



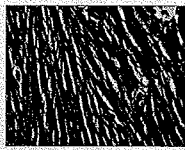
# LE QUOTIDIEN DU MEDECIN

www.quotimed.com - N° 8399  
MERCREDI 25 JUN 2008



**ANATOMO-  
PATHOLOGISTES**  
Les spécialistes veulent  
être reconnus

PAGE 3



**CELLULES  
SOUCHES**  
Un espoir pour réparer  
le tissu cardiaque

PAGE 6



**JOURNÉE CONTRE  
LA DROGUE**  
Les jeunes mis  
en garde

PAGE 11

## Endocrinologie de l'enfant : un chercheur raconte

Dans un entretien avec « le Quotidien », le Pr Michel Polak (hôpital Necker-Enfants-Malades) explique comment des travaux français ont contribué à l'identification de deux nouvelles maladies endocrinologiques du nourrisson et de l'enfant : un diabète qui touche les nouveau-nés et les jeunes enfants, et des mutations responsables d'une hypothyroïdie qui peut passer inaperçue à la naissance

PAGE 6



### Bachelot maintient le cap sur le DMP

En visite à l'hôpital Pitié-Salpêtrière à Paris, où le dossier informatisé est utilisé depuis 2000, Roselyne Bachelot a réaffirmé son intention de rendre facultatif le DMP et de permettre au patient de masquer certaines informations médicales. Le dossier médical doit rester du colloque singulier médecin-patient, estime ainsi la ministre de la santé.

### L'HISTOIRE DU JOUR

#### Le cœur de Chopin

**F**rédéric Chopin, mort de tuberculose en 1849, à l'âge de 39 ans, est enterré au cimetière du Père-Lachaise, à Paris, où sa tombe est l'une des plus fréquentées. Mais son cœur, selon ses vœux, repose dans l'église de la Sainte-Croix, à Varsovie, dans une urne de cristal, conservé dans du... cognac. « Chopin a passé parmi nous comme un fantôme », a dit Liszt. Le musicien a toujours souffert d'une mauvaise santé et des médecins se demandent aujourd'hui s'il n'était pas atteint de mucoviscidose. « Depuis sa tendre enfance, il était faible, enclin aux infections des poumons, à la toux », commente le Pr Wojciech Cichy, spécialiste de cette pathologie. À l'âge adulte, il est toujours resté très maigre, ce qui est un autre symptôme de la maladie. » Autre constatation du médecin qui va dans le même sens : Chopin n'a pas eu d'enfant malgré sa longue liaison avec George Sand, ce qui suggère qu'il aurait pu être victime de stérilité, une des conséquences possibles de la mucoviscidose. Pour en avoir le cœur net, le Pr Cichy et ses confrères voudraient faire une analyse ADN, à la recherche de la mutation caractéristique du gène CFTR sur le chromosome 7. Et pour pouvoir accéder au cœur du musicien, ils ont déposé une demande auprès du ministère de la Culture. Ce dernier réfléchit, car Chopin est rien moins qu'un héros national.

Le Pr Cichy a, lui, un argument de poids : « Si nous pouvons prouver que Chopin souffrait de mucoviscidose, ce serait une très grande inspiration pour nos malades, en particulier les enfants, de savoir qu'ils pourraient aussi accomplir quelque chose de grand comme lui. »

> RENÉE CARTON

### Les chirurgiens-orthopédistes et viscéraux sonnent l'alarme

Ils dénoncent un « lynchage » sur les dépassements et le refus de dialogue

PAGE 2

### Suivi médical insuffisant dans les centres de rétention

Un constat après l'incendie du CRA de Vincennes

PAGE 12

38<sup>e</sup> ANNÉE - 21, RUE CAMILLE-DESMOULINS, 92789 ISSY-LES-MOULINEAUX CEDEX 9 - TÉL. : 01. 73. 28. 12. 70 - ISSN 0399 - 2659 - CPPAP 0412 T 81257

## STABLON

Tianeptine 12,5 mg  
Épisodes dépressifs majeurs, c'est-à-dire caractérisés

### Pour s'attaquer aux racines de la dépression.

**STABLON 12,5 mg - tianeptine.** Composition - présentation : Boîte de 30 comprimés enrobés, dosés à 12,5 mg de tianeptine (sel de sodium). Excipient à effet notoire : saccharose. Propriétés : Antidépresseur. Chez l'animal, la tianeptine augmente l'activité spontanée des cellules pyramidales de l'hippocampe et en accélère la récupération. Chez l'homme, la tianeptine se caractérise par une activité : - sur les troubles de l'humeur ; - sur les plaintes somatiques liées à l'anxiété et aux troubles de l'humeur. La tianeptine est dépourvue d'effet : - sur le sommeil et la vigilance ; - sur le système cholinergique (absence de manifestation anticholinergique). Indications thérapeutiques : Épisodes dépressifs majeurs - c'est-à-dire caractérisés. Contre-indications : Enfants de moins de 15 ans. Association aux IMAO. Il est nécessaire de laisser un intervalle libre de 2 semaines entre une cure d'IMAO et un traitement par tianeptine. Il suffit d'un intervalle libre de 24 heures pour remplacer la tianeptine par un IMAO. Grossesse, allaitement. Précautions d'emploi : Surveillance attentive en début de traitement (risque suicidaire inhérent aux états dépressifs), précaution en cas d'anesthésie, information des conducteurs de machine d'un risque potentiel, réduction progressive de la posologie en cas de dépendance à l'alcool pour éviter l'augmentation de posologie, ne pas dépasser les doses recommandées. Interactions médicamenteuses : IMAO, miansérine. Effets indésirables - Rares : - gastralgies, douleurs abdominales, bouche sèche, anorexie, nausées, vomissements, constipation, flatulences, - insomnie, somnolence, cauchemars, asthénie, - tachycardie, extrasystoles précordiales, - vertiges, céphalées, lipothymies, tremblements, bouffées de chaleur, - gêne respiratoire, bouffée dans la gorge, - myalgies, lombalgies, - abus, dépendance. Posologie et mode d'administration : 3 comprimés par jour, matin, midi et soir. Chez l'alcoolique chronique, cirrhotique ou non, aucune modification posologique n'est nécessaire. Chez les sujets de plus de 70 ans et en cas d'insuffisance rénale, 2 comprimés par jour. CTJ de 0,70 € à 1,04 €. Liste I, AMM : 329 339 1. Prix : 10,37 €. Remb. Séc. soc. 65 %. Collect. Information médicale : ARDIX Médical - 27, rue du Pont - 92578 Neuilly sur Seine Cedex. Tél : 01 55 72 60 00. Les Laboratoires Servier - 22, rue Garnier - 92578 Neuilly sur Seine Cedex. Pour plus d'informations se reporter au Vidal.



3 comprimés par jour



02517471/0247

# Honoraires, démographie, secteur privé à l'hôpital Des chirurgiens « en colère » sonnent l'alarme

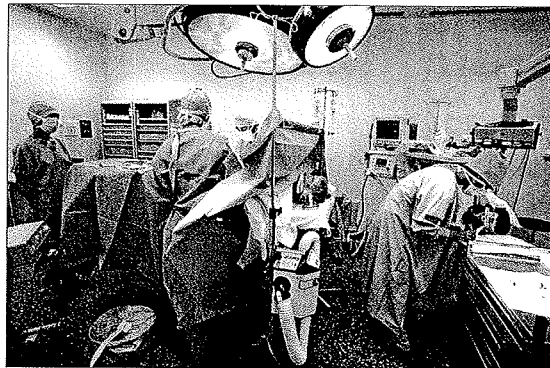
« France, ta chirurgie fout le camp ! » : les représentants des chirurgiens-orthopédistes (SNCO) et des chirurgiens viscéraux et digestifs (SNCVD) sonnent l'alarme. Outre une situation démographique alarmante, ils dénoncent un « lynchage » médiatique et politique sur les dépassements et le refus de dialogue du gouvernement. Ils n'excluent pas de lancer un mouvement de cessation d'activité à la rentrée.

PRESQUE quatre ans après les accords d'août 2004 sur la chirurgie française, censés répondre au profond malaise d'une spécialité en crise de recrutement, la colère des chirurgiens resurgit de plus belle. Cette fois, deux syndicats de verticalité (les orthopédistes du SNCO et les viscéraux et digestifs du SNCVD) qui fournissent les gros bataillons de chirurgiens, quel que soit leur mode d'exercice) montent au front. Ils dénoncent, pêle-mêle, l'« acharnement » et les « amalgames » concernant les dépassements d'honoraires, la situation démographique très préoccupante ou encore les récentes décisions « incohérentes » sur le secteur libéral à l'hôpital. Autant de coups de canif portés à la chirurgie française qui n'attendrait plus que « le coup de grâce ».

**Les limites des centrales poly-catégorielles.** « France, ta chirurgie fout le camp ! » : le cri d'alarme des deux syndicats s'adresse en premier lieu au ministère de la Santé accusé d'« autisme ». « La question du jour n'est plus "Par qui serez-vous opé-

rés demain ?" (slogan d'une précédente campagne), mais "Serez-vous opérés ?", met en garde le Dr Jacques Caton, chirurgien-orthopédiste à Lyon et président du SNCO. On est en train de tuer la chirurgie française, il est ahurissant que Roselyne Bachelot ne nous reçoive pas directement.

Le SNCO comme le SNCVD estiment que les centrales dites « poly-catégorielles » (CSMF, FMF, SML), qui ont, certes, constitué des « pôles » chirurgicaux, « ne peuvent pas tout faire ». En clair, les préoccupations spécifiques des chirurgiens ne sont pas suffisamment relayées et défendues. Première raison de la colère : la campagne « antichirurgicale » sur le thème des dépassements généralisés, obstacles à l'accès aux soins. « Depuis quelques semaines, c'est l'hallali médiatique et politique, se désole le Dr Caton. La Mutualité française, le CISS (usagers), la presse nationale et locale... pas un jour sans attaque contre les compléments d'honoraires avec de faux chiffres ou des amalgames avec les dessous-de-table. La réalité, c'est que les chirurgiens libéraux en secteur II [près de 80 % des effectifs] réalisent en moyenne 50 % de leur activité en tarifs opposables [bénéficiaires de la CMU, urgences, patients démunis]. Est-ce vraiment l'horreur ? » Face à la volonté de certains de « casser » le secteur II, les syndicats soulignent que seul cet espace de liberté tarifaire a permis jusque-là de « maintenir la qualité de la chirurgie française », compte tenu du « blocage » des tarifs opposables conjugué à la hausse continue des charges (60 % du chiffre d'affaires), du



Les chirurgiens viscéraux maintiennent le front

coût de la pratique et des assurances. Le Dr Philippe Breil, président du SNCVD, va plus loin : « Avec les tarifs opposables les plus bas d'Europe, les dépassements garantissent la survie de l'entreprise chirurgicale. » Les syndicats disent avoir fait leurs calculs : le tarif horaire moyen du chirurgien (revenu rapporté à une activité hebdomadaire de 80 heures) serait de « 71 euros avant les charges, compris entre celui de l'ascenseur - 69 euros - et du garagiste - 80 euros... ». Le secteur optionnel avec dépassements transparents encadrés et remboursés serait-il une solution ? « Pour certains chirurgiens bloqués, oui », modère le Dr Caton. Tout dépendra du taux de dépassement autorisé.

« On n'est pas des robots. » La démographie est le deuxième grand sujet d'inquiétude. « Nous exerçons un métier prestigieux

mais pénible et stressant, tous les chirurgiens font des gardes ou des astreintes, explique le Dr Hubert Johanet, secrétaire général du SNCVD. D'autres spécialités sont plus compatibles avec une vie familiale. Il y a aussi la judiciarisation, on sait que l'on aura plusieurs procès dans sa vie. Nous ne sommes pas des robots... » Façon d'expliquer que la crise de recrutement risque de s'aggraver si on ne restaure pas rapidement et fortement l'attractivité de la profession. Seuls 75 chirurgiens-orthopédistes sortent chaque année de la faculté. Il en faudrait 210, expliquent les syndicats. La situation est pire en chirurgie viscérale avec 25 médecins formés par an alors qu'il en faudrait quatre fois plus.

À l'hôpital, les signaux envoyés à la profession sont également négatifs en raison des « attaques » récentes contre le secteur libéral (décret de mai 2008 prévoyant que la redevance de 40 % est cal-

culée sur la totalité des honoraires - tarifs opposables et dépassements). Selon les syndicats, parmi les 4 185 PH ayant un secteur libéral à l'hôpital, on recense 324 chirurgiens-orthopédistes et 709 chirurgiens dits généraux. Le Dr Caton condamne une « taxation confiscatoire, raison supplémentaire de se détourner de la carrière chirurgicale ».

**Bachelot, Fillon ou Sarkozy.** L'habilitation des chirurgiens à diplômes extra-européens qui ont été appelés en renfort pour « combler certains vides chirurgicaux » est une autre exigence des syndicats. Un chirurgien-orthopédiste sur six exerce aujourd'hui avec un diplôme extra-européen. « Certains sont parfaitement formés dans un cursus identique aux chirurgiens français, d'autres, insuffisamment formés, sont livrés à eux-mêmes dans de petits établissements », juge le Dr Caton. Le Dr Breil fait état de « filières japonaises, brésiliennes » qui font tourner des services entiers. Or ces praticiens n'ont pas forcément vocation à rester sur le territoire. Le SNCO et le SNCVD réclament un entretien immédiat au ministère de la Santé. Si Roselyne Bachelot ne répond pas, les chirurgiens frapperont à la porte de François Fillon et même de Nicolas Sarkozy. Ils n'excluent pas un « mouvement de cessation d'activité » à la rentrée. Ce tableau n'empêche pas le Dr Johanet d'ironiser, philosophe : « En France, on protège l'aigle royal, espèce en voie de disparition. Mais on ne protège toujours pas le chirurgien. »

> CYRILLE DUPUIS

## Dossier médical personnel Bachelot maintient le droit au masquage

EN VISITE à l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) à Paris, où les praticiens utilisent un dossier informatisé depuis 2000, Roselyne Bachelot a réaffirmé les grandes lignes de sa feuille de route pour le projet du dossier médical personnel (DMP), en panne depuis un peu plus d'un an (« Le Quotidien » du 18 juin). Cette feuille de route, très largement inspirée du rapport Gagneux, de certaines propositions de l'Ordre des médecins et des récentes recommandations du comité consultatif national d'éthique (CCNE), prévoit notamment une « gouvernance plus rigoureuse », en vue d'« inscrire le DMP dans une stratégie globale des systèmes d'information de santé », a rappelé la ministre. Roselyne Bachelot a précisé qu'elle « assurerait la présidence » d'un nouveau Conseil national des systèmes d'information de santé, qui devrait être créé dans le futur projet de loi Santé, patients et territoires. Le



À l'hôpital Pompidou, les médecins utilisent le dossier informatisé depuis l'an 2000

texte devrait aussi instaurer l'agence des systèmes d'information de santé partagée ou ASIP, fruit d'une fusion programmée du GIP-DMP, du GIP-CPS et de la partie interopérabilité du groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH). Le rapport Gagneux suggérerait au gouvernement d'accorder un budget-programme de « 900 millions d'euros » au projet DMP d'ici à 2012. La ministre dit banco et confirme que le budget de fonctionnement annuel du DMP se-

rait ensuite de « 100 millions d'euros » en rythme de croisière. Le lancement de projets pilotes à l'automne 2008 devrait permettre, selon la ministre, un déploiement dès 2009 du DMP « socle » suggéré par l'Ordre, à savoir « une présentation basique du dossier médical qui va s'enrichir peu à peu avec les médicaments délivrés (grâce au dossier pharmaceutique et au Web médecin de l'assurance-maladie), les comptes rendus de radiologie, les résultats des analyses de biologie et les comptes rendus hospitaliers ». Les services qui marcheront continueront de se déployer en « 2010 et 2011 ». Enfin, les projets pilotes régionaux (intégrant de nouveaux services) convergeront tous à l'horizon 2012 vers un hébergement national, avec un portail d'accès sécurisé (confié à l'assurance-maladie) et un identifiant de santé distinct du numéro de Sécurité.

Roselyne Bachelot a enfin donné des précisions sur le droit au mas-

quage du patient, qui reste « irréfragable » à ses yeux, dans le nouveau DMP devenu maintenant facultatif, à la demande du rapport Gagneux et du CCNE. « Le dossier médical relève du colloque singulier », a-t-elle souligné. C'est donc dans ce cadre que les médecins devront faire comprendre aux patients combien « il est important que toutes les données du DMP soient connues », sachant que l'État apportera pour sa part au patient « des garanties de confidentialité ». Le DMP est d'abord « un outil de qualité des soins et non un outil de flicage ou d'économies. S'il en fait, tant mieux, on ne va pas s'en priver ».

Quid du rôle du médecin traitant dans la tenue des DMP ? « Il n'y a personne qui nourrit le DMP et en est la plaque tournante, a conclu la ministre. Tout le monde le nourrit, il n'y a pas d'homme-orchestre, sinon il ne ferait plus que cela. »

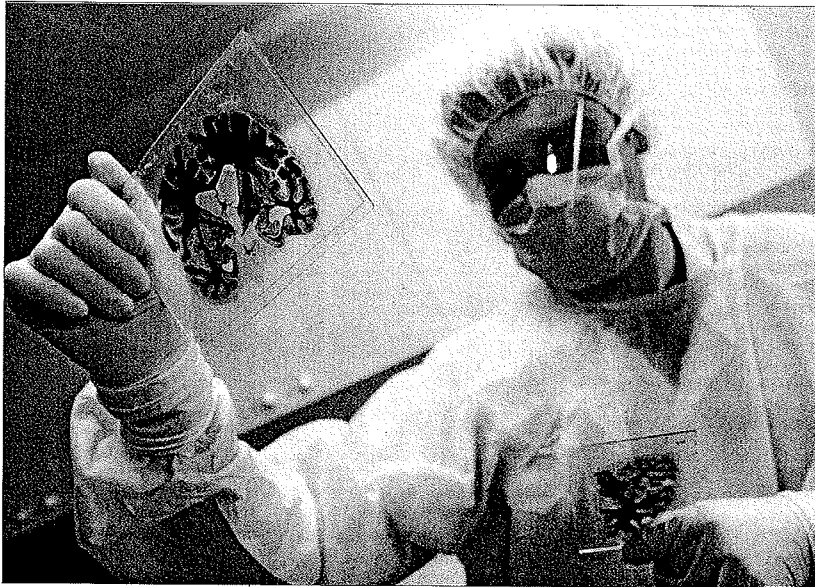
> AGNÈS BOIRGUIGNON

# Les anatomo-cytopathologistes veulent se faire entendre Des médecins peu visibles, déstabilisés, mais indispensables

**Évolution tarifaire bloquée depuis des lustres, augmentation de la charge de travail, refus d'une prise en charge par la CNAM de certaines prestations, les pathologistes se sentent les mal-aimés des spécialistes. L'Ordre prévoit d'ailleurs une baisse de leurs effectifs de 50 % d'ici à 2020.**

**SPÉCIALITÉ PEU CONNUE** du grand public (les anatomo-cytopathologistes constituent la seule spécialité médicale sans contact direct avec les patients), la pathologie n'en est pas moins une spécialité centrale par sa fonction de diagnostic, notamment en cancérologie.

Les spécialistes de cette discipline sont aujourd'hui déstabilisés. Déstabilisés tout d'abord par le retard pris dans la mise en place de la CCAM-ACP (classification commune des actes médicaux pour l'anatomo-cytopathologie). Toute l'évolution tarifaire est ainsi bloquée depuis sept ans. En euros constants, estime ainsi le syndicat des médecins pathologistes français, présidé par le Dr Michel Guiu, la spécialité a connu en vingt ans une baisse de la rémunération de ses actes de 31 à 53 %. Dans le même temps, les ACP ont connu une importante augmentation de leur temps de travail, en grande partie issue du développement de l'aspect diagnostique de la cancérologie. Enfin, de nouvelles contraintes en matière de sécurité sanitaire, ou issues du plan Cancer, comme les comptes rendus-fiches standardisés (CRFS), ou encore la transmission de données et de prélèvements aux registres des tumeurs, ont participé à l'augmentation des coûts de l'ACP sans nouveaux moyens en regard, tout en accroissant leur charge de travail.



Les anatomo-cytopathologistes s'insurgent contre le blocage de leurs tarifs depuis sept ans

Les « anapaths » sont également fatigués de l'attitude de l'assurance-maladie à leur égard. Comme le rappelle leur syndicat, « alors que le diagnostic du pathologiste a des conséquences humaines pour le patient, et économiques pour l'assurance-maladie, la CNAM refuse la prise en charge d'un éventuel second avis auprès d'un expert hospitalier en cas de diagnostic difficile ou rare, le contraignant à payer lui-même cette consultation ».

**Une baisse des effectifs de 50 % en 2020.** Cerise sur le gâteau, si l'on peut dire, les anapaths sont aujourd'hui en conflit avec l'InVS (Institut national de veille sanitaire) et l'INCa (Insti-

tut national du cancer) qui souhaitent utiliser leur recueil de données épidémiologiques « sans reconnaissance ni rétribution », selon le syndicat qui a décidé, en attendant une solution, de s'opposer à la transmission de ces données, tant à l'InVS qu'à l'INCa. Sans compter les tentatives de certains biologistes pour faire réintégrer l'ACP au sein de la biologie, sur fond de « volonté de contrôler les tumorothèques, et d'accroître la position de la biologie dans les établissements publics et privés », indique encore le syndicat des pathologistes.

Pour les anapaths, le salut passe certes par une revalorisation des actes, mais aussi par une reconnaissance du « rôle straté-

gique que joue le pathologiste ». Faute de quoi, c'est le succès de la politique de prévention et de lutte contre le cancer qui pourrait être remis en cause. Un rapport de 2007 de l'Ordre des médecins prévoyait déjà une baisse de 50 % du nombre de pathologistes à l'horizon 2020\* : « Leur temps de travail a considérablement augmenté, avec des déséquilibres structurels et dynamiques menaçant la stabilité de la spécialité. Cette démographie incertaine altère déjà le service de santé publique. »

> HENRI DE SAINT ROMAN

\* On recense actuellement 1 435 médecins pathologistes en métropole. La moitié exerce en libéral, l'autre moitié en salarié.

> CH.G.

## Dr Michel Guiu : faire reconnaître notre activité de santé publique

**Président du Syndicat des médecins pathologistes français, Michel Guiu demande des réponses concrètes au problème de la CCAM et de la nomenclature. Mais les pathologistes veulent également que soit reconnue leur activité de santé publique.**

**LE QUOTIDIEN** – En quoi votre spécialité est-elle en crise ?

**Dr MICHEL GUIU** – Notre spécialité est relativement méconnue et souffre d'un déficit démographique dû à un problème de nomenclature et de rémunération des actes qui a chuté brutalement et qui n'a jamais été réévaluée. Cela tient aussi au fait que la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour notre spécialité est toujours repoussée alors qu'elle est prête. Mais cela tient aussi au fait qu'un certain nombre d'actes, qui ont été validés depuis cinq ou six ans par

l'ANAES, ne sont toujours pas rentrés dans la nomenclature pour des raisons qui nous échappent.

L'ensemble de votre profession vient d'envoyer au ministère de la Santé un « projet pathologie 2008 ». Pouvez-vous nous en dire un mot ?

Nous partons évidemment de l'état des lieux de la spécialité, et nous proposons un certain nombre de mesures à prendre, dont certaines sont très urgentes à nos yeux. Il y a bien sûr le problème de la non-application de la CCAM et celui de la prise en charge du deuxième avis. De plus, avec l'apparition des thérapies ciblées, le pathologiste est en première ligne, étant donné que c'est lui qui détermine le prélèvement tumoral, ce qui constitue une charge supplémentaire. Il y a aussi les contraintes nouvelles induites par le plan Cancer, que ce soit les réunions de concertation

pluridisciplinaires, les tumorothèques ou les compte rendus standardisés, qui représentent des charges de travail importantes. Il nous faut des réponses concrètes. Sur tous ces sujets, nous devrions avoir une réunion prochainement au ministère.

**Vous avez un problème avec l'InVS et l'INCa sur les prélèvements et les tumorothèques. Où en êtes-vous ?**

Tous nos cabinets disposent des prélèvements de tumeurs, ainsi que de l'épidémiologie même de ces cancers. Si on met bout à bout tous ces résultats, on obtient une étude épidémiologique exhaustive tout à fait valable pour des agences sanitaires comme l'InVS ou l'INCa. Depuis trente ans, notre spécialité est extrêmement bien informatisée, nous avons mis en place des outils performants et des compte-rendus informatisés standardisés. Nous avons proposé que ces

compte rendus standardisés soient l'élément essentiel et structurant du dossier communicant en cancérologie (DCC), mais nous ne voulons pas perdre la main, et que ces dossiers soient contrôlés par les agences au détriment de notre spécialité. Nous voulons rester maîtres de nos données épidémiologiques et en organiser nous-mêmes la structuration, ce qui est un peu dans la norme actuelle : on parle de DMP, de dossier pharmaceutique, on peut tout aussi bien imaginer un dossier médical pathologique sur la même structure que le dossier pharmaceutique. Il y aurait un serveur interconnecté, qui contiendrait tous les cas de cancers que nous avons détectés. Le dossier pathologie serait donc ainsi connecté aux autres dossiers des autres spécialités. Notre activité de santé publique serait ainsi reconnue à l'intérieur de notre profession, en plus de notre activité diagnostique.

H. S. R.

## CHIRURGIENS PRÉLEVEURS

### Accord sur l'assurance complémentaire

ROSELYNE BACHELOT et Gérard Vincent, délégué général de la Fédération hospitalière de France (FHF), ont signé une convention pour la prise en charge d'une assurance complémentaire des chirurgiens préleveurs d'organes, des personnels de SMUR et du SAMU, ainsi que des personnels engagés dans des missions d'actions humanitaires. D'une durée de deux ans, renouvelable par avenant, celle-ci va créer à partir de septembre 2008 une assurance complémentaire qui protégera les praticiens exerçant des missions à risques dans les établissements publics de santé. La convention met en place la garantie suivante : un capital décès à hauteur de 100 000 euros auquel s'ajoute une rente « éducation » de 4 800 euros par enfant. Ces garanties pourront être complétées par une surcotisation individuelle, aux taux obtenus à travers un contrat de groupe unique pour tous les établissements de santé. Le ministre de la Santé a demandé à la FHF, en lien avec ses services, de négocier ce contrat de groupe pour ses établissements après un appel d'offres européen qui sera publié au Journal officiel. « La FHF est également chargée par le ministère de recenser et de mettre à jour les données concernant les personnels à assurer dans les établissements volontaires, ainsi que de collecter les cotisations et le paiement de l'assureur. Elle devra par ailleurs transmettre un bilan annuel de fonctionnement à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), l'agence de biomédecine et la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP). La FHF versera une dotation annuelle forfaitaire de 70 000 euros pour l'exécution de la convention. L'accord conclu entre le ministère de la Santé et la FHF marque la fin de plusieurs mois de discussions (« le Quotidien » du 21 février 2008). Celles-ci avaient été ouvertes après la mort d'un chef de clinique et d'un interne de Besançon dans un accident d'avion, le 19 octobre 2006. Le crash s'était produit alors que l'avion les transportait à Amiens pour prélever un foie.

> CH.G.

## ISNAR-IMG

### Bérangère Crochemore prend la tête des internes de médecine générale

L'Intersyndicale nationale représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG), réunie en conseil d'administration à Grenoble, a procédé au renouvellement partiel de son bureau. L'ancienne vice-présidente de l'ISNAR-IMG, Bérangère Crochemore, a pris du galon. L'interne rouennaise succède à Emmanuel Gallot à la tête du syndicat. Après la création de la filière universitaire de médecine générale et l'ouverture des seize premiers postes de chef de clinique de la spécialité, l'ISNAR-IMG souhaite rester une force de propositions sur les dossiers de la formation et de l'exercice professionnels. Il se fera le porte-voix des internes de médecine générale pour « définir, valoriser et réorganiser les soins de premier recours dans la prochaine loi Santé, patients, territoriaux ».

# La retraite IRCANTEC des médecins hospitaliers à la réforme Le gouvernement veut agir vite

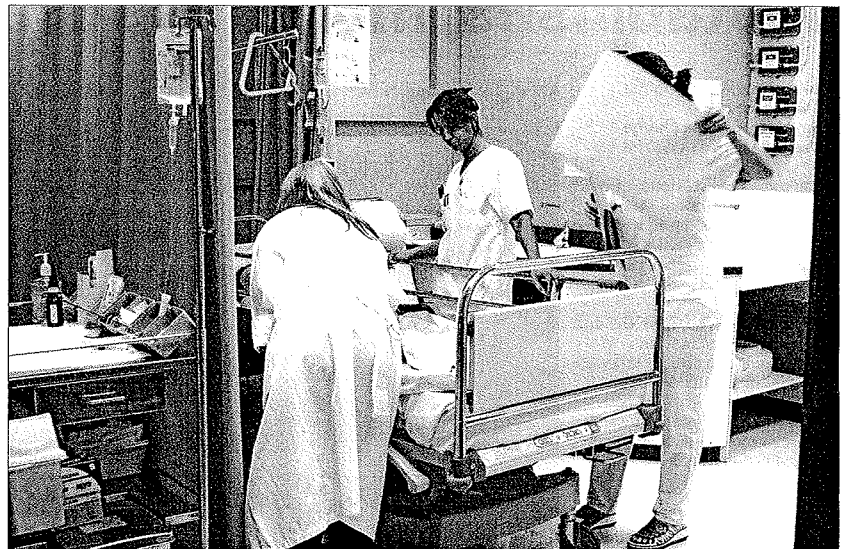
Donné déficitaire à l'horizon 2015, le régime de retraite complémentaire des médecins de l'hôpital fait l'objet d'un plan de redressement du gouvernement. Selon une recette assez simple : les rendements sont revus à la baisse et les taux de cotisation à la hausse. La réforme doit aboutir courant juillet.

LE MINISTRE du Budget, Éric Woerth, avait dit au début de l'année qu'il allait s'atteler à ce dossier miné (« le Quotidien » du 22 janvier), abandonné en son temps par Dominique de Villepin ; ce n'était pas des paroles en l'air. Suspendue en 2005 par Matignon sous la pression syndicale, la réforme de l'IRCANTEC – régime complémentaire de retraite des agents non titulaires de l'État, des collectivités locales et des hôpitaux, des élus locaux et... des médecins hospitaliers – est de nouveau sur le métier. Le

chantier est copiloté depuis un mois par les ministères de la Fonction publique et de la Santé, et le gouvernement affiche sa détermination à aboutir vite et même très vite, si possible dans le courant du mois de juillet.

**Prudence.** C'est dans ce contexte contraint que les pouvoirs publics viennent de dévoiler leurs batteries sous la forme de propositions guidées, expliquent-ils, par des « règles prudentielles minimales ». La situation de départ qu'ils décrivent – et que contestent certains syndicats qui demandent un nouvel audit – est la suivante : l'IRCANTEC, selon le gouvernement, sera déficitaire aux alentours de 2015 et ses réserves seront totalement épuisées un peu avant 2030. Pour éviter la débâcle, ou plutôt pour la repousser à l'horizon 2040, l'idée est de baisser le rendement du régime à partir de 2009 (voir tableau), le faisant progressivement passer de 12,09 % aujourd'hui à 7,75 % en 2015. Les pensions en cours et les points déjà acquis resteront inchangés, mais, à compter de l'année prochaine, pour 1 euro cotisé, la pension versée va s'amincir avec les années. Le recul est de 35 % en sept ans. Surtout, il faut maintenir dans le futur « un niveau de pension significatif », le gouvernement propose parallèlement un relèvement progressif (et partagé à égalité) des cotisations employeur et salarié. En tranche A, le taux de cotisation passerait ainsi de 5,65 % aujourd'hui à 7 % en 2015, tandis que en tranche B, il irait de 17,5 % aujourd'hui jusqu'à 19,5 % en 2015.

Au passage, la gouvernance de l'IRCANTEC serait révisée à l'échéance 2015, dans le sens d'une responsabilisation accrue du conseil d'administration.



Les hospitaliers devraient participer à une journée d'action pour défendre leur régime de retraite

Quelles que soient les mesures de redressement finalement retenues, l'opération sera beaucoup plus douloureuse pour les médecins hospitaliers que pour les autres cotisants et pensionnés de l'IRCANTEC (voir encadré) : les deux tiers de la retraite d'un PH lui sont en effet servis par ce régime, alors que pour les autres cotisants et allocataires, il ne représente qu'une petite part des pensions. Médecins ou non, de nombreux syndicats ont d'ores et déjà affirmé leur mécontentement. La FSU juge que les mesures proposées sont « encore plus pénalisantes que celles avancées en 2005 » et que leur mise en œuvre « brutale » aboutirait « à une baisse des retraites servies qui

pourrait dépasser 25 % ». Le projet est « inacceptable », conclut le syndicat. La CGT affirme elle aussi qu'elle livrera « bataille » sur ce dossier. Et, du côté des médecins, les anesthésistes du SNPHAR, soutenus par l'INPH

(Intersyndicat national des praticiens hospitaliers), organisent demain une journée d'action sur le thème de la défense des retraites et sur celui du temps de travail.

> KARINE FIGEAUX

| Ce que proposent les pouvoirs publics |         |
|---------------------------------------|---------|
| 2008                                  | 12,09 % |
| 2009                                  | 11,35 % |
| 2010                                  | 10,65 % |
| 2011                                  | 10,00 % |
| 2012                                  | 9,40 %  |
| 2013                                  | 8,80 %  |
| 2014                                  | 8,25 %  |
| 2015                                  | 7,75 %  |

Aujourd'hui, 1 euro cotisé donne droit à 12 centimes de pension par an ; en 2005, 1 euro cotisé donnait droit à 7,75 centimes de pension

## PH : 6 % des cotisants paient 16 % des cotisations

Régime obligatoire de retraite complémentaire par points, l'IRCANTEC pensionne 1,65 million de retraités ; 2,41 millions d'actifs y cotisent. Au milieu des agents concernés, les praticiens hospitaliers, s'ils ne représentent que 6 % des cotisants, versent 16 % du total des co-

tisations. Quand, pour la majeure partie de ses assurés, l'IRCANTEC n'est qu'un régime de passage, il est celui de toute la carrière des PH. Actuellement, l'IRCANTEC sert 1,5 milliard d'euros d'allocations et encaisse 1,9 milliard de cotisations.

> HELIA HAKIMI

## Accès à l'innovation Maintenir le niveau d'excellence du CHU pour préserver son attractivité

La question de l'accès rapide à l'innovation en milieu hospitalier était au menu du dernier colloque de l'association Économie et Santé (AES) organisé en partenariat avec Pfizer. Pour le Pr Alain Destée, président de la Conférence des présidents de CME en CHU, c'est en restant dynamique dans le domaine de l'innovation que l'hôpital restera attractif.

L'HÔPITAL doit préserver son expertise en matière d'innovation. Un atout majeur qui contribue à le rendre attractif aux yeux des malades, mais aussi des médecins. « Avec la T2A, les CHU sont entrés dans un système concurrentiel, à l'égard certes des hôpitaux généraux, mais, surtout, des grandes structures privées qui offrent, de plus en plus, des plateaux techniques très performants. Un bon nombre de jeunes médecins délaissent ainsi l'hô-

pital public au profit du privé, qui offre une meilleure rémunération et des difficultés de fonctionnement moindres. C'est, entre autres, en faisant la différence dans le domaine de l'innovation que l'hôpital public restera attractif », assure le Pr Alain Destée, président de la Conférence des présidents de CME en CHU.

Étape quasi incontournable dans la chaîne d'évolution d'un médicament, d'un dispositif médical ou d'une technologie, l'innovation nécessite un complément d'investissement. « Il faut l'utiliser, mais aussi contrôler régulièrement son efficacité et évaluer les éventuels effets indésirables. Des missions qui peuvent être assurées par le CHU grâce à ses équipes pluridisciplinaires spécialisées », poursuit l'orateur. Trouver des sources de financement pour accéder rapidement à l'innovation « est évidemment notre principal problème. Outre son coût direct, l'innovation peut

retentir sur une pratique ou sur un mode organisationnel et engendrer ainsi un coût indirect qui peut être très important, en termes de personnel et/ou d'équipement », affirme le Pr Destée.

Quels sont les moyens dont dispose l'hôpital pour le financement de l'innovation ? « En théorie, avec la nouvelle gouvernance, un pôle participant à l'innovation devrait avoir quelques moyens propres pour la financer. La déclinaison du financement de l'hôpital au sein des pôles devrait permettre à chacun d'établir son micro-état prévisionnel des recettes et des dépenses, ainsi que son compte d'exploitation pour savoir ce qu'il rapporte et coûte à l'hôpital. La délégation de gestion devrait permettre aux pôles bénéficiaires d'investir dans l'innovation s'ils le souhaitent. Le problème, aujourd'hui, c'est que les pôles bénéficiaires doivent compenser les déficits des autres. Ce principe de mutualisation ne peut être critiqué. Mais, dans ces

conditions, il est extrêmement difficile de permettre aux pôles d'avoir une enveloppe correcte pour financer l'innovation », précise le Pr Destée.

Quelques milliers d'euros par pôle. Une situation d'autant plus difficile que les CHU sont dans le rouge. « Toutefois, grâce à l'intéressement prévu dans les contrats internes, la plupart essaient de préserver quelques enveloppes dédiées à l'innovation. Mais leur montant reste extrêmement modeste au regard des besoins : quelques milliers d'euros par pôle », note le Pr Destée. En matière d'innovation, les CHU doivent donc faire des choix. La CME peut être interpellée. Mais, au final, la décision stratégique est prise par le conseil exécutif qui choisit parmi les projets qui lui sont soumis. « Il nous est aussi possible de solliciter les tutelles, rappelle le Pr Destée. Par exemple, l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) pour le

financement des ATU (médicaments en autorisation temporaire d'utilisation). Certaines molécules relevant de l'ATU coûtent – pour le traitement d'un seul malade – plusieurs centaines de milliers d'euros par an. » La sollicitation des tutelles politiques est aussi un moyen de financer l'innovation. « C'est un vrai problème. Certains collègues sont devenus des spécialistes de la sollicitation politique, ironise le Pr Destée. Notamment du conseil régional. Or celui-ci ne peut financer la totalité d'un équipement donné. Le financement complémentaire qui nous est alors imposé diminue d'autant les possibilités de l'établissement. Cela pose un problème plus général : dans les mois et les années à venir, les politiques devront prendre des positions claires concernant le système de santé et son mode de financement », conclut le Pr Destée.

> HELIA HAKIMI