

# Audi alteram partem\*

Un mode de scrutin qui oscille entre majoritaire et proportionnel a accouché de résultats, qui dans certaines régions, ne laissent aucune place à la pluralité des convictions.

Dans la grande région Nord et en Provence toute sensibilité autre que de droite a disparu des assemblés nouvellement élues. Comment une société démocratique peut-elle en arriver à générer un mode de désignation aussi loin d'une représentation équilibrée de la population ? La volonté de stabilité institutionnelle, fondement de la V<sup>e</sup> République, a engendré une organisation très peu propice à une réflexion plurielle dans l'intérêt général et un personnel politicien incapable d'entendre et d'écouter d'autre discours que le sien.

Les péripéties de la loi de *modernisation du système de santé*, qui ont rythmé toute l'année 2015, en sont un exemple caricatural. Au lieu d'une réflexion partagée, qui aurait dû permettre d'aboutir à un projet novateur de prise en compte du vieillissement dans l'organisation des soins, les représentants des professionnels de santé ont subi des simulacres de réunions de concertation, en réalité petites messes à objectif de communication, sans volonté d'aboutir à un projet équilibré. Tout était écrit, rien n'a été modifié.

2016 ne s'annonce pas sous des auspices plus propices. L'élan de la réunion unitaire du 4 novembre rassemblant l'ensemble des syndicats représentant la médecine libérale a bien du mal à se confirmer. Il a suffi à Madame la ministre de la santé de convoquer les présidents des syndicats représentatifs pour discuter de la future convention pour que chacun se précipite rue de Ségur avec sa liste de revendications... au Père Noël. N'aurait-il pas été plus cohérent de décliner poliment l'invitation, en arguant que la médecine libérale souhaitait d'abord, comme elle l'avait annoncé, élaborer une plate-forme commune d'organisation et de coordination des soins autour du patient en médecine de proximité, avant d'en discuter la faisabilité et les adaptations éventuelles avec les pouvoirs publics ?

Quand la société française arrivera-t-elle à sortir du : « je suis majoritaire, vous avez donc politiquement toujours tort » et accepter une cogestion des grands

domaines d'intérêt général, où l'écoute de l'autre et l'élaboration d'un compromis sont les bases de la réussite politique ? C'est une culture, celle de l'écoute de l'autre, depuis longtemps acquise chez nos voisins germaniques et dans les démocraties scandinaves, où ses résultats ne sont plus à vanter.

Je suis convaincu que la médecine libérale peut donner l'exemple d'une concertation réelle entre l'ensemble des forces syndicales, malgré des diversités de positions qui ne sont pas à occulter, aboutissant à un projet commun qui aurait une force indéniable dans les négociations à venir.

La société civile peut montrer la voie à une classe politique qui doit s'interroger lucidement sur la déliquescence du dialogue démocratique et changer radicalement son comportement. Entendre l'autre partie, admettre des compromis dans l'intérêt général, voilà ce qui manque cruellement aujourd'hui à la communauté nationale.

*\*Audi alteram partem : « entend l'autre partie », vieil adage judiciaire sur l'importance d'écouter l'autre pour un jugement équitable.*

---

## **Regroupement d'URPS, mode d'emploi**

**Dans les régions qui fusionneront le 1<sup>er</sup> janvier prochain, les anciennes URPS doivent aussi se regrouper. Dans cet objectif, la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) a publié une instruction détaillant les conditions dans lesquelles ces regroupements doivent se faire.**

Les élections aux Unions Régionales de Professionnels de Santé (URPS) ont eu lieu en octobre, reste maintenant à procéder à leur installation. Une installation très particulière, puisque ces assemblées siègeront dans les 13 hyperrégions (contre 22 anciennes régions) issues de la réforme territoriale de janvier 2015,

lesquelles fusionneront le 1<sup>er</sup> janvier prochain. Au total, se sont seize régions qui seront concernées par sept fusions. On sait que la constitution de ces hyperrégions ne sera pas chose aisée, mais le regroupement des URPS dans les régions qui fusionnent ne le sera guère plus. C'est dans cette perspective que la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) a récemment diffusé une instruction auprès des Agences Régionales de Santé (ARS) visant à « accompagner les URPS des régions regroupées dans leurs opérations de dissolution et de transfert de leurs personnels et de leur patrimoine ».

« *La période précédant l'installation des nouvelles URPS ne saurait générer des perturbations dans le fonctionnement des unions en place, notamment dans le domaine des relations sociales* », avertit la DSS. En clair, tout mouvement social consécutif à des licenciements intempestifs serait mal venu. Pour parer à cette éventualité, la DSS demande aux ARS de désigner « *un ou plusieurs référents* » pour assister les présidents d'URPS dans le processus » et de s'assurer que lesdits présidents « *ont une exacte compréhension des garanties que le code du travail reconnaît à leurs salariés et qu'ils en ont complètement informé ces derniers* ». « Les contrats de travail en cours sont maintenus et les obligations afférentes à ces contrats sont opposables au nouvel employeur », précise le DSS.

Du côté des URPS, leurs présidents devront communiquer aux ARS « le calendrier retenu par les convocations des instances concernées de l'Union (bureau, commission de contrôle, commissaires aux comptes, assemblée de clôture) ». Les comptables et commissaires aux comptes doivent « *procéder à un récapitulatif complet des actifs et des passifs des URPS* », l'arrêté des comptes devant être soumis à la délibération de l'assemblée de l'Union « *avant le 31 décembre 2015* ». L'assemblée de clôture devra désigner un liquidateur pour transférer le patrimoine à la nouvelle URPS.

Chaque ARS procédera à la convocation de l'assemblée de la nouvelle URPS, « *en lien avec son doyen d'âge, cosignataire* », pour que la première réunion ait lieu « *d'ici le 31 janvier 2016* ». L'ordre du jour de cette première réunion devra comporter l'élection du Bureau de l'assemblée, l'élaboration du règlement intérieur et des statuts et la communication des délibérations des anciennes URPS sur le récapitulatif de leurs biens, droits et obligations.

L'instruction de la DSS comporte en annexe une notice sur les démarches à suivre en vue de la dissolution d'une URPS, ainsi qu'un guide de la dissolution d'une

association.

---

# Et si les pharmaciens devenaient des médecins ?

**La ministre de la santé, le patron de l'Assurance Maladie, l'Académie de Pharmacie veulent confier de nouvelles missions de santé publique aux officinaux. Des missions qui débordent de plus en plus sur celles des médecins.**

Les missions de santé publiques confiées aux pharmaciens d'officine ne cessent de s'étendre. Ils se sont déjà vus confier des entretiens pharmaceutiques pour les patients sous AVK en juin 2013 et pour les patients asthmatiques en décembre 2014. Cela pourrait ne pas s'arrêter là car tout le monde semble vouloir leur confier de nouvelles missions. A commencer par la ministre de la Santé qui l'a fait savoir, par la voix du Directeur Général de l'Offre de Soins (DGOS), Jean Debeaupuis, lors du 68<sup>e</sup> congrès des pharmaciens à Reims. Il s'agirait notamment de l'accompagnement des personnes âgées. *« A ces missions devront correspondre une simplification des procédures de facturation et la négociation d'honoraires appropriés. Ces honoraires devront répondre à un double objectif : assurer l'avenir des officines mais aussi soutenir des actions participant à une meilleure organisation et à une meilleure efficacité de l'offre de soins »*, a précisé Jean Debeaupuis. Les médecins apprécieront, qui réclament, en vain, les moyens pour faire de la prévention. A ce même congrès, le directeur de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), Nicolas Revel, a redit son souhait d'élargir les missions des officinaux à cet accompagnement des personnes âgées et à la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.

Depuis, c'est l'Académie de Pharmacie qui a appelé les pharmaciens à participer « activement » à la lutte contre l'obésité. Et qui demandent qu'ils soient spécifiquement formés à cette question « *de préférence dans un cadre pluriprofessionnel* ». L'Académie souhaite que les pharmaciens se comportent en

*« acteurs majeurs dans la prévention nutritionnelle, le repérage, l'orientation et l'accompagnement des patients atteints d'obésité ».* En résumé, elle justifie sa proposition par le fait que les obèses devenant de plus en plus nombreux, les médecins ne suffiront pas à leur prise en charge. En outre, estiment les membres de l'Académie de Pharmacie -qui n'ont pas dû rentrer dans une salle d'attente de médecine depuis longtemps- les pharmaciens sont les seuls professionnels de santé en contact avec les patients obèses. Les médecins apprécieront... Bref, *« par leur proximité géographique, leur accessibilité, leur disponibilité et surtout la relation de confiance qu'ils entretiennent avec les patients, les pharmaciens d'officine sont bien placés pour faciliter l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique dont ces personnes ont plus particulièrement besoin »*, juge l'Académie. Soit, mais leur restera-t-il du temps pour honorer les ordonnances (encore) délivrées par les médecins ?

Car ils pourraient aussi vacciner la population. Ou du moins l'auraient-ils pu si la mesure inscrite par Marisol Touraine dans le projet de loi de santé n'avait pas été retirée face à la bronca... des médecins et des infirmiers libéraux. Mais ce n'est peut-être que partie remise, puisque des expérimentations doivent avoir lieu dont les modalités (vaccins concernés, primo-vaccination ou rappel, etc.) seront précisées après la remise du rapport confié à l'ancienne députée socialiste, Sandrine Hurel, sur la politique vaccinale.

---

# Nominations

## **CNPS : second mandat pour Philippe Gaertner**

Le président de la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF) a été réélu à l'unanimité président du Centre National des Professions de Santé. L'ensemble du bureau du CNPS a été reconduit pour une durée de deux ans, leur mandat s'achevant en novembre 2017.

## **Michel Chassang au CESE**

Le président de l'Union Nationale des Professions Libérales (UNAPL) a désigné l'ancien président de la CSMF comme l'un des représentants des professions libérales au Conseil Economique et Social Environnemental (CESE). L'UNAPL estime que « dans le contexte économique, social et environnemental actuel, le CESE a vocation à participer au processus de la décision publique et à l'enrichir par des contributions résolument prospectives ».

### **Un nouveau délégué général à la FHF**

Directeur général du CHU de La Réunion, David Gruson, a été désigné comme le prochain délégué général de la Fédération Hospitalière de France (FHF). Il succèdera à cette fonction à Gérard Vincent au cours du premier trimestre 2016. David Gruson dit appréhender ses futures fonctions dans un esprit de « grande responsabilité », « dans un contexte difficile et à un moment où l'actualité a montré à quel point le service public hospitalier était utile ».

### **La cardiologie à l'honneur**

Professeur émérite des universités et présidente d'honneur de la Fédération Française de Cardiologie, Mireille Brochier a été promue à la dignité de grand officier dans l'Ordre national du Mérite.

---

## **L'ONIAM revalorise ses tarifs**

Le Conseil d'administration de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) a voté la revalorisation du référentiel d'indemnisation, qui a été avalisée par le Gouvernement et prendra effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier prochain. Les préjudices extrapatrimoniaux -qui recouvrent notamment le déficit fonctionnel permanent, les souffrances endurées et le préjudice esthétique- sont revalorisés de 16 %. Les tarifs horaires d'assistance par tierce personne

passeront de 9,73 euros à 13 euros (+ 25 %) et de 11,71 à 18 euros pour une aide spécialisée (+ 35 %). La base de calcul de ces aides passera de 390 à 412 jours. Enfin, pour les victimes nécessitant une aide humaine pérenne, l'indemnisation sera désormais versée sous forme de rente et non plus de capital, sauf en cas de situation particulière où un capital initial pourra être versé couvrant un à trois, voire cinq ans.

---

## **Une saisine probable du Conseil constitutionnel**

Il est plus que probable que les parlementaires de l'opposition (Les Républicains) vont saisir le Conseil constitutionnel après le vote de la loi de santé. Et la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) a bien l'intention d'en faire autant, profitant de l'occasion pour utiliser le mécanisme de « la porte étroite », qui permet à des personnes morales ou physiques, autres que des parlementaires, d'adresser des contributions sur un projet de loi. La FHP entend ainsi expliquer comment es articles 26 (sur le SPH), 27 (sur les GHT), 27 ter (sur le contrôle des établissements de santé privés par la Cour des comptes) et 27 quinquies (sur le service d'intérêt économique général et la captation des bénéfices dits « non raisonnables ») contreviennent aux principes d'égalité ou de liberté d'entreprendre.

---

## **La qualité progresse**

Le bilan 2015 des Indicateurs de Qualité et Sécurité des Soins (IQSS) dans les établissements de santé incite à l'optimiste, puisqu'ils montrent une amélioration régulière. Développés depuis 2003, les IQSS ont le triple objectif d'améliorer la qualité dans les hôpitaux et l'information des usagers, ainsi que d'éclairer les

décisions des pouvoirs publics. Le premier indicateur, Icalin, concernant la lutte contre les infections nosocomiales, a été suivi de plusieurs autres, transversaux (tenue de dossiers, document de sortie) et par spécialité. Présentant ce bilan 2015, le président de la HAS, Jean-Luc Harousseau, s'est félicité d'une « *quasi-exhaustivité de réponse des établissements* » (plus de 99 % ayant répondu) et de résultats globalement « *en amélioration* ». Il a souligné que les résultats satisfaisants au niveau national cachent cependant une « *grande hétérogénéité entre établissements* ». Ainsi, prenant l'exemple des hémorragies post-partum - évitables dans 80 % des cas -il a indiqué que si l'on observait une progression de 12 % de la surveillance clinique minimale en salle de naissance, « *la moitié des maternités ont moins de 8 dossiers sur 10 où cette surveillance clinique minimale est complète* ».

Le président de la HAS a par ailleurs évoqué de nouveaux indicateurs à la validation desquels travaille la HAS. Parmi eux, des indicateurs de résultats issus du PMSI, dont la qualité « *dépend de la qualité du codage* » et présente donc « *un risque de biais* » : il fait vérifier que ce qui est codé traduit bien ce qui figure dans le dossier des patients. Jean-Luc Harousseau juge donc que, pour le moment, il faut rester « *prudent* » quant à une diffusion au public (petite pique au passage pour les palmarès de certains hebdomadaires fondés pour l'essentiel sur ces indicateurs).

Enfin, ce mois-ci doit être lancée une expérimentation d'indicateurs en chirurgie ambulatoire : d'une part des indicateurs de processus sur les « *points clés du processus de prise en charge, y compris l'information sur le suivi recommandé après la sortie* » et, d'autres part, des indicateurs de résultats « *mesurant le taux de conversion en hospitalisation complète et le taux de réadmission dans les trois jours* ».

---

## **Des organisations libérales**



# innovantes pour contrer les GHT

A l'occasion de sa 20<sup>e</sup> journée nationale, la conférence nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée a affirmé son opposition radicale aux Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). « La relation exclusive entre GHT et service public nous inquiète », a notamment déclaré son président, Jean-Luc Baron. Il redoute que le projet commun au sein de ces groupements « *qui doit être un projet d'ouverture sur le parcours de soins et sur les autres acteurs, dont la médecine de ville* » n'aboutisse surtout à une collaboration « *entre les différents hôpitaux* » et autour des CHU voués à centraliser les fonctions support. « *Il va être compliqué de collaborer avec les CHU* », appréhende-t-il.

En bref, la conférence « ne voit pas bien les contours de l'hospitalisation privée » dans le paysage recomposé par les GHT et plaide en faveur de construction d'organisations médicales portées sur le terrain par des médecins libéraux innovantes comme il en existe déjà, dans le Lubéron avec parcours de soins organisé par un groupement de cardiologues, en Languedoc-Roussillon avec un parcours de soins pluridisciplinaire en chirurgie ambulatoire mis sur pied grâce un travail inter-URPS ou encore avec le Montpellier Institut du Sein (MIS). Nous reviendrons plus longuement sur ces projets dans un prochain numéro.

---

## Les jeunes choisissent (quand même) le libéral

L'Ordre observe une tendance de fond chez les nouvelles générations : elles veulent concilier vie professionnelle et vie privée, hommes comme femmes. Est-ce à dire que les jeunes médecins délaissent l'exercice libéral ? Pas si sûr. S'il est vrai que, lors de leur première inscription à l'Ordre, à peine 15 % choisissent l'exercice libéral/mixte en première intention, cinq ans plus tard 40 % s'orientent vers ce mode d'exercice.

Les jeunes cardiologues n'échappent pas à cette tendance. Lors de leur première inscription au tableau de l'Ordre, en première intention, ils choisissent l'exercice salarié à une écrasante majorité (82 %), très loin devant l'exercice libéral (3,5 %) et l'exercice mixte (2,6 %). Mais cinq ans plus tard, ces mêmes jeunes cardiologues sont pourtant 28,6 % à exercer dans le secteur libéral, 18,4 % à avoir un exercice mixte et ne sont plus « que » 47 % à être salariés (5,4 % étant remplaçants, 0,5 % sans activité).

---

## **Le nouveau DPC entrera en vigueur en même temps que la loi**

**L'article 28 réformant le Développement Professionnel Continu a été adopté avec quelques modifications : elle entrera en vigueur le lendemain de la parution de la loi au Journal Officiel et la réforme du GIP-OGDPC attendra la création de la future Agence National du DPC (ANDPC).**

Lors de la nouvelle lecture du projet de loi de santé à l'Assemblée Nationale, les députés ont apporté quelques retouches à l'article 28 relatif au Développement Professionnel Continu (DPC). Ainsi, un amendement du rapporteur pour le titre III, Jean-Louis Touraine (PS, Rhône), a supprimé la date de prise d'effet de la réforme, initialement prévue pour le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Ce qui revient à prévoir son application dès la parution de la loi au Journal Officiel, début janvier 2016. Le même Jean-Louis Touraine a également fait voter un report de six mois, soit au 1<sup>er</sup> juillet 2016, de la date limite de modification de la convention constitutive du Groupement d'Intérêt Public (GIP) « Organisme Gestionnaire du DPC » (OGDPC), afin de tenir compte de la création de la future Agence Nationale du DPC (ANDPC). Les députés ont également adopté un amendement présenté par Gérard Bapt (PS, Haute-Garonne) qui précise que cette agence contribuera « *à la gestion financière des programmes et actions s'inscrivant dans le cadre des orientations prioritaires pluriannuelles* » du DPC.

Rappelons que, à la suite d'une concertation qui s'est déroulée à l'automne 2014

entre le ministère et les professionnels, le Gouvernement a présenté un amendement réformant en profondeur le dispositif de DPC. Cette réforme prévoit notamment une obligation triennale et non plus annuelle du DPC. La démarche de DPC devra comporter « des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques et le texte précise que *« l'engagement dans une démarche d'accréditation vaut engagement dans une démarche de DPC »*. Un arrêté ministériel définit *« les orientations pluriannuelles prioritaires »* de DPC qui comportent des orientations définies par profession ou spécialité sur la base des propositions des Conseils Nationaux Professionnels (CNP), des orientations « s'inscrivant dans la cadre de la politique nationale de santé » et des orientations relevant du dialogue conventionnel entre les professionnels et l'Assurance Maladie. Les CNP devront proposer pour chaque profession ou spécialité *« un parcours pluriannuel de DPC qui permet à chaque professionnel de satisfaire à son obligation »*. Les professionnels libéraux pourront choisir librement les actions qu'ils souhaiteront suivre. Un *« portefeuille »*, dont le contenu et les modalités d'utilisation seront définis par chaque CNP, retracera *« l'ensemble des actions réalisés par les professionnels au titre de leur obligation de DPC »*.

Au grand dam des libéraux, la réforme prévoit aussi que *« l'Université participe par son expertise pédagogique dans le domaine de la formation initiale et continue des professionnels de santé à la dimension scientifique du DPC »*. C'est aux instances ordinales que reviendra le contrôle du respect de l'obligation de DPC des professionnels, dans des conditions qui seront fixées par décret en Conseil d'Etat.

C'est aussi un décret en Conseil d'Etat qui définira les modalités de présentation d'actions ou de programmes de DPC par les organismes ou structures de DPC, les modalités de leur évaluation préalable, ainsi que les modalités de sanctions à caractère financier ou administratif » en cas de *« manquements constatés dans la mise en œuvre des actions et programmes »*.

Enfin, la réforme prévoit la transformation de l'actuel Organisme de Gestion du DPC (OGDPC) en une Agence Nationale du DPC (ANDPC) qui *« assure le pilotage du dispositif »* pour l'ensemble des professionnels, et qui contribuera donc également à la gestion financière du DPC.

---

# Jean-François Thébaut nommé président de la CEESP

La HAS vient d'annoncer la nomination de Jean-François Thébaut (67 ans) à la présidence de la CEESP. Il prendra ses fonctions le 1<sup>er</sup> février prochain et succédera à Jean-Luc Harousseau, également président du Collège de la HAS mais dont la démission annoncée prendra effet le 31 janvier.

Cardiologue de formation, Jean-François Thébaut a été nommé membre du Collège de la HAS en 2011 pour un mandat de six ans. Il a présidé la Commission amélioration des pratiques professionnelles et sécurité des patients de 2011 à fin 2014 et présidait depuis février dernier la Commission des parcours de soins et des pratiques.

Jean-François Thébaut a également eu un riche parcours syndical. Il a été président du Syndicat National des Spécialistes des Maladies du Cœur et des Vaisseaux (SNSMCV), membre du Bureau national de la CSMF et président du Conseil National Professionnel de Cardiologie. Il a été membre de la Société Française de Cardiologie, vice-président et porte-parole du Collège National de Cardiologues Français (CNCF) et a notamment été vice-président du comité de coordination des Conseils Nationaux de FMC (CNFMC).

Nos lecteurs se souviendront qu'il a aussi été rédacteur en chef du *Cardiologue*.

---

**Les médecins britanniques**

# grognent aussi

Le système de santé britannique, que notre Gouvernement regarde souvent avec les yeux de Chimène, ne satisfait pas pleinement les médecins anglais... Ainsi les internes d'outre-Manche se sont-ils mis en grève en ce début de mois pour protester contre des nouvelles conditions de travail qui entreront en vigueur l'été prochain. A cette date, certaines périodes de travail jusqu'à présent considérées comme hors des horaires normaux (le samedi, par exemple) ne le seront plus et ne seront donc plus payées davantage. La hausse de 11 % de salaire de base promise en échange par le Gouvernement n'y fait rien, les internes estimant qu'ils y perdront quand même.

---



## **Après le vote de la loi de santé : Et maintenant, que vont-ils faire ?**

La loi de « modernisation de notre système de santé » a été définitivement adoptée par l'Assemblée Nationale qui a réintroduit dans le texte les mesures supprimées ou modifiées par le Sénat, dont le tiers-payant généralisé et le Service Public Hospitalier, et les conditions pour en faire partie qui excluent, de fait, les établissements d'hospitalisation privée. La prochaine « épreuve » des médecins libéraux est maintenant celle des négociations qui devraient s'ouvrir au printemps prochain. Leurs représentants syndicaux ont affiché, il y a peu, leur volonté de l'affronter

## **unis. Mais l'union qui a prévalu contre le projet de loi de santé survivra-t-elle quand il s'agira pour chacun d'obtenir le mieux -ou le « moins pire »- pour ses adhérents ?**

Sans surprise de dernière minute, la loi de « modernisation de notre système de santé » a été définitivement votée par l'Assemblée Nationale le 17 décembre dernier. Quelques jours auparavant, les députés avaient adopté le texte en nouvelle lecture après y avoir rétabli l'essentiel des mesures modifiées ou supprimées par le Sénat. Le texte compte désormais 227 articles (contre 57 initialement), dont la majorité (118) a été adoptée conformes par les deux chambres.

Parmi les mesures confortées par les députés, on trouve les mesures les plus emblématiques du texte, celles qui ont déclenché la contestation des médecins. Les députés ont ainsi conforté la généralisation du tiers-payant à l'horizon 2017 et rétabli leur propre version de l'article 26 qui refonde le Service Public Hospitalier (SPH) en le définissant comme un bloc et non plus sous la forme de plusieurs missions de service public, instaurées par la loi HPST de 2009 et qui pouvaient être contractualisées. L'absence de dépassements d'honoraires fait donc partie des caractéristiques du SPH et il n'est plus question de dérogations limitées que la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) a cru un moment obtenir. Les cliniques privées dans lesquelles des médecins pratiquent des dépassements d'honoraires ne pourront donc prétendre au SPH, mais les praticiens hospitaliers pourront continuer de le faire dans le cadre de leur secteur privé au sein du service public...

### **Prévention et incohérence parlementaire**

Rejeté à une très large majorité au Sénat, l'article instaurant un paquet de tabac neutre à compter du 20 mai 2016 avait été rétabli par la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale. Pour autant, son adoption par les députés l'a été de justesse. Lors d'un scrutin public et par 56 voix contre 54, ils ont rejeté huit amendements identiques de suppression de l'article sur le paquet neutre émanant des groupes UDI, des radicaux de gauche, mais aussi d'une trentaine de députés socialistes. L'article a finalement été adopté par 54 voix contre 39. Les lobbies alcooliers ont sans doute pesé plus lourd que le réseau des buralistes, car

l'article du projet de loi assouplissant les conditions de la publicité sur l'alcool a été lui adopté à une large majorité par les députés, à l'issue d'un débat de plus d'une heure au cours duquel on a pu entendre des arguments assez ahurissants. « *Il ne s'agit pas d'autoriser de nouveaux supports ou de nouvelles formes de publicité, mais d'apporter une sécurisation juridique et d'éviter que l'on assimile un contenu journalistique, oenotouristique, culturel ou artistique à de la publicité* », a ainsi déclaré Bernard Perrut (LR, Rhône), qui semble ignorer la très, très mince frontière qui sépare souvent le reportage du publi-reportage... « *Je trouve plus que regrettable, triste même, que ce soit à l'occasion d'un texte de santé publique que la loi Evin soit défaite* », a déploré Marisol Touraine, qui n'est pas parvenue à convaincre : les députés ont adopté l'article par 102 voix par, 29 voix contre et 4 abstentions.

### **Et maintenant, que vont-ils faire ?**

Si l'opposition au projet de loi de santé a suscité un front uni de la profession, on peut s'interroger aujourd'hui sur la pérennité de cette union affichée au lendemain des élections aux URPS lors d'une conférence de presse commune au cours de laquelle la CSMF, le SML, la FMF et Le Bloc ont affirmé leur volonté de constituer un front uni pour aborder les futures négociations conventionnelles et d'élaborer des propositions communes qu'ils présenteront ensemble le 11 février prochain, jour où devrait se tenir la « *grande conférence de santé* » voulue par le Premier ministre - après l'adoption de la loi de santé - et boudée par la profession.

Depuis, il semble que l'unité se fissure quelque peu. Trois syndicats de généralistes, MG France, l'UNOF et la FMF, ont tenu une conférence de presse et lancé une concertation commune en ligne pour savoir quels types d'actions les généralistes sont prêts à mettre en œuvre (contestation tarifaire, refus de télétransmission ou de recours aux téléservices de l'Assurance Maladie) pour poursuivre leur mobilisation. Mais le SML avait décliné l'invitation lors d'une réunion de son assemblée générale...

Enfin, si les responsables des cinq organisations syndicales représentatives ont bien prévu de se revoir à deux reprises d'ici février 2016 pour préparer leur plateforme commune en vue des négociations conventionnelles, c'est bien un par un

qu'ils ont défilé dans le bureau de Marisol Touraine pour égrener leurs desiderata à la ministre, à qui la loi de santé confie la mission de cadrer les négociations conventionnelles avant leur ouverture (la lettre de cadrage devant parvenir à la l'UNCAM avant le 15 décembre !). L'unité, le dialogue syndical perdureront-ils autour de la table des négociations conventionnelles ?

---

## **Les délégations de gestion de l'AMO sur la sellette**

La Mission d'Evaluation et de Contrôle des lois de financement de la Sécurité Sociale (MECSS) de l'Assemblée Nationale a rendu un rapport sur « la gestion du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) par certaines mutuelles ». Il reprend pour l'essentiel des constats déjà faits, notamment par la Cour des Comptes qui a demandé à plusieurs reprises la suppression de ces délégations de gestion par les mutuelles, jugeant ce système « *à bout de souffle* » et coûteux et prônant « *la reprise en gestion* » des fonctionnaires et des étudiants par les CPAM.

La MECSS plaide aussi pour « une rationalisation nécessaire » étant donné « des coûts de gestion importants » : les remises de gestion versées par l'AMO aux mutuelles se sont élevées à 262,7 millions d'euros en 2013 pour les fonctionnaires et à 89,1 millions d'euros en 2014 pour les étudiants. On sait que l'article 59 du PLFSS prévoit la révision de ce système mais que l'essentiel des dispositions prises pour cela sont renvoyées à un futur décret.

A cet égard, le député Jean-Pierre Door (LR, Loiret), rapporteur de la MECSS sur ce sujet, regrette « *que le Gouvernement n'ait pas attendu les conclusions de la mission* » et « *déplore un manque de concertation* ». En conséquence, la MECSS s'est abstenue de formuler des préconisations.



---

# Gares aux OGA !

Le Gouvernement a introduit un amendement au Projet de Loi de Finances Rectificative (PLFR) qui élargit le champ de compétence des Organismes de Gestion Agréés (OGA), donc des Associations de Gestion Agréées (AGA), leur permettant de soumettre chaque adhérent à « *un examen périodique de sincérité* » lors duquel seront contrôlées les pièces justificatives de la déductibilité de certaines charges, contrôle jusque-là réservé aux services fiscaux.

La CSMF dénonce « *une procédure totalement arbitraire* » et condamne « *cette mesure qui institutionnalise la discrimination fiscale des professions libérales* ». Quant à l'Union Nationale des Professions Libérale (UNAPL), elle « *dénonce avec force ce dispositif qui, en plus de faire des professionnels libéraux des contribuables à part, privés du droit élémentaire à une procédure de contrôle contradictoire, qu'ils seraient de surcroît contraints de financer, instaure un état de suspicion permanent à l'encontre d'une catégorie professionnelle* ».

---

# Evaluation médico-économique du médicament : pas assez d'études spécifiques

**Deux études réalisées par des épidémiologistes et des économistes de la Haute Autorité de Santé (HAS) mettent en évidence des manques dans les dossiers soumis à la Commission Evaluation Economique et de Santé Publique (CEESP).**

Au récent congrès de l'*International Society for Pharmacoconomics & Outcome research* (ISPOR), a été présentée une étude, conduite par François Hamers,

épidémiologiste à la Haute Autorité de Santé (HAS), et ses collègues, qui porte essentiellement sur la façon dont sont réalisées les études coût-utilité (qui évaluent les coûts par années de vies gagnées ajustées sur la qualité de vie - QALY) présentées dans les dossiers soumis à la Commission Evaluation Economique et de Santé Publique (CEESP). L'étude porte sur 29 dossiers examinés par la CEESP jusqu'à la fin juin. Les domaines les plus représentés étaient l'infectiologie (34 %) et la cancérologie (28 %), et 7 produits avaient le statut de médicament orphelin. Le principal constat qui ressort de cette étude est que pour 10 % seulement des dossiers soumis à la CEESP dans le cadre de l'évaluation médico-économique, les données provenaient d'études réalisées spécifiquement. Dans 41 % des cas, ce sont des données issues de la littérature qui constituaient la source pour déterminer la valeur d'utilité de l'état de santé et, dans 21 % des cas, les données étaient issues d'études randomisées contrôlées renseignant l'efficacité. Dans 24 % des cas, les sources sont mixtes. En outre, les auteurs ont notamment constaté qu'il n'était pas rapporté d'examen systématique des utilités dans la majorité des dossiers (68 %) utilisant la littérature comme source de détermination de la valeur d'utilité de l'état de santé, que, concernant la valorisation des états de santé, la méthode de valorisation n'était pas précisée ou clairement décrite dans six dossiers ou encore que la valorisation reposait sur la population générale britannique dans 54 % des dossiers et la population générale française dans 18 % des cas seulement.

Autant de constats qui font conclure aux auteurs de l'étude qu' « il est nécessaire de renforcer les dialogues précoces entre les industriels et les organismes d'évaluation afin de générer des données d'utilité robustes ». « *L'évaluation économique en France va suivre une courbe d'apprentissage aussi bien pour les industriels que pour la HAS* », annoncent-ils.

Un « apprentissage » d'autant plus souhaitable au regard des résultats d'un autre travail présenté à l'ISPOR, dans lequel Salah Ghabri, économiste à la HAS, et ses collègues se sont intéressés à la présence ou non d'une étude d'impact budgétaire dans les 49 dossiers soumis à la CEESP à fin avril : une telle étude n'était incluse que dans 22 % des dossiers et, de surcroît, la sélection des comparateurs était problématique dans 64 % des cas. En outre, dans la majorité des dossiers, les effets secondaires et les coûts de suivi n'étaient pas inclus dans les coûts de traitement. Les auteurs soulignent donc la nécessité d'introduire des recommandations explicites sur les études d'impact budgétaire dans la prochaine

mise à jour du guide de la HAS sur l'évaluation économique.

On peut rappeler que, il y a peu à propos de l'envolée du coût de certains traitements, Jean-Luc Harousseau, président de la HAS et président de la CEESP depuis 2014, plaidait pour « plus de lisibilité sur les prix décidés par l'industrie pharmaceutique » (*voir Le Cardiologue n° 384*).

---

## **Pertinence, qualité et sécurité des soins : les décret sont parus**

Deux décrets sont parus en application de la LFSS 2015. Le PLFSS prévoyant la simplification des contrats tripartites, ils seront bientôt caducs. Pour autant, le dispositif d'évaluation de la pertinence des actes, prestations, prescriptions et de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins reste d'actualité.

Deux décrets relatifs aux contrats tripartites entre les ARS, l'Assurance Maladie et les établissements de santé concernant l'amélioration des pratiques et la pertinence des soins sont parus au J.O. et sont applicables depuis le 22 novembre dernier. Cependant, venant en application de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2015, ils seront bientôt caducs, puisque l'article 50 du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) 2016 prévoit une simplification de ces contrats (*voir Fenêtre sur dans ce numéro*). Les choses ne différeront cependant pas sur le fond.

Le premier décret concerne la pertinence des actes, prestations et prescriptions et vient en application de l'article 58 de la LFSS 2015 qui prévoyait un « *plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins* ». Il précise le contenu de ce plan et crée « *une instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins consultée sur l'élaboration et les révisions du plan d'actions ainsi que sur son évaluation, afin d'associer étroitement les professionnels de santé, les représentants des usagers et les fédérations hospitalières à la démarche* ». Désormais, comme les libéraux, les hospitaliers pourront être soumis à la procédure de Mise Sous Accord Préalable

(MSAP) si l'ARS et l'Assurance Maladie constatent « *un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable* » ou si est relevée « *une proportion élevée d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement non conformes aux référentiels établis par la HAS* ».

Le deuxième décret concerne l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, en application de l'article 51 de la LFSS 2015 qui prévoyait la mise en œuvre d'un « *contrat d'amélioration des pratiques en établissement de santé (CAPES)* » et comportait un volet relatif au mécanisme d'incitation financière à la qualité et à la sécurité et un volet relatif au dispositif de contractualisation entre les ARS et les établissements sous T2A. Le décret prévoit que l'ARS devra - au moins tous les deux ans -apprécier « le niveau de qualité et de sécurité des soins » des établissements au regard du risque infectieux et du risque médicamenteux et selon des indicateurs dont la nature devrait être précisée par arrêté ministériel après avis de la HAS. L'ARS devra notifier les risques constatés aux établissements concernés en vue de la signature d'un CAPES, qui sera annexé au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Le CAPES fixe son calendrier d'exécution, les objectifs qualitatifs et quantitatifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les actions pour les atteindre.

Les deux décrets précisent également les procédures de sanctions et pénalités applicables si les objectifs ne sont pas atteints ou si l'établissement refuse de contractualiser.

---

## **Démographie médicale : la vérité des chiffres**

**L'Atlas de la démographie médicale en France du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) permet de tordre le cou à quelques idées reçues sur les moyens de lutter contre les déserts médicaux.**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, le tableau de l'Ordre des Médecins recense 281 087 médecins, soit 1,7 % de plus qu'en 2014. Sur ce total, on compte 215 539 praticiens en activité totale et 65 548 retraités, dont 14 665 sont en cumul emploi-retraite. Ces neuf dernières années, les effectifs des médecins retraités ont enregistré un accroissement de 75,1 % alors que le nombre d'actifs n'a augmenté que de 1,2 % sur la même période.

Les inscrits au tableau ordinal sont âgés en moyenne de 51,5 ans. Les médecins âgés de 60 ans et plus représentent 26,4 % des effectifs tandis que ceux de moins de 40 ans représentent 17,4 % des effectifs. Les généralistes sont 89 788, âgés en moyenne de 52 ans et 55 % sont des hommes. Les spécialistes (hors médecine générale) sont 108 577, âgés en moyenne de 51 ans et 55 % sont des hommes.

En France métropolitaine, on compte 5 948 spécialistes en cardiologies et maladies vasculaires, dont 4 419 hommes. Parmi eux, 2 662 (43,50 %) exercent en libéral, 1 576 (25,80 %) ont un exercice mixte et 1 881 (30,70 %) ont un exercice salarié.

Le dernier atlas démographique du Conseil National de l'Ordre des Médecins permet de tordre le cou, chiffres à l'appui, à quelques idées reçues. On dit que les jeunes médecins ne souhaitent plus exercer en zone rurale et qu'ils plébiscitent les maisons médicales pluri-professionnelles ? Pas si sûr ! Les déserts médicaux ne sont pas forcément là où on les imagine : entre 2007 et 2015, quand la région Ile-de-France enregistre une diminution de 6 % des médecins en activité régulière, la région Pays-de-la-Loire enregistre une hausse de 6 %. Les jeunes médecins femmes répugnent à exercer en zone rurale ? Pas sûr ! Certaines régions parmi les plus rurales se féminisent plus vite, comme la Franche-Comté qui compte 69,6 % de femmes exerçant la médecine générale libérale/mixte (contre 60,2 % en moyenne nationale).

Enfin, concernant les maisons médicales pluridisciplinaires, dont la ministre de la Santé fait l'alpha et l'oméga de la lutte contre la désertification médicale de certains territoires, elles pourraient être la source de cruelles - et coûteuses - désillusions : « *Les chiffres démontrent qu'on y trouve plus particulièrement des médecins âgés en moyenne de 50 ans qui exerçaient auparavant dans des cabinets individuels* », indique l'Ordre. De même, les médecins à diplômes « étrangers » ne sont pas non plus la réponse à la désertification médicale : si leur nombre ne cesse d'augmenter depuis 2007 (+

42,7 %), ils privilégient massivement l'exercice salarié (62 %) ou mixte (13 %) et ne sont qu'un quart à exercer en libéral exclusif et majoritairement dans les territoires à forte densité médicale. *« Ces quelques précisions démontrent l'importance de repartir de données factuelles, quantifiées sur un sujet aussi complexe que celui de la démographie médicale »*, conclut le CNOM.

---

## Renouvellement de Commissions

La composition de la Commission de Transparence (CT) et de la Commission Nationale d'Evaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé (CNEDIMTS) a été récemment renouvelée. Et en application du décret de juillet dernier, chacune de ces deux instances compte désormais un représentant des patients et usagers. A la CT, dont le président demeure Loïc Guillevin, il s'agit de l'économiste Gérard Viens et de René Mazars à la CNEDIMTS où Jacques Belghiti reste président.

---

## Public-privé : les difficultés de la coopération

**Privée de service d'urgence par l'ARS en 2013, la polyclinique Saint-François de Montluçon, dans l'Allier, vient de la récupérer par décision du tribunal administratif qui a annulé la décision de l'agence. Une des nombreuses illustrations de l'iniquité de la tutelle qui favorise quasi systématiquement l'hôpital public au détriment des établissements privés.**

Le discours officiel sur le décloisonnement de notre système de santé, la coordination et la complémentarité entre les différents acteurs est bien connu. Il n'empêche que ? sur le terrain, les libéraux constatent que les arbitrages se font

(trop) souvent en faveur du secteur public et au détriment du privé et qu'ils ne sont pas forcément fondés sur des critères de qualité et d'efficacité. Les cardiologues de la polyclinique Saint-François de Montluçon (Allier) en savent quelque chose qui s'étaient vu retirer, en 2013, leur Unité de Soins Intensifs Cardiologiques (USIC) au profit du Centre Hospitalier (CH) pourtant dégradé économiquement et médicalement (départs de médecins non remplacés) et placé sous tutelle administrative (*voir Le Cardiologue n° 364*). « *Pour le renflouer, il a été décidé de recréer un service de cardiologie dans un hôpital qui n'a pas su le faire vivre et où il n'y a plus de compétences cardiologiques, pas d'angiologue, pas de chirurgien vasculaire, ex nihilo, dans un environnement qui n'est pas sécurisé* », nous déclarait alors Jean-Pierre Binon, cardiologue à Saint-François et président de l'URPS Auvergne.

La polyclinique avait été également privée de son autorisation pour son service d'urgences par un arrêté du directeur général de l'ARS en date du 2 décembre 2013 motivée par un des objectifs de son Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) 2012-16 qui était de réduire de quatre à trois le nombre de structures d'accueil des urgences dans l'Allier à l'échéance 2016. Saisi par la Clinique Saint-François, le tribunal administratif vient de rendre un jugement en sa faveur, puisqu'il a prononcé l'annulation de cette décision. La juridiction a en effet estimé qu'à la date de la décision attaquée et jusqu'à l'échéance du SROS, en 2016, la structure d'accueil des urgences de la clinique Saint-François n'était pas en surnombre. Le tribunal a également pointé qu'aucun élément du dossier ne rendait impossible l'aboutissement d'une coopération avec l'hôpital à l'échéance du schéma 2012-16. Il en a donc déduit que l'autorisation qui avait été accordée à la clinique « *ne rendait pas impossible la réalisation des dispositions* » du SROS et que par conséquent, l'ARS avait « *commis une erreur de droit dans l'application du code de la santé publique* ».

La clinique Saint-François a donc pu réouvrir son service d'urgences, ce qui ne lui a pas posé de problème puisqu'elle l'avait conservé sous la forme d'un « *service d'accueil non programmé* » baptisé « *SOS urgentiste* » et que le personnel qui y était affecté -dont un infirmier et un urgentiste présents 24h/24- n'avait pas été réduit.

Quant au problème de la suppression de l'USIC dans le secteur privé, il n'est pas encore réglé. La clinique est en attente d'une décision du tribunal après le recours qu'elle a déposé. Elle attend aussi une réponse à sa proposition de

coopération à l'activité de coronarographie qui a été confiée au CH par la tutelle « *sous réserve de travail avec les cardiologues libéraux* ». « *Nous en sommes là* », commente Jean-Pierre Binon, qui constate que, en place de coopération, c'est la concurrence qui prévaut : « *Nous accueillons les personnes en situation d'urgence qui s'adressent directement à nous ou qui nous sont adressées par nos correspondants, mais les cas régulés par le 15 continuent d'être systématiquement détournés vers l'hôpital* ».

---

## **Comment utiliser ameli.fr pour connaître la réglementation applicable en pratique quotidienne.**

Le site de l'Assurance Maladie ([www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)) est une source d'informations très précieuse pour connaître les différents aspects de la réglementation qui régissent notre pratique.

La lecture est réservée à nos abonnés papier

Pour lire cet article, vous devez vous connecter

Identifiant ou adresse e-mail

Mot de passe

Se souvenir de moi

- [Mot de passe oublié ?](#)



---

# Réflexions d'automne

La loi de Santé sera votée avant la fin de l'année. Il est curieux de constater que le tiers-payant généralisé, obligatoire à l'horizon 2017, a polarisé l'attention des médias qui ont largement abordé le sujet par le petit trou de la lorgnette. Qu'il ne change en rien la prise en charge de l'optique, de l'audioprothèse et des prothèses dentaires, ni n'améliore les délais de RDV, causes principales des renoncements aux soins de la population, est passé sous silence. Que la gestion de ce TPG soit un casse-tête tel, que le rapport demandé par le Gouvernement sur sa faisabilité soit reporté à plus tard, pas un mot. Enfin, qu'il mette le médecin libéral dans les mains du payeur et dénature la relation patient-médecin, que nenni !

Le 4 novembre dernier, tous les syndicats représentatifs des médecins libéraux se sont retrouvés pour dénoncer, d'une même voix, les dangers de la loi de santé et ont annoncé leur volonté de dégager ensemble de grands axes communs et partagés en vue de la négociation conventionnelle du printemps prochain. Même, s'il y a loin de la coupe aux lèvres et si le chemin est étroit et difficile, c'est une bonne nouvelle pour l'ensemble de la communauté médicale libérale. Il est indispensable que nous arrivions à définir le canevas de la prise en charge ambulatoire libérale de la population, seule voie raisonnable si l'objectif est de soigner au mieux et à moindre coût. Espérons que l'appétence pour les présidences des Unions Régionales des Médecins libéraux ne fragilise pas cette belle unanimité.

L'abstention a été la grande gagnante de ces élections. C'est malheureusement l'indicateur d'une démotivation et d'un découragement dont personne ne doit se réjouir. L'analyse de cette abstention montre qu'elle a été de 20 % plus forte dans le collège 3, celui des spécialistes autres que ceux du bloc opératoire. On peut penser que les généralistes se reconnaissent peu ou prou dans MG France et que Le Bloc fédère chirurgiens et anesthésistes. A contrario, cette abstention record chez les spécialistes médicaux peut s'expliquer par la difficulté qu'ils ont à s'identifier à quelque syndicat que ce soit. Y a-t-il une plus-value pour les médecins spécialistes libéraux à faire confiance à un syndicat polycatégoriel ?

L'avenir nous le dira.

8 357 étudiants se sont présentés aux Epreuves Classantes Nationales en juin 2014. Le nombre de postulants titulaires d'un second cycle européen a augmenté de 26 % par rapport à l'année précédente. Ils représentent plus de 10 % des inscrits. Cette proportion va continuer à augmenter dans les années à venir. Quand on sait par ailleurs que 25 % des médecins qui s'inscrivent à l'Ordre pour la première fois présentent un diplôme obtenu à l'extérieur de nos frontières, il est clair que le numerus clausus, outil de régulation, est non seulement inefficace mais de plus totalement inique, car empêchant nombre d'adolescents ayant la vocation médicale de l'assouvir dans nos facultés, sans aucun gain pour la collectivité. C'est un immense gâchis qu'il est urgent d'arrêter. Jusqu'à quand faudra-t-il encore supporter cette réalité inacceptable ?



## Nomenclature : comment coter aux urgences cardiologiques

**A la plupart des USIC est adossée une structure dédiée à la prise en charge en urgence des malades qui ne sont pas directement admis aux soins intensifs. Ces unités portent différents noms et sont parfois encore désignées, faute de mieux, sous le terme rébarbatif d' « ex-POSU ».**

La lecture est réservée à nos abonnés papier

Pour lire cet article, vous devez vous connecter

Identifiant ou adresse e-mail

Mot de passe

Se souvenir de moi

- [Mot de passe oublié ?](#)
- 

## Entretien : Luc Duquesnel

**Président de l'Union Nationale des Omnipraticiens Français (UNOF-CSMF), Luc Duquesnel exerce en Pays-de-la-Loire où est expérimenté le dispositif de PDSA sous enveloppe contrainte. Il estime ce modèle reproductible que dans les régions où l'enveloppe dédiée à la PDSA n'a pas été réduite.**

**Dans son récent livre blanc sur l'organisation des urgences en France, Samu-Urgences de France estime que la création de Maisons Médicales de Garde (MMG) est une « fausse bonne idée » qui « n'a jamais fit reculer la croissance régulière du recours aux structures d'urgence ». Que vous inspire ce jugement ?**

**Luc Duquesnel :** Les MMG n'ont pas été créées pour cela. La réflexion, menée il y a quelques années pour améliorer les conditions de participation des médecins à la PDS, fait apparaître qu'il fallait diminuer le nombre de secteurs pour que les gardes soient moins nombreuses. Ce qui, bien évidemment, rendait les déplacements des médecins plus nombreux. C'est pour palier cet inconvénient que les Maisons Médicales des Garde ont été créées, clairement identifiées par la population. C'est ce qui permet une participation importante des médecins généralistes à la PDSA. En Mayenne, nous sommes passés de 32 à 8 secteurs de garde et la PDSA fonctionne très bien et elle est moins onéreuse qu'un passage par un service d'urgence à l'hôpital qui coûte en moyenne 270 euros par patient. Si le flux aux urgences hospitalières va croissant c'est qu'aucune régulation n'est effectuée à l'entrée des services d'urgences. Pour diminuer le recours aux urgences hospitalières, il faut que la PDSA soit bien organisée et que l'hôpital

arrête de jouer « portes ouvertes ». Mais on sait bien que les services urgences ont intérêt financièrement à ce que leurs services d'urgences fonctionnent à plein rendement et qu'en outre, les urgences font vivre leurs services de spécialités. En Mayenne, à Laval, une clinique s'est vue retirer il y a deux ans son autorisation de pratiquer une activité d'urgences, il ne reste donc plus que l'hôpital : cela s'est traduit pour certains médecins libéraux par une diminution de 20 % de leur activité. On peut ajouter aussi qu'il y a une volonté du Gouvernement de ne pas diminuer les urgences hospitalières. J'en veux pour preuve le refus que nous avons essuyé de pouvoir appliquer le tiers-payant intégral pour certaines interventions en PDSA, ce qui est d'ailleurs assez cocasse de la part d'un Gouvernement qui veut nous imposer le tiers-payant généralisé.

**Vous exercez en Pays-de-la-Loire, région qui expérimente depuis 2011 l'organisation de la PDSA sous enveloppe financière contrainte gérée par l'ARS, un « modèle » que Marisol Touraine veut étendre à d'autres régions qui le souhaiteraient. Estimez-vous cette généralisation souhaitable ?**

**L. D. :** Nous sommes très satisfaits de ce dispositif, mais c'est parce que nous sommes dans une région qui, contrairement à beaucoup d'autres, n'a pas eu de diminution drastique de son enveloppe PDSA. Le problème est de savoir de quelle enveloppe on dispose. Si demain la nôtre était diminuée de 20 %, ce modèle de PDSA explose ! Et c'est ce qui s'est passé dans nombre de régions, dans le Nord, par exemple, où le directeur de l'ARS, Jean-Yves Grall, a supprimé la tranche 0 h - 8 h, réalisant ainsi des économies sur les astreintes des libéraux pour les mettre à disposition des services d'urgences hospitaliers. Le gros problème des libéraux est que le mot d'ordre actuel est « *il faut sauver le soldat hôpital* ».

---

## **250 millions pour l'attractivité médicale hospitalière**

**Inspiré par le rapport de l'ancien sénateur Jacky Le Menn, Marisol Touraine a présenté récemment un plan en faveur de l'attractivité**

## **médicale à l'hôpital structuré en douze engagements articulés selon trois grandes orientations et d'un coût estimé à 250 millions d'euros.**

Pour favoriser l'engagement des jeunes dans les carrières hospitalières, le plan vise en premier lieu à faciliter leur entrée par un accompagnement personnalisé, une accélération de l'inscription au concours d'internat et une série de mesures sociales réduisant les « *différences assez fortes entre ceux qui sont les futurs PH et ceux qui le sont déjà* ». Enfin, comme pour la médecine libérale, le plan pour l'attractivité hospitalière prévoit une « *prime d'engagement attractive* » pour inciter les jeunes à prendre un poste dans une spécialité ou un territoire sous-dotés. En échange d'un engagement de cinq ans, ils recevront un montant égal à plusieurs mois de salaires et une bonification d'ancienneté de carrière de deux ans. La ministre de la Santé fixe un objectif de 3 000 jeunes praticiens engagés dans ce dispositif d'ici fin 2018.

Il ne s'agit pas seulement d'attirer les jeunes à l'hôpital, il faut aussi donner envie aux Praticiens Hospitaliers (PH) de rester à l'hôpital. La première mesure de « *fidélisation* » réside en une prime en faveur des PH engagés dans un « *exercice territorial* » concernant plusieurs établissements ou des divers sites d'un même établissement. La deuxième mesure consiste dans la prise en compte - et l'indemnisation - de l'activité entre 19 h 00 et 22 h 00 dans le temps d'obligation de service des médecins. Par ailleurs, une modernisation du statut des PH doit permettre « *de reconnaître le travail des professionnels dans sa diversité* », a indiqué la ministre. Dans cette optique, « *la convergence - voire la fusion - des statuts de PH à temps plein et à temps partiel sera étudiée* », de même que devraient être identifiées et valorisées les « *missions non cliniques* » du médecin, telles que la participation au projet médical d'établissement. Enfin, les PH qui le souhaiteront pourront poursuivre leur activité au-delà de 65 ans, jusqu'à 70 ans, mesure qui pourrait permettre de compenser le crux démographique prévu jusqu'en 2022.

La troisième orientation du plan vise à promouvoir des politiques sociales et managériales envers les personnels médicaux, notamment par le renforcement de l'animation des équipes dans le cadre d'« *espaces d'expression et de dialogue au sein des pôles* », une attention accordée aux « *conditions de travail, comme à la qualité des plateaux techniques et des infrastructures hospitalières* ». Concernant les conditions et la qualité de vie au travail, le plan prévoit la création d'une sous-Commission Médicale d'Etablissement (CME) consacrée aux questions d'hygiène,

de sécurité et de conditions de travail.

Au total, ce sont 250 millions d'euros qui devraient être consacrés à ce plan d'attractivité d'ici 2019 dont la majorité, selon Marisol Touraine, devrait provenir de « *la diminution des dépenses d'intérim* ». A cet effet, la ministre a annoncé le « *plafonnement des dépenses engagées par mission* » pour « *mieux réguler les pratiques de mercenariat* », ce qui passera par un plafond de rémunération, la création d'un compte hospitalier spécifique et celle d'un « *pool de praticiens remplaçants* ».

---

## **Rémunérations des médecins : carton rouge pour la France**

Le « Panorama de la santé » met en évidence le décrochage des rémunérations des médecins français par rapport à leurs confrères des pays de l'OCDE.

Ainsi, les généralistes français qui gagnent 2,4 fois le salaire moyen national, soit 82 000 euros annuels en 2011, arrivent loin derrière les Allemands qui gagnent 4 fois le salaire moyen de leurs compatriotes (138 000 euros), les Britanniques (3,2 fois, 143 000 euros), les Canadiens (2,9 fois, 118 000 euros).

Il en va de même pour les spécialistes français qui, avec un salaire moyen annuel de 133 500 euros (4 fois le salaire moyen national), sont largement distancés par leurs confrères belges et luxembourgeois qui touchent respectivement 244 924 euros et 316 192 euros (6 fois), les spécialistes allemands (5,3 fois, 181 000 euros).

Comme dans la plupart des pays de l'OCDE, l'écart des revenus entre généralistes et spécialistes s'est creusé en France, avec un taux de progression moyen annuel de 2,9 % pour les spécialistes contre 2,4 % pour les généralistes. L'OCDE souligne que la France est l'un des pays, avec l'Estonie, l'Irlande, l'Italie et la Slovaquie, où « *les médecins ont vu leur rémunération baisser en termes nominaux* », après la crise économique de 2008-2009. Pas de quoi favoriser

l'installation des jeunes médecins, ce qui pose, on le sait, un grave problème en France alors même que notre pays est dans le peloton de tête (3<sup>e</sup> rang) des pays où la démographie médicale est la plus vieillissante, avec 45 % de médecins de plus de 55 ans.

---

## **Urgences : Les chiffres clés**

- En dix ans, de 2003 à 2013, l'activité des services Mobiles d'Urgences et de Réanimation (SMUR) a augmenté de 12 % pour atteindre 763 844 interventions, dont 78 % primaires. Sur la même période, l'activité des services d'urgences a crû de 29 % pour atteindre 18,6 millions de patients accueillis en 2014.
- Sur une période plus courte, de 2008 à 2013, les hospitalisations en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) ont enregistré une hausse de 9 % atteignant un taux d'occupation de 98 % (1 589 397 journées d'hospitalisation pour 4 443 lits).
- Entre 2007 et 2014, le nombre d'appels reçus par les SAMU-Centre 15 ont augmenté de 10 % pour atteindre 31 millions d'appels en 2014 et le nombre de Dossiers de Régulation Médicale a crû de 31 % (13 128 068 DRM en 2013). Au total, ce sont quelque 33 millions de cas médicaux pris en charge par les structures d'urgences en 2013.

*Source : données SAE (Statistique Annuelle des Etablissements)*

---

**Franchises médicales : 824**

# millions d'euros en 2014

Selon une estimation provisoire du rapport annuel de la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) que se sont procuré nos confrères de l'APM, les économies liées aux franchises médicales ont généré 824 millions d'euros l'année dernière.

Il s'agit des franchises instaurées par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2008 sur les boîtes de médicaments (0,50 euro), les actes d'auxiliaires médicaux (0,50 euro) et les transports sanitaires (2 euros), le rapport de la DSS ne traitant pas de la participation forfaitaire d'1 euro retenue sur les actes médicaux et de biologie créée en 2004. Depuis son entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, ces franchises ont entraîné une économie de 733,6 millions d'euros la première année tous régimes confondus, de 867,6 millions l'année suivante, 801,7 millions en 2010, 820,4 millions en 2011, 816,7 millions en 2012 et 820 millions d'euros en 2013. Et donc, 824 millions l'année dernière. Encore ce montant est-il inférieur à ce qu'il devrait être (886,5 millions) mais correspond en fait à ce que les caisses ont pu effectivement recouvrer. « *Dans la plupart des cas, les franchises ne peuvent être actuellement récupérées directement par déduction sur les remboursements effectués par l'Assurance Maladie sur les médicaments ou les prestations, puisque ces derniers sont très majoritairement effectués en tiers-payant. Elles sont pour l'essentiel récupérées sur les remboursements ultérieurs* », explique la DSS.

La généralisation du tiers-payant ne devrait pas empirer la situation mais au contraire mettre un terme à ces difficultés de recouvrement, puisque le projet de loi de santé prévoit en effet que le tiers-payant généralisé à l'horizon 2017 sera conditionné à l'acceptation par l'assuré de la ponction par prélèvement automatique de son compte bancaire des franchises et participations forfaitaires.

---



# Urgences : PDSA - le « modèle » des Pays-de-la-Loire pourrait se généraliser

**L'article 44 du PLFSS 2016 pérennise l'expérimentation menée en Pays-de-la-Loire depuis 2011 de l'organisation de la Permanence des Soins Ambulatoire (PDSA) sous enveloppe contrainte et avalise la possibilité pour les régions qui le souhaitent d'adopter ce « modèle ».**

Cette expérimentation consiste à confier à l'ARS la gestion d'une enveloppe globale de financement de la PDSA qui inclut non seulement les forfaits d'astreinte mais aussi les actes réalisés par les médecins lors des permanences. L'enveloppe régionale a été répartie entre les différents départements, les associations de médecins s'engageant à respecter l'enveloppe dans l'année et pouvant décider de ce qui va à la régulation, à l'effectation et à la rémunération des actes avec des plafonds. Chaque département est aussi libre d'élaborer son projet de permanence des soins. Par exemple, en Loire-Atlantique, celui de l'Association Départementale pour l'Organisation de la PDS comporte la création d'un pool de cinq « médecins mobiles » qui se déplacent après appel du centre 15 sur des situations identifiées (personnes ne pouvant se déplacer, besoin d'une expertise médicale, etc.). En Maine-et-Loire, le projet de l'association consiste notamment à renforcer les moyens mobilisés autour du traitement des appels téléphoniques des patients pour en améliorer la qualité et à réorganiser les gardes de médecine libérale autour de points fixes de consultations ou maisons médicale de garde.

L'objectif de l'expérimentation était double : inciter les médecins à participer davantage à la PDSA et, par une meilleure régulation, limiter les actes inutiles. Des objectifs atteints en Pays-de-la-Loire : le nombre de médecins volontaires pour la permanence des soins a augmenté de 10 %, le pourcentage d'actes régulés est passé de 75 % en 2010 à 85 % en 2014, et les dépenses diminuent.

Ce sont 11 millions d'euros qui sont alloués annuellement par l'ARS à la PDSA pour quatre des cinq départements de la région (la Sarthe devrait intégrer prochainement le dispositif), cette somme englobant une campagne de communication à destination des usagers et la mise en place d'un système

d'information commun aux médecins en cours de déploiement. L'ARS ne regrette pas cet investissement : elle a constaté une économie de 1,4 million d'euros par rapport à 2008.

Le Gouvernement juge « neutre » l'impact financier du dispositif, puisqu'il s'agit d'un transfert de l'enveloppe relative aux actes et majorations actuellement financée par le risque maladie vers le Fonds d'Intervention Régional (FIR). De quoi enthousiasmer la ministre de la Santé, qui souhaite donc promouvoir le modèle dans d'autres régions, ce que prévoit le PLFSS 2016. Une entreprise qui ne sera pas forcément couronnée de succès partout : comme le souligne Luc Duquesnel ([lire l'entretien](#)), tout dépend de la taille de l'enveloppe alloué à la PDS dans chaque région.

---

## Entretien : Patrick Gasser

**Le président de l'Union des Médecins Spécialistes (UMESPE-CSMF) juge inadéquat le système de régulation unique proposé par SAMU-Urgences de France.**

**SAMU-Urgences de France propose de créer des plates-formes SAMU Santé situées dans des établissements de santé qui se verraient attribuer un numéro d'appel unique national, le « 113 », et regrouperaient la régulation de tous les acteurs de la réponse à une demande de soins urgents, y compris la régulation de la « continuité des soins en médecine générale. Qu'en pensez-vous ?**

Patrick Gasser. Je pense que ce n'est sûrement pas le meilleur modèle d'organisation de la PDS et je trouve même cela grotesque : à chacun son métier et son expertise. La régulation libérale fonctionne parce que le régulateur est aussi un effecteur, qu'il connaît le terrain et sait de quoi il retourne. Ce serait une erreur grossière de laisser gérer cela par des hospitaliers qui ne connaissent rien à la médecine générale. Nous avons besoin de gens pragmatiques qui mettent en place un système efficient parce qu'ils connaissent le terrain.

---

# Comment formater et/Ou restaurer son ordinateur

**Reformater ou restaurer un ordinateur peut vite devenir fastidieux si vous ne vous y êtes pas préparé, tant dans votre système de sauvegarde que dans les procédures à suivre.**

## **Côté Pomme**

Performance, mise à jour, nouveautés,... Apple, comme tous les autres constructeurs, sort chaque année de nouveaux modèles. Le vôtre sera un jour obsolète et il faudra bien vous résoudre à vous en séparer pour un tiers. Il faut donc la vider de ses données et la préparer avec une installation propre. Depuis la disparition du CD, il est possible de tout faire depuis son clavier. Il faut bien sûr être connecté sur le net pour réinstaller Mac OS X.

## **Une sauvegarde tout d'abord**

Dans un premier temps, il faut sauvegarder vos données importantes sur un disque externe (Ndlr : un système de sauvegarde devrait déjà être en service sur votre machine). Une fois votre sauvegarde effectuée, redémarrer en maintenant appuyée la touche « ALT ». Sélectionnez le disque recovery et attendre le démarrage dans le menu déroulant, choisissez « Utilitaire de disque », puis repérez votre disque dur (si vous avez plusieurs disques ou partitions). Allez sur l'onglet « Effacer » et sélectionnez « Mac OS étendu (journalisé) ». Cliquez sur « Effacer ».

## **Une réinstallation ensuite**

Une fois le disque dur formaté, redémarrez à partir du système de restauration en maintenant les touches Commande + R enfoncées au démarrage jusqu'à l'affichage du logo Apple. Lancez ensuite la restauration en sélectionnant : « Réinstaller OS X ». Vous n'avez pas d'autres choix que d'accepter les conditions d'utilisation, puis sélectionnez le disque destiné à installer le système OS X.

Choisissez un réseau Wifi. Apple vérifie l'admissibilité auprès des serveurs. Vous n'avez que... quelques heures à attendre et vous aurez un Mac tout neuf ! Ce tutoriel marche pour tous les appareils Apple.

### **Côté fenêtre**

Dans le même ordre d'idée, vous pouvez restaurer votre OS sur une machine PC. Vous avez la possibilité de vous faire expédier le CDrom d'applications (en payant) ou en trouvant sur le disque dur une partition (la plupart du temps cachée) qui vous permettra une restauration complète (en général, elle se nomme PQ SERVICE).

Elle contient votre version de Windows, les pilotes des périphériques et une multitude de logiciels.

Suivant les marques de votre PC, il existe des raccourcis pour y accéder. Mémorisez-les dès l'achat de votre machine afin de ne pas être pris au dépourvu.

Enfin, que vous ayez un Mac ou un PC, vous avez tout intérêt à faire des sauvegardes régulières, la plupart des fabricants ont prévu un outil spécifique pour cela et vous éviteront de criser au premier arrêt intempestif de votre disque dur.

---

# **Ce mois-ci, une fois n'est pas coutume, nous n'allons pas parler de médecine ! Encore que...**

**Les deux livres que l'on vous recommande aujourd'hui sont des romans, mais leur particularité, et c'est la raison de leur présence ici, est qu'ils ont été écrits tous les deux par des cardiologues.**

**L'un et l'autre ont pour toile de fond le conflit du Moyen-Orient.**

## **Le premier a pour titre « Les clefs de la maison d'Albassa en Galilée ».**

Cet ouvrage, écrit dans un style vif et direct, tient le lecteur en haleine du début à la fin ; mais c'est avant tout une histoire d'amour : le récit débute au commencement des années 70 et met en scène, dans le Paris libertaire de l'époque, la rencontre et le rapprochement de Fouad et Sarah, deux êtres que tout a priori sépare puisque lui est Palestinien, elle Israélienne ; et, malgré les lignes de fracture, les tensions, les pressions familiales et politiques, les pièges et les séparations, ces deux êtres vont construire leur relation jusqu'à incarner un exemple de réconciliation et de dialogue.

Cette œuvre, dont on ignore si elle comporte une part d'autobiographie car Fouad, le personnage principal, est également cardiologue, est un hymne à l'espérance, qui veut démontrer que les dissensions peuvent être vaincues par la passion et que les enfants peuvent, ensemble, dépasser les conflits de leurs parents.

L'auteur, Nabil Naaman, cite dans son préambule Gandhi, Churchill et De Gaulle et sa connaissance de la littérature française et de l'histoire de notre pays est remarquable. Né à Beyrouth, il vit en France et réside à Paris ; chroniqueur médical bilingue français-arabe, il milite en faveur de la francophonie et de la laïcité et fait partie du groupement des écrivains médecins ; il signe là son premier roman.

## **L'autre ouvrage, signé par Alain Sterling, est intitulé « Les guerres jumelles ».**

Qualifié par l'auteur dans le sous-titre de « thriller politico-militaire d'espionnage », il s'agit plutôt d'un roman d'aventure ; et, c'est vrai, les rouages du Mossad et du Hamas semblent n'avoir que peu de secrets pour l'auteur tant sont précises et pertinentes les descriptions du fonctionnement des services secrets, comme de la politique des belligérants.

Le livre raconte l'histoire de David et Farouk, deux êtres que tout oppose puisque le premier est un médecin juif qui vit à Paris, le second un avocat du Hamas ; ils vont pourtant se retrouver, à leur insu, plus que liés, et destinés à jouer par la suite un rôle primordial dans le conflit israélo-palestinien qui est alors à son comble.

L'ouvrage qui va de rebondissements en rebondissements fait vivre les dessous du conflit de Gaza, mais aborde aussi la question très actuelle de l'antisémitisme en France. Surtout, ce qui frappe, c'est la description si développée des personnalités des deux principaux protagonistes qui relève à l'évidence d'une étude psychologique extrêmement poussée.

Alain Sterling était cardiologue à Paris avant de prendre un peu de recul ; Les guerres jumelles sont également son premier roman.

***Deux ouvrages passionnants et instructifs, à lire et, en cette approche des fêtes, à offrir sans hésitation.***

### **« Les clefs de la maison d'Albassa en Galilée »**

Auteur : Nabil Naaman

Editeur : Société des écrivains

Pagination : 426 pages

Prix public : 23,95 € version papier

11,99 € pour la version eBook

### **« Les guerres jumelles »**

Auteur : Alain Sterling

Editeur : CreateSpace Independent Publishing Platform

Pagination : 284 pages

Prix public : 22,00 € version papier

9,99 € pour la version eBook

---

# La santé dans les pays de l'OCDE : les bonnes performances de la France

**Le « Panorama de la santé 2015 » de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) montre que la France se maintient à une place « toujours » avantageuse. Avec cependant quelques points noirs, notamment la rémunération des médecins.**

Bonne nouvelle : la France se situe au cinquième rang des pays de l'OCDE en ce qui concerne l'espérance de vie, derrière le Japon (83,2 ans !), l'Espagne, la Suisse et l'Italie. Mais si les Français dans leur ensemble peuvent espérer vivre en moyenne jusqu'à 82,3 ans, l'espérance de vie des hommes ne dépasse pas les 79 ans (15<sup>e</sup> rang) en raison d'un taux de mortalité plus élevé chez les hommes jeunes et d'âge moyen. La cause en est des facteurs de risques qui menacent ces bons résultats français : avec 24 % des plus de 15 ans qui fument, la prévalence du tabac reste plus élevée que la moyenne OCDE (20 %) et la consommation d'alcool est « encore trop importante », avec 11 litres annuels par habitant (OCDE : 9 litres), ces deux contre-performances reléguant la France à la 30<sup>e</sup> place sur 34. A cet égard, l'OCDE pointe la faiblesse des investissements dans la prévention en France « comme ailleurs », avec 2 % des dépenses de santé qui y sont consacrés (moyenne OCDE : 2,8 %).

Concernant son système de protection sociale, la France se hisse au top avec un reste à charge parmi les plus faibles : 1,3 % de la consommation finale des ménages en 2013, contre 2,8 % en moyenne dans les 34 pays de l'OCDE. Une performance qui s'explique par le fait que 95 % des Français ont une assurance complémentaire (le plus haut taux de l'OCDE). Ce qui n'empêche pas que 23 % des Français sous le revenu moyen disent avoir des besoins de santé non satisfaits pour des raisons financières, ce qui est un taux parmi les plus élevés.

Pour améliorer la performance de notre système de santé, l'OCDE suggère quatre pistes. Nous pourrions améliorer la pertinence des actes, réduire la durée de séjour à l'hôpital (10,1 jours contre 8,1 en moyenne dans les pays de l'OCDE), développer la chirurgie ambulatoire et accroître le recours aux génériques, qui ne

représentent que 30 % de part de marché en France, contre 48 % en moyenne OCDE).

---

## Karakorum une cité fantôme

**Et pourtant, elle a frappé des générations d'historiens et de voyageurs! Située sur l'une des routes de la soie les plus fréquentées, au centre de la Mongolie, dans la vallée de l'Orkhon (1), Karakorum demeure une cité mythique. Il ne faut pas la confondre avec le massif de montagnes homonymes situées aux frontières de l'Inde, de la Chine et du Pakistan, amoncellement de glaciers gigantesques avec ses quatorze sommets de plus de 8 000 m.**

### La cité d'Ögedei

Qara-Qorum, en mongol Khara-Khorin, situé sur la plus importante route Est-Ouest traversant la Mongolie, non loin de la rivière Orkhon, fut initialement un simple camp de base pour l'armée de Gengis Khan (2). Outre sa valeur stratégique, la vallée de la rivière Orkhon, fut de tout temps, pour les peuples des steppes, une terre sacrée où l'on découvre de nombreuses inscriptions (du VIII<sup>e</sup> au IX<sup>e</sup> siècle) turques, chinoises, ouïghoures sogdiennes, etc. Traditionnellement, ils y édifiaient leur capitale, comme les turcs Ouïghours, à la fin du VIII<sup>e</sup> siècle et au début du IX<sup>e</sup> siècle, où Bayanchur Khan fonde Khar-Balgas-Ordu-Baliq (la cité noire) dont il ne reste que les murs d'enceinte du palais.

Gengis Khan avait désigné pour lui succéder son troisième fils Ögedei. Il fait de Karakorum sa capitale dans les années 1230, « omphalos » de son vaste empire, lieu de passages et d'échanges favorisés par la Pax Mongolica qui assure une certaine stabilité au sein de territoires immenses s'étendant de la mer Noire à la mer de Chine. Son implantation, au milieu de la steppe est loin d'être innocente, un choix judicieux sur tous les plans (religieux, politiques, historiques, économiques et écologiques).



En 1247 des voyageurs chinois avaient remarqué l'importance de l'élevage et de la culture céréalière favorisées par l'existence d'un microclimat. La ville fut entièrement rasée par les troupes Ming en 1382, bien longtemps, après que Khubilai l'ait abandonnée pour Pékin. Quand en 1585 le très important monastère bouddhique d'Ederne Zuu fut fondé par Abataï-Sakjin-Khan, l'ancienne cité n'était qu'un vague souvenir. L'enceinte, de plan rectangulaire comprend vingt-cinq stupas sur chaque côté, ainsi que deux stupas à chaque angle hors du mur d'enceinte. Ces stupas sont au nombre de cent huit. Karakorum, modeste bourgade, est de nos jours un des lieux les plus importants du festival annuel Nadam où continuent à être célébrés les sports mongols traditionnels (lutte, courses de chevaux, tir à l'arc) et la danse rituelle Tsan.

### **Une cité légendaire**

Aujourd'hui, ironie du sort, il ne reste pratiquement rien de cette cité qui a stupéfait les voyageurs contemporains. La ville était entourée par une enceinte rectangulaire (1 500 m x 2 500 m) percée de quatre portes. Seuls vestiges visibles, deux des quatre sculptures de tortues (symbole de longévité et de stabilité) en granit local marquaient les portes d'entrée de la ville. Une cavité était creusée à l'intérieur pour y disposer un mat.

Les fouilles ont permis de découvrir de nombreux vestiges notamment dans le quartier commercial chinois au centre de la ville, des résidences de marchands et des bâtiments religieux. Les soubassements, les bases des colonnes d'un grand bâtiment situé le long du centre historique serait le palais du Khan Ogodei ; de plan carré avec une plate-forme au centre, le palais de Tumen Amagadlan (« Les mille Tranquillités »). L'existence d'un temple bouddhique a été évoquée devant la découverte d'une centaine de petits stupas en argile, en fait il s'agirait plutôt d'un autre palais, celui où le grand Khan recevait ses hôtes. Les vestiges de ce temple bouddhique dateraient du XIII<sup>e</sup> siècle. Des bâtiments de style chinois semblent avoir été assez communs à Karakorum. Ce petit noyau d'habitations permanentes était entouré par un espace important où les mongols avaient installé leurs yourtes

### **Un franciscain chez le grand Khan (3)**

Guillaume de Rubruck fut le premier européen à voir de ses propres yeux Karakorum : « *Pour ce qui est de la ville de Caracorum, Votre Majesté saura*

*qu'excepté le palais du Khan, elle ne vaut pas la ville de Saint-Denis en France, dont le monastère est dix fois plus considérable que tout le palais même de Mangu. Il y a deux grandes rues : l'une dite des Sarrasins, où se tiennent les marchés et la foire. L'autre rue s'appelle de Cathayens, où se tiennent tous les artisans. Là sont douze temples d'idolâtres de diverses nations et deux mosquées de sarrasins, puis une église de chrétiens au bout de la ville, qui est ceinte de murailles faites de terre, où il y a quatre portes. À celle d'Orient l'on vend le millet et autres sortes de grains, qui d'ailleurs sont rares » (...)*

*« Le palais du Khan ressemble à une église ayant la nef au milieu, et aux deux côtés deux ordres de colonnes ou piliers, et trois grandes portes vers le midi ; le Khan était assis au côté du nord en un lieu haut élevé, pour être vu de tous »(...)*

*« Vis-à-vis la porte du milieu était planté un grand arbre (la superbe fontaine dans la cour du palais par l'orfèvre parisien Guillaume Bouchier), au pied duquel étaient quatre lions aussi d'argent, ayant chacun un canal d'où sortait du lait de jument. Quatre vases étaient cachés dans l'arbre, montant jusqu'au sommet et de là s'écoulant en bas. Sur chacun de ces canaux il y avait des serpents dorés, dont les queues venaient à environner le corps de l'arbre. De l'une de ces pipes coulait du vin, de l'autre du caracosmos ou lait de jument purifié, de la troisième du ball ou boisson faite de miel, et de la dernière de la térébinte faite de riz. Au pied de l'arbre, chaque boisson avait son vase d'argent pour la recevoir. Entre ces quatre canaux, tout au haut, était un ange d'argent tenant une trompette, et au-dessous de l'arbre il y avait un grand trou, où un homme se pouvait cacher, avec un conduit assez large qui montait par le milieu de l'arbre jusqu'à l'ange. Ce Guillaume y avait fait au commencement des soufflets pour faire sonner la trompette, mais cela ne donnait pas assez de vent »*

### **Un carrefour économique**

Il régnait à l'intérieur de la cité une intense activité économique. Karakorum était un centre de production d'objets variés en métal décorés (chaudrons en fer, braseros, pointes de flèche, bagues d'essieu pour les chariots analogues à ceux que l'on rencontre encore aujourd'hui en Mongolie). Des forges étaient installées le long du canal la reliant avec la rivière Orkhon.

Les récentes fouilles opérées par des équipes allemandes et mongoles ont mis au jour des céramiques, des canalisations, de la vaisselle de table, des sculptures,

des tuiles et des antéfixes en terre cuite vernissés retrouvés sur les bâtiments chinois. Les archéologues ont exhumé des fours de céramique susceptibles de produire de tels objets. Il est hors de doute que la technicité provenait de Chine. Quant aux fragments de soie et à la porcelaine (le fameux bleu et blanc de la première moitié du XIV<sup>e</sup> siècle), ils étaient destinés à l'élite mongole. L'industrie locale produisait aussi des perles de verre pour les bijoux. Des fuseaux sont le témoin de la présence de métiers à tisser qui utilisaient la production de laine locale.

De nombreuses pièces de monnaies venant de pays différents ont été trouvées en particulier des pièces chinoises d'époque Tang et Yan (la pièce la plus ancienne est une pièce islamique de 1237-1238). Des documents confirment le rôle des marchands musulmans mettant en contact Karakorum avec l'Asie centrale.

En 1164, un garçon de neuf ans, Temüdjin, un mongol, le futur Gengis Khan, arrive de sa Mandchourie ancestrale pour s'installer avec sa famille dans les steppes du nord de la future Mongolie. Cet enfant va devenir, en quelques décennies, le plus grand conquérant de la terre. Son père est assassiné par les Tatars. Sa mère doit mener avec ses cinq enfants une existence vagabonde, « *se nourrir d'aulx et d'oignons sauvages* », « *se disputer les poissons* » qu'ils pêchent ou les oiseaux qu'ils tirent avec leurs petits arcs. Temüdjin sort de la misère et se fait des relations chez les puissants. Chef de son clan, il commence par se venger des Tatars et achève l'unification de la Mongolie. En 1206, une assemblée générale, un quriltai, le proclame empereur « *océanique* », c'est-à-dire universel, Tchingis Qaghan, Gengis Khan. A sa mort en 1227 il contrôle une grande partie de l'Asie (la Chine du Nord, la Sogdiane, la Mongolie). En quelques décennies ses successeurs construiront un empire colossal s'étendant de la mer de Chine à la mer Noire. Mais, en 1260, après avoir laissé de faibles troupes d'occupation en Syrie, les Mongols subissent leur première défaite devant les Mamelouks et doivent se retirer. En ce milieu du XIII<sup>e</sup> siècle, les chevaux des Mongols boivent l'eau du Pacifique, de l'océan Indien, de la Méditerranée et de l'Adriatique.

(1) *La Vallée de l'Orkhon* : La partie supérieure de la Vallée de l'Orkhon a été appelée par l'archéologue Ser-Odjav « *la Vallée aux mille sites archéologiques* ». Cette région occupe l'Aymag de Khangai à 400 km à l'Ouest de la capitale Oulan-

*Bator. L'Orkhon coule dans une vaste plaine aux reliefs très doux, à une altitude moyenne de 1 400 mètres. Le fond de la vallée, légèrement marécageux, permet cependant l'élevage de bovins, ovins et camélidés. L'agriculture y a été pratiquée depuis des temps anciens grâce à un microclimat favorable.*

*(2) Une stèle érigée en 1347 commémore la restauration du principal temple bouddhique. L'inscription précise que Gengis Khan était en quelque sorte le fondateur de la cité ou du moins y avait résidé.*

*(3) Le frère franciscain Guillaume de Rubrouck réalisa l'exploit d'un voyage jusqu'au cœur de l'empire de Gengis Khan. Porteur d'un message de Saint Louis, de 1253 à 1255, il a parcouru pieds nus et à cheval, 16 000 kilomètres de Constantinople à Karakorum, pour y rencontrer le Grand Khan Mangu (Möngke) quatrième fils et successeur de Gengis Khan. Il écrivit à son retour le récit de son aventure. « Lorsque j'entrai parmi les Tartares, il me sembla véritablement que j'entrais en un autre monde. »*

### **Bibliographie**

[1] Jean Paul Roux. *L'Asie Centrale. Histoire et civilisation*. Ed. Fayard, Saint Amand Montron, 2001.

[2] Waugh D. C. *Karakorum. Capital of the Mongol Empire and Heir to the Earlier Traditions of Urban* <http://depts.washington.edu/silkroad/cities/karakorum>

---

# **Union syndicale contre la loi de santé et pour la future convention**

**Plus que jamais opposés à la loi de santé et dans l'objectif des futures négociations conventionnelles du printemps prochain, la CSMF, la FMF, le SML, MG France et Le Bloc font front uni et préparent des Assises de la Médecine Libérale qui se tiendront en février prochain et au cours desquelles les cinq syndicats présenteront leurs propositions communes.**

Les élections aux URPS ont bien rebattu les cartes syndicales en propulsant les formations les plus radicalement opposées au projet de loi de santé - mais aussi à la convention en cours. La « balkanisation » qui en résulte pourrait laisser présager des difficultés pour les négociations conventionnelles qui se dérouleront l'année prochaine. Mais passées les déclarations plus ou moins fracassantes de campagne électorale, l'unité syndicale s'est ressoudée contre le projet de loi de santé repassé à l'Assemblée Nationale pour une ultime lecture avant le vote final et en vue des futures négociations.

Début novembre, une réunion a rassemblé la CSMF, la FMF, le SML, MG France et Le Bloc. Les cinq syndicats « *ont partagé leur analyses et points de vue sur le projet de loi de santé* » et « *renouvelé leur opposition ferme et déterminée au tiers-payant généralisé obligatoire qu'ils ne mettront pas en œuvre* ».

Ils ont appelé tous les médecins « *quels que soient leur sensibilité ou secteur d'exercice ou spécialité, et les autres professionnels de santé à exprimer leur opposition* » en participant au mouvement de grève à partir du 13 novembre et en s'associant aux actions diverses, grèves de la DPS, manifestations régionales et nationales les jours suivant. Avec succès puisque le mouvement de fermeture des cabinets a été largement suivi en ce « *black Friday* ». On sait, hélas, que ce vendredi 13 novembre a été noir pour d'autres tragiques raisons. A la suite des meurtriers attentats parisiens, toutes les organisations ont appelé à cesser le mouvement de grève et le rassemblement qui devait avoir lieu devant l'assemblée nationale le lundi 16 novembre, jour où les députés devaient entamer la deuxième lecture du projet de loi, a été annulé. Cette seconde lecture a d'ailleurs été reportée de plusieurs jours étant donné les circonstances.

### **En accord sur les grands principes**

Au-delà de la mobilisation contre le projet de loi, ce que les cinq syndicats ont affirmé au cours de leur réunion, c'est leur volonté de constituer un front tout aussi uni pour aborder les négociations conventionnelles du printemps prochain. Dans le texte commun diffusé à l'issue de cette réunion, ils « *affirment leur attachement à la médecine libérale, au libre choix du patient, à la préservation du secret médical, à la place centrale du patient dans le système de soins, organisé autour du médecin traitant, médecin spécialiste en médecine générale, en coordination avec les médecins spécialistes libéraux et les autres professionnels de santé libéraux de proximité, permettant un accès pour tous dans les*

*territoires* ». D'accord sur ces grands principes, les syndicats entendent aller plus loin. « *Soucieux de construire l'avenir* », les syndicats signataires ont décidé de se revoir « *pour dégager les grands axes communs et partagés en vue de la négociation au printemps prochain de la future convention médicale* ». Et ils présenteront ces propositions « *pour l'avenir* » aux cours d'Assises de la Médecine Libérale qu'ils organiseront ensemble le 11 février prochain à Paris. Une date qui ne tient pas du hasard puisque c'est ce même jour que devrait se tenir la « *grande conférence de la santé* », seule réponse Gouvernementale à l'opposition des médecins au projet de loi. On sait que tenant pour de « *l'enfumage* » - selon le mot du président de la CSMF, Jean-Paul Ortiz - cette manifestation qui arrivera après l'adoption de la loi, la plupart des syndicats ont boycotté les groupes de travail préparatoires à la conférence.

---

# Mise à jour majeure pour Windows 10

Y aller ou ne pas y aller ? Telle est la question que vous vous posez naturellement. Pour les utilisateurs de Windows 7 supérieur, la mise à jour sera gratuite la première année de disponibilité.

Nous vous conseillons trop de ne pas vous précipiter et d'attendre quelques semaines, voire quelques mois avant de prendre la décision de la migration.

Dans tous les cas, faites une sauvegarde radicale de votre machine avant de vous lancer. Pensez également qu'elle peut ne pas redémarrer comme vous le souhaitez.

Enfin, si vous ne vous sentez pas de tailler à affronter un tel changement, faites appel à un professionnel qui le fera pour vous. L'investissement vous évitera des sueurs.

Vous trouverez ci-contre les dix problèmes majeurs que vous pourriez rencontrer. Si aucun d'entre eux ne vous concerne, lancez-vous... après avoir vérifié que vos

périphériques pourront être reconnus par la version 10.

Sur Mac, la transparence est de rigueur et tout se fait (presque) dans le meilleur des mondes.

**1 - Vous avez un vieux PC et/ou utilisez Windows XP ou Vista.** Passez votre chemin. Pas de migration gratuite, vérifiez votre processeur et mémoire vive. Idem chez Apple.

**2 - Un menu Démarrer inachevé.** Il s'agit surtout d'un condensé de lanceur d'applications.

**3 - OneDrive fait marche arrière.** Microsoft est revenu à de la synchronisation partielle de base.

**4 - Les Gadgets disparaissent.** Fini la consultation rapide de la météo, de la bourse ou d'écouter une radio en streaming. Chez Apple, elles existent.

**5 - Vos périphériques et logiciels ne sont pas compatibles.** Attendez que les constructeurs de vos périphériques aient mis à jour les pilotes.

**6 - Windows Media Center fait ses adieux.** L'ambition d'un PC pilotant tout votre salon disparaît.

**7 - La synchronisation de toutes vos machines.** Avec Windows 8, c'était 81 machines, aujourd'hui c'est 10 (tablettes, smartphones, consoles compris). Apple, c'est 5...

**8 - Des mises à jour incontrôlables.** Les mises à jour seront systématiques et en tâche de fond. Des restrictions également chez Apple pour Al Capitan (un nouveau correctif vient d'être édité).

**9 - Des applications natives inachevées.** Des plantages fréquents ont été décelés, notamment sur Photos ou Windows Store. Plantage régulier chez Apple mais sans grande conséquence.

**10 - Une mise à jour bancale.** Problèmes de téléchargement, blocage...

---

# Denis Raynaud, nouveau directeur de l'IRDES

Après sa transformation en GIP (voir Le Cardiologue n° 384), l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) a désigné son nouveau directeur. Docteur en sciences économiques, Denis Raynaud (42 ans) était depuis 2012 sous-directeur adjoint de l'Observatoire de la santé et de l'Assurance Maladie à la DREES. Ses thèmes de recherche portent sur l'Assurance Maladie, notamment sur l'articulation entre Assurance Maladie obligatoire et complémentaire, sur l'accès aux soins et, plus globalement, sur la régulation du système de soins.

---

## Maîtrise médicalisée : la pression des caisses ne faiblira pas

**Pour réaliser l'objectif de maîtrise médicalisée de 700 millions d'économies en 2016, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) va intensifier ses actions en direction des médecins libéraux.**

On sait que pour réaliser l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) fixé à 1,75 % (182,5 milliards d'euros) pour 2016, un plan de 3,4 milliards d'économies à réaliser est prévu pour l'année prochaine, dont 1,2 milliard au titre du « bon usage et de la pertinence des soins ». Comme en 2015, sur ce 1,2 milliard, 700 millions d'économies sont prévus au titre de la maîtrise médicalisée, qui concerne très directement les médecins libéraux. Pour cette maîtrise, la CNAMTS privilégiera quatre thèmes sur lesquels elle intensifiera ses actions : la réduction des prescriptions médicamenteuses inappropriées pour



diminuer le risque de iatrogénie chez les personnes âgées ; l'incitation à recourir aux médicaments génériques ; l'amélioration de la gestion et du suivi des arrêts maladie ; la maîtrise des dépenses de transport sanitaire.

Pour ce qui est du premier thème, la CNAMTS renforcera ces actions en direction des médecins généralistes et des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Après 7 700 généralistes qui ont fait l'objet d'« *entretiens confraternels* » en 2014, l'action sera étendue à 30 000 médecins à partir de ce mois de novembre. Concernant le développement des génériques, la CNAMTS prévoit, d'une part, la renégociation de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) des pharmaciens et, d'autre part, la poursuite de ses contrôles des usages abusifs de la mention « non substituable » sur les ordonnances, dont le coût est évalué à 110 millions d'euros par an. Selon la CNAMTS, les quelque 29 % de médecins qui, en 2013, utilisaient de façon systématique et répétée la mention « NS » sont aujourd'hui passés sous la barre des 10 % d'ordonnances signalées comme non substituables, contre 30 % en 2013. En ce qui concerne les arrêts de travail, après s'être intéressé aux « *superprescripteurs* », la CNAMTS va viser maintenant ceux dont le volume ou la proportion des arrêts de travail est « *significatif et justifie une approche d'accompagnement* ».

En réponse à l'accusation de « *délit statistique* » de la part des médecins libéraux, le directeur de la CNAMTS, Nicolas Revel, reconnaît que le recours aux analyses statistiques se fait « *faute de référentiels aussi nombreux que nous le souhaiterions* ». « *Nous restons sur une approche statistique mais beaucoup plus fine, adaptée à la pratique, la patientèle et le territoire dans lequel le médecin évolue* », précise-t-il, indiquant que d'après les premiers retours sur les entretiens confraternels « *montrent qu'ils se passent mieux* ».

---

## **Les généralistes favorables au**

# sport sur ordonnance

Selon un sondage IFOP réalisé pour la société d'assurances Swiss Life, 82 % des généralistes se disent favorables à la prescription par le médecin traitant d'une activité physique adaptée. Concernant le financement de cette activité, 48 % des médecins estiment qu'il doit être assuré par le patient, 25 % par la Sécurité Sociale et 19 % par les complémentaires. Rappelons qu'un amendement à la loi de santé autorisant la prescription d'une activité physique adaptée aux patients souffrant d'une ALD a été présenté par une députée PS, Valérie Fourneyron, et adopté à la quasi-unanimité à l'Assemblée Nationale, contre l'avis de Marisol Touraine qui craignait qu'une telle mesure ouvre la voie à une prise en charge par l'Assurance Maladie ou les complémentaires. Les sénateurs ont supprimé l'article, mais les députés l'adopteront peut-être au final. A quand la prescription d'une alimentation bio remboursée par la Sécu ?

---

## attractivité médicale hospitalière : Des réactions en demi-teinte

Si les jeunes médecins ont salué « *un ensemble de mesures attendues et nécessaires* », les syndicats de praticiens hospitaliers se sont montrés moins enthousiastes. Pour Avenir hospitalier et la Confédération des Praticiens des Hôpitaux (CPH), il manque « *quelques gros morceaux* ». C'est la « *consternation* » pour Convergences-HP qui dénonce des engagements « *très en deçà de ce que nous sommes en droit d'attendre* ». L'Intersyndicat National des PH (INPH) déplore ces engagements qui ne répondent pas à « *l'urgence* » et dont l'application « *s'inscrit sur les trois prochaines années, au minimum* ».

Le plan attractivité n'a pas non plus satisfait les médecins libéraux mais pour d'autre raison, on s'en doute. Ainsi, la CSMF « *constate que la médecine de ville ne bénéficie pas de la même attention de la ministre de la Santé* ». Constatant que l'avenir est au maintien à domicile de populations âgées, polypathologiques et

dépendantes, elle estime que « *les financements nécessaires doivent être dégagés dans les plus brefs délais* », mais doute qu'un ONDAM à 1,70 % pour la ville en 2016 permette de prendre « *le virage ambulatoire, pourtant essentiel pour l'avenir* ».

---

## **Les postes d'internes largement pourvus en 2014**

En 2014, 96 % des postes d'interne ont été pourvus à l'issue des Epreuves Classantes Nationales (ECN), selon une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Ainsi, 330 postes sont restés vacants, dont 215 en médecine générale, dont le taux d'affectation est de 94 %. Parmi les spécialités demandées par les étudiants, les plus prisées sont « les spécialités médicales dont le mode d'exercice dominant est libéral » : radiologie, dermatologie, cardiologie et gastro-entérologie. Comme en 2013, 59 % des internes sont des femmes, une proportion qui dans certaines spécialités (gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale et dermatologie) atteint « plus des trois quarts », tandis que les hommes privilégient quatre spécialités, l'anesthésie-réanimation, la chirurgie générale le radiodiagnostic et la cardiologie.

---

## **Diabète : 8 % des dépenses d'Assurance Maladie**

Selon une étude de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), le diabète représente 8 % des dépenses d'Assurance Maladie (10 milliards d'euros). Seul un petit quart (23 %) de ce coût global est imputable à

la prise en charge directe de cette pathologie, soit : les traitements antidiabétiques (49 %), les dispositifs médicaux (35 %), les hospitalisations pour diabète (12 %) et les tests biologiques (3 %). Les trois quarts (77 %) des coûts restants sont liés aux complications et maladies associées au diabète et correspondent à des consultations de médecins - généraliste, cardiologue, ophtalmologiste, néphrologue - à des traitements antithrombotiques, antihypertenseurs, hypolipémiant, au traitement de l'artériopathie périphérique, immunosuppresseurs, à celui de l'œdème maculaire diabétique, à des examens biologiques, à des soins d'infirmière et de physiothérapeute. Les auteurs de l'étude soulignent combien « *la prévention des épisodes aigus et des complications pourrait substantiellement réduire le poids du diabète* ».

---

## **La MGEN lance son programme de prévention Vivoptim**

La Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN) lance dans deux régions pilotes (Midi-Pyrénées et Bourgogne) son programme Vivoptim pour prévenir et accompagner le risque cardiovasculaire. Les volontaires bénéficieront, après évaluation médicale, d'un plan personnalisé de prévention. Ils seront accompagnés par une équipe de professionnels (infirmiers, diététiciens, tabacologues...) disponibles par téléphone et pourront connecter divers objets communicants (bracelets, balance, tensiomètre, etc.) à leur application mobile. L'observance du programme sera suivie par des infirmiers référents qui n'empiéteront en rien sur la pratique des médecins traitants qui souhaiteront s'appuyer sur ce programme. L'objectif est d'inclure 20 000 à 40 000 adhérents durant la phase pilote de deux ans. Pour la MGEN, qui envisage de décliner ce dispositif dans d'autres domaines, les tensions sur le financement du système de santé incitent à s'engager dans la prévention : « Le risque cardio-vasculaire représente 2,3 milliards d'euros versés par la MGEN au titre du régime obligatoire et 440 millions au titre du régime complémentaire », indique son président, Thierry Beaudet.

---

# Installation : 72 % des Français favorables à l'intervention des pouvoirs publics

**Selon le CISS, une majorité de Français serait favorable à une intervention coercitive des pouvoirs publics dans l'installation des médecins libéraux.**

Interrogés - dans le cadre d'un sondage BVA (1) réalisé pour le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) - sur les causes du manque de médecins dans certaines zones, la majorité (60 %) des Français évoque leur mauvaise répartition, 16 % seulement citant le manque de praticiens formés. Face à cette situation, 72 % sont favorables à l'intervention des pouvoirs publics dans la répartition des médecins libéraux sur le territoire. Et parmi ceux-là, 29 % estiment qu'il faudrait limiter l'installation dans les zones déjà bien pourvues, 26 % souhaiteraient qu'on oblige les médecins à visser leur plaque dans les zones sous-dotées et 38 % d'entre eux sont favorables à ce qu'on accorde davantage d'aides aux médecins prêts à exercer dans les déserts médicaux. Si l'on rapporte ces pourcentages à l'ensemble du panel interrogé, il ressort que 23 % des Français sont contre l'intervention des pouvoirs publics, 27,3 % y seraient favorables via des aides à l'installation, 20,8 % sont pour un conventionnement sélectif dans les zones surdotées et 18,7 % se déclarent en faveur d'une obligation à l'installation dans les zones sous-dotées. Ce qui, au total, ne fait pas une majorité de Français favorables à la coercition. Le CISS estime pourtant qu'ils sont 55 % de Français « à plébisciter des mesures d'encadrement à l'installation ». Rappelons que, si pour l'instant l'exécutif n'a cessé de se prononcer contre toute mesure coercitive comme solution aux déserts médicaux, tout danger n'est pas écarté. Ainsi les sénateurs ont-ils introduit dans le texte du projet de loi de santé l'obligation d'aborder, lors des futures négociations conventionnelles, un éventuel conventionnement sélectif comme solution aux territoires médicalement sous-dotés (voir *Le Cardiologue* n° 385). Comme elle l'avait déjà fait à cette occasion, la CSMF a de nouveau réagi à ce sondage et « s'oppose une nouvelle fois à toute

*mesure coercitive telle que le préconise le CISS* ». Rappelant que d'autres pays européens y ont renoncé après avoir constaté l'échec de l'obligation d'installation, la Confédération « *rappelle qu'une obligation pour le médecin entraînera une obligation pour le patient* » - qui devrait alors payer de sa poche la liberté de choisir son médecin - et refuse l'idée d'une « *carte sanitaire* » qui ne pourrait qu'engendrer une « *médecine à deux vitesses* ».

(1) *Sondage effectué par téléphone du 22 au 24 octobre dernier auprès d'un échantillon de 1 001 personnes de plus de 15 ans représentatif de la population française.*

---

## **Santé numérique : un rapport et une alliance**

Saisi en février 2014 par le ministère de la santé afin de donner des pistes « *pour que la technologie numérique soit mobilisée au service de la Stratégie Nationale de Santé (SNS)* » et pour apprécier en particulier « *l'intérêt des outils numériques dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé auprès des jeunes* », le Conseil National du Numérique (CNNum) a récemment rendu son rapport dans lequel il formule quinze propositions regroupées en trois groupes.

Les préconisations du premier groupe « *Innover dans le respect des droits des individus* » visent à « *construire un écosystème d'innovation en commun* » et à « *redonner au citoyen la maîtrise de ses données de santé* ». Celles du second groupe se donnent notamment pour objectifs d' « *informer vraiment les citoyens* » et développant « *la littératie numérique des citoyens pour encourager une approche critique de l'information en santé* » et de favoriser la coopération en « *s'engageant clairement en faveur du développement de la télémédecine dans les territoires* », ce qui passe par la simplification des démarches pour les porteurs de projets et par l'affirmation « *de choix clairs et transparents* » pour le financement. Les propositions du troisième groupe « *La santé en réseau* » visent à « *faciliter l'appropriation des nouveaux outils et pratiques numériques par les*

*professionnels de la santé et du secteur médico-social ».*

Alors que paraît ce rapport, cinq organisations professionnelles (1) représentant des entreprises fournisseurs de solutions d'e-santé annoncent qu'elles se regroupent au sein d'une alliance, e-health France, pour accroître la visibilité de cette filière et « *favoriser l'accès au marché des solutions d'e-santé pour permettre aux entreprises françaises de se développer sur ce domaine en forte croissance dans le monde* ».

*(1) La Fédération des Editeurs d'Informatique Médicale et paramédicale Ambulatoire (FEIMA), Les entreprises du médicament (Leem), Les Entreprises des Systèmes d'Information Sanitaires et Sociaux (LESSIS), le Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales (SNITEM), le Syndicat professionnel des entreprises de services du numérique, des éditeurs de logiciels et des sociétés de conseil en technologies (Syntec Numérique).*

---

## **Chatus Terre de Châtaignier 2011**

Le Chatus ou l'histoire d'un cépage qui, après avoir officiellement disparu, a pu renaître grâce au courage et à l'opiniâtreté de vignerons coopérateurs.

Typiquement cévenol, ancré dans le patrimoine viticole ardéchois, ce cépage, cité par l'agronome Olivier de Serres en 1599 comme un des principaux cépages rouges français, couvra, pendant 3 siècles, la majorité du vignoble du Bas-Vivarais. Le phylloxera détruisit, fin XIX<sup>e</sup> siècle, la quasi-totalité des plantations. La reconstruction privilégia des variétés mieux adaptées à la production des vins de table. Seuls quelques anciens, dont la famille Allamel, gardèrent quelques rangées de ceps en les greffant sur des plants américains. Mais, lorsque le nouveau répertoire français des cépages fut établi en 1950, le Chatus ne fut pas déclaré : pour l'administration, cépage et vin avaient donc disparu... Heureusement, le petit-fils Allamel, gérant de la cave de Rosières, décida de retrouver le vin de ses ancêtres. Le rassemblement des coopératives en un groupement, les Caves des Vignerons Ardéchois, permet d'entreprendre, depuis

25 ans, un programme de sauvegarde, puis de réimplantation du cépage sous l'égide du « Syndicat de défense des producteurs de Chatus », mais il faudra beaucoup de luttes et démarches, pour que l'administration le reconnaisse à nouveau sous le label IGP.

L'aire de production est délimitée sur une bande de 30 km au sud-est de l'Ardèche, où commencent les Cévennes sur des terrasses exposées plein sud, à l'abri du vent, reposant sur des faïsses du Trias à fort pourcentage de grès rouge, là où poussent fougères, pins, genêts, bruyères : la zone des châtaignes. Sur une surface de 50 ha, il est produit environ 1 000 hl/an de Chatus. La bonne identification des terroirs (plantation uniquement sur du grès limitant le caractère trop puissant des tanins), l'amélioration des équipements (cuves en inox, pressoirs pneumatiques, contrôle des t°) et des processus de vinification, grâce au groupement coopérateur, ont grandement contribué à hausser la qualité du vin.

Mais ce cépage est loin d'être « complaisant » : les ceps doivent être taillés en longs bois courbés en arc de cercle sur fil de fer, d'où un gros travail de main d'œuvre. Son mûrissement est très tardif dans la 1<sup>ère</sup> quinzaine d'octobre, donc très soumis aux aléas climatiques et aux infections cryptogamiques. Certains plants, datant du grand-père Allamel, atteignent 120 ans, mais la plupart sont jeunes, 10 à 20 ans, grâce aux replantations des coopérateurs. La culture est traditionnelle, nécessitant si besoin des traitements chimiques compte-tenu de la fragilité du Chatus. Les vendanges sont manuelles avec un rendement moyen de 40 hl/ha. Les raisins sont éraflés, foulés pour une vinification classique longue en cuve inox thermorégulée. L'élevage en fûts de chênes français s'étend sur 12 mois avec bâtonnage pendant les 3 premiers.

Paré d'une brillante et cristalline robe grenat-pourpre évoluant vers le rouge sombre, ce Chatus Terre de Châtaignier 2011 exhale d'agréables parfums de fruits noirs et de griottes à l'eau-de-vie, vite rejoints par des arômes particuliers de pâte de coing, figue, pruneau, et d'épices douces : cannelle, poivre blanc, réglisse. En bouche, ce vin exprime une complexité et une richesse en tanins, mais ceux-ci ont perdu cette astringence que j'ai notée dans des millésimes plus jeunes et apparaissent fins, souples donnant cependant opulence et puissance à ce flacon doté d'une solide acidité, d'une typicité racée avec des notes de châtaignes (suggestibilité ?). La belle finale persistante retrouve des arômes de fruits confits et quelques touches de café, probablement liées à l'élevage sous



bois. La typicité de ce cépage Chatus résulte de l'alliance de fruits mûrs, confits et secs avec des tanins bien présents.

### **En harmonie avec le chocolat noir**

Sur ce vin puissant à forte personnalité, les accords culinaires semblent compliqués. Je n'adhère pas à la proposition de certains, probablement pour des raisons géographiques, de tenter des mariages avec la cuisine provençale. La situation montagnaise, le terroir, en particulier cette Terre de Châtaignier du vignoble, m'inclineraient vers une cuisine robuste comme celle de la proche Auvergne : choux farci, potée auvergnate ou tripoux. Des viandes en sauce, un civet ou une selle de sanglier « grand veneur » l'escorteront gaillardement. Mais « à cuisine régionale, vin de la même provenance », pourquoi ne pas se tourner vers la, certes lourde et calorique, gastronomie ardéchoise : porc à la cévenole, caillette (pâté mélangeant viande de porc et vert de blette), bombine (pommes de terre, carottes, morceaux de viande, lard), maôche (panse de porc farcie de chair à saucisses, de choux, de pommes de terre) et, bien-sûr, cousina (soupe de châtaignes). Au moment du fromage, il faut privilégier les chèvres locaux : le picodon, le rogeret des Cévennes ou les brebis : le pérail, l'ossau-iraty basque qui épousent bien les vins rouges. Bonne surprise au dessert : ce Chatus est en harmonie avec le chocolat noir : fondant, tarte coulante aux noix, brownies et, pour rester dans la légèreté (!), truffe ardéchoise : crème de marron, cacao, beurre, biscuit à la châtaigne...

Quelques remarques complémentaires doivent être formulées : ce Chatus offre un rapport qualité/prix aux alentours de 7 Å remarquable. Cependant, la dégustation d'autres vins de Chatus, plus jeunes, moins bien vinifiés m'a beaucoup moins convaincu. On ne peut que conseiller de ne pas le boire avant 5 ans, ce vin appelant un vieillissement de 5 à 10 ans, et surtout de l'aérer très soigneusement en ouvrant et carafant la bouteille plusieurs heures, voire une ½ journée avant le service.

Ces précautions prises, n'hésitez pas à soutenir ces courageux vigneron-coopérateurs en les aidant à ressusciter ce vin qui le mérite indéniablement.

---

# Urgences : les structures

## Les SAMU-Centre 15

A ce jour, 102 SAMU-Centre 15 assurent en permanence la réponse téléphonique sur le territoire national via leur Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA). Leur activité varie de moins de 15 000 à plus de 370 000 Dossiers de Régulation Médicale (DRM) par an. Le Conseil National de l'Urgence Hospitalière (CNUH) a récemment défini deux niveaux de faible activité : moins de 25 000 et moins de 50 000 DRM annuels. En deçà de ces nombres de DRM, le CNUH propose de mutualiser tout ou partie de cette activité avec un SAMU-Centre 15 proche afin de maintenir une activité de régulation médicale, surtout en période nocturne, compatible avec la qualité et la sécurité des prises en charge.

## Les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR)

428 SMUR couvrent le territoire et assurent près de 800 000 interventions par an. Ces SMUR représentent 700 équipes terrestres et 42 HéliSMUR. Leur activité va de moins de 10 interventions annuelles à plus de 16 000. 26 SMUR sont implantés dans un établissement ne disposant pas d'une Structure des Urgences (SU).

## Les Structures des Urgences (SU)

Aujourd'hui, 655 établissements de santé publics ou privés assurent la prise en charge 24h sur 24 h et 7 jours sur 7 (24/7) de soins urgents et non programmés au sein de SU. Une très grande majorité appartient au service public hospitalier. Leur activité va de moins de 10 000 à plus de 75 000 passages annuels.

---



# L'épineuse question des urgences

**Dans un livre blanc récemment publié, SAMU-Urgences de France détaille en 20 propositions qu'elle devrait être demain l'organisation des urgences en France pour répondre aux besoins.**

**Nul doute que les libéraux apprécieront peu la vision très hospitalo-centrée qui s'en dégage, avec notamment la création d'une plate-forme SAMU-Santé-113 (un numéro d'appel unique), « chef d'orchestre » de toutes les régulations. D'autant que, sur le terrain, les libéraux montrent qu'ils peuvent organiser efficacement la Permanence Des Soins Ambulatoire, même sous enveloppe contrainte gérée par l'Agence Régionale de Santé, comme le prouve l'expérimentation menée depuis 2011 dans les Pays-de-la-Loire. Reste que l'extension - souhaitée par Marisol Touraine - de ce « modèle » à l'ensemble des régions ne va pas de soi : le Diable est dans la taille de l'enveloppe...**

Après le rapport de Jean-Yves Grall sur « *la territorialisation des activités d'urgences* » rendu public en juillet et qui lui avait été demandé par Marisol Touraine, SAMU-Urgences de France apporte spontanément sa pierre à l'édifice en publiant son livre blanc intitulé « *L'organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir* », assorti de 20 propositions. « *L'organisation actuelle de la médecine d'urgence ne permet plus, et ne permettra pas demain, de faire face aux inéluctables évolutions des besoins de soins et de notre système de santé* », peut-on lire dans le préambule. Les auteurs (1) constatent que le « *système initialement conçu pour répondre aux drames de la traumatologie routière doit maintenant répondre à des besoins de santé différents des pathologies nouvelles (cardiovasculaires et neurologiques, complications aiguës*

*de cancers et des maladies chroniques...), de nouveaux contextes (vieillesse, handicap, exclusion sociale, fin de vie, hospitalisation à domicile...), la concentration de l'offre de soins et des plateaux techniques, l'exigence des patients et de la société en termes de qualité/sécurité des soins... » Dans ces conditions, « demain, le recours aux structures de médecine d'urgence continuera à augmenter avec une réponse hospitalière qui n'est plus adaptée ».*

Dans un premier temps, SAMU-Urgences de France estime qu'il est nécessaire de faire évoluer les structures des urgences et d'instaurer une « labellisation » par les ARS, selon un cahier des charges précis, non fondé sur le nombre de passages. Il est proposé une description des établissements disposant d'une structure des urgences selon six axes : accueil et prise en charge des urgences, plateau technique, prises en charge chirurgicales et spécialisées, activité SMUR, hospitalisation, gestions des lits. Selon ces critères, les établissements seraient classés en trois catégories, ceux avec un plateau technique d'urgence de proximité, les établissements à plateau technique d'urgence d'appui et ceux avec un plateau technique d'urgence de recours.

### **Une plate-forme SAMU-Santé-113 pour tout réguler**

Pour une efficacité maximum, il faut « *un chef d'orchestre* » pouvant répondre 24/24 h et 7/7 j à l'ensemble des besoins des patients et les orientant en se fondant sur une analyse médicale. SAMU-Urgences de France propose de confier ce rôle à une plate-forme de régulation médicale, la « *plate-forme SAMU Santé* ». Ces plates-formes seraient situées dans des établissements, articulées et interconnectées entre elles mais aussi avec les réseaux de télémédecine, et regrouperaient la régulation médicale de l'aide médicale urgente, celle des crises sanitaires, la réponse toxicologique d'urgence, la régulation des transports sanitaires urgents, des urgences psychiatriques, gériatriques, médico-sociales, des transferts périnataux et... la régulation médicale de la continuité des soins en médecine générale.

Le livre blanc évoque également cinq « *fausses bonnes idées* » et développe les arguments en leur défaveur. Parmi elles, la nécessité qu'il y aurait à multiplier les Maisons Médicales de Garde (MMG), les auteurs estimant que « tout ce qui a pu être fait (pourtant souvent avec des moyens assez importants), notamment pour développer les Maisons Médicales de Garde (présentées par certains comme une panacée), si cela répond à un besoin de médecine générale, n'a jamais fait reculer

la croissance régulière du recours aux structures d'urgence ». A quoi le Dr Luc Duquesnel, président de l'UNOF-CSMF, répond judicieusement que les MMG n'ont pas été créés dans cet objectif (voir entretien ci-dessous). Concernant la PDSA, SAMU-Urgences de France estime qu'elle « *doit évoluer pour répondre aux besoins* », suggérant tout d'abord que le concept soit élargi « *à l'ensemble des besoins de soins urgents et non programmés* » relevant de la médecine générale et prenne l'appellation de Pérennité des Soins. Cette PdS « *organise, 24/7, la réponse à des demandes de soins urgents et non programmés dès lors que ceux-ci ne relèvent pas du plateau technique d'un établissement siège de structure des urgences. Coordonnée à l'échelle du territoire de santé d'urgence par la plate-forme SAMU-Santé-113* », cette réponse repose sur les médecins libéraux volontaires, généralistes et spécialistes, en association ou pas, les maisons de santé pluridisciplinaires engagées contractuellement à assurer la prise en charge des patients adressés par la plate-forme SAMU-Santé-113 et des « *centres de soins non programmés ou centres de soins immédiats tels que proposés dans le rapport de Jean-Yves Grall* ». Quant au pilotage de l'organisation de la médecine d'urgence, il est « *exclusivement assuré par les Agences Régionales de Santé* » auprès desquelles des Comités Techniques Régionaux des Urgences (CTRU) « *sont les acteurs principaux de cette réorganisation qui est validée par la Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie* ».

*(\*) Le livre blanc a été rédigé par le conseil d'administration de SAMU-Urgences de France dont François Braun est le président.*

---

## **Le blues des retraités actifs**

La Fédération des Associations Régionales des Allocataires (FARA) et prestataires de la CARMF ont mené une vaste consultation anonyme auprès de quelque 10 000 médecins retraités qui poursuivent leur activité pour cerner leur ressenti et leurs attentes.

Le taux exceptionnel de retour (4 000 réponses) et l'importance des commentaires

témoignent que tout ne va pas pour le mieux pour les « cumulards ». Un terme qu'ils récusent d'ailleurs, jugeant qu'il a une connotation péjorative qui laisse à penser qu'ils seraient des « profiteurs ».

Or, le premier constat qui ressort de cette consultation est que « *le cumul n'est pas un choix mais très souvent une nécessité* », souligne la FARA. La majorité (50 %) des retraités actifs explique leur décision de continuer leur activité par une pension de retraite jugée insuffisante et le « *matraquage fiscal* » au moment où chutent brusquement leurs revenus. Beaucoup disent avoir été surpris par cette baisse soudaine de revenus et estiment qu'il faudrait une meilleure information des futurs retraités quant à leur pension moyenne et leurs charges.

Concernant ces dernières, les retraités actifs vivent en particulier très mal le fait de devoir continuer à cotiser mais à fonds perdus, puisqu'une fois leur retraite liquidée ils ne peuvent acquérir aucun point supplémentaire. Certains se demandent même sur ce qu'aurait à dire de cette obligation de cotisation à fonds perdus le Conseil d'Etat ou la Cour Européenne des Droits de l'Homme...

Les revendications les plus fréquentes portent donc sur une réduction de la cotisation retraite, de la cotisation ordinale et les trois quarts des retraités actifs qui ont répondu à la consultation réclament une cotisation CARMF qui soit génératrice de points. Une revendication que la FARA reprend en suggérant la création d'un Mécanisme d'Incitation à la Poursuite d'Activité, le MIPA, pendant du MICA des années 80 créé pour inciter les praticiens à cesser leur activité... : chaque année d'activité supplémentaire au-delà de 65 ans procurerait un supplément de 5 % de la retraite. Une proposition utopique alors même que la CARMF est régulièrement au bord de la cessation de paiement...

---

**Complémentaire santé  
d'entreprise : les cabinets**

# médicaux sont concernés

**Les cabinets médicaux employant un ou plusieurs salariés ont jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier prochain pour se mettre en conformité avec la loi qui fait désormais obligation à tous les employeurs de mettre en place une complémentaire santé pour leurs salariés.**

L'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 transposé dans la loi du 14 juin 2013 fait obligation à toutes les entreprises de mettre en place une complémentaire santé pour l'ensemble de leurs salariés au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier prochain. Toutes les entreprises sont concernées et donc les cabinets médicaux dès lors qu'ils emploient un ou plusieurs salariés.

En l'absence de délégués syndicaux avec qui négocier le choix de la complémentaire, l'employeur peut soumettre ce choix à un vote des salariés ou choisir lui-même la complémentaire (Décision Unilatérale de l'Employeur, DUE), cette dernière hypothèse étant la plus probable dans le cas des cabinets médicaux. Dans tous les cas, il devra conserver l'historique de la méthode choisie.

Dans le cas de la DUE, l'employeur doit garder une copie du document qui relate les raisons de sa décision et de son choix ainsi que la preuve qu'il a remis ces documents à chaque salarié (copies des documents signés par chacun des salariés, avis de réception d'une lettre recommandée, etc.). Le financement de la complémentaire santé est assuré à parts égales par l'employeur et le salarié.

La couverture proposée doit correspondre au minimum à un « panier de soins » dont le périmètre a été défini dans le cadre des discussions sur l'ANI et précisé par un décret du 8 septembre 2014.

Pour résumer, la complémentaire doit assurer la prise en charge de l'intégralité du ticket modérateur, la prise en charge sans limitation de durée du tarif journalier hospitalier, un forfait de prise en charge des dispositifs optiques, la prise en charge à hauteur de 125 % des tarifs servant de base au calcul des soins prothétiques dentaires et d'orthopédie dento-faciale.

Peuvent être dispensés d'adhérer à la complémentaire collective de l'entreprise les salariés déjà couverts par la complémentaire de leur conjoint, les employés en

CDD et ceux travaillant à temps partiel. Dans ce cas, cela doit être notifié dans les documents relatifs aux choix de l'assurance complémentaire : la dispense est à l'initiative du salarié, non de l'employeur.