

Lundi 2 mars 2009 - 11:38

Campagne tarifaire des hôpitaux et des cliniques: parution des objectifs de dépenses et des tarifs des GHS

PARIS, 2 mars 2009 (APM) - Le Journal officiel de samedi 28 février a publié plusieurs arrêtés fixant les objectifs de dépenses des hôpitaux et des cliniques dans différents domaines pour 2009 et les tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS).

Le premier arrêté fixe l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (ODMCO) à 43,134 milliards d'euros.

La fixation de cet objectif a tenu compte du transfert vers l'enveloppe des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) d'une partie des ressources tarifaires représentatives des charges afférentes à la permanence des soins hospitalière et à la prise en charge des patients en situation de précarité, est-il précisé au début de l'arrêté.

Le montant de la dotation pour le financement des Migac est fixé à 7,694 milliards d'euros, en hausse d'environ 4,6%.

L'objectif des dépenses d'assurance maladie pour les activités de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation (SSR) et les unités de soins de longue durée (USLD) a été déterminé à 15,515 milliards d'euros.

Pour les établissements de soins privés exerçant les activités de psychiatrie et de SSR, l'objectif est fixé à 2,176 milliards d'euros.

Un autre arrêté fournit le tarif en euros de près de 2.300 GHS déterminés d'après la nouvelle liste des groupes homogènes de malades (GHM) dans le cadre de la classification dite V11 (cf dépêche [APM CBMBQ001](#)).

Ce même arrêté donne également le tarif de différents forfaits: le forfait "accueil et traitement des urgences (ATU)" à 25,28 euros, le forfait "petit matériel (FFM)" à 19,05 euros et les forfaits "sécurité et environnement (SE)".

Comme les années précédentes, il indique aussi les zones géographiques dans lesquelles les tarifs bénéficient d'une majoration en fonction d'un coefficient.

Ce coefficient reste de 5% pour les deux départements de la Corse, de 7% pour les sept départements de l'Ile-de-France et Paris, de 25% pour la Guadeloupe, la Martinique et la Guyane et de 30% pour la Réunion.

L'arrêté précise aussi le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition. Ces coefficients de transition visent à atténuer le passage à une tarification à l'activité à 100% pour les établissements de santé, rappelle-t-on.

Pour les établissements anciennement sous dotation globale, ce taux moyen régional a été fixé à 33,33%.

(Arrêté du 26 février fixant l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L.162-22-9 du code de la sécurité sociale; arrêté du 26 février portant détermination de la dotation nationale de financement des Migac arrêté du 26 février fixant pour 2009 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L.174-1-1; arrêté du 26 février fixant pour 2009 l'objectif quantifié national mentionné à l'article L.162-22-2; arrêté du 27 février fixant pour 2009 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, [textes 42](#), [43](#), [44](#) et [45](#))

Lundi 2 mars 2009 - 15:03

Les Français doutent de l'égalité d'accès aux soins, selon un baromètre du Ciss

PARIS, 2 mars 2009 (APM) - Les Français continuent de douter de l'égalité d'accès aux soins dans leur système de santé, 54% jugeant qu'il ne permet pas à tous les habitants de bénéficier de la même qualité de soins quelle que soit leur situation contre 56% en 2008, selon le baromètre des droits des malades publié lundi par le Collectif interassociatif sur la santé (Ciss).

Ce sondage a été effectué par LH2 pour le Ciss les 6 et 7 février, par téléphone, auprès d'un échantillon de 1.052

personnes représentatif de la population âgée de 15 ans et plus, selon la méthode des quotas.

L'enquête, qui porte sur la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, aborde sept grands thèmes: l'informatisation des données de santé, la relation médecin/patient, les dysfonctionnements du système de soins, l'accès à l'assurance et à l'emprunt, la qualité du système de soins, l'accès aux soins et la représentation des usagers au sein du système de santé.

Sollicitées sur la qualité du système de santé, les personnes interrogées remettent en cause l'idée selon laquelle le système de santé permettrait à tous les habitants de bénéficier de la même qualité de soins quelle que soit leur situation sociale à 54% (contre 45% d'avis contraire) et quelle que soit leur situation géographique, à 56% (42% d'avis contraire).

Cette remise en cause était légèrement plus marquée en 2008 (cf dépêche [APM VGLBP003](#)).

La perception d'une amélioration du système de santé est en baisse mais reste élevée, 61% des personnes interrogées le jugeant plus performant (64% en 2008), comme le sentiment d'être "bien informé" sur le coût des soins reçus (55% contre 59%), contrairement à l'information sur la qualité de la prise en charge qui demeure stable (80% d'opinions positives).

Interrogées sur l'accès aux soins, 3% des personnes témoignent avoir subi un refus de soins de la part d'un professionnel (13% parmi les celles ayant des revenus inférieurs ou égaux à 1.000 euros). Parmi elles, 62% se déclarent bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU).

Environ 62% des personnes interrogées (contre 65% en 2008) se déclarent "bien informées" sur les actions à mener en cas de problème suite à un acte de soin effectué à l'hôpital ou en ville, contre 35% jugeant du contraire (34% en 2008).

POUR DES MESURES CONTRAIGNANTES A L'INSTALLATION

Les enquêteurs ont également sollicité l'échantillon sur des mesures destinées à lutter contre le "manque de médecins dans certaines régions".

Parmi les solutions recueillant l'aval du plus grand nombre, figurent la formation de davantage de médecins (96% de personnes d'accord), l'obligation pour les médecins de s'installer dans les zones concernées par des "manques" (71% d'accord), un recours accru aux médecins étrangers (63%) et une délégation d'actes médicaux à d'autres professionnels de santé spécifiquement formés (55%).

Environ 20% des personnes interrogées ont déclaré avoir été confrontées personnellement ou dans leur entourage à des refus d'accès au crédit de la part d'une banque ou d'un assureur en raison d'un handicap ou d'une maladie.

Chez ces personnes, seules 15% indiquent être parvenues à accéder à l'emprunt dans le cadre de la convention Aeras (s'assurer et emprunter avec un risque aggravé en santé), 38% répondant par la négative, 40% n'ayant pas connaissance du dispositif et 7% ne se prononçant pas.

Interrogés sur l'intérêt du "développement de l'informatique pour le suivi des données de santé" des résidents en France, notamment grâce à un dossier médical informatisé, les répondants sont d'accord pour dire qu'il s'agit d'un "moyen de mieux soigner les patients" (80% dont 43% tout à fait d'accord) et d'un "moyen de réduire les coûts pour la sécurité sociale" (68% dont 33% tout à fait d'accord).

Toutefois, ils considèrent à 52% que cela constitue un "risque d'atteinte à la vie privée du patient", contre 46% jugeant le contraire. Environ 88% estiment que le consentement du patient est "souhaitable" avant tout traitement informatique de données personnelles de santé.

Les médecins arrivent en tête des acteurs considérés comme les plus légitimes pour représenter les usagers (88%), devant les associations de malades et handicapés et de consommateurs (84%), l'administration (ministère, caisse d'assurance maladie) (75%), les mutuelles (74%), les syndicats (44%) et les partis politiques (25%).

Mardi 3 mars 2009 - 09:53

Les députés adoptent une définition législative des "soins de premier recours"

PARIS, 3 mars 2009 (APM) - Les députés ont adopté lundi soir une définition législative des soins de premier recours dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Les députés ont repris lundi après-midi la discussion en première lecture du projet de loi à l'article 14 qui donne une définition des "soins de premier recours" et des "soins spécialisés de second recours".

La ministre de la santé, Roselyne Bachelot, a souligné que cette définition était issue des débats des Etats généraux de l'organisation des soins (Egos) et répondait aussi à des demandes de parlementaires, notamment du rapport sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire du député UMP Marc Bernier (Mayenne) (cf dépêche [APM HMLIU007](#)).

"L'accès à des soins de premier recours, ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé (ARS) au niveau territorial (...) conformément au schéma régional d'organisation des soins", qui est redéfini à l'article 26 du projet de loi.

"Ces soins comprennent: la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients; la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que le conseil pharmaceutique; l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social; l'éducation pour la santé".

Les députés ont ajouté à l'unanimité la mention explicite du "conseil pharmaceutique", en soulignant le rôle rempli par le réseau des 23.000 officines sur le territoire pour assurer une proximité des soins.

Le député Nouveau centre Jean-Luc Prél (Vendée), les députés UMP Pierre Morel-A-L'Huissier (Lozère) et Guy Malherbe (Essonne), les socialistes Catherine Lemorton (Haute-Garonne) et Christian Paul (Nièvre), ainsi que le rapporteur Jean-Marie Rolland (Yonne) ont souligné la "disponibilité immédiate" des pharmaciens, "souvent le premier interlocuteur pour les patients et pour toutes les personnes qui cherchent un conseil pour leur santé".

L'article 14 indique également que "les professionnels de santé, dont les médecins traitants (...), ainsi que les centres de santé, concourent à l'offre de soins de premier recours, en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées, avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux".

Les députés ont ajouté, à l'unanimité, la mention des centres de santé, qui n'étaient pas cités dans le projet de loi initial. Jean-Marie Rolland ainsi que le rapporteur de la commission des affaires économiques André Flajolet (UMP, Pas-de-Calais), auteurs de l'amendement voté, ont indiqué que les centres de santé devaient être mieux reconnus.

"Les soins spécialisés de second recours, non couverts par l'offre de premier recours", seront organisés par les ARS dans le cadre du Sros, indique également l'article 14.

En revanche, les députés ont repoussé plusieurs amendements qui mentionnaient explicitement les infirmiers comme professionnels de soins de premier recours. Roselyne Bachelot a soutenu l'intention mais a estimé qu'il n'y avait pas de raison de mentionner en particulier une catégorie de professionnels de santé. Elle a ajouté que ces éléments seraient repris dans les textes réglementaires qui suivront la loi, en particulier pour les infirmiers.

MISSIONS DES MEDECINS GENERALISTES DE PREMIER RECOURS

Les députés ont adopté, en la complétant, la liste des missions du médecin généraliste de premier recours.

Il doit ainsi "contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé" -avec la précision que "cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux", "orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social", "s'assurer que la coordination des soins nécessaire à ses patients est effective".

Le médecin généraliste de premier recours doit aussi "veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies

chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient", "assurer la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé", "contribuer aux actions de prévention et de dépistage" et "participer à la permanence des soins".

A l'initiative de l'UMP Michel Raison (Haute-Saône), une huitième mission a été ajoutée, à l'unanimité et avec l'accord de la ministre de la santé, celle de "contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales".

Michel Raison a souligné l'importance de ces stages pour "faire connaître le métier" aux jeunes médecins formés dans les hôpitaux et "faire un pas en avant pour repeupler les secteurs sous-dotés".

En revanche, un amendement de l'UMP Pierre Morel-A-L'Huissier, refusé par la majorité mais soutenu par quelques députés UMP et la gauche, a donné lieu à un vif débat. Il visait à définir un temps d'accès maximal à un médecin généraliste (une heure), à une maternité (45 minutes), et à une structure d'urgence (vingt minutes).

Jean-Marie Rolland a indiqué que des "normes quantifiées d'accès aux soins" étaient difficilement définissables dans la loi, car dépendantes "des conditions météorologiques et de circulation". Roselyne Bachelot a estimé que des normes pouvaient figurer dans un Sros mais pas dans la loi.

Le socialiste Christian Paul a dénoncé la "démission" et "le double langage" de la majorité et du gouvernement sur la question du délai d'accès aux soins, alors que le rapport Bernier, adopté à l'unanimité, demandait justement de fixer des normes quantifiées. Marc Bernier lui-même a fait part de sa déception, en rappelant les termes de son rapport mais aussi une recommandation du rapport Larcher.

Mardi 3 mars 2009 - 11:58

HPST: les députés définissent les maisons et les pôles de santé

PARIS, 3 mars 2009 (APM) - Les députés ont adopté lundi soir plusieurs articles additionnels au projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) qui précisent les missions des maisons de santé et des pôles de santé.

Concernant les maisons de santé, les députés ont adopté un article additionnel proposé par le gouvernement et inspiré du rapport des députés Christian Paul (PS, Nièvre) et Marc Bernier (UMP, Mayenne) sur l'organisation des soins.

L'article adopté vise "à soutenir le développement des maisons de santé" et à "renforcer l'offre de soins de premier recours", a expliqué Roselyne Bachelot.

Il définit les maisons de santé afin de les différencier des cabinets libéraux de groupe et précise qu'elles doivent être "pluridisciplinaires et permettre une prise en charge des patients coordonnée".

Les professionnels de santé exerçant dans une maison de santé devront élaborer "un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux".

Le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs) assurera le financement de la coordination des soins assurée par les maisons de santé et les centres de santé.

Il est donc prévu qu'une part du Fiqcs soit attribuée aux maisons de santé. La ministre a précisé que ce montant atteindra au moins 20 millions d'euros pour 2010 et sera inscrit dans le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

"Je pense qu'il serait souhaitable de tenir compte de l'évolution des maisons de santé pluridisciplinaires pour faire progresser le montant du financement qui leur est destiné jusqu'à 25% de la dotation régionale du Fiqcs, ce qui devrait rapidement nous permettre de nous appuyer sur un maillage territorial d'offre de soins de premier recours durable, fiable et modernisé", a ajouté la ministre de la santé.

Elle a précisé que le ministère avait reçu 47 demandes de maisons médicales et que le financement de ces établissements serait "adapté en fonction de leur progression".

Roselyne Bachelot a estimé que d'ici une dizaine d'année, 30% des professionnels de santé devraient être regroupés dans ce type de structure.

Le financement des maisons de santé a fait l'objet de commentaires et d'interrogations de la part de plusieurs députés.

Jean-Marie Le Guen (PS, Paris) a estimé que les 20 millions d'euros prévus pour les maisons de santé étaient insuffisants et représentaient seulement "un pour mille des dépenses de la médecine ambulatoire". Il a estimé que le recours au Fiqcs, un financement non pérenne, n'allait pas faciliter la création de structures de ce type.

Christian Paul (PS, Nièvre) a souligné qu'actuellement les maisons de santé étaient très largement mises en place grâce au financement des collectivités locales et a interrogé la ministre de la santé pour savoir le niveau d'investissement que compte réaliser son ministère pour leur création.

La ministre de la santé a indiqué qu'elle ne pouvait pas apporter de réponse précise "à cet instant du débat".

Le président de la commission des affaires sociales, Pierre Méhaignerie (UMP, Ille-et-Vilaine), a estimé que le cadre et les modalités de financement des maisons de santé devaient être définis dans "les trois mois".

"Pour l'heure, chacun a tendance à agir à sa guise, dans le plus grand désordre, ce qui aboutit parfois à des effets de surenchère. Or (...) il n'est pas normal qu'une maison de santé soit financée à 50% ou 80% par les contribuables", a déclaré le président de la commission.

DEFINITION DES POLES DE SANTE

Les députés ont adopté un article additionnel proposé par Marc Bernier qui donne une définition des pôles de santé.

"Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours (...) et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire", indique l'article.

Ils sont constitués entre "des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et de services médico-sociaux, des groupements de coopération sociale et médico-sociale".

Le rapporteur, Jean-Marie Rolland (UMP, Yonne), a assuré que cette forme d'organisation était "cohérente avec l'esprit des nouveaux schémas régionaux d'offre de soins entre la ville et l'hôpital" et que cette définition législative allait permettre de "favoriser le développement des pôles de santé".

La ministre de la santé a fait adopter deux précisions: l'une qui permet aux pôles de santé d'exercer aussi des activités de soins de second recours et l'autre qui confie, comme pour les centres et les maisons de santé, au Fiqcs le soin de financer la coordination des soins assurés par les pôles de santé.

Adopté en commission, un amendement fixant un principe d'égalité de traitement des centres de santé et des professionnels libéraux a finalement été retiré à la demande de la ministre de la santé.

Roselyne Bachelot a expliqué qu'elle voulait conserver "l'identité culturelle" des centres de santé et a rappelé que les conventions entre les centres et l'assurance maladie étaient en cours de renégociation.

Mardi 3 mars 2009 - 17:04

Projet de loi HPST: le vote solennel à l'Assemblée nationale prévu mardi prochain

PARIS, 3 mars 2009 (APM) - La conférence des présidents de l'Assemblée nationale a fixé au mardi 10 mars le vote solennel sur le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Les députés ont repris mardi après-midi l'examen du titre II du projet de loi sur l'organisation des soins. Il reste à examiner d'ici lundi soir les titres dédiés à la santé publique et aux agences régionales de santé (ARS).

La date de l'examen du projet de loi au Sénat n'a pas été fixée, a-t-on appris mardi auprès de la Haute assemblée.

Le projet de loi est examiné dans le cadre d'une procédure d'urgence et fera donc l'objet d'une seule lecture par chambre, rappelle-t-on.

Mercredi 4 mars 2009 - 10:20

HPST: les députés adoptent la régulation régionale du numerus clausus et des postes d'internes

PARIS, 4 mars 2009 (APM) - Les députés ont adopté mardi soir la régulation régionale du numerus clausus et des postes d'internes dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Les débats sur l'article 15, qui instaure cette régulation, ont été très longs mardi, car la question des mesures coercitives à l'installation des médecins et la meilleure manière de résorber les "déserts médicaux" a de nouveau été abordée après un premier débat lundi soir (cf dépêche [APM EHMC3005](#)).

Les députés ont adopté l'article 15 ainsi que des articles additionnels. Les débats recommenceront mercredi après-midi sur l'article 16 qui réforme les modalités d'organisation de la permanence des soins (PDS).

La régulation des flux d'internes et d'étudiants en région en fonction des besoins sera une mesure opérationnelle dans les cinq ans, a indiqué la ministre de la santé, Roselyne Bachelot.

Elle a souligné l'importance de cette mesure pour remédier aux déséquilibres entre régions. Elle a rappelé que, depuis deux ans, le numerus clausus avait été augmenté de 300 en appliquant des augmentations plus importantes aux régions sous-dotées en procédant à des diminutions sur certaines régions surdotées. Au final, 435 jeunes médecins ont été attribués aux zones les plus affectées par des difficultés, a-t-elle indiqué.

L'article 15 indique qu'un décret définira les conditions dans lesquelles les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur arrêteront le numerus clausus.

Au passage, le comité de la démographie médicale, créé par décret en octobre 2004 mais jamais mis en place et chargé de donner un avis préalable à la fixation du numerus clausus, est supprimé.

Les comités régionaux de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), qui seront placés sous la responsabilité du directeur général de l'agence régionale de la santé (ARS), seront chargés chaque année d'évaluer les besoins régionaux de formation.

L'article 15 procède aussi à la réécriture de la définition de l'internat (troisième cycle des études médicales).

Il est indiqué qu'un arrêté définit pour cinq ans le nombre d'internes à former "par spécialité, en particulier de médecins généralistes, et par subdivision territoriale, compte tenu de la situation de la démographie médicale dans les différentes spécialités concernées et de son évolution au regard des besoins de prise en charge spécialisée".

L'objectif est que les internes sachent au début de leur internat si leur poste sera ouvert pour toute la durée de leur formation, ce qui leur donne une visibilité à moyen terme sur l'offre de formations des différents centres hospitaliers universitaires (CHU).

Les députés ont ajouté, à l'initiative du communiste André Chassaigne (Puy-de-Dôme), avec l'accord du gouvernement, la mention des médecins généralistes pour montrer "l'importance de l'installation sur tout le territoire des jeunes médecins généralistes", a souligné le rapporteur de la commission des affaires économiques, André Flajolet (UMP, Pas-de-Calais).

Les députés ont également ajouté que tout étudiant présentant le concours de deuxième année d'études de médecine sera "informé de l'objectif de la collectivité nationale de rééquilibrage de la densité médicale sur le territoire et des mesures permettant d'y concourir".

Ces modalités d'information seront définies par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. L'ajout de cette disposition, à l'initiative de la députée UMP Bérengère Poletti (Ardennes), s'est fait avec l'accord de la ministre de la santé, qui a proposé cette rédaction, comprenant le souci d'informer correctement les futurs médecins de leurs conditions d'exercice.

L'article 15 indique, sans changement par rapport à la législation actuelle, qu'"un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine le nombre de postes d'internes offerts chaque année par discipline ou spécialité et par centre hospitalier universitaire. Le choix effectué par chaque étudiant est subordonné au rang de classement aux épreuves classantes nationales".

L'article 15 renvoie ensuite à des décrets en Conseil d'Etat pour déterminer les subdivisions territoriales, les modalités des épreuves d'accès au troisième cycle, de choix d'une spécialité par les internes, d'établissement de la liste des services formateurs, d'organisation du troisième cycle des études médicales, de changement d'orientation ainsi que la durée des formations nécessaires durant ce cycle et ultérieurement, pour obtenir selon les spécialités une qualification.

Les députés ont ajouté avec l'accord du gouvernement un agrément des centres de santé et des structures d'hospitalisation à domicile (HAD) pour l'accueil de stagiaires dans le cadre de l'internat.

Par ailleurs l'article 15 supprime des dispositions du code de l'éducation qui relèvent du domaine réglementaire sur la nature des enseignements (enseignement spécifique dédié aux effets de l'alcool sur le fœtus, formation spécialisée en médecine du sport et enseignements de santé publique) et sur l'organisation de l'internat (un semestre en CHU et un semestre en stage chez un généraliste agréé pour les internes de médecine générale, deux semestres au moins pour les autres internes, au moins un semestre en CHU pour les internes en psychiatrie).

MESURES SUR L'INTERNAT EN ODONTOLOGIE

Les députés ont adopté, avec l'accord du gouvernement, une mesure destinée à revaloriser l'internat en odontologie, qui fait l'objet d'une désaffectation, avec seulement une trentaine d'étudiants par an, a indiqué le rapporteur Jean-Marie Rolland (UMP, Yonne).

Elle crée une formation qualifiante, qui sera dans un premier temps réservée à la chirurgie orale. L'objectif est aussi de remédier au déclin de la stomatologie, a indiqué Jean-Marie Rolland.

En revanche, contre l'avis du gouvernement, les députés ont voté un amendement du Nouveau centre pour régionaliser le numerus clausus de chirurgie dentaire.

Roselyne Bachelot a estimé que la mesure n'était pas pertinente d'autant qu'il n'y a pas d'enseignement dentaire dans toutes les régions. Elle a rappelé que le numerus clausus d'odontologie a été augmenté de 120 places.

Mercredi 4 mars 2009 - 11:52

HPST: les députés votent la création de bourses pour les étudiants de médecine contre un engagement à exercer en zone sous-dotée

PARIS, 4 mars 2009 (APM) - Les députés ont adopté mardi soir à l'unanimité, dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), la création de bourses pour les étudiants en médecine contre un engagement à exercer en zone sous-dotée en médecins.

La ministre de la santé, Roselyne Bachelot, a indiqué que 200 "allocations d'engagement de service public" seraient proposées pour l'année universitaire 2010-11, avec un montant envisagé à ce stade de 1.200 euros mensuels, financé par l'assurance maladie.

Le nombre d'allocations sera "périodiquement réévalué en fonction de l'attractivité de l'allocation et des besoins de la démographie médicale". Le montant pourra aussi être réévalué chaque année.

Alors que plusieurs députés soulignaient que le nombre de 200 semblait insuffisant pour répondre à l'ampleur du problème (9 postes par région, a remarqué le député UMP du Bas-Rhin Yves Bur), la ministre a ajouté qu'elle était prête à discuter pour "aller plus loin".

Mercredi matin lors d'une conférence de presse, le député UMP Pierre Morel-A-L'Huissier (Lozère) a rapporté que la ministre de la santé lui avait précisé qu'elle était prête à financer jusqu'à 400 bourses.

Le dispositif a été initialement proposé par le député UMP Marc Bernier (Mayenne) et le rapporteur Jean-Marie Rolland (UMP, Yonne) et repris par le gouvernement. Les députés ont ajouté, à l'initiative de Pierre Morel-A-L'Huissier, que le dispositif bénéficierait notamment aux zones de revitalisation rurale et aux zones urbaines sensibles.

L'objectif est de "garantir la présence de jeunes praticiens dans les zones sous-dotées", en faisant "appel au volontariat", a souligné la ministre. Elle vient en complément des mesures du projet de loi sur la mise en place du schéma régional d'organisation des soins (Sros) ambulatoire, sur la régionalisation de l'orientation des internes et la revalorisation de la filière de médecine générale.

Une fois diplômés, les bénéficiaires devront exercer en zone déficitaire, selon le mode d'exercice de leur choix, cabinet libéral ou activité salariée, pour une durée équivalente à la durée de versement de l'allocation, et pour au moins deux ans.

"Ce dispositif sera proposé aux étudiants tout au long de leur cursus, de la deuxième année du premier cycle jusqu'à la fin de l'internat. Il sera également ouvert aux personnes qui reprennent des études après un autre cursus et, éventuellement, une période d'activité professionnelle", a précisé la ministre.

La mesure pourra ainsi bénéficier aux personnes intégrant les études médicales via le dispositif de "passerelle entrante" prévue dans la proposition de loi relative à la première année des études de santé, en cours de discussion au Parlement (cf dépêche [APM EHMBC008](#)).

Le Centre national de gestion (CNG) versera, via le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs), l'allocation mensuelle et suivra le parcours des étudiants.

Afin de "renforcer leurs liens avec la région", les internes seront affectés durant leur dernière année d'internat auprès de l'ARS qu'ils auront choisie dans la liste des postes ouverts et "opteront ensuite pour un poste au sein d'une liste établie par l'ARS en fonction des zones les plus prioritaires de la région", a indiqué Roselyne Bachelot.

Pendant cette "période de service public", il sera possible pour le médecin d'exercer un "droit au remords" pour changer d'affectation (impossibilité d'exercer, raisons personnelles nécessitant un départ dans une autre région ou un autre pays) et de se dégager de leur obligation d'exercice, contre le paiement d'une indemnité égale au double des sommes perçues au titre du contrat.

Cette allocation, qui s'ajoutera aux rémunérations déjà perçues par les étudiants et les internes, "représente un effort important de la collectivité pour améliorer la démographie médicale et l'accès aux soins", a souligné Roselyne Bachelot.

Le dispositif permettra aussi de "démocratiser les études de médecine", a complété la ministre. "Certes, les étudiants issus des quartiers en difficulté n'iront pas forcément exercer dans ces mêmes quartiers mais il est sûr que ceux qui viennent du XVIème arrondissement, eux, ne le feront pas", a-t-elle estimé.

Les textes réglementaires préciseront plusieurs points: les conditions de choix de spécialité et de région pour les internes au sein de l'examen classant national; les modalités de choix d'un lieu et mode d'exercice à l'issue de la formation, au sein d'une liste des terrains d'exercice proposés par les ARS; les possibilités de changement de région au cours de l'exercice; les modalités de gestion de ces étudiants et internes par le CNG; le montant de l'allocation.

Roselyne Bachelot a précisé qu'elle souhaitait que les conseils généraux et régionaux, les communes et les groupements de communes qui avaient adopté des mesures similaires redirigent leurs financements vers le soutien aux maisons de santé pluridisciplinaires ou "d'autres actions structurantes du territoire de santé".

Pierre Morel-A-L'Huissier, qui a demandé avec force durant le débat des mesures coercitives favorisant l'installation dans les zones sous-denses, a exprimé son satisfecit. "Désormais, le projet de loi n'est pas dénué d'une certaine vision pour les zones rurales", a-t-il commenté.

Yves Bur, comme Jean-Pierre Door (UMP, Loiret), a souligné une "proposition concrète, pragmatique", en souhaitant qu'elle entre très rapidement en vigueur. Il s'est aussi félicité que des jeunes n'envisageant pas de suivre ces études en raison de leur longueur et de leur coût se voient ouvrir de nouvelles perspectives.

Le socialiste Christian Paul (Nièvre) a estimé que le dispositif, tout en étant positif, serait insuffisant, en indiquant qu'en Saône-et-Loire une offre semblable n'avait suscité que "trois ou quatre vocations" en trois ans pour un besoin de 80 médecins.

Mercredi 4 mars 2009 - 16:37

Campagne tarifaire 2009: les évolutions de tarifs MCO seront limitées entre -2% et +3% par grande catégorie d'activité

PARIS, 4 mars 2009 (APM) - Les évolutions des tarifs hospitaliers de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) seront limitées en 2009 entre -2% et +3% par grande catégorie d'activité afin d'éviter des variations brutales de recettes pour les établissements hospitaliers associées à l'application de la nouvelle version (V11) de la classification des groupes homogènes de malades (GHM) et de l'étude nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC), a indiqué la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins mercredi lors d'un point presse.

Alors que la circulaire tarifaire devrait être diffusée de façon imminente, la directrice de la Dhos, Annie Podeur, a présenté lors de ce point presse les orientations de la campagne 2009. Elle était accompagnée de la directrice de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), Maryse Chodorge, la responsable de la mission sur la tarification à l'activité (T2A), Martine Aoustin, le sous-directeur des affaires financières de la Dhos, Patrick Olivier, et le chef de service du pôle "organisation des soins, établissements et financement" à la Dhos, Felix Faucon.

L'application de la V11 (quatre niveaux de sévérité avec des tarifs allant du simple au triple, cf dépêche [APM CBMBH003](#)) et de l'ENCC constitue une des évolutions importantes de la campagne 2009. Toutefois, "nous avons limité de façon très volontariste les effets revenus, c'est-à-dire les variations de recettes dans les établissements", a expliqué Annie Podeur.

"Nous avons choisi de travailler au niveau des grandes activités médicales, c'est-à-dire dans la classification par catégorie majeure de diagnostic (CMD)", a précisé Patrick Olivier. Cela signifie qu'une fourchette encadre par CMD les évolutions des tarifs, que celles-ci soient positives ou négatives. Ainsi, le gain maximal est limité à 3% et la perte maximale à 2% par CMD.

Par exemple dans le secteur public, l'application de la V11, de l'ENCC et des politiques et programmes de santé publique aurait pu se traduire par une baisse de 6% des tarifs des activités neuromédicales et par une hausse de 8% pour la chirurgie digestive mais ces évolutions ont été limitées respectivement à -2% et +3%.

La limitation est encore plus forte dans le secteur privé. Avant la correction, les tarifs ORL risquaient de baisser de 12% et ceux de chirurgie digestive d'augmenter de 14%. "Etant passé d'une échelle historique à une échelle basée sur les coûts, on a une grande redistribution, donc un grand désordre introduit par la mise en place de la nouvelle échelle de coûts", ce qui se traduit par de grandes variations avant la limitation des effets revenus réalisée par le ministère, a expliqué Patrick Olivier.

Annie Podeur a observé qu'outre cette limitation des effets revenus, il avait été décidé de donner aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH) les moyens d'accompagner les établissements "dont la viabilité pourrait être mise en péril".

En effet, un établissement se positionne en général sur plusieurs groupes d'activité mais pour certains établissements spécialisés qui ne feraient, par exemple, que de l'ophtalmologie et de la chirurgie sur le cristallin, "on peut imaginer que ce soit un peu plus difficile", a-t-elle indiqué.

Pour accompagner ce type d'établissements, le ministère a prévu une enveloppe exceptionnelle et non reconductible de 100 millions d'euros d'aide à la contractualisation, mise à la disposition des ARH. "Nous ne sommes pas en train de compenser un manque à gagner, nous donnons des crédits aux ARH pour permettre aux établissements d'avancer dans le processus de réorganisation" afin de pouvoir soutenir les modifications du modèle de tarification, a souligné le sous-directeur des affaires financières de la Dhos.

CONSTRUCTION DES TARIFS: UNE METHODE TRANSPARENTE

Lors du point presse, Patrick Olivier a expliqué toute la démarche de construction des tarifs utilisée pour la campagne 2009. "A partir de maintenant, nous allons avoir une méthode séquentielle de construction des tarifs", "transparente" et "sur laquelle nous souhaitons nous appuyer dans les années à venir".

La première étape consiste à construire une échelle tarifaire qui respecte la hiérarchie des coûts (tarifs bruts), puis d'y intégrer les politiques publiques comme les plans de santé publique, le maintien de la rémunération de certaines activités et les politiques incitatives (tarifs repères) et enfin de limiter les effets revenus (tarifs initiaux).

Patrick Olivier a observé qu'au moment de la construction des tarifs repères, il a par exemple été décidé de préserver les ressources allouées aux soins palliatifs et également au cancer, même si les tarifs bruts étaient en forte baisse notamment pour les séances.

A partir des tarifs initiaux, les tarifs définitifs sont obtenus en prenant en compte la masse financière globale à distribuer ainsi que les prévisions d'augmentation du volume d'activité et l'effet codage lié au changement de classification des GHM.

Patrick Olivier a souligné que cette méthode permettra de s'interroger et de discuter de chaque étape, par exemple sur les tarifs bruts et sur les grandes contraintes à introduire pour obtenir les tarifs repères.

74% DE L'ENVELOPPE MCO TARIFES A L'ACTIVITE

Annie Podeur a précisé que la part de l'enveloppe MCO (50,828 milliards d'euros) soumise à une règle tarifaire est en 2009 de 74% (37,646 milliards d'euros). Ce taux est obtenu en retirant du champ MCO, les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac, 7,694 milliards d'euros, 15%), les forfaits annuels, pour les greffes et les urgences (1,149 milliard d'euros, 2%) ainsi que les médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus (4,339 milliards d'euros, 9%).

Patrick Olivier a observé que la masse financière redistribuée par les tarifs était en progression de 2,5% en moyenne pour les deux secteurs, à champ constant. "C'est plus important que ce que nous avons eu jusqu'à présent" car cette progression devait être de 2% pour les deux ou trois années précédentes, a-t-il indiqué.

Pour la campagne 2009, Martine Aoustin a par ailleurs confirmé qu'une enveloppe de 760 millions d'euros sera débasée des tarifs du secteur public, pour abonder les missions d'intérêt général et réallouée aux établissements concernés par la permanence des soins hospitalière.

S'agissant de la précarité, une enveloppe de 100 millions d'euros sera dégagée au niveau national et affectée aux établissements assurant de façon significative l'accueil des populations précaires. Le montant de cette enveloppe sera fixé pour chaque établissement en fonction du nombre de patients bénéficiant de la couverture maladie universelle (CMU) et de l'Aide médicale d'Etat (AME).

Jeudi 5 mars 2009 - 08:32

HPST: les députés adoptent la mutualisation des moyens de la permanence des soins entre médecins libéraux et établissements de santé

PARIS, 5 mars 2009 (APM) - Les députés ont adopté mercredi soir la mutualisation des moyens de la permanence des soins (PDS) entre médecins libéraux et établissements de santé dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)

L'article 16 du projet de loi apportera deux nouveautés à partir du 1er janvier 2010, date de mise en place des agences régionales de santé (ARS).

D'abord, les moyens de la PDS seront mutualisés entre les médecins libéraux et les établissements de santé pour la partie aide médicale urgente (AMU) alors qu'il y a actuellement un cloisonnement entre les deux.

L'article indique que la mission de service public de permanence des soins sera "assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins" libéraux conventionnés et non conventionnés et des centres de santé.

Les députés ont ajouté, à l'initiative du rapporteur pour avis André Flajolet (UMP, Pas-de-Calais), un alinéa à l'article pour affirmer que "tout médecin a vocation à concourir" à la PDS "selon des modalités fixées contractuellement" par l'ARS.

Cette précision vise à permettre à des médecins volontaires, et notamment des médecins hospitaliers ou des retraités, de participer à la PDS. La ministre de la santé a précisé qu'ils "pouvaient apporter leur concours" à la PDS, l'ARS définissant leur mode de participation particulière, tout en ajoutant, concernant les hospitaliers, qu'il ne s'agirait évidemment pas d'une obligation.

Un débat a eu lieu sur les changements apportés en 2003 à la PDS, plusieurs députés critiquant la fin de l'obligation d'y participer.

Roselyne Bachelot a tenu à rectifier ces propos en soulignant que l'obligation de participer à la PDS persistait mais était organisée depuis 2003 "sur un mode collectif et plus sur un mode individuel".

"C'est ce qui justifie que le préfet a un droit de réquisition". "C'est un droit appliqué", a-t-elle poursuivi en indiquant que 34 départements y avaient recouru en 2008, pour une quinzaine de médecins par mois.

La deuxième nouveauté du texte porte sur l'organisation de la PDS au niveau régional par le directeur général de l'ARS et non plus au niveau départemental par le préfet. Quand il constatera que la PDS n'est pas assurée, le directeur général de l'ARS pourra saisir le préfet du département pour qu'il procède aux réquisitions de médecins.

Les députés ont supprimé le doublement de l'amende (de 3.750 euros à 7.500 euros) qui était prévu par le gouvernement si un médecin ne répond pas à une réquisition. Cette mesure était très contestée par les syndicats de médecins et plusieurs députés UMP et socialistes ont demandé le maintien de l'amende à son niveau actuel. Roselyne Bachelot a donné son accord pour ce statu quo.

REGULATION TELEPHONIQUE COMMUNE ENTRE PDS ET AMU

Les députés ont adopté le principe d'une régulation commune des appels téléphoniques pour la PDS et l'aide médicale urgente (AMU), en modifiant légèrement le texte initial.

"La régulation téléphonique des activités de permanence des soins et d'aide médicale urgente est accessible sur l'ensemble du territoire par un numéro de téléphone national", indique l'article 16.

"Cette régulation téléphonique est également accessible pour les appels relevant de la PDS, par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plateformes d'appels interconnectées avec ce numéro national dès lors que ces plateformes assurent une régulation médicale des appels".

La ministre de la santé a souligné qu'il ne s'agissait pas remettre en question l'activité des associations de médecins libéraux assurant une régulation téléphonique de PDS. Elle a précisé que l'interconnexion entre les numéros ou l'existence d'une plateforme commune ne signifiait pas un numéro d'appel unique.

Elle a même indiqué qu'il convenait de maintenir des numéros différents selon le type de demandes et qu'un numéro unique pouvait comporter un risque d'engorgement. Elle a pris l'exemple de la plateforme téléphonique du CHU de Bordeaux qui garde trois numéros: un pour la PDS, un pour l'AMU et un pour la demande de renseignements, avec trois types de répondants.

Mais, sur la mise en place d'un numéro unique, la ministre a rappelé qu'une concertation était engagée avec les représentants des libéraux, l'Ordre des médecins et Samu de France pour évaluer ce dispositif, son impact sur l'accès aux soins, notamment sur le désengorgement des services d'urgence avant arrêter une éventuelle stratégie nationale.

Elle a aussi indiqué que la Haute autorité de santé (HAS) allait très prochainement publier une recommandation sur la téléprescription et que des groupes de travail allaient se réunir à partir d'avril sur les bonnes pratiques de régulation téléphonique.

Les députés ont également étendu aux médecins libéraux qui régulent les appels au sein d'un service d'AMU

hébergé par un hôpital public le régime de responsabilité administrative appliqué aux praticiens et agents publics.

Actuellement, les médecins libéraux bénéficient du statut de collaborateur occasionnel du service public mais cela ne couvre que la responsabilité civile personnelle et pas leur responsabilité civile professionnelle (RCP).

"L'activité du médecin libéral assurant la régulation des appels au sein d'un service d'aide médicale urgente hébergé par un établissement public de santé, entre dans le champ couvert par le régime de la responsabilité administrative qui s'applique aux agents de cet établissement public. Ce même régime s'applique dans le cas où, après accord exprès de l'établissement public en cause, le médecin libéral assure la régulation des appels depuis son cabinet ou son domicile", indique le texte voté.

La ministre de la santé a bien précisé que le médecin libéral effectuant un acte était couvert par son assurance en RCP pour son activité libérale.

Les députés ont ajouté, à l'initiative de Jacques Domergue (UMP, Hérault), une disposition pour organiser la continuité des soins pendant les périodes de congés et d'absence des médecins libéraux.

Le conseil départemental de l'Ordre des médecins et le directeur général de l'ARS devront mettre en place une veille pour assurer la continuité de la PDS. Le médecin, aura l'obligation de faire connaître au conseil de l'Ordre ses "absences programmées" et d'identifier un confrère qui assurera la continuité des soins pour ses patients.

Jeudi 5 mars 2009 - 09:07

HPST: les députés encadrent les coopérations entre professionnels de santé

PARIS, 5 mars 2009 (APM) - Les députés ont voté mercredi soir un article qui encadre les processus de coopération entre professionnels de santé, dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Cet article vise à étendre le principe des coopérations entre professionnels de santé (délégations de tâches et transferts de compétences) en les sortant du cadre expérimental qui a prévalu jusqu'alors.

"Les professionnels de santé peuvent s'engager dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient", stipule le projet de loi.

"Dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience", ils devront intervenir dans le cadre de "protocoles" de coopération.

Ces protocoles devront préciser "l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés".

Selon un amendement du gouvernement, ils devront être soumis à l'agence régionale de santé (ARS) pour s'assurer qu'ils répondent bien à "un besoin de santé" au niveau régional.

L'agence soumettra ensuite ces protocoles à la Haute autorité de santé (HAS) et pourra donner une autorisation pour leur mise en oeuvre.

Le gouvernement a fait adopter un amendement précisant que la HAS peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national.

Cela permettra à la HAS de généraliser l'application des protocoles proposés par les professionnels de santé, à partir du moment où ils auront fait la preuve de leur efficacité et du respect de la sécurité des soins.

Les professionnels de santé qui s'engagent mutuellement à appliquer ces protocoles seront tenus de faire enregistrer leur demande d'adhésion auprès de l'ARS.

L'article précise que "l'agence vérifie, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, que le demandeur dispose d'une garantie assurantielle portant sur le champ défini par le protocole et qu'il a fourni les

éléments pertinents relatifs à son expérience acquise dans le domaine considéré et à sa formation.
L'enregistrement de la demande vaut autorisation".

Le gouvernement a fait adopter un amendement permettant à l'ARS de dresser un bilan à un an des protocoles autorisés. Les professionnels qui participent à un protocole de coopération devront pour cela se doter d'outils de suivi, qui seront élaborés par la HAS.

Cet amendement propose également que l'ARS puisse mettre fin à l'application d'un protocole par des professionnels de santé si cela compromet la qualité et la sécurité des soins.

Cet article a été soutenu par l'ensemble des groupes.

Le député Jean-Luc Prével (Nouveau centre, Vendée) a estimé qu'il allait dans "le bon sens" car il devrait permettre de "rendre du temps médical et d'assurer un meilleur suivi des patients".

"J'espère qu'il permettra de faire sauter les freins corporatistes", a ajouté le député centriste.

Le député Jean Mallot (PS, Allier) a souligné que ces coopérations allaient "ouvrir des possibilités extrêmement importantes et intéressantes pour la carrière des professionnels de santé et l'exercice de leur métier".

La question de la rémunération des professionnels dans le cadre de ces coopérations a été rapidement évoquée.

La ministre de la santé a indiqué que les expérimentations sur les nouveaux modes de rémunérations qui débutent en région prendraient en considération ces coopérations.

Jeudi 5 mars 2009 - 12:25

Missions de service public: les présidents de CME des cliniques dénoncent la possible rupture unilatérale des contrats avec les médecins

PARIS, 5 mars 2009 (APM) - La Conférence des présidents de conférence médicale d'établissement (CME) de l'hospitalisation privée a dénoncé mercredi dans un communiqué la possibilité de rupture unilatérale des contrats des médecins en cas d'échec des négociations sur les missions de service public confiées aux cliniques.

Le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), discuté actuellement à l'Assemblée nationale, prévoit que des missions de service public pourront être déléguées à des établissements de santé privés, par le biais du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu avec l'agence régionale de santé (ARS), afin de garantir notamment une proportion minimale d'actes facturés sans dépassement d'honoraires (cf dépêche [APM CBMBC003](#)).

Les contrats d'exercice des praticiens libéraux exerçant en clinique devront alors être modifiés dans un délai de six mois pour prévoir leur participation à ces nouvelles missions. "Le refus par le praticien de réviser son contrat en constitue un motif de rupture qui ne peut être mise à la charge de l'établissement ou du praticien", indique l'article 1 du projet de loi discuté mi-février par les députés.

La conférence des présidents de CME de clinique ne peut accepter que les ARS puissent contractualiser avec les seuls établissements, "au gré de leur bon vouloir sur des éléments de rémunération médicale, avec pour inadmissible conséquence la rupture unilatérale des contrats, au mépris du droit des médecins et de l'esprit conventionnel".

"Ces méthodes, tendent à instaurer des contrats d'adhésion individuels déséquilibrés en ignorant l'organisation collective que représente la CME dans les établissements", ajoute-t-elle.

Un autre point de déception concerne le "peu de consistance" donnée par le projet de loi aux CME des établissements privés, même s'il y a dans le texte un début de reconnaissance de ces CME, a observé le président de la conférence, Jean Halligon, contacté jeudi par l'APM.

Le projet de loi aligne le fonctionnement des CME privées sur celui des commissions médicales d'établissement (CME) publiques et souligne qu'elles doivent être consultées sur la qualité et les infections nosocomiales mais Jean Halligon déplore le fait que le projet de loi ne donne aucune "obligation de structuration minimale" de ces

CME.

En perspective de la discussion du projet de loi au Sénat, la Conférence nationale des présidents de CME appelle "tous les médecins exerçant en hospitalisation privée à interpeller leurs sénateurs pour le maintien de cette organisation originale et efficiente de la médecine libérale en hospitalisation privée".

Jeudi 5 mars 2009 - 12:54

HPST: les députés réforment les ordres médicaux et pharmaceutiques

PARIS, 5 mars 2009 (APM) - Les députés ont voté jeudi un article additionnel au projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) qui réforme les ordres des professions médicales et pharmaceutiques.

"Cette réforme fait consensus auprès des professionnels qui ont été consultés", a déclaré la ministre de la santé, Roselyne Bachelot, qui a présenté cet amendement.

Elle a souligné que la situation actuelle au sein des ordres des professions médicales et pharmaceutique faisait apparaître "un certain nombre de dysfonctionnements", mis en lumière par un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) en octobre 2007.

La ministre a indiqué que l'objet de cet article (qui fait 10 pages) était de "renforcer les capacités de contrôle et la stabilité des ordres, d'améliorer et de simplifier le fonctionnement des instances ordinales des professions médicales et pharmaceutiques".

Pour cela, il prévoit de modifier la périodicité des élections ordinales et la durée des mandats des conseillers ordinaires et permet au conseil départemental et au conseil national de porter plainte à l'encontre d'un praticien chargé d'une mission de service public.

L'article donne aussi un rôle efficient à la surveillance exercée par les ordres sur la compétence des praticiens.

"Lorsque les faits reprochés à un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme ont révélé une insuffisance de compétence professionnelle, la chambre disciplinaire de première instance peut (...) enjoindre à l'intéressé de suivre une formation", indique le texte.

Il est prévu aussi de modifier le fonctionnement en formation restreinte des chambres disciplinaires de première instance et de la chambre nationale et de revoir les dispositions relatives au relèvement d'incapacité.

L'article adopté renforce aussi le contenu de la mission de surveillance et de contrôle de gestion des conseils nationaux des professions médicales des autres ordres des professions médicales sur les budgets et les comptes des instances départementales et régionales.

Il accorde aussi un statut juridique à l'élu ordinal en affirmant le caractère non lucratif de la fonction ordinale tout en intégrant la possibilité de percevoir "des indemnités".

Il réforme la durée des mandats pour éviter des renouvellements trop fréquents. Pour les pharmaciens par exemple les membres du conseil national de l'ordre auront un mandat de six ans, renouvelable par moitié tous les trois ans.

Bérengère Poletti (UMP, Ardennes) a fait adopter un sous-amendement concernant l'ordre des sages-femmes qui maintient à cinq le nombre de conseillers nationaux.

"Aujourd'hui, l'ordre national ne souhaite plus voir sa composition augmenter pour des raisons liées au coût économique que cela engendrerait et du fait des difficultés pratiques qu'entraînerait cette augmentation", a expliqué Bérengère Poletti.

Jeudi 5 mars 2009 - 14:29

HPST: les députés adoptent la définition du développement professionnel continu, regroupant FMC et EPP

PARIS, 5 mars 2009 (APM) - Les députés ont adopté jeudi la définition du développement professionnel continu (DPC) des professions de santé, nouveau terme regroupant la formation médicale continue (FMC) et celles des autres professions de santé, et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

L'article 19 du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), qui inclut une réorganisation du dispositif de FMC et d'EPP, a été l'occasion d'introduire cette nouvelle appellation.

La ministre de la santé, Roselyne Bachelot, a justifié le nouveau cadre par la "grande complexité" du dispositif actuel de la FMC et de l'EPP. La nouvelle organisation va "recentrer l'obligation actuelle de FMC sur l'évaluation des pratiques" et vise à simplifier et rationaliser les circuits de gestion administrative et le financement de la FMC afin de garantir notamment la bonne mise en oeuvre de son volet évaluatif.

Il va conforter l'obligation de formation continue, recentrée sur la formation à visée évaluative. Les praticiens seront ainsi "engagés dans une démarche continue d'analyse de leurs pratiques au regard des standards en vigueur", a indiqué la ministre.

Un conseil national du DPC sera placé auprès du ministre de la santé pour le conseiller sur les modalités d'organisation du dispositif, sur les priorités et sur les critères d'enregistrement des organismes de formation. Il ne figure pas dans le projet de loi car le Conseil d'Etat a jugé que ces dispositions relevaient du domaine réglementaire (cf dépêche [APM EHMC5010](#)).

La nouvelle dénomination a été recommandée par un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales de décembre 2008 (cf dépêche [APM VGLLF003](#)) et approuvé par les trois conseils nationaux de la formation médicale continue en février (cf dépêche [APM SNMBC003](#)).

L'article 19 indique que "le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé".

Il concernera les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les pharmaciens et constituera une obligation pour chacune de ces professions, dont le respect sera contrôlé par les instances ordinales. Il est indiqué que les employeurs publics et privés seront tenus de prendre les dispositions permettant à chaque profession de respecter leur obligation de DPC.

Chaque professionnel sera tenu de effectuer "une action de formation évaluative chaque année au minimum", a indiqué Roselyne Bachelot.

Les députés communistes ont fait préciser, avec l'accord de la ministre et de la majorité, que les professionnels des centres de santé seraient concernés.

Un décret en Conseil d'Etat par profession déterminera comment les professionnels devront répondre à l'obligation de DPC et les critères de qualité des actions qui leur sont proposées à ce titre ainsi que les modalités d'agrément des actions ou organismes par l'organisme gestionnaire du DPC.

CREATION D'UN ORGANISME UNIQUE DE GESTION DE FPC

Les députés ont voté la création d'un organisme unique gestionnaire de la DPC pour l'ensemble des professions de santé.

Les financements provenant de l'État et de l'assurance maladie -y compris de la formation conventionnelle- seront regroupés dans ce fonds afin de "garantir une allocation des ressources publiques conforme aux priorités établies par les conseils nationaux" de FPC.

Dans son rapport écrit, Jean-Marie Rolland indique qu'il n'est pas prévu d'affecter au nouvel organisme les ressources des fonds d'assurance formation de la profession médicale (FAF-PM) actuellement gérés par les syndicats ni ceux des autres organismes créés par d'autres professions.

Alors que les députés socialistes demandaient d'inclure les financements privés, venant des laboratoires

pharmaceutiques notamment, afin de contrôler leur utilisation, Roselyne Bachelot a indiqué qu'elle ne souhaitait pas pour l'instant procéder à ce regroupement, qui nécessiterait un travail important.

La ministre a réaffirmé son attachement à l'indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique de la formation continue "dans son contenu, ses orientations, dans ses évaluations". L'organisme gestionnaire, en lien avec le conseil national, "fera respecter les critères de qualité et l'indépendance sera garantie".

L'organisme de gestion des fonds assurera "la gestion financière des actions de DPC et sera notamment chargé de déterminer les conditions d'indemnisation des professionnels de santé libéraux conventionnés participant aux actions de DPC".

Il sera doté de la personnalité morale et sera administré par un conseil de gestion. Il comportera des sections spécifiques à chaque profession.

Les règles de composition du conseil de gestion, les modalités de création de sections spécifiques et les règles d'affectation des ressources à ces sections seront fixées par voie réglementaire. Un cahier des charges sera établi pour définir les critères de l'agrément des organismes mais il le sera par voie réglementaire.

L'article 19 définit également les objectifs de la formation continue et son caractère obligatoire pour les auxiliaires de santé et des préparateurs en pharmacie.

Jeudi 5 mars 2009 - 17:27

Le LFB resterait une entreprise publique, selon un article du projet de loi HPST

PARIS, 5 mars 2009 (APM) - Les députés ont adopté jeudi un article qui maintient le Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies (LFB) comme une entreprise majoritairement à capitaux publics, dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

L'article adopté jeudi réécrit les missions du LFB inscrites dans le code de la santé publique.

Société anonyme, le LFB "exerce des activités de recherche, de production et de commercialisation de médicaments à usage humain et notamment des médicaments dérivés du sang, des médicaments susceptibles de se substituer aux médicaments dérivés du sang et des produits de santé issus des biotechnologies".

Le gouvernement a fait adopter un sous-amendement qui précise que "son capital est détenu en majorité par l'Etat ou par ses établissements".

"Je tiens à ce que cette entreprise demeure une entreprise majoritairement à capitaux publics de manière à garantir son indépendance", a déclaré Roselyne Bachelot.

La rédaction initiale de l'amendement de la commission des affaires sociales ouvrait la voie à une privatisation du LFB (cf dépêche [APM.SOMBJ004](#))

"Ses activités relatives à la fabrication des médicaments dérivés du sang destinés au marché français, issus du fractionnement du plasma, sont exercées exclusivement par une filiale (...) créée à cet effet".

Seule cette filiale peut fabriquer des médicaments à partir du sang ou de ses composants collectés par l'Etablissement français du sang (EFS).

L'article précise que cette filiale fractionne en priorité le plasma issu du sang ou de ses composants collectés par l'EFS. Pour satisfaire les besoins nationaux, notamment ceux liés au traitement des maladies rares, elle distribue, prioritairement sur le territoire français, les médicaments qui en sont issus.

"Lorsque cette filiale fabrique des médicaments dérivés du sang destinés au marché français, elle le fait à partir du sang ou de ses composants (...) sauf lorsque des médicaments équivalents en termes d'efficacité ou de sécurité thérapeutiques ne sont pas disponibles en quantité suffisante pour satisfaire les besoins sanitaires ou lorsque leur fabrication nécessite l'utilisation de plasma spécifique ne répondant pas aux conditions" prévues.

Actuellement, la filiale travaille sur des produits qui proviennent exclusivement de l'EFS. Mais en cas de pénurie

de certains composants (comme le sérum anti-D par exemple), l'article voté jeudi va lui permet de s'approvisionner à l'étranger.

L'article précise qu'elle peut "sous-traiter certaines des étapes concourant à la fabrication de ces médicaments". Toutefois, les médicaments destinés au marché français, fabriqués par cette filiale, sont libérés sous le contrôle de son pharmacien responsable.

L'article précise que l'EFS ne peut pas détenir de participation directe ou indirecte dans le LFB et dans les sociétés contrôlées par celle-ci.

Jeudi 5 mars 2009 - 17:47

HPST: les députés ont voté un article sur l'assurance des médecins salariés

PARIS, 5 mars 2009 (APM) - Les députés ont adopté jeudi un article qui garantit aux médecins salariés une couverture assurantielle, dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

L'un des auteurs de l'amendement, le député Jean-Luc Prével (Nouveau centre, Vendée), a expliqué que la loi actuelle ne mentionnait pas clairement que les médecins salariés étaient couverts par l'assurance de leur employeur médecin (personne physique ou morale.)

La disposition votée jeudi inscrit cette disposition dans la loi, même si les médecins salariés "disposent d'une indépendance dans l'exercice de l'art médical".

Les députés espèrent que compte tenu des positions adoptées par la Cour de cassation en matière d'assurance et de responsabilité de la profession médicale exercée à titre libéral ou salarié, une telle mention évitera "toute incertitude et tout contentieux".

Vendredi 6 mars 2009 - 10:49

Répartition des médecins: Roselyne Bachelot précise les critères de zonage

PARIS, 6 mars 2009 (APM) - La ministre de la santé, Roselyne Bachelot, a précisé jeudi les critères à utiliser pour définir les zones géographiques de répartition des médecins généralistes, lors de la discussion du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

La ministre a rappelé que le zonage en vigueur datait de 2005 et ne concernait que les zones dites sous-dotées (357 zones). En 2008, il a été décidé de modifier le zonage pour couvrir l'ensemble du territoire au moyen de cinq types de zones qui représentent cinq niveaux de dotation progressifs en médecins généralistes (cf dépêche [APM VGLIQ001](#)).

La méthodologie retenue utilisait deux critères: la densité médicale et l'activité.

"J'ai laissé aux régions la liberté de complexifier le modèle à volonté et, surtout, je leur ai demandé de mener des concertations approfondies avec l'ensemble des acteurs de terrain afin d'adapter le zonage aux projets d'aménagement de l'offre de soins sur leur territoire", a précisé la ministre de la santé.

Les résultats montrent que les zones les moins dotées recouvrent 16% du territoire, 9% de la population et seulement 7% des médecins, alors que les zones les mieux dotées concernent 3,6% du territoire, 6% de la population et 9,6% des médecins, a indiqué la ministre de la santé.

"Je souhaite que ce zonage soit repris dans les Sros ambulatoires et qu'ils complètent le projet d'aménagement de l'offre de soins en désignant des zones sous-dotées dont il conviendra de renforcer l'attractivité et qui constitueront les sites prioritaires pour l'implantation des médecins boursiers dont nous avons déjà parlé, et des zones sur-dotées concernées par le dispositif de contrat de solidarité proposé par le rapporteur -deux mesures votées hier [mercredi] par l'Assemblée nationale", a déclaré la ministre de la santé.

La ministre a indiqué que pour définir un socle de critères communs à l'ensemble des zones, les critères devaient également prendre en compte "la densité de médecins -hors médecins à exercice particulier-, c'est-à-dire leur

nombre rapporté à la population de la zone telle qu'elle est estimée par les derniers recensements de l'Insee, le niveau d'activité des médecins en exercice mesuré par les honoraires, la part des médecins de plus de 55 ans, pour anticiper les évolutions, enfin, le pourcentage des personnes âgées de plus de 75 ans dans la population concernée".

Roselyne Bachelot a indiqué qu'elle était disposée à "introduire des critères optionnels qui permettront d'adapter le zonage aux spécificités locales".

"Ces critères pourront être de nature plus qualitative et pourraient ainsi tenir compte de l'existence d'une offre alternative de proximité -centre de santé, consultation hospitalière, présence de spécialistes en accès direct-, de particularités géographiques ou économiques", a précisé la ministre.

Elle a cité notamment les zones touristiques sujettes à de fortes variations saisonnières et les zones d'implantations dites fragiles, comme les 215 quartiers de la dynamique 'Espoir banlieues', les zones de montagne ou encore les activités particulières, comme le thermalisme.

Certaines régions pourront aussi choisir des critères avec des caractéristiques plus précises liées à l'état de santé de la population, comme la prévalence de certaines pathologies ou le pourcentage des personnes en affection de longue durée (ALD).

Roselyne Bachelot a insisté sur "la souplesse de la définition de ces zones et sur l'importance de la concertation".

La ministre de la santé a fait remarquer que ces critères garantissaient avant tout un accès géographique aux soins, sans toutefois permettre d'apprécier l'accessibilité financière à l'offre de soins.

"Dès lors, l'existence d'une offre de soins suffisante en secteur 1 doit plutôt être prise en compte dans le cadre de l'élaboration des volets ambulatoires des Sros et de la contractualisation avec les maisons de santé pluriprofessionnelles, les centres de santé et l'ensemble des professionnels médicaux libéraux", a déclaré la ministre.

Vendredi 6 mars 2009 - 17:48

Déplacement vendredi prochain de Nicolas Sarkozy sur le thème de la réforme de l'hôpital et du système de santé

PARIS, 6 mars 2009 (APM) - Nicolas Sarkozy effectuera vendredi prochain un déplacement en région parisienne sur le thème de "la réforme de l'hôpital et du système de santé", a-t-on appris vendredi à la lecture de son agenda du dimanche 8 mars au vendredi 13 mars.

L'agenda mis en ligne sur le site de l'Elysée n'apporte pas plus de précision sur le lieu du déplacement.

Il s'agira du sixième déplacement de Nicolas Sarkozy sur ce thème général depuis son élection comme président de la République, note-t-on.

Le premier qui avait eu lieu peu après son élection s'était déroulé à Dunkerque en mai 2007.

Le chef de l'Etat s'est ensuite rendu au CHU de Bordeaux, en octobre 2007, pour installer la commission Larcher, à Neufchâteau (Vosges), en avril 2008, pour annoncer les grandes lignes de la réforme de l'hôpital, à Bletterans (Jura), en septembre 2008, sur la réforme du système de santé et les maisons de santé, et enfin au CHU de Strasbourg, en janvier 2009, de nouveau sur le thème de l'hôpital et des CHU plus spécifiquement.

Nicolas Sarkozy s'est exprimé également plusieurs fois sur la maladie d'Alzheimer pour annoncer la préparation d'un plan sur la base des propositions d'une commission présidée par le Pr Joël Ménard (Dax en juillet 2007, Paris en septembre 2007), puis pour présenter le contenu du plan (Nice en février 2008). Plusieurs réunions ont eu lieu depuis sur ce sujet à l'Elysée.

Le chef de l'Etat a aussi présenté un plan de développement pluri-annuel des soins palliatifs à Bourges en juin 2008.

En décembre 2008, il s'est exprimé sur l'hospitalisation en milieu psychiatrique, lors d'un déplacement à

l'établissement public de santé Erasme d'Antony (Hauts-de-Seine) et a annoncé, à cette occasion, un plan de sécurisation de ces établissements et la préparation d'un projet de loi sur l'hospitalisation d'office.

Début 2009, il a rencontré à l'Élysée, pendant environ une heure et demie, quinze représentants de la psychiatrie, psychiatres, infirmiers, directeurs d'établissements, usagers et familles.

Vendredi 6 mars 2009 - 18:34

HPST: les députés écartent du parcours de soins les consultations du planning et des centres d'addictologie

PARIS, 6 mars 2009 (APM) - Les députés ont adopté jeudi un article qui écarte du parcours de soins coordonné les actes et consultations de patients dans les structures médico-sociales, les centres de planification ou d'éducation familiale et les consultations de médecine humanitaire, dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

"A l'heure actuelle, pour les consultations réalisées en établissements et services médico-sociaux ou en médecine humanitaire par certaines associations telles Médecins du monde, qui prescrivent des examens complémentaires auprès d'autres professionnels, si le patient n'a pas été orienté vers ces consultations par son médecin traitant, il est considéré comme hors parcours de soins", a rappelé l'auteur de l'amendement Jean-Luc Prével (Nouveau centre, Vendée).

Pour les consultations non gratuites et pour tous les examens complémentaires éventuellement prescrits, le patient est donc sanctionné par une majoration de sa participation financière.

"Or, pour ces consultations, imposer, notamment dans les associations de service humanitaire, l'étape supplémentaire du médecin traitant n'a guère de sens et serait contreproductive. Ces consultations particulières ont justement été créées pour pallier l'inadéquation des autres types de consultation", a souligné Jean-Luc Prével.

La ministre de la santé s'est prononcée contre cette disposition précisant que les médecins salariés d'établissements ou de services médico-sociaux pouvaient être désignés comme médecins traitants.

Concernant les consultations en addictologie, la ministre de la santé a indiqué que le code de la sécurité sociale prévoyait l'exonération de la majoration des consultations et des actes assurés par un médecin dans une consultation hospitalière de tabacologie, d'addictologie, d'alcoologie, de lutte contre les toxicomanies, ceci permettant d'orienter les assurés vers des professionnels de santé en dehors du parcours de soins pour des pathologies spécifiques.