Le Dr Michel Combier, président de l'Unof (Csmf), note avec satisfaction que la hausse des revenus « n'est pas liée, comme souvent par le passé, à une explosion du temps de travail ». « Les généralistes, analyse-t-il, ne sont plus sur la pente glissante des dernières années : cela prouve que la revalorisation des actes de base est le meilleur facteur de structuration de la profession et que l'on n'a pas besoin de multiplier les forfaits et autres niaiseries. » Le discours se lit entre les lignes : seul un investissement financier sur la Ccam clinique permettra de freiner durablement la course à l'acte.

Echelle 2003 des revenus des médecins libéraux

specialité	revenu moyen avant impôt en €
Radiologue	149 500
Anesthésiste-réanimateur	139 800
Chirurgien général	120 800
Ophtalmologue	113 200
Néphrologue-urologue	108 600
Cardiologue	104 100
Gastro-entérologue	92 100
ORL	87 700
Pneumologue	83 300
Gynécologue-obstétricien	81 700
Rhumatologue	78 600
Médecin généraliste	76 200
Neurologue	74 000
Dermatologue	70 300
Pédiatre	69 900
Gynécologue médical	67 700
Psychiatre	65 500
Endocrinologue	51 500
Médecin remplaçant	3 690

(Source : Arapl + Unasa.)

Spécialistes : dépassements et suractivité régionale

Même s'il faut rappeler la légère surreprésentation du secteur II dans les AGA, qui exagère sans doute les moyennes que nous publions, l'année 2003 a été positive pour la quasi-totalité des spécialités, à des degrés certes divers. La croissance du revenu moyen de l'ensemble des spécialistes libéraux dépasse ainsi 4 %, avec des progressions particulièrement fortes pour les gynécologues médicaux (+ 8,4 %), les neurologues (+ 8,3 %) et les pédiatres (+ 7,1 %).

Il est impossible d'apprécier cette augmentation du bénéfice sans évoquer le rythme de croissance des dépassements d'honoraires en 2003 (+ 10,2 %), qui explique partiellement ces résultats. Selon la Cnam, la progression des dépassements tarifaires reste « *considérable* », quoique largement inférieure à celle, « *exceptionnelle* », de l'année 2002 (+ 20 %). Après huit ans de blocage tarifaire, quelques spécialités ont également commencé à tirer les fruits de revalorisations ciblées, comme les spécialistes de la naissance et surtout les cliniciens du secteur I qui, à l'issue d'un accord syndical très contesté il y a un an, ont bénéficié d'une majoration forfaitaire transitoire de 2 euros appliquée aux consultations depuis septembre 2003 (après l'arrondi sur le CS acquis dès février).

Les variations de revenus au sein de la même spécialité se révèlent toutefois considérables. Le rapport (entre le bénéfice moyen du quart le plus aisé de la discipline et celui du quart le plus pauvre) va de 1 à 3,5 pour les anesthésistes ou les pédiatres, de 1 à 4 pour les gynécologues, de 1 à 5 pour les cardiologues. Plus que jamais, la démographie a un rôle décisif sur le chiffre d'affaires des spécialistes avec une relation globalement inverse entre honoraires et densité. Pour le Dr Michel Chassang, président de la Csmf, « *la très forte progression des volumes chez de nombreux spécialistes, notamment dans les zones où la démographie médicale est négative, est un puissant facteur d'explication* ». Un « *engrenage regrettable* » également dénoncé par le Dr Olivier Aynaud, secrétaire général de l'Unapl, « *à l'heure où l'on parle de libérer du temps mais aussi de la féminisation de la profession* ».

A noter enfin le cas isolé des néphrologues libéraux, dont le revenu imposable a... chuté de 6,8 % en 2003, toujours selon les données des Arapl. Certes, le faible effectif pris en compte (125 médecins) peut créer un biais. Mais d'autres facteurs expliquent ce chiffre. « *Notre acte de base a été baissé à deux reprises en cinq ans, rappelle le Dr Jean-Paul Ortiz, président du syndicat des néphrologues. Par ailleurs, malgré la croissance du nombre de patients, le développement des traitements hors centre*

(unités d'autodialyse) *s'est accompagné, au mieux, d'une stagnation des revenus des néphrologues.* »
De nouvelles revendications dans la perspective de la réforme de la nomenclature.

Les radiologues toujours en pôle position

Le baromètre 2003 des revenus imposables des médecins libéraux, que nous publions grâce aux données agrégées de la conférence des Arapl et de l'Unasa (Union nationale des associations agréées), soit un très large éventail de médecins, révèle une remarquable stabilité dans l'échelle des spécialités. Comme en 2002, radiologues, anesthésistes et chirurgiens arrivent en tête, avec un bénéfice moyen avant impôt supérieur à 120 000 euros, devant les ophtalmologues, les néphrologues, les cardiologues et les gastro-entérologues (voir tableau). Avec 76 200 euros de résultat, les médecins généralistes conservent les places gagnées dans la hiérarchie des revenus depuis les revalorisations historiques du C et du V, devant les neurologues, les dermatologues, les pédiatres, les gynécologues médicaux, les psychiatres et les endocrinologues.

A noter toutefois que les écarts de revenus ne se résorbent guère : le rapport moyen reste du simple au double entre l'omnipraticien et le radiologue ou entre le pédiatre et l'anesthésiste.

Les petits pas de la réforme

***Le Quotidien du Médecin* du 16/09/2004**

Tandis que la Cour des comptes sermonne les pouvoirs publics dans la dernière livraison de son rapport sur les comptes de la Sécu rendu public aujourd'hui, le gouvernement s'active sur la mise en place de la réforme de l'assurance-maladie en soumettant à la concertation plusieurs projets de décrets et arrêtés.

LA COUR DES COMPTES rend public aujourd'hui son rapport annuel sur l'exécution de la loi de financement de la Sécurité sociale (Lfss) en 2003.

Selon « les Echos », ce rapport reproche au gouvernement de n'avoir pas enravé la dérive des dépenses d'assurance-maladie ayant entraîné « *la plus forte dégradation financière de l'histoire de la Sécurité sociale* ». La haute juridiction critique en particulier les incohérences de la politique du médicament en France. Un chapitre du prérapport de la Cour des comptes dénonçait déjà toutes ses insuffisances, de la politique du prix des médicaments à la politique conventionnelle Etat/industriels, en passant par les taxes et le manque d'information fournie aux prescripteurs par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (« le Quotidien » du 14 juin).

C'est en tout cas mardi prochain que la Commission des comptes de la Sécurité sociale (Ccss) publiera ses dernières prévisions pour 2004 et 2005, où le déficit de la branche maladie pourrait être ramené de 13 à 8-8,5 milliards d'euros. Ce qui explique (« le Quotidien » du 8 septembre) que le ministre de la Santé souhaite fixer l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie à un niveau inférieur à 4 % en 2005, sans doute d'ailleurs plus proche de 3,5 que de 4 %.

Pendant ce temps, la réforme de la gouvernance de l'assurance-maladie s'accélère depuis que l'on sait avec certitude que Frédéric Van Rookeghem, actuel directeur de cabinet du ministre de la Santé, occupera les fonctions de directeur général de la Caisse nationale d'assurance-maladie (Cnam) et de l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam), et qu'Alain Coulomb, actuel directeur de l'Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), deviendra le directeur général de la Haute Autorité de santé, chargée de donner un avis sur les actes et les spécialités pharmaceutiques remboursés.

La composition des CA des caisses.

Le gouvernement vient par ailleurs de soumettre aux partenaires sociaux six projets de décrets ou arrêtés avant leur examen par les administrateurs de la Cnam le 23 septembre. Un projet de décret précise notamment la composition des conseils d'administration de la Cnam et des caisses primaires (Cpam) où les représentants du Medef siègeront à nouveau, comme vient de le confirmer son président, Ernest-Antoine Seillière, car leur direction « *n'est plus paritaire* ». A la Cnam, le conseil d'administration devrait comporter 13 représentants des assurés sociaux (3 CGT, 3 FO, 3 Cfdt, 2 Cftc, 2 CGC), 13 représentants des employeurs (7 Medef, 3 Cgpmme et 3 pour l'UPA des artisans),

3 représentants de la Mutualité française, ainsi que « six représentants d'institutions intervenant dans le domaine de la santé », dont une voix pour l'Union nationale des professions libérales et une voix pour les usagers à travers le Collectif interassociatif sur la santé.

Le retour du patronat.

Dans les conseils d'administration des Cnam, la répartition des sièges se ferait comme suit selon un projet de texte : 8 pour le patronat, 8 pour les syndicats de salariés, 2 pour la Mutualité française et 5 pour les institutions intervenant dans le secteur de la santé.

Un autre décret précise le pilotage de l'assurance-maladie (élection du président de la Cnam, attributions de son directeur général, missions de l'Uncam...).

Un autre texte concerne le « Comité d'alerte » placé auprès de la Ccsm, qui doit tirer la sonnette d'alarme dès que les dépenses d'assurance-maladie dépassent de 0,75 % l'objectif fixé par le Parlement (Ondam).

Enfin, un arrêté porte sur le futur conseil de l'hospitalisation (composition et modalités de fonctionnement) chargé de rédiger un rapport annuel au ministre de la Santé sur la réalisation des objectifs de dépenses d'assurance-maladie dans les établissements hospitaliers. La composition et le fonctionnement du Conseil économique des produits de santé (Ceps) font aussi l'objet d'un projet de décret.

> AGNES BOURGUIGNON.

Dépenses hospitalières : la FHF inquiète pour 2005 Le Quotidien du Médecin du 16/09/2004

Selon les rumeurs parvenues aux oreilles de la Fédération hospitalière de France (FHF), le taux de progression des dépenses hospitalières serait « de l'ordre de 3,5 % » en 2005. Nettement insuffisant, tranche la Fédération, qui réclame un taux de progression de 4,74 % au moins, ce qui correspond selon elle à « une simple reconduction des moyens nécessaires au fonctionnement des établissements ». Cette information, que les pouvoirs publics n'ont pas confirmée, survient au moment même où les hôpitaux franciliens annoncent une situation financière très critique (voir le quotidien d'hier).

Ce taux de 3,5 %, s'il était confirmé, « aggravera automatiquement une situation budgétaire déjà très préoccupante », déclare la FHF, qui rappelle que le besoin des hôpitaux publics se monte à 776 millions d'euros selon son estimation.

Record de versement l'an dernier Prestations sociales : 30 % du PIB en 2003 Le Quotidien du Médecin du 16/09/2004

L'ENSEMBLE des prestations de protection sociale versées aux ménages a représenté 465 milliards d'euros en 2003, pour atteindre près de 30 % du produit intérieur brut (PIB), « soit le niveau le plus élevé observé jusqu'ici », selon une étude de la Direction de la recherche du ministère des Affaires sociales (Drees).

Le précédent record remontait à 1996 (29,4 %) et avait été suivi d'une diminution jusqu'en 2000, sous l'effet de la croissance économique et des réformes de la protection sociale mises en œuvre à partir du plan Juppé de décembre 1995. Le retournement de la croissance, amorcé dès 2001 et amplifié en 2003, a « contrecarré cette tendance à la stabilisation des dépenses » qui, selon la Drees, « sont, depuis lors, réparties nettement à la hausse ».

Les prestations de protection sociale (29,9 % du PIB) ont ainsi subi une hausse de 4,9 % en valeur et de 2,8 % en euros constants par rapport à 2002. Ce sont les prestations afférentes au risque vieillesse-survie qui occupent la première place (42,9 % de l'ensemble, 12,8 % du PIB). Ces prestations

poursuivent ainsi « *leur hausse tendancielle* » (+ 4,1 % pour l'ensemble vieillesse-survie, et + 4,2 % pour les seules prestations vieillesse).

Les prestations versées au titre du chômage et de la perte d'emploi, « *parmi les plus sensibles à la conjoncture économique* », se sont accrues en moyenne de 9,8 % en euros constants.

Les prestations liées à la maladie (8,6 % du PIB, 28,8 % de l'ensemble) poursuivent leur augmentation « *à un rythme élevé* », avec + 6,7 % (en valeur) en 2003, après + 7,2 % en 2002. Les soins de santé, qui représentent plus de 90 % de ces prestations, progressent de 6,6 %, subissant l'impact de la croissance toujours rapide des dépenses hospitalières (+ 6 %), liée à la réduction du temps de travail, ainsi que de la « *vive croissance des dépenses de médecine ambulatoire* » (+ 7,4 %).

Les prestations afférentes au risque invalidité (1,4 % du PIB, 4,8 % de l'ensemble) sont au contraire en ralentissement, avec une augmentation ramenée à 2,4 %, après + 4,7 % en 2002. Les prestations accidents du travail (0,5 % du PIB, 1,6 % de l'ensemble) augmentent rapidement (+ 6,1 %), à cause, notamment, de la « *poussée forte des indemnités journalières* » (+ 7,4 %).

L'ensemble des prestations « *maternité et famille* » (2,9 % du PIB, 9,4 % de l'ensemble) ne progressent que de 0,9 %, mais les deux composantes connaissent des évolutions assez divergentes. Les prestations liées à la famille (38,2 milliards d'euros) sont quasiment stables (+ 0,5 % après + 2,5 % en 2002), alors que celles consacrées à la maternité (5,8 milliards d'euros) progressent de plus de 3,5 %, du fait, selon la Drees, de la revalorisation des « *actes (...) qui ont conduit à une augmentation des frais liés à l'accouchement* ».

La hausse des dépenses de santé limitée à 3,5% en 2005

Béatrice Taupin

Le Figaro, 14 septembre 2004

A une semaine de la présentation des comptes de la Sécurité sociale actualisant les comptes 2004 et présentant les premières projections 2005, les choses ne sont pas définitivement arrêtées. Mais les grandes hypothèses économiques et sociales sont fixées, et si elles sont respectées, le gouvernement espère ramener le déficit de l'assurance-maladie de 13 milliards cette année à 8 ou 8,5 l'an prochain. Il faudra pour cela que les dépenses progressent de moins de 3,5%. Une gageure pour Frederic Van Rookegem, l'actuel directeur de cabinet de Philippe Douste-Blazy, donné comme probable futur directeur de la nouvelle Union nationale des caisses maladie : c'est à lui qu'il appartiendra de visser les boulons pour faire respecter les objectifs.

Pour 2004, pas de grand changement par rapport aux projections de juin. Le déficit du régime général devrait rester fixé autour de 14 milliards d'euros, dont 13 pour la seule assurance-maladie, un quasi-équilibre pour l'assurance-vieillesse et des déficits de 0,2 milliard pour la branche famille et 0,5 pour les accidents du travail. C'est néanmoins beaucoup plus que ce que prévoyait la loi de financement de la sécurité sociale 2004, votée à l'automne dernier, qui tablait sur un déficit global de 11,2 milliards, venant pour l'essentiel de la branche maladie (10,9 milliards). A l'époque, le gouvernement avait pêché par optimisme, retenant une croissance de la masse salariale de 3,1% et un objectif national de dépenses maladie (Ondam) en augmentation de 4%. En réalité, dès juin le gouvernement admettait que la masse salariale ne dépasserait pas 2,9%, et chiffrait à 4,6% la hausse des dépenses maladie, soit un dépassement de l'Ondam de 0,8 milliard. Selon les derniers chiffres de la Caisse nationale d'assurance-maladie, les dépenses progressent encore de 5,1% en rythme annuel ; mais les ressources hors masse salariale seraient un peu supérieures aux prévisions, d'où une quasi-stabilité des déficits.

Pour 2005, le gouvernement risque fort de pêcher de nouveau par optimisme. Outre sur une croissance économique de 2,5% et une masse salariale en progression de 4%, il table sur une hausse des dépenses maladie de 3 à 3,5%. Un taux loin d'être acquis, à considérer la pente actuelle. Quoi qu'il en soit, l'alourdissement des charges résultant de l'introduction de la RTT et de l'augmentation des honoraires consentie en 2002 aux médecins – qui ont fait bondir les dépenses maladie de 7,2% en

2002 et de 6,4% en 2003 – relève du passé. Le gouvernement compte aussi sur la réforme Douste-Blazy et les premiers effets des changements de comportement pour effacer le surcroît naturel de dépenses d'une année sur l'autre (2 milliards). Comme le plan Douste-Blazy doit aussi apporter 4,8 milliards de ressources nouvelles (hausse de la CSG, contribution des entreprises, etc.), Matignon table donc sur un déficit maladie ramené l'an prochain à un montant situé entre 8 et 8,5 milliards d'euros.

Au total, toutes branches confondues, le régime général verrait son déficit diminuer de 14 milliards cette année à une dizaine l'an prochain.

Les transferts sociaux représentent 30% du PIB

Claire Bommelaer

***Le Figaro*, 14 septembre 2004**

La France a consacré, en 2003, 465 milliards d'euros pour sa protection sociale. Ce chiffre, impressionnant, a augmenté de 4,9% en un an. Il correspond désormais à 29,9% du PIB, soit près d'un tiers de la richesse nationale. C'est, au dire du ministère de l'Emploi, qui a publié hier une étude en ce sens, «*le niveau le plus élevé*» jamais observé : le précédent «*sommet*» avait été atteint en 1996, et avait été suivi d'un repli jusqu'en 2000, pour repartir à la hausse les années suivantes.

Les prestations sociales sont, de fait, très sensibles à la conjoncture économique. Leur courbe suit autant les décisions sociales qui les motivent que les aléas de la croissance. L'étude ne se penche pas, cependant, sur la question de l'efficacité de ces milliards reversés. Mais elle montre que chaque Français, ou presque, peut se targuer d'en être bénéficiaire, au titre de la retraite, de la maladie, de la maternité, du chômage ou de la pauvreté.

Ainsi, 43% des prestations en question représentent celles liées à la vieillesse- survie. La part de ce type de prestation connaît une augmentation provoquée par l'arrivée à l'âge de la retraite de générations «*qui se sont constitué des droits à la retraite plus élevés que leurs aînées*». L'année dernière, le poste «vieillesse» a par ailleurs grimpé sous l'effet de la grande diffusion de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) auprès de personnes dépendantes.

Les prestations maladie représentent, de leur côté, 28,8% de l'ensemble. Là encore, elles progressent de façon tendancielle depuis plusieurs années. Mais en 2003, l'augmentation des honoraires médicaux, la montée en charge de l'indemnisation des victimes de l'amiante ainsi que le nombre d'arrêts-maladie de longue durée ont contribué à donner un «*coup de pouce supplémentaire*» à cette tendance lourde.

Si le poids des prestations liées à la famille, aux accidents du travail baisse ou reste stable, celles correspondant à la maternité «*restent dynamiques*». «*Concourent enfin à cette évolution les dépenses liées à l'emploi dans un contexte de difficulté du marché du travail*». Les dépenses pour les seules indemnités du chômage ont crû, en 2003, de 14,4%. De la même façon, les prestations liées à la pauvreté et à l'exclusion sociale ont connu une hausse de 6 à 8% «*principalement sous l'effet de la montée en charge du RMI*».

Réforme de l'assurance-maladie

Frédéric Van Rookeghem : le grand patron

***Le Quotidien du Médecin* du : 15/09/2004**

Le directeur de cabinet de Philippe Douste-Blazy devrait officiellement succéder à Daniel Lenoir à la direction de la Cnam et ainsi devenir le directeur général de la future Union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam). Cette nomination provoque l'annulation de la négociation sur la Ccam prévue initialement ce soir, mais ravit les représentants des médecins libéraux.

EN DEBUT DE SEMAINE, après diverses confirmations orales du ministère auprès des responsables de syndicats médicaux, ce n'était déjà plus qu'un secret de polichinelle. Le conseil des ministres va aujourd'hui même, sauf imprévu, rendre la nouvelle complètement officielle. Frédéric Van Rookeghem, le directeur de cabinet de Philippe Douste-Blazy, devrait être nommé par le

gouvernement directeur général de la Caisse nationale d'assurance-maladie (Cnam) et donc, *de facto*, futur directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam), dont l'installation (subordonnée à un décret) est prévue au début de novembre. Outre le directeur de cabinet du ministre de la Santé et de la Protection sociale, les candidats réels ou supposés à ce poste clé étaient Christian Charpy, actuel conseiller social de Jean-Pierre Raffarin à Matignon (énarque, conseiller technique de Simone Veil, puis directeur de cabinet de Philippe Douste-Blazy, lorsqu'ils étaient chargés de la Santé, de 1993 à 1995), et Daniel Lenoir, directeur de la Cnam depuis 2000. Ce dernier partait toutefois avec un sérieux handicap, dès lors qu'il était admis qu'une tête nouvelle mettrait mieux en musique la réforme de l'assurance-maladie et serait en mesure de donner un second souffle aux relations conventionnelles avec les professions de santé libérales.

Le remplacement rapide de Daniel Lenoir à la direction de la Cnam explique l'annulation, annoncée lundi par la caisse, de la nuit de négociation prévue initialement sur les dispositifs d'accompagnement de la Classification commune des actes médicaux (Ccam) technique. Ce report ne devrait pas être trop gênant pour la suite dès lors que l'entrée en vigueur de la Ccam technique - qui va de pair avec la tarification à l'activité (T2A) des cliniques - est repoussée au 1er décembre, à la demande expresse de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP). La Ccam est du reste l'un des premiers dossiers sur lesquels Frédéric Van Roekeghem s'est penché, sitôt qu'il a reçu l'assurance d'être nommé à ce poste stratégique.

Bon accueil

Le parcours professionnel et politique de cet ancien X (voir encadré) fait de lui un fin connaisseur des questions de santé et de Sécurité sociale. Sa nomination imminente est d'autant mieux accueillie par les représentants des médecins libéraux que le directeur de cabinet de Philippe Douste-Blazy s'est particulièrement impliqué dans l'élaboration de la réforme de l'assurance-maladie, puis dans la négociation de l'accord des chirurgiens du 24 août, qui a stoppé l'exil de 2 000 praticiens à Wembley, en Angleterre.

Aux yeux du président de la Confédération des syndicats médicaux français (Csmf), première centrale syndicale de médecins libéraux, l'homme présente déjà l'avantage de n'être « *pas énarque, mais polytechnicien* ». « *Il comprend très vite, est très sympathique, il a des qualités humaines, et en particulier un talent de négociateur* », ajoute le Dr Michel Chassang. Bref, « *le courant passe* ». « *Ce n'est pas une mauvaise nouvelle, bien au contraire*, déclare pour sa part le Dr Jean-Claude Régi. *S'il y a un homme au ministère au courant de la globalité de la réforme, c'est bien lui. Il a une capacité d'écoute permanente, est disponible. Il est authentiquement libéral et souhaite que l'exercice de la médecine libéral perdure* », se félicite le président de la Fédération des médecins de France (FMF).

Le président du Syndicat des médecins libéraux (SML) soupçonne Frédéric Van Roekeghem d'avoir « *un clone* », voire deux, parce que « *ce n'est pas possible qu'il fasse tout ce qu'il fait* ». Dinorino Cabrera fait référence aux innombrables et longs appels téléphoniques passés par le directeur de cabinet de Douste « *pour trouver un consensus* », notamment avec les chirurgiens libéraux en plein mois d'août. Il possède « *une certaine fermeté, quoi qu'on en dise, mais il sait écouter, convaincre avant de trancher* », poursuit le Dr Cabrera. « *Il est très posé, c'est un matheux qui veut toujours qu'une enveloppe soit financée* », relève le président de l'Union collégiale des chirurgiens et spécialistes français (Uccsf, composante d'Alliance). *Il a un côté hyperlibéral - il vient de chez AXA -, mais ce n'est pas Guillaume Sarkozy* » (du Medef), conclut le Dr Jean-Gabriel Brun.

Le Dr Philippe Cuq, qui a vu aussi Frédéric Van Roekeghem « *s'impliquer beaucoup* » dans la négociation avec les chirurgiens à Paris et à Biarritz, voit dans le futur directeur de l'Uncam « *un homme de dialogue, plutôt chaleureux, à l'écoute des gens, quelqu'un avec lequel il est agréable de travailler* ». Le porte-parole des Chirurgiens de France « *espère que la fonction ne changera pas l'homme* ». Quant au président de MG-France, il se garde de tout commentaire sur les nouvelles fonctions de Frédéric Van Roekeghem : « *Le rôle attendu du directeur de l'Uncam ne peut pas être apprécié au vu des données passées car ce ne sont plus les mêmes chaînes de responsabilité.* »

Le chantier conventionnel

Nommé pour cinq ans par le gouvernement, le futur directeur général concentre l'essentiel des pouvoirs au sein de l'Uncam. La loi du 13 août sur la réforme prévoit notamment que, « *sur mandat du collège des directeurs* » (des caisses nationales), « *il négocie et signe l'accord-cadre, les conventions, les accords et contrats régissant les relations avec les professions de santé et les centres de santé* », ainsi que « *les contrats d'objectifs et de gestion interrégimes* ». « *L'expérience dira quel sera le poids*

du conseil [12 membres de la Cnam, 3 membres de la Canam et 3 membres issus de la MSA, ndlr] et quel rôle - de spectateurs ou pas - veulent jouer les partenaires sociaux », souligne Pierre Costes.

Quoi qu'il en soit, le Dr Chassang « *se félicite que le gouvernement ait choisi la solution rapide car cela ne servait à rien de tergiverser* », compte tenu du chantier conventionnel à venir. « *Cela va permettre d'entrer dans le vif du sujet sans attendre deux mois*, renchérit le Dr Cabrera, dont le vœu a été exaucé (« le Quotidien » du 13 septembre). *Il faut que, dès maintenant, on essaye de bâtir une convention* ».

> **AGNÈS BOURGUIGNON**

Une peinture à l'Uncam

Ce polytechnicien de 43 ans a aussi été formé à l'Ecole nationale supérieure des techniques avancées (Ensta) avant de décrocher un Master of science de l'université de Santa Barbara en Californie. Après un passage à la Direction générale de l'armement (DGA, de 1987 à 1990), Frédéric Van Roekeghem a intégré la Direction du budget à Bercy. De 1995 à 1997, il occupe les fonctions de conseiller technique au cabinet du ministre de l'Economie et des Finances, au côté d'Alain Madelin puis de Jean Arthuis, et d'Alain Lamassoure (ministre délégué au Budget). Quand la gauche revient au gouvernement, il prend la direction du Fonds de solidarité vieillesse (FSV, de 1997 à 2001). Puis il a été directeur à l'audit d'assurances Axa de 2001 à 2003. Il dirigeait l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (Acoss, la « banque » de la Sécu) avant d'être nommé en avril directeur de cabinet de Philippe Douste-Blazy au lendemain des élections régionales.

La situation financière des hôpitaux franciliens

Le diable par la queue

Le Quotidien du Médecin du : 15/09/2004

Dans l'attente de la distribution par l'Agence régionale de l'hospitalisation de la manne promise par Philippe Douste-Blazy pour assainir leurs finances, les hôpitaux d'Ile-de-France continuent d'accuser des trous béants de trésorerie. Avec son déficit cumulé de plus de 15 millions d'euros, Victor-Dupouy, à Argenteuil, fait les gros titres, mais d'autres établissements seraient plus mal en point encore.

LA FIN DE L'EXERCICE budgétaire est encore loin et les finances des hôpitaux franciliens sont déjà saignées à blanc. Les déficits se creusent. A eux tous et hors Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), les établissements publics de la région estiment qu'ils auraient besoin, pour remettre leurs comptes à zéro, de quelque 180 millions d'euros. Philippe Douste-Blazy, via un plan national d'apurement des comptes annoncé en mai dernier, leur a promis une aide exceptionnelle de 90 millions d'euros (1) ; ils attendent encore que l'Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France (Arhif) procède, au terme de la négociation de « contrats de retour à l'équilibre », à la distribution de cette manne. Celle-ci, s'engage l'Arhif, sera effective « *avant la fin de l'année* ». Dans l'intervalle, les hôpitaux franciliens souffrent et certains ne le font pas - ou plus - en silence. C'est le cas du centre hospitalier d'Argenteuil, dans le Val-d'Oise, 98 000 habitants qui en font la troisième ville de la région Ile-de-France.

Depuis quelques jours, à la suite des indiscretions de l'un de ses administrateurs, cet établissement fait les gros titres de la presse et de la télévision. On l'y dit tour à tour « *au bord de la faillite* » ou bien « *menacé de fermeture* ». Même si les termes sont un peu exagérés (un hôpital public ne fait pas « faillite » et il n'est évidemment pas question que les habitants du Val-d'Oise trouvent portes closes à celui d'Argenteuil), les finances, c'est un fait, ne sont pas au mieux.

Pour un budget d'environ 136 millions d'euros, Victor-Dupouy accusera à la fin de l'année un déficit cumulé de plus de 15 millions d'euros : 7,25 millions au titre de 2003, où l'hôpital a dû pour la première fois recourir à la gymnastique du « report de charges », c'est-à-dire inscrire des dépenses de l'année au budget de l'exercice suivant : 8 millions au titre de 2004. Pourquoi ces mauvais chiffres ? D'abord parce que, depuis la fin des années quatre-vingt-dix, l'hôpital d'Argenteuil a pâti, comme tous ceux de la région, du double effet des dotations globales serrées et de la péréquation inter-régionale des crédits, l'Ile-de-France, considérée jusque-là comme « sur-dotée », se serrant la ceinture au profit des régions, comme la Bourgogne, dites « sous-dotées ». « *En 2003, notre budget était ainsi en baisse de 7 %* », explique Maurice Toullalan, le directeur de l'hôpital.

Activité en forte hausse

Ensuite, parce que ce régime sec a été appliqué à un établissement dont l'activité a explosé ces dernières années : + 10 % en 2003 ; sans doute + 10 % de nouveau en 2004. En 1999, l'hôpital enregistrait 55 000 passages aux urgences ; l'an dernier, il y en a eu 63 000. De 1 700 accouchements réalisés par la maternité il y a cinq ans, on est passé à 2 700 l'an dernier et sans doute à 3 000 en 2004. Sur les sept premiers mois de cette année, les chirurgiens de l'hôpital ont opéré 8 % de malades de plus qu'en 2003 sur la même période. Spectaculaire, la hausse s'explique en partie par la fermeture des cliniques d'Argenteuil - la dernière a mis la clé sous le paillason en décembre 2002. La rénovation il y a dix-huit mois des urgences de l'hôpital a également créé un appel d'air.

En gros, le succès de l'hôpital d'Argenteuil est donc à l'origine de ses problèmes de trésorerie actuels. Un paradoxe qui devrait disparaître en partie avec la tarification à l'activité (T2A), mais qui, pour l'heure, place l'établissement dans une situation délicate. « *Si nous étions une entreprise privée, nous aurions fermé, mais nous ne le sommes pas* », ironise Maurice Toullalan. En attendant de connaître le montant de l'enveloppe que l'Arhif donnera à Victor-Duroy - l'établissement a d'ores et déjà prévu de réunir à cette occasion un conseil d'administration exceptionnel -, les rumeurs courent dans les couloirs de l'hôpital : le paiement des fournisseurs de l'hôpital serait bloqué ; les salaires de décembre ne seraient pas payés aux personnels.

Une conduite vertueuse

Député-maire (UMP) d'Argenteuil et président du conseil d'administration de l'hôpital, Georges Mothron les réfute et préfère - Philippe Douste-Blazy ayant indiqué que, pour la répartition de l'enveloppe de rebasage budgétaire, les bons gestionnaires seraient privilégiés - mettre en avant la conduite vertueuse de son établissement : « *Nous ne sommes pas, insiste-t-il, parmi les plus mauvais. Nous avons fait beaucoup d'efforts de productivité, en nouant des partenariats avec l'AP-HP - ce qui n'est pas toujours évident -, mais aussi avec des cliniques privées ou des médecins libéraux. Tout cela permet des économies d'échelle non négligeables.* »

Sa bonne conduite dans la balance, l'hôpital est suspendu à la décision de l'ARH. Certains la voient venir plutôt sereinement. D'autres l'attendent sans grand espoir. Colette Girard, représentante de la CGT à Victor-Dupouy, réunit demain les personnels de l'hôpital en assemblée générale. Elle, la manne de l'Arhif, elle n'y croit pas trop : « *Je ne suis pas sûre que l'agence ait les 90 millions d'euros dont on parle. C'est un effet d'annonce, comme d'habitude. Ici, nous attendons des enveloppes promises depuis plus d'un an et qui ne sont toujours pas arrivées !* »

« Il y a bien pire »

En mettant sur la place publique ses graves problèmes de trésorerie, Victor-Dupouy pourrait laisser penser que sa situation est la plus calamiteuse de toute la région. Il n'en est rien. « *Argenteuil, explique Cédric Lussiez, responsable de l'Union régionale des hôpitaux d'Ile-de-France (Urhif), est dans une situation un peu plus sévère que la moyenne, mais il n'est pas une exception en Ile-de-France. Il y a bien pire...* » Tout bien pesé, cet expert estime que Victor-Duroy est dans « *le mauvais tiers* » des hôpitaux franciliens, un groupe d'une vingtaine d'établissements ayant un besoin urgent d'oxygène et dont on sait déjà - c'est mathématique - que la moitié seulement retrouveront une bonne santé financière grâce aux millions d'euros promis par Philippe Douste-Blazy.

> KARINE PIGANEAU

(1) Pour la France entière, l'enveloppe totale est de 300 millions d'euros.

Plan 2004-2007 en dix objectifs

Alzheimer : au secours des malades et de leurs familles

Le Quotidien du Médecin du : 15/09/2004

Le ministre de la Santé et de la Protection sociale, Philippe Douste-Blazy, a présenté un plan en dix mesures destiné à « améliorer la qualité de vie » des quelque 800 000 personnes qui souffrent aujourd'hui de la maladie d'Alzheimer (ou de troubles apparentés) ainsi qu'à soulager leur entourage. Les généralistes sont appelés à jouer un rôle essentiel dans le repérage de la maladie.

LA DEFERLANTE de la maladie d'Alzheimer sur la France, Philippe Douste-Blazy la voit venir « *comme une vague de 30 m de haut qui va s'abattre sur notre société. Dans l'histoire de l'humanité, nous sommes les premiers hommes à connaître un pareil événement* », n'a pas hésité à lancer le ministre de la Santé en présentant à la presse son Plan Alzheimer 2004-2007. Quelques chiffres

donnent la mesure du phénomène : en 2004, on dénombre près de 800 000 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés, ce qui représente 18 % des plus de 75 ans ; avec une incidence annuelle de 165 000 nouveaux cas, le cap du million de patients diagnostiqués sera dépassé dès l'année prochaine.

Entre 100 et 110 millions d'euros.

Pour commencer, annonce Philippe Douste-Blazy, il n'est plus question de confondre la maladie d'Alzheimer avec les psychoses. Par décret, elle va devenir une affection longue durée spécifique (ALD), en réponse à une revendication ancienne des familles. Une reconnaissance qui n'affectera pas les modalités de la prise en charge des soins, déjà remboursés à 100 %. Les neuf autres mesures ont un coût qui devrait atteindre « *entre 100 et 110 millions d'euros* ». C'est ainsi que cent nouvelles structures de type consultation mémoire devraient voir le jour en milieu hospitalier, soit une augmentation de près de 50 % des moyens actuels, pour réunir des moyens pluridisciplinaires (neurologues, orthophonistes et neuropsychologues) capables d'établir le diagnostic et de prendre en charge le patient. Pour faciliter le diagnostic précoce et ralentir l'évolution de la maladie, une évaluation cognitive à partir de l'âge de 70 ans va être intégrée aux consultations de prévention prévues par la loi de santé publique.

La forte hétérogénéité qui règne aujourd'hui dans le maillage du territoire devrait ainsi être corrigée. Ces consultations feront l'objet d'un guide des bonnes pratiques d'évaluation et de stimulation cognitive qui sera largement diffusé.

Egalement distribué en quantité, la « *mallette Alzheimer* » devrait être disponible au quatrième trimestre 2004 ; avec un guide destiné au médecin (aide à la relation au travers des fondements et des modalités de la mise en pratique d'une démarche éducative adaptée), une affiche à apposer dans la salle d'attente et dix pochettes contenant chacune quatre livrets patient. Au rayon documentaire encore, le « *Memento Alzheimer* », élaboré par l'Instance prospective Alzheimer, inventorie l'ensemble des modes d'accueil et de pris en charge existants. Et un Numéro Azur complétera ces informations, avec des professionnels à l'écoute des familles pour leur délivrer tous les renseignements pratiques (étude de faisabilité en 2005).

Un cédérom pour les médecins.

Spécifiquement destiné aux professionnels de santé, un cédérom détaille et le projet de soins et la prise en charge globale de la maladie ; il comprend l'information sur la maladie, les recommandations thérapeutiques, le suivi de la personne malade en partenariat avec les généralistes et les spécialistes, la prévention et le traitement des complications somatiques et des situations de crise, le soutien des familles et la mise en place d'aides adaptées.

Les Ehpad (établissements d'hospitalisation des personnes âgées dépendantes) ne seront pas oubliés, qui pourront se référer à un guide des « *bonnes pratiques de soins* », élaboré conjointement par la Direction générale de la Santé et la Direction des Affaires sociales (une trentaine de fiches, mises en ligne sur le site du ministère www.sante.gouv.fr).

Mais Philippe Douste-Blazy ne cache pas qu'avec 70 % des malades qui vivent chez eux ce sont les mesures de maintien à domicile qui nécessitent avant tout d'être renforcées : pour éviter les hospitalisations non justifiées, par exemple lorsque l'aidant principal est victime d'un empêchement, des gardes à domicile seront mises en place durant quelques jours, avec un « *délai entre l'appel et la venue d'un professionnel formé à cette tâche qui sera particulièrement court* ». Il faut par conséquent débloquer des financements prioritaires, en lien avec l'assurance-maladie et les caisses vieillesse. Des emplois non marchands, à financement mixte, public et privé. « *Je reste persuadé, affirme le ministre, que c'est à domicile que les solutions seront trouvées au meilleur coût, avec, à la clé, la création de dizaines de milliers d'emplois dans le secteur intergénérationnel.* »

Dans cet esprit, pour mieux accompagner les malades et donner quelque répit à leurs familles, le nombre de places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour en « *petites unités de vie* » devrait passer de 2 378 en 2004 à 15 500 en 2007. Des unités semblables au centre Casa Delta 7, dans le 18^e arrondissement de Paris, lieu choisi pour annoncer le Plan Alzheimer ; organisé autour d'un médecin gériatre, avec une équipe spécialement formée qui comprend psychologue, psychomotricien, aide-soignant, ce centre fonctionne comme un lieu de réadaptation à la vie au domicile, avec son architecture qui veut rappeler les repères rassurants de la maison, salons, salle à manger, cuisine, à la fois convivial et sécurisé. L'enquête de satisfaction menée auprès des familles des 25 pensionnaires

indique que, dans 80 % des cas, les entourages ont eu l'impression que la prise en charge avait amélioré le patient à partir de la troisième semaine. L'amélioration vaut aussi pour les familles, dont les membres peuvent ainsi se reposer (30 %) et avoir d'autres activités (53 %).

S'il salue la « *pugnacité* » du gouvernement et « *les avancées* » d'un plan qui « *ouvre des horizons* », le président de l'association France Alzheimer, Jean Doudrich, n'en estime pas moins à 100 000 le nombre nécessaires de telles places d'accueil. On est loin du compte. Mais, à l'instar des Prs Françoise Forette (présidente de la Société française de gériatrie), Sylvie Legrain (CHU Bichat) et Jean-François Dartigues (directeur de recherches à l'Inserm), il reconnaît qu'« *avec ce plan il y a quelque chose de changé* ». Enfin.

> CHRISTIAN DELAHAYE

L'Alzheimer fait moins peur que le cancer

Le cancer est toujours la maladie que les Français redoutent le plus, pour eux-mêmes et pour leurs proches. C'est ce que montre un sondage TNS Sofres* réalisé pour Tilder et France Alzheimer, et présenté hier lors du congrès national de l'association. Le cancer est redouté par 86 % des personnes interrogées et cité en premier par 60 % d'entre eux, devant la maladie d'Alzheimer (47 et 12), le sida (38 et 12), un accident cérébral (37 et 5) et une maladie cardio-vasculaire - un infarctus (36 et 5). Pourtant, ils sont 78 % à redouter (46 % beaucoup et 32 % assez) la dépendance liée à l'âge et à la maladie. Et ils sont tout de même 35 % à avoir dans leur entourage une ou des personnes qui ont (21 %) ou ont eu (17 %) la maladie d'Alzheimer.

Qu'ils la redoutent ou non, les Français sont 69 % à juger la prise en charge insuffisante, un pourcentage qui atteint 80 % chez les 65-74 ans, qui savent de quoi ils parlent, puisque plus de 40 % ont ou ont eu un malade dans leur entourage.

>>>Echantillon national de 1 000 personnes représentatif de la population âgée de 18 ans et plus, interrogées les 28 et 29 juillet en face-à-face à leur domicile.

Dix mesures contre l'implacable avancée de la maladie d'Alzheimer Le Monde 14 septembre 2004

La maladie d'Alzheimer sera "l'une des grandes composantes de notre futur", a indiqué Philippe Douste-Blazy, le ministre de la santé, qui devait présenter, lundi 13 septembre, un important PLAN DE LUTTE contre la maladie. 800 000 PERSONNES sont touchées par cette affection, qui ne se guérit pas, soit 18 % des plus de 75 ans et 30 % des plus de 80 ans. 165 000 nouveaux cas sont recensés chaque année. La maladie d'Alzheimer débute par des troubles de la mémoire et du comportement, puis évolue vers une FORME DE DÉMENCE avec la disparition graduelle de toutes les facultés physiques et intellectuelles.

Elle lui évoque "une vague de 30 mètres de haut que personne ne voit véritablement venir". Pour Philippe Douste-Blazy, la maladie d'Alzheimer est devenue l'un "des sujets politiques majeurs de la société moderne". Cette pathologie dégénérative du cerveau, qui se caractérise par une perte progressive et inéluctable des fonctions cognitives, touche désormais 800 000 personnes en France, selon les estimations de l'Inserm, un nombre qui pourrait doubler en 2024 avec le vieillissement accéléré de la population.

"Il est temps de regarder le sujet en face, cette maladie sera l'une des grandes composantes de notre futur", a déclaré au Monde le ministre de la santé, qui devait présenter, lundi 13 septembre, son plan Alzheimer 2004-2007 pour "améliorer la qualité de vie des malades et de leurs proches". Après le programme lancé en 2001 par l'ancien ministre de la santé, Bernard Kouchner, mais resté en sommeil, le plan de M. Douste-Blazy cherche à relancer l'action des pouvoirs publics face à cet "enjeu essentiel de santé publique".

Pathologie qu'on soigne mais qu'on ne guérit pas, la maladie d'Alzheimer débute par des pertes de mémoire et des troubles du comportement, puis évolue vers la disparition graduelle de toutes les facultés intellectuelles et physiques. Avec l'allongement de la durée de la vie, le nombre de malades ne cesse d'augmenter et concerne désormais 18 % des plus de 75 ans, dont deux tiers de femmes. La

prévalence de la maladie augmente très fortement avec l'âge : doublant tous les quatre ans, elle est de 1,5 % à l'âge de 65 ans pour atteindre 30 % à l'âge de 80 ans. 165 000 nouveaux cas sont dénombrés chaque année, tandis que 65 000 patients décèdent dans le même temps. Si on inclut l'entourage familial, ce sont trois millions de personnes qui sont directement concernées par cette forme de démence. La maladie d'Alzheimer engendre en effet une dépendance absolue, qui bouleverse totalement la vie des patients et de leurs proches.

"CONSULTATIONS MÉMOIRE"

Prenant la mesure du phénomène, Philippe Douste-Blazy a choisi *"de reconnaître cette maladie comme une maladie à part entière"* en la hissant au rang d'affection de longue durée (ALD) spécifique, qui permet une prise en charge des dépenses de soins à 100 %. Cette mesure symbolique, qui constitue une revendication historique de l'association France Alzheimer, est destinée à *"préserver la dignité des personnes malades"*, affirme le ministre de la santé. Jusqu'à présent, la maladie d'Alzheimer n'était pas inscrite en tant que telle dans la liste des 30 ALD, mais comprise sous l'intitulé *"psychose, troubles graves de la personnalité, arriération mentale"*, un libellé jugé péjoratif par les familles. La reconnaissance de la maladie d'Alzheimer en tant que telle permettra, par ailleurs, de mieux recenser les patients, dont on estime que la moitié n'est pas dépistée.

Le plan Alzheimer devrait ainsi s'attacher à *"tout mettre en œuvre pour diagnostiquer la maladie le plus tôt possible"*. *"Le diagnostic précoce est le seul moyen pour ralentir l'évolution de la maladie et surtout pour retarder la dépendance, en permettant au patient de bénéficier d'actions de stimulation cognitive"*, explique M. Douste-Blazy. Le ministre souhaite encourager la vigilance des Français *"aux petits oublis"* de la vie quotidienne, premiers signes d'alerte *"trop souvent banalisés"*. *"Le médecin généraliste sera impliqué dans ce repérage"*, affirme M. Douste-Blazy, qui souhaite intégrer une évaluation cognitive aux consultations de prévention, prévues à l'âge de 70 ans par la loi sur la santé publique. Le plan prévoit par ailleurs de créer 100 nouvelles "consultations mémoire" en plus des 238 déjà existantes pour un coût estimé à 15 millions d'euros. Ces "consultations", composées d'un gériatre, d'un neurologue et d'un neuropsychologue, sont habilitées à établir le diagnostic de la maladie et proposent des projets de soins et d'aide aux patients.

RÉPIT POUR LES FAMILLES

Une fois le diagnostic posé, il faut accompagner les patients et leurs proches dans l'évolution de la maladie. 60 % des malades vivant à domicile, y compris à un stade avancé de la maladie, le soutien des "aidants", placés en première ligne pour accompagner le patient dans les actes de la vie quotidienne, est devenu prioritaire, afin de leur éviter au maximum les phases d'épuisement. *"Il est indispensable de donner quelques moments de répit aux familles éprouvées par un tel drame"*, estime M. Douste-Blazy. *"Il faut leur permettre de confier leur proche pour une ou plusieurs journées par semaine, dans des petites unités de vie dédiées à cet accueil."*

Dans cette optique, le ministre veut créer, d'ici à 2007, 13 000 places supplémentaires dans les accueils thérapeutiques de jour et les hébergements temporaires, en multipliant par quatre les places disponibles. Les soins dispensés dans ces petites structures seront pris en charge par l'assurance-maladie, afin que l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dont la moitié des bénéficiaires sont atteints de la maladie d'Alzheimer, ne soit plus engloutie par ces hospitalisations de répit, mais directement consacrée à l'aide à la dépendance. Enfin, le ministre a dégagé 88 millions d'euros supplémentaires pour augmenter les capacités d'encadrement médical des maisons de retraite qui accueillent des malades Alzheimer.

Le contenu du plan devrait satisfaire les familles de malades qui réclamaient depuis plusieurs mois un sursaut du gouvernement. *"Il y a une urgence absolue à agir"*, explique le professeur Françoise Forette, présidente du comité scientifique de l'association France Alzheimer. *"Les familles ne se contentent plus de rester isolées dans leur chagrin. Elles collaborent avec les pouvoirs publics pour faire avancer la maladie."* *"La maladie d'Alzheimer pose le problème de la dignité de l'homme"*, analyse pour sa part M. Douste-Blazy. *"Si on veut mettre l'homme au cœur de la société, on ne peut pas laisser ces malades seuls, isolés, avec ces vies sans sens, sans que cela nous interroge."*

Cécile Prieur

Les dix objectifs du plan 2004-2007 élaboré par le ministre de la santé

- Reconnaître la maladie d'Alzheimer.
- Elle va désormais figurer dans la liste des affections longue durée (ALD), ce qui confortera sa prise en charge à 100 %. Des référentiels de prises en charge de la maladie seront élaborés.
- Mieux prendre en compte les besoins des familles.
- Un "mémento Alzheimer" recensant les différentes modalités d'accueil et de prise en charge sera distribué.
- Faciliter le diagnostic précoce.
- Une évaluation cognitive, à partir de l'âge de 70 ans, sera intégrée aux consultations de prévention prévues dans la loi de santé publique. De nouveaux Centres de mémoire, de ressource et de recherche seront labélisés et 100 nouvelles "consultations mémoire" de proximité seront créées, pour un budget de 15 millions d'euros. Des réseaux ville-hôpital faciliteront la coopération entre spécialistes.
- Donner une meilleure information sur la maladie.
- Une mallette contenant un guide pour les médecins, une affiche pour les salles d'attente et des livrets d'information pour les patients sera distribuée. Des aides financières seront allouées aux groupes de parole et de soutien aux malades et à leurs proches. Une ligne téléphonique d'aide et de conseils sera créée.
- Mieux accompagner les malades qui vivent à domicile.
- 13 000 places supplémentaires seront créées en petites unités de vie, où les soins seront pris en charge par l'assurance-maladie.
- Adapter les établissements pour personnes âgées.
- 88 millions d'euros sont dégagés pour renforcer le personnel soignant.
- Mieux former les professionnels.
- Un CD-Rom présentant la maladie et sa prise en charge sera diffusé. 300 personnes seront formées à la relation et au comportement des professionnels de santé vis-à-vis du patient.
- Faciliter la prise en charge des malades en situation de crise.
- Des courts séjours gériatriques auprès des urgences et des gardes à domicile seront développés.
- Prendre en compte les patients jeunes.
- Un groupe d'experts pluridisciplinaire réfléchira à une meilleure prise en charge des 5 % de malades de moins de 65 ans.
- Encourager la recherche.
- Un observatoire de recherche pour la maladie sera créé. L'accent sera également mis sur les cellules souches.

Trois questions à... Michel Millé Le Monde 14 septembre 2004

Sociologue, vous êtes l'auteur de "La Chance de vieillir" (L'Harmattan, 2004). Quelles sont les représentations sociales de la maladie d'Alzheimer ?

Elle cristallise toutes les peurs liées au vieillissement, c'est l'image même de la déchéance, celle du vieillard grabataire et sénile. La perspective de perdre la mémoire et la raison est terrifiante, mais il faut relativiser ces représentations. Les Français vieillissent de plus en plus, mais de mieux en mieux. Vieillir est quand même une chance ; on nous l'annonce comme une catastrophe collective.

Les spécialistes annoncent toutefois une épidémie d'Alzheimer

...Je comprends bien que les associations et les chercheurs mettent en avant ces chiffres. Mais si, demain, les malades sont plus nombreux, ils ne le seront pas en proportion, car la population aura augmenté. Il ne faut pas enclencher des craintes qui ne sont pas légitimes.

Que vous inspire la peur de vieillir de nos sociétés ?

Nous vivons la vieillesse comme cette étape de la vie qui nous place dans l'antichambre de la mort. Alors que, paradoxalement, le moment où l'on se vit vieux ne cesse de reculer. Il y a trente ans, on entrait en maison de retraite à 65-70 ans, aujourd'hui à 87 ans ! Une société qui a peur de vieillir a aussi cessé de s'interroger sur le sens de ce qu'elle vit.

C'est la question que nous pose la maladie d'Alzheimer : est-ce que ce vieillard dément, grabataire, est encore un des nôtres ? Nous ne pouvons nous réconcilier avec lui et la mort qu'il nous annonce que si nous nous posons la question : qu'est-ce que l'humanité dans l'homme ? Or nous sommes à un moment de notre histoire où ce débat a beaucoup de difficultés à émerger.

Propos recueillis par C. Pr.

Les deux types de démences des personnes âgées restent difficiles à traiter Le Monde 14 septembre 2004

Les maladies neurodégénératives, comme l'Alzheimer, sont majoritaires et se distinguent des affections vasculaires, qu'il est possible de prévenir

La maladie d'Alzheimer est la plus connue des formes de démences touchant le sujet âgé. Elle n'est pas la seule. On distingue deux types de maladies accompagnées d'une détérioration intellectuelle : celles qui ont une origine dégénérative, avec principalement la maladie d'Alzheimer, et celles résultant d'une cause vasculaire.

Les maladies neurodégénératives "*représentent 70 % des démences (50 % pour le seul Alzheimer) et les affections vasculaires 10 à 15 % selon les pays*", explique le professeur Françoise Forette (hôpital Broca, Paris). Dans la maladie d'Alzheimer, la destruction progressive du cortex (la partie la plus externe du cerveau) va se manifester par une altération de la mémoire, du langage, de la gestuelle de l'orientation dans le temps et l'espace, de l'humeur, avec une perte croissante d'autonomie.

Le diagnostic est fait sur la base de l'examen clinique et de tests neuropsychologiques. "*L'imagerie médicale ne permet en effet pas d'identifier les lésions anatomiques caractéristiques de la maladie d'Alzheimer : les plaques séniles et les fibrilles*", rappelle le professeur Forette. Les plaques séniles résultent de l'accumulation de "peptide amyloïde", dérivé d'une protéine "APP" présente dans la membrane des cellules nerveuses. Sans que l'on sache pourquoi, dans la maladie d'Alzheimer, le peptide amyloïde n'est plus éliminé. Cela entraîne une réaction inflammatoire et des protéines s'échappent des neurones en formant des fibrilles.

RECHERCHE D'UN VACCIN

Parmi les autres maladies neurodégénératives, les démences fronto-temporales présentent plusieurs différences avec l'Alzheimer : elles apparaissent à un âge plus précoce et les troubles du comportement précèdent de loin l'atteinte de la mémoire. L'imagerie met en évidence des lésions dans la région frontale du cerveau. La distinction entre les deux maladies est importante car les médicaments prescrits dans l'Alzheimer sont susceptibles d'aggraver les troubles du comportement.

Autre forme de démence neurodégénérative, la maladie des corps de Lewy. Cette affection représente la deuxième cause de démence du sujet âgé. Outre la détérioration intellectuelle, elle s'accompagne d'hallucinations et d'une rigidité des membres du même type que celle observée dans la maladie de Parkinson.

Pour leur part, les démences vasculaires peuvent affecter le cortex cérébral (il s'agit le plus souvent d'accidents vasculaires cérébraux multiples) ou avoir une localisation sous-corticale. Elles sont liées aux différents facteurs de risque vasculaire : hypertension artérielle, diabète, obésité, anomalies lipidiques... La meilleure manière de les prévenir est donc de contrôler ces facteurs de risque.

"Aux médicaments qui permettent de maintenir pendant plusieurs années l'état clinique du patient pourraient s'ajouter dans les années à venir des molécules, expérimentées chez l'animal, empêchant la transformation de la protéine APP en peptide amyloïde", indique le professeur Forette. Enfin, la recherche d'un vaccin anti-Alzheimer n'est pas abandonnée malgré l'arrêt des premiers essais (*Le Monde* du 28 janvier 2002).

Paul Benkimoun

Europe/protection sociale

Les dépenses sociales pèsent moins sur la richesse nationale Le Monde 14 septembre 2004

Les dépenses de protection sociale représentaient 27,5 % du produit intérieur brut (PIB) de l'Union européenne (UE) à quinze en 2001, soit un niveau sensiblement voisin de celui de 1992 (27,7 %). Cette part, qui avait atteint un maximum de 28,8 % en 1993, a ensuite baissé pour atteindre 27,3 % en 2000, en raison des politiques de rigueur budgétaire adoptées.

Il existe cependant de fortes disparités d'un Etat membre à l'autre. Ces écarts reflètent en partie les différences de niveaux de vie, mais aussi la diversité des systèmes nationaux de protection sociale ainsi que les structures démographiques, économiques, sociales et institutionnelles propres à chaque pays. Cette part était la plus élevée dans les pays du nord de l'Europe (à l'exception de la Finlande) où la population est vieillissante, et en France, où les institutions de protection sociale n'ont été que tardivement remises en cause. Elle était la moins élevée dans les pays du Sud, où le niveau de vie est plus faible, et en Irlande, où la population est plus jeune que la moyenne européenne.

Dans les quatre nouveaux états membres pour lesquels des données étaient disponibles en 2001, le ratio était le plus haut en Slovénie (25,6 %) et le plus bas à Malte (18,3 %). Ces chiffres demeurent en tout cas inférieurs à la moyenne de l'Union.

***Difficile rentrée pour la médecine scolaire
Un métier en voie d'extinction ?
Le Quotidien du Médecin du : 14/09/2004***

Le 22 septembre, le ministère de l'Éducation nationale présentera son plan de financement pour 2005. Malgré leurs demandes récurrentes, les syndicats de médecins scolaires redoutent qu'aucun poste de titulaire ne soit créé. En mal de reconnaissance, la profession vieillit, se précarise et craint secrètement de disparaître.

LES MÉDECINS SCOLAIRES obtiendront-ils ce qu'ils réclament depuis de nombreuses années, la création de postes de médecins titulaires ? « *Difficile de faire pire que l'an passé où aucun poste n'a été créé* », commente le Dr Dominique Mothes, secrétaire nationale du Syndicat national des médecins scolaires et universitaires (Snmsu). Si la rentrée des enseignants a donné lieu à un *satisfecit* du ministère de l'Éducation nationale, celle des médecins scolaires s'est déroulée dans la plus grande discrétion. Les médecins scolaires - ou plutôt les médecins de l'Éducation nationale, comme on doit les appeler depuis que ce ministère les a repris sous sa coupe en 1991 - ont pourtant beaucoup à dire. Après s'être opposés pendant deux ans à leur transfert aux départements, prévu par le projet de loi de décentralisation, leurs syndicats semblent repartis dans leur lutte éternelle pour obtenir davantage de moyens. Pour le Dr Marie-Blandine Basalo, secrétaire du Syndicat national autonome des médecins de santé publique de l'Éducation nationale (Snamspen), le constat est dramatique : « *Nous n'avons pas de plan de recrutement, de plus en plus de médecins sont à temps partiel et les candidats aux postes de vacataires ne se pressent pas au portillon.* »

1 300 médecins, 12 millions d'enfants.

Selon les derniers chiffres du ministère de l'Éducation nationale, la France compte 1 343 médecins scolaires titulaires - dont 120 médecins conseillers techniques auprès des recteurs d'académie - pour plus de douze millions d'enfants scolarisés. L'année dernière, les crédits auraient dû permettre le recrutement de 780 vacataires à temps plein « *mais tous les crédits n'ont pu être utilisés faute de candidat* », indique le Dr Basalo. Le Dr Marie-Lise Testau, secrétaire générale du SMedEN-FO (Syndicat des médecins de l'Education nationale-Force ouvrière) s'inquiète de la difficile répartition des secteurs entre les médecins scolaires titulaires et vacataires à l'occasion de la rentrée scolaire. « *De plus en plus de zones ne sont pas pourvues en médecins scolaires car les vacataires partent et ne sont pas remplacés* », explique-t-elle.

Qui sont donc ces médecins vacataires ? En très grande majorité, ce sont des femmes, de jeunes médecins qui ne peuvent ou ne veulent pas franchir le pas de l'installation ou qui souhaitent concilier vie professionnelle et familiale. « *Il y a aussi beaucoup de médecins retraités, qui ont pris leur Mica et recherchent des postes à mi-temps pour compléter leurs revenus* », explique le Dr Mothes. La précarité de leur statut, leur très basse rémunération - 16,36 euros bruts de l'heure - et l'absence de garantie quant à la reconduction de leur contrat les poussent à rechercher une meilleure affectation. Cette fuite des cerveaux contraint les rectorats à recourir aux petites annonces pour dénicher les perles rares. « *Beaucoup de demandes paraissent entre juin et septembre* », observe-t-on au service des

petites annonces du « Quotidien du Médecin ». Un médecin conseiller technique auprès d'un recteur a vu la situation se dégrader depuis sa prise de fonction il y a quinze ans : « *Dans mon département, il y a plus de vacataires que de titulaires et je n'arrive plus à me souvenir quand le dernier poste a été créé.* »

Les priorités des priorités.

« *Dans certaines académies, les médecins sont contraints de se réunir pour définir les priorités des priorités car il leur est impossible de remplir toutes leurs missions* », ajoute le Dr Testau. Des missions qui n'ont eu de cesse de varier au gré des réformes. Les médecins de l'Éducation nationale sont aussi bien chargés des actions de prévention et de promotion de santé que de l'évaluation des signes de maltraitance et de leur signalement à la justice, de l'intégration des enfants malades et handicapés, ou encore des visites médicales et des bilans de santé obligatoires (à 6 ans, en CM2, et en 3e pour les élèves qui s'orientent vers les lycées professionnels). En mal de reconnaissance, la profession a très mal vécu une récente annonce du ministère de la Famille de faire réaliser un bilan de santé en classe de 5e par des médecins libéraux. Coût de l'opération : 15 millions d'euros. « *Nos gouvernants marchent sur la tête. On cherche à réduire le déficit de l'assurance-maladie et on oublie qu'il existe un service public de médecine gratuite et directement accessible à tous les enfants et adolescents scolarisés* », commente le Dr Basalo.

Aujourd'hui, un médecin scolaire surveille bien plus que 5 000 élèves, objectif fixé par le ministère. Le Dr Testau demande « *des mesures exceptionnelles de recrutement pour cette rentrée afin que certains secteurs ne soient pas laissés découverts comme c'est le cas dans le nord de la France ou en région parisienne* ». Les médecins scolaires se disent également dans l'attente d'un plan d'urgence pour faire face à l'hémorragie démographique qui les guette dans les prochaines années : « *La moitié des médecins scolaires ont plus de 50 ans, il faut faire quelque chose, on ne peut plus se contenter de saupoudrages* », insiste le Dr Basalo. D'autant que de l'avis général, le budget de l'Éducation nationale s'annonce très sévère pour 2005 et la médecine scolaire craint d'en faire une nouvelle fois les frais. « *Notre ministère n'est pas un bon employeur. Il nous a certes sauvés de la disparition et nous a donné un statut mais cela s'est doublé d'une aliénation de nos compétences et d'une surcharge de tâches administratives qui compliquent notre travail. Combien de temps cette situation va-t-elle durer?* », demande une syndicaliste.

> CHRISTOPHE GATTUSO

Difficile rentrée pour la médecine scolaire

« **Des queues de cerise pour travailler** »

Le Quotidien du Médecin du : 14/09/2004

Ancien médecin généraliste, le Dr Marie-Christine Veneau s'est reconvertie dans la médecine scolaire il y a quinze ans. Dans le Val-de-Marne, où elle exerce, les conditions de travail se dégradent inexorablement. Après le départ d'une consœur, les médecins scolaires de l'académie ont décidé de ne pas se répartir les communes laissées sans couverture médicale.

LE QUOTIDIEN- Comment jugez-vous l'évolution de votre métier depuis quinze ans ?

Dr MARIE-CHRISTINE VENEAU - Nos conditions de travail n'ont cessé de se dégrader et nos missions sont de plus en plus complexes. Nous sommes passés du domaine de la prévention à la réponse de problèmes médicaux au cas par cas. Notre travail ne se limite pas aux bilans de santé ; nous devons faciliter l'accueil à l'école des enfants handicapés, diabétiques, cancéreux, intolérants au gluten ou allergiques à l'arachide. Nous sommes aussi chargés de détecter d'éventuels troubles neurocognitifs chez les enfants (dyslexie, dysphasie, hyperactivité...). Notre travail est devenu très complet ; il demande que l'on accorde du temps aux enfants. Or nous sommes obligés de nous fixer des priorités parmi nos missions.

Comment se traduit cette surcharge de travail au quotidien ?

Je suis affectée à un secteur qui couvre deux zones d'éducation prioritaires (ZEP) à Boissy-Saint-Léger et à Limeil, dans le Val-de-Marne. Quand j'ai débuté, nous étions 51 dans l'académie. Nous ne sommes plus que 38. Dans le secteur de Créteil, cinq communes ne sont actuellement pas couvertes depuis le départ d'une collègue vacataire. Elle a été reçue au concours national et a été mutée dans l'Est de la France. Avant la rentrée, les médecins scolaires de l'académie se sont réunis et ont décidé, au cours

d'un vote, de ne pas se répartir ces communes. Nous ne souhaitons pas couvrir ces secteurs sinon notre situation va devenir catastrophique. Nous aurons 7 000 élèves à surveiller par médecin. Trop, c'est trop... Songez que je ne peux être présente qu'une demi-journée par semaine dans un lycée de 2 000 élèves dont j'ai la charge. Nous rencontrons l'inspecteur d'académie le 16 septembre et nous lui indiquerons notre décision.

Comment expliquez-vous la désaffection dans votre métier ?

On nous en demande toujours plus, mais notre rémunération ne suit pas. Nous sommes les moins bien payés des médecins salariés alors que l'on nous demande aujourd'hui de plus en plus de compétences. J'ai un DU de médecine de l'adolescence et j'ai suivi une formation sur les troubles neurocognitifs et je ne suis pas payée en retour. Nous disposons de queues de cerise pour travailler, notre matériel informatique est obsolète. Cette situation est devenue ingérable. Nous ne sommes pas Mère Thérèse !

> *PROPOS RECUEILLIS PAR C. G.*

Hôpital

Saint-Vincent-de-Paul et l'Hôtel-Dieu font front commun contre le TGI

Le Quotidien du Médecin du : 14/09/2004

« SAUVONS L'HOPITAL du cœur de l'Ile-de-France », tel est le cri de ralliement des défenseurs de l'Hôtel-Dieu et de Saint-Vincent-de-Paul, deux hôpitaux parisiens menacés par un projet d'extension du tribunal de grande instance de Paris, qui étouffe aujourd'hui dans ses murs trop étroits.

A l'Hôtel-Dieu, les défenseurs de l'hôpital font valoir qu'il accueille chaque année 120 000 urgences, 15 000 admissions et 350 000 consultations, qu'il est idéalement situé au cœur même de Paris et qu'il est économiquement plus performant que la moyenne des hôpitaux de l'AP-HP.

Quant à Saint-Vincent-de-Paul, son comité de sauvegarde redoute également le projet d'extension du tribunal, car il remettrait en cause un projet d'établissement, approuvé par le plan stratégique de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) et qui consiste en la création d'un grand pôle médico-social de prise en charge du handicap de l'enfant et de l'adolescent. Les menaces que le TGI fait peser sur eux sont prises très au sérieux par les deux établissements, d'autant que Philippe Douste-Blazy, dans un courrier adressé au comité d'établissement de Saint-Vincent de Paul, confirme l'existence du projet d'extension du tribunal en indiquant que le futur pôle médico-social de Saint-Vincent-de-Paul pourrait être déplacé vers un « autre site, si la décision d'y installer le nouveau tribunal de grande instance était prise ». « Pourtant, indique un membre du comité de sauvegarde, cette décision implique que le maire de Paris procède au déclassement des terrains de l'hôpital choisi, alors qu'il est opposé au projet. A défaut, le gouvernement serait contraint de réquisitionner les terrains, et ça ferait mauvais effet. Le problème, c'est que ce projet est soutenu par l'AP-HP qui verrait d'un bon œil la possibilité de vendre au prix fort des terrains hospitaliers au tribunal de grande instance. »

A toutes fins utiles, les défenseurs de l'Hôtel-Dieu et de Saint-Vincent-de-Paul annoncent une grande manifestation commune le 16 octobre prochain. Des défilés partiront des deux hôpitaux et convergeront vers le ministère de la Santé, avec l'espoir d'être reçu par Philippe Douste-Blazy.

> *H. S. R.*

Remboursements

Les dispositifs médicaux sur la sellette

Le Quotidien du Médecin du : 14/09/2004

LES RESPONSABLES de l'Association française des diabétiques (AFD) rencontreront demain le ministre de la Santé qui devrait les rassurer sur le taux de remboursement des dispositifs d'autocontrôle et d'autotraitement du diabète. L'AFD s'était en effet fortement émue d'un projet d'arrêté, dont elle avait eu connaissance, et qui prévoyait, selon elle, le déremboursement partiel de ces appareils dans des proportions importantes.

Ainsi, explique Gérard Raymond, vice-président de l'association, « *il serait question qu'un appareil aujourd'hui vendu 60,98 euros ne soit plus remboursé que 20 euros. Ce qui serait insupportable et inacceptable* ».

Le ministre de la Santé a voulu, à la fin de la semaine dernière, rassurer les diabétiques. D'abord en leur fixant un rendez-vous demain. Mais surtout en affirmant qu'il n'était absolument pas question de dérembourser, ne serait-ce que partiellement, les matériels des diabétiques.

Rassurés, les patients ne le sont cependant qu'à moitié. « *Nous avons écrit dès le 28 juillet au ministre de la Santé pour l'alerter sur ce point. Nous n'avons jamais eu de réponse. La semaine dernière, nous avons fait une demande semblable en lui précisant que nous allions aussi alerter les médias. La réponse ne s'est pas fait attendre mais nous ne savons toujours pas ce qui va se passer* », explique Gérard Raymond. Car la grande crainte des diabétiques, c'est « *d'être pris en otage* », explique encore le vice-président de l'AFD, lors des discussions sur les prix de ces matériels et des dispositifs médicaux qui vont s'engager entre le Comité économique des produits de santé (représentant de l'État) et les fabricants.

Possibles licenciements.

Il est évident que les pouvoirs publics veulent que les industriels baissent leur prix, ce que les intéressés sont rares à accepter. « *Nous avons un seuil de rentabilité très faible, explique un fabricant, et si on nous impose une baisse de tarifs, beaucoup d'entre nous seront contraints de réduire leur activité, c'est-à-dire de licencier, voire de fermer.* »

Du côté du ministère de la Santé, on reste sceptique devant un tel raisonnement ; ou ne croit pas que certains n'aient pas profité d'une situation qui relève parfois du monopole et de la tolérance des pouvoirs publics pour pratiquer des tarifs élevés. Ce que nient bien sûr les industriels.

Il est clair que dans le cadre de la réforme de l'assurance-maladie, le gouvernement, et plus particulièrement le ministre de la Santé, veulent réduire les dépenses de remboursements de l'ensemble des dispositifs médicaux, et pas seulement des matériels de diabétologie.

Somme toute modeste, le poste des dispositifs médicaux a quand même coûté en 2003 à l'assurance-maladie 3,2 milliards d'euros (en augmentation de 8,5 % par rapport à 2002).

Pour les pouvoirs publics, c'est encore beaucoup trop, bien que ce pourcentage soit en baisse, et l'idée est d'agir rapidement sur les prix. C'est dans ce cadre que des négociations se sont ouvertes entre les fabricants et le comité économique des produits de santé.

Pour l'instant, commente Odile Corbin, directrice générale du Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (Snitem), « *nous n'en sommes qu'au stade des propositions. Mais nous sommes des gens responsables ; nous savons qu'il faut préserver notre système de protection sociale et nous sommes prêts à contribuer* ». Peut-être pas à n'importe quel prix.

Pour les patients et les diabétiques en tout cas, les malades « *ne doivent pas faire les frais de ces discussions* ». Ils le diront sans ambages demain au ministre de la Santé.

> JACQUES DEGAIN

La réforme de la « gouvernance » des hôpitaux se précise Ce que dit le projet d'ordonnance Le Quotidien du Médecin du : 14/09/2004

VOICI LES PRINCIPALES dispositions du projet d'ordonnance consacrée à la réforme de l'organisation interne des hôpitaux. Il s'agit de la dernière version en date d'un texte remanié à plusieurs reprises au cours des six derniers mois. Le comité de suivi de la réforme doit se réunir une dernière fois le 29 septembre pour boucler le dossier - les amendements, s'il s'en adopte à cette occasion, devraient être minimes.

La publication de l'ordonnance par le gouvernement est attendue dans la foulée de la promulgation de la loi d'habilitation à légiférer par ordonnance, qui passe au Sénat le 13 octobre.

• **Le conseil d'administration (CA)** arrête la stratégie de l'établissement. Il délibère, après avis de la commission médicale d'établissement (CME) et du comité technique d'établissement (CTE), sur le projet d'établissement et le contrat pluriannuel, l'organisation en pôles d'activités et leurs éventuelles structures internes, la politique de contractualisation interne, la politique sociale et les modalités d'une politique d'intéressement. Le CA est tenu informé de l'évolution de l'activité et du suivi de l'exécution de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses. Il peut décider la mise en place d'un comité d'audit en cas d'écart significatif et prolongé entre objectifs et résultats, ainsi qu'à la demande de la CME et du CTE ou du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH). Sur la base des conclusions du comité d'audit, il peut demander au directeur de mettre en œuvre un plan de redressement. En cas de situation durablement dégradée, le directeur d'agence peut placer l'hôpital sous l'administration provisoire de conseillers généraux placés auprès du ministre chargé de la Santé. Les membres du conseil exécutif ne peuvent être membres du CA, à l'exception du président de la CME, membre de droit, et du directeur de l'UFR médicale intéressée.

• **Dans les hôpitaux publics autres que les hôpitaux locaux**, le conseil exécutif, présidé par le directeur, associe à parité le directeur et des membres de l'équipe de direction désignés par celui-ci, ainsi que le président de la CME et des membres de la CME désignés par celle-ci dont au moins la moitié de responsables de pôles. Il comprend 6 à 10 membres dans les centres hospitaliers et 12 à 16 membres dans les CHU. Ce conseil prépare l'ensemble des projets nécessaires à l'élaboration et à la mise en place du projet d'établissement et du contrat pluriannuel.

• **La CME et le CTE sont consultés** sur l'organisation en pôles et la politique de contractualisation interne et d'intéressement, entre autres. La CME et le CTE sont tenus informés de l'état des recettes et des dépenses de l'établissement. Ils peuvent demander au directeur des explications, puis saisir le CA en vue de la mise en œuvre d'un audit. La CME prépare le projet médical de l'établissement.

• **Le CA peut décider de constituer** pour quatre ans un comité d'établissement présidé par le directeur et se substituant à la CME et au CTE, après avis conforme de ces deux commissions.

• **Les hôpitaux mettent en place des procédures de contractualisation interne** avec leurs pôles d'activités, qui bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur. Le contrat, négocié et cosigné entre le directeur, le président de la CME et chaque responsable de pôle, définit les objectifs d'activités, de qualité et financiers, les moyens des pôles, les modalités de leur intéressement aux résultats de gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat.

• **Dans les hôpitaux autres que locaux**, le CA définit leur organisation en pôles d'activités sur proposition du conseil exécutif, sur la base du projet d'établissement et en vue d'une contractualisation interne. En psychiatrie, le secteur peut constituer un pôle. Dans chaque pôle, un conseil de pôle constitué de membres de droit et de représentants élus participe à l'élaboration du projet de contrat interne et du projet de pôle.

• **Les praticiens candidats à la responsabilité d'un pôle** sont inscrits par le ministre chargé de la Santé sur une liste nationale d'habilitation à diriger un pôle. Ils sont nommés par décision conjointe du directeur et du président de la CME, après avis du conseil de pôle et de la CME.

• **Les services ont pour missions** la prise en charge médicale, l'évaluation des pratiques, l'enseignement et la recherche. Le chef de service est responsable de la coordination de l'équipe médicale affectée dans le service. Les praticiens candidats à la chefferie de service sont inscrits sur une liste nationale d'aptitude par le ministre chargé de la Santé. Ils sont affectés par décision conjointe du directeur et du président de la CME, après avis du conseil exécutif et de la CME.

> D. CH.

La réforme de la « gouvernance » des hôpitaux se précise
Angel Piquemal prône un assouplissement du texte
***Le Quotidien du Médecin* du : 14/09/2004**

LE QUOTIDIEN - La Conférence des directeurs de CH que vous présidez n'a pas signé, le 20 janvier 2004, le relevé de conclusions sur la nouvelle gouvernance hospitalière. Pourquoi ?

ANGEL PIQUEMAL - Si nous n'avons pas signé, ce n'est pas parce que nous étions en opposition avec les orientations du texte, loin de là, mais parce qu'il nous semblait que ce texte comportait trop de contraintes. Et depuis, on en a ajouté ! L'esprit initial de la réforme, telle que l'avait présentée Jean-François Mattei en juin 2003 - renforcement de l'autonomie des établissements, plus grande liberté donnée dans le mode interne d'organisation -, a disparu. Le texte nous semble aller dans le sens contraire, dans le sens de la rigidité.

Le centre hospitalier de la côte basque, que vous dirigez, à Bayonne, vit une situation unique : c'est le seul hôpital français à avoir utilisé l'amendement liberté de la loi hospitalière de 1991. De quelle manière en avez-vous profité pour revoir votre organisation interne ?

Inspirés par le principe de l'autonomie, nous avons deux objectifs : renforcer l'implication des médecins dans la vie de l'établissement et réorganiser les structures de soins. La composition de la CME a été revue afin de permettre à la quasi-totalité des praticiens hospitaliers [PH] temps plein d'y siéger, y compris les jeunes - l'hôpital de Bayonne emploie 120 PH et 200 médecins tous statuts confondus. Les services ont été transformés en départements. Le mode de nomination des responsables médicaux a changé : les coordonnateurs de département et les chefs de service sont nommés localement par le conseil d'administration après avis de la CME, leurs postes ne font pas l'objet d'une publication de vacance au « Journal officiel » ni d'une nomination par le ministre. Autre levier utilisé : nous n'avons pas de chef de service à vie, les responsabilités tournent. Si bien que, chez nous, les jeunes médecins ont des perspectives.

Que pensez-vous du projet d'ordonnance sur la nouvelle gouvernance, dont la publication est attendue pour courant octobre ?

Je le trouve trop contraignant. Il y a une opposition manifeste entre un texte, qui décrit très précisément des modes de fonctionnement, et la centaine d'établissements volontairement lancés dans l'expérimentation, qui ont tous pris des voies différentes et qui se trouvent en décalage avec le texte, même si tous adhèrent aux grandes orientations. Il est important que l'on puisse conserver cette diversité.

Sinon, on risque d'enfermer l'organisation des hôpitaux publics dans un carcan unique, qui ne pourra pas fonctionner. Un exemple : la manière dont le texte fixe la composition du conseil exécutif - le nombre de ses membres, la présence de la moitié des chefs de pôle, etc. - n'est pas acceptable. Pour nous, les chefs de pôle ne doivent pas siéger au conseil exécutif, à l'instar du pilote d'avion, qui n'a pas à être dans la tour de contrôle. Autre exemple : je suis contre l'inscription sur une liste nationale d'habilitation des chefs de pôle.

Que se passera-t-il à Bayonne si l'ordonnance est publiée en l'état ?

Nous serons obligés de rentrer dans le moule, et cela posera de gros problèmes, car, pour nous, il est inconcevable de revenir en arrière. Revenir sur la procédure de nomination locale des responsables médicaux, revenir à la composition de la CME telle que le prévoira le nouveau texte, de manière extrêmement rigide et plus limitative : tout cela n'est pas concevable. A Bayonne, la communauté médicale souhaite que le mode de fonctionnement qui est le sien depuis quelques années soit maintenu.

Qu'est-ce qu'il vous faudrait, alors ?

Davantage de liberté. Ce qu'il nous faut, c'est un texte souple, qui permette à chacun de trouver sa voie. Un texte d'une page et demie, pas plus, qui donne du sens sur la nouvelle organisation de l'hôpital et qui décrive les orientations à suivre : une organisation en pôles, une plus forte intégration médico-administrative dans le processus de prise de décision, associées au développement de la contractualisation interne et d'une politique d'intéressement. L'important, c'est que les hôpitaux remplissent ces objectifs ; après, les voies utilisées peuvent être différentes. Deux solutions sont possibles : assouplir l'ordonnance, ou maintenir dans l'ordonnance quelque chose qui ressemble à l'amendement liberté, qui donne la possibilité aux hôpitaux d'innover et de sortir des clous. Même s'il faut cadrer cela : il ne faut pas non plus que l'amendement liberté soit un prétexte à ne rien faire, les établissements doivent s'engager à se réorganiser et à être contrôlés. C'est pourquoi la conférence propose une contractualisation avec les ARH [agences régionales de l'hospitalisation] sur les objectifs à atteindre. Ça me semble très important. Je demande l'autonomie, pas l'indépendance.

Un Suédois sur le marché des cliniques privées
La montée en puissance de Capio Santé
Le Quotidien du Médecin du : 14/09/2004

Capio Santé, deuxième opérateur d'hospitalisation privée en France, basé à Villeurbanne, dans le Rhône, et filiale du groupe suédois Capio, poursuit le même développement fulgurant que sa maison mère. D'ores et déjà, seize cliniques ont été acquises et deux autres devraient l'être d'ici à décembre 2004.

DE NOTRE CORRESPONDANTE

CAPIO, SEULEMENT dix ans d'existence, coté en Bourse à Stockholm, est déjà présent dans sept pays européens, notamment dans toute la Scandinavie, en Grande-Bretagne et en France. Le groupe rassemble plus de 14 000 professionnels de santé, dont 3 600 médecins, et pèse 1 milliard d'euros de chiffre d'affaires (CA).

Pour Paul Hökfelt, directeur général de Capio Santé, l'explication de ce succès est double : « *Capio ne fait, d'abord, qu'un métier - l'hospitalisation et, en annexe, le diagnostic. Ensuite, nous croyons que ce métier peut lier efficacité et qualité.* »

En France, le groupe a fait une percée remarquable lors du rachat à Suez, en 2002, des seize cliniques du groupe Clininvest. Une année plus tard, la filiale française se portait acquéreur du plus gros hôpital privé de l'Hexagone : la clinique des Cèdres à Toulouse. Aujourd'hui, Capio Santé, qui réalise 200 millions d'euros de chiffre d'affaires en France, compte encore grossir : « *Des discussions sont en cours sur deux vrais projets* », confirme Paul Hökfelt, en précisant qu'ils se concrétiseront d'ici à la fin de l'année.

Un pari.

Pourquoi Capio s'intéresse-t-il aux cliniques françaises, alors que les marges dégagées restent faibles ? Le groupe suédois mise sur les restructurations engagées, mais également sur l'évolution de la politique tarifaire et sur les réformes à venir : « *Nous investissons sur des entités importantes ou qui peuvent être rendues importantes, indique Paul Hökfelt, mais nous pensons aussi que le système très restrictif qui limite le développement de certaines activités, telles que l'ambulatoire, va s'assouplir* ». En parallèle, la filiale française n'hésite pas à se séparer d'établissements, tels que la polyclinique Marzet, de Pau, ou, *a contrario*, à se polariser sur les cliniques prometteuses, comme les Cèdres à Toulouse.

En effet, si les comptes de cette dernière étaient dans le rouge depuis 2001, ils ne le sont plus à ce jour, « *grâce à la mise en œuvre d'actions rapides de gestion* », commente Paul Hökfelt. Une réflexion sur l'optimisation de cette gestion est en cours avec les médecins de la clinique. En outre, des investissements extrêmement lourds (30 millions d'euros) vont être engagés pour mener à bien la restructuration des bâtiments. Un projet qualifié d'« *ingénieux* » par un délégué CGT de la clinique, qui souligne « *un climat de confiance restauré* ».

En règle générale, le groupe compte beaucoup sur la médicalisation des équipes de management. Pour améliorer la qualité et l'efficacité des soins, il a également recours à des outils : une enquête annuelle de satisfaction conduite auprès des patients et des études de benchmarking, pour identifier les pratiques dotées du meilleur rapport coût/efficacité. Au final, le groupe ne veut conserver que des pôles d'excellence. Mais son ambition va au-delà. Alors qu'il assure déjà la gestion de prestigieux hôpitaux publics en Suède, Capio a signé en mai 2004, en Grande-Bretagne, le plus gros contrat de soins de santé jamais accordé à un opérateur privé, prévoyant la mise en place de huit centres d'orthopédie et de chirurgie générale. En France, « *nous aimerions bien travailler dans ce sens et mettre en place des collaborations avec le public* », confie Paul Hökfelt. Aussi la réforme de l'hôpital est-elle attendue avec impatience. La T2A (tarification à l'activité) aussi, bien que le directeur de Capio Santé observe, non sans ironie, qu'elle est conçue « *à la française* ».

Globalement, l'arrivée d'un tel opérateur étranger sur le marché français de l'hospitalisation privée est perçue comme une planche de salut et comme une ouverture : « *Ils apportent plus de rigueur dans la gestion et portent un regard différent sur les patients* », estime le président de la Fédération hospitalière de Rhône-Alpes, Jean-Loup Dourousset. Mais cet éloge est assorti d'une crainte inhérente à la constitution même de ce groupe : « *On assiste parfois à des changements d'actionnaires et d'orientation brutaux* », rappelle-t-il. Or Capio se démarque par un actionariat essentiellement

composé de fonds de pensions, « *lesquels se révèlent souvent soucieux de ne pas prendre de trop gros risques financiers* », confirme une économiste lyonnaise.

Des incertitudes sur la poursuite de l'offensive des groupes privés demeurent. Dans une thèse consacrée à la restructuration des cliniques privées (1), l'universitaire David Piovesan souligne une situation « *caractérisée par une fragilité financière* » et un risque « *d'éclatement de la bulle spéculative, dans les prochaines années* ».

> CAROLINE FAESCH

(1) « *Les restructurations des cliniques privées : adaptation, évolution ou métamorphose ?* », décembre 2003, *Icross, université Lyon-III*.

CHINE

Pékin veut une sécurité sociale pour tous

Le Quotidien du Médecin du : 14/09/2004

Le gouvernement chinois veut mettre en place un système de sécurité sociale qui couvre l'ensemble de sa population de 1,3 milliard d'habitants, mais reconnaît avoir beaucoup à faire pour y parvenir. Beaucoup de citadins et la grande majorité de la population rurale n'ont aujourd'hui aucune couverture sociale en Chine ; au cours des deux dernières décennies, le pays a démantelé le système de protection sociale qui existait en ville et le système de santé rudimentaire qui prévalait dans les campagnes. En l'an 2000, le gouvernement a mis en place un Fonds national de sécurité sociale pour financer les retraites de l'avenir. Ce fonds est actuellement doté de plus de 140 milliards de yuans (20,28 milliards d'euros), en partie investis dans des actions d'entreprises d'Etat chinoises cotées en Bourse en Chine ou à l'étranger.

Financement des cliniques privées

La T2A retardée de deux mois

Le Quotidien du Médecin du : 09/09/2004

LES ETABLISSEMENTS de santé privés sous objectif quantifié national n'entreront pas dans la tarification à l'activité le 1er octobre 2004, comme le prévoyait la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2004.

La Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), qui représente l'ensemble des cliniques privées en France (1 300 établissements, 120 000 salariés et 40 000 médecins), vient d'obtenir le report de la mise en œuvre de cette réforme au 1er décembre 2004 : ainsi, les cliniques disposent de deux mois supplémentaires pour procéder aux ajustements techniques nécessaires.

Mais c'est à regret que le président de la fédération, le Dr Ken Danis, a fait cette demande au ministre de la Santé. Car l'harmonisation des modes de financement des secteurs hospitaliers public et privé et la généralisation de la tarification à l'activité est une ancienne revendication de la FHP, qui en attend une plus grande équité de traitement entre hôpitaux et cliniques. Ken Danis, à la tête de la FHP depuis deux mois, explique au « Quotidien » ses attentes, mais également ses craintes face à cette réforme. Il exprime également ses inquiétudes vis-à-vis du plan de modernisation des blocs opératoires, l'une des mesures du plan chirurgie signé par les syndicats médicaux. Hors de question que les crédits débloqués aillent uniquement aux hôpitaux publics, prévient cet ancien chirurgien vasculaire, dont l'ambition affichée est de replacer l'hospitalisation privée au cœur du système de santé français. Pour cela, il compte sur l'appui et le soutien des syndicats de médecins libéraux, avec lesquels il entend multiplier les collaborations dans les tout prochains mois.

> D. CH.¶

Les travaux pratiques sur l'assurance-maladie
Douste en appelle aux médecins pour réussir la réforme
Le Quotidien du Médecin du : 09/09/2004

En détaillant le calendrier d'application de la réforme d'ici à janvier 2005, le ministre de la Santé a insisté sur le rôle décisif des médecins dans les mois à venir. Il a donné un coup de chapeau aux syndicats médicaux et affirmé que la réussite des négociations conventionnelles serait une condition du succès du plan de redressement. Il se réjouit que les comportements « commencent à changer ».

« *Devoirs de rentrée* », « *service après vote* », « *la vie après la loi* »... : à grand renfort de formules, Philippe Douste-Blazy et Xavier Bertrand ont détaillé le calendrier d'application de la réforme de l'assurance-maladie, qui nécessite la publication, en cinq étapes successives, de quelque 69 décrets et 9 arrêtés (voir l'agenda prévisionnel). Un chantier considérable dont le ministre de la Santé veut « *vérifier l'efficacité* » chaque trimestre : un tableau de bord reprendra tous les clignotants importants, de la courbe des génériques aux dépenses d'arrêts de travail en passant par le nombre de consultations de spécialistes en accès direct, la lutte contre les fraudes ou l'accès des plus démunis à la complémentaire (encadré).

Au passage, il a annoncé que les chiffres de la commission des comptes de la Sécurité sociale, qui seront publiés le 21 septembre, prouveront que « *l'on avait vraiment besoin de cette réforme de l'assurance-maladie* ». Une réforme présentée par son architecte comme « *la plus grande depuis trente ans* ». Le ministre a également coupé court aux rumeurs qui laissaient envisager une application anticipée de certaines mesures financières, dont le forfait de 1 euro par consultation ou la CSG. « *Je veux être très clair, ce sera au 1er janvier 2005, comme prévu.* »

La balle dans le camp des médecins.

Philippe Douste-Blazy a fixé la répartition des tâches. Le gouvernement assumera sa part de responsabilité en publiant dans les délais les décrets nécessaires. « *Conformément à nos engagements, plus de 80 % des textes sortiront avant le mois de janvier* », a-t-il promis. Les deux ministres se lanceront également dans un nouveau tour de France pédagogique (en tandem ?) pour expliquer les enjeux et les modalités des mesures emblématiques.

Mais le gouvernement est conscient qu'il doit désormais compter sur l'appropriation collective de la réforme, dont le succès économique repose (aux deux tiers) sur une évolution des mentalités, des habitudes et des comportements.

Un pari loin d'être gagné : à en croire un sondage publié par « la Tribune », 65 % des Français affirment que la réforme ne modifiera pas leurs habitudes. L'objection laisse de marbre Philippe Douste-Blazy : « *Quand vous devrez déboursier davantage pour l'accès direct au spécialiste, les choses changeront. Quand il y aura des pénalités financières en cas d'abus sur les arrêts maladie, les choses changeront aussi.* » Faut-il y voir un signe ?

A plusieurs reprises, le ministre s'est adressé à l'esprit de responsabilité des médecins, en tirant par exemple un coup de chapeau aux syndicats médicaux représentatifs ou en s'inquiétant soudainement du sort des unions régionales de médecins libéraux (Urml), qui se considèrent comme les oubliées de la réforme. « *Les unions ne seront pas oubliées, elle seront même renforcées* », a-t-il déclaré. Elles seront directement associées à la mise en place des modalités du dossier médical personnel (1). Quant aux négociations conventionnelles, qui animeront les deux derniers mois de 2004 (et peut-être les premiers de 2005), le ministre, pour la première fois, a laissé entendre que l'échec n'était pas envisageable. « *Cette convention est absolument nécessaire*, a-t-il martelé. *La réforme sans convention, c'est rien!* » Il faudra pourtant donner des gages aux médecins sur des sujets lourds : modalités du médecin traitant (que les Français pourront choisir dès 2005) et du parcours de soins, conditions de l'accès direct à certains spécialistes (pédiatres, ophtalmos, gynécologues), tarifs opposables, droit au dépassement, nouveau secteur optionnel. Qu'importe : le ministre voudrait que la nouvelle convention soit bouclée au 1er janvier prochain, même si le rappel du dernier épisode (des mois de négociations qui débouchèrent sur un fiasco) invite à la prudence.

« Changer, c'est possible »

Invitant les Cassandre à adopter un profil bas (fin juin, une note de Bercy avait mis en doute la crédibilité économique de la réforme), le ministre de la Santé a assuré que, sur trois points déjà, les

comportements des Français « *commencent à changer* ». Les dépenses d'IJ de courte durée (moins de trois mois) pourraient baisser en 2004 (-1,5 %), tandis que les dépenses d'IJ de longue durée augmenteraient « *à un rythme plus faible que les années précédentes* » (5 % en 2004 contre 11 % en 2003 et 19 % en 2002). Autre motif de satisfaction : la part des génériques en termes de boîtes délivrées dans l'ensemble des produits généricables est passée de « *30 % en 2002 à 56 % en mai 2004* ». Le ministre a également cité la baisse de la consommation d'antibiotiques, « *de 10 % entre 2002 et 2003* », même si cette diminution n'est évidemment pas liée à son action Avenue de Ségur. En revanche, il présentera lui-même « *très prochainement* » un plan médicament « *très précis* ». Une nouvelle occasion de parler de la réforme.

> *CYRILLE DUPUIS*

(1) *Alain Coulomb, directeur général de l'Anaes, a été chargé d'une mission de réflexion sur le contenu et le déploiement du DMP. Le cahier des charges du dossier médical sera finalisé fin octobre. L'appel d'offres interviendrait en 2005.*

***Les travaux pratiques sur l'assurance-maladie
Ce qui vous attend jusqu'en janvier 2005
Le Quotidien du Médecin du : 09/09/2004***

Le gouvernement a fixé un calendrier prévisionnel de sortie des décrets et arrêtés relatifs à la réforme. En voici la liste.

Première étape : décrets en cours de publication avant le 15 septembre 2004

- Décrets relatifs au volet recette de la réforme (mesures techniques CSG et C3S).
- Décret sur le respect de l'ordonnancier bizona par les médecins.
- Décret sur la reconnaissance de la maladie d'Alzheimer comme ALD spécifique.
- Décret sur le recours contre tiers.

Deuxième étape : installation des nouvelles instances (26 septembre/8 octobre)

- Décret créant la Haute Autorité
- Décrets gouvernance (composition des conseils et fonctionnement des différentes caisses).
- Décret créant le comité d'alerte.
- Décret portant création du comité de la démographie médicale.
- Décret modifiant la composition du comité économique des produits de santé (Ceps).
- Arrêté portant création du conseil de l'hospitalisation.

Dispositif de maîtrise médicalisée : 15 novembre

- Décret sur le partenariat entre l'Uncam et l'Union des complémentaires.
- Décret précisant les conditions de fonctionnement des missions régionales de santé (ARH-Urcam).
- Décret relatif à la procédure d'opposition et d'arbitrage dans les discussions conventionnelles.
- Décret relatif à l'élargissement de la convention.
- Décret relatif à la composition de l'Union nationale des professions de santé (Unps).
- Décret relatif aux accords de bon usage des soins à l'hôpital.
- Décret relatif au contrôle des IJ.
- Décret relatif à la gestion de la nomenclature.
- Décret relatif à la contribution par acte (un euro).
- Arrêté relatif au forfait journalier.
- Arrêté sur l'usage détourné de certains médicaments.
- Décret relatif au contrôle d'activité des médecins (contrôle des gros prescripteurs).
- Décret relatif aux conditions de prolongation des arrêts de travail.
- Décret sur la taxe sur le chiffre d'affaires des entreprises.
- Décret sur l'information de l'assuré lors de la délivrance de médicaments (facturettes).
- Décret sur le conditionnement des médicaments.

Quatrième étape : suite de la maîtrise médicalisée et nouvelles missions de la Cnam (1^{re} quinzaine de décembre)

- Décret relatif au médecin traitant.
- Décret relatif à la modulation des taux de remboursement.
- Décret relatif à la liste d'aptitudes pour les caisses de base.
- Décret relatif à la mise en place du crédit d'impôt.
- Décret relatif à l'accréditation des médecins.
- Décret relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles.
- Arrêté portant création de l'observatoire de la sinistralité.

- Décret adaptant les dispositions sur la permanence des soins.
- Décret sur l'expérimentation des agences régionales de santé.

5ème vague : janvier 2005

- Décret relatif à l'identifiant santé.
- Décret relatif aux pénalités financières.
- Décret définissant la charte de la visite médicale.
- Décret définissant le cahier des charges des contrats complémentaires responsables.
- Décret relatif à la carte électronique.
- Décret prévoyant les conditions de création de l'Institut des données de santé.

Huit dossiers suivis à la loupe

Pour vérifier l'impact de la réforme sur les comportements, le gouvernement a décidé de suivre, chaque trimestre, huit indicateurs de résultats, qui couvrent l'essentiel du plan de redressement. Ce tableau de bord sera mis en place avant la fin de 2004. Il permettra d'apprécier la « réussite » de la réforme sur les thèmes suivants : développement du dossier médical personnel ; accès des plus démunis à l'assurance complémentaire ; accès direct aux soins (combien de CS en première intention ? Combien de CS après le médecin traitant ?) ; bonnes pratiques de prescription ; arrêts maladie ; développement des génériques ; qualité du service aux usagers ; lutte contre les fraudes. Ce suivi se fera « en concertation avec les professionnels de santé », a précisé Philippe Douste-Blazy.

Bilan de la réforme du système de santé allemand

Satisfaction du gouvernement, fortes réserves des médecins

Le Quotidien du Médecin du : 09/09/2004

Introduite le 1er janvier dernier, la réforme du système de santé en Allemagne a permis aux caisses d'assurance-maladie de sortir du rouge et de dégager au 30 juin 2004 un excédent de 2,4 milliards d'euros. Mais ces résultats proviennent avant tout d'une baisse des dépenses, alors que les nouvelles ressources affectées à l'assurance-maladie sont moins élevées que prévu. Pour les médecins d'outre-Rhin, la réforme a surtout créé une inégalité d'accès aux soins.

LES DEPENSES d'assurance-maladie allemandes ont baissé de 3,5 % au premier semestre 2004 par rapport à la même période de 2003, selon le premier bilan de la réforme du système de santé mise en place le 1er janvier dernier.

Parmi ces dépenses, les honoraires médicaux ont diminué de 4,3 % et les prescriptions de médicaments de 12,5 %, celles-ci dégageant à elles seules une économie de 1,4 milliard au premier semestre. De même, les dépenses d'optique médicale ont baissé de 73 % - au prix d'un fort désengagement des caisses -, tandis que les arrêts maladie diminuaient de 10 %. Seules les dépenses hospitalières ont progressé de 1 %, de même que les remboursements de prothèses dentaires, lesquelles ne seront bientôt plus prises en charge par l'assurance-maladie.

La ministre de la Santé allemande, Ulla Schmidt, qui a lancé la réforme, a présenté ces chiffres avec satisfaction, même s'il y a des ombres dans ce tableau. Les recettes liées à l'augmentation des prix du tabac, depuis le début de 2004, et destinées à l'assurance-maladie, se sont révélées nettement moins élevées que prévu. De même, la stagnation économique, combinée à un marché de l'emploi toujours atone, continue de peser sur les ressources des caisses. Les économies réalisées depuis le 1er janvier sont principalement liées aux augmentations spectaculaires du ticket modérateur sur la plupart des prestations, y compris les actes médicaux. Les patients doivent en effet payer un forfait trimestriel de 10 euros par médecin consulté (1), ce qui a fait baisser d'autant le montant des remboursements. De même, les médicaments remboursables, soumis auparavant à des forfaits variant de 4 à 5 euros, sont désormais frappés d'un ticket modérateur de 10 %, avec un minimum de 5 euros et un maximum de 8. En outre, de nombreux médicaments ont été purement et simplement déremboursés, et les prix de certains médicaments onéreux ont été abaissés. Un certain nombre d'économies complémentaires complètent ces dispositifs.

Les plus pauvres renoncent à des soins.

Mais les médecins estiment que la réforme est parfois allée trop loin et constatent, par exemple, que les patients les plus pauvres renoncent à certains soins. Ils souhaitent que les économies dégagées ces

derniers mois servent à améliorer la qualité des soins qui a été, selon eux, réduite par les plans d'économie. Mais la ministre juge que sa réforme est équitable et ne pénalise personne.

L'un des objectifs du gouvernement est de faire baisser les cotisations d'assurance-maladie, qui n'ont cessé d'augmenter ces dernières années. Il appelle les caisses à répercuter sans attendre la baisse des dépenses sur les cotisations. Mais la plupart des caisses veulent d'abord éponger les déficits des années 2002 et 2003, qui atteignent 6 milliards d'euros pour l'ensemble du pays.

Nouvelles réformes en cours.

En attendant, le gouvernement poursuit son programme de réformes sociales, y compris dans le domaine de la santé : en juillet 2005, les prothèses dentaires et les indemnités de maladie ne seront plus prises en charges par l'assurance-maladie, mais par une nouvelle assurance spécifique, moyennant une cotisation particulière. Ce seront donc autant de nouvelles économies pour l'assurance-maladie, mais pas forcément pour les assurés et les patients, qui devront financer la nouvelle assurance et, sans doute, une partie non négligeable des prestations dentaires, autrefois presque gratuites.

> *DENIS DURAND DE BOUSINGEN*

(1) Le forfait trimestriel s'applique pour tout médecin consulté au cours du même trimestre, mais les patients ayant un généraliste référent ne le payent pas aux spécialistes auxquels il les adresse. En revanche, le forfait s'applique pour la première consultation chez le référent, et pour tout médecin consulté directement par le patient, qu'il soit généraliste ou spécialiste. La ministre de la Santé Ulla Schmidt se félicite des premiers résultats

Aman, l'enfant légitime de l'hôpital d'Ingwiller L'Humanité 4 septembre 2004

Dans le nord de l'Alsace, une association et la population défendent leur hôpital et demandent au tribunal de surseoir au choix du repreneur.
Strasbourg, correspondance particulière.

" C'est quoi un hôpital ? Quels soins doit-il délivrer ? Qui doit en décider ? " À Ingwiller, dans le nord de l'Alsace, les questions fusent au sujet de l'avenir de l'hôpital, le Neuenberg. Tout le monde s'accorde sur le besoin d'un pôle de gérontologie, mais que doivent devenir les services de maternité et de chirurgie ?

Établissement privé à but non lucratif conventionné avec l'État, le Neuenberg a été placé en redressement judiciaire en janvier dernier. Les repreneurs ont jusqu'au 7 septembre pour se faire connaître du tribunal de grande instance de Saverne qui doit choisir le 8 octobre. En attendant, l'hôpital continue de soigner grâce au soutien du conseil général et des autorités sanitaires. Si le Neuenberg devait fermer sa maternité, les quelque 80 000 habitants de ce pays à cheval sur l'Alsace et la Moselle se retrouveraient à environ 45 minutes de voiture de la salle d'accouchement la plus proche. Autant dire que des bébés naîtraient sur la route et que les sapeurs-pompiers locaux s'initieraient au travail de sages-femmes. Une perspective que refusent les membres de l'Association pour le maintien des activités du Neuenberg (AMAN), née de l'union entre des salariés en lutte de l'hôpital et des militants d'ATTAC et de la CGT.

Anesthésiste et fer de lance de la lutte chez les hospitaliers, Barbara Michel n'imaginait pas qu'un jour elle travaillerait avec la CGT. De leur côté, ATTAC et la CGT n'étaient même pas présents dans l'hôpital avant le dépôt de bilan. Et Aman s'appuie aujourd'hui sur un énorme élan de sympathie dans la population. " Pourquoi obliger les gens à se déplacer et saturer des services dans d'autres hôpitaux si les soins peuvent être donnés à Ingwiller ? demande Barbara Michel. En matière d'urgence, le Neuenberg doit pouvoir traiter les cas généraux, mais aussi accueillir les cas plus compliqués en attendant qu'ils soient transférés dans des hôpitaux spécialisés. En cas contraire, la loi n'est plus respectée, qui dit que tout habitant doit être à 20 minutes d'un SMUR (service mobile d'urgence et de

réanimation). Enfin, il faut prendre en compte le tissu social particulier de la région : de nombreuses personnes âgées, dialectophones. Pour elles, aller se faire soigner ailleurs s'apparente à un déracinement. "

" Rêverie, illusion, démagogie " : dans un premier temps, les revendications d'Aman se sont heurtées aux sarcasmes de la part des élus, tous de droite. Pour eux, la fermeture de certains services est inéluctable. " Il existe une marge de négociation avec les autorités, affirme Émile Blessig, député de Saverne. Mais on ne peut pas espérer tout garder. " Le député UMP juge " qu'il faut passer d'une notion d'institution qui rend tous les services à celle de services rendus à la population par un réseau d'établissements ". Mais au moins un dialogue s'est-il installé entre des élus et leurs électeurs réunis dans Aman. Ce n'est pas le cas avec les responsables des autorités sanitaires. Directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), André Aoun dirige l'instance chargée de définir et de mettre en ouvre la politique régionale de l'offre de soins hospitaliers. Mais il garde le silence. " Je ne m'exprimerai pas publiquement avant la décision du tribunal. Celui-ci choisit d'abord un repreneur, puis nous discuterons d'un projet d'exploitation ", affirme-t-il. Plus loquace, Max Colinet, directeur de la CRAM, estime qu'" en période de ressources rares, l'avenir d'établissements comme celui d'Ingwiller est dans la gériatrie. De plus, nous avons un problème de démographie médicale : il n'y a pas assez de médecins ". Autre argument avancé par les élus et les gestionnaires : l'activité des services de chirurgie et de maternité serait en déclin à Ingwiller.

Les membres d'Aman répondent point par point à ces arguments. " Le problème de démographie médicale est réel, mais on peut trouver des solutions si le Neuenberg retrouve un avenir lisible, rétorque Barbara Michel. L'argument sur la baisse d'activité se réfère aux résultats d'un audit dont nous ne connaissons que des bribes. Mais il est clair qu'il a été mené de façon partisane puisqu'il a mesuré l'activité de l'hôpital dans une période où il était en déclin. " " C'est vrai que le tribunal est aujourd'hui le seul interlocuteur juridique des autorités, concède Frédéric Karas, secrétaire de l'union locale CGT de Saverne. Mais dire qu'il faut d'abord choisir un repreneur, puis discuter avec lui du projet, c'est mettre la charrue avant les boeufs. Il est anormal que ce soit un tribunal qui prenne de facto des décisions de santé publique. Or les deux repreneurs privés, Alpha Santé et la Fédération des oeuvres évangéliques (FOE), ont chacun annoncé leur intention de fermer la chirurgie et la maternité. "

" Il faut démontrer que le maintien de la maternité et de la chirurgie à Ingwiller est faisable au plan financier ", explique Frédéric Henri, membre d'ATTAC. Ce patron d'une petite entreprise de la région a mis le nez dans la comptabilité de l'hôpital. Premier constat : " Le repreneur du Neuenberg fera une bonne affaire puisque le prix de rachat n'équivaudra pas à la véritable valeur immobilière de l'hôpital estimée à 13,5 millions d'euros. " Un actif que Frédéric Henri propose de gager en échange d'un crédit bancaire. Second constat : " Ce sont des fonds publics qui financeront le repreneur, fût-il privé, puisque celui-ci remboursera son investissement avec l'argent qu'il touchera des organismes publics pour le remboursement des soins. Ces sommes représentent les trois quarts du budget de l'hôpital. " Conclusion : " Si aucun repreneur privé ne veut garder la chirurgie et la maternité, car il ne les juge pas assez rentables, c'est aux autorités publiques de reprendre le Neuenberg au nom du maintien du service public de santé. " Administrateur judiciaire de l'hôpital, Claude-Maxime Weil conforte cette analyse quand il souligne que " le dépôt de bilan de l'hôpital d'Ingwiller n'est pas structurel, il est dû à une mauvaise gestion des frais de personnel. Concernant la chirurgie et la maternité, il est évident qu'un repreneur ne budgètera ses services que si l'ARH les budgète aussi ".

Forte de ses propositions, Aman dépose aujourd'hui un dossier au tribunal de Saverne lui demandant de surseoir au choix du repreneur. Le temps qu'une table ronde soit organisée associant tous les acteurs concernés. Aman peut se prévaloir d'un premier succès. En réponse à une interpellation du président du conseil général, Philippe Richert, le ministre de la Santé, Philippe Douste-Blazy, a pris acte, le 2 septembre, du fait que " bon nombre d'acteurs locaux souhaitent le maintien d'une offre de chirurgie et de maternité et, sur ce point, le débat reste ouvert ". Les sarcasmes des élus de droite n'y changeront rien : à Ingwiller il y a bien un avant et un après-Aman.

Alain Peter

Assurance-maladie : le plan de « la dernière chance » Le Quotidien du Médecin du : 06/09/2004

Philippe Douste-Blazy a souvent filé la métaphore médicale pour qualifier la situation comptable de la branche maladie. « Notre assurance-maladie est un patient gravement affaibli auquel il faut

prodiguer des soins intensifs et de la chirurgie réparatrice », a-t-il expliqué. Il s'est aussi alarmé d'un déficit « *qui se creuse de 20 000 euros par minute* ». Si ce type de discours avait une visée pédagogique, le ministre évoquait à juste titre une détérioration financière sans précédent. Avec un déficit prévisionnel historique de près de 13 milliards d'euros en 2004 (qui succédera à un passif déjà remarquable de 11 milliards en 2003), la branche maladie du régime général est exsangue. L'amorce du redressement financier est donc la priorité des mois qui viennent et de l'année 2005.

Pour y parvenir, Philippe Douste-Blazy a fait adopter cet été par le Parlement une réforme présentée comme « *le plan de la dernière chance* ». Il convient de passer rapidement aux travaux pratiques en commençant par la mise en place de la nouvelle gouvernance. « *Si, à terme, les comportements ne sont pas modifiés, nous serons sans doute contraints de mettre en place une franchise en fonction des revenus* », a mis en garde le ministre de la santé début août.

Pour la période 2002-2004, c'est en tout cas une dette cumulée colossale, évaluée à 35 milliards d'euros, que la loi a transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades). Les générations futures paieront ce lourd passif, de même que les déficits prévisionnels de 2005/2006 dans la limite de 15 nouveaux milliards.

Le coup de pouce.

Les yeux rivés sur la courbe d'évolution des dépenses (en 2004, le rythme de progression reste soutenu - environ 5 % - contre une augmentation de 7,1 % en 2003), Philippe Douste-Blazy et Xavier Bertrand espèrent des signes positifs dès l'année prochaine, lorsque l'ensemble des mesures votées seront opérationnelles. Sur le papier, ce plan de redressement des comptes doit procurer, d'ici à 2007, 15 milliards d'euros de ressources nouvelles (9,8 milliards d'économies et 5,2 milliards de recettes). Jacques Chirac a fixé le cap : le retour à l'équilibre devra être atteint à la fin de la législature.

Le caractère essentiellement structurel du déficit étant admis, le gouvernement a parié sur la réorganisation du système de soins et le changement des comportements des assurés et des prescripteurs. Mais il compte également sur l'amélioration de la conjoncture dans les prochains mois. Entre 1999 et 2001, la croissance avait largement masqué la dérive financière, une aubaine dont la droite aimerait profiter à son tour. En attendant, les premiers décrets relatifs au volet recette de la réforme (CSG, contribution sur les entreprises...) devraient être publiés très rapidement.

Dès la deuxième quinzaine de septembre, dans la foulée de la réunion de la commission des comptes de la Sécu, le gouvernement présentera également les grandes lignes du projet de loi de financement (Plfss) pour 2005, le dernier à s'inscrire dans un cadre annuel. Ce texte sera discuté au Parlement fin octobre. Pour 2006, la loi de financement de la Sécu fixera pour la première fois des objectifs pluriannuels. Une modification de taille qui exige le vote d'une loi organique, sans doute déposée au Parlement cet automne.

> *CYRILLE DUPUIS*

Hôpitaux : encore beaucoup d'incertitudes **Le Quotidien du Médecin du : 06/09/2004**

NOUVELLE GOUVERNANCE, tarification à l'activité (T2A), relance de l'investissement : le développement des trois grands axes d'Hôpital 2007, le plan de réformes quinquennal lancé fin 2002 par Jean-François Mattei, va se poursuivre cette année. Avec plus ou moins de succès. Aucun problème en ce qui concerne la relance de l'investissement (10 milliards d'euros sur cinq ans, dont deux sont dépensés en 2004). Bon nombre d'opérations sont en cours de réalisation parmi les 937 projets déposés. Un bilan d'étape aura lieu demain à la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (Mainh), qui dépend du ministère de la Santé.

La T2A suscite davantage d'interrogations sur le terrain. Jean-François Mattei avait prévu une montée en charge régulière d'ici à 2012 (10 % en 2004, 20 % en 2005, etc., contrairement aux cliniques, qui basculeront à 100 % dans la T2A en fin d'année). Mais à ce jour, les hôpitaux ignorent la part de leur budget qui sera financée à l'activité l'an prochain : Philippe Douste-Blazy n'a pas encore affiché ses intentions. Pour l'exercice en cours, la part du budget liée à l'activité sera versée aux établissements en fin d'année, en fonction de l'activité observée au début de 2004. La règle est simple : plus un hôpital est actif, plus il aura de recettes.

Autre question pour l'heure sans réponse : à quelle hauteur seront financées les missions d'intérêt général (recherche, enseignement...), pour lesquelles il est prévu une enveloppe spécifique, indépendante de l'activité des hôpitaux ? Pour la FHF (Fédération hospitalière de France), la T2A dans les hôpitaux doit se limiter à 50 % de leurs budgets. Philippe Douste-Blazy, dans ses derniers discours, a dit ne pas y voir d'inconvénient. Mais l'arrêté correspondant n'est pas encore paru.

La T2A à l'hôpital ne concerne pour l'instant que le champ MCO. Les secteurs psychiatrie et SSR, ainsi que les hôpitaux locaux, resteront financés par dotation globale en 2005. La réforme de la gouvernance des hôpitaux, de même que la T2A, soulève bien des questions et bon nombre d'acteurs de terrain et de syndicalistes y restent opposés. La mission gouvernementale Meah (mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier) organise un colloque après-demain afin de lancer la phase expérimentale (chacun des 103 hôpitaux volontaires vient de recevoir 80 000 euros pour anticiper la réforme - création de pôles et d'un conseil exécutif -, qui sera obligatoire à partir du 1er janvier 2006).

D'une manière plus générale, l'année 2004 sonne la fin des aides accordées aux hôpitaux pour aider la mise en place de la RTT. Des milliers de postes budgétés restent non pourvus, faute de candidats. Deux échéances importantes attendent les praticiens hospitaliers : ouverture des négociations sur leur statut à partir du 1er octobre 2004, puis, au premier semestre 2005, élections professionnelles qui déterminent la représentativité des syndicats.

> DELPHINE CHARDON

Cliniques : l'échéance de la T2A **Le Quotidien du Médecin du : 06/09/2004**

L'ACTUALITÉ prochaine de l'hospitalisation privée sera dominée par l'entrée dans la tarification à l'activité (T2A) des cliniques MCO (médecine, chirurgie, obstétrique).

Le basculement, initialement prévu au 1er octobre 2004, est différé de quelques semaines, compte tenu des retards techniques accumulés - le ministère de la Santé est sur le point d'officialiser la nouvelle. Les logiciels ne sont pas prêts, et les nouveaux tarifs par GHS (groupe homogène de séjour) ainsi que les coefficients correcteurs ne sont pas encore connus. La FHP (Fédération de l'hospitalisation privée), favorable à la réforme, propose de repousser au 1er décembre 2004 le passage à la T2A ainsi que la mise en œuvre de la Ccam, les deux dispositifs étant étroitement liés. La FHP propose un mécanisme de compensation, accepté par les syndicats médicaux, afin de ne pas léser les praticiens dont les honoraires doivent être mécaniquement réévalués à partir du 1er octobre grâce à la Ccam. Le ministère doit rendre son arbitrage sur la date du passage à la T2A ces jours-ci.

D'autres négociations sont en cours, à propos du Plfss 2005 (projet de loi sur le financement de la Sécurité sociale). Pour la première fois l'an prochain, les dépenses MCO des hôpitaux et des cliniques vont être encadrées par un même objectif, « l'OD-MCO » (objectif des dépenses MCO). En 2005, le taux d'évolution des tarifs MCO sera donc commun aux deux secteurs hospitaliers, de même que la liste des médicaments et dispositifs médicaux coûteux facturés en sus des tarifs T2A. « *Les établissements publics et privés sont en train de rentrer dans la même enveloppe budgétaire, c'est un facteur majeur de rapprochement entre les deux secteurs* », se réjouit le Dr Ken Danis, président de la FHP. Autre nouveauté : à partir de 2005, les nouveaux tarifs des cliniques entreront en vigueur au 1er mars, et non plus au 1er mai, comme jusqu'à présent.

Pas de changement en revanche pour les cliniques spécialisées en psychiatrie et en SSR (soins de suite et de réadaptation), qui n'entreront dans la T2A que dans un deuxième temps (la date reste à définir) : leurs dépenses en 2005 resteront encadrées par un OQN (objectif quantifié national).

Elu en juin dernier à la tête de la FHP, Ken Danis souhaite réaffirmer la place des cliniques privées dans le système de santé français. D'où son intention de lancer des négociations tous azimuts dans les mois à venir. Avec les assureurs, pour obtenir une modération des primes en responsabilité civile. Avec les internes, le ministère de la Santé et de l'Education, en vue d'ouvrir les portes des cliniques aux internes (aujourd'hui, un stage effectué en clinique privée ne peut être validé). Avec le ministère de la Santé encore, à propos de l'application du plan chirurgie. « *Le secteur privé assure 60 % de la chirurgie, je veux participer à l'élaboration du plan de modernisation des blocs opératoires* », dit Ken Danis, qui souhaite également multiplier les contacts avec les syndicats de médecins libéraux : « *Les*

médecins et les cliniques sont liés par la T2A et la Ccam, nous devons avancer ensemble », déclare le président de la FHP.

> *DELPHINE CHARDON*

Le plan « santé au travail » du gouvernement déjà controversé
Le Quotidien du Médecin du : 06/09/2004

Le plan santé-travail 2005-2009 qui sera élaboré d'ici à la fin de l'année en « concertation » avec les partenaires sociaux, inquiète de nombreuses organisations syndicales, notamment la CGT.

ENCORE EN GESTATION, le plan santé-travail 2005-2009 du gouvernement commence à faire du bruit avant sa publication prévue d'ici à la fin de l'année.

Annoncé en avril par le ministre délégué aux Relations du travail Gérard Larcher, ce plan structurel est très attendu depuis la parution controversée du décret du 28 juillet 2004 sur la réforme de la médecine du travail, les critiques formulées par un récent rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (« le Quotidien » du 26 août et du 3 septembre) et les « arrêts amiante » du Conseil d'Etat sur les obligations de l'Etat en santé au travail.

Le plan santé-travail 2005-2009 « doit d'abord permettre de développer les connaissances en matière de risques professionnels » et ensuite faciliter « un pilotage enfin efficient d'une véritable politique de prévention », a indiqué Gérard Larcher la semaine dernière, lors des Assises de rentrée de la Cftc sur le thème « *La santé au travail, tous concernés* ».

Le groupe de travail *ad hoc* constitué avec les partenaires sociaux au sein du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels (Csprp) a reçu en juillet un premier document de cadrage. Ce document, que « le Quotidien » s'est procuré, comprend quatre « notes thématiques » sur « le développement des connaissances », « l'effectivité du contrôle », « le pilotage du système » et « la santé au travail dans l'entreprise ».

Parmi les pistes envisagées, le projet gouvernemental souhaite remédier au manque de coordination des différents acteurs (Etat, partenaires sociaux, Caisse nationale d'assurance-maladie, Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ou Inrs), par des « mesures prises, tant aux niveaux national que local, afin d'améliorer le pilotage, par l'Etat, du dispositif de prévention des risques professionnels ».

En ce qui concerne la santé au travail dans l'entreprise, le gouvernement souhaite accentuer l'approche pluridisciplinaire à tous les niveaux (en s'ouvrant aux problématiques environnementales et de santé publique), « réformer l'approche de l'inaptitude médicale » pour éventuellement « s'orienter vers une "aptitude durable", avec l'objectif du maintien d'une "capacité professionnelle", allant au-delà de la seule capacité à occuper un poste de travail ». Le document évoque notamment l'idée d'un nouveau système de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles pour les entreprises, « en réactivant le principe des mesures incitatives (exemple : cotisations supplémentaires/ristournes) » sur le modèle américain.

Selon la CGT, le projet du gouvernement « s'inspire de l'exemple américain d'assurance » et constitue de ce fait un « recul des droits des accidentés et malades du travail ».

« En France, c'est la revendication du patronat : confier la gestion des accidents du travail aux assurances privées pour réduire le coût pour les entreprises », a encore précisé Jean Hodebourg, représentant CGT au Csprp. Aux Etats-Unis, « la gestion par les assurances privées aurait, d'après le texte ministériel, permis une réduction du tiers du nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles », selon Jean Hodebourg. « S'agit-il seulement d'une baisse des statistiques d'enregistrement des déclarations d'accidents du travail ou du résultat d'actions de prévention pour empêcher la survenue de ces accidents dans l'esprit du droit français? », s'est interrogé le syndicaliste CGT.

« Aucune mesure n'est encore préarbitrée », a répliqué Gérard Larcher aux assises Cftc. « A ce stade, j'ai en effet seulement souhaité définir certaines orientations (du plan) qui me semblent incontournables », a-t-il ajouté.

> AGNÈS BOURGUIGNON

Le remboursement à 100 % encadré en cas d'ALD

L'ordonnancier bizona devra respecter strictement le protocole de soins

Le Quotidien du Médecin, 4 septembre 2004

Un projet de décret prévoit que le médecin qui remplit un ordonnancier bizona destiné aux patients atteints d'une affection de longue durée (ALD) devra se conformer au contenu du protocole de soins établi. Un protocole qui sera plus précis et devra être signé par le patient. La Caisse nationale d'assurance-maladie (Cnam) estime que le remboursement à 100 % de soins ou médicaments sans relation avec la pathologie lourde concernée entraîne un surcoût de deux milliards d'euros par an. Certains médecins redoutent le « flicage » de leurs prescriptions.

PARMI LES PRINCIPALES mesures de maîtrise médicalisée votées cet été dans le cadre de la réforme de l'assurance-maladie figure en bonne place le meilleur contrôle du coût des affections de longue durée (ALD), un régime qui pèse extrêmement lourd dans les dépenses remboursées par la Sécurité sociale (voir encadré).

L'enjeu financier serait considérable : selon la Caisse nationale d'assurance-maladie (Cnam), « le remboursement à 100 % de certains soins qui devraient être pris en charge au taux normal (70 %, 65 % ou 35 %, selon les actes) occasionne un surcoût d'environ deux milliards d'euros par an ». Un dixième de ce qui est pris en charge à 100 % dans le cadre d'une ALD « n'a pas lieu d'être », tranche même un expert de l'assurance-maladie. Il s'agit, précise la caisse, de soins prescrits ou réalisés par des médecins à des patients en ALD « qui n'ont pas de relation avec la pathologie en cause dont le traitement est pris en charge à 100 % ».

Manque de rigueur.

Autrement dit, un certain nombre de praticiens manqueraient de rigueur, par ignorance ou par complaisance, dans l'utilisation de l'ordonnancier bizona, qui est censé distinguer les prescriptions relatives au traitement de l'affection exonérante, et donc remboursées à 100 %, et les autres. « L'exemple d'abus manifeste, c'est quelqu'un suivi pour un diabète, qui est tombé dans l'escalier, et dont les soins kinés sont inscrits dans la case 100 % », explique-t-on encore à la Cnam.

Pour encadrer le dispositif de prise en charge des patients atteints d'une ALD, le gouvernement a instauré un nouvel arsenal législatif et réglementaire, qui complète ce qui existait déjà. L'article 6 de la loi sur la réforme de l'assurance-maladie, publiée mi-août, renforce la portée du protocole de soins créé par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2004, un protocole établi par le médecin traitant en lien avec le médecin-conseil. Ce protocole définit les actes et prestations pour lesquels la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée. Il devra dorénavant être signé par le patient et, sauf urgence, obligatoirement présenté à tout médecin consulté par le malade pour bénéficier de l'exonération du ticket modérateur. Le médecin devra de son côté certifier qu'il a pris connaissance du protocole au moment de prescrire.

Mais, pour réaliser des économies, restait à établir le lien entre le protocole adapté à chaque patient en ALD et sa feuille de soins, donc l'exonération du ticket modérateur. C'est chose faite. Un projet de décret, qui vient d'être examiné par le conseil d'administration de la Cnam, prévoit que le praticien devra se conformer au contenu du protocole ALD, lorsqu'il remplit l'ordonnancier bizona. Seuls les soins qui y sont spécifiés pourront figurer parmi les actes et prestations « pour lesquels la participation de l'assuré est limitée ou supprimée ». Tout le reste devra être remboursé au taux de droit commun.

« Gesticulation ».

Ce décret va-t-il bouleverser les habitudes de médecins, qui, à en croire les pouvoirs publics, auraient une utilisation un brin « laxiste » du bizona ? Les syndicats relativisent et évoquent une piqure de rappel. Pour le Dr Michel Combier, président de l'Union nationale des omnipraticiens français (Unof-Csmf), « *il s'agit d'un simple recentrage sur le Pires (Protocole interrégimes d'examen spécial), une forme de gesticulation médiatique qui vise à resensibiliser les médecins au problème posé par la confusion entre ce qui doit être remboursé à 100 % et tout le reste* ». Il souligne qu'il y a peu de médecins libéraux poursuivis chaque année par les caisses pour des infractions à la réglementation sur le bizona (263 en 1999) et juge « *disproportionné* » l'objectif de la Cnam de récupérer jusqu'à deux milliards d'euros par an.

Le Dr Dinorino Cabrera, président du Syndicat des médecins libéraux (SML), reconnaît qu'« *il y a sans doute des économies à faire* ». Mais il subsistera toujours, selon lui, des « *zones d'incertitude sur ce qui doit être remboursé à 100 %, par exemple pour le traitement d'un diabète* ». Des zones d'incertitude qui devraient toutefois se réduire. De l'avis général, les nouveaux protocoles pour les pathologies lourdes et chroniques (qui seront établis sur la base des recommandations de la future Haute Autorité de santé, qui sera créée au début d'octobre) seront beaucoup plus précis et contiendront davantage d'informations sur le traitement en rapport avec l'ALD. Comme les médecins consultés ne pourront plus prétendre qu'ils n'ont pas vu le protocole, la Cnam espère boucler la boucle.

Les médecins doivent-ils craindre des tracasseries administratives supplémentaires? Le Dr Pierre Costes, président de MG-France, ne le croit pas. Il se félicite au contraire des « *garanties* » qui, selon lui, seront apportées aux patients en matière de tarifs et de remboursement, mais aussi aux médecins, qui auront davantage d'informations, et seront mieux protégés.

« *La nouveauté, c'est que l'ensemble des protocoles "Pires" des patients en ALD seront progressivement revus car ils devront intégrer les référentiels établis par la Haute Autorité, par exemple sur le recours aux examens et aux spécialistes, explique-t-il. Pour un diabète, on saura exactement le nombre de consultations ophtalmologiques, cardiologiques ou de néphrologie qui ouvriront droit au remboursement, hors urgence. Aujourd'hui, c'est le manque de précision et la méconnaissance des droits ouverts, qui pose problème* ». Le Dr Jean-Paul Hamon, au nom des généralistes de la FMF, n'est pas aussi enthousiaste. Il redoute que ce décret aboutisse à « *davantage de flicage* ». « *Tout dépendra des directeurs de caisse, nuance-t-il. On peut craindre que la Cnam de Loire-Atlantique se distingue pour contrôler le bizona et que certains généralistes, qui sont parfois à la limite de la réglementation, souffrent un peu plus* ».

Si la plupart des syndicats ne rejettent pas l'idée d'une utilisation plus rigoureuse de l'ordonnancier bizona, sur la base de protocoles précis et fiables, ils conseillent à l'assurance-maladie de balayer devant sa porte en améliorant sa gestion du remboursement des patients à 100 % et la liquidation médicalisée. Un objectif qui figure également au rang des priorités de Philippe Douste-Blazy.

CYRILLE DUPUIS

Près de 6 millions de personnes en ALD

Le régime des ALD concerne près de 6 millions de personnes (plus de 12 % des personnes assurées), mobilise 48 % des dépenses de soins et contribue à hauteur de 62 % à l'augmentation du poste des soins de ville. La dépense remboursée moyenne par personne en ALD est de 6 600 euros, soit près de neuf fois plus que pour les autres personnes protégées. Il s'agit surtout de personnes âgées. La durée moyenne de leur prise en charge en ALD est de six ans. Les quatre affections entre lesquelles sont partagées 84 % des entrées en ALD sont les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les troubles mentaux et le diabète. A pathologie égale, la fréquence des prises en charge en ALD augmente. En 1993, 62 % des diabétiques traités par des médicaments étaient en ALD. En 2000, ils étaient près de 73 % à bénéficier de ce dispositif. Le rapport du Haut Conseil sur l'avenir de l'assurance-maladie relevait que c'est « *tout à la fois le nombre de patients souffrant d'une ALD et leur consommation médicale moyenne qui augmentent rapidement* », en raison de l'augmentation constante du coût des traitements. D'où, sans doute, la nécessité de maîtriser ce poste de dépenses.

C. D.

La maîtrise des dépenses d'assurance-maladie

Vers un Ondam inférieur à 4 % en 2005
Le Quotidien du Médecin, 4 septembre 2004

Le gouvernement envisage de fixer entre 3,5 et 4 % l'objectif d'évolution des dépenses d'assurance-maladie pour 2005. Un taux raisonnable, dit-on dans l'entourage du ministre de la Santé, tandis que, pour des responsables des syndicats médicaux, une telle décision impose que l'on signe au plus vite une nouvelle convention médicale.

ALORS QUE SONT en cours de rédaction les premiers décrets qui permettront la mise en place de la réforme de l'assurance-maladie, voilà que se dessine déjà la politique du gouvernement en matière de maîtrise des dépenses : l'intention affichée par le ministre de la Santé est de montrer que sa réforme va aider à la modération de la croissance du déficit.

D'où, selon le journal économique « la Tribune », un déficit de la branche maladie que le gouvernement veut limiter à 8 milliards d'euros pour 2005 ; ce que Philippe Douste-Blazy devrait annoncer le 21 septembre aux membres de la commission des comptes de la Sécurité sociale. Un calcul bien optimiste selon certains experts qui rappellent qu'en 2004 ce déficit devrait frôler sinon dépasser les 13 milliards d'euros. Mais le ministre de la Santé et son secrétaire d'Etat à l'Assurance-maladie, Xavier Bertrand, estiment que les premiers effets de la réforme se feront rapidement sentir et donc que la croissance du déficit sera contenue. D'où ce chiffre de 8 milliards d'euros.

Les assurés ne veulent pas changer de comportement.

Pour y parvenir, on sait que les ministres misent en grande partie sur un changement de comportement des assurés et des professionnels de santé. Or, si l'on en croit le sondage CSA publié le 6 septembre par « la Tribune » sur l'état d'esprit des Français en cette rentrée, 55 % des personnes interrogées affirment qu'elles ne sont pas satisfaites de la réforme de l'assurance-maladie et, surtout, 65 % d'entre elles affirment sans ambages que cette réforme ne les incitera pas à changer leurs habitudes en matière de consultations médicales. Voilà qui doit embarrasser le gouvernement, d'autant que les personnes âgées qui sont parmi les plus grandes consommatrices de soins médicaux n'ont absolument pas l'intention de modifier leur attitude.

Le ministre de la Santé n'est pas moins décidé à poursuivre sa croisade en matière de modération de l'évolution des dépenses. Et c'est dans ce cadre qu'il envisage de fixer un objectif national des dépenses d'assurance-maladie (Ondam) compris entre 3,5 et 4 % en 2005, en tout cas inférieur à 4 %. Il devrait figurer dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale qui sera discuté à l'automne par les parlementaires. Pourtant, on est aujourd'hui sur une évolution des dépenses supérieure à 5 %, alors que l'Ondam 2004 était fixé à 4 %. D'où les doutes qu'inspirent les prévisions du ministre de la Santé.

Dans ce contexte, l'attitude et le comportement des professionnels de santé, et notamment des médecins, seront essentiels. Les responsables du monde médical en sont conscients : ils insistent sur l'importance des négociations conventionnelles qui vont s'engager dans les prochains mois. Et de mettre en avant l'importance d'une signature rapide, avant la fin de l'année. Ce qui est loin d'être acquis.

JACQUES DEGAIN

Hôpital
Grève le 7 octobre à l'appel du Collectif des syndicats de PH
Le Quotidien du Médecin, 4 septembre 2004

LE COLLECTIF des syndicats de praticiens hospitaliers pour la défense de l'hôpital public (1) appelle à une journée nationale d'action et de grève le jeudi 7 octobre afin de manifester une nouvelle fois son opposition au projet de réforme de la gouvernance hospitalière. Il y a urgence, explique le Collectif, puisque la promulgation de l'ordonnance sur la gouvernance hospitalière, qui reprend tous les aspects du projet gouvernemental (notamment la création de pôles d'activités et d'un conseil exécutif), pourrait intervenir courant octobre.

Le service public à la casse ?

Pour le Dr Bruno Devergie, président du Snph-chg (Syndicat national des praticiens hospitaliers des hôpitaux généraux), « *le recrutement des médecins hospitaliers par un contrat fera porter sur nous des pressions budgétaires fortes : l'application de cette vision ultralibérale à l'hôpital public nous pose problème. Nous sommes pour des réformes, mais nous ne voulons pas la casse du service public* ». De son côté, l'urgentiste Patrick Pelloux, président de l'Amuhf (Association des médecins urgentistes hospitaliers de France), observe à regret le retour des discordes au sein de la communauté hospitalière : les médecins se bagarrent « *pour savoir qui va être chef de pôle* », note-t-il.

Le Collectif, qui regroupe, depuis sa création en avril, l'ensemble des PH qui se sont opposés à la signature du volet nouvelle gouvernance du plan Hôpital 2007, espère une large mobilisation. Le Dr Pierre Faraggi, président de la Confédération des hôpitaux généraux (CHG), fondateur du Collectif et le seul des quatre intersyndicats de PH à n'avoir pas paraphé le projet de réforme, s'est fendu d'une lettre aux trois signataires, le Pr Roland Rymer, président du Snam (Syndicat national des médecins hospitaliers), le Dr François Aubart, président de la CMH (Coordination médicale hospitalière), et le Dr Rachel Bocher, présidente de l'Inph (Intersyndicat national des praticiens hospitaliers), pour leur proposer de rejoindre le Collectif.

« *Le projet de réforme ne nous satisfait pas, les projets d'ordonnance qui circulent non plus* », estime Pierre Faraggi, qui mentionne cinq points à modifier : maintien des attributions de la CME ; maintien de l'affectation des chefs de service par le ministre ; organisation en pôles sur proposition (et non sur simple avis) de la CME ; maintien des attributions des services ; et enfin, validation de la nomination du chef de pôle par la CME, sur proposition des praticiens du pôle. Avec ce courrier, le président de la CHG espère convaincre les présidents des trois autres intersyndicats de PH qui siègent au comité de suivi de la réforme d'amender le projet d'ordonnance. Le comité de suivi se réunit demain jeudi, précisément en vue de valider l'ordonnance.

DELPHINE CHARDON

(1) Le Collectif regroupe douze syndicats : l'intersyndicat CHG - qui elle-même regroupe la Fnapp, le Snbh, le Snmarhnu, le SPH, le Syngof et le SPF -, l'Amuhf, le Snph-chg, l'Uphp, la CFE-CGC, l'USP.

Le président de MG-France pose ses exigences

Pierre Costes : le C à 25 euros pour le médecin traitant

Le Quotidien du Médecin, 4 septembre 2004

Le président de MG-France veut engager prochainement les négociations sur un acte de base du futur médecin traitant valorisé à 25 euros. En matière de permanence des soins, Pierre Costes demande que les rares actes effectués dans la deuxième partie de nuit soient confiés, sur la base d'accords locaux, aux urgentistes hospitaliers ou qu'à défaut les généralistes libéraux bénéficient d'un repos compensateur défrayé sur la base de 3 C de l'heure.

LE QUOTIDIEN - Quel regard portez-vous sur la réforme de l'assurance-maladie adoptée fin juillet ?

Dr PIERRE COSTES - Est-ce une petite ou une grande réforme ? Il est trop tôt pour le dire, mais l'essentiel, pour nous, est que la loi veut introduire des règles dans un système de santé qui, pour schématiser, restait jusqu'à présent sans mode d'emploi. Un possible changement de direction est proposé. Je dis « possible », car il y a tellement de décrets, de changements à venir, tellement de règles nouvelles... que tout cela peut déboucher aussi bien sur le pire que sur le meilleur. A partir de la loi, il est possible, via la coordination ou le dossier médical, de mettre en place un dispositif qui améliore la qualité des soins. Mais on peut tout autant aboutir à un dispositif assorti de files d'attente, d'une paperasserie infernale pour les professionnels et d'une médecine sous-tarifée quand elle sera coordonnée et à tarifs libres quand elle ne sera pas coordonnée.

La nouvelle loi consacre le principe du médecin-traitant ; ces nouvelles responsabilités vous inciteront-elles à négocier sur les honoraires ?

Toute valorisation du rôle du généraliste comme médecin traitant doit se traduire aussi par une revalorisation de la rémunération, que ça soit à l'acte ou au forfait. Nous demandons donc une revalorisation des honoraires de 30 % pour la médecine générale dans sa fonction de médecin traitant,

de manière à atteindre la moyenne européenne des honoraires. Cette politique de rémunération constitue notre « horizon 2007 » ; elle nécessite une rémunération de la consultation à 25 euros pour l'acte de base.

N'est-ce pas un peu tôt de s'attaquer aujourd'hui aux négociations pour 2007 ?

Puisque nous ne connaissons pas dans le détail la manière dont vont s'organiser les prochaines négociations conventionnelles, autant que le ministre sache dès maintenant à quoi s'en tenir. Autant que nous disions clairement aujourd'hui que, si on ne modifie pas d'ici à 2007 l'échelle de consultation des spécialistes, si on reste dans une médecine libérale uniquement rémunérée à l'acte, s'il n'y a pas d'évolution vers une rémunération forfaitaire ou vers d'autres principes de rémunération... bref, si en 2007, on est dans la même situation qu'aujourd'hui, la consultation de base du médecin traitant devra être rémunérée 25 euros. Mieux vaut prendre date dès aujourd'hui. Surtout quand on voit s'agiter les hospitaliers pour des revendications salariales et quand on entend les revendications des spécialistes libéraux - ils disposent d'ores et déjà de revenus supérieurs de 50 % à ceux des généralistes et demandent, malgré tout, des revalorisations d'honoraires !

La permanence des soins, telle que se dessine son organisation, ne semble pas vous satisfaire pleinement, bien que vous ayez signé l'accord de juillet ?

En ce qui concerne les heures creuses de la nuit, nous avons un vrai programme d'amélioration des conditions d'exercice du généraliste. Pour la « nuit profonde », si la société veut que les généralistes fassent doublon avec l'activité des urgences hospitalières - et je vous rappelle à ce sujet que la permanence des soins, aux heures creuses de la nuit, c'est 0,5 acte pour 100 000 habitants -, il faudra qu'elle y mette les moyens et donne notamment aux médecins libéraux les mêmes droits qu'aux médecins urgentistes hospitaliers, je pense notamment au repos compensateur. Sinon, et c'est le choix de MG-France, on décide que ce sont les médecins des urgences hospitalières qui doivent assurer les quelques actes de permanence des soins, de manière que les généralistes ne soient pas sur le pont tout le temps et puissent se reposer.

Tout cela est plus facile à dire qu'à faire... Comment voyez-vous l'avenir ?

Faisons une avancée après l'autre. Le ministre nous a aidés avec ses promesses pour le monde hospitalier, notamment pour les chirurgiens et bientôt pour tous les praticiens hospitaliers. En leur garantissant de nouvelles rémunérations de l'astreinte, non modulables, Philippe Douste-Blazy nous ouvre la perspective d'aller plus loin que les accords signés au mois de juillet. Nous allons pouvoir parler d'une rémunération minimale de l'astreinte qui ne varie pas avec le nombre d'actes effectués. Les forfaits fixes, aujourd'hui prévus de manière exceptionnelle ou dérogatoire dans l'avenant 14, doivent devenir la règle. Par ailleurs, n'oublions que l'avenant 14 [traduction conventionnelle de l'accord signé au mois de juillet entre MG-France, le SML, Alliance et les caisses sur la permanence des soins, ndlr] ne se limite pas à la valorisation de l'astreinte : il valorise notamment les tarifs du week-end en étendant au samedi le principe de la garde (jusqu'à présent, la garde de week-end n'était reconnue que le dimanche) et surtout, il sépare la première partie de nuit de la deuxième. Et cette séparation entre les deux parties de la nuit ouvre les portes à de multiples contractualisations locales avec les urgentistes hospitaliers. Si des négociations de ce type ne devaient pas aboutir, alors il faudra que les généralistes accèdent en ville au repos compensateur, rémunéré à hauteur de 24 C (soit 3 C de l'heure pour un repos de 8 heures). Notre discours est simple : on ne peut demander en même temps aux médecins d'assurer la permanence des soins pour les heures profondes de la nuit et ne pas leur accorder la même chose qu'aux autres médecins, c'est-à-dire le repos compensateur.

L'arrivée de Philippe Douste-Blazy au ministère a coïncidé avec une accélération de certains dossiers comme celui de la réforme de l'assurance-maladie ou de la permanence des soins. Comment analysez-vous ce mouvement ?

L'arrivée de Philippe Douste-Blazy a fait suite à des élections et le nouveau gouvernement a devant lui une période de trois ans sans élections. Rappeler ce fait aide à comprendre ce qui se passe. Jean-François Mattei était là avant, Philippe Douste-Blazy est là après et on sent bien qu'avant le gouvernement réfléchissait, discutait, échangeait, débattait... et que maintenant, il est engagé dans une phase opérationnelle, incarnée par Philippe Douste-Blazy. Dans cette phase, le nouveau ministre a su ramener les syndicats de médecins spécialistes dans une attitude de négociation et de construction d'accord. Il faudra voir si cette attitude suffit à faire aboutir des accords... En tout état de cause, cette

attitude de main tendue envers les spécialistes ne doit pas masquer le fait que les besoins d'investissement en matière de santé doivent d'abord aller massivement vers la médecine de ville, et notamment la médecine générale, d'autant que son rôle doit s'accroître considérablement dans le futur système de santé organisé.

PROPOS RECUEILLIS PAR HENRI DE SAINT ROMAN