

LE MEDECIN DE FRANCE

N° 1100

19 février 2008

DOSSIER

2 PRESCRIPTIONS
POUR UNE RÉFORME

Page 9



La CSMF à l'Élysée



Le journal de la CSMF

La CSMF : des Égos à l'Élysée

La fermeté de la CSMF qui a su rester fidèle à ses convictions a finalement pesé fortement sur le résultat de la première phase des Égos.

La médecine générale, comme nous le demandions depuis des lustres, se voit donc confortée dans les soins de premiers recours, les dérapages qui avaient été redoutés ont été évités puisque la ministre a finalement désavoué les mesures coercitives, par ailleurs inacceptables, proposées par certains.

Pour autant tout ceci n'est pas idéal et la CSMF veillera à ce que la solution des maisons pluri-disciplinaires et les autres mesures évoquées, comme le salariat, restent bien strictement limitées aux seules zones déficitaires comme annoncé. De même, l'idée de proposer aux médecins, déjà installés dans les zones sur-dotées, d'aller apporter leur contribution dans les zones en difficulté, devra, si elle se met un jour en œuvre, ne reposer que sur le volontariat et en contrepartie de mesures incitatives, ceci en aucun cas dans le cadre de mesures obligatoires ou contraignantes.

C'est ce que la CSMF a dit le 18 février au président de la République. Nous avons, pour la première fois dans l'histoire de notre syndicat, été reçus par le chef de l'État.

Nous lui avons rappelé que la CSMF avait été un partenaire exigeant de la réforme de 2004 et que nous entendions le rester pour les réformes de 2008 et que nous maintiendrions ce cap.

Nous lui avons clairement dit que certaines mesures et annonces, que le refus obstiné de dialogue de cet automne de la part du gouvernement avait été vécus comme une volonté de sa part d'en finir avec la médecine libérale. Nous l'avons également interrogé sur ses intentions sur le maintien du système conventionnel en lui indiquant notre hostilité au conventionnement individuel et notre attachement à une convention nationale unique forte.

Enfin, la CSMF est prête à s'engager à nouveau dans la maîtrise médicalisée des dépenses, comme elle l'a fait dans le passé avec un résultat conséquent (1,7 milliard d'euros économisés en 3 ans !) pour peu que l'effort soit équilibré entre la ville et l'hôpital et qu'en échange des moyens soient dégagés pour structurer l'offre libérale. Il s'agit de porter le C à 23 € dans le cadre de la mise en place de la CCAM clinique et de concrétiser enfin le secteur optionnel.

Le président de la République a exprimé sa volonté de maintenir les engagements conventionnels actuels avec la CSMF qu'il considère comme un partenaire incontournable.

La fermeté et la cohérence de la CSMF, dès cet automne dans le cadre du PLFSS 2008 puis dans le cadre des Égos et dans les différents projets de réformes, ont porté leurs fruits, mais la vigilance reste de mise car le passé nous a appris à être prudent.

Dr Michel Chassang
Président de la CSMF

Nous avons rappelé au chef de l'État que la CSMF reste un partenaire exigeant pour les réformes de 2008.



Pascal Wolff

Bimensuel

- 79, rue de Tocqueville - 75017 Paris
- Tél. : 01 43 18 88 33
- Fax : 01 43 18 88 34
- E-mail : med_france@csmf.org
- Internet : www.csmf.org
- Édité par la SEPMPF, Sarl au capital de 32 000 euros
- Durée : 50 ans du 1^{er} Juin 1978

Principaux associés : CSMF et ETM

Co-gérants : Michel Chassang, Guy Vincent-Heugas

Directeur de la publication : Michel Chassang

Directeur marketing : Mireille Dourdin

Directeur artistique : Pascal Wolff

Réalisation : Tomcat-Neuilly

Impression : Elyo - Saint-Denis

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2008

Abonnement : 31,00 euros par an
• Prix du numéro : 1,60 euros

• CCP Paris 20 299 018 Z

Commission paritaire : 0209 T 82702.

Les articles originaux du Médecin de France peuvent être reproduits par tout organisme affilié à la CSMF sans autorisation spéciale, à condition de faire figurer les mentions habituelles.

Abonnez-vous^(*)
31 euros par an 22 numéros

Dr.....

Adresse.....

désire s'abonner à la revue Médecin de France pour un an

désire une facture

Chèque à l'ordre de Médecin de France et à adresser à :

Médecin de France
Service abonnement
79, rue de Tocqueville - 75017 Paris

(*) Tout abonnement donne droit à 2 crédits pour la formation professionnelle

5 EN COUVERTURE LA CSMF À L'ÉLYSÉE



Laurent Elievenec

Pour Michel Chassang reçu à l'Élysée Une rencontre positive avec Nicolas Sarkozy

6 DOSSIER

6. Première Convention du CNPS

Les libéraux de santé, acteurs naturels des soins de proximité



Pascal Wolff

9. Première phase des Égos

Des propositions si souvent entendues...



Sebastien Toubon

ENTRETIENS

12. Grégory Perrard
Dissocier la gestion de l'hôpital public du pouvoir politique local

13. Christian Quichaud
Les Deux-Sèvres, département-pilote pour la délégation de tâches

14 ACTUALITÉS



Pascal Wolff

Pour Michel Chassang reçu à l'Élysée

Rencontre positive avec Nicolas Sarkozy

Invité par Nicolas Sarkozy, Michel Chassang a fait part des inquiétudes de la CSMF sur l'avenir de la médecine libérale et du système conventionnel. Le chef de l'État et la délégation confédérale ont évoqué les réformes à venir. Sans concession. Michel Chassang attend les actes pour confirmer l'impression constructive laissée par la rencontre.



Laurent Blevinnic

Michel Combié et Jean-François Rey accompagnaient Michel Chassang à l'Élysée.

Du jamais vu en presque 80 ans d'existence de la CSMF et un peu plus en ce qui concerne l'histoire du syndicalisme médical. Pour la première fois un président de la République a demandé à recevoir des représentants de la médecine libérale et Nicolas Sarkozy a tout naturellement porté son choix sur le premier syndicat médical français, la CSMF. « Un événement extrêmement important » a commenté Michel Chassang – qu'accompagnaient Michel Combié, président de l'Unof et Jean-François Rey, président de l'Umespé – parce qu'il « n'est pas dans les habitudes d'un chef de l'État de s'occuper des problèmes de santé ».

Pas question d'un système à l'anglaise

Important également car la rencontre a permis à la délégation de dire à Nicolas Sarkozy ce que la Confédération a sur le cœur. De préciser, d'abord que la CSMF avait été un partenaire exigeant et fiable à l'occasion de la réforme de 2004 et qu'elle entendait le rester pour celle de 2008. Cette réforme de 2004, incomplète puisqu'elle n'a touché ni l'hôpital ni le financement, a apporté une structuration du parcours de soins, une économie de 1,7 milliards d'euros en trois ans de maîtrise médicalisée – malgré l'absence de DMP, le président de la République levant les bras au ciel – et une remise à niveau des honoraires a rappelé Michel Chassang. La CSMF a également fait part de ses inquiétudes à Nicolas Sarkozy sur l'avenir de la médecine libérale. Les États généraux ont bruisé de mots tels que salariat, capitation, maisons de santé, voire d'étatisation à tra-

vers les futures agences régionales de santé. Devant la presse, le président de la CSMF a rapporté qu'il avait alerté le chef de l'État sur « certains propos qui laissent entendre que la France pourrait se diriger vers un système à la britannique ». Pas question, et en plus inopportun au moment où la Grande-Bretagne se tourne vers un système qui ressemble à celui des Français a rassuré Nicolas Sarkozy selon Michel Chassang. Lequel a également dit son inquiétude sur l'avenir du système conventionnel après les mauvais coups de la LFSS 2008. Si l'on veut que les médecins continuent à s'engager, a expliqué Michel Chassang, la maîtrise doit rester médicaliser et ne peut s'arrêter aux portes de l'hôpital. Il convient en outre qu'ils obtiennent trois avancées : le C à 23 euros, première marche vers une indispensable CCAM clinique ; le secteur optionnel, solution pour permettre l'accès aux soins (lire page 14) ; des mesures d'urgences pour compenser les pertes de spécialités cliniques victimes du parcours de soins.

CCAM clinique et secteur optionnel au programme

Selon Michel Chassang, le message est bien passé. Au moins sur le secteur optionnel et sur la CCAM clinique puisque le président de la République a demandé à ses trois conseillers qui assistaient à l'entretien – dont Raymond Soubie qui porte à la fois la co-paternité du secteur 2 et du plan Juppé – de les mettre en chantier, d'abord dans les établissements en ce qui concerne le secteur optionnel. Le président de la CSMF rapporte également que le président de la République « n'a pas oublié ses

promesses » de candidat sur le C à 23 euros. Plus largement, Nicolas Sarkozy a indiqué que si « la réforme est indispensable », à l'automne, c'est qu'il « n'y a plus d'argent dans les caisses : ça ne peut plus durer ». Il a confirmé qu'elle porterait sur trois grands dossiers. L'hôpital avec une révision de la carte sanitaire, de l'organisation interne et de la définition de la place des médecins libéraux dans l'hôpital, le président de la République souhaitant « l'aide des libéraux » pour cette réforme, selon Michel Chassang. Deuxième dossier : le financement de l'assurance maladie, les ALD étant refondues et la part de ce qui revient à l'assurance et celle qui incombe à la solidarité étant définies.

Troisième volet : l'accessibilité aux soins sur laquelle le chef de l'État a montré « un attachement très fort » a constaté Michel Chassang. Et a « reproché aux médecins libéraux de ne pas s'impliquer suffisamment dans le remplissage des tableaux de garde » ainsi qu'une « frilosité » en matière de démographie, lui qui juge « indispensable de prendre des mesures désincitatives » dans les zones excédentaires.

Attachement à la médecine libérale, écoute sur le secteur optionnel et la CCAM clinique, volonté que la CSMF reste un partenaire de la réforme, promesse de se revoir à l'automne pour un point sur l'avancement des travaux... On comprendra qu'au sortir de l'Élysée, Michel Chassang a qualifié la rencontre de « positive et constructive ». Mais précise que, comme « les chats échaudés » les Confédérés « se permettront d'être prudents et de juger sur pièces si les engagements sont tenus ». ●

Première Convention du Centre national des professions de santé

Les libéraux de santé, acteurs

Organisée pour réparer une injustice et une incohérence – l'absence de tous les libéraux de santé, outre les généralistes dans la phase initiale des États généraux – la première Convention du CNPS a été un succès. Par leur présence – 26 Centres départementaux et presque tous les syndicats du CNPS étaient là – leurs réflexions, leurs propositions, les libéraux de santé ont montré leur implication dans les soins de proximité. Et leur volonté de s'engager dans les réformes, pour peu qu'elles aillent dans le bon sens.

La première Convention du Centre national des professions de santé sur l'engagement des libéraux de santé dans les soins de proximité aurait presque pu s'arrêter après la première intervention de la première des trois tables rondes programmées pour la journée. Surtout, dans la logique des déclarations du Pr Gérard Salem devant le CNPS, les États généraux de l'organisation de la santé, les Égos, n'avaient pas leur raison d'être. On se souvient qu'ils

ont été initiés pour désamorcer la grogne des jeunes et futurs médecins ou professionnels de santé – comme le rappelait un étudiant kiné invité de la Convention – à qui le PLFSS 2008 promettait, pour régler les problèmes de démographie, le conventionnement sélectif et la fin de la liberté de l'installation.

Pas de lien entre offres de soins et état de santé

Or, qu'est venu démonter, devant le CNPS, le professeur de géographie de la santé de l'université Paris X ? Que ceux qui ne réfléchissent qu'en termes de densité médicale « vivent sous l'empire du terrorisme de la moyenne ». Pire, Qu'il n'y a « pas de lien entre l'offre de soins et l'état de santé de la population ». Et si le propos est parfaitement iconoclaste et en décalage total avec ce que les pouvoirs publics ne cessent de rabâcher, il est cependant solidement étayé par les travaux de Gérard Salem. En effet, si l'on prend comme référence la mortalité évitable avant 65 ans qui présente les avantages d'être un indicateur standardisé et de permettre aussi « une approche plurifactorielle des déterminants » de la santé au sens large – les soins mais aussi la prévention – on constate, certes, des disparités territoriales. Mais les différences de taux de mortalité évitable ne dépendent pas, selon le Pr Salem, de l'offre de soins parce

qu'elles ne sont pas corrélées à la taille des communes. En revanche, ces différences de mortalité évitable dépendent de grandes zones géographiques, schématiquement, les régions.

Pour le professeur de géographie de la santé, « cet effet régional correspond à une façon de se soigner et d'être soigné. » Tout cela parce que, « dans chaque région en France, dans chaque groupe social, les représentations sociales, culturelles de la maladie et le rapport personnel à la douleur, à son corps, déterminent largement l'accès aux soins ». En un mot, « à offre de soins identiques, les gens vont utiliser le système de soins de manière différente », puisque « les pratiques de soins varient selon la localisation ». Donc, si l'accessibilité aux soins se pose en termes physiques – on est là sur le critère chiffré de la densité – elle se pose « aussi en termes sociaux, économiques et culturels ». La conclusion de Gérard Salem est que « la santé est cause et conséquence du développement territorial ». Conseil du professeur de géographie de la santé pour gommer les inégalités territoriales : « il convient d'adopter une démarche intersectorielle ».

Si l'on peut espérer que cette analyse profitera à la mission du député Flajolet qui doit proposer des solutions pour améliorer les inégalités régionales en santé publique avant la rédaction de la loi de l'été, une chose est certaine. Les conseils de Gérard

Michel Chassang ouvre la première convention du CNPS. À la tribune : Marcel Astruc (Maires ruraux), Roland Lemye (syndicat belge), Philippe Caussignac (CDPS 12), Gérard Salem (géographe) et Bruno Keller (animateur).



naturels des soins de proximité

Salem ne bénéficieront pas aux États généraux de l'organisation de la santé. Descendu de la tribune, le professeur de géographie de santé confiait qu'il n'a pas été auditionné par les Égos qui ne « *semblent pas pressés* » de l'entendre.

La démographie : un leurre ?

On ignore si Gérard Viens, économiste de la santé, a eu les honneurs – par ailleurs très partagés (*notre dernière édition*) – de déposer devant les Égos, mais devant la Convention du CNPS, il a carrément affirmé que « *le problème de la démographie médicale est un leurre* » car on raisonne à « *Hexagone et pratiques constants* ». Les flux migratoires dans l'Europe des 27 devraient en partie apporter une solution – toute transitoire faisait remarquer Marcel Astruc, de l'Association des maires ruraux de France, qui a fait appel à des Espagnols et des Roumains lesquels risquent fort de repartir quand le niveau de vie de leur pays aura comblé son retard. Quand il parle de « *Hexagone constant* », Gérard Viens stigmatise les pratiques de la médecine générale « *à la Astérix, spécifiques en Europe* ». Un exercice individuel, une absence de délégations de tâches et la culture de la visite à domicile qui, même si celle-ci a beaucoup diminué, continue à inciter le malade à exiger le plus haut niveau de soins à proximité de son domicile. Ces trois spécificités étant, pour

Suite page 8 ►

Réformes : les bonnes pistes

C'est désormais au Bureau du Centre national des professions de santé et au Conseil d'administration – réunis respectivement le 13 et le 20 mars prochains – qu'il appartient de traduire, en propositions concrètes, les pistes ouvertes lors de la première Convention. Elles seront remises au gouvernement avant la fin des États généraux et la rédaction du projet de loi de réforme de l'organisation de la santé. Même si ces propositions ne sont pas finalisées, elles ne s'écarteront pas des conclusions tirées devant la presse par le président du CNPS, Michel Chassang. Extrait.

Pour chaque profession, il est urgent de redéfinir les missions et notamment celles du médecin généraliste comme pivot du parcours de soins coordonnés. La coopération interprofessionnelle apparaît comme une solution pour répondre à l'inadéquation entre l'offre et la demande en matière de soins. Pour autant elle ne doit pas être considérée comme une simple répartition de l'activité mais avoir un sens médical et donc être clairement intégrée dans le processus de l'organisation des soins. Au-delà, le déploiement des pratiques à distance que permettent aujourd'hui les nouvelles technologies doit être encouragé pour accroître la réactivité des différents acteurs.

Égalité de traitement entre public et privé

Sur les critères démographiques et la répartition des libéraux de santé sur le territoire, une très nette préférence est donnée aux modalités incitatives plutôt qu'au service obligatoire, et aux voies les plus contraignantes ou coercitives. Les mesures de regroupement pluridisciplinaires et les expérimentations sur les modalités de rémunération, autres que le paiement

à l'acte, doivent être strictement réservées aux zones déficitaires.

La formation initiale des professionnels libéraux de santé reste identifiée autour de l'hôpital public, qui n'oriente pas volontiers les jeunes vers l'installation libérale, c'est pourquoi il faudrait la faire évoluer en l'ouvrant au monde libéral et en introduisant des filières universitaires spécifiques. Cette direction permettrait d'intégrer la dimension prospective de l'évolution des métiers qui manque aujourd'hui.

Les libéraux de santé souhaitent promouvoir une culture évolutive de la santé pour s'inscrire dans une logique prospective, transversale et interprofessionnelle.

Le vent libéral

Les libéraux de santé ont réaffirmé qu'ils étaient prêts à s'engager dans un nouveau cadre conventionnel dès lors qu'il pose des règles pérennes et une égalité de traitement avec le secteur public, comprenant un rééquilibrage budgétaire en faveur des soins de ville. Le système conventionnel correspond à une approche négociée par profession, gage de mise en œuvre d'évolutions concertées et non de laisser l'État décider à leur place puis d'imposer les décisions prises « en haut » via un conventionnement individuel où les professionnels seraient isolés et fragilisés.

De son côté l'Unecam annonce qu'elle est favorable à la poursuite du concert conventionnel, mais qu'une responsabilisation des acteurs sera inévitable pour répondre aux nouvelles contraintes imposées par la situation financière actuelle de l'assurance maladie.

Reste qu'il faudra aussi trouver des solutions du côté de l'Unocam, car le système des complémentaires tend à créer de fortes disparités y compris entre professionnels.

Ainsi les libéraux de santé auront apporté leur pierre à l'édifice de la réforme. Il serait bon que le gouvernement ait la sagesse de les écouter et d'entendre le vent libéral qui souffle sur le monde de la santé avant d'entreprendre des mesures de nationalisation du système. ●



Pascal Wolff

Suite de la page 6 ►

l'économiste de la santé, une raison majeure de la désaffection des jeunes pour le métier de généraliste. Là, les solutions seraient de revoir le mode de recours aux soins ainsi que le mode d'exercice. « *Ce n'est plus aux professionnels mais aux malades de se déplacer* » insiste Gérard Viens qui préconise des aides au développement de « *services de transport à la demande* » et prévoit également un bouleversement – qu'il faut encourager – du recours aux soins avec le monitoring médical à distance.

Prudence sur les maisons médicales

Côté évolution des pratiques, l'économiste de la santé évoque évidemment les maisons médicales, très en vogue aux Égos et largement citées à la Convention du CNPS parce qu'elles facilitent également une autre évolution des pratiques qui concerne les libéraux de santé : la délégation de tâches. Selon François-Charles Cuisigniez, président de la CSMF-jeunes médecins, ces maisons médicales – qu'il connaît bien pour être remplaçant dans l'une d'elles – sont « *des lieux rassurants, des outils confortables* ». Le jeune généraliste explique : « *si je n'ai pas tout près de moi des paramédicaux, un radiologue, un cardiologue je fais de la médecine du XIX^e siècle* ». Ces maisons rompent l'isolement, recréent le travail d'équipe rencontré durant les études. Elles peuvent permettre de répondre à la question qui va se poser avec le manque démographique : « *comment travailler différemment pour faire le même travail en étant moins nombreux* » ? Cependant, prévient tout aussi vite François-Charles Cuisigniez, les maisons médicales « *coûtent très cher en fonctionnement et en investissement* ». Il estime également qu'il faut être extrêmement prudent sur leur conception. La solution n'est certainement pas que les collectivités locales – qui en ont largement les moyens, confirmait le représentant des maires ruraux – paniquées par le manque de professionnels sur leur territoire, voire les caisses en instaurant le salariat, décident de construire ce type de maisons et apposent ensuite des pancartes : « *cherche médecin, et kiné* ». Ce que revendique François-Charles Cuisigniez, c'est que l'on aide, économiquement, les libéraux de santé : « *qu'on nous donne les moyens de les créer nous-mêmes* ». Un infirmier, au passage, redoute d'ailleurs « *le modèle unique imposé* ».

Luc Duquesnel, secrétaire général de l'Unof confirme effectivement que ce qui prime, pour concevoir des maisons pluridiscipli-

naires, c'est le projet médical commun aux professionnels qui vont l'habiter et la faire tourner : « *On ne fait pas des cases pour les remplir de professionnels* ». Luc Duquesnel demande à la fois du temps pour concevoir le projet et les locaux, la garantie de la pérennité du fonctionnement et que les pouvoirs publics ne se précipitent pas pour évaluer les résultats. Il affirme également que si l'exercice dans ces maisons est plus coûteux qu'en cabinet pour les professionnels « *on les fera fuir* ».

Déléguer n'est pas dévaloriser

De son côté, Gérard Viens prévient que « *si l'on ne change pas l'ergonomie du médecin qui exercera dans ces maisons médicales, cela ne servira à rien* ». L'économiste rappelle que dans tous les pays où ces structures existent, l'infirmière prend la tension, fait déshabiller le malade, commence l'interrogatoire, prépare le dossier puis le remplit, voire prescrit. « *Ce qui permet à un généraliste de voir cent malades par jour mais est-ce vers cette solution que nous voulons aller* » s'interroge François-Charles Cuisigniez, posant, par là même la double question de la définition des métiers respectifs des libéraux de santé et de la délégation des tâches.

Cette délégation de tâches que de nombreux représentants ont évoquée durant la première Convention est d'ailleurs l'occasion, pour Élisabeth Hubert, de constater le progrès réalisé depuis l'époque où elle fréquentait le CNPS comme syndicaliste et où il était encore de bon ton « *de par-*

ler de prescripteurs et de professions prescrites ». L'ancien ministre témoigne ainsi d'avoir découvert l'efficacité du partage des tâches « *au service de la complémentarité, du partenariat de la coordination* » dans ses nouvelles fonctions de présidente de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile. « *Soyons humbles et reconnaissons les compétences des infirmières et des autres professionnels de santé* » pour réaliser, mieux que les médecins, certains actes demande l'ancienne généraliste de Nantes. Gérard Viens confirme : non, « *déléguer, ce n'est pas dévaloriser* » : comme le professionnel à qui revient la tâche est formé et donc compétent, il n'existe pas de risque de perte de qualité. Oui la délégation à un non-médecin permet de dégager du temps médical pour des professionnels qui vont être moins nombreux. Évidemment, les tâches déléguées doivent être rémunérées à ceux à qui les pratiquent. Non, comme la situation démographique des non-médecins est moins tendue que pour les médecins et que la formation est plus courte, il n'y a pas de menace de transférer aussi les problèmes démographiques à ces professions.

Reste maintenant aux instances du CNPS à formaliser toutes les propositions entendues durant cette première Convention et à les transmettre aux pouvoirs publics avant la phase ultime des États généraux. « *Pour dire au gouvernement ce que veulent les libéraux de santé* » résumait en conclusion de cette journée Michel Chassang. « *Et pour lui dire ce que nous ne voulons pas* ». ●

Verbatim

Marcel Astruc Association des maires ruraux de France

« *Les libéraux de santé en zones rurales : c'est un pléonasme. S'ils n'étaient pas là je ne sais pas ce que nous ferions* »

Élisabeth Hubert présidente de la Fédération nationale de l'hospitalisation à domicile (Fnehad)

« *Je ne crois pas que les incitations seront suffisantes. Il ne faut pas confondre libéralisme et forme d'anarchie. Il n'y a pas de danger de faire diminuer le nombre d'étudiants mais il faudra leur dire qu'ils auront des années à faire dans certaines zones* » sans leur imposer précisément le lieu d'installation.

Frédéric van Roekeghem directeur de la Cnam et de l'Uncam

« *Les taux d'évolution des dépenses entre 1998 et 2003 ont été déraisonnables. Nous étions à + 6 % par an, cela explique exactement les 12 milliards de déficit actuels. On est encore en train de payer les 35 heures à l'hôpital* ».

Pierre Lestéven conseiller à la Fédération hospitalière de France

« *Est-ce que les agences régionales de santé valent le coup si elles n'ont pas la main sur la convention, au moins au niveau local ?* »

Gérard Raymond président de l'Association française des diabétiques

« *Le mode libéral peut-il être un plus ? Oui, c'est le garant de l'engagement, voire de la qualité. Mais il faut remettre à plat le mode de rémunération et le mode conventionnel* ».

Première phase des États généraux de l'organisation de la santé

Des propositions si souvent entendues...



Sebastiën Teubon

Devant 250 personnes, les présidents des syndicats et de l'Ordre, Roselyne Bachelot conclut la première phase des Égos.

Réunis le 8 février pour la synthèse de la première phase de leurs travaux, les États généraux n'ont pas brillé par leur originalité. Les pistes de réforme retenues, même si elles vont dans le bon sens, ont été maintes fois entendues. Mais rien n'est dit sur leur financement et il manque des propositions. Sans compter la volonté de coercition, explicite ou non, qui plane toujours chez certains responsables.

«**T**out ça pour ça !» Le commentaire désabusé est de François-Charles Cuisigniez, le président de la CSMF-jeunes médecins qui, après avoir bataillé, a participé aux États généraux de l'organisation de la santé. Et qui jugeait sévèrement la synthèse de ces Égos qui s'est déroulée le 8 février : elle a été « à la hauteur de leur organisation : décevante ». De fait, en assistant à la « restitution » de la première phase des Égos, celle consacrée à

la médecine générale – les autres professions médicales et para médicales ainsi que les spécialités médicales de premier recours feront l'objet d'une seconde phase qui débute le 21 février avant une synthèse définitive des deux groupes fin mars, début avril – une question lancinante taraudait de nombreux observateurs. Ces deux mois de travaux à marche forcée, ces dizaines d'auditions, ces heures interminables de « palabres », selon l'expression de Michel Chassang, étaient-ils justifiés tant les débats durant toute cette journée ont été médiocres. Le diagnostic complètement convenu. Les solutions proposées sans la moindre surprise ou la plus petite imagination (*lire page 11*).

La faute en incombe incontestablement au gouvernement qui a imaginé ces États généraux pour sortir d'un bourbier dans lequel il s'était mis : avoir jeté dans la rue les futurs professionnels de santé en voulant supprimer la liberté d'installation et imposer le conventionnement sélectif dans la première version du projet de loi de financement de la Sécurité sociale. Mais la méthode n'était certainement pas la meilleure.

On pourrait dire également que le Pr Yvon Berland, co-animateur de ces Égos, porte une

part de responsabilité dans la déception née de la fin de la première phase des États généraux. Mais là, ce serait, *a contrario*, un compliment. Car les travaux sur la démographie des professions de santé qu'il a réalisés à travers ses rapports commandités par Jean-François Mattei ou à la tête de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé ont été pertinents. Depuis plusieurs années, il a posé le bon diagnostic et identifié une série de traitements à mettre en œuvre. Des traitements qui n'ont pas été appliqués ou l'ont été que partiellement ou parcimonieusement. Or d'où vient la déception de cette première phase des Égos ? Essentiellement du fait que l'analyse du désengagement des jeunes pour la fonction de médecin généraliste n'a pas progressé. Pas plus que les solutions proposées pour y remédier.

La CCAM clinique oubliée

Il serait cependant injuste de jeter le bébé avec l'eau du bain. La première phase de ces Égos a en effet été l'occasion d'officialiser un certain nombre de propositions, certes déjà sur la table, mais pour lesquelles Roselyne Bachelot, dans son discours de clôture de la journée du 8 février s'est engagée. C'est ainsi

que la ministre a affirmé que le gouvernement a décidé de faire de la médecine générale une priorité dans le soin de premier recours – ce dont la CSMF « se réjouit » puisqu'il s'agit « d'une revendication confédérale très ancienne ». Ainsi, les missions du médecin généraliste devraient être inscrites prochainement dans le Code de la santé publique. Elle a même tenté une définition de ces missions. « À mon sens, le médecin généraliste de premier recours doit notamment assurer la prise en charge médicale de premier recours, organisée sur ce territoire, y compris dans les hôpitaux locaux et dans les structures d'hospitalisation à domicile. Il doit également orienter le patient dans le parcours de soins coordonnés en fonction de son besoin de soins, faire de la prévention et participer à la permanence des soins du territoire de santé ».

De même, « l'instauration effective d'une véritable filière de médecine générale renforcée » que la ministre « appelle de ses vœux », la « meilleure formation initiale », la « formation plus en rapport avec des missions clairement identifiées, et ce dès la première année » afin « d'attirer les plus jeunes vers la médecine générale » ne sont pas pour déplaire. L'Unof y voit « une reconnaissance "méritée" mais aussi "attendue" ». Tout comme était attendu le « guichet unique » de l'installation pour permettre à la fois la simplification des démarches et la publicité des aides existantes dans les différents territoires. Ou encore la transformation de l'examen classant national en examen classant interrégional sur lesquels, d'ailleurs, les jeunes sont plus que réticents au motif que cet ECIR serait « source d'inégalités ».

On ne sera pas non plus étonné que les « débats » des Égos aient fait la part belle aux expérimentations d'autres modes de rétribution, aux aides au regroupement et aux fameuses « maisons médicales pluridisciplinaires » portées à bouts de bras par toute une partie des intervenants durant les auditions de cette première phase. Roselyne Bachelot annonçant même – dans *Le Monde* paru le jour des Égos mais pas devant l'assemblée des États généraux ! – que le gouvernement aidera « financièrement, dès 2008, la création de 100 maisons de santé pluridisciplinaires à hauteur de 50000 euros maximum par projet présenté par les professionnels ou des collectivités locales ».

Pour la CSMF, tous ces projets ont leurs limites. La première, c'est que pour attirer réellement les médecins généralistes, tout plan passe par la mise en œuvre de la CCAM clinique. « Ce dispositif seul permettra d'aboutir à une revalorisation concrète de la médecine généraliste puisqu'il offrira la possibilité de ré-

munérer l'acte en fonction de son contenu et non en fonction de celui qui l'effectue » a redit la Confédération à l'issue des Égos. Limites encore, « si le mode de paiement peut évoluer, le paiement à l'acte doit rester la base » a rappelé Michel Chassang lors d'une table ronde. Et pour le président de la CSMF, « ce qui compte aussi, c'est le niveau de la rémunération et comme les ressources sont rares », ce n'est pas par la magie de la forfaitisation – certains, durant la journée, appelaient carrément à la capitation – que ce niveau sera augmenté. En outre, si des expérimentations de nouveaux modes de paiement doivent avoir lieu, si des maisons pluridisciplinaires doivent s'ouvrir, « il faut se garder des idées et des modèles tout faits » a prévenu Michel Chassang, les uns et les autres ne se justifient que dans les zones sous-dotées démographiquement – dans lesquelles il faudrait également que les aides au regroupement concernent les regroupements pas seulement physiques mais aussi virtuels. Michel Combié explique d'ailleurs, au sujet des maisons pluridisciplinaires, que « faire des centres de santé intégrés [référence au Programme commun de 1981] sur tout le territoire entraînerait un changement de système dont on voit bien que certains sont friands à condition qu'ils aient la casquette et le sifflet leur permettant de faire marcher leurs confrères et les autres professionnels au pas ».

Reste que mettre les professionnels libéraux au pas demeure une tendance forte chez certains politiques ou responsables de l'assurance maladie qui sont intervenus – parfois sous les huées – lors de la journée des Égos. Yves Bur, par exemple, ancien dentiste libéral et député UMP qui prêche l'incitation à l'installation « mais sans se priver de quelques garde-fous que l'on appelle aujourd'hui des "mesures de régulation" ». Michel Régereau également, le président de l'Uncam et de la Cnam à qui les organisateurs ont offert un étonnamment long temps de parole pour présenter un « point de vue ». Il y a raconté ses rêves de « réduire le nombre et le niveau des dépassements » en secteur 2 dans les zones sur-dotées, d'un « système à conventionnement proportionnel au service rendu » ou encore de « réduire les aides que nous versons » dans les zones à forte densité médicale. Même Frédéric van Roekeghem est venu développer son nouveau credo qui vaut à la fois pour l'installation et pour les dépassements et selon lequel « la nature a horreur du vide et si les acteurs [entendre les partenaires conventionnels] ne font pas de propositions les pouvoirs publics interviennent ». Jusqu'à Roselyne Bachelot qui n'a pas exclu « d'envisager, de manière ciblée, et dans des cas très spécifiques,

des mesures de régulation respectueuses de la solidarité intergénérationnelle dans les zones très sur-dotées. »

Des contrats individuels très suspects

Cependant – et la CSMF a évidemment « pris acte de la sagesse » de la ministre qui « a fait le choix clair des mesures incitatives » – Roselyne Bachelot n'a pas retenu une mesure coercitive qui était sortie, à l'ultime séance préparatoire des Égos, de la plume des rédacteurs de la synthèse. Ce qui a failli provoquer un incident, la CSMF mais aussi le SML et Alliance refusant tout net de cautionner cette conclusion. Il s'agissait, dans les zones sur-dotées qu'il convenait de définir, de « négocier un contrat individuel avec chaque médecin généraliste de premier recours portant engagement à répondre à des besoins de santé non couverts ». Ces engagements étaient clairement développés : « participation à la permanence des soins en qualité de régulateur ou d'effecteur ; exercice à temps partiel dans une structure hospitalière ou médico-sociale et/ou dans un secteur géographique sous-doté proche (cabinets secondaires, consultations déportées) ; participation à un ou plusieurs réseaux ». Même si la ministre a laissé de côté cette « prescription » d'une partie des membres des Égos, Michel Chassang a pris la peine, durant la restitution de la première phase, de préciser que de tels contrats ne pouvaient évidemment s'entendre que sur la base d'un volontariat. Cet épisode témoigne que l'on ne sera pas à l'abri d'une très mauvaise surprise lors de la deuxième et dernière phase des Égos, lorsque les propositions concerneront les médecins généralistes, spécialistes et les autres professionnels de santé libéraux. Sans parler de celles qui pourront intervenir dans la rédaction du projet de loi de réforme de l'organisation de la santé qui est désormais plutôt programmée pour la rentrée de septembre que pour l'été à en croire Nicolas Sarkozy.

Pour autant, cette loi de réforme, même si l'on ne s'en tient qu'aux propositions de la première phase des Égos, nécessitera que « des moyens budgétaires conséquents soient dégagés par le gouvernement », remarque la CSMF. Or jamais le sujet n'a été évoqué par Roselyne Bachelot. Michel Chassang estime que, pour dégager les moyens nécessaires, « le gouvernement devra revoir la part de l'ambulatoire et des soins de ville par rapport à l'hôpital dans l'Ondam et ceci dès cette année ». C'est – avec les mesures compensatoires promises aux autres spécialités, notamment cliniques, qui sont en difficulté – le prix à mettre pour réussir la réforme. ●

Les prescriptions des Égos pour la réforme

À la suite de l'audition des dizaines d'intervenants qu'ils ont entendus, les membres du groupe de concertation permanent – médecins, jeunes, usagers, administrations centrales – une série de 21 fiches ont été rédigées, revues par les services du ministère (*notre dernier numéro*). Ces fiches devaient permettre d'aboutir à un document de synthèse. Un « *diagnostic partagé* » – à l'image de ce que le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie avait réalisé, sous l'autorité de Bertrand Fragonard avant la réforme de 2004 – et une série de propositions à débattre lors de la « *restitution* » de cette première phase. Un document de synthèse existe effectivement, daté de la veille de la 1^{ère} journée de « *restitution* » à 1h 46 du matin ! Mais

il n'a pas été diffusé. Car entre une première version, présentée une semaine plus tôt et celle qui aurait dû être avalisée ont surgi des « *contrats individuels* » contraignants pour les médecins installés en zones sur-denses. Des contrats que la CSMF, le SML et Alliance ont refusé catégoriquement de cautionner. Ce qui faisait un peu désordre à quelques heures de l'ouverture de la grand-messe du 8 février. Pris de cours par l'incident ou parce qu'ils ne voulaient pas changer la direction qu'ils s'étaient fixée, les organisateurs de la journée de restitution n'ont pourtant pas modifié les transparents qui ont été présentés le 8 février pour introduire les trois tables rondes – formation, installation, exercice – desquelles devaient émerger les pistes proposées par les

Égos. Pistes qui, rappelons-le, doivent servir à la fois aux partenaires conventionnels pour aménager la démographie et au gouvernement pour nourrir la loi de réforme, une fois la deuxième phase des États généraux, avec les autres professions de santé, terminée. Nous avons décidé de reproduire, selon les trois thèmes des tables rondes, une partie des documents présentés le 8 février pour montrer le peu d'innovations qu'ils contiennent bien qu'ils aillent dans de bonnes – mais connues – directions. Sauf quand il s'agit de contrats individuels. Mais ils devraient disparaître de la synthèse définitive qui sera produite à l'issue de la deuxième phase des Égos, sauf à se couper des syndicats signataires de la convention. ●

1- La formation initiale

► Adapter le dispositif de formation aux besoins de santé des territoires

■ À court terme

- impulser une forte mobilisation des capacités formatrices
- définir de manière pluriannuelle la répartition par filières des postes ouverts à l'internat
- promouvoir la fonction de maître de stage
- permettre à tous les étudiants de connaître l'exercice de la MGPR (médecine générale de premier recours).

■ À moyen terme

- engager une réflexion quant à l'intérêt de transformer les épreuves classantes nationales (ECN) en épreuves classantes interrégionales.

► Organiser un post internat à la filière de MGPR

- prévoir un contrat salarié de 3 ans sur la base du statut d'assistant hospitalier, dans les zones sous-dotées et sous réserve d'exercice dans une maison de santé pluridisciplinaire

► Diversifier le recrutement géographique et social

- aider au recrutement dans les lycées des zones géographiques ou urbaines sous-dotées et accompagner de manière personnelle les étudiants en première année.

2- Les conditions d'installation

► Les perspectives recensées dans les Égos à « mi-parcours »

- conforter l'offre de soins existante tout en favorisant l'installation dans les zones sous-dotées ou fragiles ;

- rechercher d'autres formes d'exercice regroupé ;

- décider d'un guichet unique « facilitateur » de l'installation, au niveau régional, avec des déclinaisons locales. Faire de ce guichet uni-

que un espace de partenariat au service des professionnels de santé ;

- appréhender un niveau populationnel de référence pour apprécier les installations utiles susceptibles d'être soutenues par toutes les parties prenantes.

► Garantir un environnement favorable à l'installation

- définir un projet global de service au public en relation avec les élus ;

- encourager la mise à disposition de locaux et veiller à la réalisation des investissements nécessaires ;

- porter la plus grande attention aux conditions de vie (logement, scolarisation, etc) .

► Concevoir et faire connaître les mesures incitatives à l'installation

- Accélérer l'installation des jeunes diplômés en médecine générale

- un cadre conventionnel assurant un soutien, variable en fonction de la zone d'installation ;

- une information sur le dispositif de « *moraire* médecin traitant ».

► Favoriser l'installation en zones sous-dotées ou fragiles

- un exercice en maison pluridisciplinaire, un développement et une coordination des contrats d'engagement entre les étudiants en médecine et les collectivités territoriales évitant les surenchères, une possibilité de salariat de 3 ans dans le cadre du post internat, une promotion des cabinets secondaires et de l'exercice à temps partiel.

3- Les modes d'exercice

► Accompagner l'évolution de l'offre de soins de premier recours

► Favoriser le développement des maisons pluridisciplinaires, prioritairement dans les zones sous-dotées ou « fragiles », par :

- un cahier des charges conditionnant l'accompagnement financier ;

- une identification des localisations prioritaires pour la création de maisons de santé pluridisciplinaires ;

- un financement stabilisé ;

- une ingénierie mise à disposition ;

- un déblocage des difficultés juridiques et déontologiques au regroupement ;

- une communication sur les projets d'expérimentation ;

- la proposition du financement d'un post internat salarié.

► Expérimenter des nouveaux modes de rémunération

- mettre en oeuvre les expérimentations prévues dans la LFSS pour 2008 ;

- rénover et faire connaître le statut collaborateur libéral et salarié ;

- poursuivre la réflexion sur l'accès aux médecins spécialistes dans le cadre de la coordination des soins.

► Organiser la coopération des soins entre professionnels de santé

► Encourager le développement des fonctions supports d'exercice (secrétariat) de la médecine de premier recours

► Concevoir un effort de solidarité dans les zones sur-dotées

- identifier à l'échelon régional les zones sur-dotées ;

- négocier un contrat individuel avec chaque médecin généraliste de premier recours concerné, portant engagement de répondre à des besoins de santé non couverts ;

- tout en privilégiant les mesures incitatives d'organisation et d'accompagnement, accepter la perspective de mesures de régulation, à définir en concertation avec les professionnels de santé et en respectant la solidarité intergénérationnelle. ●

Grégory Perrard (cardiologue, CSMF du Nord)

Dissocier la gestion de l'hôpital public du pouvoir politique local

A 38 ans, Grégory Perrard, cardiologue représente le syndicat de sa spécialité à l'UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) et est localement engagé dans le mouvement des CME de cliniques. **Check-up d'actualité.**

Le Médecin de France : Que vous inspirent la tenue et les conclusions des États généraux ?

Grégory Perrard : Je n'ai pas été attentif à cette actualité au jour le jour mais je reste dubitatif devant cette notion de zones « sur » ou « sous » médicalisées ? J'exerce dans une spécialité et une région où la charge de travail est importante mais dont je serai bien incapable de dire si elle relève de l'un ou de l'autre classement. Il y a peut-être trop de chirurgiens orthopédistes à Lille mais pas assez, globalement, dans les Flandres ... Qui est légitime à statuer là-dessus et sur quels critères ? La démographie médicale est un sujet très complexe où les mouvements relèvent autant de l'opportunité professionnelle, de l'histoire familiale, que de la programmation administrative...

MdF : Mais enfin, que diriez-vous d'une mesure gouvernementale qui obligerait des médecins déjà installés à des contraintes nouvelles au motif qu'ils sont installés dans une zone de « surdensité » ?

G. P. : S'il s'agit de participer à la permanence des soins, ce n'est pas totalement choquant – personne n'est content de prendre une garde, mais enfin, ça fait partie du boulot – mais s'il est question de m'obliger à rentrer dans un réseau, qui est le plus souvent une machine à détourner les patients au profit de l'hôpital, alors il me semble qu'on est loin des obligations de santé publique. Les contraintes acceptables pour les spécialistes se mesurent sur l'échelle du service médical rendu au patient et de la responsabilité assumée devant leurs correspondants généralistes.

MdF : Il reste que les déficits médicaux attendus sont devant nous et que les remèdes sont à inventer...

G. P. : Lorsque j'ai commencé mes études dans les années 90, on savait déjà que le creux de la vague était pour les années 2010. Lorsque je préparais mon installation, après le clinicat, j'ai envisager de postuler pour un statut de PH à temps partiel dans un établissement où on a préféré la candidature... à temps plein d'un diplômé étranger. Pourquoi : essentiellement pour conserver la fiction d'un service « de proximité ».

C'est cela auquel il faut aujourd'hui remédier en commençant par dissocier la gestion de l'établissement du pouvoir politique local. Le système

tourne sur la tête : pensez que le CHR de Lille – dont le maire sortant vante l'excellence du bilan comme à chaque élection municipale – compte 11 000 employés dont seulement 3 000 soignants. Ce qui veut dire, à l'inverse, que 8 000 personnes ne sont pas employées aux soins. J'attends de ce gouvernement, sur la base du Rapport Larcher ou de quiconque d'autre la fin de ce scandale qui met, de droit, le maire à la tête du C.A. Où est son intérêt à agir en faveur de la mutualisation des moyens, du partage des responsabilités ? Des établissements entiers, peu performants, pourraient être utilement reconvertis pour faire face aux besoins de soins de suite, de gérontologie qui sont tellement criants. Au plus grand bénéfice de la collectivité : après tout le privé coûte la plupart du temps, 40 % moins cher à la société !

MdF : Peut-on laisser dans le même temps le privé servir de proie aux raiders financiers qui, parfois venus d'Outre-Atlantique, en attendent aussi une rentabilité à deux chiffres ?

G. P. : Le problème est, là encore, un peu plus complexe qu'on le décrit généralement. Il y a les fonds d'investissement, qui tiennent la vedette ces temps-ci et qui posent, de fait, la question de l'avenir des établissements dans cinq ans, quand leurs actuels propriétaires voudront revendre. Et il y a les chaînes, comme la Générale de Santé qui vient de racheter l'établissement dont je suis président de CME. Je peux simplement témoigner de leur professionnalisme. Quand on voit leurs responsables à l'œuvre – dans le management, l'organisation, la prospective – on se dit que c'est la méthode à appliquer, dès aujourd'hui, au secteur public.

MdF : Votre description est très flatteuse mais avez-vous la certitude de sa pérennité dans le temps ?

G. P. : Je ne peux pas préjuger de l'avenir, seulement décrire le présent et le passé proche. Ces gens sont performants dans leur job mais ils savent bien que la réputation de l'établissement et la dynamique médicale n'appartiennent qu'aux praticiens.

MdF : Faut-il, comme les Maisons de santé en médecine « de premier recours », encourager financièrement ces regroupements ?

G. P. : Quand je vois l'argent, dépensé pour rien dans le DMP, je me dis qu'il aurait été sûrement mieux employé dans l'aide au regroupement ou dans l'EPP... ●

La réputation et la dynamique d'une clinique n'appartiennent qu'aux praticiens



Christian Quichaud (généraliste, président de la CSMF-79)

Les Deux-Sèvres, département-pilote pour la délégation de tâches

Président du syndicat CSMF des Deux-Sèvres, Christian Quichaud, 57 ans généraliste de Chizé [commente les conclusions des récents Égos.](#)

Le Médecin de France : Que reprenez-vous des récentes conclusions de États Généraux ?

Christian Quichaud : Trois éléments intéressants : d'une part l'abandon, par la ministre Roselyne Bachelot, de toute mesure coercitive à l'installation, d'autre part le principe des Maisons de santé qui m'apparaît pertinent pour peu qu'on le dote de moyens budgétaires et enfin la promesse d'inscrire la valorisation de la médecine générale par la définition de ses missions dans la prochaine loi d'organisation de la santé. C'est toujours bon à entendre avant le C à 23 euros !

MdF : Faut-il encore y croire pour juin ?

C. Q. : Y croire évidemment, même s'il va falloir sans doute mobiliser pour y parvenir mais enfin on en a l'habitude depuis 5 ans. C'est dommage de toujours devoir recourir à la pression pour ne pas voir bafoués des accords actés, signés, publiés. L'échéance de juin sera peut-être difficile à faire respecter mais enfin il faudra bien obtenir gain de cause avant la fin de l'année, quitte à repartir au bras de fer comme pour l'avenant 27. Pour bien faire, il faudrait que le C à 23 arrive avec la CCAM des actes cliniques dont l'urgence devient chaque jour plus pressante. Je pense que le problème des dépassements par exemple pourrait trouver un début de réponse dès lors qu'un même acte serait payé à son juste prix, quel qu'en soit l'auteur. Pour les spécialités cliniques, l'urgence devient même vitale !

MdF : Revenons donc aux Égos et aux diverses annonces. Doit-on prendre pour argent comptant le repli du gouvernement sur les mesures coercitives ? Comment ne pas le mettre sur le compte de la tactique, avant les municipales ?

C. Q. : Je ne crois pas qu'on obligera jamais quiconque à s'installer là où il n'a pas décidé d'aller. Hors l'incitation, pas de salut.

Il doit nécessairement y avoir panachage : des aides « logistiques » à l'installation, des mesures fiscales et sociales avantageuses, mais aussi une volonté politique clairement lisible d'aménagement du territoire. Car enfin qui peut penser qu'un jeune médecin viendra jamais s'installer avec conjoint en enfants dans un endroit déserté par la poste et privé d'école ?

MdF : Les maisons de santé ?

C. Q. : La formule est intéressante, et en tout cas elle semble intéresser les jeunes générations. Je

respecte cette aspiration à travailler plutôt en groupe multiprofessionnel, plutôt en délégation de tâche qui est, à vrai dire, constitue la vraie solution au problème des zones sous-médicalisées. J'exerce dans une région, le sud des Deux-Sèvres moins handicapé que le nord, qui est site expérimental depuis deux ans d'une initiative promue par l'Urmf Poitou-Charentes sous le nom d'Asalée. Une infirmière de santé publique travaille avec nous (un groupe de trois MG, Ndlr) à des tâches que le manque de temps nous fait négliger : l'éducation thérapeutique du diabétique, le dépistage des troubles cognitifs et des facteurs de risque cardio-vasculaires, gestion de l'HTA (automesure), actions de prévention (suivi des frottis et mammographies). Je suis persuadé que c'est une option à retenir pour les zones en déficit médical, mais seulement celles-là évidemment.

MdF : Et pour les zones en surdensité, que penser de l'obligation de solidarité « intergénérationnelle » dont parlait un projet de conclusion ?

C. Q. : Je ne sais pas trop mais je pense que toute hypothèse coercitive est le meilleur moyen de détourner une vocation d'installation libérale vers un autre statut, hospitalier ou salarié, moins exigeant. Les internes l'ont dit à l'automne, nous l'avons redit aux EGéOS, et il faudra le répéter chaque fois que le sujet reviendra à l'ordre du jour.

MdF : Abordons le reste de l'actualité. La circulaire ministérielle aux préfets sur la PdS impactera-t-elle l'organisation dans les Deux-Sèvres.

C. Q. : Je ne le crois pas. Nous sommes à 8 secteurs quand la circulaire en concéderait 16 ! Alors il est temps de sortir de l'imbroglio parce que la patience sur le sujet commence à s'épuiser. Il en va de la crédibilité d'un dispositif qui, aujourd'hui, satisfait tout le monde, médecins et tutelles. Je compte soulever le problème à la prochaine CPL.

MdF : Justement à propos de vie conventionnelle. Comment se passent les rapports locaux avec les Caisses ? Vous a-t-on rapporté des problèmes avec les DAM ?

C. Q. : Pas entendu parler. De manière plus globale, les rapports avec les Caisses sont bons en ce sens qu'on ne sent pas, chez nos interlocuteurs, de volonté de faire monter la pression. Pour le reste, les résultats de la maîtrise ne sont ni meilleurs ni pires qu'ailleurs. ●

“ Pour bien faire, il faudrait que le C à 23 € sorte en même que le CCAM des actes cliniques. ”



Personnel des cabinets : une augmentation rétroactive



Photo: AFP

L'avenant n°46 bis à la Convention collective du personnel des cabinets médicaux a été signé fin janvier. Mais les quatre revalorisations d'indices de postes qu'il comporte sont applicables, rétroactivement, depuis le 1^{er} septembre 2007. Le coefficient 208 « secrétaire médical(e) diplômé(e) » passe au coefficient 209, soit un salaire minimal de 1377,31 euros pour 151 heures 67 de travail mensuel. Le coefficient 212 « assistant(e) des cabinets de stomatologie » passe à 213, soit 1403,67 euros de salaire mensuel. Le coefficient 213 « secrétaire médical(e) diplômé(e) plus comptabilité générale » passe à 214, soit 1410,26 euros mensuels. Le coefficient 216 « manipulateur(trice) radio ayant passé le contrôle des connaissances » passe à 217, soit 1430,03 euros de salaire mensuel, toujours pour 151 heures 67 de travail.

PDS Questions sur le pont

Malgré la publication de la circulaire d'application (*lire ci-dessous*) un problème d'interprétation de l'avenant n°27 persiste dont Michel Chassang a saisi le directeur de l'Uncam. Car en rédigeant le chapitre de l'avenant sur la PDS les jours de pont, les signataires ont oublié de prendre en compte le cas où le jour férié est un jeudi. Le vendredi, qui suit un jour férié, entre dans le cadre du pont mais quid alors du samedi matin, demande le président de la CSMF à Frédéric van Roekeghem. La question n'est pas théorique puisque, cette année, le 1^{er} et le 8 mai tombent des jeudis. En toute logique, les matins des samedis 3 et 10 mai devraient entrer dans le champ de l'avenant et, par conséquent, les majorations d'actes régulés ainsi que l'indemnisation des astreintes devraient s'appliquer, estime la CSMF. Mais « afin d'éviter tout contentieux », Michel Chassang préfère demander au directeur de l'Uncam s'il fait la même « interprétation ».

Permanence des soins le samedi C'est - enfin - parti... dans quelques départements

Théoriquement, « le jeu de mistigri » entre ministère et Caisses que dénonçait dernièrement l'Unof devrait cesser rapidement. En effet, six semaines après la publication au *Journal officiel* de l'avenant n° 27 sur la permanence des soins le samedi à partir de 12 heures, le dispositif n'était toujours pas opérationnel. Le ministère promettait une circulaire d'application pour les préfets qu'il tardait à adresser, les caisses s'abritant derrière ce retard pour ne pas financer la PDS du samedi après-midi. Roselyne Bachelot a enfin adressé la fameuse circulaire aux départements. L'enjeu, pour que l'extension de la PDS au samedi se fasse « à enveloppe constante » est de « diminuer le nombre de secteurs ». D'arriver, « le plus rapidement possible » pour le territoire national, à 2000 secteurs pour les dimanches, jours fériés, premières parties de nuit, ainsi que samedis après midi contre les 2500 secteurs que l'on dénombre actuellement en première partie de nuit. Chaque préfet a donc reçu un objectif de resectorisation pour son département avec, quand même, des marges de manoeuvre différentes selon la densité de population et le profil géographique du département.

La circulaire ministérielle distingue trois cas de figure. ■ Les départements dans lesquels le nombre de secteurs est déjà conforme à l'objectif sont directement éligibles au dispositif de rémunération prévu par l'avenant n° 27, qui s'appliquera « dès la transmission des tableaux de garde à la Cpm », mais pas avec effet rétroactif au 1^{er} janvier comme on l'avait espéré un temps.

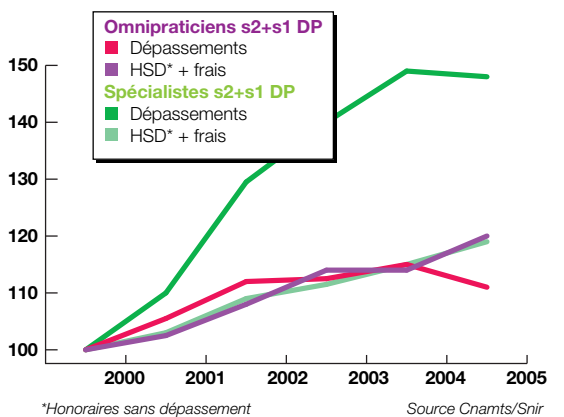
■ Les départements dont le nombre de secteurs est conforme à l'objectif mais dont l'arrêté de sectorisation ne prévoit pas la PDS le samedi après-midi devront prendre un nouvel arrêté de sectorisation et compléter le cahier des charges de la permanence des soins. Là, l'avenant ne s'appliquera qu'au lendemain de la publication

des arrêtés de sectorisation et de cahier des charges. ■ Les départements dont le nombre de secteurs est supérieur à l'objectif devront réunir « le plus rapidement possible » le Codamups afin de procéder à la resectorisation.

Tir groupé au sommet de l'État contre les dépassements

Nicolas Sarkozy les avait prévenus en les invitant à la réunion pour fixer « l'agenda social » de 2008 : la loi de réforme de la santé devra « améliorer l'accès aux soins (...) en limitant les dépassements d'honoraires en ville et à l'hôpital ». Le président de la République l'a redit aux partenaires sociaux – syndicats patronaux, syndicats d'employés – durant leur réunion. Les États généraux devront prévoir « des mécanismes opérationnels (...) de régulation des dépassements d'honoraires ». Quelques jours plus tard, en écho, Roselyne Bachelot expliquait que le « vrai problème d'accès aux soins », n'est pas tant les franchises, mais les dépassements. Curieux acharnement au moment où l'assurance maladie publie une étude portant sur ses dernières données de laquelle il ressort que « la diminution des dépassements moyens d'honoraires est un aspect notable des évolutions de 2005 » (*voir schéma*). La Sécu précisant que « l'évolution à la baisse des dépassements, notamment pour le secteur 2, marque une rupture par rapport à la tendance passée » (*).

Évolution comparée des honoraires sans dépassements et des dépassements



Ces dépassements, qui représentent 11,5 % des 18,6 milliards d'honoraires perçus par les médecins libéraux en 2005 sont parfaitement légaux, a plusieurs fois fait remarquer la CSMF. Elle vient de rappeler, dans un communiqué, que cette pratique « s'opère dans la transparence, sauf cas exceptionnel et condamnable ». Cette pratique répond en outre « à une inadéquation entre les valeurs des actes retenus pour le remboursement par l'assurance maladie et leur coût réel du fait de la mise en œuvre de matériaux et techniques nouvelles dans l'intérêt des patients qui sont plus onéreuses et de la répercussion du coût des assurances professionnelles, en particulier pour les spécialités à risque ». La Confédération saisit surtout l'occasion

de dire au président de la République qu'il « existe une solution simple pour apporter une réponse à [sa] volonté » en garantissant l'accès aux soins tout en préservant la qualité : « c'est la mise en œuvre d'un nouveau secteur tarifaire : le secteur optionnel ». Un engagement gouvernemental qui date de 2004 et dont les discussions, à peine engagées, ont été freinées du fait de la campagne présidentielle. La CSMF, tout comme l'Umesp, d'ailleurs, demande la reprise rapide des négociations avec le régime obligatoire et le régime complémentaire qui doit prendre en charge le supplément d'honoraires, en réaffirmant que ce secteur optionnel est la piste qui « constitue la meilleure réponse au problème des dépassements d'honoraires ». Ce que ne dément pas l'entourage de la ministre qui avoue travailler sur le dossier...

(*) Points de repère n° 13, « démographie et honoraires des médecins libéraux en 2005 », décembre 2007.

De vrais profs de médecine générale entrent en fac



« La reconnaissance par l'université de la spécialité de médecine générale s'apparente à une longue marche » rappelait le député UMP du Loiret, Jean-Pierre Door, pour soutenir la proposition de loi examinée par l'Assemblée nationale pour créer un corps de vrais professeurs généralistes. Un nouveau pas vient d'être franchi dans cette longue marche. Après l'adoption par le Sénat à la fin de l'année dernière et par l'Assemblée nationale – également à l'unanimité – le 29 janvier, le *Journal officiel* a publié le texte le 9 février. Ce qui constitue presque un record de vitesse de parution. Comme leurs collègues des autres disciplines, « les membres du personnel enseignant titulaire et non titulaire de médecine générale exercent conjointement les fonctions d'enseignement, de recherche et de soins ». La différence, c'est que la loi les autorise à exercer cette activité de soins en ambulatoire. Ce qui était interdit jusqu'alors par la loi de 1958 de Robert Debré qui attachait les enseignants aux CHU. Le prochain pas attendu dans cette longue marche est un décret en Conseil d'État qui devra fixer, notamment, le statut de ces enseignants de médecine générale, les conditions de leur recrutement et d'exercice de leurs fonctions ainsi que les mesures transitoires et les conditions dans lesquelles les enseignants associés de médecine générale peuvent être recrutés ou demander à être intégrés dans les nouveaux corps prévus par la loi.

Régionalisation Des URPS face aux ARS

Après analyse des rapports que MM Ritter et Bur viennent de rendre à la ministre et à l'Assemblée nationale, il reste difficile de dessiner encore précisément la forme précise que prendront les futures agences régionales de la santé. Ce qui est certain, c'est qu'il s'agira de véritables monstres. Les deux rapporteurs, qui ne se sont pas concertés sans pourtant ignorer leurs travaux respectifs, poussent pour que ces ARS se substituent aux ARH, aux Urcam – évidemment aux missions régionales de santé qui regroupent déjà ces deux structures – aux Cram, aux groupements régionaux de santé publique, voire qu'elles phagocytent les Ddass, les Drass et pourquoi pas les Cpam. Les deux veulent pour les ARS des missions particulièrement étendues : à l'organisation et à la planification sanitaire ville et hôpital, médico-sociale, à la gestion de la prévention, de la santé publique, de la veille sanitaire. Les deux souhaitent un exécutif fort à leur tête en la personne d'un véritable préfet sanitaire nommé en conseil des ministres. Reste à trancher l'existence ou non d'une structure nationale de pilotage, l'éventuelle régionalisation de l'Ondam, et à savoir si les ARS seront – ce qui semble le plus probable – ou non chargées de la gestion du risque dévolue aujourd'hui à l'assurance maladie.

Cette étatisation galopante pose évidemment la question du devenir et de la place qu'il restera aux libéraux de santé et au système conventionnel sous lequel ils exercent.

Réunis en assemblée plénière, les membres de l'Union nationale des professionnels de santé ont jugé, à l'unanimité, « indispensable la création d'une structure nationale unique ayant en charge les dépenses hospitalières et ambulatoires ». La même motion a réaffirmé l'attachement des membres de l'UNPS « aux conventions négociées au plan national comme cadre général d'exercice de chacune de leurs professions ». Ce sont ces conventions nationales catégorielles qui détermineront, éventuellement, les champs dans lesquels des modulations pourraient être négociés au niveau régional – par des délégations régionales des syndicats signataires des conventions nationales – avec les ARS. Des ARS, estime l'UNPS, dont l'émergence « implique la création d'Unions régionales des professionnels de santé (URPS), structurées au plan régional à l'identique de l'UNPS ». Et comme l'UNPS a annoncé par ailleurs qu'elle préparait la négociation avec l'assurance maladie de l'accord-cadre interprofessionnel, qui constituera le socle des futures conventions nationales catégorielles, elle a indiqué que cet accord-cadre déterminera les champs dans lesquels des modulations régionales pourraient être négociées entre les ARS et les URPS.

On y verra certainement beaucoup plus clair après le 14 mars, jour choisi par le Centre national des professions de santé pour tenir sa deuxième Convention (*) sur le thème, précisément, de la régionalisation.

(*) Programme et inscription sur cnps.fr

Traitements chroniques : les pharmaciens prescripteurs occasionnels



Plus d'un an après la loi de financement de la Sécurité sociale 2007 qui l'a instaurée, la disposition qui permet aux pharmaciens de renouveler une ordonnance dont la durée de validité est expirée vient de prendre corps après la publication d'un décret et d'un arrêté au JO du 7 février. Le pharmacien ne peut procéder à ce dépannage qu'une seule fois et uniquement si le traitement initial est prescrit pour trois mois au moins et si les médicaments concernés ne sont ni des stupéfiants ni des psychotropes ou des produits dont la durée de prescription est limitée. Et il doit, de surcroît, délivrer le conditionnement comportant le plus petit nombre d'unités de prise. Le décret fait obligation au pharmacien d'informer « de la dispensation le médecin prescripteur dès que possible et par tous moyens dont il dispose ». Il doit également indiquer sur l'ordonnance : « délivrance par la procédure exceptionnelle d'une boîte supplémentaire » avec le nom des spécialités délivrées.