

01/01/2008

CONGRES 2008 LES ARCS du 29 mars au 5 Avril Chers Amis,

Après les charmes de Marrakech et avant notre grand voyage en Polynésie programmé pour l'automne 2009... c'est en montagne que nous aurons le plaisir de nous retrouver au printemps prochain pour notre 49ème congrès. Rendez-vous aux Arcs du 29mars au 5avril sur le thème « Evolution de la prise en charge des soins ».

Pour nous accueillir, nous avons choisi l'hôtel « La Cacheette » où nous serons en demi-pension. Il s'agit d'un hôtel-paladien 3*(www.hotels-altitude.com) situé à Arcs 1600 (Arcs Pierre Blanche), station intime chaleureuse et entièrement piétonne. Son accès est direct depuis Bourg Saint Maurice (gare TGV) par un funiculaire en 7minutes. Hôtel ski au pied, il ouvre sur le domaine des Arcs : 200 km de pistes de 1200 à 3200m ; une liaison relie les Arcs au domaine de La Plagne pour former le Paradiski de 420 km de pistes. Les non skieurs ne sont pas oubliés, avec de nombreuses activités possibles (www.lesarcs.com).

Nous ne pouvons réserver la structure hôtelière que par semaine complète ; de ce fait il n'y a pas de tarifs spécifiques entre congrès standard et court. Toutefois nous allons regrouper nos réunions du dimanche au mardi ; ainsi pour ceux devant partir le mardi ou le mercredi, ils pourront récupérer les dîners non pris en déjeuners.

Durant la semaine, nous prévoyons un dîner de gala dans un restaurant de la station, une soirée tonus à « l'Abreuvoir » et d'autres surprises dans le respect de nos traditions.

A très bientôt dans les Alpes

IMPORTANT : ne tardez pas à nous adresser vos inscriptions, nous ne pouvons pas bloquer trop de chambre au-delà de mi-janvier.

Fniaaihrs

2008-02-29 50eme CONGRES EN POLYNESIE FRANÇAISE

Tahiti Mooréa , Bora-Bora et d'autres îles

Notez sur vos agendas

& faites votre cagnotte ...

et venez fêter avec nous, notre 50ème anniversaire :

début novembre 2009.

rendez vous sur "congrés et vie de la FD" pour plus d'info.....

et n'oubliez pas votre cotisation

Destination de rêve :

Christine Charle

à bientôt

2008-01-21 Bienvenue sur le site de la FNIAAIHRS ! NULL Notre fédération fût créée il y aura bientôt 50 ans pour défendre les Internes et Anciens Internes de Région Sanitaire ainsi que leur titre.

Elle mena quelques combats acharnés...En particulier dans les années 80 pour l'accès aux spécialités et pour les équivalences de C.E.S. Elle est aussi à l'origine de la création du statut d'Assistant...et rajouta à cette occasion un A à son sigle !

Depuis les années 90, la FNIAAIHRS s'est plus orientée vers une structure de réflexion, défendant le maintien d'une médecine de qualité.

Elle reste à l'écoute du fonctionnement des hôpitaux, berceau de notre formation initiale . Et bon nombre de services hospitaliers fonctionnent encore avec des Anciens Internes de région sanitaire .

Elle défend également une médecine de ville de qualité, par l'intermédiaire de ses nombreux représentants au sein des diverses structures syndicales, institutionnelles, ordinaires et ses chargés de missions dans certaines structures type HAS.

C'est un des rares fédérations multidisciplinaires, Nous exerçons en effet dans tous les domaines de la médecine : hospitalière, salariée,libérale (tant en médecine générale que spécialisée), ce qui nous permet de défendre toutes les formes d'exercice de la médecine sans exclusivité. C'est ce qui fait une des particularités et une des richesses de notre Fédération.

L'ensemble de la médecine est actuellement en chantier et une réforme chasse l'autre..

*A l'hôpital, après la nouvelle gouvernance, c'est l'accélération du passage à la T2A avec un objectif annoncé de 100% dès 2008. L'hôpital pourra t'il continuer à assumer toutes ses missions, même les moins rentables ?

*Dans le secteur libéral, le nouveau parcours de soins a-t-il généré les économies escomptées ?

*Les problèmes de démographie médicale, annoncés depuis longtemps, commencent à toucher tous les secteurs d'activité et préoccupent les internes en formation : ... la Fniaaihrs demande la poursuite de l'augmentation du numerus clausus et le retour d'une régionalisation de l'Internat.

La Fédé est aussi un lieu de convivialité, d'amitié et de sauvegarde des traditions et de l'esprit carabin, avec pour point culminant notre congrès annuel.

Notre congrès 2007, organisé à Marrakech sur le thème du DMP, fut un succès.

*Le Dr GUISET, du G.I.P. DMP nous a rapporté l'état d'avancement de ce projet, ses avantages, les points qui restent à résoudre. la Fniaaihrs demande cependant que le patient engage sa responsabilité en cas de refus de faire paraître des informations ou en cas de modifications.

*Le Dr Cressard conseillers national ordinal,a bien exposé la modification d'orientation du DMP : de dossier Médical ,il est devenu un dossier du Patient, donc assujetti au droit du patient . Il est ainsi détourné de son objectif initial. Le pré-rapport de la Commission Interministérielle présenté depuis par la presse lui donnerait-il raison ?

En 2008, nous nous retrouverons dans les Alpes pour notre

49° Congrès

« Les Arcs » du 29 mars au 05 avril 2008

avec un thème d'actualité : « l'évolution de la prise en charge des soins" c'est-à-dire comprendre les relations futures entre « sécu » et complémentaires.

nous évoquerons les contrats de santé avec les mutuelles, les contrats privés, d'entreprise, la position des mutuelles vis-à-vis du remboursement des médecines parallèles ou des compléments alimentaires..

Merci de vous inscrire rapidement pour faciliter l'organisation

Nous espérons vous y retrouver nombreux... avant de nous envoler

Pour notre 50° Congrès en Novembre 2009

LA POLYNESIE FRANÇAISE

Cordialement à tous

Christine Charle

2008-02-06 CONGRES MARRAKECH 2007: Compte rendu Les discussions sur le D.M.P., thème du congrès furent très intéressantes.

Merci au Dr Jacques GUISET, du G.I.P. DMP pour son rapport très circonstancié sur l'état d'avancement de ce projet, ses avantages, les points qui restent à résoudre.

Le Dr Piernick CRESSARD nous a fait une présentation très originale sous forme de question : DMP : le monstre du Loch ?? Le pré-rapport de la Commission Inter-ministérielle présenté depuis par la presse lui donnerait-il raison ?

Merci aussi au Dr Alain GOURCUFF pour sa présentation sur l'Historique du remboursement, outil mis en place par la CNAM.

Comme à l'accoutumé, nos échanges sur les actualités furent riches.

C'est l'ensemble du système de santé qui est en chantier et une réforme chasse l'autre...

A l'Hôpital, après la mise en place de la nouvelle gouvernance, c'est l'accélération du passage à la T2A , avec un objectif de 100% annoncé dès 2008 ...

Dans le secteur libéral, le parcours de soins a-t-il généré les économies de santé escomptées ?

Enfin, les problèmes de démographie médicale – annoncés depuis longtemps- commencent à toucher tous les secteurs d'activité : difficultés de recrutement de PH dans les hôpitaux ; régions rurales désertées par les médecins...

Un grand Merci encore au Dr Jean-Claude FRIEDMANN grâce auquel notre congrès s'est très bien déroulé.

En A.G., nous avons pu faire le point sur l'état d'avancement de notre site Internet, projet voté en A.G. à Pen Bron en 2006 et en cours de réalisation. Merci au Dr Patrick ARNODO pour son implication sur ce projet.

En 2008, nous nous retrouverons dans les Alpes pour notre 49° Congrès aux ARCS du 29 mars au 05 avril, avant le grand saut vers la Polynésie pour notre 50° Congrès prévu à l'automne 2009.

A très bientôt donc !

Amitiés à Tous,
Votre Présidente
Christine CHARLE

2008-03-02 ACTUS :La sante dans tout ses EGOS.... Dirigés et demandés par la DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins), les EGOS1 (Etats Généraux de l'Offre de Soins) sont partis d'un constat :

les professionnels de santé sont inégalement répartis sur le territoire... A/ GENERALITES

* Les EGOS 1 concernent surtout la médecine générale dans l'offre de soins de premiers recours par différentes mesures :

- 1 - Structurer l'offre de soins de premier recours
- 2 - Susciter l'adhésion des plus jeunes
- 3 - S'intégrer dans une action de santé publique:

* Les EGOS 2 sont nés de l'attitude hostile des autres professions de santé, les pharmaciens, les auxiliaires médicaux et en particulier les médecins spécialistes qui veulent être remis à leur juste place dans le parcours de soins.

* Ils sont réunis :

- en 3 groupes :

- 1/ les rééducateurs, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthoptistes, les orthophonistes, etc,
- 2/ les chirurgiens dentistes, les pharmaciens, les biologistes, les infirmières, les transporteurs sanitaires,
- 3/ les médecins spécialistes de 1er recours, dont n'ont été retenus par la DHOS que les pédiatres, les gynécologues, les ophtalmologues, les psychiatres, et probablement, les sages femmes.

- et en 3 grands thèmes

- 1/ la formation
- 2/ la collaboration entre les différentes professions (transfert de taches et délégation)
- 3/ la répartition géographique.

B / RAPPORT DU Dr A. GOURCUFF

Il a été mandaté par l'UNPS, et proposé par l'UMESPE et le SNOF pour représenter les ophtalmologues dans les EGOS 2.

1/ QUELQUES REFLEXIONS :

- est-ce un retour aux filières avec le médecin généraliste en premier recours et le spécialiste en marginalisation ? Il y a un grand risque ...

- quelle est la définition de l'offre de soins de premier recours ?

- qui pilote la régulation de la démographie ?

- quelle formation initiale ? (rapport BACH)

on entre dans un système LMD (licence-master-doctorat) avec un tronc commun et un système de passerelles. Pour l'instant le LMD 1 ne sera ouvert qu'aux médecins, aux pharmaciens, aux chirurgiens dentistes, aux sages femmes. Mais les paramédicaux veulent y rentrer pour profiter des passerelles.

- les missions de l'hôpital (rapport LARCHER) : quid de la coopération public/privé ?

les libéraux ne veulent pas être le complément de l'absence d'accès primaires aux soins par les hôpitaux (beaucoup d'hôpitaux de proximité sont fermés, n'est-ce pas paradoxal ?)

- il y a une remise en cause du socle conventionnel :

- avec un retour à l'hospitalo-centrisme

- avec la mise en place des ARS (Agence Régionale de Santé - Rapport RITTER), guichet unique régional sans contre pouvoir qui pourrait délivrer un conventionnement régional, voir individuel, et la mise en place probable d'un ORDAM (régionalisation des dépenses)

2/ SEANCE PLENIERE du 28/02/08 de l'EGOS 2 :

- le Dr MAFFIOLI a fait un 1er rapport sur la communication entre le professionnel de santé avec 3 conditions indissociables : 1 - la formation
2 - le juridique (la responsabilité)
3 - l'économique dans un cadre de santé publique

Il n'y a pas de concept d'actes, mais un concept de missions : le différentiel entre les actes des para médicaux et ceux des médecins doit rester important (les actes déterminés par décret pour chaque spécialité para-médicale doivent continuer à être exercés, pour la plupart, sous la responsabilité entière du médecin prescripteur)

- Madame PODEUR (DHOS) insiste sur

1 - la notion de mission
2 - la notion de formation
3 - le niveau de coordination (qui peut ne pas être un médecin) car il y a du travail en dehors du dialogue singulier soignant/malade.

Se définit donc dans le parc de soins un nouveau métier : le coordinateur. Le problème : comment se fera la prise en charge de ce nouveau métier ?

- Madame Elisabeth HUBERT pense que l'HAD doit être en relation étroite avec les unités de soins palliatifs.

Elle s'oriente, avec la DHOS, vers une augmentation significative de cette structure, avec un dossier papier commun libéral/hospitalier/para-médicaux, gardé par le patient (et le secret médical ?).

Quid du DMP pour lequel on a déjà dépensé des millions ? Pas de réponse... Le DMP pourrait revenir mais alors il ne s'appliquerait pas à l'HAD !!

Se pose, également, le problème d'une HAD trop longue... On va se trouver face à des problèmes plus que délicats pour les familles devant supporter cette situation et il faudra « aider les aidants »..

Les spécialistes libéraux assurent que les médecins spécialistes peuvent être aussi en premier recours de soins et veulent définir les compétences de chacun dans le nouveau système de soins qui va être proposé. Les paras médicaux (surtout les orthoptistes) demandent leur liberté complète et l'absence de surveillance de leurs actes par les médecins. La présidente des orthoptistes dit, je cite « Nous ne voulons pas être les manipulateurs radio des ophtalmologistes ». Tout un programme

C / CONCLUSION :

Pour l'EGOS 1 : malgré l'abandon de mesures coercitives (?), la mise en place de maisons de santé, la revalorisation de la mission du médecin traitant, l'ensemble est plutôt décevant...

Pour l'EGOS 2 : la fin des travaux sera présentée le 2 avril prochain.

Les gros risques sont :

- la mise en place d'une filière à l'anglaise, ce que nous devons refuser avec la plus grande fermeté,
- la non prise en compte des spécialités dans le parcours de soins autres que celles des pédiatres, des gynécologues, des ophtalmologues et des psychiatres et les mesures compensatoires qui doivent s'y appliquer,

- la redéfinition de la formation et de l'installation avec sans doute à la clé un système plus coercitif qu'incitatif, car les besoins de santé deviennent un débat de santé publique. 75% des français sont favorables à une installation médicale contrainte car une enquête a montré que la population française a l'impression d'une inégalité d'accès aux soins sur le territoire français...

D/ NE PAS OUBLIER, PAR AILLEURS :

- 1/ la revalorisation des honoraires
- 2/ la mise en place du secteur optionnel et de la CCAM clinique (à l'ordre du jour de la réunion de la CSMF avec le Président de la République)
- 3/ le risque de convention régionale, voir individuelle, par des ARS toutes puissantes
- 4/ la surveillance augmentée des dépassements d'honoraires dans le secteur 2
- 5/ la refonte de l'ALD avec le passage de plus en plus de médecins en commissions de pénalités financières
- 6/ après signature du dernier avenant, il est fort probable que la FMF et MG France rejoignent le giron conventionnel.

Dr Alain GOURCUFF

2008-03-02 Les Praticiens Hospitaliers en 2008.... L'année 2008 constitue un tournant important dans la vie hospitalière avec sur le plan administratif la mise en place du Centre National de gestion, la réforme du statut des PH, la négociation sur les C.E.T et sur le plan financier avec la mise en place de la T2A.

1°) le CENTRE NATIONAL de GESTION : Sa mise en place suite à l'arrêté du 11 Mai 2007 est effective,

- Elle a pour mission la mise en œuvre de la politique médicale hospitalière pour l'ensemble des personnels hospitaliers des établissements publics et privés participant au service public hospitalier
- Elle élabore les statuts des personnels médicaux
- Elle détermine les règles relatives aux conditions d'exercice des fonctions pour ces personnels (organisation du temps de travail et de la permanence, activité libérale, activité d'intérêt général, expertises, actions de coopération) , suivi des questions de protection sociale, détermination des conditions de rémunération, participation à l'élaboration des règles applicables à l'organisation hospitalière et hospitalo-universitaire.

2°) La REFORME DU STATUT DES PH

- Fin du Statut unique
- Réforme du statut des PH temps partiel, malgré un protocole d'accord signé en mars 2005 pour améliorer le statut et des engagements pris en début d'année 2007 par Monsieur Xavier BERTRAND alors Ministre de la santé, les mesures d'application sont toujours actuellement attendues.
- Accord signé par 3 syndicats de praticiens hospitaliers (Intersyndicat national des praticiens hospitaliers, Coordination médicale hospitalière et Syndicat national des médecins des Hôpitaux publics) sur le Compte Epargne Temps : 300 euros brut la journée, mais tout dépend du statut et de son échelon. L'opération n'est rentable pour un PH que jusqu'au 7ème échelon ; Hors 2/3 des PH sont au dessus du 8ème échelon. Par ailleurs quid des heures supplémentaires, seront-elles défiscalisables ?

3°) La T2A

- Depuis le 1er Janvier elle entre en vigueur pour le court séjour dans les établissements publics. Un rapide rappel de cette loi qui a plusieurs objectifs
- Elle constitue une médicalisation du financement des hôpitaux.
- Elle vise à harmoniser les modes de rémunération des activités entre le public et le privé et détermine une allocation de ressource sur la nature et le volume des soins réellement produits.
- Elle organise le développement d'outils de pilotage assurant un contrôle tant sur le plan de la qualité des soins mais surtout sur le plan médico-économique (contrôle de gestion)
- Le GHS que l'on peut définir comme le montant forfaitaire qui permet de couvrir toutes les dépenses liées à une hospitalisation en particuliers avec le problème des dispositifs médicaux.
- Qualité des soins en jeu , les établissements seront tentés de choisir le moins cher au détriment de la qualité.

4°) La NOUVELLE GOUVERNANCE

Dans le Plan Hôpital 2007 elle réforme l'organisation interne de l'hôpital et prévoit :

- la généralisation de « l'amendement liberté »
- la création de Pôles d'activité remplaçant les services et départements
- une modification de la composition et des compétences du conseil d'administration

- une redéfinition du projet d'établissement
- la création au sein de chaque hôpital d'un conseil exécutif médico-administratif
- la réforme de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement

Les praticiens notamment les chefs de pôle deviennent des gestionnaires et doivent trouver les activités permettant un équilibre budgétaire voire mieux. les PH sont nommés sur un pôle et peuvent être affecté sur un poste au sein de ce pôle en fonction des besoins.

Le risque à court terme serait pour les chefs de pôle de perdre cette apparente autonomie au profit du seul Directeur de l'hôpital qui pourrait à sa guise supprimer une activité non rentable et ventiler son personnel médical.

Pour l'avenir on ne peut qu'être encore plus inquiet avec l'installation des ARS (Agences Régionales de la Santé) qui auront pour mission une gestion drastique sur le plan financier et qui pourront imposer aux directeurs d'établissement la suppression d'une activité non rentable.

DRS C Charle & B Houis

Pour ceux qui sont intéressés visitez le site :

<http://www.santé.gouv.fr/htm/dossiers/gouvernance/gouvernance.pdf>

Principales évolutions 2008 relatives à l'Assurance maladie

Dr BENOIT charles Médecin - chef du service hospitalisation –Direction Régionale du Service Médical de Normandie A/ RAPPELS

** Quelques chiffres

Part du PIB consacré à la santé en 2005 F ? 11,1 %

(Etats-Unis : 15,3 %, Royaume Uni : 8,2 %)

Différentiel entre croissance du PIB et croissance des dépenses de santé : 1,3 %

Dépenses d'Assurance maladie en 2007 : 148 Md €

Déficit de l'Assurance maladie en 2007 : 6,4 Md €

** Le PLFSS est déterminé depuis 1999 par la Loi de financement, donc décidé Discussion à propos de la définition du déficit :

l'annonce officielle est : il faut diminuer la dépense.

OR È l'état a une dette qu'il s'est engagé à rembourser (6 milliards)

Le Dr RIVOALLAN fait remarquer qu'on évoque pas assez souvent la diminution des recettes liée à l'évolution de l'activité économique.

Le Dr CRESSARD fait remarquer qu'on peut apprécier le système également sous l'angle de la production de richesses, car il existe certes des déficits mais à côté il y a une très importante production de richesses : actes médicaux, para-médicaux, industries pharmaceutiques et matériel etc....

Evolution de l'ONDAM :

- augmentation constante depuis de nombreuses années, du différentiel ONDAM + Dépenses

- la répartition pour 2008 est la suivante :

- * villes 46,5 % des dépenses
- * établissements 44,5 % des dépenses
- * personnes âgées et handicapées 8,4 % des dépenses
- * divers 2,8 %

B/ MEDECIN DE VILLE

1) Mesures de contrôle financier

- Les revalorisation d'honoraires sont soumises à l'accord du Ministre en fonction du taux de l'ONDAM ; les accords conventionnels ne sont plus les seuls à être pris en compte.

- Dépassements : peu suivis actuellement par les CPAM.

La question est posée à un représentant de l'Ordre concernant ce suivi : le Dr CRESSARD informe que le Tribunal Administratif a jugé que les dépassements étaient tolérables lorsqu'ils étaient inférieurs ou égal à 3 fois le montant des honoraires conventionnels ; de ce fait peu de médecins sont concernés.

Il est néanmoins prévu de déterminer un pourcentage maximal au-delà duquel remboursement serait demandé....au médecin

2) Procédures d'accord préalable pour les médecins déviants :

Il existe un suivi national des accidents de travail, des transports abusifs, et des actes ou prescription nettement supérieures aux moyennes régionales.

Il s'agit d'une logique comptable et non conventionnelle.

È Procédure :

Après un repérage du Médecin qui commet des abus, il est décidé (par qui CPAM) une mise sous accord préalable :

pour toutes prescriptions émanant de ces médecins, un accord préalable auprès des médecins de la Caisse est nécessaire. En cas de refus du Médecin Conseil, le patient peut demander une expertise bien entendu ;

Cette procédure est différente de celle du TASS, qui est jugée inefficace par les caisses de Sécurité Sociale et donc peu utilisée.

3) Contrats individuels médicaux

Il s'agit de paiements en dehors des actes avec une fixation d'objectif. Pour le moment entrent dans ce cadre des activités épidémiologiques préventives plus que thérapeutiques.

Il est à noter que dans ces contrats individuels il n'est pas fait de référence au respect du droit du Code de déontologie, ce que déplore le représentant de l'Ordre (Dr CRESSARD).

4) Nouveau Mode de rémunération

en complément du paiement à l'acte ou en substitution,

>> par des conventions conclues avec la Mission Régionale de Santé,

>> champ : tarifs, contenu du panier de soins tiers payant, ticket modérateur.

Ces nouveaux modes de rémunérations sont soumis aux Missions Régionales de Santé.

5) Permanence des Soins

- l' Adaptation tarif est possible par les Missions Régionales de la Santé

- Une aide est également possible et déterminé par ces mêmes MRS

NB : le Ministère vient d'augmenter la taille des secteurs devant être couverts par la permanence des soins des médecins traitants. Ceci a pour conséquence un refus de la part de certains médecins à participer à cette permanence des soins.

6) Répartition géographique des professionnels de santé

Définition des zones de recours (annonçant une répartition médicale plus ou moins contraignante...) en fonction de nombreux critères.

Il est proposé aux partenaires conventionnels de trouver une adéquation entre ces zones de recours définies par les Tutelles et l'offre médicale.

7) Franchise Médicale

> Gain financier attendu : 850 M€

> Pour le Financement : cancer / maladie Alzheimer / soins palliatifs

> Montants :

* médicaments = 0,5 € par boîte

* actes paramédicaux = 0,5 € par acte

* transports sanitaires = 2 € par trajet

avec un Plafond : 50 € par assuré par an

> Réaction de la salle à propos de la franchise médicale qui est prélevée sur les remboursements de Sécurité Sociale entraînant un quiproquo surtout si le prélèvement est effectué sur les remboursements de consultations.

Pour certains participants, la franchise ne paraît pas équitable en particulier pour les citoyens à revenus modestes, en dehors du cadre de la CMU bien entendu.

8) Autres

- Feuilles non télétransmises : discussion en cours, du montant à encaisser pour l'utilisation des feuilles papier.

>> question du Dr Arnodo Y a-t-il des mesures prévues pour diminuer le coût de gestion au niveau des caisses de Sécurité Sociale ? la réponse est oui, mais pas de texte ni de précision proposé par l'orateur.

Il est précisé néanmoins qu'un départ à la retraite un poste sur deux n'est pas remplacé.

- Conditionnement du médicament adapté aux prescriptions
- Salariat d'un confrère-collaborateur médical

B/ MEDECINE HOSPITALIERE (Publique et privée)

1) Incitation de l'ambulatoire

- Essentiellement auprès des services hospitaliers publics car les établissements privés ont déjà développé ces modalités.
- Il existe également une procédure d'accord préalable concernant les établissements qui n'utilisent pas assez cette modalité de prise en charge en particulier certains hôpitaux ...

2) Tarification à l'Activité

Elle rentre dans le cadre global d'une réforme comprenant :

- la T2A,
 - la planification des soins (SROSS),
 - La certification V2,
 - La nouvelle gouvernance des Hôpitaux
- auxquels se rajoutent les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012

L'objectif de la T2A :

- l'équité entre deux établissements
- un pilotage national
- Optimisation de l'efficience

a) Dans le Privé, les tarifs en 2005 sont passés à 100 % de la T2A avec un tarif national multiplié par un coefficient de transition régionale, l'objectif étant d'obtenir un coefficient égale à 1 en 2012. Ce coefficient est utilisé afin de gommer progressivement les disparités régionales existant au préalable.

b) Au niveau du Public 10 % du budget était lié à la T2A en 2004 et 100 % en 2008 auquel il faut associer les MIGAC avec deux niveaux,

- un niveau national et un niveau régional
- des forfaits annuels pour certaines activités comme les Urgences

-

C/ LES ARS

a) Né du Constat d'un cloisonnement des compétences

b) Pilotage régional centralisé nécessaire car en 2008 :

Etat = DDASS, DRASS,

Assurance maladie = CPAM, CRAM, URCAM, DRSM

Organismes mixtes = ARH, Groupements régionaux de santé publique.

c) Périmètre des ARS

Soins de ville,

Secteur hospitalier,

Secteur médicosocial,

Santé publique,

>> Régulation – contrôle ?

C/ EN SYNTHÈSE

Les réformes sus citées s'intègrent au sein de grands axes de réforme

- 1) assurer un égal l'accès aux soins
- 2) assurer une prévention
- 3) améliorer la qualité des soins
- 4) augmenter l'efficacité du système
- 5) assurer la viabilité financière du dispositif

Dr BENOIT Charles

2008-05-04 Pour notre 49° congrès aux Arcs, neige, soleil et amitiés étaient au rendez-vous ! le Dr Benoît Charle (Service Médical de Normandie) nous a exposé les Principales évolutions 2008 relatives à l'Assurance maladie : PRISE EN CHARGE DU PATIENT, PASSE, PRESENT ET AVENIR Les échanges furent nombreux, il faut dire que l'actualité est particulièrement riche en ce moment, passage à la T2A et nouvelle gouvernance sont à peine digérés que de nouvelles réformes s'annoncent entre rapport Larcher et EGOS.

Nous avons pu présenter notre site nouvellement créé. Un grand merci à tous ceux qui se sont associés à sa création. Aidez-nous à le faire vivre !

Un grand merci à Jean-Claude Friedmann pour son organisation.

Nous nous tournons maintenant vers le 50° Congrès ! Cap sur la Polynésie Française où nous fêterons comme il se doit notre 50° anniversaire !

Le thème retenu est « La régionalisation de la santé », thème d'actualité avec la mise en place des A.R.S. prévue fin 2008.

Ce congrès aura lieu en Novembre 2009, entre Tahiti, Moorea et Bora-Bora... d'autres informations vous parviendront bientôt.. mais retenez cette date... et commencez à rêver !

A bientôt, amitiés à Tous,
Votre présidente
Christine Charle

2008-05-04 edito 2008 NULL Notre fédération fût créée il y aura bientôt 50 ans pour défendre les Internes et Anciens Internes de Région Sanitaire ainsi que leur titre.

Elle mena quelques combats acharnés...En particulier dans les années 80 pour l'accès aux spécialités et pour les équivalences de C.E.S. Elle est aussi à l'origine de la création du statut d'Assistant...et rajouta à cette occasion un A à son sigle !

Depuis les années 90, la FNIAAIHRS s'est plus orientée vers une structure de réflexion, défendant le maintien d'une médecine de qualité.

Elle reste à l'écoute du fonctionnement des hôpitaux, berceau de notre formation initiale. Et bon nombre de services hospitaliers fonctionnent encore avec des Anciens Internes de région sanitaire. Elle défend également une médecine de ville de qualité, par l'intermédiaire de ses nombreux représentants au sein des diverses structures syndicales, institutionnelles, ordinales et ses chargés de missions dans certaines structures type HAS.

C'est un des rares fédérations multidisciplinaires, Nous exerçons en effet dans tous les domaines de la médecine : hospitalière, salariée,libérale (tant en médecine générale que spécialisée), ce qui nous permet de défendre toutes les formes d'exercice de la médecine sans exclusivité. C'est ce qui fait une des particularités et une des richesses de notre Fédération.

La Fédé est aussi un lieu de convivialité, d'amitié et de sauvegarde des traditions et de l'esprit carabin, avec pour point culminant notre congrès annuel.

Pour notre 49° congrès aux Arcs, neige, soleil et amitiés étaient au rendez-vous !
Un grand merci à Jean-Claude Friedmann pour son organisation.

Benoît Charle (médecin conseil-Direction Régionale du Service Médical de Normandie) nous a exposé « La prise en charge du patient : passé,présent et avenir. Les principales évolutions 2008 relatives à l'assurance maladie. »

Les échanges furent nombreux, il faut dire que l'actualité est particulièrement riche en ce moment. Passage à la T2A et nouvelle gouvernance sont à peine digérés que de nouvelles réformes s'annoncent !

- Cette année, Les rapports se succèdent et c'est l'ensemble du système de santé qui est en question :
- Le rapport Larcher, suivi du discours du Président Sarkozy sur l'avenir de l'hôpital public auquel il veut donner « une dernière chance » avec la création de communautés hospitalières de territoire ; conservation des pôles mais modification de la gouvernance et pouvoirs accrus au Directeur, seul « patron » ; modification et éclatement du statut du PH ; dans une optique de rentabilité des hôpitaux qui devront tous avoir retrouvé l'équilibre financier d'ici 2012.
 - Ce rapport préconise une inter régionalisation du numerus clausus et des postes proposés aux Epreuves nationales classantes, ce qui se rapproche du souhait de la FNIAAIHRS.
 - On attend la fin des EGOS avec l'espoir de la création d'un secteur optionnel que la FNIAAIHRS soutient et dont elle demandera l'accès aux Anciens Internes de Région Sanitaire...
 - Le rapport Ritter a entraîné la création des ARS. Ce guichet unique aura pour mission de gouverner l'ensemble des acteurs de santé au sein d'une région... sans contre-pouvoir ? Peut-on penser que cela aboutira à un ORDAM : régionalisation des dépenses de santé ?

Cette régionalisation du système de santé sera le thème de notre prochain congrès en Novembre 2009 en Polynésie Française.

Nous avons pu présenter notre site nouvellement créé. Un grand merci à tous ceux qui se sont associés à sa création.

Nous nous tournons maintenant vers le 50° Congrès !
Cap sur la Polynésie Française où nous fêterons comme il se doit notre 50° anniversaire !
Le thème retenu est « La régionalisation de la santé », thème d'actualité avec la mise en place des A.R.S.
prévue fin 2008.
Ce congrès aura lieu en Novembre 2009, entre Tahiti, Moorea et Bora-Bora...
D'autres informations vous parviendront bientôt..
Mais retenez cette date... et commencez à rêver !!

Et n'oubliez pas, ce site est le vôtre, faites-le vivre !

A bientôt, amitiés à Tous,

Votre présidente Christine Charle

2008-06-17 PRINTEMPS PLUVIEUX sur l'hôpital... Le bureau constate l'absence de revalorisation du salaire des PH temps partiels qui n'est toujours pas au pro rata de celui des temps plein. Cette situation perdure malgré les engagements des pouvoirs publics.

A ce jour absence d'avancées des négociations sur le régime de retraite de l'IRCANTEC.

Inquiétude quant à la durée de temps de travail des PH qui semble remise en question.

Disparition du statut « unique » de PH avec saupoudrage de « prime » ne touchant que quelques spécialités... Cela ne favorise guère la cohésion des équipes...

La mise en place de la nouvelle gouvernance a modifié les mentalités médicales et surtout administratives en exigeant une « rentabilité » mettant en péril la mission initiale de l'exercice médical d'accueil et de traitements des patients.

Dr Jean-Marie FARNOS

2008-06-17 nuages sur la medecine liberale? Nous entrons actuellement dans une période difficile, faisant jour à de très nombreuses incertitudes et avec un horizon qui semble s'assombrir pour la médecine libérale.

La convention est actuellement au point mort depuis plus de six mois. En effet, aucun avenant n'est sorti depuis septembre 2007.

Le C à 23 € est repoussé à 2009. Le sort des spécialités cliniques qui ont subi les effets négatifs du parcours de soin n'est toujours pas réglé. L'évaluation des pratiques professionnelles et la formation médicale continue sont remises en cause.

Il existe des menaces de marginalisation des URML au sein des future ARS.

Le risque de voir la future loi de Mme BACHELOT « santé, patient et territoire » être publiée par ordonnance sans véritable débat est grand.

La campagne médiatique parfaitement orchestrée dans la presse et suscitée par la CISS et les Caisses sur le dépassement d'honoraires prépare certainement des attaques très prochaines sur le secteur 2.

L'UNCAM doit adopter prochainement les orientations des négociations conventionnelles pour 2008 mais sa marge de manœuvres est très étroite. S'agissant de la démographie il est prévu des mesures contraignantes dans les zones surdotées à travers la création d'un contrat « santé-solidarité ». Les contrats individuels avec rémunération à la performance seraient proposés dès 2008 et de nouvelles expérimentations de rémunération complémentaire du paiement à l'acte sont à l'étude.

Dans tout cela reste l'espoir d'ouverture des négociations sur la création du secteur optionnel. Mais le problème reste celui de sa surface d'application : toutes spécialités ou seulement celles à plateau technique lourd, ensemble des praticiens ou seulement les anciens chefs de clinique ?

>>> Quoiqu'il en soit la FNIAAIHRS déploiera tous ses efforts pour que le titre d'ancien interne de région sanitaire soit pris en compte dans l'accès à ce nouveau secteur.

J'espère que notre prochain bulletin pourra vous apporter des nouvelles plus optimistes

Dr J. RIVOALLAN

2008-06-17 50eme congres en polynesie: mode d'emploi1 : Cher(e)s Ami(e)s,

2009 : le 50ème congrès de notre fédé ; pour fêter cet événement, la FNIAAIHRS a choisi une destination de rêve : la Polynésie Française.
Sur le thème : « Régionalisation de la santé » nous débattons des ARS (Agences Régionales de Santé), et, de part notre localisation, des particularités du système de soins polynésien.

Le congrès se déroulera du 7 au 14 novembre 2009. Après une première nuit à Tahiti à l'hôtel Méridien, cap sur Mooréa « l'île magique » dans le cadre de l'hôtel Intercontinental puis Bora Bora « la perle du Pacifique » en bungalow pilotis sur le plus beau lagon du monde à l'hôtel Méridien ; pour le retour : départ de Papeete le 14 en fin de journée pour une arrivée à Paris le 16 au matin.

Vous pourrez prolonger votre séjour sur un post-congrès à compter du 14/11 pour 6 jours complémentaires selon 3 options :

- Huahine / Rangiroa
- Huahine / Tikeau
- Séjour libre pour ceux souhaitant visiter d'autres îles ou choisir une hôtellerie de type familiale (petites structures de 3 à 6 farés)

Pour ces 3 options, le retour sera le 20/11 de Papeete au soir pour arriver à Paris le 22 matin.

Le budget pour le congrès sera de 3500€comprenant : les vols Paris-Papeete-Paris / les vols inter-îles / les transferts / 1 nuit Méridien Tahiti / 3 nuits Intercontinental Mooréa / 3 nuits en bungalow-pilotis Méridien Bora Bora / les dîners / nos traditionnelles soirées tonus et gala / les taxes d'aéroport / l'assurance annulation.

Pour le post-congrès , le budget est de l'ordre de 1100€pour les 2 premières options en logement petit déjeuner et vols inter-îles compris.

Un retour décalé sera possible après le post-congrès si vous souhaitez prolonger votre séjour, avec un supplément de 410€

Le bulletin d'inscription détaillé vous parviendra mi-septembre. Nous devons réceptionner vos inscriptions avec un acompte de 30% avant le 30/12/08.

Si vous recherchez des informations touristiques, pour un avant-goût de rêves, voici quelques adresses de sites : www.tahitiguide.com / www.letahititraveler.com / www.polynesie-polynesia.com / www.tahiti-tourisme.fr

Nous vous attendons nombreux pour ce 50ème congrès ; que perdurent convivialité, pluralité et traditions de notre fédé.

JC FRIEDMAN

2008-09-14 50eme CONGRES - POLYNESIE FRANÇAISE Du 7 au 14 novembre2009 : 50ème congrès de notre fédé ; pour fêter cet événement, la FNIAAIHRS a choisi une destination de rêve, sur le thème : « Régionalisation de la santé » nous débattons des ARS (Agences Régionales de Santé), et, de part notre localisation, des particularités du système de soins polynésien. Pour cette semaine de congrès, en dehors de nos réunions, nous ménagerons des temps libres afin de découvrir ces deux îles mythiques.

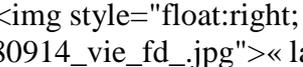
Voisine de Tahiti, MOOREA l'île sœur est un jardin luxuriant; découpée par deux majestueuses baies, la baie de Cook et celle d'Opouhono, son relief verdoyant offre un contraste saisissant au bleu limpide du lagon.

<BORA-BORA, son seul nom suffit à éveiller notre imaginaire des tropiques; elle possède sans nul doute le plus beau lagon du monde. Nous avons réservé des bungalows sur pilotis à l'hôtel Méridien, situé sur un motu entre lagon et océan, avec une vue imprenable sur le mont Otemanu.

>>Nous devons réceptionner vos inscriptions, avant le 31/12/08. Si vous souhaitez des informations complémentaires ouvrez vite le dossier congrès et vie FD.

>>Rendez-vous en novembre 2009 pour un superbe 50ème congrès, que perdurent pluralité, convivialité et traditions de notre fédé.

Les organisateurs jclfriedmann@evc.net
friedmann

2008-09-14 CONGRES POLYNESIE MODE D EMPLOI-2 2009 : le 50ème congrès de notre fédé ; pour fêter cet événement, la FNIAAIHRS a choisi une destination de rêve du 7 au 14 novembre 2009 Sur le thème : « Régionalisation de la santé ». Après une première nuit à Tahiti, cap sur Moorea « l'île magique » dans le cadre de l'hôtel Intercontinental puis Bora Bora...  « la perle du Pacifique » en bungalow pilotis sur le plus beau lagon du monde à l'hôtel Méridien ; pour le retour : départ de Papeete le 14 en fin de journée pour une arrivée à Paris le 16 au matin.

* Pour cette semaine de congrès, en dehors de nos réunions, nous ménagerons des temps libres afin de découvrir ces deux îles mythiques. Voisine de Tahiti, Moorea l'île sœur est un jardin luxuriant; découpée par deux majestueuses baies, la baie de Cook et celle d'Opouhono, son relief verdoyant offre un contraste saisissant au bleu limpide du lagon. Bora Bora, son seul nom suffit à éveiller notre imaginaire des tropiques; elle possède sans nul doute le plus beau lagon du monde. Nous avons réservé des bungalows sur pilotis à l'hôtel Méridien, situé sur un motu entre lagon et océan, avec une vue imprenable sur le mont Otemanu.

>>Le budget pour le congrès sera de 3500€comprenant : les vols Paris-Papeete-Paris / les vols inter-îles / les transferts / 1 nuit Méridien Tahiti / 3 nuits Intercontinental Mooréa / 3 nuits en bungalow-pilotis Méridien Bora Bora / les dîners boissons comprises / nos traditionnelles soirées tonus et gala / les taxes d'aéroport / l'assurance annulation / les frais d'inscription au congrès.

>>Sur une telle destination, nombreux d'entre vous choisiront de prolonger le congrès; nous vous proposons donc 4 options de post-congrès:

-- option 1 : 3jours sur Huahine – 3 jours sur Tikehau avec une nuit sur Papeete entre les deux. Huahine, l'île femme", est la plus sensuelle des îles : végétation luxuriante, plages vierges , criques désertes et vestiges archéologiques. Séjour au "Relais Mahana", situé en bordure d'une plage de sable blanc, hôtel authentique au charme polynésien.

Tikehau, l'île aux sables roses,située dans l'archipel des Tuamotu, avec son lagon bleu presque circulaire ressemble à une immense piscine naturelle, reconnue pour être l'un des atolls les plus poissonneux. Séjour au "Tikehau Pearl Beach Resort", hôtel situé sur le motu Tiano, îlot tropical paradisiaque de 4 hectares bordé de plages de sable rose dans une cocoteraie aux palmes majestueux.

-- option 2 : 3 jours à Rangiroa – 3 jours à Tikehau (même hôtel), 2 îles de l'archipel des Tuamotu Rangiroa,l'infini lagon, le "grand ciel", possède un lagon bleu turquoise qui tient de la mer intérieure, la référence en matière de plongée sous-marine. La passe nord est un must, tant elle offre à voir et particulièrement le "mur de requins". Séjour à l'hôtel Kia Ora, situé le long d'une plage de sable blanc face au lagon époustouflant.

-- option 3 : 6 jours "en libre" soit pour découvrir d'autres îles de l'archipel de la Société (Maupiti Tahaa Raïtea) ou des Tuamotu (Fakawara Mahini) soit de profiter d'une hotellerie traditionnelle familiale,moins onéreuse(rapport de 1 à 5/hôtels classiques), composée de petites structures de quelques chambres ou d'opter pour une croisière en catamaran.

Pour le retour des options 1-2-3, départ de Papeete le 20 en fin de journée pour arriver à Paris le 22 au matin.

-- option 4 : séjour prolongé au-delà des 3 premières options avec un supplément de 410€sauf si plus de 16 personnes sur une même date.

>Le budget, comprenant les vols inter-îles / les hôtels en logement bungalows jardin ou plage – petit déjeuner / les transferts, sera de 1230€pour l'option1 et de 1510€pour l'option 2.

* Pour les options 3 et 4, vous pouvez vous adresser à l'agence organisatrice du congrès pour des réservations "à la carte" : GM-EVENTS 73, rue de la Boucherie 59500 DOUAI Tél : 03.27.96.23.44

>> Nous devons réceptionner vos inscriptions, AVANT le 31/12/08, accompagnées d'un acompte ET 100€ de frais d'inscription au congrès par participant.

Nous élargissons les inscriptions pour des non-adhérents à la FNIAAIHRS : dans ce cas se rajoutent 70€ par participant (montant équivalant à notre cotisation annuelle).

Nous vous conseillons 2 sites web pour une première approche de la Polynésie : www.tahitiguide.com et www.tahiti-tourisme.fr

Pour tout renseignements, n'hésitez pas à contacter l'organisateur du congrès par mail.

Rendez-vous en novembre 2009 pour un superbe 50ème congrès, que perdurent pluralité, convivialité et traditions de notre fédé.

Contact : Dr Jean-Claude FRIEDMANN 37,rue du Général de Gaulle 67118 Geispolsheim

Téléph : 03 88 68 87 90 jclfriedmann@evc.net

 Friedmannan

2008-09-21 légion d'honneur Marie anne Babé (une ancienne interne de Roubaix) va recevoir les insignes de chevalier de la légion d'honneur jeudi 25 septemebre à 18 h à l'hôpital de Roubaix! nous sommes fiers.

ce n'est pas tous les jours qu'on décore ainsi un PH et un ancien de la FD ! NULL C Charle

L'hôpital est devenu le cœur de la future loi Bachelot. Celle-ci baptisée « Hôpital, patients, santé et territoires » Ce texte révolutionne l'organisation territoriale de la santé en confiant un pilotage régional unifié aux ARS.

La nouvelle gouvernance donne en outre les pleins pouvoirs au Directeur qui gère avec à ses côtés un conseil d'administration aux prérogatives limitées transformé en conseil de surveillance. ce sera d'ailleurs le thème de notre 50ème congrès.

LES PRATICIENS HOSPITALIERS

Un nouveau statut contractuel va être créé et l'apparition d'une part variable de la rémunération basée sur l'activité clinique, mais pour certaines spécialités seulement.

Problème des retraites pose un grave problème avec la réforme de l'IRCANTEC qui entrainera une baisse de 30% des pensions.

Problème des CET (compte épargne temps) qui devaient être payés par les hôpitaux. Faute de moyen, ils ne seront pas payés et les PH continueront de stocker leur RTT. Dr Houis

2008-12-06 CSMF en direct 6 heures de négociations au cours de la séance du mercredi 26 novembre n'ont pas permis d'aboutir à un accord global.

Divers dossiers ont été évoqués :

1°) Le Secteur Optionnel :

Cette fois-ci, l'UNOCAM, partiellement remise de ses luttes internes, était présente. Le projet présenté par l'UNOCAM lors de la précédente réunion, a été précisé par le Directeur. A noter une avancée significative puisqu'il est inscrit que les coefficients J et K s'appliqueraient bien à tous les actes opposables ainsi qu'à ceux comportant un complément plafonné à 50%. Ceci correspond quand même à une augmentation du tarif opposable de 11,5%.

Par contre, le désaccord persiste sur la demande répétée de l'UNOCAM de réguler le secteur 2, ce qui est inacceptable.

L'UNOCAM souhaite également renforcer les critères de qualité, de transparence et de retour d'information au-delà de l'engagement de la procédure d'accréditation.

La CSMF s'est engagée à faire des propositions dans ce sens d'ici le 10 décembre.

2°) Maîtrise médicalisée :

Les objectifs de prévention et de maîtrise pour un montant total de 594 millions d'€ sont résumés sur un tableau joint à cette circulaire.

3°) Les contrats individuels (CAPI) :

L'UNOCAM s'est enfin « jetée à l'eau » en faisant des propositions chiffrées : 5 à 7 € de rémunération par patient et par médecin traitant, soit au total environ 5 000 € pour une patientèle de 700 patients, si tous les objectifs sont atteints (ce qui ne sera pas facile). Les conditions de mise en œuvre sont de plus en plus complexes et ressemblent fort à une usine à gaz.

La CSMF et le SML ont émis les plus vives réserves sur la fiabilité des chiffres fournis par la Caisse et donc sur la faisabilité des objectifs.

4°) La démographie

S'il existe un consensus sur les mesures incitatives à mettre en œuvre dans les zones sous dotées, le projet de taxe en cas de non adhésion au « contrat santé solidarité » est rejeté par tous les syndicats sauf MG France. L'UNOCAM a demandé aux syndicats de faire de nouvelles propositions. Dr Chassand

2008-12-06 revue de presse 5 décembre 2008 NULL 1/ Prescriptions hospitalières – La dépense en soins de ville n'est pas seulement le reflet des prescriptions des libéraux mais aussi celui des prescriptions des médecins hospitaliers qui représentent 21% de l'enveloppe « soins de ville », avec une hausse annuelle de 5,7% contre 3,8% pour l'ensemble. La Cnam tente de sensibiliser les médecins du public mais tant qu'elle ne connaîtra que les dépenses par hôpital ou par service et non pas par médecin sa démarche restera peu efficace.

Le Figaro Economie, Olivier Auguste

2/Tarifs en ligne – Sur son site Internet ameli.fr ou par téléphone, la Cnam va communiquer les tarifs pratiqués médecin par médecin pour 100 actes techniques : radio, prothèse, accouchement...

Le Figaro Economie

3/ Assurance-maladie – Dans une interview accordée au Généraliste, le directeur de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et des Travailleurs Salariés (Cnamts) Frédéric Van Roekeghem, se prononce sur les objectifs qui seront débattus le 10 décembre prochain avec les syndicats. A l'ordre du jour, le Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), qui consiste à rémunérer les résultats atteints par le médecin traitant sur sa patientèle en termes de santé publique, la régulation de la démographie et la revalorisation du C à 23 euros qui sera dans l'accord global.

Le Généraliste, propos recueillis par Véronique Hunsiger et Jean Paillard

4/ Complémentaires santé – Les complémentaires santé vont augmenter de 5 à 6% en moyenne en 2009. Plusieurs raisons à cette hausse : la première, la hausse liée à la dérive naturelle des dépenses de santé, la deuxième liée à la taxe de 1 milliard d'euros décidée cet été.

Les Echos, Géraldine Vial

5/Hôpital – 387 postes temps plein sur 3700 vont être supprimés à l'hôpital du Havre. Ce plan qui sera présenté mardi en conseil d'administration a débuté avec le départ en retraite anticipée de 160 agents. La direction précise que ce plan ne se limite pas à une simple « restriction de charges » mais constitue un vrai projet d'avenir fondé sur de nouvelles organisations du travail.

Les Echos, Brève

6/Myopathie – Ce week-end a lieu le Téléthon. L'Association française de myopathie (AFM) et ses 300 associations européennes tentent depuis des années de motiver les laboratoires à investir dans la recherche des maladies rares. La stratégie appliquée commence à porter ses fruits : un 50ème médicament orphelin vient d'être mis sur le marché.

La Croix, Pierre Bienvault. J Rivoallan 1

2008-12-06 QUALITE Compte rendu du séminaire 23 /10/2008. organisé par des régions qui ont déjà fait ces groupes de qualité, URML et URCAM de la Basse Normandie, du Centre, de la Haute Normandie, du Nord Pas de Calais et des Pays de Loire.

La première partie a essentiellement porté sur l'historique des groupes de qualité de médecine de ville, dont on organise la structure au profit d'une population (cf dossier joint).

Il s'avère qu'il ne s'agit que de groupes de médecins de famille dont sont exclus toutes autres spécialités, même les spécialités de premier recours (ophtalmologie – pédiatrie – gynécologie - psychiatrie).

La CNAM recherche la qualité, l'économie et la répartition démographique à travers

- les contrats individuels
- les groupes de qualité.

Le Docteur ASCOUET insiste sur l'organisation et les différents acteurs :

- la démographie médicale
- l'économie
- le politique
- la santé publique et son rôle dans la prévention
- la disparition du paiement à l'acte
- la différence entre EPP et groupe de qualité.

Points importants :

- l'approche territoriale concerne tous les médecins d'une zone donnée et les réunions pourront évoluer en intégrant les infirmiers, les kinés et futurs « officiers de santé », mais, en aucun cas les médecins spécialistes ne pourront être concernés, même ceux de premier recours, qui d'ailleurs dans cet esprit ne pourraient être qu'hospitaliers (NB : cela me rappelle les gates keepers à l'anglaise et l'exclusion des spécialités dans la médecine libérale)
- l'engagement est partagé : URLM/URCAM
- la reconnaissance se fait par un cahier des charges écrit conjointement par URML Bretagne et URCAM
- ceci nécessite la coopération des régions et l'intégration des expériences déjà validées.

Deuxième table ronde

Les groupes de qualité sont au-delà des intérêts syndicaux et conventionnels. La notion de territorialité est, après l'aspect non syndical, une des constantes des groupes de qualité.

Ils sont fondés sur deux bases :

- le volontariat et l'évaluation
- la rémunération.

Dans la salle, certains s'opposent aux contrats individuels qui sont à l'opposé des groupes de qualité, doivent-ils être conventionnels ou non.

Dans la Haute-Normandie, il y a un partenariat entre les groupes qualité, l'URCAM et un troisième partenaire multiple (URLM, FMC).

Table ronde : « La MOBILISATION »

Plusieurs éléments de force se dégagent :

- le volontariat
- la notion de territoire et un projet commun local, voir de quartiers

- l'animateur qui doit être extérieur
- la faisabilité : il faut partir sur des structures existantes (la FMC, groupes de pairs), et sur la recherche de relais

ORGANISATION ET CHOIX DES THEMES

Dans le cadre d'APIMED, c'est le CA qui décide.

Il existe un comité de pilotage.

Les animateurs ne sont pas des experts. Ils posent plus de questions qu'ils n'apportent de réponses

Les thèmes : ils suivent des objectifs directement basés sur 4 critères :

- pratique quotidienne
- évolution nécessaire vers une amélioration (économie ou de santé)
- ils doivent être liés aux recommandations de l'HAS
- ils doivent être évaluables.

Après avoir posé une question sur le choix des thèmes, il m'a été répondu que sur dix thèmes, sept sont proposés par les caisses et l'URCAM, trois sont proposés par les médecins (NB : je pense que la répartition est mauvaise et les critères des caisses sont essentiellement basés sur des aspects économiques).

A la fin sont présentés rapidement quelques dossiers de groupe de qualité, on les retrouve dans le dossier joint.

Enfin, chaque médecin reçoit son évaluation concernant le thème donné. Il doit comparer ses résultats à ceux effectués lors d'une précédente évaluation et doit en discuter avec ses confrères.

Il y a, depuis peu, l'introduction de smile's pour chaque aspect de l'évaluation (NB : je pense que cet aspect est indigne de la fonction de médecin, ce dernier doit tout à fait être à même de lire des résultats écrits).

CONCLUSION

Avec le Docteur Rémi SEBBAH, nous avons insisté sur plusieurs points :

- sept audits, type groupe de qualité, ont déjà été réalisés (médecins généralistes et spécialistes) dans la région PACA, dont l'un a fait l'objet d'une thèse. Tout ceci avait été mandaté par le groupe évaluation de l'URLM PACA. Notre implication dans ce processus est ancienne mais n'a malheureusement pas perduré.
- l'absence de médecins spécialistes, même de premier recours, nous choque profondément.

Les objectifs de ces groupes de qualité semblent plus être dirigés par les caisses et l'URCAM pour des motifs purement économiques.

Si ces groupes de qualités sont très intéressants du fait de leur territorialité, et de l'absence d'appartenance syndicale, ils posent quand même de nombreux problèmes notamment dans les relations médecin / convention , médecin / caisses-URCAM et médecins généralistes / médecins spécialistes.

Dr A. Gourcuff

2008-12-06 SML edito:COMME D'HABITUDE COMME D'HABITUDE

Comme d'habitude, le PLFSS a été voté par la majorité. Comme d'habitude, l'opposition envisage de saisir le Conseil Constitutionnel sur plusieurs dispositions dont celle sur l'âge de la retraite. Comme d'habitude, le Conseil Constitutionnel se prononcera pendant la trêve des confiseurs. Comme d'habitude, les dispositions controversées seront annulées ou validées. Comme d'habitude, la LFSS sera publiée au Journal officiel. Comme, et plus que d'habitude, l'ONDAM ne sera pas tenu. Comme d'habitude, le Comité d'alerte s'agitera. Comme d'habitude, les médecins seront montrés du doigt.... Comme d'habitude - My Way en anglais – est un standard incontournable de la variété internationale et désormais de la vie médico-économique...

MAITRISE : LES MEDICAMENTS EN HAUT DU GENERIQUE

Il est peu probable que la prochaine et dernière séance de négociation conventionnelle du mercredi 10 décembre se conclue par un accord global et des avenants en cascade. Entre les incertitudes du contexte économique et politique et les divergences de positions des partenaires sur les principaux sujets à l'ordre du jour, le scénario le plus vraisemblable est celui d'un renvoi à un nouveau round de négociation après le Nouvel An.

La seule donnée connue est l'objectif de maîtrise médicalisée, fixé à 525 millions d'€ par la loi de Financement de la Sécurité sociale 2009 dont une disposition, par ailleurs, oblige les médecins à prescrire en DCI les médicaments inscrits au répertoire des génériques. Ce n'est pas gagné d'avance. L'Assurance-maladie attend ou espère un effet prix générique important, -4,4% sur les IPP et -6,3% sur les antidépresseurs notamment.

Pour un médecin, la prescription en DCI n'est pas un exercice aussi simple qu'il y paraît. Il se heurte à plusieurs obstacles à commencer par la réticence des patients, en particulier les plus âgés, qui ne comprennent pas cette substitution surtout que la prescription princeps à l'hôpital a été faite sous dénomination commerciale. Pour un patient âgé retenir des noms de médicaments génériques relève de l'impossible.

Ensuite, l'industrie pharmaceutique fait de la résistance. Un rapport de la Commission européenne de Bruxelles accuse les laboratoires pharmaceutiques " d'avoir développé et mis en œuvre des stratégies pour retarder l'arrivée des génériques " et d'avoir ainsi capté un profit indu de 3 milliards d'€ entre 2006 et 2007. En réponse, les laboratoires mettent en avant le coût de plus en plus élevé de la recherche, les prix très négociés des autorités publiques ou assurantielles et les délais de plus en plus courts de vie des brevets.

Enfin, faute d'informations suffisantes, les médecins ne connaissent pas toujours les appellations en DCI. Les médecins ne sont qu'un élément d'un système. Ils ne sont pas seuls responsables d'éventuels retards dans la montée en charge des génériques qu'ils ont par ailleurs contribué à développer.

Dr Cabrera

2008-12-24 Dans la presse du 19 décembre 2008 Négociations conventionnelles – Roselyne Bachelot fait part, dans un entretien au Figaro, de ses positions sur les négociations conventionnelles. Pour elle, il s'agit de résoudre les problèmes de répartition géographique des médecins et de dépassements d'honoraires en écoutant les propositions des médecins. Elle souhaite aboutir à des accords avant l'échéance de la loi HPST.

Le Figaro, Olivier Auguste

Soupçon de fraude au Nobel – L'attribution du prix Nobel de médecine 2008 récompensant la découverte du Papillomavirus aurait pu être influencée par des membres du comité corrompus par le laboratoire Astra Zeneca. Un procureur suédois vient de lancer une enquête dans ce sens. Quel est le lien entre Astra Zeneca et le papillomavirus? Le laboratoire perçoit des royalties des fabricants des deux vaccins contre le papillomavirus par l'intermédiaire de sa filiale Medimmune.

Le Figaro, Jean-Michel Bader

Prix des entrepreneurs de l'année – La société de biotechnologie parisienne BioAlliance, créée en 1997 par deux médecins, Dominique Costantini et Gilles Avenard, a commercialisé en septembre 2007 son premier médicament. Il s'agit du Loramyc, destiné à traiter la candidose oropharyngée, une infection fréquente chez les patients immunodéprimés. L'innovation consiste dans la manière dont le principe actif est libéré progressivement au site d'infection (la bouche) en une seule prise au lieu de six.

L'Usine Nouvelle, Anne Pezet

Hôtel-Dieu – L'avenir du plus vieil hôpital de France semble être assuré. Un projet innovant permettra à l'établissement de santé de conserver son service d'urgences. Cependant, au vu des coûts colossaux de rénovation et de restructuration, les activités nécessitant une hospitalisation ne seront pas conservées. Des grandes expositions ainsi qu'un pôle universitaire et de recherche, présidé par Axel Kahn, seront mis en place.

Le Parisien, Sébastien Ramnoux. Dr Rivoallan

2008-12-24 L'impact des réformes sur l'avenir de l'hôpital et sur la retraite des PH reste inacceptable.

Lettre de la CPH à tous les praticiens

Le projet de loi HPST (<http://www.cphweb.info/IMG/pdf/p11210.pdf>) sera examiné par le Parlement en janvier:

*Ce projet est une machine de guerre contre l'hôpital public et sa vocation d'assurer, sans condition de ressources, des soins de qualité pour tous les usagers. L'organisation des structures sanitaires et des soins qui y sont dispensés se trouvent assujettis au primat d'une logique comptable, fortement contrôlée hiérarchiquement par l'administration et sans contre-pouvoir. Parce qu'il écarte délibérément la priorité de la dimension médicale et des soins, ce mode d'organisation provoquera inéluctablement une détérioration de l'accessibilité et de la qualité des soins, avec des manques dans la couverture sanitaire et des pertes de chance pour les usagers. Combien de souffrances et de morts se trouvent ainsi programmées ? Même d'un point de vue gestionnaire, cette logique comptable, poussant à l'activité pour l'activité, aboutira à un échec en augmentant considérablement le coût des dépenses de santé.

*Nous rejetons:

- Le recrutement des PH par les directeurs d'hôpitaux entraînant la perte de l'indépendance statutaire et professionnelle des praticiens qui est l'une des meilleures garanties de sécurité des soins pour les patients et l'un des fondements de l'attractivité des carrières.
- La contractualisation de l'exercice médical sur la base d'objectifs quantifiés qui vient en contradiction avec les exigences de notre déontologie professionnelle.
- La confiscation des choix médicaux par le seul directeur "patron" qui demeure totalement illégitime et absurde au sein du type particulier d'organisation que représente l'hôpital.
- La disparition des instances représentatives de pilotage des établissements CA et CME ou l'effacement de la plupart de leurs missions qui garantissaient la prise en compte des avis des professionnels, des usagers et des élus.

*Nous exigeons:

- La préservation d'une offre de soins de qualité accessible à tous sur l'ensemble du territoire national,
- L'équilibre des attributions et le partage des responsabilités entre personnel médical et personnel de direction pour le pilotage des établissements,
- Le renforcement de l'autorité médicale sur l'organisation des soins dans les différentes spécialités.

*Absence de réponse des pouvoirs publics à nos demandes de revalorisation des mesures compensatoires pour les retraites des PH

*Contrairement aux propos rassurants de la ministre, la détérioration des retraites pour les jeunes praticiens reste massive, avec une réduction des pensions d'environ un quart de leur montant, après intégration des mesures actuellement proposées, ce qui reste bien sûr totalement inacceptable.

La CPH appelle l'ensemble des praticiens à rester mobilisés

- Elle soutient les revendications et le mouvement de grève de l'amuf du 1/12/08 dans le respect des principes déontologiques qui garantissent nos droits et devoirs professionnels,
- Elle a participé le 15/12 au rassemblement des médecins européens à Strasbourg pour la défense du temps de travail des PH,
- Elle recherche les conditions d'une mobilisation unitaire des intersyndicats de PH,
- Elle dépose un préavis de grève pour l'ensemble des praticiens pour le 15/01/09,

- Elle prépare pour la fin janvier de nouvelles modalités d'action. Dr Pierre Faraggi, Président de la CPH

2008-12-24 Négociations : pas d'accord, les arbitrages renvoyés à une réunion ultérieure La séance de négociation conventionnelle de décembre 2008 n'a pas permis la conclusion d'un accord entre l'assurance-maladie et les syndicats de médecins libéraux. SELON la CSMF et Alliance, une nouvelle réunion pourrait se tenir dès la semaine prochaine mais d'autres syndicats plaident pour une reprise des discussions en janvier seulement. Quant à MG-France, il est partisan de groupes de travail préparatoires. L'assurance-maladie devrait en tout cas soumettre rapidement au gouvernement des propositions sur les deux sujets (répartition des médecins, dépassements) pour lesquels l'Élysée attend des résultats d'ici à la fin de l'année.

Sur la démographie, le directeur de la caisse, Frédéric van Røkeghem, estime disposer de nouvelles propositions de la part de la profession qu'il s'est dit prêt à étudier. « On est à un tournant sur ce dossier ; désormais, la balle est dans notre camp », a-t-il admis lors d'une interruption de séance. La CSMF affirme avoir présenté les grandes lignes d'un contrat individuel de solidarité intergénérationnelle susceptible de concerner tous les médecins : installés, remplaçants, retraités et étudiants de 3e cycle. Ce contrat reprendrait, d'une part, toute la panoplie des mesures incitatives issues des états généraux de l'organisation de la Santé (EGOS) et, d'autre part, préciserait les conditions dans lesquelles des médecins pourraient prêter main forte aux praticiens des zones sous-dotées (consultations avancées, cabinets secondaires, permanence des soins...). Selon la CSMF, les partenaires se donneraient « trois ans » pour vérifier le caractère opérationnel de ces mesures. En cas d'échec, les nouvelles installations ou les réinstallations dans les zones surdotées (à redéfinir) pourraient être conditionnées à un accord préalable. MG-France demande de son côté que le contrat de santé solidarité permette de conforter la permanence des soins, le développement de la régulation des appels et des maisons médicales de garde, la mise en place de consultations avancées avec des conditions incitatives dans les zones dépourvues d'accès aux soins et le soutien à des initiatives de santé publique, prévention, dépistage, éducation thérapeutique. Mais pour ce syndicat, la négociation n'a toujours pas traité du sujet essentiel : la revalorisation immédiate de la médecine générale. DR J Rivoallan

Depuis plusieurs mois, la pression politique est forte sur les compléments d'honoraires, présentés comme un obstacle à l'accessibilité aux soins. Pourtant, on note un ralentissement de la croissance des dépassements, avec une moyenne nationale toutes spécialités confondues autour de 50% par rapport au tarif conventionnel. La croissance des dépassements est passée de +10,4% sur la période 2000-2006 à +4,6% en 2007.

Mais nos politiques ne tolèrent pas d'être interpellés dans leurs permanences électorales sur les « dépassements d'honoraires » surtout lorsque l'essentiel de l'activité chirurgicale est faite en clinique où 80% des chirurgiens sont en secteur 2...

C'est pourquoi le projet de secteur optionnel nous semble une réponse à cette pression grandissante. Mais ce nouveau secteur d'exercice ne doit pas être une nouvelle occasion de diviser la profession médicale. Il doit répondre à la nécessité d'une accessibilité aux soins pour tous, par une proportion significative d'activité en secteur 1 (30% ?). Mais permettre aussi des dépassements pris en charge par les assureurs complémentaires (50% du tarif opposable ?). Surtout, il doit à terme être accessible à tous les spécialistes, quelle que soit leur spécialité et quel que soit leur secteur actuel d'exercice. On peut imaginer une première étape avec phasage de mise en place, si l'on ne veut pas créer encore un sentiment d'injustice.

Les négociations conventionnelles ont butté sur ces aspects et doivent reprendre au plus tôt. Sinon « l'Etat agira » a dit Nicolas SARKOSY.

*Loi HPST : vers un carcan accru ?

La plupart des experts sont maintenant d'accord : ce projet de loi HPST, projet de loi BACHELOT, va se traduire par une plus grande main mise de l'Etat, sous couvert d'une régionalisation que beaucoup souhaitent et attendent. En fait, ces nouvelles Agences Régionales de Santé aux pouvoirs étendus seront largement aux mains de l'Etat et de sa technocratie, tant pour l'organisation de soins que pour son financement, par le pouvoir de l'Etat sur l'Assurance Maladie... Et les contraintes pour les établissements de soins privés seront largement supérieures aux avancées aujourd'hui actées : la reconnaissance des missions de service public, en particulier des urgences, et de l'enseignement, s'accompagnera de contraintes fortes. Or ces missions nouvelles dévolues à l'hospitalisation privée seront signées par les Directeurs d'établissement sans que les médecins n'aient leur mot à dire. Tarifs opposables aux urgences, rendus obligatoires, contraintes d'accueil des urgences sans consultation de la CME, voir contraintes en cas de situation de monopole, autant de risques à venir. Le SYMOHP a fait une proposition d'amendement pour donner enfin aux CME un vrai rôle dans les établissements : signature des engagements des cliniques avec l'accord obligatoire de la CME, représentant des médecins dans l'organe de direction de la clinique comme pour les salariés, etc... Cet amendement a été largement repris par la Conférence Nationale des Présidents de CME, et, surprise, par certain groupe de cliniques. Il faut continuer à faire pression auprès des Directeurs d'établissement pour faire enfin reconnaître le rôle incontournable de la communauté médicale dans les cliniques...

*Public-privé : l'injustice tarifaire perdure...

Pourtant la T2A s'applique à l'hôpital public comme aux cliniques privées. Mais les tarifs des GHS sont très différents. Et tout le monde s'accorde à dire qu'un différentiel d'au moins 30% existe même en intégrant les honoraires... Et les dépassements !...

Une partie du budget de l'hôpital public échappe à la T2A : il s'agit des Migac (Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation). Celles-ci sont attribuées à l'hôpital public 99,1%, et seulement 0,9% pour les établissements privés ! Cette dotation a augmenté de 15,4% en 2005, 11,3% en 2006, et 9,7% en 2007. Pour 2008 la progression a été fixée à 6,1%. Et sans aucune pudeur, certains se félicitent du ralentissement du taux d'évolution de cette enveloppe qui contourne la T2A. Cette boîte noire représente 10% du budget total de l'hospitalisation !... Ou voilà comment l'hôpital public contourne tranquillement la T2A et échappe ainsi à toute régulation...

Et le plan hôpital 2012, plan de soutien à l'investissement et à la modernisation des établissements de soins commence à être dévoilé. Sur le premier milliard, l'hospitalisation privée va recevoir 7,5% des aides attribuées !...

Où est donc l'égalité du fronton de notre république ?... SYndicat Medecins HOspitalisaton Privé

2009-02-03	le C à 23€ opposition SML / CSMF	Le SML "suspend" la revendication du C à 23 euros en 2009/ L'UNOF-CSMF N'ABANDONNERA PAS LE COMBAT DE LA REVALORISATION DE LA MEDECINE GENERALE	<p>*Dans le quotimed :Le Syndicat des médecins libéraux (SML) a décidé l'art du contre-pied. Il « suspend » aujourd'hui la revendication « pourtant légitime » du C à 23 euros en 2009 pour deux raisons. Primo, explique le président du SML, le Dr Christian Jeambrun, « les médecins ne sont pas à vendre pour un euro », allusion au projet du gouvernement d'accorder cette revalorisation en échange d'une taxation des praticiens des zones surdotées qui refusent d'aller prêter main-forte à leurs confrères dans les zones sous-dotées. Secundo, le SML fait l'analyse que la crise économique actuelle « sans précédent » a changé la donne et « rend indécent et ridicule de s'arc-bouter sur le C à 23 euros qui, de toute façon, ne répond pas aux enjeux en médecine générale ». L'initiative-surprise du SML risque de couper l'herbe sous le pied du gouvernement qui, d'une certaine façon, voulait conditionner l'accord conventionnel et tarifaire à des mesures de régulation sur la démographie. Le Dr Christian Jeambrun entend profiter de la crise mais surtout de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » pour « faire des propositions structurelles et systémiques » sur la rémunération (consultations à forte valeur ajoutée) mais aussi l'organisation et la permanence des soins. lesml@hotmail.com</p> <p>*L'UNOF-CSMF N'ABANDONNERA PAS LE COMBAT DE LA REVALORISATION DE LA MEDECINE GENERALE A l'issue de son comité directeur de samedi, l'UNOF, branche généraliste de la CSMF, rappelle son attachement à la revalorisation à 23 euros de la rémunération de la consultation de base du spécialiste en médecine générale, assurant l'équité avec les autres spécialités, et socle d'une nomenclature des actes cliniques. Cette valeur, promise par les tutelles politiques et signée par l'Assurance Maladie, a largement été financée par les efforts fournis dans le cadre de la maîtrise médicalisée.</p> <p>L'UNOF-CSMF rappelle son hostilité à toute taxe sur les médecins généralistes concernant la démographie qui n'ont pas à supporter l'incurie des politiques de santé des trois dernières décennies. En outre, cette taxe ne résoudra aucun problème, et la contrainte sur les jeunes générations a été un échec dans tous les pays qui s'y sont essayés. Lire le communiqué de l'UNOF-CSMF http://www.unof.org/spip.php?breve1292</p> <p>Dr Arnodo</p>
------------	---	--	--

2009-02-03

DMP ACTUS

MICHEL GAGNEUX NOUVEAU PRESIDENT DU GIP DMP

& LA RELANCE DU

DMP

L'ancien inspecteur général des affaires sociales (Igas) a été nommé président du conseil d'administration et du comité d'orientation du (GIP-DMP) où il succède à Dominique Coudreau.

Michel Gagneux a animé la mission de relance sur la conduite du projet DMP, et rédigé un rapport remis à la ministre de la santé en avril 2008. il avait rédigé un rapport très critique remis à la ministre de la santé en avril 2008 sur la gestion du projet dans lequel il expliquait que les retards accumulés étaient importants et qu'il fallait programmer une montée en charge progressive du DMP. Il va devoir mettre en pratique ses propositions

Dr Arnodo

2009-02-03

mort d'une idée reçue: la visite n'influence pas le volume des prescriptions des généralistes

*Une étude du groupe CEGEDIM sur les médecins généralistes face à la visite médicale, sur un échantillon de 1000 médecins, montre que tous se prescrivent

*Cette étude démontre que les médecins qui reçoivent davantage de visiteurs médicaux ne prescrivent pas différemment de ce qui en reçoivent peu ou pas.

Par contre, l'étude démontre que la visite aurait des effets positifs pour le patient puisque que « l'arsenal thérapeutique » des médecins recevant le nombre le plus élevé de visiteurs médicaux serait plus étendu de 20 % en moyenne mais également plus moderne, sans hausse du montant de l'addition de l'ordonnance.

Le médecin reste donc un prescripteur indépendant de la visite médicale qui ajuste sa prescription aux besoins des patients. C'est ce que ne cesse de dire la CSMF.

csmf

2009-02-04

mecontentement des PH vu par les intersyndicales

**l'INPH exige : 29 janvier 2009

- l'ouverture immédiate de négociations dans le cadre d'un grand débat national sur le devenir du système de santé en France, son organisation et son financement ;
 - une véritable négociation de la loi HPST avec tous les acteurs de santé, effaçant le semblant de concertation qui a eu lieu jusqu'à présent ;
 - . - la sauvegarde du statut de Praticien Hospitalier et la mise en place de mesures renforçant l'attractivité de la carrière ;
 - en matière de retraite, l'abrogation des dispositions modifiant le régime de retraite où les praticiens hospitaliers perdent à terme 26 % de leur retraite complémentaire, le maintien de la durée d'assurance à 160 trimestres, la prise en compte des rémunérations annexes (astreintes, engagement de service public exclusif, ...) dans son calcul ;
 - un management hospitalier reposant sur des objectifs de santé et de services rendus à la population et non uniquement sur des impératifs comptables et économiques où les plus démunis se trouveront exclus
- cf www.inph.org/

**La Cph exige de profonds remaniements du projet de loi Bachelot (loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires »), et en tout premier lieu le renforcement des contre-pouvoirs et de la place du médical dans la gouvernance hospitalière et les procédures de nominations des PH. La CPH adresse à cet effet à tous nos parlementaires des propositions d'amendements cf détail

http://www.cphweb.info/IMG/pdf/Amendements_CPH_au_projet_de_loi_HPST.pdf

Dr arnodo

2009-02-03

SYMHOP NEWS Dans la presse
du 02 février 2009

*Rémunération des médecins – Le rapport de l'IGAS sur « la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers » commandé par la ministre de la Santé en février 2008, met en lumière des injustices et des aberrations importantes et propose des pistes pour réformer en profondeur le mode de rémunération des médecins.
Les Echos, Vincent Collen

*Grande-Bretagne – Afin de participer aux efforts nationaux pour baisser les émissions de CO², le National Health Service (NHS) augmente l'efficacité de son service de consultation par téléphone et envisage d'en faire de même via Internet.
Le Monde, Virginie Malingre

***Dans la presse du 3 février 2009

*Evaluation des pratiques professionnelles – A l'instar des premières conventions signées en décembre dernier avec la Fédération des Spécialités Médicales et quelques collègues de spécialités comme la cardiologie ou encore l'anesthésie, la HAS va signer des conventions de partenariats de « bonnes pratiques cliniques » avec de nouvelles spécialités (néphrologie, imagerie, gériatrie...) au cours des prochaines semaines - Interview de Jean-Michel Chabot, conseiller médical à la HAS.
Le Quotidien du médecin, Agnès Bourguignon

*Mutualité parisienne / plan de sauvetage - Après le rejet de « deux plans de rétablissement » en juin puis septembre 2008, la fédération mutualiste interdépartementale de la région parisienne (FMP) a été placée il y a deux mois sous administration provisoire pour « insuffisances dans la solvabilité et la gestion ». Cette mesure d'urgence permettra non seulement d'éviter la suppression d'emplois mais de conserver ce lieu hautement symbolique qu'est le Palais de la Mutualité. Ce plan en trois étapes devrait être définitivement approuvé la semaine prochaine par la FNMF.
La Tribune, Séverine Sollie

2009-02-04

La FHP et le projet de loi HPST :

Dans une interview accordée au Panorama du médecin, Gérard Vincent présente la position de la FHF relativement au projet de loi HPST, qu'elle souhaite consolider par une série d'amendements.

*Dans le cadre des propositions qu'elle a formulée sur la continuité des soins lundi dernier au ministère de la santé, la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) suggère la création de pôles d'urgences spécialisés notamment en cardiologie et en pédiatrie.

*La FHP préconise une approche différenciée des problématiques de prise en charge des patients dans les services d'urgence afin de mieux distinguer les urgences vitales, les urgences suivies hospitalisation et les urgences de porte.

*La FHP a également rappelé la nécessité de la mise en place de la CCAM clinique pour un meilleur fonctionnement des cliniques sur le volet médical.

***LA FHF VEUT DURCIR LE PROJET DE REFORME POUR ASSUJETTIR LES MEDECINS** La FHF considère qu'il faut impliquer les ARS dans la relation conventionnelle de la médecine de ville pour permettre « une politique tarifaire modulable au plan régional » ! (les artisans de la convention de 1971 doivent se retourner dans leurs tombes !)

*Mais ce n'est pas tout, les représentants des hôpitaux veulent également encadrer la liberté d'installation sur tout le territoire et faire de la médecine de ville le supplétif de l'hôpital en rendant obligatoire la permanence des soins « sous peine de déconventionnement » !

Le Panorama du médecin, Propos recueillis par Catherine Holué

2009-01-28

L'U.ME.SPE. demande le report de la loi « Hôpital, Patients,

L'U.ME.SPE/C.S.M.F. rappelle que les conclusions des Etats Généraux n'ont jamais reçu l'approbation ni de l'U.ME.SPE. ni de la C.S.MF., pour ce qui concerne tant les pénalités dans le cadre des mesures d'accompagnement sur la démographie, que l'exclusion des médecins spécialistes libéraux de l'accès de premier recours.

*L'U.ME.SPE/C.S.M.F. souligne que les structures administratives, chargées de promouvoir des coopérations entre les médecins spécialistes exerçant dans le secteur public ou privé ou exerçant en ville, n'ont, à ce jour, jamais pris en compte les demandes de leurs représentants.

*L'U.ME.SPE/C.S.M.F. s'inquiète de la mise en place de SROSS ambulatoires, proposant une organisation hiérarchisée et une régulation administrée des soins conduisant à une marginalisation de la médecine libérale de proximité.

*L'U.ME.SPE/C.S.M.F. demande qu'une véritable concertation, avec une définition claire du rôle respectif de tous les médecins libéraux dans le système de soins, soit mise en place sans retard dans la continuité de la loi de 2004 proposant une alliance médecine générale / médecine spécialisée et des pratiques coopératives. Il ne peut pas y avoir de définition de la médecine de premier recours sans définition de la fonction d'expert du médecin spécialiste et sans adaptation du rôle du médecin consultant à la médecine spécialisée clinique. L'organisation des soins aujourd'hui ne peut plus reposer sur une opposition médecine générale / médecine spécialisée, médecins exerçant dans le secteur privé / médecins exerçant dans le secteur hospitalier public. La loi ne permet pas de sortir de cette opposition.

*L'U.ME.SPE/C.S.M.F. somme la Ministre de la Santé de prendre en compte la volonté réformatrice du Président de la République dans le respect de la spécificité française à laquelle nos concitoyens sont attachés d'avoir accès aux soins de la médecine spécialisée en ville ou à l'hôpital.

*L'U.ME.SPE/C.S.M.F. considère que les propositions actuelles sur la démographie faites par la Ministre ne correspondent pas, dans la plupart des cas, à la réalité de terrain, les zones d'ombre sont liées essentiellement à l'inefficacité d'une administration locale incapable de fédérer et d'organiser les professionnels de santé en ville et à l'hôpital.

*L'U.ME.SPE/C.S.M.F. demande donc un report d'une loi mal préparée qui conduira, comme dans d'autres domaines, à mobiliser l'ensemble des médecins spécialistes libéraux et hospitaliers prenant en charge, au quotidien, les demandes des patients et qui se sentent exclus de la préparation actuelle de cette réforme qui ne fera, d'une part, qu'aggraver la perte d'attractivité du statut hospitalier et, d'autre part, qu'accentuer le désenchantement et l'épuisement des médecins du secteur libéral.

dans tous les pays qui s'y sont essayés.

lire <http://www.umespe.com/upload/news/03/0305.pdf>

UMESPE

2009-02-03

MEDECINS LIBERAUX ET HOSPITALIERS : DEUX FRONTS CONTRE LE PROJET DE LOI HPST

La CSMF qui a compris les motivations de la grève des médecins hospitaliers pour la journée du 29 janvier, fait remarquer que le projet de réforme « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » ne répond aujourd'hui ni aux attentes des médecins hospitaliers ni à celles des médecins libéraux qui s'inquiètent du devenir du système de santé français.

*Ce projet de loi vise à mettre au pas les médecins, en les faisant passer, à l'hôpital sous la coupe d'un directeur d'établissement tout-puissant, et en ville sous la coupe des préfets sanitaires. Il pose problème à l'ensemble des médecins qui entendent maintenir leur indépendance professionnelle et obtenir les moyens de répondre aux besoins de soins de leurs patients.

*En l'absence de mesures nouvelles de financement des dépenses de santé, le Gouvernement a décidé de créer un véritable entonnoir qui va compliquer encore plus l'accès aux soins dans la seule finalité de les rationner.

*À côté du front hospitalier, il existe un front libéral qui, de son côté, combat un projet de loi destiné à étrangler le corps médical pour rationner les soins.

Lire le communiqué

http://www.csmf.org/index.php?option=com_content&task=view&id=667&Itemid=541

2009-02-04

UNE ANNEE SYNDICALE 2008 /2009

**Janvier 2008

Les Intersyndicales obtiennent :

* la transmission aux ayant droits d'une indemnisation du CET en cas de décès du bénéficiaire

* l'indemnisation à hauteur de 50% des CET. La bombe à retardement démographique que représente les jours accumulés dans les CET au niveau national est (très) temporairement désamorcée !

**Septembre-octobre 2008

Malgré une mobilisation sans précédent (65% de médecins grévistes durant 48H00 ,les Intersyndicales n'arrivent pas à obtenir la prise en compte des spécificités de la carrière des PH dans la réforme nécessaire de l'Ircantec. C'est 10 à 30% de la retraite des médecins hospitaliers engagés dans le service public exclusif qui part en fumée !!

**Novembre-décembre 2008

La Fédération Européenne des Médecins Salariés avec le soutien français des Intersyndicales obtient grâce à un lobbying intense et argumenté L'abrogation d'une tentative de modification de la Directive Européenne sur le temps de travail. La limitation hebdomadaire à 48H00, prise en compte des périodes inactives de garde,le repos quotidien post-garde sont maintenus !!

>>>UNE ANNEE 2009 DE TOUS LES DANGERS

- Inadaptation de la T2A qui renvoie la grande majorité des hôpitaux publics vers un déficit organisé et des plans drastiques de retour à l'équilibre financier
- Incapacité à gérer heures supplémentaires et CET, escroquerie organisée pour gérer le déficit induit en ressources humaines
- Restructurations à "la hussarde" qui ne prennent en compte ni la défense du service public ni les besoins d'aménagement du territoire
- Opacité organisationnelle avec la mise en place d'une gouvernance dévoyée, détournée, aseptisée et récupérée.

La future loi "Hôpital, Patient, Santé, Territoire" contient tous les éléments nécessaires à la suppression du service public, et à la session de cette activité au secteur libéral qui pourra choisir dans les missions de service public ce qui lui sera profitable. Les quelques principes dans l'organisation qui permettent encore potentiellement une expression démocratique sont gommés, pour donner le pouvoir, sans aucun contre-pouvoir, à un petit nombre de directeurs. Et rien n'y figure pour l'attractivité des carrières, notamment médicales;
SNPHAR

edito
2009-
2

NULL

Alors que la loi Bachelot (Hôpital, Santé, "Patients, Territoire) est en cours d'examen à l'Assemblée Nationale, les protestations sont unanimes.

*Les partenaires sociaux expriment leur inquiétude quant à l'avenir de l'Hôpital public.

*La révision de la gouvernance et l'éclatement de leur statut provoquent la colère des PH qui sont en grève administrative.

*La lutte contre les déserts médicaux, les mesures de développement de la prévention inquiètent les libéraux alors que les conventions patinent et que la création du secteur optionnel n'est pas réglée.

*Un rapport de l'IGAS sur la rémunération des médecins vient encore accentuer le trouble alors que d'autres modes de rémunération à l'essai sont rejetées par les syndicats.

**La création des ARS doit être effective cette année. Ce guichet unique aura pour mission de gouverner l'ensemble des acteurs de santé au sein d'une région... sans contre-pouvoir ?
Cette régionalisation de la santé sera le thème de notre prochain congrès à TAHITI ;

*Notre fédération fût créée il y a tout juste 50 ans pour défendre les Internes et Anciens Internes de Région Sanitaire ainsi que leur titre !Elle mena quelques combats acharnés...En particulier dans les années 80 pour l'accès aux spécialités et pour les équivalences de C.E.S. Elle est aussi à l'origine de la création du statut d'Assistant...et rajouta à cette occasion un A à son sigle !

*Depuis les années 90, la FNIAAIHRS s'est plus orientée vers une structure de réflexion, défendant le maintien d'une médecine de qualité.

*Elle reste à l'écoute du fonctionnement des hôpitaux, berceau de notre formation initiale. Et bon nombre de services hospitaliers fonctionnent encore avec des Anciens Internes de région sanitaire.
Elle défend également une médecine de ville de qualité, par l'intermédiaire de ses nombreux représentants au sein des diverses structures syndicales, institutionnelles, ordinales et ses chargés de missions dans certaines structures type HAS.

*C'est un des rares fédérations multidisciplinaires, Nous exerçons en effet dans tous les domaines de la médecine : hospitalière, salariée, libérale (tant en médecine générale que spécialisée), ce qui nous permet de défendre toutes les formes d'exercice de la médecine sans exclusivité. C'est ce qui fait une des particularités et une des richesses de notre Fédération.

*La Fédé est aussi un lieu de convivialité, d'amitié et de sauvegarde des traditions et de l'esprit carabin, avec pour point culminant notre congrès annuel.

Pour notre 49° congrès aux Arcs, neige, soleil et amitiés étaient au rendez-vous !
Un grand merci à Jean-Claude Friedmann pour son organisation.
Benoît Charle (médecin conseil-Direction Régionale du Service Médical de Normandie) nous a exposé « La prise en charge du patient : passé, présent et avenir. Les principales évolutions 2008 relatives à l'assurance maladie. » Les échanges furent nombreux.

Nous avons pu présenter notre site nouvellement créé. Un grand merci à Patrick Arnodo et à tous ceux qui se sont associés à sa création.

Nous nous tournons maintenant vers le 50° Congrès !
Cap sur la Polynésie Française où nous fêterons comme il se doit notre 50°anniversaire !
Le thème retenu est « La régionalisation de la santé », thème d'actualité avec la mise en place des A.R.S..
Ce congrès aura lieu du 7 au 14 Novembre 2009, entre Tahiti, Moorea et Bora-Bora...
D'autres informations sont disponibles sur le site.
Mais retenez cette date... et commencez à rêver !!
Et n'oubliez pas, ce site est le vôtre, faites-le vivre !
A bientôt, amitiés à Tous,

C
Charle

vous
votre présidente Christine Charle

2009-04-07
Edito 2009-4
NULL

 Après un examen à l'Assemblée Nationale, la Loi HPST doit être présentée dans les prochains jours au Sénat.

Dans son parcours du combattant, elle rencontre beaucoup d'opposants.

**Les libéraux, dont le principal syndicat a rompu les négociations avec le ministère de la santé, s'interrogent sur la liberté d'installation, sur le niveau et le mode de leur rémunération, et même sur l'avenir de la médecine libérale !

**Les hospitaliers s'interrogent, eux, sur l'avenir de l'hôpital public, assimilé par la nouvelle loi à une entreprise ! Cette vision est-elle compatible avec les missions de l'hôpital public, hôpital hospice de nos anciens ? Les médecins, écartés du pouvoir sont appelés à une « grève administrative » par les syndicats ; les patrons de CHU menacent de démissionner de façon massive de leurs fonctions de présidents de CME... Quel avenir pour notre médecine, pour nos jeunes confrères ?

**Pendant ce temps, on commence à prendre conscience de l'ampleur des problèmes de démographie : déserts médicaux, manque de médecins dans les hôpitaux.. qui ne feront que s'aggraver avec les départs massifs à la retraite prévus dans les prochaines années.

La mise en place des ARS est annoncée pour une dizaine de régions au cours de cette année, elle sera totalement effective l'année prochaine.

**Clé de voute de la loi HPST, ces agences régionales seront chargées de définir la politique régionale de santé et couvriront l'ensemble du champ de la santé : ville, hôpital public et privé, médico-social, prévention, veille et sécurité sanitaire. Les acteurs de santé doivent organiser leur territoire de santé et les ARS se voient confier l'organisation territoriale de la PDS.

Cette régionalisation de la santé sera le thème de notre prochain congrès en POLYNESIE !

*Notre fédération fût créée il y tout juste 50 ans pour défendre les Internes et Anciens Internes de REGION Sanitaire ainsi que leur titre !Elle mena quelques combats acharnés...

*Depuis les années 90, la FNIAAIHRS s'est plus orientée vers une structure de réflexion, défendant le maintien d'une médecine de qualité.

*Elle reste à l'écoute du fonctionnement des hôpitaux,et défend également une médecine de ville de qualité, par l'intermédiaire de ses nombreux représentants au sein des diverses structures syndicales, institutionnelles, ordinales et ses chargés de missions dans certaines structures type HAS.

*C'est un des rares fédérations multidisciplinaires, Nous exerçons en effet dans tous les domaines de la médecine : hospitalière, salariée, libérale. C'est ce qui fait une des particularités et une des richesses de notre Fédération.

Cap sur la Polynésie Française ou nous fêterons comme il se doit notre 50° anniversaire !

Thème : « la régionalisation de la santé »

Du 7 au 14 Novembre 2009, entre TAHITI, MOOREA et BORA BORA...

Ne ratez pas cet évènement, rejoignez-nous !

Et n'oubliez pas, ce site est le vôtre, faites le vivre !

Amitiés à Tous,

Votre présidente, Christine CHARLE

2009-03-03

Communiqué INPH CPH

Les PH en grève le 5 mars

A la CPH et à l'INPH nous voulons, comme vous, comme nos concitoyens, un hôpital moderne et performant, piloté par la compétence, pôle d'excellence et de recours, offrant qualité et sécurité des soins, attractif pour les praticiens, accessible à tous les patients. Ce n'est pas ce que nous propose le projet de loi HPST.

*Nous ne voulons pas de la mise à l'encan du service public, de l'application des seules règles du marché à l'organisation de la santé, de la caporalisation des praticiens hospitaliers, des statuts kleenex et des retraites chagrins.

*Nous continuerons à nous battre pour le respect de notre indépendance professionnelle.

*Nous affirmons que le système qu'on veut nous imposer et qui conjugue paradoxalement bureaucratie et libéralisme coûtera plus cher et laissera à la charge de nos concitoyens une part de plus en plus importante de leurs dépenses de santé et fera voler en éclats notre pacte social.

*Aujourd'hui, nous n'avons, vous n'avez plus que quelques semaines pour tenter d'éviter le pire. Si nous ne bougeons pas, alors que de nouvelles contraintes professionnelles s'abattent sur nous, que dans le même temps notre statut vacille, que nos retraites périlclitent et qu'une dépendance hiérarchique assujettit notre nomination et nos conditions d'exercice au bon vouloir d'un directeur, si nous ne bougeons pas aujourd'hui alors quand le ferons-nous ?

*Un recul n'est pas impossible, mais il faudra le gagner !

>>LA CPH et l'INPH vous appellent à participer massivement à la grève du 5 mars!
INPH CPH

2009-03-03

Editorial de la CSMF :La poudrière

L'examen du projet de loi Bachelot a débuté à l'Assemblée Nationale sous une pluie d'amendements. 1200 au total. Ceci montre à quel point l'élaboration de ce texte a été autarcique. En évitant soigneusement d'entendre celles et ceux, libéraux et hospitaliers, qui font vivre notre système de santé au quotidien, en repoussant, comme toujours, la réforme du financement pour injecter des moyens indispensables aux besoins des Français, la Ministre de la Santé a créé une poudrière.

**Les libéraux de santé du CNPS ont décidé de prendre les Français à témoin et de les alerter des conséquences de cette réforme sur leur santé demain.

**Les députés, et sans doute le nouveau Secrétaire Général de l'UMP, ont à présent les cartes en mains pour éviter le pire. Le pire étant non seulement un conflit majeur avec les médecins et l'ensemble des professions de santé, mais aussi la dévastation de notre système de santé comme ce fut le cas déjà dans le passé. De telles erreurs, chacun le sait, ont un coût pour la nation qui, aujourd'hui par ces temps de crise, n'en a plus les moyens.

**Enfin, était-il bien responsable d'humilier les médecins en organisant le pillage des radiologues comme vient de le faire le Gouvernement, qui plus est avec la complicité active du syndicat MG-France, l'allié de la réforme ?

**Il est bien évident que les revenus des médecins, fussent-ils radiologues, ne suffiront pas à eux seuls à boucher le trou de la Sécu. Tout ceci n'a aucun sens et les médecins généralistes, dont les honoraires sont bloqués depuis deux ans ont bien compris que le C à 23 € n'était pas pour demain.

<http://www.csmf.org/>
Dr Michel Chassang

2009-02-27

SML & loi HPST : Pas d'opposition de principe

Le SML tient à préciser fermement qu'il n'a pas d'opposition de principe au Projet de loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires mais qu'il considère que certaines dispositions de ce texte ne sont pas satisfaisantes et que d'autres méritent d'être précisées.

Jouant son rôle de syndicat responsable et constructif, le SML a proposé aux députés des amendements qui améliorent ce texte sur plusieurs points importants :

- La définition du premier et du second recours,
- Le rôle du médecin généraliste,
- Le périmètre de la contractualisation régionale,
- La non-opposabilité des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

Le SML restera vigilant sur la suite des débats à l'Assemblée nationale.

www.gie-sml.fr/

Dr C JEAMBRUN

2009-03-03

REVUE DE PRESSE début mars

Loi HPST: *L'Assemblée nationale a donné sa version finale du volet hôpital de la loi HPST, qui comprend l'adoption de 175 amendements. Le Quotidien du médecin présente les mesures phares de ce volet du projet de loi qui vise à « moderniser les établissements publics de santé

Le Quotidien du médecin, D.Chardon, K.Piganeau

*Déserts médicaux –dernier sujet abordé celui de la mauvaise répartition des médecins sur notre territoire. 4 mars 2009

Déserts médicaux – Hier, les députés ont finalement trouvé un accord et ont voté la proposition de Jean-Marie Rolland sur les déserts médicaux ; l'amendement prévoit le renfort des médecins des zones surdenses vers les zones manquant de médecins sous peine d'amende. Cette mesure entrera en vigueur si les dispositifs incitatifs prévus par la loi restent inefficaces trois ans après leur mise en place.

Le Figaro, Olivier Auguste 4 mars 2009

**Laboratoires de biologie – Roselyne Bachelot a confirmé hier le vote des députés pour l'amendement visant à ne pas obliger les laboratoires d'analyses médicales à ouvrir totalement leur capital aux investisseurs. Jean Benoît, président du Syndicat des biologistes se dit satisfait.

Les Echos, Vincent Collen

**Télé-expertise – Parmi les pratiques de télé-médecine, la télé-expertise commence à se généraliser. Or, celle-ci pose avec acuité la question de la responsabilité entre les praticiens qui coopèrent à l'acte médical en cas d'erreur de diagnostic. C'est pourquoi un projet de loi, destiné à en préciser le cadre juridique sera bientôt présenté.

Les Echos, Monique Ciprut

**Hôpital public – Malgré les récents événements dramatiques, un sondage TNS Sofres pour le Parisien montre que 86 % des français continuent à faire confiance à l'hôpital public, 93% considèrent que le personnel y est compétent. Ils dénoncent tout de même un flagrant manque de moyens financiers.

Le Parisien, Laure Pelé

**Sécurité sociale – Le régime de sécurité sociale des artisans, commerçants et professions libérales, unifié depuis juillet 2006 sous l'étiquette du régime social des indépendants (RSI), fait les frais d'une fusion forcée dans un système très complexe. Avec pour conséquence un milliard d'euros de cotisations qui n'ont pas été recouvrées par le régime en 2008.

La Tribune, Véronique Chocron

**DMP – Jean-Yves Robin, directeur général de l'actuel GIP-DMP et de la future Asip (agence des systèmes d'information de santé partagés) souhaite relancer rapidement le DMP. Pour ce faire, il veut construire par palier. Ainsi, dans un premier temps le DMP sera avant tout un outil pour les médecins. La clef du succès : l'intégrer aux bonnes pratiques professionnelles, qu'il aide les médecins et leur fasse gagner du temps.

La Tribune, Véronique Chocron 5/3

arnodo

2009-03-08

LOI HPST & SML

Le SML considère que le vote, dans le cadre de loi HPST, d'une disposition définissant le médecin généraliste comme étant exclusivement un médecin de premier recours est une grave erreur car cela revient à l'enfermer dans un ghetto et dans des missions limitées qui ne correspondent pas à la réalité de la

pratique et aux besoins de santé publique.

**En effet, la médecine générale est désormais une spécialité clinique à part entière et, si les médecins généralistes ont évidemment vocation à être médecin de premier recours, leur exercice ne peut pas se limiter à cette fonction. Parce que, beaucoup d'entre eux ont des expertises particulières et complémentaires à la médecine générale (nutritionniste, ostéopathie, sexologie, etc.), ils peuvent être consultants et avoir des missions relevant du second recours.

>>A l'inverse, d'autres spécialités cliniques ont des compétences de premier recours et la possibilité d'être consultées en première intention. C'est le cas en particulier de la gynécologie-médicale.

** Cette définition du médecin généraliste a été adoptée pour lutter contre la désaffection pour la médecine générale. Mais elle risque d'avoir l'effet inverse, les généralistes n'acceptant pas d'être cantonnés à ce rôle de médecin traitant qui - même s'il est au cœur de leur métier - ne couvre pas l'ensemble de leur champ de compétence.

>>>Le SML considère qu'il est paradoxal qu'une loi dont l'objectif est de favoriser la coopération entre les acteurs de santé cloisonne le rôle des uns et des autres.

Le SML - qui a présenté un projet modifiant profondément l'approche de toutes les spécialités cliniques - estime que ce retour insidieux du médecin référent, dont l'échec est dans toutes les mémoires, est contraire aux objectifs.

>>>>>>CSMF, SML et Alliance, sont sur la même longueur d'ondes et d'autres, MG France et la FMF, continuent de soutenir la loi

sml

2009-03-03

MG FRANCE & LOI HSPT

Propositions d'amendements de MG France

Le projet de loi portant réforme de l'Hôpital et relatif aux patients à la santé et aux territoires (HPST) s'inscrit dans la continuité d'une réflexion menée depuis plusieurs années au sein du syndicat MG France et qui a trouvé son point culminant à l'occasion des Etats généraux sur l'organisation de la santé (EGOS).

MG France souligne aujourd'hui tout l'intérêt du projet de loi dans la mesure où il ouvre la possibilité d'une réforme organisationnelle du système de santé français.

Il soutient avec force l'inscription dans la loi des missions du médecin généraliste de premier recours ainsi que sa reconnaissance de facto en tant que premier pourvoyeur de soins de premiers recours.

*La définition des niveaux de recours ainsi que des missions dévolues au médecin généraliste est un élément fondamental pour l'efficience du système de soins. Outre qu'elle permet à la France de se placer au niveau des standards internationaux, cette définition donne aux médecins généralistes une reconnaissance de toute première importance, facteur de valorisation et de réappropriation du champ.

*Ce projet de loi comporte donc des avancées importantes pour la médecine de ville. MG France souhaite toutefois apporter un certain nombre de propositions complémentaires dont l'unique objet est de consolider le dispositif d'accès aux soins pour tous et sur tout le territoire. Suite :

<http://www.mgfrance.org/content/view/947/1070/>

MG FRANCE

2009-03-03

LE CONTRAT SANTE-SOLIDARITE DE MG FRANCE

Vers une offre de soins équilibrée sur l'ensemble du territoire

*Notre système de soin est en faillite. Son déficit est alimenté par le pilotage incohérent des tarifs qui aboutit à l'augmentation considérable du nombre des actes techniques et à une baisse de l'activité et du chiffre d'affaires de la médecine générale.

* Le constat est sans appel : doublement du différentiel de revenus entre Médecins généralistes et spécialistes et détournement de

l'exercice mg libérale vers les spécialités d'organe, d'actes techniques ou vers la médecine salariée

Au final: une offre de soins inégale à tous les sens du terme suite: <http://www.mgfrance.org/>

MGFRANCE

2009-03-05

LOI HPST & CSMF 2

Lors de la discussion parlementaire, un certain nombre d'amendements ont été adoptés par les députés dans la première partie de la loi Bachelot. A notre demande, le rôle des CME des établissements de soins privés commence à être mieux précisé. Il faut encore améliorer ce texte lors du passage au Sénat en précisant

également les moyens donnés pour leur fonctionnement. Les présidents de CME sont las de travailler à titre bénévole.

**Par contre, le secteur 2 est remis en cause à travers deux amendements, l'un donnant la possibilité aux ARS d'assurer des soins à tarifs opposables pour les pathologies lourdes, l'autre, en donnant quitus aux établissements de soins privés de toute indemnité en cas de rupture de contrat avec les praticiens, dans le cadre de la mise en place de service public, avec obligation pour ceux-ci, d'appliquer des tarifs opposables, alors qu'ils paient les charges du secteur 2. C'est une remise en cause du secteur 2, subrepticement, sans négociation, avec des conséquences financières lourdes pour les praticiens.

**Dernier danger, la possibilité, pour les établissements de soins privés, de facturer en sus des GHS dans la T2A les honoraires des médecins salariés. Dans un premier temps, c'est un amendement destiné à permettre aux établissements de recruter des spécialités médicales telles que la médecine interne ou l'endocrinologie dont les honoraires de surveillance sont notoirement insuffisants. Cet amendement est dangereux car il inclut pour la première fois, dans la T2A des établissements de soins privés, les honoraires médicaux. C'est un vieux rêve de directeurs d'établissements médicaux auquel nous nous étions opposés avec Claude Maffioli dans la convention de 1993. D'autres spécialités médicales pourraient être rapidement concernées, comme la néphrologie mais, à terme, ce sont tous les honoraires des praticiens libéraux qui seraient inclus dans la facturation de l'établissement avec, bien sûr, une perte totale d'autonomie.

>>>>Alors face à ces amendements, ceux qui pensent que la CSMF et le CNPS ont tort de protester contre cette loi d'étatisation, ces amendements sont des preuves précises et documentées de nos craintes justifiées.

La CSMF a déjà eu l'occasion de réagir fortement face à certains amendements particulièrement nocifs pour notre profession (en caractère gras sur notre texte) et a émis plusieurs communiqués que vous pouvez retrouver sur notre site www.csmf.org.

>>>>>>>Certains syndicats, le SML et Alliance, sont sur notre longueur d'ondes et d'autres, MG France et la FMF, continuent de soutenir la loi comme si de rien n'était !

Dr. J-F. REY

2009-03-05

LOI HPST & SML

Le SML considère que le vote, dans le cadre de loi HPST, d'une disposition définissant le médecin généraliste comme étant exclusivement un médecin de premier recours est une grave erreur car cela revient à l'enfermer dans un ghetto et dans des missions limitées qui ne correspondent pas à la réalité de la

pratique et aux besoins de santé publique.

**En effet, la médecine générale est désormais une spécialité clinique à part entière et, si les médecins généralistes ont évidemment vocation à être médecin de premier recours, leur exercice ne peut pas se limiter à cette fonction. Parce que, beaucoup d'entre eux ont des expertises particulières et complémentaires à la médecine générale (nutritionniste, ostéopathie, sexologie, etc.), ils peuvent être consultants et avoir des missions relevant du second recours.

>>A l'inverse, d'autres spécialités cliniques ont des compétences de premier recours et la possibilité d'être consultées en première intention. C'est le cas en particulier de la gynécologie-médicale.

** Cette définition du médecin généraliste a été adoptée pour lutter contre la désaffection pour la médecine générale. Mais elle risque d'avoir l'effet inverse, les généralistes n'acceptant pas d'être cantonnés à ce rôle de médecin traitant qui - même s'il est au cœur de leur métier - ne couvre pas l'ensemble de leur champ de compétence.

>>>Le SML considère qu'il est paradoxal qu'une loi dont l'objectif est de favoriser la coopération entre les acteurs de santé cloisonne le rôle des uns et des autres.

Le SML - qui a présenté un projet modifiant profondément l'approche de toutes les spécialités cliniques - estime que ce retour insidieux du médecin référent, dont l'échec est dans toutes les mémoires, est contraire aux objectifs de modernisation du système de santé.

SML

2009-03-05

LOI HPST & CSMF 1

Taxe Bachelot : le couperet est tombé, les masques aussi

**En adoptant, cette nuit l'amendement de Jean-Marie Rolland, les députés ont décidé de donner du temps pour l'expérimentation et le déploiement des mesures incitatives, écartant ainsi les mesures coercitives immédiates et répondant ainsi à une demande forte de la CSMF.

>>Malheureusement, ce texte comporte,

à une échéance fixée à l'horizon 2012, la promesse d'une sanction avec l'inscription, dans la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » d'une taxe qui reste totalement inacceptable.

La taxe, qui pourrait se mettre en place en cas d'échec des mesures incitatives, dès 2012, concernerait tous les médecins généralistes exerçant en zones surdenses, aussi bien nouveaux qu'anciens installés ! Cette taxe, dont le montant, calculé sur les bases de 2009 pourrait aller jusqu'à 2 859 €par médecin, devrait être payée tous les ans.

Mme Bachelot, les médecins libéraux ne vous disent pas merci. Au contraire, ils vous accusent d'agir, en contradiction avec vos discours, contre la liberté d'installation.

MG-France, les médecins généralistes ne vous diront pas merci non plus. En défendant la nécessité d'encadrer l'installation, d'organiser y compris par la contrainte et la coercition la répartition des médecins sur le territoire, vous avez tiré contre votre camp. La taxe sera appliquée aux seuls généralistes.

Nous sommes à la croisée des chemins, il est temps que chacun prenne ses responsabilités et les assume clairement et publiquement.

Pour sa part, la CSMF, premier syndicat médical français, a tenu une conduite claire depuis de nombreux mois. La Conf^e combat la stupidité et l'injustice de l'instauration de la taxe Bachelot, et se félicite de l'intérêt des parlementaires pour les mesures incitatives qu'il aurait fallu pouvoir soutenir avec plus de détermination.

La CSMF s'en remet à présent à la sagesse du Sénat pour sauvegarder l'exercice libéral et donner un signal fort en direction des médecins libéraux qui aujourd'hui sont découragés, pour ne pas dire écœurés, et supprimer cette disposition inique et dangereuse pour l'avenir avant le vote final de la loi, pour revenir à des solutions raisonnables incitatives;www.csmf.org

Dr REY

2009-03-05

ACTUS SELON LE SYMHOP

>>1 – LOI HPST EN PLEIN DEBAT

La loi BACHELOT devrait être ensuite discutée au Sénat, vraisemblablement dans quelques semaines, avant une adoption définitive. Marqué par une reprise en main de l'Etat sur l'ensemble du monde de la santé, via une régionalisation – déconcentration, ce projet de loi se heurte à des oppositions majeures dans tous les milieux, tout particulièrement auprès des médecins tant hospitaliers que libéraux. Cette loi redéfinit les missions de service public (en particulier la prise en charge des urgences, l'enseignement...), qui deviendront accessibles aux établissements de soins privés, sur la base d'engagements. Elle met en place une nouvelle gouvernance à l'hôpital public, et crée des Agences Régionales de Santé, qui remplaceront les ARH, mais étendront leurs pouvoirs sur les caisses d'assurance maladie et sur l'ensemble de la médecine de ville....

Contre cette étatisation, le Centre National des Professionnels de Santé a lancé une campagne d'information sur le thème « la crise ne justifie pas une santé au rabais » ; affiche disponible sur le site www.cnps.fr

>>2-HPST: NOS CONTRATS D'EXERCICE LIBERAL REMIS EN CAUSE !

Certains noteront avec intérêt que le rôle de la CME en établissements privés est mieux précisé et discrètement renforcé. Ceci est largement insuffisant par rapport aux amendements que le SYMHOP avait proposés.

Mais surtout, les députés ont, par deux amendements, remis en cause nos contrats. Le Directeur de l'ARS pourra garantir une offre de soins à tarif opposable, par contrat avec le Directeur de la Clinique, sur des disciplines ou des activités ciblées. Voilà la mort du secteur 2 ! Le Directeur de l'établissement pourra signer avec l'ARS un contrat de mission de service public (après avis simple de la CME !) ; si le praticien refuse de renégocier son contrat le liant à la clinique, la clinique pourra rompre le contrat, sans aucune indemnité financière !....

Nous voici amenés à une situation de dépendance vis-à-vis du Directeur de la clinique, où l'on se demande si notre statut libéral existe encore !....

La Conférence des Présidents de CME s'en est émue, et le pôle chirurgical de la CSMF dénonce avec colère l'attitude de ces quelques députés. Il nous reste à faire pression sur les sénateurs pour qu'ils redressent les choses.....

>>3-HPST MORT DE LA MEDECINE LIBERALE ?....

Outre les remises en cause des contrats nous liant aux établissements, les députés ont voté avec l'accord du gouvernement un amendement qui ouvre la possibilité pour une clinique de salarier des médecins, et d'encaisser directement les honoraires auxquels ceux-ci auraient droit. Il y a fort à parier que des grands groupes de cliniques vont s'y engouffrer. Surtout lorsqu'il s'agit d'activités ciblées sur plateau technique lourd tel que la dialyse par exemple....

4 – NOUVELLE GOUVERNANCE A L'HOPITAL...

L'actuel conseil d'administration sera remplacé par un conseil de surveillance comportant élus, personnels, et personnes qualifiées. Les députés ont renforcé le rôle de cette instance en matière de stratégie. Le Directeur de l'hôpital devient le vrai patron, et pilote avec l'aide d'un « directoire », dont le Président de CME est le Vice Président. Le personnel médical serait majoritaire au sein de ce directoire et le Président de CME « coordonne la politique médicale de l'établissement, sous l'autorité du Directeur ». Le conseil de surveillance pourra être présidé par un élu local ou une personnalité qualifiée, et comportera un Directeur de Caisse d'Assurance Maladie.

>>>5 – TARIFS DES GHS : + 0,47 %

Grande modification dans la T2A : la grille tarifaire a été revue puisqu'on passe de 800 tarifs à plus de 200. Indice de gravité de la situation des patients permettant un éclatement des tarifs, mise en place d'un

forfait journalier pour les soins intensifs, prise en compte de la précarité par le taux de CMU et CMUC etc...Autant de modifications acceptées par le secteur public comme par le privé. Mais le secteur privé est encore pénalisé : alors que les charges sont en augmentation de + 4,05 %, les tarifs n'augmentent que de 0,47 %. Or, l'enveloppe MIGAC, forfaitaire pour des missions réservées à l'hôpital public, augmente, elle, de 4,6 % ! Encore un accroissement de l'inégalité tarifaire entre les deux secteurs. Et l'impact sur les établissements de soins privés risque d'être important puisque des variations de recettes à - 5 % sont à prévoir voire plus.....

La FHP, (le Syndicat des Cliniques), craint que la proportion de cliniques en déficit, estimée à 30 % en 2008 soit portée à 40 %.

Et les cliniques psychiatriques dénoncent la hausse de 1 % des tarifs, comme les cliniques de soins de suite et de réadaptation.

>>>6 – INFECTIONS NOSOCOMIALES: AMELIORATION

Le Ministère vient de publier récemment le tableau de bord des infections nosocomiales, qui classe l'ensemble des établissements. Ces résultats comparent les moyens mis à disposition pour lutter contre ces infections. On note une nette amélioration, mais quelques établissements encore un peu à la traîne. Plus de 85 % des établissements sont fortement impliqués dans cette lutte contre ces infections nosocomiales. Près de la moitié sont classés en A ou P, et seuls 0,5 % sont classés E...

7 –LE DEFICIT SE CREUSE

En 2008, les soins de ville ont augmenté de 2,7 %, avec une hausse des honoraires médicaux de 2,5 %. Et les dépenses d'assurance maladie sont en forte augmentation en janvier 2009 à + 5,4 %.

Pour l'année 2009, le Ministre du budget estime que le déficit de la Sécurité Sociale pourrait atteindre 15 milliards d'euros, après l'avoir dans un premier temps estimé à 11,4 milliards. Le déficit public dépassera les 4,4 % du PIB en 2009. Le tout dans une ambiance de crise....

8 – LABORATOIRES D'ANALYSES : REcul DU GOUVERNEMENT ?

Les biologistes s'étaient alarmés de cette disposition prévue dans la loi permettant à des non professionnels de posséder la majorité des laboratoires d'analyses. Ceci sur injonction de la Commission Européenne. Il semble que le gouvernement soit prêt à renoncer à ouvrir davantage le capital des laboratoires d'analyses, actuellement limité à 25 %. Voilà qui devrait rassurer nos confrères, mais il faut rester vigilant face à ce pouvoir financier galopant.....

D'autant que les adeptes du LBO font face à des difficultés croissantes. Or, cette formule a souvent été utilisée par des fonds d'investissements dans le rachat des cliniques.... Inquiétudes.

Dr Jean Paul ORTIZ

2009-03-06

ACTUS du SML

*HPST : PREMIER RECOURS, UN GHETTO POUR LES GENERALISTES- leurs missions

* POLES DE SANTE:DEFINITION

* DISCIPLINES CLINIQUES : LE PARADIGME NOUVEAU EST ARRIVE

* DEMOGRAPHIE : LA TAXATION RENVOYEE & : LES MAGICIENS OSENT

*LOI HPST LA CHASSE AUX MEDECINS

*HPST MEDECINS : PRESUMES COUPABLES

*HPST: LES DEPUTES REFORMENT LES ORDRES MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

*CONSEIL NATIONAL DE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU grandes lignes

cf le détail de ces articles ci dessous

1-HPST : PREMIER RECOURS, UN GHETTO POUR LES GENERALISTES

Le Syndicat des médecins libéraux considère que le vote, dans le cadre de loi HPST, d'une disposition définissant le médecin généraliste comme étant exclusivement un médecin de premier recours est une grave erreur car cela revient à l'enfermer dans un ghetto et dans des missions limitées qui ne correspondent pas à la réalité de la pratique et aux besoins de santé publique.

En effet, la médecine générale est désormais une spécialité clinique à part entière et, si les médecins généralistes ont évidemment vocation à être médecin de premier recours, leur exercice ne peut pas se limiter à cette fonction. Parce que, beaucoup d'entre eux ont des expertises particulières et complémentaires à la médecine générale (nutritionniste, ostéopathie, sexologie, etc.), ils peuvent être consultants et avoir des missions relevant du second recours.

A l'inverse, d'autres spécialités cliniques ont des compétences de premier recours et la possibilité d'être consultées en première intention. C'est le cas en particulier de la gynécologie-médicale.

Cette définition du médecin généraliste a été adoptée pour lutter contre la désaffection pour la médecine générale. Mais elle risque d'avoir l'effet inverse, les généralistes n'acceptant pas d'être cantonnés à ce rôle de médecin traitant qui – même s'il est au cœur de leur métier – ne couvre pas l'ensemble de leur champ de compétence.

Le SML considère qu'il est paradoxal qu'une loi dont l'objectif est de favoriser la coopération entre les acteurs de santé cloisonne le rôle des uns et des autres.

Le SML – qui a présenté un projet modifiant profondément l'approche de toutes les spécialités cliniques – estime que ce retour insidieux du médecin référent, dont l'échec est dans toutes les mémoires, est contraire aux objectifs de modernisation du système de santé.

2- 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.

>> >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. 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".

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.

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.

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 devraient être définis dans "les trois mois".

>>>>DISCIPLINES CLINIQUES : LE PARADIGME NOUVEAU EST ARRIVE

Pour les disciplines cliniques, la rémunération exclusivement à l'acte ne correspond plus aux attentes des médecins parce qu'elle ne leur permet pas de s'investir dans la prévention, le suivi approfondi des patients, l'éducation sanitaire et la recherche d'une efficacité maximale.

Il faut donc mettre en place d'autres formes de rémunération permettant aux médecins cliniciens - autant les généralistes que les autres - d'investir ces champs de la santé publique.

Le SML a élaboré un projet global proposant une nouvelle approche de la médecine clinique fondée sur 3 axes.

- Une rémunération du suivi des ALD et des patients chroniques associant une part forfaitaire prévisible pour le suivi, une part à l'acte pour répondre aux problèmes aigus et une part à la performance sur des objectifs de santé publique,

- Un acte à haute valeur médicale ajoutée ayant un contenu intégrant Thérapeutique, Education, Prévention. Ce TEP a pour objectif une recherche d'efficacité dans la prise en charge.
- Un contrat d'incitation à l'amélioration de la qualité (CIAQ). Ouvert aux généralistes et aux spécialistes, il s'agit d'une rémunération à la performance par rapport à des critères et à des indicateurs scientifiquement validés parce que, élaborés par les collègues des disciplines concernées.

Ce plan global des disciplines cliniques devra faire l'objet de négociation avec l'assurance-maladie pour en déterminer les modalités, l'investissement nécessaire et les contreparties car ces nouvelles rémunérations se substitueront à des actes.

Le SML considère que la course à la revalorisation de la valeur des actes est perdue d'avance car le retard est tel qu'il ne sera jamais possible de remettre les actes à leur juste valeur. C'est le sens de cette nouvelle approche, de ce nouveau paradigme.

>>>DEMOGRAPHIE : LA TAXATION RENVOYEE

2859 € C'est le montant de la taxe que les médecins installés dans les zones sur-dotées paieront s'ils refusent d'aller donner un peu de leur temps dans les zones plus mal loties. Les députés ont décidé que cette taxation entrerait en vigueur en... 2012 si les mesures incitatives qui seront prises d'ici là ne s'avèrent pas suffisantes... S'agit-il d'une menace réelle ou d'une manière d'évacuer en douceur cette proposition qui a fait couler beaucoup d'encre ? L'avenir le dira. Pour sa part, le SML - qui reste fermement opposé à toute forme de taxation - propose que les médecins venant s'installer dans une zone déjà surdotée ou devenant surdotée du fait de leur arrivée soient obligés de consacrer une part de leur temps dans une zone sous-dotée proche. Dès lors que cette clause est connue d'avance, les médecins pourront décider, en toute connaissance de cause, leur lieu d'installation.

DEMOGRAPHIE : LES MAGICIENS OSENT

Un syndicat de médecins généralistes mono-catégoriel a expliqué aux députés - qui examinent la loi HPST - qu'il lui serait possible de régler en deux mois le problème de la démographie médicale, en développant l'exercice multi-sites, ouvrant des maisons de santé pluridisciplinaires et mettant en œuvre des mesures incitatives.. Ce n'est plus du syndicalisme, c'est de la magie !!

>>>LOI HPST LA CHASSE AUX MEDECINS

Le Syndicat des médecins libéraux entend dénoncer l'évolution des débats à l'Assemblée nationale sur la loi HPST. Une cascade d'amendements tend à multiplier les mesures coercitives et stigmatisantes à l'encontre des médecins libéraux

Au cours des dernières heures, deux amendements adoptés sont révélateurs de cet état d'esprit.

- L'amendement 217 à l'article 16 déposé par le député Flageolet rétablit insidieusement l'obligation pour les médecins de participer à la permanence des soins sous le contrôle de l'Agence régionale de santé,
- L'amendement 1894 à l'article 16, déposé par le Dr Jacques Domergue détermine des règles pour assurer la Continuité des soins qui obligent tout médecin à signaler qu'il s'absente pour des raisons professionnelles ou personnelles afin de permettre à l'ARS de vérifier si l'offre de soins reste suffisante. Le législateur ignore-t-il que la continuité des soins est une obligation déontologique et croit-il que les médecins sont inconscients au point de ne pas assurer cette continuité en cas d'absence ?

Le SML constate avec inquiétude que les députés semblent être lancés dans une course à celui qui sera le plus sévère à l'encontre des médecins, comme si cela constituait un atout politique. Il ne faut pas confondre la fabrication de la loi et la chasse au médecin libéral.

Le SML continuera à se battre et chacun doit se mobiliser pour soutenir cette action et contribuer à augmenter le nombre d'adhérents

>>>HPST MEDECINS : PRESUMES COUPABLES

Le Syndicat des médecins libéraux est extrêmement choqué par l'amendement au projet de loi HPST instituant la méthode du « testing » pour prouver un refus de soins par un médecin, assimilant ainsi les cabinets médicaux à des boîtes de nuit.

Cette indignation a pour origine trois points :

- Ce testing revient à montrer du doigt l'ensemble des médecins alors que les refus de soins réels sont rarissimes,
- Qui seront les auteurs des « testing » ? Quel sera leur légitimité pour accuser un médecin de refus de soins ?
- Le testeur pourra saisir une commission de conciliation et si, aucun accord n'est trouvé, la Caisse d'assurance-maladie ou le Conseil départemental de l'Ordre pourra prononcer une sanction financière.

Cette procédure de testing est d'autant moins acceptable que le dispositif sur le refus de soins repose sur une inversion de la charge de la preuve. En effet, c'est le médecin qui devra prouver qu'il n'a pas opéré un refus.

Le SML ne peut pas accepter cette « présomption de culpabilité » à l'encontre des médecins.

Le SML tient à rappeler que sur les questions déontologiques, seul l'Ordre est compétent.

>>>HPST: l'Igas autorisée à contrôler les médecins libéraux

PARIS, 5 mars 2009 (APM) - Les députés ont adopté jeudi deux articles dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) qui autorisent l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) à contrôler les médecins libéraux et les écoles de formation des ostéopathes.

Proposé par le rapporteur pour avis de la commission des affaires économiques, André Flajolet (UMP, Pas-de-Calais), un des articles votés permet aux membres de l'Igas d'accéder aux cabinets des professionnels exerçant à titre libéral.

Les inspecteurs disposeront, pour l'exercice de leurs missions, des mêmes prérogatives que celles qui leur sont accordées pour le contrôle des divers services ou organismes, étant précisé que seuls les agents médecins auront accès à des données médicales individuelles.

L'article permet aussi à l'Igas d'effectuer des contrôles dans des organismes ou auprès de professionnels ne bénéficiant pas de financements publics.

>>>HPST: LES DEPUTES REFORMENT LES ORDRES MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

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 ordinaires 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 ordinaire 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.

Béregère 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 Béregère Poletti.

>>>CONSEIL NATIONAL DE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU :grandes lignes
La ministre de la santé, Roselyne Bachelot, a donné jeudi les grandes lignes du décret qui définira les missions et le fonctionnement du conseil national du développement professionnel continu (DPC).

Le DPC est la nouvelle dénomination des actions de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) pour les professions de santé (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes,

pharmaciens), adopté dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) (cf dépêche APM EHMC5009).

Le conseil national unique par profession sera chargé de conseiller le ministre, notamment sur les modalités d'organisation du dispositif, sur les priorités de formation continue et sur les critères d'enregistrement des organismes de formation.

La constitution de ce conseil national du DPC ne figure pas dans le projet de loi car le Conseil d'Etat a considéré que ces dispositions relevaient du domaine réglementaire, a précisé la ministre.

Un conseil national sera créé par profession, a indiqué Roselyne Bachelot en précisant que les grandes lignes du décret pouvaient encore évoluer.

Le décret précisera d'abord "l'orientation nationale du conseil national DPC" puis "les critères et les modalités permettant d'assurer la qualité des programmes et actions". Le conseil national devrait donner "un avis sur toutes les questions relatives au DPC" et rédiger un rapport annuel qui sera rendu public.

Le décret précisera les missions du CNDPC et sa composition, à savoir des représentants du conseil national de l'Ordre de la profession, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), des enseignants-chercheurs, des représentants des syndicats représentatifs et des représentants des usagers. Les conditions de fonctionnement du conseil y figureront.

Roselyne Bachelot a indiqué que les conseils départementaux de l'Ordre vérifieront le respect de l'obligation de DPC "sur un échantillon de professionnels chaque année".

En cas de non respect de l'obligation, un "plan de DPC" individuel sera arrêté entre le professionnel et le conseil de l'Ordre, ce qui constituera "un dispositif incitatif", a-t-elle précisé.

Le décret créera aussi "un système d'information pour l'information des professionnels et l'enregistrement des actions de DPC de chaque professionnel".

La ministre a précisé que les crédits acquis depuis juin 2006 par les professionnels et les agréments acquis depuis juin 2006 seraient conservés.

L'obligation de DPC pour chaque professionnel sera "d'une action de formation évaluative chaque année au minimum"

Interrogée par des députés, Roselyne Bachelot a précisé que la Fédération des spécialités médicales (FSM) fédèrera les collèges de bonnes pratiques, qu'un collège devra être constitué par spécialité, réunissant les praticiens libéraux et hospitaliers.

SML

2009-03-10

nouvelles rémunération selon MG et UCDF

Pour MG-France, premier représentant des médecins généralistes et UC, principal représentant des chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens, il est urgent de mettre en place un autre pilotage des tarifs des médecins libéraux. 9 mars 2009.

** Le rapport IGAS sur les rémunérations des

médecins est venu confirmer l'hétérogénéité des tarifs pratiqués et donc des rémunérations des spécialités médicales. L'opacité des hiérarchies ainsi mises en place aboutit année après année à des augmentations importantes pour les spécialités techniques les mieux dotées, à des évolutions minimales pour le secteur chirurgical et négatives pour la médecine générale.

L'IGAS constate la prééminence des actes techniques répétitifs dont la part s'accroît mécaniquement d'année en année au détriment des activités cliniques et des actes chirurgicaux.

Les différences de rémunérations ne prennent en compte ni la compétence des professionnels ni la qualité de leur travail ni la pénibilité ou la responsabilité respective des différentes spécialités. C'était la finalité de la mise en place de la CCAM technique mais elle a été détournée.

Le pilotage des tarifs médicaux doit être profondément modifié et permettre :

- de faire évoluer les tarifs en fonction des évolutions des techniques, à la hausse et à la baisse le cas échéant ;
- de décliner les priorités décidées par les pouvoirs publics, notamment la revalorisation des soins de premier recours et chirurgicaux ;
- de permettre le rattrapage des rémunérations des spécialités lésées lors des dernières décennies : spécialités cliniques et particulièrement la médecine générale actuellement en évolution négative mais également les spécialités chirurgicales (chirurgiens, obstétriciens, anesthésistes)

>>Le parlement a voté un crédit supplémentaire de 2,5 milliards d'euros pour la médecine de ville en 2009. Pourtant, l'assurance maladie n'a engagé aucune augmentation de l'enveloppe des soins de premiers recours ni des soins chirurgicaux. Elle ne peut dès lors être considérée comme apte à conduire la politique tarifaire à venir.

>>C'est l'occasion de réunir les médecins libéraux et hospitaliers pour un nouveau cadre de négociation tarifaire plus juste, plus transparent, plus conforme aux choix et aux besoins du pays et des patients.

2009-03-12

MOTION UMESPE/CSMF,CPH,INPH

L'UMESPE/CSMF, la CPH, l'INPH ont convenu d'analyser ensemble la Loi HPST en discussion et de définir une position commune.

Elles considèrent, qu'au-delà des statuts différents, les préoccupations des médecins spécialistes libéraux et des praticiens hospitaliers sont communes quant à la nécessité que soient reconnus dans la Loi :

1. le respect de leur indépendance professionnelle que ce soit à travers une CME dans l'Hospitalisation privée, le respect de l'équilibre des pouvoirs des directions administratives et des praticiens dans les hôpitaux publics et une régulation professionnelle dans le

NULL

Dr.Jean François REY Dr Pierre FARAGGI Dr.Rachel BOCHER; Présidents

2009-03-19

MOTION UMESPE/CSMF,CPH,INPH

L'UMESPE/CSMF, la CPH, l'INPH ont convenu d'analyser ensemble la Loi HPST en discussion et de définir une position commune.

Elles considèrent, qu'au-delà des statuts différents, les préoccupations des médecins spécialistes libéraux et des praticiens hospitaliers sont communes quant à la nécessité que soient reconnus dans la Loi :

1. le respect de leur indépendance professionnelle que ce soit à travers une CME dans l'Hospitalisation privée, le respect de l'équilibre des pouvoirs des directions administratives et des praticiens dans les hôpitaux publics et une régulation professionnelle dans le secteur ambulatoire,

2. une organisation des soins centrée sur des besoins populationnels d'un territoire de santé, garantissant l'accès aux soins pour tous,

3. la mise en place de pratiques coopératives entre médecins d'exercice différent sur le territoire, en particulier pour l'organisation de la permanence des soins,

4. la spécificité de la démarche clinique des spécialistes et tout particulièrement dans le champ des disciplines cliniques à côté de la médecine générale de premier recours,

5. l'urgence d'une lisibilité institutionnelle de la Formation Médicale Continue dans laquelle la très grande majorité des médecins spécialistes sont engagés de tout temps dès leur inscription dans leur exercice spécialisé exclusif,

6. la mise en place d'une Instance de concertation institutionnelle unique au niveau régional.

Elles refusent solidairement, même si l'opposition s'exprime différemment suivant l'histoire et la sensibilité de chaque Intersyndicale, la logique d'industrialisation et de marchandisation des soins inscrite dans la Loi, car cette logique :

1. ne permet pas de prendre en compte la complexité des prises en charge,

2. enferme le soin dans une logique comptable,

3. substitue à une prise en charge individualisée des malades une réponse standardisée et normée de maladies,

4. étouffera définitivement les multiples initiatives locales qui depuis quelques années se développent sur tout le territoire,

5. enfermera les médecins dans une logique hiérarchisée sous l'autorité de gestionnaires et d'acteurs administratifs préjudiciable à la qualité et la sécurité des soins.

Drs Jean François REY; Pierre FARAGGI , Rachel BOCHER; Présidents

2009-04-08

Communiqué CPH-INPH du 8 avril 2009

La CPH et l'INPH, qui représentent 80 % des praticiens hospitaliers, rappellent leur engagement constant au service d'une offre de soins de qualité accessible à tous sur l'ensemble du territoire national et qui donne à l'hôpital public toute sa place avec sa double vocation de pôle d'excellence et de dernier recours.

A cette ambition doit impérativement correspondre un espace professionnel attractif pour les médecins hospitaliers leur garantissant :

- leur indépendance professionnelle et statutaire,
- le respect des attributions liées à leur compétence sur les choix médicaux et l'organisation des soins :
 - . compétence de la CME sur le projet médical,
 - . compétences spécifiques du président de CME pour la contractualisation interne,
 - . autorité des praticiens sur l'organisation des unités fonctionnelles, des services et des pôles.

Les dispositions du titre I du projet de Loi HPST témoignent d'une volonté de rupture avec ces principes en érigeant comme seule légitimité la contrainte économique et le directeur patron pour sa mise en application.

Nous ne pouvons que combattre formellement ces perspectives destructrices pour l'avenir du service public hospitalier et nous associer à tous les mouvements qui les contestent.

Aujourd'hui, l'hôpital public fait l'objet d'attaques réitérées à coup d'affirmations mensongères, y compris au plus haut niveau de l'Etat, et d'une médiatisation accusatrice à outrance. L'hôpital serait en déshérence parce qu'il est un grand oublié des réformes (!!!) ; tandis que les dysfonctionnements toujours regrettables sont présentés de façon quasi diffamatoire, sans mettre en perspective le nombre considérable d'interventions et les difficultés des situations des prises en charge.

Tous ces mauvais procédés n'y changeront rien : nos concitoyens aiment l'hôpital public, tiennent à ses valeurs et le reconnaissent comme un des fondements de notre pacte social.

La CPH et l'INPH rappellent leurs consignes de mobilisation des praticiens exclusivement sur les activités de soins, de boycott des activités médico-administratives ainsi que de rétention du codage et des différentes données d'activité.

La CPH et l'INPH apportent leur entier soutien au mouvement initié à l'APHP par le Comité de défense de l'hôpital public et participeront à la journée de mobilisation du 28 avril 2009.

Drs Pierre Faraggi, Président CPH & Rachel Bocher, Présidente INPH

2009-04-12

Le point de vue de la CSMF sur HSPT et hopital

Dans les hôpitaux, le front du refus s'élargit et touche maintenant les Présidents de CME tant des CHU que des hôpitaux généraux : ils dénoncent pèle mêle les pouvoirs élargis du Directeur de l'hôpital, la place devenue

accessoire de la CME et le manque de moyens pour l'hôpital public...

Bien sûr, il persiste des différences d'analyse, mais certains points de convergence, en particulier sur la place et le rôle des médecins dans l'organisation des structures d'hospitalisation, sont des demandes communes à tous les secteurs.

Et même Alain Juppé est pris d'une repentance puisque dans un livre paru récemment, il déclare sans sourciller qu'aucune réforme n'est possible sans les médecins :13 ans après, tout arrive !...

CSMF

2009-04-12

DANS VOS JOURNAUX EN AVRIL

****DOSSIER MEDICAL ELECTRONIQUE / Une première version en 2010 –**

Les promoteurs du DMP avaient prévu le déploiement du dossier médical en 2007 et qu'il générerait des économies d'abord chiffrées à 3,5 milliards d'euros par an. Il semblerait que cette ambition soit démesurée. La nouvelle équipe en charge du DMP reste plus modeste. Comme l'a confirmé hier Roselyne Bachelot, une première version du dossier médical sera déployée en 2010.

La Tribune, Véronique Chocron

****HOSPICES CIVILS DE LYON – 84 millions d'euros au lieu des 154 millions prévus, c'est le déficit annoncé par les HCL après une aide exceptionnelle de l'ARH de 25 millions et l'effort de gestion du même montant. Les investissements sont suspendus, des postes équivalents temps plein doivent être supprimés... La restructuration de l'hôpital lyonnais ne s'annonce pas sous les meilleurs auspices.**

Les Echos, Marie-Annick Depagneux

****Réaction du CNOM – Face aux accusations portées contre les médecins dans le « Livre noir des hôpitaux », le Dr Michel Legmann, président de l'Ordre, répond point par point sur la question des médecins incompetents, des dépassements d'honoraires, des problèmes d'addiction et des dysfonctionnements.**

Le Quotidien du médecin, propos recueillis par Henri de Saint Roman

****REFORME HSPT– Alors que le mouvement de grogne commence à inquiéter le gouvernement, la commission des affaires sociales du Sénat précise qu'aucune orientation officielle n'a été encore retenue mais la tendance est au compromis. Les sénateurs qui débattront à partir du 11 mai le projet de loi Bachelot pourraient leur redonner du pouvoir à l'hôpital.**

La Tribune, Véronique Chocron

GREVE DES MEDECINS – Les médecins préparent une journée de grève le 28 avril pour protester contre la loi HPST qui donne tous les pouvoirs aux directeurs. Lancée par les médecins parisiens, cette journée d'action est suivie par les syndicats nationaux comme la CHP, l'INPH, les anesthésistes avec le SNPHAR et les urgentistes de l'Amuf. Ils ont été rejoints hier par la CMH, qui espère des adaptations au Sénat.

Les Echos, Vincent Collen

****ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS à but non lucratif – A l'occasion du 34e congrès de la FEHAP (Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, à but non lucratif), interview du directeur du pôle sanitaire, David Causse. Il se dit satisfait du vote par les députés de la création du statut d'établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) dans le cadre du projet de loi HPST.**

Le Quotidien du Médecin, Delphine Chardon

****PLFSS – Le gouvernement propose deux pistes de réforme du financement de la sécurité sociale pour 2010. L'une confie aux mutuelles et assureurs une plus grande part de la prise en charge des dépenses de santé, l'autre mise sur un bouclier fiscal sanitaire. A court terme, l'augmentation des taxes sur le tabac est envisagée. Le contexte n'est pas favorable au consensus, notamment à cause de la rupture entre la CSMF et le ministère de la Santé.**

La Tribune, Véronique Chocron

****DEPASSEMENTS HONORAIRES** – Depuis l’instauration du devis préalable pour les montants supérieurs à 70 euros et la diminution des remboursements par l’assurance maladie, les patients négocient de plus en plus avec leur médecin les dépassements d’honoraires.

La Parisien, Daniel Rosenweg

PA

2009-04-12

CSMF ACTUALITE www.csmf.org/

Le mot du Président :

Dénoncer les insuffisances de la loi : Tous ensemble

Au moment où de plus en plus de voix de médecins exerçant dans le secteur libéral ou hospitalier s'élèvent pour dénoncer la mauvaise écriture de la loi Bachelot, il est important que les libéraux se manifestent tous ensemble, sans état d'âme ni mise en avant d'intérêts particuliers. L'attaque ministérielle contre les radiologues et les rhumatologues nous concerne tous, elle est le témoin d'une mauvaise méthode cherchant à diviser. Par ailleurs, nous allons fêter le deuxième anniversaire de l'arrivée au Ministère de la Santé, de Madame Roselyne Bachelot-Narquin, et pour les médecins spécialistes, les choses sont claires : aucune avancée tarifaire, un oubli de la médecine spécialisée de proximité et la volonté ministérielle de mettre en avant une politique de filières à l'anglaise pour faire plaisir à MG France.

C'est donc tous ensemble que nous devons nous manifester pour obtenir l'application de l'élargissement du C2 (prévu depuis deux ans et bloqué par la Ministre), la mise en place d'un C à 23 euros, (première étape de la réforme des consultations), avec des mesures spécifiques dès à présent pour les consultations lourdes ainsi que la mise en place d'un secteur optionnel qui doit clairement être ouvert à l'ensemble des médecins spécialistes libéraux quelle que soit leur spécialité, (même si, dans un premier temps, des groupes d'actes techniques, voire certaines consultations, puissent constituer une première étape.)

Enfin, parmi les nombreux amendements aberrants, n'oublions pas que la division de la représentativité syndicale en trois collèges par le député Domergue est non seulement incohérente mais ce jeu, une fois de plus, est un germe de division des médecins libéraux, comme l'a déjà fait, en 1996 et 1997, Juppé et Aubry. D'ailleurs, dans un livre récent, l'ancien premier Ministre rappelle, avec regret, que l'on ne fait pas de réforme sans les médecins. Madame Roselyne Bachelot-Narquin, pharmacienne de profession, devrait s'en souvenir !

Dr. J-F. REY

1. Loi HPST : les oppositions s'accroissent...

Certains avaient trouvé cette loi plutôt bonne. Et la CSMF et l'UMESPE ont été bien seules, pendant de longues semaines, pour dénoncer cette étatisation de la santé. Et puis quelques amendements hautement symboliques ont ouvert les yeux. D'abord à quelques politiques au sein de la majorité puisque Jean Pierre Raffarin a estimé que « ce projet de loi était trop touffu et confus » et il dit « oui au retour des médecins dans la gouvernance ». L'examen de la loi au Sénat à partir du 11 mai permettra de voir si ses promesses seront tenues...

Dans les hôpitaux, le front du refus s'élargit et touche maintenant les Présidents de CME tant des CHU que des hôpitaux généraux : ils dénoncent pêle mêle les pouvoirs élargis du Directeur de l'hôpital, la place devenue accessoire de la CME et le manque de moyens pour l'hôpital public...

Bien sûr, il persiste des différences d'analyse, mais certains points de convergence, en particulier sur la place et le rôle des médecins dans l'organisation des structures d'hospitalisation, sont des demandes communes à tous les secteurs.

Et même Alain Juppé est pris d'une repentance puisque dans un livre paru récemment, il déclare sans sourciller qu'aucune réforme n'est possible sans les médecins : 13 ans après, tout arrive !...

2. Les jeunes... et les autres contre la loi HPST

Après s'être largement fait abusés par les sourires des technocrates sous les dorures de la République, les internes et chefs de clinique prennent position contre des amendements de la loi HPST, en particulier sur les menaces contre le secteur 2, dont l'ARS pourra décider de son bon vouloir, ainsi

que les ruptures de contrat sans indemnités et les absences et congés à demander à l'ARS... Et ils menacent d'un mouvement dur si les sénateurs ne reviennent pas sur ces dispositions.

Les syndicats de chirurgiens viscéraux et orthopédistes sont aussi très inquiets par la casse de l'outil chirurgical libéral et la logique économique à l'hôpital.

Le SYMHOP refuse, au nom des médecins de l'hospitalisation privée, toute mise au pas, au cours d'une conférence de presse. Il dénonce la remise en cause des contrats dans les cliniques, le pouvoir excessif donné au Directeur d'une clinique pour engager l'établissement sur les missions de service public, ainsi que sur les honoraires des médecins. Le SYMHOP rappelle son attachement à la force du contrat dans les relations avec les établissements privés. Il souhaite un renforcement du rôle des CME par des amendements présentés aux Sénateurs.

3. Les radiologues en colère

La baisse des tarifs des actes en série de 50%, décidée de façon autoritaire par l'Assurance Maladie, va entraîner une perte de ressources entre 9 et 20 % par cabinet, ce qui va remettre en cause les cabinets de proximité. Ceci constitue une menace sur les dépistages du cancer du sein. La Fédération Nationale des Médecins Radiologues a prévu une campagne de communication sur le slogan «Non aux déserts médicaux !», pour sauver le dépistage du cancer du sein. La Fédération des radiologues dénonce ce plan d'économies dont l'impact total est chiffré à 170 millions d'euros en année pleine dont 130 affectant les radiologues, 20 millions les rhumatologues et 20% l'hôpital public. Un cabinet de proximité sur 2 pourrait fermer dans les mois qui viennent. Sensibilisation des patients, pétition sur Internet, mais également journée « radiologie morte » le 23 avril prochain.

4. Et les rhumatologues aussi !

Mais les rhumatologues sont extrêmement inquiets : le moindre remboursement hors parcours de soins les pénalise, et la baisse des actes de radiologie constitue une agression majeure. C'est pourquoi ils appellent à faire la grève de la télétransmission hors CMU et sensibilisent leurs patients dans les salles d'attente.

5. Vers la reprise des négociations conventionnelles ?...

C'est la Ministre qui l'a déclaré aux questions d'actualité au Sénat, au sujet de l'arrêt de la Cour d'Appel de Grenoble qui autoriserait les médecins spécialistes en médecine générale à coter Cs. La Ministre a demandé des mesures fortes pour l'accès aux soins tant d'un point de vue financier que géographique. Elle a affirmé que la provision pour le C à 23 était bien dans la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2009... Cela pourrait être un engagement à relancer les négociations sur le secteur optionnel, mais également sur les problèmes de démographie médicale...

L'UMESPE rappelle que l'utilisation du C2 suivi d'une Cs est toujours bloquée par le ministère. L'UMESPE ne s'engagera sur l'accessibilité aux soins qu'après le retrait des amendements sur la limitation du secteur 2 et la division de la représentativité syndicale aux futures URPS.

Dr. J-P. ORTIZ Secrétaire Général

2009-04-12

ACTUALITES D'AVRIL du SML www.gie-sml.fr/
LOI HPST : LE SALUT PAR LE SENAT ?

C'est finalement le 11 mai et non le 12 que le Sénat commencera l'examen du projet de loi HPST. Cette lecture par la Haute Assemblée est importante parce qu'en raison de la procédure d'urgence appliquée à ce texte, il n'y aura pas de navette entre les Assemblées. Soit, les deux chambres votent un texte identique, soit elles divergent. Dans ce cas, une Commission mixte paritaire doit chercher un compromis. Si elle n'y parvient pas, c'est le texte de l'Assemblée nationale qui l'emporte.

Décidés à casser leur image d'élus en charentaises, les Sénateurs semblent remonter contre ce texte. Plusieurs d'entre eux entendent déposer des amendements, d'abord sur le versant hospitalier pour rééquilibrer les pouvoirs entre les directeurs d'hôpital et les médecins.

En ce qui concerne la médecine libérale, le SML va soumettre aux Sénateurs les amendements déjà proposés aux députés qui reviennent sur les dispositions coercitives et humiliantes - testing, obligation de signaler toute absence, participation obligatoire à la PDS - et structurantes telle que la rupture unilatérale des contrats d'exercice dans les cliniques et la définition du médecin généraliste comme médecin exclusif de premier recours. Comme le SML l'a démontré à plusieurs reprises, ce ghetto dans lequel serait enfermé le médecin généraliste empêche toute revalorisation réelle de la médecine générale, est contraire à son statut de spécialité et pose un grave problème aux Médecins à Expertise Particulière dont le rôle de consultant serait nié.

Le SML mettra toute son énergie pour rééquilibrer ce texte et permettre aux médecins libéraux d'exercer leur métier dans la dignité.

07/04 TIERS-PAYANT EN MEDECINE GENERALE: UNE DIVERSION DEMAGOGIQUE

Le Syndicat des Médecins Libéraux considère que la proposition d'un syndicat mono catégoriel d'étendre le tiers payant à tous les actes des médecins généralistes est à la fois démagogique et dangereux.

- Démagogique parce que le tiers-payant, en médecine générale, est déjà en vigueur pour les personnes en difficulté, en particulier les bénéficiaires de la CMU.
- Dangereux parce qu'un tiers payant uniquement en médecine générale revient à créer une filière de soins obligatoire, marquant le retour du plus grand échec médico-social des dernières décennies : le médecin référent

Le SML regrette que des propositions de cette nature soient lancées en l'air car elles n'ont d'autres effets que de faire diversion par rapport aux vrais enjeux du système de soins.

8/4/ RELATIONS CONTRACTUELLES SITUATION BLOQUEE

Le Syndicat des Médecins Libéraux s'étonne que certains aient pu voir dans les propos de la Ministre de la santé sur l'évolution de la valeur de la consultation de médecine générale un signe d'ouverture et de reprise de négociation. En réalité, la situation n'a jamais été aussi bloquée.

- L'assurance-maladie n'a aucune visibilité, ni financière, ni institutionnelle.
- Financière parce que le déficit s'accroît sous l'effet de la crise qui réduit les rentrées de cotisations et d'impôts. Alors que le gouvernement prépare un plan d'économies, il paraît difficile que l'Assurance-maladie engage des négociations portant sur des revalorisations, mêmes assorties de contreparties et d'engagements de modération des dépenses.

- Institutionnelle, parce que, dans l'architecture du système mise en place par la loi HPST, l'Assurance-maladie est marginalisée.

La loi HPST, dans la version votée par l'Assemblée nationale, rencontre une large hostilité de la communauté médicale, tant hospitalière que libérale. Même les internes et les jeunes médecins montent au créneau et découvrent les pièges de cette loi, rejoignant ainsi les positions que le SML défendait dès le début du débat.

Seul, un texte profondément amendé par le Sénat, retirant toutes les provocations à l'égard des médecins libéraux, serait de nature à ouvrir le jeu de la concertation et de la négociation.

Favorable à une réforme structurelle le SML regrette que les objectifs du projet de loi soient dilués dans des mesures coercitives et provocatrices. Malgré ce gâchis, le SML entend continuer à être une force de propositions pour des changements structurants sur la démographie médicale, les spécialités cliniques, la PDS, etc...

SML

2009-04-20

HPST-gouvernance hospitaliere public privée

Devenue un point de crispation majeure, la gouvernance hospitalière occulte tous les autres chapitres de la loi HPST. À l'hôpital comme en clinique, médecins et directeurs s'affrontent sur la question de la répartition des pouvoirs.

Une « mauvaise loi » pour Bernard Debré, une réforme « absolument nécessaire », a contrario, pour le socialiste Claude Evin... Les opposants et les soutiens au projet de loi Bachelot ne sont pas nécessairement là où on les attend.

**À l'hôpital, sur lequel se focalise le débat, les lignes se brouillent, et la situation apparaît plus confuse que jamais. Les partisans de la première heure, au rang desquels la Fédération hospitalière de France (FHF) et les chefs d'établissement, se font de plus en plus discrets à mesure que monte la contestation. La fronde médicale, indéniablement, a créé un malaise. Les directeurs d'hôpital s'imaginent mal gouverner aux côtés de praticiens démobilisés. Tout comme leur déplaît la perspective, votée par les députés, d'être mis à pied en cas de déficit incontrôlé. Un seul des trois syndicats de directeurs continue de soutenir le projet de loi HPST : « C'est la réforme de la dernière chance. Pourvu que le Sénat n'en dénature pas l'esprit », déclare Philippe El Saïr, président du Syndicat national des cadres hospitaliers.

**le front du refus a également gagné les médecins exerçant en clinique privée. « Nous ne pouvons accepter une rupture de notre contrat sur la base de décisions prises unilatéralement par le directeur de la clinique, expose le Dr Jean-Paul Ortiz, président du Syndicat national des médecins de l'hospitalisation privée (SYMHOP). Il faut que la CME puisse rendre un avis conforme pour le choix des missions de service public. Quant aux dépassements d'honoraires, ce n'est pas à la loi de régler cela. Il suffit que la ministre donne son feu vert pour le secteur optionnel ». La Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), qui représente les chefs de cliniques, s'inquiète d'un possible retour en arrière si le Sénat venait à corriger ces dispositions qu'elle avait réclamées.

DELPHINE CHARDON Le Quotid. Méd.

2009-04-22

que lit on DANS LA PRESSE

****Bras de fer sur la loi HPST –** Les présidents de CME envisagent une « grève du codage et des instances » à partir du 1er mai afin que la ministre de la Santé accepte des modifications à son projet de loi dans le sens d'un rééquilibrage des pouvoirs entre les médecins et les directeurs d'hôpitaux. Le mouvement des médecins contre la réforme est multiple et regroupe des revendications disparates, de l'opposition à la médecine mercantile à la défense des dépassements d'honoraires.
La Tribune, Clarisse Jay et Véronique Chocron

****Honoraires médicaux –** Le gouvernement s'est déclaré hier favorable au retrait d'un amendement du texte de loi HPST, voté à l'Assemblée nationale, visant à limiter les dépassements d'honoraires des praticiens dans les cliniques et les hôpitaux. A l'heure où les dépassements d'honoraires sont fréquents et pénalisent les plus modestes, la ministre de la Santé s'en remet aux négociations conventionnelles entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins.

Les Echos, Vincent Collen

****Rémunération –** SOS Médecins s'oppose fermement au projet d'expérimentation de paiement au forfait des actes de PDS et demande une modification du cahier des charges sous peine d'un échec flagrant.

Henri de Saint Roman Le Quotidien

2009-05-01

Alain FELDMAN nous a quitté

C'est avec beaucoup de tristesse que nous avons appris le décès de notre ami et ancien président Alain FELDMAN. Son intelligence était lumineuse, sa capacité d'analyse et de synthèse aussi.

La FNIAAIHRS assure son épouse Françoise et toute sa famille de son soutien et de son amitié.
A la mémoire du docteur Alain FELDMAN

Docteur Etienne DUSEHU

Président d'honneur de la FNIAAIHRS

Le docteur Alain FELDMAN, Président d'Honneur de la FNIAAIHRS nous a quittés.

Actif au sein du bureau pendant plus de cinq ans, à la fin des années 60, il fut la cheville ouvrière de l'audience qu'elle acquit alors sous l'impulsion du Président, le docteur Yves GILLAUX auquel il succèdera plus tard. Au moment clef de l'histoire de nos hôpitaux, celui de la modernisation des soins qui y étaient dispensés, tous deux ont suscité le dynamisme des internes pour les y associer.

A cette époque en effet, s'est implantée dans ces établissements une pléiade de jeunes chefs de cliniques dont les espoirs universitaires avaient été déçus mais qui n'avaient perdu ni la foi dans leur profession ni l'esprit d'entreprise. Ils vinrent avec le bagage du progrès scientifique et technique qu'ils avaient acquis et mirent ces compétences au service de la population, au plus près de ses besoins, dans nos hôpitaux. Mais leur investissement aurait été vain s'ils n'avaient trouvé sur place une génération d'internes de région sanitaire tout aussi motivée. Ils les ont formés, puis ont fait équipe avec eux avant qu'ils leur succèdent. C'est ainsi que fut promue et pérennisée la modernité des soins au bénéfice de tous. Les internes des hôpitaux de régions sanitaires de cette époque ont grandement contribué à la diffusion du progrès au bénéfice de tous et ils ont contribué à en assurer la pérennité.

Ce qui est évident maintenant ne l'était pas à ce moment là. On doit à la capacité d'observation d'Alain FELDMAN d'avoir su discerner ces faits porteurs d'avenir, puis à sa lucidité et à la pertinence de son analyse le choix collégial murement réfléchi d'une stratégie responsable que les bureaux successifs de la Fédé ont décliné en action ordonnée et concertée. De cette anticipation raisonnée et de la sagesse des décisions découlera l'audience et l'aura de la FNIAAIHRS pendant de très longues années.

Alain avait en effet compris, bien avant d'autres, que l'efficacité ne passait pas par un combat désuet et perdu d'avance contre l'hôpital universitaire (qui avait alors tendance à mépriser tout ce qui était à l'extérieur de ses murs) mais que notre crédibilité passait par un investissement fort au soutien de la politique publique de développement et de promotion de la modernité de nos hôpitaux. C'est ce qui a construit la crédibilité des internes de régions sanitaires, ce qui a fait notre légitimité et par là notre audience auprès des Pouvoirs publics. C'est ainsi que nous avons été écoutés et reconnus par nos pairs, en contribuant à la politique d'accès pour tous à des soins « conformes aux données acquises de la science ». Alain FELDMAN avait eu raison bien avant d'autres mais il fallait des précurseurs de sa trempe pour discerner un tel avenir.

Les qualités visionnaires d'Alain FELDMAN allaient au-delà. Tout en promouvant la diffusion de la technique et de la spécialité dans nos hôpitaux, il affirmait avec autant de vigueur la nécessité de préserver en leur sein une place pour les collègues futurs généralistes. Sa conviction tenait à ce que le compagnonnage de l'internat préfigurait la synergie et la complémentarité nécessaires avec les spécialistes pour la prise en charge de leurs patients, coopération et compréhension mutuelle sans lesquelles il n'est pas de médecine efficace au service de l'Homme. Il est dommageable qu'il n'ait pas été mieux entendu ! Si la vision uniciste alors portée par la FNIAAIHRS, pour l'essentiel à son initiative, avait trouvé un écho suffisant auprès des décideurs, la cohérence garante d'une pratique optimale et de son efficacité aurait été préservée. Le clivage entre médecine générale et pratique médicale des spécialités d'organes ou techniques nous aurait été évitée et épargnée aussi les dérives et les

conséquences délétères. La pratique médicale autant que la qualité des soins s'en porteraient mieux ; la prévention est plus économe de moyens que la correction des désordres !

Sa vision prospective ne se limitait pas au seul champ technique de la pratique médicale. Initié à « l'administration et l'économie de la santé » - discipline alors ignorée - par madame CHEMILLIER-GENDREAU, Professeure de Droit public – encore une préceuse ! – il promut aussi la nécessité de l'équilibre économique des activités de soins. Soucieux enfin de l'équilibre entre hospitalisation publique et privée, Alain FELDMANN créa et porta la néphrologie et l'hémodialyse, tant à l'hôpital du Havre où il avait effectué son internat que dans une clinique de cette agglomération. C'est logiquement dans ces deux établissements qu'il inscrivit à l'époque son activité professionnelle. Quelques années plus tard, l'idéologie ambiante du « temps plein hospitalier » poussée à l'extrême et sans réflexion l'obligea à quitter l'hôpital, son pragmatisme et ses capacités visionnaires lui interdisant d'exprimer alors l'amertume d'être éconduit de ce qu'il avait pourtant porté jusqu'à maturité.

Il exerça à la clinique dans cet équilibre subtil entre contraintes éthiques et économique car il accordait à ses patients le temps nécessaire à la pratique clinique sans l'asservir à la rentabilité et aux préoccupations comptables, tout en restant vigilant à assurer l'équilibre économique de son outil de travail. Il déplorait d'ailleurs que les organismes d'assurance maladie autant que les professionnels et la tutelle de l'Etat n'aient pas cherché inlassablement à mesurer la « valeur ajoutée matière grise » du médecin à due concurrence de sa contribution à l'efficacité de la prise en charge des patients.

Alors que, de par les convictions qu'il portait, il avait contribué de façon décisive au redressement économique de la clinique où il exerçait, quand elle fut en difficulté, l'investisseur institutionnel qui l'acquiesça par la suite n'eut de cesse de le faire partir, probablement en raison de l'aura personnelle qu'il avait acquise à cette occasion. Alain le prit avec philosophie, refusant le combat contre une armada de juristes, estimant vain ce « combat du pot de fer contre le pot de terre ». Il découvrait là les limites éthiques du comportement de certains investisseurs institutionnels dans le champ de la santé.

Il s'adonna alors un peu plus à la haute montagne pour laquelle il a eu, de tous temps, une passion qui ne s'est jamais démentie, tout en assurant des remplacements de néphrologue ça et là avant de se fixer finalement à Lourdes où il terminera sa carrière. Frappé par la maladie alors qu'il venait de cesser son activité, il l'assuma jusqu'au bout avec courage, lucidité et une détermination analogues aux qualités dont il a toujours fait preuve.

La froideur qu'Alain FELDMAN pouvait manifester au premier contact ne servait qu'à cacher sa pudeur relationnelle et sa timidité mais aussi l'attention soutenue qu'il portait au contenu de l'échange avec son interlocuteur. Il « captait » tout de son discours et de sa personnalité, ne laissait rien échapper et reformulait ensuite avec précision et un sens aigu de la synthèse. Son expression parfois rugueuse relevait du seul souci d'être précis, clair et concis. Une fois rompue la glace, c'était un homme ouvert et chaleureux, qui témoignait d'une personnalité profondément sensible et humaniste, d'une exceptionnelle ouverture d'esprit et, surtout, d'une fidélité indéfectible en amitié.

Au revoir Alain ! Ton souvenir indélébile restera imprimé dans le cœur de ceux que tu as croisés et pour lesquels tu restes un exemple professionnel et humain. Tu nous manques désormais cruellement. Tu n'as jamais été en décalage avec ton temps mais toujours préceuse. Toujours à la proue du navire pour anticiper opportunément l'avenir sans jouer au devin tu as barré au mieux dans la tempête du chambardement de la société d'après guerre en naviguant au plus près des intérêts collectifs et en évitant les récifs. La Fédé te doit les plus belles heures de sa vie et sa légitimité entretenue. Par respect pour ta mémoire, nous continuerons à faire vivre la flamme des valeurs qui t'ont habité tout au long de ta vie. Cette citation de Jean COCTEAU te va bien : « Dans la vie, il n'y a pas de préceuses, il n'y a que des retardataires ».

Christine Charle Etienne DUSEHU

1

4

1

1

Modifier Modifier

Copier Copier

Effacer Effacer

75

8bfd20f626c212c0290d8ff944ce9e27

2009-04-28

mais que dit la presse?

**Réforme de l'Hôpital– Interview de Didier Tabuteau, responsable de la chaire « santé » de Sciences-Po, ancien Directeur de cabinet de Bernard Kouchner. ...l'hôpital a besoin d'un exécutif plus fort, mais il faudrait rapprocher plus encore les médecins de la direction et non pas les opposer. Libération, Eric Favereau

**Réforme des hôpitaux – Guy Vallancien, Claude Le Pen et Jean-Michel Chabot signent un article. Ils dénoncent les annonces de fermeture programmée des petits hôpitaux et soutiennent la T2A, saine dans son principe.

La Tribune, tribune

**Loi HPST – Le gouvernement et la majorité sénatoriale ont trouvé un compromis concernant la gouvernance hospitalière. Il est convenu d'augmenter l'influence des médecins lors du choix des chefs de pôle dans les hôpitaux publics.

C'est sur l'équilibre entre médecins hospitaliers et directeurs d'établissement que les tensions étaient les plus vives ces derniers jours et en particulier sur la question de la nomination des médecins de pôle par le directeur. Il ressort des dernières négociations que les « chefs de pôles » resteraient nommés par le directeur de l'hôpital mais sur proposition du représentant des praticiens. Autre point litigieux : les cliniques privées en situation de monopole local.

Le Figaro réalise également un panorama des différentes pratiques européennes sur la gouvernance hospitalière en Allemagne, Italie, Grande- Bretagne et Belgique.

Le Figaro, Guillaume Perrault, Olivier Auguste,

**Génériques – Pour continuer dans sa logique de réduction des dépenses de médicaments, la Caisse d'assurance-maladie va désormais appliquer le dispositif de « tiers payant contre génériques » supprimant ainsi l'avance de la Sécurité sociale aux patients récalcitrants. Autre

NULL

2009-04-24

le sgl est né

Le Syndicat National des Gynécologues Médicaux Libéraux - dit "Gynéco de France (SGL)", vient d'être créé.

Le SGL entend rassembler l'ensemble des gynécologues médicaux, sensibiliser les patientes à l'évolution de cette discipline et amener les pouvoirs publics à prendre les mesures nécessaires pour redonner à la gynécologie médicale les moyens d'exercer sa mission de santé publique.

2009-04-27

les ophtalmologistes s'opposent au projet HSPT

les ophtalmologistes de France s'associent au mouvement lancé par leurs confrères, généralistes et spécialistes, hospitaliers et libéraux, contre certains aspects de la loi HPST, comme la gouvernance hospitalière, qui menacent, à travers le statut des médecins, l'avenir de la santé publique

** Les ophtalmologistes de France insistent sur les conditions de réalisation des délégations de tâches, pour lesquelles ils voudraient ne pas avoir essuyé les plâtres pour rien :

? C'est pourquoi, l'article 17 de la loi doit être complété par des dispositions visant à sanctionner les comportements non conformes aux protocoles de coopérations interprofessionnelles établis avec la HAS, afin d'éviter des atteintes à la santé publique et une perte de confiance de la population dans les professionnels héritant de tâches déléguées.

**Les ophtalmologistes de France demandent aussi aux sénateurs le retrait de 3 amendements - Domergue, Bur et Prél - qui portent atteinte à la dignité de toute une profession.

1. Les médecins - les ophtalmos, en particulier - ne sont pas responsables de la pénurie de professionnels médicaux. Ce sont même eux qui tirent la sonnette d'alarme contre le numerus clausus depuis des dizaines d'années. Vont-ils être obligés de « pointer » en cas d'absence ? La continuité des soins est depuis toujours une obligation déontologique qui n'a pas besoin de l'amendement Domergue pour s'appliquer.

2. Résilier unilatéralement le contrat qui lie une clinique aux praticiens, sans indemnité, c'est rompre l'équilibre contractuel et bouleverser les prévisions professionnelles. L'amendement Bur crée une insécurité juridique inadmissible.

3. Limiter les actes avec compléments d'honoraires, selon l'amendement Prél, c'est une façon de les entraver sans pour autant aborder la question des retards tarifaires qui se sont creusés pour notre spécialité. Rappelons que ces compléments ont été concédés aux praticiens par la convention de 1980 parce que les tarifs opposables ne pouvaient être revalorisés. La mise en place d'un secteur optionnel accessible aux secteurs 1 (toujours annoncé, jamais mis en place), permettrait de rétablir l'égalité entre les médecins et l'accessibilité aux soins pour tous les patients.

**Les ophtalmologistes de France sont donc plus que jamais mobilisés et sauront s'unir pour des actions communes si les dispositions citées ne sont pas prises en compte.

SYNAPH

2009-04-27

L'U.ME.SPE./C.S.M.F s'interroge SUR LA SINCERITE DU DEBAT SUR LES DEPASSEMENTS
L'U.ME.SPE./C.S.M.F., a lu avec suspicion les déclarations de la Ministre de la Santé au Syndicat des
Internes sur le retrait des amendements remettant en cause l'exercice du..
secteur 2 en établissements de soins privés.

**L'U.ME.SPE./C.S.M.F. rappelle que le Président de la République, en mars 2008, puis le Cabinet du
Premier Ministre, en janvier 2009, s'étaient engagés à privilégier la voie conventionnelle et la
négociation du secteur optionnel proposé par la C.S.M.F.. Qui croire ? Manœuvres dilatoires ? Ecran de
fumée ?

**Les principaux syndicats de médecins libéraux et hospitaliers, l'essentiel des représentants des
professions paramédicales, réunis dans le cadre du CNPS, et même des experts en santé peu proches de
la C.S.M.F., remettent en cause l'écriture de la loi dont l'U.ME.SPE./C.S.M.F approuve les principes.

**Au fil des mois, le soutien de la politique de la Ministre de la Santé basé sur le Syndicat MG France,
partisan d'un système de filières, et quelques représentants de chirurgiens, anesthésistes ou obstétriciens
isolés, s'étiolent et retire toute base politique à la réforme.

**C'est pourquoi et pour plus de clarté que la branche spécialistes de la CSMF demande instamment à la
Ministre de la Santé de retirer ce texte devenu incohérent, de reprendre les bases de la réforme de 2004
sur la maîtrise médicale et la concertation avec les professionnels de santé pour s'éloigner des
imprécations incantatoires issus d'Etats Généraux confus, redonner confiance aux professionnels de santé
et bâtir avec eux une réforme au service des patients.

UMESPE

2009-04-25

LE dossier capi

Le texte du JO/ propositions SML / Oposition de la CSMF et de l'ORDRE

>>>CAPI JORF n°0093 du 21 avril 2009 page 6839 texte n° 34

DECISION

Décision du 9 mars 2009 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la création d'un contrat type d'amélioration des pratiques à destination des médecins libéraux conventionnés

NOR: SASU0920082S

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie, représentée par son directeur général,

Après avis des organisations signataires de la convention et de l'Union nation. des organismes d'assurance maladie complémentaire,

Décide :

**Article 1

Le contrat d'amélioration des pratiques visé à l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale est signé entre le médecin et le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de son lieu d'exercice principal.

**Article 2

L'adhésion à ce contrat est volontaire. Il permet aux médecins qui le souhaitent de s'engager dans une démarche individuelle en cohérence avec les objectifs fixés par la loi de santé publique, conformément aux avis et référentiels émis par la Haute Autorité de santé.

Les contrats signés en application de la présente décision sont conformes au contrat type joint en annexe 1. Le contrat type peut, par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, faire l'objet d'un avenant pour tenir compte de l'évolution des données acquises de la science.

Pour pouvoir souscrire au contrat, le médecin signataire doit être médecin traitant conventionné et installé en libéral dans la circonscription de la caisse à titre principal.

De plus, son activité, au dernier jour du trimestre civil précédant la demande de conclusion du contrat, doit répondre à des conditions pour l'ensemble des indicateurs, notamment au regard de sa patientèle, définies dans une note méthodologique jointe en annexe 2.

**Article 3

Les contrats qui ne respectent pas les présentes dispositions ou le modèle type national sont nuls et de nul effet.

**Article 4

Lors de la demande de souscription au contrat, la caisse remet au médecin deux exemplaires du contrat type et une fiche lui présentant l'ensemble des objectifs ainsi qu'une analyse chiffrée de sa patientèle dans les domaines visés.

Cette offre demeure valable deux mois. A l'expiration de ce délai, le médecin peut demander la mise à jour des données.

**Article 5

Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles ne peut être conclu avec l'organisme d'assurance maladie si le praticien a fait l'objet soit d'une condamnation définitive par les tribunaux en relation avec son activité professionnelle dans les trois ans qui précèdent la conclusion du contrat, soit d'une mesure de sanction conventionnelle dans l'année qui précède.

**Article 6

La présente décision et ses annexes seront publiées au Journal officiel de la République française.

>>> A N N E X E 1 CONTRAT TYPE d'amélioration des pratiques individuelles

Entre les soussignés :

la caisse primaire d'assurance maladie de

(adresse) désignée comme « la caisse »,

Et le Docteur (adresse) ,

Numéro d'identification

désigné comme « le médecin »,

Vu les articles ... Vu la loi ...

Vu la décision du directeur de l'UNCAM ...

il a été convenu ce qui suit :

* Article 1er Objet du contrat

Le docteur... et la caisse primaire de... conviennent de conforter leur implication dans la prévention, d'améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques et de promouvoir des prescriptions moins onéreuses à efficacité comparable. Leurs efforts s'articulent autour d'objectifs cohérents avec la loi de santé publique et tiennent compte des avis et référentiels émis par la Haute Autorité de santé.

Dans l'intérêt des patients, les engagements du présent contrat sont soumis au respect de la liberté de prescription, les médecins étant tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

* Article 2 Durée du contrat

Le contrat entre en vigueur le premier jour du trimestre civil suivant celui de sa signature.

Il est conclu pour une durée de trois ans à compter de sa date d'entrée en vigueur.

*Article 3 Engagements du médecin

Le médecin contractant s'engage :

_ à consolider sa participation aux actions de prévention, en matière de vaccination contre la grippe, de dépistage du cancer du sein et de iatrogénie médicamenteuse ;

_ à favoriser la qualité de la prise en charge de ses patients souffrant de diabète ou d'hypertension artérielle ;

_ à promouvoir des prescriptions moins onéreuses à efficacité comparable conformément aux données actuelles de la science.

Une liste d'indicateurs correspondant à ces engagements est jointe en annexe 1 au présent contrat.

Les patients pris en compte pour l'élaboration et le suivi des indicateurs définis dans le présent contrat sont ceux qui ont choisi le docteur comme médecin traitant.

*Article 4 Engagements de l'assurance maladie

4.1. Mise à disposition des données nécessaires à l'évaluation

L'assurance maladie s'engage à fournir chaque trimestre civil les données nécessaires au suivi du présent contrat.

4.2. Contrepartie financière

L'assurance maladie verse au médecin une contrepartie financière, tenant compte de la progression et de l'atteinte des objectifs du contrat, dont le montant est défini comme suit :

- 4.2.1. Pour chaque indicateur et pour la durée du contrat sont définis un niveau initial, un objectif intermédiaire et un objectif cible. Ces éléments figurent en annexe 1 au présent contrat.
- 4.2.2. A chaque date d'anniversaire du contrat, le niveau de chaque indicateur est constaté pour l'année qui vient de s'écouler.
- 4.2.3. Un taux de réalisation de l'objectif est calculé pour chaque indicateur. Ce taux est calculé comme suit :
- _ si le niveau constaté est inférieur à l'objectif intermédiaire, le taux de réalisation est proportionnel au progrès réalisé, sans toutefois pouvoir excéder 50 % ;
 - _ si le niveau constaté est compris entre l'objectif intermédiaire et l'objectif cible, le taux de réalisation est inversement proportionnel à l'écart à l'objectif cible, majoré de 50 % ;
 - _ si ce niveau constaté est égal ou supérieur à l'objectif cible, le taux de réalisation est égal à 100 % ;
 - _ les formules correspondant à ces principes sont détaillées en annexe 2.
- 4.2.4. Une moyenne des taux de réalisation des indicateurs du champ « dépistage et pathologies chroniques » est calculée. Il en est fait de même pour le champ « optimisation des prescriptions ».
- 4.2.5. La contrepartie financière est versée chaque année dès lors que la moyenne des taux de réalisation pour chacun des deux champs est supérieure à 25 %.
- Dans cette hypothèse, elle est égale à 7 euros par patient multipliée par le taux de réalisation moyen. Ce taux est calculé en affectant au champ « dépistage et pathologies chroniques » une pondération de 60 % et au champ « optimisation des prescriptions » une pondération de 40 %.
- 4.2.6. La contrepartie ainsi déterminée est versée au médecin par la caisse après mise à disposition des données chiffrées et conformément aux termes de l'article 5 du présent contrat, dans un délai de quatre mois suivant la date anniversaire du présent contrat.
- 4.2.7. Pour le cas particulier de l'indicateur sur la prise en charge des hypertendus, le médecin déclare son résultat estimé à la CPAM.

* Article 5 Suivi et accompagnement

5.1. Information des médecins par l'assurance maladie

L'assurance maladie informe le médecin sur les engagements liés au contrat et sur son fonctionnement.

5.2. Mise à disposition des données chiffrées par la caisse

Lors de la demande de souscription au contrat, la caisse a remis au médecin une analyse chiffrée de sa patientèle dans les domaines visés par les objectifs retenus. Elle lui fournit également chaque trimestre, conformément à l'article 4, les données nécessaires au suivi de son contrat.

Pendant l'exécution du contrat, le médecin peut également demander un rendez-vous à un praticien-conseil auprès de la caisse pour tout élément d'information sur le suivi du présent contrat.

5.3. Bilan annuel

A chaque date anniversaire d'entrée en vigueur du présent contrat, la caisse transmet au médecin un tableau récapitulatif des données de l'année écoulée.

En cas de désaccord sur les résultats communiqués, le praticien peut demander à être reçu par le praticien-conseil auprès de la caisse. A l'issue de cette rencontre, un bilan contradictoire est établi en deux exemplaires, qui sont adressés au directeur de la caisse.

Dans un délai maximal de deux semaines à compter de la réception de ce document, le directeur de la caisse ajoute ses observations éventuelles sur chaque exemplaire et arrête le bilan établi contradictoirement. Un exemplaire est adressé au médecin.

*Article 6 Résiliation

Le présent contrat peut être résilié à tout moment par le médecin, par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette rupture prend effet à la date de réception par la caisse de la lettre de résiliation. En cas de fraude à l'assurance maladie, de fausse déclaration, d'abus de droit, de non-respect par le médecin d'une des obligations du contrat, la caisse peut résilier le présent contrat. Le directeur de la caisse notifie au médecin signataire sa décision motivée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Dans ce cas, la rupture prend effet à l'échéance d'un délai d'un mois à compter de la réception de la notification par le praticien, à moins qu'il ne le suspende en présentant des observations en réponse, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

La caisse a alors, à nouveau, un mois à compter de la réception desdites observations pour répondre en infirmant ou confirmant sa décision de résilier.

* Article 7 Litiges

Les difficultés ou litiges soulevés par la conclusion ou l'exécution du contrat peuvent faire l'objet d'une conciliation dans le cadre des commissions paritaires locales, réunies en formation médecins.

Le médecin peut notamment solliciter ces instances en cas de désaccord sur le bilan annuel signé à l'issue de son entretien avec le médecin-conseil.

Cette demande suspend les effets du contrat mais ne fait pas obstacle aux voies de recours juridictionnelles habituelles.

>>>>SML , le 22 Avril 2009

Le SML déplore la publication au JO du 21 avril du Contrat d'Amélioration des Pratiques individuelles (CAPI) qui est une décision unilatérale de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance-Maladie (UNCAM).

Le SML considère que ce CAPI est inapplicable parce que les indicateurs, établis unilatéralement par la CNAM, sont trop élevés et ne correspondent pas à la réalité de la pratique, ce qui va provoquer un rejet de cette proposition par les médecins.

Le SML rappelle qu'il a proposé un contrat de même nature pour toutes les spécialités cliniques mais avec des critères et des indicateurs établis en accord avec les représentants de chacune des spécialités et avec des rémunérations décentes.

L'UNCAM n'a pas su saisir cette main tendue et a préféré construire une usine à gaz ingérable.

>>>> Le CNOM toujours opposé AU CAPI

Le Quotidien du Médecin - 27 avril 2009)

Après l'annonce au Journal Officiel du 21 avril de la création des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (Capi), l'Ordre des médecins juge cette publication "d'autant plus prématurée" que Roselyne Bachelot avait confirmé que les réserves du CNOM sur la compatibilité des contrats avec les règles de déontologie médicale, "méritaient d'être prises en compte et qu'un travail de concertation devait se faire entre le directeur général de la santé, la Cnamts et l'Ordre". En conséquence, l'Ordre des médecins renouvelle son avis négatif sur ces contrats qu'il juge "contraire à la déontologie" des médecins. "Un intéressement du médecin liant ses décisions et conseils médicaux n'est pas acceptable en ce qu'il aliénerait son indépendance professionnelle. (...) Les patients pourraient se demander si le médecin a agi en fonction de son intéressement financier ou pour leur seul bien", explique l'Ordre.

>>>>La CSMF appelle au boycott des CAPI

Au moment où le Gouvernement fait paraître au Journal Officiel la décision de mettre en œuvre les fameux Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI), la CSMF, renouvelée par l'intermédiaire de ses syndicats départementaux sa consigne de boycott de ce contrat à l'ensemble des médecins généralistes français.

La CSMF s'oppose au principe du CAPI qui introduit la contractualisation individuelle et ouvre une brèche dans la Convention Nationale Collective. Outre qu'il soit une véritable « usine à gaz », ce dispositif est un véritable piège pour la profession en général et pour le médecin en particulier qui se retrouve seul à la merci des Caisses.

*L'échec du CAPI ramènera l'UNCAM et d'autres vers la nécessité de préserver le contrat conventionnel qui, seul, a permis, jusqu'à présent, de protéger les médecins individuellement en faisant avancer la profession collectivement.

patrick arnodo

2009-04-21

les directeurs des hopitaux soutiennent le projet HSPT

La Conférence des directeurs généraux de

centres hospitaliers régionaux et universitaires (CHU) et de centres hospitaliers (CH) ont apporté leur soutien au projet de loi Bachelot et

à son volet consacré à la gouvernance hospitalière, dans un courrier commun adressé lundi au président de la République.

APM

2009-04-22

Motion des CME concernant la loi HPST

Les Commissions Médicales d'Établissements

- des Centres Hospitaliers Régionaux Universitaires (CHRU),
 - des Centres Hospitaliers (CH),
 - des Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS),
- et l'ensemble de la communauté médicale hospitalière qu'elles représentent,

1) - refusent solennellement la gouvernance...

telle qu'elle est organisée dans la loi «Hôpital, Patients, Santé et Territoires», (dans le texte voté par l'Assemblée Nationale).

Elles estiment qu'elle ne garantit pas la médicalisation de la prise de décision indispensable au fonctionnement normal et à l'efficacité des établissements, au respect de l'éthique et des droits des malades, et au-delà au succès de la mise en œuvre de la loi.

2) - exigent :

- que la nomination, par le Président du directoire, des chefs de pôle, et des membres du corps médical, pharmaceutique ou odontologique du directoire, se fassent sur proposition du Président de CME
- que les CME, représentées par leur Président, élaborent le projet médical, précisant l'organisation en pôles (et si nécessaire en services), et en assurent le suivi
- que le Président de CME cosigne avec le Président du directoire les contrats internes avec les pôles sur la base du projet de pôle,
- que dans les CHU, le Directeur de l'UFR soit impliqué dans toutes les décisions ayant un impact sur l'enseignement et la recherche,
- que le Président de la CME propose avec le Chef de Pôle la nomination des praticiens contractuels à la nomination du Président du directoire.

>>>Faute de voir ces exigences satisfaites les Présidents de CME et les représentants élus de la communauté médicale cesseront à dater du 1er Mai 2009 toute participation aux réunions locales, régionales et nationales impliquant aujourd'hui leur présence

2009-04-24

Le Prdt Sarkozy tente de calmer la révolte / le communique

Le président de la République a reçu lui-même, à l'Elysée, une vingtaine de médecins hospitaliers en présence de la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, Valérie Pécresse, et de la ministre de la santé Roselyne Bachelot. Il leur a promis des aménagements au projet de loi HPST, tout en réaffirmant son credo du directeur, seul patron de l'hôpital. Les médecins, qui refusent cette gouvernance autoritaire, maintiennent la manifestation du 28 avril.

- Le président de la République, Nicolas Sarkozy, s'est engagé à reformuler certaines mesures du projet de loi HPST afin de clarifier le rôle des médecins hospitaliers dans le processus de décision.

>>communiqué de L'Elysée

"La discussion a porté en particulier sur la gouvernance de l'hôpital", précise l'Elysée.

La réunion qui a duré près de deux heures s'est déroulée en présence

* Pr Jacques Marescaux, qui préside la commission chargée de réfléchir à une réforme des centres hospitalo-universitaires (CHU)

*le président de la conférence des présidents de CME de CHU, Alain Destée,

* le président de la conférence des doyens de faculté de médecine, Christian Thuilliez,

* le président de la conférence des présidents de CME de centre hospitalier, Francis Fellingier (ancien IRS ...)

*plusieurs présidents de CME de CHU, notamment de Marseille, Strasbourg, Dijon, Nîmes et Paris et plusieurs présidents de comité consultatif médical (CCM) de l'AP-HP.

>>Les participants ont expliqué leurs motifs d'inquiétude, notamment sur la réforme de la gouvernance prévue par le projet de loi à la fois dans les CHU, les CH et les futures communautés hospitalières de territoires (CHT), ont indiqué les médecins contactés par l'APM. Ils ont insisté sur la nécessité d'améliorer la médicalisation du processus de décision et sur le fait qu'en voulant renforcer le rôle du directeur, l'actuelle version du projet de loi l'affaiblit en réalité car elle le coupe de la communauté médicale.

Nicolas Sarkozy a rappelé qu'il était attaché à "l'affirmation du rôle du directeur, qui doit travailler en étroite coopération et dans un esprit de confiance mutuelle avec les médecins", précise l'Elysée.

Le président s'est néanmoins montré à l'écoute des inquiétudes des médecins, ont souligné les participants. Il a fait part de sa "volonté d'apaiser et de rassurer" et s'est engagé à se "pencher de nouveau sur le texte", a précisé l'un des médecins.

Il a rappelé que la mission du directeur sera parfaitement définie et qu'il sera notamment évalué sur sa capacité à mettre en oeuvre le projet médical élaboré par les médecins, s'est réjoui un autre praticien.

Nicolas Sarkozy a mis en place une "mission de concertation" sous l'égide de ses conseillers, qui travaillera avec des membres du cabinet de Roselyne Bachelot, afin de trouver une formulation du projet de loi qui concilie le rôle du directeur et l'implication claire de la communauté médicale dans les décisions, a-t-on appris de même source.

Pour le président, le "malentendu" actuel viendrait d'un problème de formulation de la loi et il s'est déclaré certain que les médecins pourront être rassurés sur leur rôle dans le processus de décision sans ruiner l'esprit du projet de loi, a ajouté ce médecin.

Au lieu par exemple d'un avis simple du président de CME sur la nomination des chefs de pôle, le projet de loi pourrait par exemple prévoir que le président de CME propose des praticiens à la nomination par le directeur. Nicolas Sarkozy se serait opposé à introduire un avis conforme car il estime que cela va à l'encontre de la philosophie du texte qui vise à renforcer le pouvoir du directeur.

La mission devrait donner ses conclusions dans une dizaine de jours, indique-t-on de même source.

L'Elysée a précisé dans le communiqué qu'il a fait part de son souhait de reprendre certaines propositions faites par la commission Marescaux sur la gouvernance des CHU.

Le président a également indiqué que la réflexion et les suggestions faites par les participants à la réunion seraient examinées au cours des prochains jours par le gouvernement dans "un esprit constructif", ajoute l'Elysée.

Les Echos, Vincent Collen /APM

2009-04-28

Communiqué CPH/INPH

L'éclatante démonstration de force des hospitaliers le 28 avril lance un avertissement sévère aux pouvoirs publics.

>>La CPH et l'INPH qui représentent 80% des praticiens hospitaliers ont participé activement au grand mouvement unitaire de manifestations et de grève du 28 avril et tout particulièrement à Paris. Pour la défense de l'hôpital public et de ses moyens, la mobilisation des praticiens hospitaliers, des praticiens hospitalo-universitaires, des chefs de clinique, des internes et au delà de l'ensemble de la fonction publique hospitalière ainsi que des usagers a été particulièrement forte. C'est un avertissement sévère qui témoigne d'une opposition ferme et croissante au projet de loi Bachelot et à une politique de santé désastreuse pour l'hôpital public, son avenir, ses personnels et d'abord ses patients.

>>Pour les praticiens hospitaliers, la contestation doit maintenant fermement s'organiser avec de nouvelles actions en prévision du passage au Sénat du projet de loi HPST pour lequel nous réclamons dès aujourd'hui le retrait de la procédure d'urgence et l'engagement immédiat d'une véritable négociation avec les organisations représentatives.

>>Jusqu'à la prise en compte de leurs revendications, la CPH et l'INPH maintiennent leurs consignes de boycott des activités médico administratives et de rétention du codage et des données d'activité et appelleront dans les prochains jours à de nouvelles actions unitaires.

Dr P. Faraggi, CPH /Dr R.Bocher, INPH

2009-05-01

Alain FELDMAN nous a quitté

C'est avec beaucoup de tristesse que nous avons appris le décès de notre ami et ancien président Alain FELDMAN. Son intelligence était lumineuse, sa capacité d'analyse et de synthèse aussi.

La FNIAAIHRS assure son épouse Françoise et toute sa famille de son soutien et de son amitié.

2009-05-04

Les sénateurs renforcent les contre-pouvoirs à l'hôpital

**Les amendements au projet de loi de réforme de l'hôpital adoptés en commission renforcent le rôle des médecins et des élus locaux face au pouvoir du directeur de l'établissement. Ils doivent encore être adoptés en séance au Sénat la semaine prochaine.

**La loi de réforme de l'hôpital visait à renforcer le pouvoir des directeurs des hôpitaux publics, conformément au souhait du président de la République. Les amendements adoptés par la commission des Affaires sociales du Sénat en fin de semaine dernière tempèrent fortement ses attributions en affirmant de puissants contre-pouvoirs dans la gouvernance des établissements.

« Les prérogatives du directeur restent importantes, explique Alain Milon, le rapporteur UMP du projet de loi. Mais nos amendements renforcent le rôle de la communauté médicale et des élus locaux. » Ces nouvelles dispositions doivent encore être votées en séance publique - l'examen doit démarrer le 12 mai. « Elles devraient répondre, au moins en partie, aux revendications des médecins hospitaliers qui ont fait grève le 28 avril », juge le sénateur du Vaucluse, qui rappelle qu'elles ont été, pour l'essentiel, « actées par le Premier ministre, François Fillon ».

Même l'opposition est contentée. « Beaucoup de nos propositions ont été satisfaites par les amendements adoptés en commission », se félicite le sénateur PS, Jacky Le Menn. Les organisateurs du mouvement du 28 avril ont néanmoins appelé à une nouvelle journée de mobilisation le 14 mai.

Une double formation

Le texte adopté par les sénateurs renforce considérablement le rôle du conseil de surveillance, qui comprend des élus locaux, des médecins et des personnalités qualifiées. Véritable contre-pouvoir face au directeur, le conseil détermine lui-même son ordre du jour, vote le budget et peut saisir l'administration ou un expert-comptable pour examiner les comptes de l'établissement. Le maire de la commune sur laquelle l'hôpital est implanté en est systématiquement membre.

La commission médicale d'établissement, qui représente les médecins, a également plus de prérogatives. Elle propose une liste de noms au directeur pour la nomination des chefs de pôle. Le directoire, composé majoritairement de médecins, élabore le projet médical de l'hôpital. Le directeur devra obligatoirement avoir reçu « une double formation en gestion et en médecine », prévoit un autre amendement.

Enfin, les regroupements d'hôpitaux devront se faire sur la base du volontariat. L'administration ne pourra les imposer que, lorsqu'il y a un danger pour la santé publique ou en cas de problème financier.

2009-05-05

LOI HPST : LE SML ET LES 40 AMENDEMENTS

**Le SML a envoyé, le 29 avril, aux Sénateurs, membres de la Commission des Affaires sociales, 40 propositions d'amendements visant à mettre de la cohérence dans ce texte et permettre aux médecins de trouver une juste place dans ce dispositif. La Commission a examiné le texte et les quelques 1400 amendements déposés entre le 30 avril et le 5 mai avant la discussion en séance publique qui doit s'ouvrir mercredi 12 mai. Nos principaux amendements sont :

*Rupture unilatérale du contrat clinique-médecin lorsque l'établissement s'engage sur des missions de service public à réaliser en tarifs opposables. Le SML demande la suppression de cet article en raison de son inconstitutionnalité. En effet, sauf en cas de faute grave, un contrat ne peut être rompu sans indemnité. Le SML considère que la prise en charge de missions de service public ne peut se faire qu'en accord avec les médecins dont les contrats pourraient être adaptés à la suite d'une concertation entre eux et la direction de l'établissement.

*Mission du médecin généraliste de premier recours. Le SML demande la suppression de cette expression parce que le généraliste n'a pas à être enfermé dans un statut réducteur et que d'autres médecins peuvent être des médecins de premier recours. C'est le cas, en particulier des gynécologues médicaux.

*Les dotations aux centres et maisons de santé. Le texte prévoit qu'elles sont fixées par arrêté ministériel. Le SML demande, pour des raisons de transparence, que ces décisions soient prises après avis des organisations professionnelles concernées.

*L'obtention des qualifications. Le SML demande que les modalités prennent en compte les Médecins à exercice particulier.

*Le Contrat intergénérationnel et la taxation pour les médecins installés dans les zones sur-denses refusant d'aller faire des vacations dans les zones sous-denses. Le SML demande la suppression de cette taxation - ce que la Commission des Affaires sociales a accepté - et propose un autre système : Dans les zones sur-denses, toute nouvelle installation doit être compensée par un départ. Si un médecin s'installe dans une de ces zones et que son installation n'est pas compensée par un départ, il a l'obligation d'effectuer des missions dans les zones sous-denses, mais cette obligation ne concerne pas les médecins déjà installés.

Permanence des soins. Le SML demande que l'on précise que la participation à la PDS est volontaire. Le texte actuel est trop ambigu pour être honnête.

*Signalement d'absence. Le SML demande la suppression de cette disposition parce qu'elle est contraire à la logique de l'exercice libéral.

*Le testing. Destinée à piéger les médecins opposant des refus discriminatoires de soins, cette disposition est jugée humiliante par les médecins. Le SML en demande la suppression, ce qui a été retenu par la Commission des affaires sociales.

*Education thérapeutique des patients. Le SML s'insurge contre le fait que cette ETP pourrait être entre les mains des seules associations de patients et demande que les médecins et les professionnels de santé - qui sont les plus compétents dans ce domaine - soient au centre du dispositif.

*Contrats d'objectifs. Le SML demande que ces contrats individuels soient uniquement la déclinaison d'accords collectifs nationaux. Le contrat individuel direct serait la négation de la représentation professionnelle et placerait le médecin dans un rapport de force déséquilibré face à la « machine ARS ».

*Composition des URML. L'Assemblée nationale avait introduit un 3^e collège, celui des médecins à plateaux techniques. Certains amendements évoquent 7 collèges, ce qui aboutirait à une gestion impossible des Unions et donnerait tout pouvoir aux directeurs des ARS qui seraient en situation de diviser les médecins pour mieux régner sur le système. Le SML demande que l'on revienne à UN collège puisque, désormais les généralistes sont des spécialistes.

**Le SML s'est beaucoup mobilisé pour élaborer ces amendements et convaincre les Sénateurs de leur pertinence et de la nécessité de revenir sur les débordements et l'acharnement anti-médecins auquel le

débat à l'Assemblée Nationale avait donné lieu. Les Sénateurs nous ont-ils entendus ? Réponse : le 20 mai à l'issue de la discussion au Palais du Luxembourg...
SML

2009-05-06

Courrier de la csmf

Cher(e)s Ami(e)s,

La dernière circulaire en date du 24 mars dernier apportait des précisions sur les décisions prises par l'Assemblée Générale de la CSMF.

A l'unanimité, la loi HPST (ou loi Bachelot) a été jugée comme une mauvaise loi pour au moins 3 raisons :

- » Elle met les médecins libéraux sous la coupe des ARS avec toute une série d'amendements vexatoires et humiliants adoptés en 1ère lecture à l'Assemblée Nationale.
- » Elle met en pièces le système conventionnel national en livrant les médecins libéraux individuellement aux Caisses d'Assurance Maladie.
- » Elle porte atteinte aux syndicats médicaux en affaiblissant leur rôle et leur pouvoir, et en balkanisant la profession par la mise en œuvre de 3 collèges dans les futures URPS qui débouchera forcément sur 3 types de représentativité : médecins généralistes, médecins spécialistes et spécialités de plateaux techniques (chirurgie, anesthésie et obstétrique).

*** Aussi, pour faire pression sur les discussions qui vont débiter au Sénat dès le 29 avril à la Commission des Affaires Sociales puis en assemblée plénière à compter du 12 mai, il est nécessaire de mobiliser nos confrères et surtout de bien les informer sur les dangers de la situation actuelle.

>>> Pour vous y aider nous avons réalisé 5 tracts : 4 sur la loi HPST et 1 sur les fameux CAPI.

Ceux-ci sont à diffuser le plus largement possible, par mail ou fax, pour être relayés à leur tour par chacun des destinataires, de manière à toucher, en boule de neige, le plus de confrères possibles.

Dès le début de la semaine prochaine, et à intervalle régulier tous les 3 à 4 jours, vous recevrez successivement les autres documents.

Ceux-ci peuvent également être téléchargés sur notre site internet : www.csmf.org.

Par ailleurs, nous vous rappelons la nécessité de transmettre également l'affiche du CNPS destinée à être apposée dans vos salles d'attente.

Nous comptons sur votre mobilisation.

Avec ma sincère amitié.
DR CHASSANG- CSMF

2009-05-06

DANS LA PRESSE CETTE SEMAINE

****Loi HPST – Les sénateurs ne sont pas restés sourds aux demandes des manifestants du 28 avril contre le renforcement des pouvoirs des directeurs d’hôpitaux. Des amendements adoptés par la commission des Affaires sociales du Sénat redonnent de la place aux élus locaux et aux médecins. Le texte doit maintenant être adopté en séance la semaine prochaine.**

Les Echos, Vincent Collen

****Santé/ réforme de l’hôpital – Bernard Debré était hier l’invité du « Talk Orange-Le Figaro ». Le député UMP a exprimé sa colère sur les futurs pouvoirs des directeurs d’hôpitaux. Les sénateurs, en commission des affaires sociales ont rééquilibré le texte en faveur des médecins et des élus locaux au détriment du directeur, Le Pr Debré serait satisfait si cette rédaction demeurait dans la version finale du texte. En revanche, il reste toujours opposé à la nomination des médecins chefs de pôle par les directeurs. Bernard Debré ne sait pas encore s’il redescendra dans la rue pour la prochaine mobilisation du 14 mai.**

Le Figaro, Olivier Auguste

****Rapport Marescaux – Le plan de sauvetage pour les 31 CHU du Pr Marescaux, qui sera remis lundi au Président, propose 6 idées fortes, dont une partie va à l’encontre du projet de loi HPST. Exemples : le remplacement des pôles par des départements hospitalo-universitaires autonomes dans leur gestion, la valorisation des carrières hospitalo-universitaires et le mode de gouvernance des CHU.**

Le Quotidien du médecin, Delphine Chardon

****Assurance-maladie – D’après les estimations, les dépenses d’assurance-maladie n’ont pas dépassé l’objectif voté par le Parlement pour 2009. Ces résultats encourageants ne permettront pas cependant de résoudre le déficit colossal de la Sécurité sociale de 7,7 milliards d’euros pour cette année.**

Les Echos, Vincent Collen

****Noalys poursuit ses acquisitions – Le groupe Noalys poursuit ses acquisitions. Après l’ouverture de l’hôpital privé de l’Est lyonnais en janvier 2009, Noalys vient d’inaugurer Natecia, spécialisé en obstétrique-maternité. Ces deux nouvelles structures sont issues du regroupement de trois cliniques à Lyon, Saint-Priest et Decines. Pour Jean Durousset, le PDG de Noalys, « leurs priorités portent sur le développement de la maternité, de la chirurgie ambulatoire, et la coopération public-privé et des établissements de proximité ». Avec Natecia le groupe concentre les maternités et les activités des trois cliniques avec l’objectif de constituer un grand pôle sanitaire femme enfant effectuant 4500 accouchements par an. Cette acquisition représente 49 millions d’euros, l’investissement le plus important du groupe. Noalys devrait poursuivre sa croissance en acquérant trois autres cliniques.**

La Tribune.fr, Claude Ferrero

****Temps de travail à l’hôpital – Premier échec de la discussion au parlement européen : les négociations sur la durée du temps de travail hebdomadaire à l’hôpital n’auront pas abouti après cinq années de discussion. L’opt-out, la possibilité de travailler au-delà du plafond de 48 heures par semaine, a divisé les rangs. Les médecins français soufflent estimant que la pire menace qui consistait à transformer les gardes en temps de travail inactif est passée. Les discussions reprendront après les élections européennes mais en attendant le calcul de la durée du temps de travail reste inchangé.**

Le Quotidien du Médecin, Delphine Chardon

Dr arnodo

2009-05-06

CPH et l'INPH appellent à participer à la journée d'action et de greve jeudi 14/5

La CPH et l'INPH, avec le Mouvement de Défense de l'Hôpital Public et l'ensemble des personnels soignants :

- s'opposent au pouvoir absolu des directeurs dans la loi Bachelot,
- affirment que les suppressions d'emplois, médicaux et paramédicaux, ne pourront qu'altérer la qualité et la sécurité des soins,
- réclament le maintien des services comme structure d'organisation et de pilotage des soins et des attributions de la CME pour l'élaboration du projet médical et la nomination des responsables médicaux,
- exigent la levée de la procédure d'urgence et l'engagement d'une véritable renégociation.

**Ne nous laissons pas endormir par quelques promesses sénatoriales. Ce n'est qu'au terme de son parcours parlementaire que l'on pourra juger des éventuelles avancées du projet de loi. Elles seront d'abord à la mesure de l'importance, de l'intensité et de la durée de notre mobilisation.

>>>La CPH et l'INPH appellent les praticiens de toutes spécialités et de tous les hôpitaux, universitaires, généraux et spécialisés, à poursuivre le mouvement et à continuer la mobilisation par :

- la participation à la grève et aux actions unitaires qui seront organisées dans toute la France le jeudi 14 mai, regroupant les représentants de tous les personnels, médicaux et non médicaux.
- le recentrage exclusif sur les activités médicales en cessant toute collaboration avec l'administration
- la participation aux Assemblées Générales dans chaque établissement

** Face à l'obstination des pouvoirs publics, la CPH et l'INPH appellent solennellement tous les praticiens à la mobilisation pour la défense de l'hôpital et de la place de ses médecins, qui y assurent la principale mission : soigner tous les patients.

Drs R. Bocher, INPH & P. Faraggi,CPH

2009-05-17

HPST : L'APPEL A LA MOBILISATION DU 14 MAI A ETE FORTEMENT SUIVI

La CPH et l'INPH se félicitent de l'excellente mobilisation nationale des praticiens hospitaliers pour la journée d'action et de grève du 14 mai, mobilisation supérieure à celle du 28 avril.

Les praticiens ont participé très largement aux différentes manifestations organisées à Paris et dans toute la France .

Les estimations partielles dont nous disposons actuellement sur le taux de participation à la grève s'établissent entre 35 et 40% en MCO et à plus de 70% en psychiatrie.

Il revient dès maintenant aux Pouvoirs Publics d'en tirer les conséquences.

Pour nous, c'est bien sûr le meilleur encouragement à poursuivre la dynamique unitaire de mobilisation avec l'ensemble des personnels hospitaliers pour faire aboutir nos exigences de levée de la procédure d'urgence et de renégociation du projet de loi.

Drs P Faraggi, CPH ; R Bocher, INPH

2009-05-04

cnps-express:Loi Bachelot :commission des affaires sociales du Sénat ramène la réforme au principe de réalité

Hôpital et le titre II relatif à l'accès de tous à des soins de qualité: Ses apports essentiels :

* Sur l'accès aux soins des patients :

- elle a inscrit dans le code de la santé publique la possibilité d'un accès direct aux gynécologues, ophtalmologues et psychiatres sans prescription du médecin traitant ou en l'absence du choix d'un médecin traitant ;
- elle a rendu obligatoire l'information du patient sur le coût d'achat de la prothèse qui lui est implantée ainsi que sur son origine de fabrication ;
- elle a autorisé les pharmaciens ayant reçu une formation spécifique à délivrer, pour trois mois et sans renouvellement possible, une contraception orale aux femmes âgées de moins de trente-cinq ans dans des conditions définies par décret ;
- elle a prévu que le médecin en charge d'une personne hospitalisée doit s'enquérir auprès d'elle des noms des professionnels de santé auxquels elle souhaite que soient transmises les informations utiles à la continuité de sa prise en charge à l'issue de son hospitalisation.

* Sur la permanence des soins et la répartition médicale sur le territoire :

- elle a précisé que la proximité s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours ;
- elle a exigé des professionnels concernés d'avoir conservé une pratique clinique pour pouvoir participer à la permanence des soins ;
- en cas de constat d'échec du volontariat, elle a prévu la mise en place d'un schéma d'organisation de la permanence des soins par l'ARS ;
- elle a étendu le régime de garantie de responsabilité des établissements hospitaliers publics à l'ensemble des médecins libéraux participant à la permanence des soins ;
- elle a supprimé le caractère obligatoire du contrat santé solidarité destiné à faire participer les médecins des zones « sur-denses » à la satisfaction des besoins des zones déficitaires ;
- elle a limité le montant de l'indemnité due en cas de non-respect de l'obligation d'exercice dans des zones déficitaires par les médecins ayant signé un contrat d'engagement de service public pendant la durée de leurs études au seul montant des sommes perçues et non au double de celles-ci.

* En ce qui concerne les mesures relatives aux médecins :

- elle a supprimé la pratique du testing pour les refus de soins et, en contrepartie, la procédure de conciliation prévue par le projet de loi en cas de récidive ;
- elle a clarifié le régime de garantie des risques de responsabilité civile ;
- elle a mis en place un dispositif de validation des acquis de l'expérience pour l'obtention d'un diplôme de formation médicale spécialisé ;
- elle a supprimé une discrimination à l'égard des ressortissants français titulaires de diplômes leur permettant de se présenter aux épreuves classantes nationales ouvrant l'accès au troisième cycle des études médicales.

* En ce qui concerne les mesures relatives aux autres professionnels de santé :

- elle a reconnu le diplôme d'Etat de sage-femme au niveau master ;
- elle a supprimé les conditions de seuil démographique instituées par l'Assemblée nationale applicables aux ordres nationaux des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes pour permettre la création de conseils départementaux ;
- elle a augmenté le nombre d'heures de formation exigibles pour l'obtention du diplôme d'ostéopathe ou de chiropracteur ;
- pour répondre aux demandes des professionnels, elle a exclu les stages à finalité pédagogique des étudiants auxiliaires médicaux de l'obligation d'indemnisation des stagiaires.

La commission poursuivra ses travaux le mardi 5 mai sur les titres III (Prévention et santé publique) et IV (Organisation territoriale du système de santé).

***Les avancées du Sénat, comme le laissaient augurer la semaine dernière les déclarations de Jean-Pierre Raffarin, sont significatives et montrent leur écoute des professionnels de santé. Le CNPS attend à présent leurs apports concernant les ARS et la représentativité.

voir aussisur le cnps-express@cnps.fr :

- Mouvement national de protestation des sages-femmes
- La convergence des tarifs cliniques-hôpitaux reportée à 2018
- Le Sénat et le gouvernement ne rassurent pas les hôpitaux
- Le Sénat reconnaît le diplôme de sage-femme au niveau master
- Le SML présente 40 amendements
- Le SNMKR à la rencontre des hospitaliers
- La perspective d'une procédure d'alerte écartée par le gouvernement
- La FFMKR signe un partenariat avec AMPLI
- Biotechnologies: le gouvernement réfléchit à un fonds d'investissement-

CNPS

2009-05-14

QUE DIT LA PRESSE ?

**La loi Bachelot, jugée trop étatique – Jean de Kervasdoué, professeur d'économie de la santé au CNAM (Conservatoire national des arts et métiers) s'étonne des moyens imaginés par la loi HPST pour réorganiser l'offre de soins. Pour lui, ces moyens vont dans le sens d'une perte d'autonomie de l'hôpital au profit de l'autorité de l'Etat, via la toute puissance des ARS. Le Monde,

**Concession sur la loi HPST – Selon Bernard Accoyer, le président de la République devrait accorder une seconde lecture du texte à l'Assemblée, si le Sénat « le modifiait considérablement ». Cette levée de la procédure d'urgence permettra aux députés de faire valoir leur point de vue sur ce texte profondément remanié par le Sénat avec l'accord du gouvernement. Les Echos, Vincent Collen

**Réforme du médecin traitant- Adoptée en 2004 pour lutter contre le « nomadisme médical » et réduire les dépenses de santé, la réforme du médecin traitant a eu moins d'effets sur le système de soins et a provoqué un désengagement progressif de l'Assurance maladie par des moindres remboursements mais aussi une double pénalisation du patient hors parcours de soin. Pour Michel Chassang, Président de l'Union nationale des omnipraticiens français (UNOF), il estime que le médecin traitant « a quand même introduit une certaine logique et une visibilité dans le parcours de soins ». Pour Christian Saout, Président du Collectif inter associatif sur la santé (CISS) qui représente les patients « la loi n'a prévu aucun contenu qualitatif pour les assurés, aucune plus value en termes sanitaires ». Le Monde, Cécile Prieur

**Réforme de l'hôpital – La réforme hospitalière est bel et bien en marche selon les desiderata initiaux de l'Elysée même si certains aménagements y ont été apportés. Le problème du directeur a masqué les autres points de la réforme. Avant tout, cette réforme procure un rôle déterminant aux ARS. Elles épauleront le directeur de l'hôpital mais surtout elles piloteront la rationalisation et la réorganisation des soins. Le Monde, Cécile Prieur

**Anesthésistes/ Réanimateur/ 5ème Livre Blanc- Publication du 5ème Livre Blanc des anesthésistes-réanimateurs non universitaires. Les anesthésistes réanimateurs s'inquiètent du mode de financement de leur spécialité à l'hôpital public. Ils demandent une codification spécifique et autonome « vis-à-vis de l'acte chirurgical ». Autres inquiétudes : les problèmes démographiques. Ils sont une priorité pour les centres hospitaliers non universitaires, la crise démographique ayant provoqué une restructuration de plateaux techniques laissant donc craindre une désertification médicale hospitalière. Le SNARMU (Le syndicat des médecins anesthésistes-réanimateurs non universitaires) milite en faveur de la mise en place rapide de communautés hospitalières de territoires (CHT) avec un établissement référent, une mesure réclamée depuis 15 ans. Le Quotidien du Médecin, Jacques Degain

**Une étude de l'URML Île de France auprès des médecins de plus 50 ans révèle de futurs déséquilibres démographiques« Le devenir des médecins libéraux de 50 ans et plus » : c'est le titre d'une enquête réalisée par l'URML (union régionale des médecins) libéraux) Île de France auprès de près de 5 000 médecins franciliens et présentée aujourd'hui, mardi 5 mai 2009, à Paris. Le déséquilibre démographique est déjà palpable : les 17 000 médecins libéraux franciliens de plus de 50 ans, qui atteindront la retraite dans les 15 prochaines années, «représentent 70 % de la profession en exercice actuellement ». Et l'étude révèle qu'un médecin sur 5 interrogés compte prendre sa retraite avant l'âge officiel de 65 ans. L'URML s'engage à travailler « d'ores et déjà à répondre à cette crise démographique ».

En préalable aux résultats de cette enquête, l'URML a rappelé les chiffres de la densité des médecins libéraux en Île de France : elle a baissé de 7,7 % entre 1997 et 2005 et baissera de 25,8 % de 2006 à 2030. Mais cette crise démographique devrait encore être aggravé par la volonté de certains médecins 50 ans et plus de partir en retraite avant même l'âge de 65 ans. S'ils sont 1 sur 5 en moyenne à en exprimer le

souhait, ils sont plus nombreux encore (1 sur 4) chez les 50-59 ans ou dans certains départements comme l'Essonne et la Seine-Saint-Denis. En revanche, 1 médecin parisien sur 4 interrogé a exprimé l'envie de continuer à travailler au-delà de 65 ans, contre 17 % seulement sur l'ensemble de la Région.

AEF Dépêche n°113483 Paris, Mardi 05 mai 2009 , 16:13:54 Caroline Coq-Chodorge

PA

2009-05-14

SML & LOI HPST : REVUE DE DETAILS

**Alors que le débat en séance publique du Sénat de la loi HPST a commencé mardi 12 mai et doit se prolonger jusqu'au 20 mai, il n'est pas inutile de faire le point sur le texte tel qu'il est ressorti des travaux de la Commission des Affaires sociales de la Haute Assemblée. Les élus du Palais du Luxembourg ont modifié substantiellement le texte dans le sens souhaité par les libéraux et en particulier le SML qui leur avait soumis 40 amendements.

Revue de détails des points positifs et des points négatifs.

1/Points positifs

*Rupture unilatérale du contrat clinique-médecin lorsque l'établissement s'engage sur des missions de service public à réaliser en tarifs opposables. Les Sénateurs ont annulé cette disposition.

*Testing. Cette mesure humiliante a été supprimée.

*Education thérapeutique du patient. Les Sénateurs ont remis les professionnels de santé dans le processus d'élaboration des programmes qui devront être évalués par la HAS.

*Régionalisation. Devenues Agences régionales de santé et de l'autonomie, les ARSA n'auront plus pour mission d'élaborer des politiques régionales de santé mais de décliner régionalement et localement les objectifs de la politique nationale. De même, en matière de gestion du risque, elles devront se contenter d'adapter les accords nationaux. Les contrats individuels proposés aux médecins seront des déclinaisons de conventions nationales.

*Contrat de solidarité intergénérationnelle. Les Sénateurs l'ont rendu facultatif, supprimant de facto la fameuse taxe Bachelot pour les médecins exerçant en zones sur-dotées et refusant d'effectuer des travaux d'intérêt général dans les zones sous-dotées.

*Qualification. Les Sénateurs ont introduit les compétences acquises dans les critères de reconnaissance d'une qualification, ce qui est favorable aux Médecins à Exercice Particulier.

2/Points négatifs

*Médecins généralistes de premier recours. Les Sénateurs n'ont pas modifié cette définition de la médecine générale, enfermant les généralistes dans un ghetto et posant la première marche de la filière de soins. Néanmoins, ils ont inscrit, dans la loi, le principe de l'accès direct à certaines spécialités dont la gynécologie.

Représentation des médecins dans les URML. Les Sénateurs ont maintenu les 3 collèges (médecine générale, médecine spécialisée et plateaux techniques), répondant à la demande d'une coalition hétéroclite composée d'un syndicat mono catégoriel de médecins généralistes et d'un syndicat de spécialistes en quête d'existence. Certains envisagent même la création de 7 collèges pour achever de balkaniser la profession.

*Secteur II dans les cliniques ayant une position dominante. Les Sénateurs ont donné la possibilité aux directeurs d'ARSA d'imposer aux médecins exerçant dans ces cliniques un quota de 30% d'actes en tarifs opposables dont ceux dispensés aux bénéficiaires de la CMU.

*Intrusion des Inspecteurs de l'IGAS dans les cabinets médicaux. Les Sénateurs n'ont pas abrogé cette disposition.

*Ostéopathie. Un projet de décret sénatorial tend à allonger d'une année la formation des ostéopathes non médecins, ce qui remettrait en cause l'équilibre négocié en 2007, lequel prévoyait une évaluation au terme de trois années.

**Entendu sur plusieurs points importants, le SML n'a pas été suivi dans toutes ses demandes. Mais, il entend bien ne pas lâcher prise et, après le vote de la loi, suivre avec vigilance l'élaboration des textes réglementaires.

SML

2009-05-12

UNE REFORME DE LA SANTE NE SE FAIT JAMAIS SANS LES MEDECINS/Faut-il reformer sante ?

La réponse est oui..Excès de cloisonnement, manque d'efficacité, rigidité de fonctionnement, difficultés démographiques et d'accès aux soins sont, parmi d'autres, les maux dont il souffre. La réforme du gouvernement apporte-t-elle une réponse satisfaisante ? Non. C'est pour cela que l'ensemble de la communauté médicale, hospitalière, libérale en ville et praticiens conseils de l'assurance-maladie, que nous

représentons, ne rejette pas la réforme qui est nécessaire, mais cette réforme qui est mauvaise. Pourquoi ? **L'hôpital souffre de cinq types de problèmes auxquels le texte actuel ne répond pas : un sous-financement des hôpitaux publics et leur étranglement par une tarification à l'activité inadaptée aux réalités du service public, un manque d'attractivités carrières hospitalières qui va se combiner d'ici à cinq ans à un creux démographique, un empilement de réformes sans état des lieux préalable, une politique de santé calquée sur les événements de l'actualité sans ligne claire et pérenne, enfin des inégalités d'accès aux soins qui se creusent sur tout le territoire.

Face aux 12% de postes vacants à l'hôpital, la loi propose un statut contractuel qui légitime un mercenariat aux valeurs contraires à l'intérêt public. Ces contrats courts ne permettront pas de fidéliser les médecins ni par conséquent de créer la notoriété dont l'hôpital a besoin. En outre, les praticiens sont relégués au rang de prestataires. Peu représentés au directoire

et avec une commission médicale d'établissement qui ne sera plus qu'une chambre d'enregistrement, ils ne pèseront plus sur les choix médicaux des établissements.

Sans collaboration médico-administrative, l'hôpital n'obéira plus qu'à une vision comptable. Par ailleurs, les missions de service public forment un bloc, elles ne peuvent être distinguées à la carte en fonction des intérêts financiers de tel ou tel établissement. Dans le contexte actuel, il apparaît donc beaucoup plus important de consolider la réforme Mattei de 2005 et d'apurer la dette des hôpitaux que de se lancer dans une nouvelle réforme dont les moyens font gravement défaut.

**Pour la médecine de ville, le constat n'est guère meilleur. Alors que la dernière réforme remonte seulement à 2004, ce projet de loi comporte le triple danger d'étatiser notre système de santé « à la sauce britannique », de mettre fin à l'exercice libéral et de faire disparaître le système conventionnel national. La carte sanitaire, que la ministre s'évertue à présenter va rigidifier un système de proximité qui, au contraire, exigeait plus de souplesse. Celui-ci signe non seulement la fin de la liberté d'installation pour les médecins mais aussi, à terme, pour nos patients la fin du libre choix de leur médecin.

La convention médicale nationale que les médecins ont mis quarante ans à construire est en grand danger. Les Agences régionales de santé (ARS), super techno-structures toutes puissantes, pourront contracter avec des organismes autres que les syndicats signataires des conventions nationales. Elles pourront même le faire individuellement avec chaque praticien sans lien avec la convention nationale. La qualité de l'exercice exige plus de coopération entre les médecins et suppose qu'ils oeuvrent ensemble dans l'intérêt du patient et non en fonction de leur intérêt catégoriel. Pour cela, les syndicats médicaux doivent être suffisamment forts pour engager toute la profession. Or ce projet de loi balkanise la profession.

** Les praticiens conseils du service médical de l'assurance maladie sont également très inquiets. Paradoxe de la loi, le nouveau réseau des ARS vient, dans le champ de la régulation des dépenses, doubler celui de l'assurance-maladie. Pire, alors que cette dernière se dote de représentations régionales conformément aux préceptes de la Révision générale des politiques publiques (RGPP), c'est avec les caisses primaires départementales contractualiser les plans d'actions de régulation des dépenses. Va-t-on améliorer les comptes par des politiques désormais régionales de régulation des dépenses ? La juxtaposition d'actions d'intérêts strictement régionaux n'a jamais produit la moindre inflexion des comptes. Seule l'affirmation d'un fort pilotage national (sur des sujets comme les antibiotiques, les génériques, l'accompagnement de pathologies lourdes...) a su ramener en quatre ans un déficit de plus de 11 milliards à moins de 5 milliards d'euros. On nous propose bien une structure nationale de pilotage des

ARS qui, après avoir changé trois fois d'appellation, demeure toujours la même coquille vide...Comment pourra-t-on, dans ce contexte de champ libre laissé aux politiques régionales de santé, assurer l'équité de traitement de tousur tout le territoire ? Comment peut-on parler d'efficience des administrations en multipliant les réseaux par deux et en divisant les effectifs par le même chiffre ?

Les Français comprennent que notre combat est tout sauf corporatiste. Si cette loi est bien « antimédecins », elle est avant tout dangereuse pour la qualité des soins, donc pour nos patients. La ministre de la Santé serait bien inspirée d'entendre notre appel et d'écouter certains conseils avisés de sa propre majorité. Une réforme de santé ne se fait jamais contre les médecins, mais avec eux !

Les ECHO 12/05/09 P. 17

R Bocher (INPH), M Chassang (CSMF), Jean-François Gomez (Syndicat des praticiens conseils CGC.)

2009-06-18

LOI HSPT fin?

Loin d'apaiser le monde de la santé, l'adoption de la loi par les sénateurs continue à susciter de vives réactions

**Les hospitaliers mécontents passent aux actes gratuits

Mécontents de dispositions de la loi Bachelot, et pour peser sur la CMP, les hospitaliers organisent une journée d'action le 13 juin et ont décidé de ne plus facturer les actes qu'ils effectuent dans les établissements. Cette opération « soins gratuits » signe l'entrée en résistance des soignants hospitaliers.

**Les médecins libéraux de la CSMF s'interrogent sur l'intérêt de prolonger la convention

Si l'examen du projet de loi Bachelot a justifié de la part du gouvernement le blocage du système conventionnel depuis deux ans, l'orientation anti-médecins libéraux et la perspective de l'émergence des futures structures des ARS ne vont pas permettre de rattraper le temps perdu. De même le PLFSS 2010, annoncé comme drastique, ne devrait laisser aucune marge de manœuvre.

La CSMF constate que le gouvernement s'appuie également sur les ennemis de la convention de 2005, qui avaient refusé de la signer à l'époque, pour garantir l'échec conventionnel.

*La CSMF rappelle que de 2005 à 2007, c'est-à-dire avant l'arrivée de ce gouvernement et avant l'arrivée de ces syndicats, la convention avait permis la réalisation de nombreuses avancées tarifaires et la préservation du secteur 2 à présent menacé.

*Toute cette dynamique est aujourd'hui cassée, bloquée. C'est pourquoi la CSMF s'interroge sur l'intérêt de poursuivre plus longtemps l'hypocrisie ? Chacun sait que le gouvernement avec l'aide de certains syndicats va continuer à bloquer et fera tout pour que rien n'avance et dénoncer l'inefficacité du système conventionnel dans le seul but de le faire implorer.

**La CSMF, en tout cas, a décidé de mettre le débat sur la place publique afin que chacun, syndicat, Caisses et gouvernement soit responsable de ses agissements au grand jour.

2009-06-18

OU EN SOMMES NOUS?

**** LES OBJECTIFS DES MEDECINS LIBERAUX ONT ETE TENUS:** pour la première fois depuis 1997, les dépenses d'assurance-maladie devraient être en 2009 conformes à l'ONDAM a indiqué le Ministre du budget

L'information est passée **TOTALEMENT** inaperçue et pourtant, elle est **TRES** significative.

Mr **WORMS** a confirmé qu'il n'y aurait pas, cette année, de comité d'alerte.

Les chiffres de la CNAM montrent que les dépenses de médecine de ville sont sous contrôle et que la part des génériques progresse.

En d'autres termes, pendant la crise, la maîtrise médicalisée continue même en l'absence d'objectifs annuels négociés. Les politiques devraient réfléchir et tirer la leçon qui s'impose face à cette réalité : on peut faire confiance au sens des responsabilités des médecins libéraux. Plutôt que de multiplier les mesures coercitives, contraignantes et humiliantes à leur encontre comme ils le font avec la loi HPST, il serait plus pertinent de leur donner un cadre légal leur donnant plus de liberté et de possibilité d'affirmer leur sens des responsabilités.,

**** CONVENTION MEDICALE**

LE SML REFUSE LA RECONDUCTION TACITE

et demande l'ouverture immédiate de nouvelles discussions afin de donner une nouvelle dynamique au processus conventionnel.

Le SML a également décidé de demander à ses représentants de suspendre leur participation aux Commissions Paritaires Locales (CPL) et Régionales (CPR) dans l'attente de la réponse à la demande de réunion bipartite avec le Directeur Générale de l'UNCAM, formulée à la suite des attaques des CPAM (CMU, dépassements d'honoraires, etc...) à l'encontre des médecins.

****La CSMF décide également de ne pas reconduire la convention arrivant à échéance en février 2010.** Pour Michel Chassang, il ne s'agit pas « de renier la convention de 2005 qui a bien fonctionné pendant ses deux premières années ». L'avenir de la convention est flou. Le SML comme la CSMF demande l'ouverture de négociations. De son côté le gouvernement, la loi HPST n'étant pas encore appliquée, se dit prêt à rediscuter une convention selon les règles actuelles.

Le Quotidien du médecin, Christophe Gattuso

**** Les obstétriciens mécontents, menacent d'arrêter leur activité**

Un amendement à la loi Bachelot sur la responsabilité civile des praticiens, restreint la prise en charge de l'ONIAM, organisme national pour l'indemnisation des accidents médicaux, aux seuls praticiens de secteur I pour les cas graves où les indemnisations dépassent 3 millions d'euros, et exclue désormais les obstétriciens de secteur II.

Le syndicat des gynécologues obstétriciens, le Syngof, a menacé que les praticiens concernés pourraient cesser toute activité et tout accouchement "courant juillet", si l'amendement n'était pas retiré au niveau de la CMP, car les primes d'assurance augmentent de façon vertigineuse ce qui pose un problème d'équilibre financier.

++Rémunération – D'après les dernières statistiques de la Carmf (Caisse autonome de retraite des médecins de France), les revenus nets des médecins libéraux ont augmenté en 2007. La hausse est estimée à 8,88 % par rapport à 2006. Explications de cette évolution.

Le Quotidien du médecin, Karine Piganeau

****Le CNPS et le GIE SESAM Vitale testent la carte sésame vitale européenne à l'occasion des 24 heures du Mans**

Le CNPS et le GIE SESAM Vitale initient l'ouverture de nouveaux sites pilotes Netc@drs, la carte sésame vitale européenne, dans du Pôle santé des 4 pharmacies de la région de Mancelle à l'occasion des 24 heures du Mans. Netc@drs est un projet de l'Europe qui permet à un citoyen européen de présenter sa carte européenne d'assurance maladie, lorsqu'il va se faire soigner, pour être pris en charge dans un autre pays de l'Union. Après les Jeux Olympiques d'Athènes et la coupe du Monde de football, les 24 du Mans 2009 sont le 3ème événement sportif mondial où Netc@drs est mis à la disposition des ressortissants européens. L'Hôpital européen Georges Pompidou est également expérimentateur du dispositif Netc@drs

Netc@drs préfigure le dispositif de carte sésame vitale européenne électronique sur laquelle l'Union Européenne prendra une décision l'année prochaine.

Le projet NETC@RDS répond à l'enjeu de mobilité des citoyens en Europe en expérimentant des solutions informatiques visant à permettre la lecture des cartes de santé nationales, en vue de fiabiliser et d'accélérer les échanges de données entre les systèmes d'assurance maladie européens. Il est soutenu, depuis l'origine, par le CNPS. Les libéraux de santé ont la volonté d'apporter leur contribution à ce projet européen qui répond aux évolutions de notre société.

**** IJ-dépassements d'honoraires : le SML somme l'UNCAM de s'expliquer**

A la suite des offensives lancées contre les médecins par l'Assurance-maladie sur les dépassements d'honoraires et les indemnités journalières, le Syndicat des Médecins Libéraux demande à être reçu de toute urgence par le Directeur général de l'UNCAM.

Le SML rappelle que, depuis la signature de la Convention médicale, les arrêts de travail ont été au centre des accords de maîtrise médicalisée et que c'est sur ce poste que les meilleurs résultats ont été obtenus.

dr arnodo

2009-06-23

revue de presse

** DEMOGRAPHIE MEDICALE: l'exercice libéral n'a plus la côte chez les médecins. Seulement 10% des nouveaux inscrits au tableau de l'Ordre des Médecins ont choisi l'installation en libéral exclusif en 2008, alors que 25 à 30% préfèrent être remplaçants", et que 66% se tournent vers un exercice salarié.

Ces chiffres publiés par le Conseil National de l'Ordre des Médecins montre une désaffection sans appel pour l'exercice libéral et ce ne sont pas les mesures contraignantes instaurées par la loi Bachelot qui vont inverser la tendance.

En 2008, la densité médicale globale a également diminué, passant de 300 à 290 pour 100.000 habitants. Le CNMO dresse également un constat d'échec des aides incitatives à l'installation dans les "zones désertées" et l'absence d'installation de médecins d'origine européenne ou extra-européenne dans les zones déficitaires.

* DEFICIT SECU:La commission des comptes a confirmé hier que le déficit atteindra 20.1 milliards en 2009. Le Figaro dresse l'état des lieux de la dette et pose la question de l'âge de la retraite, soulevée par Brice Hortefeux.

Le Figaro, Olivier Auguste

Le gouvernement exclut la hausse des prélèvements obligatoires face au déficit abyssal du régime général de la Sécurité sociale, attendu en 2009. Les mesures concernant la maîtrise des dépenses passeront notamment par le contrôle des surprescripteurs, des dérives des indemnités journalières et des frais de transports sanitaires.

Le Quotidien du médecin, Cyrille Dupuis

*HSPT fin? Le gouvernement espère que la commission mixte paritaire (CMP) trouvera un compromis sur le projet de loi. Parmi les obstacles à cet accord, on compte l'encadrement des honoraires des médecins du secteur II et l'assurance des obstétriciens.

Le Quotidien du médecin, Jacques Degain

* CONVERGENCE TARIFAIRE – Malgré l'annonce du report de la convergence tarifaire entre les hôpitaux et les cliniques à 2018, la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) demande la mise en place d'un tarif unique pour une cinquantaine de prestations hospitalières. Cette mesure permettrait de dégager 1,2 milliard d'euros selon la FHP.

Le Quotidien du médecin, Delphine Chardon

19/6 Les cliniques veulent une harmonisation de 50 tarifs – Roselyne Bachelot a repoussé de 2012 à 2018 la T2A. Très mécontente, la FHP demande que le mouvement soit lancé sans tarder. La FHP profite du déficit de la sécu aujourd'hui pour demander la « convergence » des tarifs entre public et privé dès 2010 pour une cinquantaine de cas d'hospitalisation. Cela représenterait pour la Sécu une centaine de millions d'euros par an.

Le Figaro, Olivier Auguste

2009-06-23

FIN JUIN ACTUS

* UMSEPE se prononce pour UN SECTEUR OPTIONNEL POUR UN CONTRAT GAGNANT GAGNANT

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. rappelle qu'elle a toujours été prête à répondre à la commande du Président de la République et des Parlementaires sur la mise en place d'un secteur optionnel bénéfique pour les patients, pour les médecins et les financeurs.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. considère qu'un secteur optionnel doit permettre aux patients une meilleure accessibilité aux soins et une solvabilité des compléments d'honoraires réduisant d'une manière significative le reste à charge pour les familles.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. souhaite que, pour les médecins, ce secteur optionnel se mette en place sous la forme de contrat basé sur le profil de carrière incluant, au quotidien, une démarche qualité et réévalué tous les 5 ans. A terme, ce secteur optionnel a vocation à attirer tous les médecins spécialistes (à mode d'exercice exclusif ou en médecine générale), quel que soit leur secteur actuel...../.....

* Tarifs des médecins – Un arrêté ministériel pourrait très prochainement autoriser le gouvernement à fixer les règles pour limiter la progression des honoraires des médecins qui atteignent aujourd'hui 2 milliards d'euros par an. La mise en place d'un « secteur optionnel » en plus du secteur 1 (tarifs remboursés par la Sécurité sociale) et du secteur 2 (honoraires libres) est toujours envisagée.

2009-06-26

ALIGNEMENT de la REMUNERATION PH temps partiel sur celle des temps plein

L'arrêté alignant la rémunération des PH à temps partiel sur celle des PH à temps plein (à hauteur des 6/10ème et non plus des 6/11ème) vient de paraître (en PJ). Cette régularisation qui devait avoir lieu en trois étapes annuelles à partir de

2008 est finalement instaurée en une seule fois en 2009. La CPH, qui avait dénoncé cette progressivité, était intervenue auprès du médiateur de la République, qui en rappelant le principe d'égalité semble avoir été influent dans la prise de décision.

**L'augmentation annuelle pour 6 demi-journées/semaine représente + 2637,51 € au 1er échelon, + 3244,59 € au 7ème échelon, + 3734,10 € au 13ème échelon. Un tableau comparatif actualisé des rémunérations des PH est disponible sur le site de la CPH : <http://www.cphweb.info/spip.php?article657>

**Il reste que les promesses faites par Xavier Bertrand en mars 2007 ne sont toujours pas tenues : il manque encore le bénéfice de l'indemnité d'engagement de service public exclusif sur le principe du prorata temporis (soit 60 % de cette prime) pour les PH sans activité libérale et le passage du taux de l'assiette de cotisations retraite de 66 % à 100 % des émoluments, prévue lors de la révision du régime de l'IRCANTEC.

**Enfin, la CPH revendique 9 jours de congés de formation annuels au lieu des 6 jours actuels et, pour les psychiatres, le bénéfice de l'indemnité sectorielle et de liaison.

CPH

2009-06-26

actualites

**Loi HSPT définitivement votée, Roselyne Bachelot-Narquin confirmée comme Ministre de la Santé, négociation conventionnelle ouverte le 2 juillet : en quelques jours, l'environnement politique s'est éclairci et en quelque sorte stabilisé.

**L'ouverture des négociations avec l'Assurance-maladie le 2 juillet va permettre de relancer la dynamique

conventionnelle. Pour autant, il ne s'agit pas de reprendre le film là où il s'est arrêté en 2008. Le contexte économique et institutionnel a profondément changé.

Il faudra bien tenir compte de la loi HPST- même si elle ne s'appliquera qu'en 2010 -et de l'aggravation de la crise économique.

->Une des questions sensibles sera celle des dépassements d'honoraires. Le Président de la République a clairement menacé : s'il n'y a pas d'accord sur un plafonnement des dépassements au plus tard le 15 octobre, le gouvernement prendra des mesures réglementaires. Le SML rappelle que son projet de secteur optionnel est prêt à l'emploi et qu'il n'attend que le bon vouloir de l'UNCAM et de l'UNOCAM, les assureurs complémentaires, pour entrer en vigueur.

Les marges de manœuvre pour les revalorisations d'honoraires sont extrêmement faibles, voire même nulles. Cela ne signifie pas qu'aucune discussion n'est possible sur le terrain des rémunérations. Entre une réforme du C2 et le développement de nouvelles formes de rémunération pour les spécialités cliniques pour des nouvelles activités de prévention et de santé publique, il y a du grain à moudre.

Dans sa phase active, entre 2005 et 2007, la Convention a montré son efficacité puisque les accords de maîtrise médicalisée et de revalorisation d'honoraires ont permis de réaliser 2 milliards d'€ d'économies.

C'est cette logique de donnant-donnant qu'il faut retrouver. Les partenaires conventionnels ont 6 mois pour réussir cette mission. Au-delà, leur ticket ne sera plus valable. Le SML est, pour sa part, déterminé à aboutir.

Dr Christian JEAMBRUN, SML

**Santé/ Assurance maladie - Dans le collimateur de Nicolas Sarkozy et à présent du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, les dépassements d'honoraires représentent 2,1 milliards d'euros sur 19,3 milliards d'honoraires médicaux. C'est hier que le Haut Conseil a rendu son rapport dans lequel il avance des pistes pour lutter contre les dépassements.

Les Echos, Vincent Collen

2009-07-01

actus début juillet

** Secteur optionnel – Jeudi 2 juillet se tiendra une première réunion à l'Assurance maladie pour discuter du secteur optionnel. Les syndicats des plateaux techniques lourds (Syngof, UCDF...) n'y ont pas été conviés mais assurent qu'ils s'y inviteront. Au-delà se pose le problème de la représentativité syndicale et le député Jacques Domergue va demander de réaliser une enquête au ministère de la Santé.

**Réduction des dépenses de l'Assurance maladie – Un rapport de la CNAM estime que les dépenses de l'assurance maladie progresseront spontanément de 3,7% sur la période 2009-2012. Pour le gouvernement c'est beaucoup trop, il s'agit de réduire l'augmentation à 3%. Eric Woerth a déclaré hier qu'il faudrait économiser environ 2 milliards d'euros par an dès l'an prochain. Parmi les pistes envisagées : la promotion de la dialyse à domicile, moins coûteuse qu'à l'hôpital ou encore l'augmentation de la prescription des génériques notamment les antiulcéreux.
Les Echos, Vincent Collen

** Refus de soins – Une étude commandée par le Fond de financement de la CMU à l'Irdes présente des résultats alarmants : 25.5% des 861 praticiens parisiens testés, les gynécologues en tête avec 38%, refusent les patients bénéficiaires de la CMU parce qu'ils ne peuvent alors pas pratiquer de dépassements d'honoraires.
Vincent Collen

1/7 URML PACA UN COUP DE FORCE INACCEPTABLE dr LA FMF ;
LE SML s'indigne du coup de force opéré par le Dr REGI (FMF) .

La réglementation des URML prévoit que les bureaux doivent être renouvelés à MI- Mandat, donc en ce moment , par un vote à bulletin secret.

S'appuyant sur une lettre, qui n'a aucune valeur juridique, du ministre de la santé, le président des URML PACA a fait voter par l'assemblée générale, le renouvellement global du bureau à l'identique

**CAPI – Le contrat Capi a déjà été signé par 5.039 généralistes, dépassant l'objectif de 5.000 avant la fin de l'année fixé par Roselyne Bachelot. Les généralistes qui pourront gagner jusqu'à 5.600 euros par an s'ils respectent des objectifs n'ont pas écouté les arguments de la CSMF ou de l'Ordre des médecins, hostiles à ce contrat.

Le Figaro, Olivier Auguste
Dr PA

2009-07-07

Responsabilité civile médicale -medecin en faillite?

30/6 La version finale de la loi HSPT a abandonné toute disposition concernant notre assurance. Nous restons donc tous menacés de faillite si nous sommes un jour responsables d'un sinistre grave.

– La commission paritaire mixte a rejeté l'article 18 quater B. Le Dr Jean Marty, secrétaire général du Syngof pense que certains assureurs ont fait pression sur le trésor afin de maintenir les règles du jeu.

Les assureurs sont protégés par le plafond de garantie depuis la loi du 30 Déc. 2002

Les patients sont protégés par la subrogation de l'ONIAM pour la partie des sinistres au dessus du plafond

L'ONIAM doit faire un recours contre nous, pour récupérer les sommes "avancées".

Nous avons la promesse que la première occasion législative devait permettre de faire disparaître cette menace. Nous avons constaté que certains assureurs (SHAM) ont eu la force de faire faire volte face au gouvernement, pour "retarder" la disparition de cette menace pour nous et pouvoir augmenter encore les tarifs.

De plus les engagements (décret 7/12/2006) de recalculer annuellement l'aide à l'assurance et de répercuter le coût des primes dans le tarif des actes (accord cadre 03/2007) ne sont pas respectés.

Les parlementaires et les membres des cabinets balancent entre supprimer l'action récursoire par loi PLFSS et le dénie parce qu'aucun d'entre nous n'a encore été mis en faillite.

L'issue dépend de la manifestation de notre mobilisation.

1) Écrire à votre Assurance, à votre ARH, à votre préfet selon les modèles pour témoigner de notre détermination

2) Adresser par retour un Mail pour nous faire connaître votre détermination dans votre établissement.

2) Arrêter de faire les accouchements si nous constatons que les engagements à préparer le texte au PLFSS n'est pas tenu dans les délais compatible avec le calendrier législatif.

>>> De son côté, le gouvernement évoque les pressions du Syngof pour nationaliser la couverture en RCP des obstétriciens libéraux. Si l'article était passé le marché de la responsabilité civile aurait été modifié.

Le Quotidien du Médecin, Delphine Chardon

2009-07-07

Ultime modification de la loi HPST par le gouvernement
Le coup de pied de l'Ane !

Roselyne Bachelot se félicitait de l'équilibre subtil obtenu pour sa loi après ce long parcours parlementaire, où tous les avis s'étaient exprimés... Las ! C'était pour mieux endormir les naïfs !

**Au terme des débats parlementaires, et pour la seconde fois, le gouvernement introduit un ultime amendement, au moment où plus aucune résistance n'est possible : le futur directoire ne donnera pas son avis au directeur : c'était trop. Il ne sera plus que consulté, pour "concertation".

Les députés et les sénateurs, de droite comme de gauche, qui avaient défendu cet avis du directoire pour tenter de rééquilibrer les responsabilités de chacun, sont renvoyés à leurs petites commissions. Comme les médecins hospitaliers, ils n'auront été finalement eux aussi, que "concertés".

**Notre lutte a été vive, mais nous avons perdu : notre corps professionnel, sans doute encore insuffisamment averti des conséquences de la loi, n'a pas l'habitude de descendre dans la rue, et avait du mal à croire que l'on puisse imaginer un hôpital sans plus aucun pouvoir décisionnaire de la communauté médicale. Le pouvoir l'a fait !

**En pleine période de crise économique et sociale et ses conséquences sanitaires majeures, Nicolas Sarkozy, Madame Bachelot et nos parlementaires de la majorité auront délibérément choisi d'affaiblir l'hôpital public en imposant une réforme purement gestionnaire et administrative.

**Mais peut-on vraiment penser que les hôpitaux français, en contraignant leurs médecins désormais captifs et sommés d'exécuter leurs contrats d'activité sous peine de mise en disponibilité ou de rétorsions financières seront capables, sous la férule de directeurs eux-mêmes placés sur sièges éjectables, de redresser la situation financière catastrophique dans laquelle ils se trouvent ? On ne pourra plus, en tout cas, venir chercher la responsabilité des médecins dans ce naufrage désormais programmé.

**La ministre ne sortira pas grandie de cet ultime "coup de pied de l'âne". Les praticiens hospitaliers sauront le lui rappeler, le moment venu. Fraichement renouvelée, elle a pourtant déjà fini d'épuiser le faible capital de confiance qui lui restait. Le divorce est consommé. Elle ne pourra plus, non plus, se plaindre dans l'avenir de la faible participation des médecins à la marche de l'hôpital. C'est elle, et ce gouvernement, qui l'auront voulu.

**Aujourd'hui, la CPH et à l'INPH reportent toute leur attention sur la préparation des décrets d'application qui revêtiront une importance stratégique en particulier en ce qui concerne les modalités de nomination des praticiens et les attributions des présidents de CME.

Drs P Faraggi, CPH & R Bocher, l'INPH

2009-07-12

convergence tarifs hospitaliers

** La fédération hospitalière privée (FHP) a mené une campagne en faveur de la convergence tarifaire entre hôpitaux et cliniques qui a été reportée en 2018 par Roselyne Bachelot. La fédération hospitalière de France (FHF) organise aujourd'hui une conférence de presse avec les présidents de CME, les directeurs d'hôpitaux et les doyens des facultés de médecine pour réfuter les arguments de la FHP. Le Quotidien du médecin, Jacques Degain

**Coût de l'hospitalisation/privé/public; Roselyne Bachelot a adressé une lettre à Claude Evin pour lui promettre son soutien sur la question de la convergence tarifaire. Public et privé se disputent à nouveau sur le coût de l'hospitalisation. La FHP qui a d'ailleurs lancé un site internet « hostocomparateur.com » a demandé à ce que qu'au moins 50 actes courants sur les centaines répertoriés soient unifiés immédiatement. Le Dr Alain Destée représentant des médecins de CHU accuse le privé de ne choisir que des « pathologies rentables ». Pour Claude Evin, « l'hôpital ne refuse pas de se remettre en question mais « on a toujours dit que la convergence tarifaire pouvait s'envisager à partir du moment où l'activité était comparable ». Le Figaro, Olivier Auguste

2009-07-12

EN DIRECT de de l'UMSPE

1. Négociations conventionnelles : nouveau départ

La convention actuelle arrive à son terme en février prochain. La CSMF a demandé à ce qu'elle ne soit pas prorogée automatiquement devant l'absence d'évolution, depuis 2 ans maintenant. Sans revenir sur la pantalonade du C à 23€, rappelons que l'élargissement des

règles d'utilisation du C2 suivi d'une consultation de spécialiste n'ont toujours pas été assouplies depuis maintenant 2 ans malgré les accords promis !... Il faut donc reconstruire un vrai dialogue conventionnel dans le cadre d'un partenariat renouvelé. C'est le sens des négociations qui se sont ouvertes le 2 juillet : 1er round pour organiser les rencontres autour de 4 grands thèmes. Puis des rencontres bilatérales et, enfin, une négociation générale vont se poursuivre dans les mois qui viennent.

Pour les médecins spécialistes, l'enjeu majeur est celui de la revalorisation des spécialités cliniques ainsi que la création d'un secteur optionnel. Mais, également, le développement de nouveaux modes d'organisation et coopération entre professionnels : pratiques coopératives, maisons des spécialistes, entreprises chirurgicales, etc... L'UMESPE saura montrer qu'elle est aussi une structure de propositions !

2. Loi HPST : dernière salve d'opposition

C'est le groupe socialiste qui a déposé un recours devant le Conseil Constitutionnel sur la loi HPST. Ce recours s'appuie sur le principe d'égalité et le droit à la protection de la santé, dénonce les risques de contacts entre les firmes et les patients dans l'éducation thérapeutique, mais également la violation de la liberté contractuelle dans le cadre des relations entre ARS et hôpitaux.

Pour préparer l'adaptation de la loi sur le terrain, l'UMESPE rappelle le projet des maisons des spécialistes. Ces structures pourraient voir le jour dans des villes de taille moyenne et regrouper 5 à 15 spécialistes de proximité, pour mutualiser les coûts.

L'application de la loi semble prendre du retard : les ARS ne devraient pas être installées avant le 1er juillet 2010. Le nombre de décrets considérable qui devrait être publié mettra en musique cette nouvelle loi.

3. Les comptes de la SECU

La Commission des Comptes de la Sécurité Sociale annonce un déficit autour de 20 milliards pour 2009, soit le double de ce qui était prévu. La masse salariale qui avait augmenté de 3,6% en 2008 diminuerait en effet de 1,25%. Ce dérapage est dû à un dérapage des recettes. En effet, les dépenses restent sensiblement contenues dans l'objectif.

Mais pour 2010, le Ministre du Budget annonce un ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie) de +3%. Cet objectif est inférieur à l'évolution spontanée autour de 3,7% en moyenne sur la période 2009-2012. C'est pourquoi l'Assurance Maladie propose des pistes d'économie : les indemnités journalières versées lors des arrêts de travail, la prise en charge des soins de suite et de réadaptation, les tarifs hospitaliers sont autant de secteurs dans le collimateur. Mais également le poste de la dialyse, les soins de kiné, les transports des malades, etc...

On peut être inquiet par ce genre d'annonce, que la CNAM justifiera facilement, vu la situation économique générale. En effet, les radiologues ont déjà fait la douloureuse expérience d'économies décidées unilatéralement par les technocrates comptables, faisant fi de toute logique médicale ou même médico économique... Attention danger !

4. La convention a bien marché jusqu'en 2007

C'est la conclusion que l'on peut tirer des chiffres que la CARMF vient de publier, concernant le revenu des médecins libéraux en 2007. Bien sûr, ces chiffres sont à manipuler toujours avec beaucoup de prudence. Dans les grandes sources d'erreurs, on peut citer la difficulté à apprécier le revenu en fonction du statut juridique de l'exercice (en particulier pour les SEL), l'extraordinaire disparité à l'intérieur de

chaque spécialité, d'où un chiffre moyen en trompe-l'œil, qui cache des situations quelquefois très difficiles. Et aussi la charge de travail effectué, tant en terme d'implication professionnelle que de temps passé...

Le BNC 2007 moyen pour les spécialistes est de 96 907€ en hausse de 6,29%. Le BNC des spécialistes secteur 1 est de 90 608€ en hausse de 6,67% et celui des spécialistes secteur 2 est 107 638€ soit + 2,86% par rapport à 2006.

Les données du Ministère sont voisines, et confirment la situation difficile des spécialités cliniques : les dermatologues, psychiatres et pédiatres ont un revenu inférieur à celui des omnipraticiens. Les rhumatologues sont très discrètement au-dessus. Enfin, la part des dépassements a tendance à augmenter pour être maintenant à 15,5%. Le taux de charge moyen est de 50,5%.

Voilà quelques données qui prouvent à tous ceux qui ont dénoncé la convention et les mesures arrachées de haute lutte que celle-ci a bien porté ses fruits jusqu'en 2007...

[retour au sommaire](#)

5. CMU : des refus de soins ?...

C'est ce qu'affirme l'étude faite par le Fonds de Financement de la CMU. A Paris, _ des médecins mettrait des obstacles à la prise en charge des CMU. Cette étude, bien sûr, doit être analysée avec beaucoup de prudence, en particulier dans sa méthodologie. D'autant que les médecins sont aussi souvent victimes de difficultés de remboursement. Bien sûr, le refus de soins à un bénéficiaire de la CMU, uniquement pour cette raison, est contraire au Code de Déontologie. Mais les difficultés de remboursement, ainsi que les attitudes de certains patients couverts par la CMU mériteraient d'être également prises en compte. Il est, part ailleurs, déplorable de voir que l'attitude de certains puisse ternir l'image de tous les médecins qui, quotidiennement, prennent en charge ce type de patients...

6. Tarifs hospitaliers : la guerre est ouverte !

C'est l'hospitalisation privée qui, devant le report de la convergence tarifaire à 2018, a demandé une harmonisation des tarifs entre public et privé pour une cinquantaine de cas d'hospitalisation. Et pour étayer cette demande, une campagne de communication, avec mise en place d'un site de comparaison tarifaire, est lancée. La réponse de l'hospitalisation publique ne s'est pas fait attendre, reprenant les poncifs habituels d'une différence majeure de type de patients pris en charge et de type d'activité. Pourtant, tout le monde reconnaît maintenant qu'il y a aussi des patients socialement défavorisés en hospitalisation privée, et les statistiques issues de la CNAM montrent que la lourdeur chirurgicale des patients est exactement la même dans les deux secteurs. Il y a même aujourd'hui des CHU qui ont une activité chirurgicale moins lourde que certaines cliniques privées !...

Alors la convergence devient une nécessité.

Dr. J-P. ORTIZ

2009-07-12

EN DIRECT du SML

MESURES D'ECONOMIE : LES MEDECINS PRIS EN ETAU

Avec les mesures d'économies proposées par le Directeur général de l'UNCAM, les médecins sont pris en étau. Frédéric Van Roekeghem propose de ne plus prendre en charge les cotisations d'assurance-maladie des médecins du secteur I, au-delà de 100 000 € de revenus. En d'autres termes, il incite ceux qui en ont la possibilité à s'installer en secteur II où ils sont attendus au coin du bois pour tout dépassement jugé excessif selon des critères définis par la CNAM elle-même. Le seuil de déclenchement de la non prise en charge des cotisations peut sembler élevé mais rien ne garantit qu'il ne sera pas abaissé ultérieurement par l'Assurance-maladie ou par d'autres, pas mécontents.

Les autres mesures portent sur le développement des rémunérations au forfait pour la prise en charge des maladies chroniques et le CAPI auquel 5000 médecins auraient déjà souscrits selon la CNAM.

Favorable à de nouvelles formes de rémunérations, le SML est hostile au CAPI, d'abord parce que c'est une usine à gaz et ensuite parce qu'il est réservé aux médecins généralistes. Les contrats d'objectifs doivent être ouverts à l'ensemble des disciplines cliniques selon des critères adaptés à chaque spécialité, validés par leurs Sociétés savantes et négociés réellement par les syndicats représentatifs.

Annoncées unilatéralement, ces nouvelles mesures anti-médecins s'ajoutent aux offensives de ces dernières semaines sur les dépassements d'honoraires et les indemnités journalières.

Tout cela est d'autant plus injuste que la Sécurité sociale n'est pas confrontée à une crise des dépenses mais à une crise des recettes qui s'effondrent sous le poids de la récession et de la hausse du chômage.

Les dépenses restent, au contraire, maîtrisées et évoluent à un rythme proche de celui prévu par l'ONDAM, ce qui a conduit le Comité d'Alerte à indiquer qu'il n'aurait pas à intervenir cette année.

Les médecins sont-ils de nouveau destinés à être des boucs émissaires, désignés à la vindicte populaire ?
sml

2009-07-31

actus estivales

GYNECOLOGUES/ OBSTETRICIENS & RCP –

Les gynécologues - obstétriciens qui avaient décidé de cesser les accouchements dans le secteur privé faute d'accord avec le gouvernement sur la question des assurances, suspendent leur mouvement. En effet le gouvernement s'est engagé sur la question « de leur trouble garantie ». Les accoucheurs préconisent l'abandon du recours du recours de l'Etat, via l'Oniam, contre les praticiens ayant commis une faute médicale

SML : PROJET CONVENTIONNEL : considère que la réunion bilatérale avec le Directeur Général de l'UNCAM, dans le cadre de la négociation conventionnelle s'est déroulée dans un climat apaisé.

Pour le SML, la future Convention doit permettre d'améliorer le parcours et la coordination des soins pour une meilleure prise en charge des patients.

Dans cet esprit, le SML propose notamment :

- _ un assouplissement des règles du C2 - l'acte du Consultant - et son élargissement à l'ensemble des spécialités y compris les généralistes quelque soit leur expertise ;
 - _ la possibilité de rémunérations au forfait pour la prise en charge des patients en ALD ;
 - _ la création d'un acte à haute valeur médicale ajoutée ;
 - _ un élargissement des contrats à la performance et à la qualité, à l'ensemble des spécialités avec des critères spécifiques pour chaque spécialité et définis contractuellement ;
 - _ un secteur optionnel ouvert à tous les médecins, construit autour du principe d'un plafonnement des dépassements - pris en charge par les complémentaires à 50% - des tarifs opposables et de l'obligation pour les médecins de pratiquer 30% de leurs actes en tarifs opposables ;
 - _ une obligation, pour les hopitaux, d'appliquer les règles du parcours de soins, c'est-à-dire d'avoir une véritable coordination des soins avec la médecine de ville ;
 - _ des dispositions réglementaires et tarifaires permettant aux médecins libéraux d'exercer pleinement des missions de service public, notamment dans le cadre de la Performance des soins.
- arnodo

2009-08-02

LOI HPST SUITE

**Le Conseil Constitutionnel a rejeté les recours de l'opposition contre la loi HPST, à l'exception - pour des raisons de forme - de quelques dispositions comme l'expérimentation de la consultation de prévention pour les jeunes de 16

à 25 ans et celle de la délivrance de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes. *S'agissant d'expérimentation, le Conseil considère qu'elles doivent être limitées dans le temps.

>>Validée par le Conseil constitutionnel, la loi - amputée des dispositions rejetées - va donc être rapidement promulguée.

***La priorité du gouvernement est d'installer les Agences Régionales de Santé qui sont la clé de voûte du système. La Ministre de la Santé a indiqué qu'elles devraient être opérationnelles au plus tard le 1er juillet 2010. Pour cette raison, le cadre réglementaire - décrets, ordonnances - sera finalisé d'ici à la fin de l'année et les directeurs généraux - futurs directeurs des ARS - seront nommés. Des noms qu'il vous faudra retenir car ces Directeurs seront les « patrons » de la santé dans vos régions et vos interlocuteurs dans le cadre des négociations régionales qui devront, selon la loi, décliner les politiques nationales. Pour les médecins libéraux, la politique nationale est incarnée par la Convention médicale.

arnodo

2009-08-23

Hommage à Adrien Zeller

L'ordre du Clystère vient de perdre un de ses membres.

extrait de soirée tonus :

« Debout les internes en colère,
Debout ceux qu'on prend pour des cons,
Zeller, t'a beau vouloir être clair,
Pour Seguin tu n'es qu'un con .

Virez-nous tous ces incapables
Donnez-nous la mère Baerzac
Son trou serait peut-être mettable
Si on lui met la tête dans le sac

C'est le rut infernal
Branlons-nous à deux mains
L'interne régional
Tu s'ras baisé demain
C'est le rut infernal
Ne fais pas la putain
Interne régional
Va enculer Seguin..... »

Hagueneau 1986

J Rivoallan

2009-08-23

actus estivales

****CAPI & GRATIFICATION DES MEDECINS CONSEILS**

Le Syndicat Autonome des Patriciens Conseils du régime Général de l'assurance maladie (S.A.P.C.)
dénonce les gratifications promises...

Lettre du au conseil national de l'ordre des médecins

Monsieur le Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins et Cher Confrère, Vous avez été destinataire d'une lettre comminatoire du 1er juillet 2009 visée par le Directeur Général et le Médecin Conseil National de la ;CNAMTS à propos de la rémunération des praticiens conseils à l'occasion de ;lamise en oeuvre des C.A.P.I.

Cette lettre a été également diffusée par la CNAMTS à l'ensemble des praticiens conseils et transmise à la Tutelle. Selon les deux auteurs de cette lettre : « les médecins conseils de l'assurance maladie ne recevraient aucune

gratification ou rétribution individuelle de quelque nature que ce soit qui serait liée à des résultats dans ce domaine des CAPI ou dans tout autre domaine » .

Le SAPC, deuxième syndicat des praticiens conseils du régime général se doit de vous rapporter que lorsque messieurs Allemand et Roekeghem vous écrivaient le 1er juillet en des termes dont nous nous détachons, les deux

savaient parfaitement avoir déjà signé l'accord d'intéressement pour que les C.A.P.I. deviennent des objectifs devant impacter en fin d'exercice les diverses cagnottes financières régionales collectives et individuelle des praticiens

conseils. Nous ne pouvons donc pas rester solidaires des interventions et des dires de ces deux managers généraux du service médical et nous désapprouvons entièrement leur intervention sur votre conseil.

Détail de différents modes de gratification des praticiens conseils :sur demande
SAPC

2009-08-23

GRIPPE A ACTUALITES

**A l'automne, période où l'épidémie de grippe A devrait se répandre dans l'hémisphère nord, les campagnes de vaccination devront se faire avec des lots moins importants que prévu en raison des problèmes de rendement rencontrés par les industriels. Plusieurs pays ont déjà commencé à fixer des listes de priorité.

Le Monde, Paul Benkimoun

** Le dossier sur les vaccinations contre la grippe A est abordé sous l'angle des différentes questions soulevées par les campagnes de vaccination massives : capacités de livraison insuffisantes des laboratoires et répartition des lots, rémunération des professionnels de santé qui pratiqueront les vaccinations, rapport risque / bénéfice du futur vaccin anti-grippal.

Les Echos, Anne Denis, Pierre de Gasquet, Vincent Collen et Alain Perez

**DISPOSITIF DE LA PRISE EN CHARGE

à compter du 23/7/2009, le dispositif de prise en charge sera élargi au secteur des soins de ville. Les médecins traitants seront au cœur de ce dispositif même si, bien entendu les établissements de santé resteront mobilisés pour les cas graves

Cette instruction présente les parcours de soins (A) le rôle des différents acteurs du système de santé(B) elle précise également certaines mesures types (C)

Cf www.grippe.sante.gouv.fr

PA

2009-08-23

Hommage à Adrien Zeller

L'ordre du Clystère vient de perdre un de ses membres...

déplacez votre mulot sur la rubrique congrès et vie de la FD

PA

2009-09-05

Dans la presse de début septembre

****Honoraires :** l'assurance maladie va débiter une négociation conventionnelle avec les médecins libéraux qui devrait se terminer en janvier. Au menu : le tarif de la consultation des généralistes, les paiements au forfait, les tarifs des actes des spécialistes le secteur optionnel et surtout la limitation des dépassements d'honoraires.  

Les Echos, Vincent Collen

****Continuité des soins en médecine de ville –** Le Quotidien du médecin fait le point sur le projet de décret de l'article 49 de la loi HPST sur les nouvelles modalités d'organisation de la continuité des soins en médecine ambulatoire, qui stipule entre autres qu'à défaut de remplaçant, le médecin devra avertir au moins deux mois à l'avance le conseil départemental l'Ordre de ses absences programmées de plus de 6 jours.

 Le Quotidien du médecin, Cyrille Dupuis

****Extension de l'aide à l'acquisition d'une mutuelle –** Dans un rapport que vient de dévoiler le Fonds CMU qui finance l'aide complémentaire santé, il en ressort la progression rapide (31%) du nombre de bénéficiaires. Cette aide, l'ACS, vise les ménages dont les revenus bien que modestes sont trop élevés pour bénéficier de la CMU. Le rapport suggère de rendre plus lisible le dispositif et propose au gouvernement de s'attaquer aux ménages qui n'en font pas la demande et qui peuvent bénéficier de l'ACS, ils seraient 2 millions.  

Les Echos, Vincent Collen

****LE PROJET DE L'UNCAM POUR LES NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES**

Accès aux soins, secteur optionnel, nouveaux modes de rémunération au centre des discussions

Le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie présente aujourd'hui à son conseil les principes orientations qu'il entend proposer aux partenaires conventionnels dès le début des négociations qui devraient commencer dans la deuxième quinzaine de septembre. Pour Frédéric Van RÅ“keghem, renforcer l'égalité d'accès aux soins doit être la première priorité de la future convention qui doit également avoir pour objectif la mise en place d'u secteur optionnel et la rénovation de la rémunération des médecins, avec l'instauration d'un système mixte.

IL FAUT ALLER VITE : la nouvelle convention médicale - dont la négociation s'impose après la décision de la CSMF et du SML de s'opposer à la reconduction du précédent accord - doit être conclue avant le 10 janvier prochain. Faute de quoi, un règlement arbitral devra s'appliquer. Ce que ne souhaite personne.

Ce temps compté explique que le directeur de l'assurance-maladie présente dès aujourd'hui au conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (UNCAM) les propositions sur lesquelles il doit négocier avec les médecins. À noter cependant que ces négociations sont tripartites, puisque les représentants de l'Union nationale des organismes d'assurance-maladie complémentaires (UNOCAM) qui regroupe les mutuelles, les instituts de prévoyance et les assureurs, participeront également aux discussions.

Le document que Frédéric Van RÅ“keghem présente aujourd'hui à son conseil - et que le Quotidien s'est procuré - affiche d'entrée un message que certains prendront comme un avertissement : « les orientations que détermine le conseil de l'UNCAM pour ces négociations s'intègrent dans un contexte législatif et économique particulier », peut-on lire. En clair, la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) qui a été votée en Juin et qui a animé l'actualité sanitaire ces derniers mois a changé la donne. En particulier, les agences régionales de santé, créées par ce texte, auront un rôle primordial à jouer dans le domaine ambulatoire. Par ailleurs la situation économique impose, précisera Frédéric RÅ“keghem, « une attention encore plus soutenue aux conséquences financières de la convention ». Mais, tempère aussitôt le

document que le directeur de l'UNCAM présente à conseil, la situation ne doit pas pour autant conduire à l'immobilisme.

Deux priorités sont clairement mises en valeur dans ce projet de l'UNCAM : renforcer l'égalité d'accès à des soins par une meilleure répartition des professionnels sur l'ensemble du territoire avec la maîtrise des dépassements d'honoraires (d'où la nécessité de mettre en place un secteur optionnel comme l'impose d'ailleurs la loi HPST) ; rénover les modes de rémunération des médecins puisqu'il est acquis que le paiement à l'acte n'est pas adapté « à l'ensemble des missions et des engagements de service des professionnels de premiers recours ».

• RENFORCER L'ÉGALITÉ D'ACCÈS A DES SOINS DE QUALITÉ

La convention devra se préoccuper, explique ce texte, « d'améliorer la répartition de l'offre de soins de premier recours sur le territoire ». Elle devra inciter à un type d'exercice plus collectif mais aussi en accord avec la loi HPST et avec la création du contrat santé solidarité prévu par ce texte, organiser des vacations de médecins, exerçant dans des zones bien dotées en offres de soins, vers des contrées où les médecins ne sont pas assez nombreux. Il faudra également renforcer l'accompagnement des médecins lors de leur installation et adapter le statut de médecins remplaçant.

Mais pour l'UNCAM, cette politique de meilleure répartition de l'offre de soins doit également prendre en compte le problème économique que pose pour des patients dans certaines régions, le problème des dépassements d'honoraires, concernant plusieurs spécialités. D'où la nécessité de s'accorder sur la mise en place du secteur optionnel, qui s'appliquerait d'abord aux spécialistes de plateaux techniques lourds, aux chirurgiens et aux anesthésistes réanimateurs. « Ce secteur optionnel, explique le document de l'UNCAM, doit permettre une meilleure régulation de tarifs que le secteur 2 ». De plus on sait que la loi HPST oblige les acteurs conventionnels à conclure un accord sur ce principe avant le 15 octobre prochain faute de quoi le gouvernement pourrait prendre des mesures autoritaires. La nouvelle convention devra intégrer ce secteur optionnel, et favoriser son développement, expliquera à son conseil Frédéric Van RAAKeghem, « en accordant prioritairement des revalorisations tarifaires aux professionnels exerçant dans ce secteur et dans le secteur à honoraires opposables ».

Huit mille CAPI

• RÉNOVER LES MODES DE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS

En accord avec les propositions formulées par l'assurance-maladie, dans le rapport sur l'évolution, des charges et produits pour 2010, (voir le Quotidien du 16 juillet), le directeur de l'UNCAM devrait insister aujourd'hui sur la nécessité de diversifier les modes de rémunération des médecins. « Il apparaît notamment important de s'appuyer, dit le document présenté ce jeudi, sur la diffusion du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) », que 8 000 médecins auraient d'ores et déjà signé.

On sait que ce dispositif « récompense » les médecins adhérents qui respectent des objectifs de prévention et de prescription. Ainsi est née la rémunération des médecins au mérite, à la performance. Le but de l'assurance-maladie est d'intégrer demain ce fameux CAPI à la convention. « Ce nouveau mode de rémunération en cours de développement dans de nombreux pays, précise le projet de l'UNCAM, pourrait conduire à une rénovation du contrat conventionnel ».

La prochaine convention si l'on suit les conclusions du directeur de l'UNCAM, pourrait ainsi proposer trois niveaux de rémunération :

- un système de forfaits pour des tâches comme la permanence des soins, le suivi des maladies chroniques, le développement des outils informatiques ;
- le paiement à l'acte : « la structure et les tarifs pourraient être adaptés pour favoriser la pratique clinique et la mixité des rémunérations », commente l'UNCAM. Est à dire qu'une revalorisation des lettres clés pourrait être envisagée ? La conclusion serait hâtive et osée...
- un niveau de rémunération à la performance, ce « qui permettrait la généralisation et l'extension du CAPI ainsi que son intégration dans la convention médicale ».

D'autres points seront bien évidemment abordés au cours de la négociation conventionnelle qui va s'ouvrir en septembre, mais l'objectif affiché par le directeur de l'assurance maladie est précis : la convention, dira-t-il ce matin, devra privilégier les évolutions susceptibles d'accroître l'efficacité du

système de soins français, en veillant particulièrement à favoriser l'accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire.

› JACQUES DEGAIN

P . Arnod

2009-09-05

EDITO DE RENTREE DE LA CSMF

GAINS DE PRODUCTIVITÉ, SECTEUR OPTIONNEL

*Au moment où la France commence à sortir de la crise économique qui a fait des dégâts considérables sur le marché du travail, il est étonnant de voir le Ministre du Budget, Monsieur Woerth, parler régulièrement de gains de productivité en ce qui concerne les spécialités médico-techniques. Ceci est repris par l'UNCAM voulant poursuivre une politique de troc, prendre dans la poche des spécialités médico techniques pour revaloriser les spécialités cliniques. Pour nous, il est, bien sûr, indispensable de revaloriser les spécialités cliniques en rappelant que, pour l'ensemble des médecins libéraux, nos revenus sont dans la moyenne basse de celle des médecins européens. Il faut donc utiliser les 3% de croissance de l'ONDAM pour revaloriser les spécialités cliniques sans toucher à la valeur des actes des spécialités médico-techniques, voire de l'anesthésie, comme nous l'avons vu apparaître dans quelques documents.

*Il faut également rappeler aux stratèges de Bercy (peu efficaces vis-à-vis des banquiers et des restaurateurs) que le coût de la pratique, sur lequel est basée la CCAM technique actuelle, remonte à 1993 pour la quasi-totalité des spécialités techniques, médico-techniques et chirurgicales. L'érosion monétaire, importante dans les années 1990 heureusement plus modérées actuellement, a fait disparaître, forcément, ces gains de productivité.

Il est indispensable que, dans le cadre de la convention, la CCAM des actes techniques se déploie en totalité permettant ainsi de régler définitivement le coût de la pratique et d'annexer une évolution annuelle de celui-ci. Logiquement, la RCP fait également partie de ce coût de la pratique et devrait permettre ainsi de résoudre le problème assurantiel des spécialités à risque. Nous restons donc fermement disposés à continuer à faire des efforts de maîtrise médicalisée pour éviter tout ce qui est inutile et redondant, par contre, nous n'apporterons jamais notre appui au retour de la maîtrise comptable avec ses aléas. Lorsqu'il nous avait reçu, il y a deux ans, Monsieur Woerth se targuait d'être le Ministre des comptes et de la réduction des déficits, il faut donc que la même mansuétude s'applique aux professions médicales au service des patients et largement sous valorisées.

Pour nous, le secteur optionnel est la seule réponse favorable aux intérêts des patients et des médecins : il doit être bâti sur des critères de lisibilité et de qualité, être ouvert en priorité, comme le veut la loi, aux trois spécialités plus particulièrement concernées par la hauteur des dépassements d'honoraires (chirurgie, obstétrique, anesthésie) en sachant qu'il y a des variations importantes d'une spécialité à l'autre mais, également, en fonction des régions. C'est la totalité de l'activité de ces praticiens qui doit être prise en compte dans le périmètre du secteur optionnel et c'est un calendrier précis qui doit être élaboré en fonction du déploiement du secteur optionnel, non seulement pour les médecins du secteur 2 mais, également, pour les anciens chefs de clinique du secteur 1 et étape par étape, pour tous les praticiens libéraux qui le souhaitent ; à terme, ce secteur doit pouvoir redonner une cohérence à l'ensemble des médecins libéraux au niveau de leur tarification et de leurs revenus. En ce qui nous concerne, nous

n'accepterons, en aucun cas, une remise en cause du secteur 2 : ces modalités d'ouverture et d'application relèvent d'une décision politique, comme celle qu'avait prise la FMF en signant la convention en 1990 qui restreignait l'accès au secteur 2 aux anciens chefs de clinique. Nous ne suivrons pas ce mauvais exemple.

La négociation sur le secteur optionnel doit se terminer dans la sérénité, dans le respect des engagements des gouvernements passés mais, également, pour les médecins dans la compréhension des souhaits et des demandes de nos patients dans un contexte économique difficile, avec l'intérêt d'ouvrir les négociations conventionnelles, non seulement avec l'Assurance Maladie mais également avec les complémentaires qui financeront ce secteur optionnel et souhaiteront, en retour, transparence et démarche qualité.

Dr Jean-François REY - Président

2009-09-05

SML NEW's

**On attendait les premiers projets de décret d'application de la loi Hôpital, patients, santé et territoires, nous sommes servis !

**L'accent est mis d'emblée sur le contrôle des absences des médecins libéraux, avec tout le sérieux que l'on connaît des services administratifs qui les rédigent. La transformation du code de déontologie en obligation légale, et nous l'avions dénoncé lors des débats sur la Loi, ne peut aboutir qu'à des absurdités. C'est fait.

**La lecture des propositions faites pour : "contraindre" le médecin libéral à identifier le confrère qui assurera la continuité des soins, devrait nous faire sourire si la situation n'était pas aussi préoccupante pour l'exercice de la médecine libérale de proximité. Le Syndicat des Médecins Libéraux prévient qu'il n'a plus envie de rire et que ces propositions en l'état constituent une atteinte à ce qu'il reste de plus fondamental à l'exercice libéral : le droit de décider de son emploi du temps et de ses congés dans le respect du code de déontologie.

**Alors faut-il pleurer ?

Si on considère le décalage entre les enjeux de cette loi, censée refonder le système de santé et ce premier décret...

L'application de cette loi ne mériterait-elle pas d'autres priorités ? En pleurer, si on considère que cette disposition revient à suspecter les médecins d'irresponsabilité alors que le sens de la responsabilité est au cœur de la notion de l'exercice libéral.

**Le SML continue de penser que ce genre de mesure vexatoire et coercitive n'est pas de nature à rassurer nos confrères sur leur avenir.

SML

2010-02-10

COMPTE RENDU ASSEMBLEE GENERALE 2009

RAPPORT DE LA PRESIDENCE : Dr Charle Christine

Chers Amis,

C'est un rapport de « petit moral » que je vous fais aujourd'hui.

En effet, ce congrès qui devait fêter nos 50 ans, ce congrès de rêve dont on parlait depuis plusieurs années, que l'on a préparé pendant de longs mois, n'a pas eu lieu.

Je ne reviens pas sur les détails de cette affaire et du procès en cours puisque nous avons eu à ce sujet une réunion spéciale ce

matin. Cette préparation nous avait demandé beaucoup de travail, en particulier à Jean Claude Friedmann que je tiens à remercier ici tout particulièrement pour l'énorme travail qu'il a effectué pour ce congrès.

Hormis l'immense déception, c'est, je pense, un coup dur pour l'ensemble de notre fédération, une coupure dans son élan.

Nous avons eu à démontrer le sérieux avec lequel nous avons préparé ce congrès afin de conserver notre crédibilité.

Cette annulation ne nous a pas permis de tenir notre AG annuelle dans les conditions habituelles et statutaires. C'est pour cela que nous nous sommes retrouvés aujourd'hui dans ces locaux prestigieux et je tiens à remercier notre ami Philippe VITEL pour son soutien et son invitation.

Les finances de la Fédé ont également souffert de cette annulation car, traditionnellement, beaucoup de congressistes paient leur cotisation lors du congrès. De ce fait, l'année 2009 est marquée par une baisse sensible du nombre des cotisants. Je vous demande à tous de mobiliser nos adhérents habituels et les anciens afin de rétablir la situation.

Je pense que la Fédé a traversé d'autres tempêtes et qu'elle saura se redresser.

Avant d'annoncer, comme le veut la tradition (et nos statuts) la démission de l'ensemble du bureau, et de laisser la présidence, je tiens à remercier également D. Lourenço pour avoir trouvé un site permettant de faire des conférences téléphoniques gratuites pour la Fédé. Je remercie également très sincèrement P.

Arnodo pour son travail régulier sur l'entretien et la vie du site FNIAAIHRS.

Je n'oublie pas l'ensemble du bureau pour leur aide et leur collaboration et qui a accompli un énorme travail cette année, toujours avec ce même état d'esprit qui nous caractérise et fait notre force.

RAPPORT DU SECRETAIRE GENERAL :

En l'absence de P. Arnodo, D. Lourenço nous rappelle que le gros du travail a consisté en la mise à jour régulière du listing, à l'entretien régulier du site, en l'envoi des mailings papiers et informatiques et en l'organisation des diverses réunions.

Il remercie Patrick pour ce gros travail et conseille aux membres présents d'envoyer régulièrement des documents au secrétariat général afin d'alimenter le site.

RAPPORT DU TRESORIER :

Bilan financier 2008 :

Entrées : 8460€ dont :

Excédent du Congrès 2008 : 2102€

Cotisants (68) 4080€

Livret 2000€

Sorties : conférences téléphoniques : 608€

Frais de déplacements des membres du Bureau : 2353€

Courriers : 4154€

Solde :

Compte sur livret ; 415€

Compte- courant : 2800€

Actions : 14365€

Quitus au trésorier donné à l'unanimité.

ELECTIONS :

Le Bureau, comme chaque année est démissionnaire.

J. Rivoallan, plus ancien président présent prend la place de C. Charle et procède aux élections.

Après appel à candidature, un candidat à la présidence : Bernard HOUIS.

Cette candidature mise au vote : il est élu à l'unanimité.

Bernard constitue alors son Bureau :

Trésorier : Daniel Lourenço

Secrétaire général : Patrick Armodo

Vice-président aux Libéraux : Jacques Rivoallan

-Attaché à la vice-présidence : Alain Gourcuff

-Chargé de mission auprès des URPS : Paul Gourcuff

-Chargés des rapports avec les institutions : Philippe Vitel

Marie Hélène Van Den Broucke

Vice- président aux Hospitaliers : Jean Marie Farnos

Attachée à la vice-présidence : Christine Charle

Chargée du Congrès : Christine Charle

Chargé de mission sur 50^e congrès : Jean Claude Friedmann

Le Bureau, mis aux voix est élu à l'unanimité.

Le président Bernard Houis, prend alors la parole et nous présente les lignes directrices de son action et ses espoirs pour cette année 2009-2010.

Le président Bernard Houis, prend alors la parole et nous présente les lignes directrices de son action et ses espoirs pour cette année 2009-2010.

Notre fédération connaît des moments difficiles depuis l'annulation de notre 50^{ème} Congrès mais cette épreuve ne réussira pas à nous détruire.

Nous avons en effet une histoire et cinquante années de présence sur l'ensemble des hôpitaux du territoire, nous devons continuer ce devoir de mémoire vis-à-vis de nos anciens et croyez moi la Fédé est bien vivante

Elle est vivante et à l'orée de la régionalisation de la santé, elle a sa place dans le débat qui va s'instaurer avec les ARS. Comme toujours nous devons être au cœur du débat sur la politique de santé de notre pays en participant avec nos anciens au débat et travaux dans toutes les instances régionales.

Elle est vivante comme en témoignent la convivialité qui constitue notre identité et perdure tout au long de nos rendez-vous. Nos prochains congrès vous en apporteront la preuve.

Elle est vivante car elle doit respecter le travail effectué par nos anciens et continuer à être la seule organisation représentative des hospitaliers et des libéraux, des généralistes et des spécialistes

Elle est vivante et nous devons chacun dans nos régions rechercher et faire cotiser un maximum de nos membres.

Je suis fier d'appartenir à la Fédé et remercie le bureau et sa présidente Christine Charle de m'accorder leur confiance

**Ensuite, il fait procéder aux choix du prochain congrès :

>>Christine Charle qui a déjà travaillé le sujet nous présente un projet au Club- méd. d'Opio pour 435€ du jeudi 7 au dimanche 9 octobre ou du jeudi 30 septembre au dimanche 2 octobre 2010.

Après discussion, la date du 30 septembre au 2 octobre est retenue. Christine va recontacter le Club-méd., pour peaufiner ce projet.

> Fixation de la cotisation 2010 : Le bureau est pour le maintien de celle-ci à 70€

Accepté à l'unanimité.

Paris le 23 01 2010 - Fin AG 16h40

Dr Rivoallan

2010-02-11

COMPTE RENDU CONTENTIEUX SUR L'ESCROQUERIE GM - FNIAAIHRS

NULL

Tout d'abord, Christine CHARLE, notre Présidente, présente les excuses de Philippe VITEL absent pour raisons de santé, et tiens à le remercier vivement de nous avoir permis de nous réunir dans ces locaux illustres de l'Assemblée Nationale.

Nous passons ensuite au sujet du jour, à savoir le point sur notre 50° Congrès annulé et sur la procédure en cours contre l'agence GM-Events.

Après nous avoir donné la liste des congressistes, Jean Claude FRIEDMANN, l'organisateur du Congrès nous retrace l'historique de celui-ci :

La décision du Congrès en Polynésie, pour le cinquantième, date d'une dizaine d'années.

Début 2008, il fait un appel d'offre et obtient 4 propositions :

Kuoni, Envol Voyages (Agnès), GM-Events, Pauli-voyages.

Rapidement deux propositions sont éliminées et restent Envol Voyages et GM-Events.

Ensuite, le choix du Bureau s'est fait au niveau des coûts, GM-Events étant le moins cher (de 300€), avec un prix garanti pour 60 participants, et un planning structuré. De plus, Philippe VITEL ayant eu l'occasion de faire des voyages parlementaires avec cette agence nous avons confirmé son professionnalisme.

En fait, nous nous sommes aperçu par la suite que c'était Tahiti Tour (réceptif à Tahiti) qui avait fait le projet pour 3 des 4 agences..

La Fédé a un fond de roulement qui lui permet de faire un 1° acompte pour chaque congrès.

En novembre 2008, il n'y avait que 6 couples du bureau inscrits+ 3 autres. Pour faire face au 1° acompte, en sus du versement fédé, les membres du bureau ont réglé immédiatement 30% de leur Congrès+extensions.

Puis sont apparues des choses bizarres : double débits de cartes de crédit, avec difficulté d'obtenir remboursement, demande de règlement du solde avion prématuré, en mai 2009.

Par contre le voyage exploration que fait JC Friedmann se passe très bien, avec un contact Tahiti Tour très professionnel, positif pour l'organisation du congrès sur place.

Un document à entête d'Air France (qui s'avèrera, par la suite, être un faux) nous confirme la réservation des places d'avion et les N° de billets.

Les problèmes commencent quand la chaine Hilton, qui n'a pas reçu d'acompte, annule la réservation des chambres (début octobre).

On pouvait encore, à ce moment là, aller sur l'Intercontinental, mais c'est alors que Sébastien GUIDEZ nous révèle le problème des places avion : annulation des billets d'avion de la part d'Air France, en raison d'un problème de quota groupe. Ce qui s'avèrera aussi faux, GM-Events n'ayant jamais payé nos billets.

Il restait une possibilité sur Air Tahiti Nui mais qui s'est également annulée, l'agence n'ayant versé aucun acompte.

Enfin, le 26 octobre un recommandé de GM-Events nous annonçait l'annulation définitive du Congrès.

Pour ce qui est des remboursements bancaires, la carte American Express a effectué le remboursement du dernier versement (datant de moins de 65 jours), les autres cartes (Visa, master card..) ne disent rembourser que si il y a plainte déposée.

Deux couples ont pu se faire rembourser directement par leur banque, à titre commercial, car ils étaient bien connus de celle-ci.

Procédure en cours :

La plupart des congressistes ont confié leurs intérêts à Maître BUFFETAUD, avocat d'affaire de Lille, le couple GUILBAUD ayant confié leur défense à Maître CASANOVA.

Ils ont conjointement engagé une procédure civile au Tribunal de Commerce.

A noter que les GUIBAUD ont déposé plainte contre X et que celle-ci a été classée sans suite par le Procureur.

Procédure en cours :

La plupart des congressistes ont confié leurs intérêts à Maître BUFFETAUD, avocat d'affaire de Lille, le couple GUILBAUD ayant confié leur défense à Maître CASANOVA.

Ils ont conjointement engagé une procédure civile au Tribunal de Commerce.

A noter que les GUIBAUD ont déposé plainte contre X et que celle-ci a été classée sans suite par le Procureur.

La FNIAAIHRS a pris à sa charge les frais de cette procédure : honoraires d'avocat – frais d'huissier – frais de greffe , pour un montant de 3370€

La compagnie Air France, quand à elle, qui a été mise en cause dans cette affaire attend que la procédure commerciale soit terminée pour aller au pénal, conjointement avec nous, car le pénal est suspensif de la procédure civile.

L'affaire a été plaidée le 20 Janvier, en audience à bref délai, et mise en délibéré au 17 février.

Maîtres Buffetaud et Casanova ont reçu un appel de l'avocat de S. Guidez la veille de la procédure pour reporter : Ils ont refusé.

La plaidoirie a eu lieu en l'absence de S. Guidez et de son avocat (celui-ci n'aurait pas réceptionné de dossier cohérent de S. Guidez et, peut-être n'aurait pas été payé).

Suite à la procédure du Tribunal de Commerce, le 17 février la décision sera transmise à S. Guidez et il aura 1 mois pour faire appel, mais nos avocats ont demandé une exécution provisoire qu'ils ont toute chance d'obtenir.

Le problème, c'est que l'on aura raison, mais que cela ne garantit pas le recouvrement. GM-Events existe toujours, avec GM Evasion, GM Voyages..., mais ils ne sont pas co-responsables, et GM-Events n'est sans doute pas solvable.

S'il n'est pas solvable, il n'est pas sur que l'APS se substitue car au départ, il y a escroquerie, au moment des faits. L'APS nous a dit que ce n'était pas la 1^o fois que S. Guidez était dans cette situation, et que, jusqu'à présent, ça s'était toujours réglé. Mais en ce cas, à voir.

Ce problème est crucial, mais Maître BUFFETAUD reste très sceptique sur l'intervention d'APS.

En effet, l'APS ne se substitue qu'en cas de défaillance du voyageur, et a pour but de défendre les usagers, mais aussi les voyageurs. Or, là, il n'y a pas de défaillance, mais escroquerie.

L'étape suivante est la plainte au Pénal :

Les sommes engagées, par contre, sont plus importantes et la Fédé ne pourra plus suivre. C'est là tout l'intérêt de nos protections juridiques professionnelles ou personnelles, qui dans ce cas fonctionnent.

Il nous est nécessaire de trouver un groupe de personnes qui attaquent conjointement au Pénal, et l'avocat adaptera ses notes d'honoraires à la prise en charge de nos assistances juridiques.

Cette plainte pénale sera à l'encontre non pas de GM-Events, mais de Sébastien GUIDEZ, de sa femme et de sa secrétaire qui a participé au problème et est donc complice.

La compagnie Air France, mise en cause, portera plainte au Pénal conjointement avec nous.

Question : Le Pénal est-il suspensif du recouvrement? D'après Maître BUFFETAUD, normalement non, et ce, d'autant qu'il y aura un délai entre les deux procédures.

Enfin, à titre d'information, il est possible de déduire fiscalement ce Congrès, puisqu'il a été organisé et payé, mais, en cas de remboursement, il faudra réintégrer.

En conclusion, et en tout état de cause, il est impératif d'attendre la condamnation du Tribunal de Commerce avant d'engager toute autre action.

Dr Friedmann

2010-02-11

ASSEMBLEE GENERALE

RAPPORT DE LA PRESIDENCE : Dr Charle Christine

Chers Amis,

C'est un rapport de « petit moral » que je vous fais aujourd'hui.

En effet, ce congrès qui devait fêter nos 50 ans, ce congrès de rêve dont on parlait depuis plusieurs années, que l'on a préparé pendant de longs mois, n'a pas eu lieu.

Je ne reviens pas sur les détails de cette affaire et du procès en cours puisque nous avons eu à ce sujet une réunion spéciale ce

matin. Cette préparation nous avait demandé beaucoup de travail, en particulier à Jean Claude Friedmann que je tiens à remercier ici tout particulièrement pour l'énorme travail qu'il a effectué pour ce congrès.

Hormis l'immense déception, c'est, je pense, un coup dur pour l'ensemble de notre fédération, une coupure dans son élan.

Nous avons eu à démontrer le sérieux avec lequel nous avons préparé ce congrès afin de conserver notre crédibilité.

Cette annulation ne nous a pas permis de tenir notre AG annuelle dans les conditions habituelles et statutaires. C'est pour cela que nous nous sommes retrouvés aujourd'hui dans ces locaux prestigieux et je tiens à remercier notre ami Philippe VITEL pour son soutien et son invitation.

Les finances de la Fédé ont également souffert de cette annulation car, traditionnellement, beaucoup de congressistes paient leur cotisation lors du congrès. De ce fait, l'année 2009 est marquée par une baisse sensible du nombre des cotisants. Je vous demande à tous de mobiliser nos adhérents habituels et les anciens afin de rétablir la situation.

Je pense que la Fédé a traversé d'autres tempêtes et qu'elle saura se redresser.

Avant d'annoncer, comme le veut la tradition (et nos statuts) la démission de l'ensemble du bureau, et de laisser la présidence, je tiens à remercier également D. Lourenço pour avoir trouvé un site permettant de faire des conférences téléphoniques gratuites pour la Fédé. Je remercie également très sincèrement P.

Arnodo pour son travail régulier sur l'entretien et la vie du site FNIAAIHRS.

Je n'oublie pas l'ensemble du bureau pour leur aide et leur collaboration et qui a accompli un énorme travail cette année, toujours avec ce même état d'esprit qui nous caractérise et fait notre force.

RAPPORT DU SECRETAIRE GENERAL :

En l'absence de P. Arnodo, D. Lourenço nous rappelle que le gros du travail a consisté en la mise à jour régulière du listing, à l'entretien régulier du site, en l'envoi des mailings papiers et informatiques et en l'organisation des diverses réunions.

Il remercie Patrick pour ce gros travail et conseille aux membres présents d'envoyer régulièrement des documents au secrétariat général afin d'alimenter le site.

RAPPORT DU TRESORIER :

Bilan financier 2008 :

Entrées : 8460€ dont :

Excédent du Congrès 2008 : 2102€

Cotisants (68) 4080€

Livret 2000€

Sorties : conférences téléphoniques : 608€

Frais de déplacements des membres du Bureau : 2353€

Courriers : 4154€

Solde :

Compte sur livret ; 415€

Compte- courant : 2800€

Actions : 14365€

Quitus au trésorier donné à l'unanimité.

ELECTIONS :

Le Bureau, comme chaque année est démissionnaire.

J. Rivoallan, plus ancien président présent prend la place de C. Charle et procède aux élections.

Après appel à candidature, un candidat à la présidence : Bernard HOUIS.

Cette candidature mise au vote : il est élu à l'unanimité.

Bernard constitue alors son Bureau :

Trésorier : Daniel Lourenço

Secrétaire général : Patrick Armodo

Vice-président aux Libéraux : Jacques Rivoallan

-Attaché à la vice-présidence : Alain Gourcuff

-Chargé de mission auprès des URPS : Paul Gourcuff

-Chargés des rapports avec les institutions : Philippe Vitel

Marie Hélène Van Den Broucke

Vice- président aux Hospitaliers : Jean Marie Farnos

Attachée à la vice-présidence : Christine Charle

Chargée du Congrès : Christine Charle

Chargé de mission sur 50^e congrès : Jean Claude Friedmann

Le Bureau, mis aux voix est élu à l'unanimité.

Le président Bernard Houis, prend alors la parole et nous présente les lignes directrices de son action et ses espoirs pour cette année 2009-2010.

Le président Bernard Houis, prend alors la parole et nous présente les lignes directrices de son action et ses espoirs pour cette année 2009-2010.

Notre fédération connaît des moments difficiles depuis l'annulation de notre 50^{ème} Congrès mais cette épreuve ne réussira pas à nous détruire.

Nous avons en effet une histoire et cinquante années de présence sur l'ensemble des hôpitaux du territoire, nous devons continuer ce devoir de mémoire vis-à-vis de nos anciens et croyez moi la Fédé est bien vivante

Elle est vivante et à l'orée de la régionalisation de la santé, elle a sa place dans le débat qui va s'instaurer avec les ARS. Comme toujours nous devons être au cœur du débat sur la politique de santé de notre pays en participant avec nos anciens au débat et travaux dans toutes les instances régionales.

Elle est vivante comme en témoignent la convivialité qui constitue notre identité et perdure tout au long de nos rendez-vous. Nos prochains congrès vous en apporteront la preuve.

Elle est vivante car elle doit respecter le travail effectué par nos anciens et continuer à être la seule organisation représentative des hospitaliers et des libéraux, des généralistes et des spécialistes

Elle est vivante et nous devons chacun dans nos régions rechercher et faire cotiser un maximum de nos membres.

Je suis fier d'appartenir à la Fédé et remercie le bureau et sa présidente Christine Charle de m'accorder leur confiance

**Ensuite, il fait procéder aux choix du prochain congrès :

>>Christine Charle qui a déjà travaillé le sujet nous présente un projet au Club- méd. d'Opio pour 435€ du jeudi 7 au dimanche 9 octobre ou du jeudi 30 septembre au dimanche 2 octobre 2010.

Après discussion, la date du 30 septembre au 2 octobre est retenue. Christine va recontacter le Club-méd., pour peaufiner ce projet.

> Fixation de la cotisation 2010 : Le bureau est pour le maintien de celle-ci à 70€

Accepté à l'unanimité.

Paris le 23 01 2010 - Fin AG 16h40

2009-10-20

SECTEUR OPTIONNEL – SML

Le secteur optionnel sera-t-il la première étape d'une rénovation conventionnel

Ce 15 octobre marquera probablement l'histoire conventionnelle, par la signature d'un protocole d'accord sur la création d'un nouveau secteur d'exercice, pour la première fois depuis 1980, date de création du secteur 2. Mais au-delà, la journée de négociations aura

montré que pour être représentatif, un syndicat doit aussi faire preuve de responsabilité. Les péripéties de cette négociation, qui intéressait au premier lieu les chirurgiens, anesthésistes et gynécologues-obstétriciens, ont dévoilé l'irresponsabilité de certains, pourtant officiellement représentatifs des médecins spécialistes, puisque malgré des avancées de la part de l'Uncam et à un moindre degré de l'Unocam, à la dernière minute, après 13 h heures de négociations sans interruptions, ils n'ont plus eu la force ou le courage de signer, laissant « dubitatifs » les autres participants de la négociation. Tous les syndicats médicaux représentatifs (CSMF, SML, MG France, FMF et Alliance), l'Uncam et l'Unocam ont longuement négocié, avant d'aboutir après une longue journée à un protocole d'accord sur la création d'un secteur optionnel pour les spécialités de plateaux techniques lourds (chirurgiens, anesthésistes et gynécologues-obstétriciens) dans la droite ligne de l'accord signé en ... 2004 !

L'Uncam, l'Unocam, la CSMF, et le SML ont signé ce protocole. MG France et la FMF réservent encore à ce jour leur signature à la réunion de leurs instances. Le secteur optionnel est principalement ouvert aux chirurgiens, anesthésistes et gynécologues-obstétriciens déjà installés en secteur 2 et à ceux en secteur 1 bénéficiant d'un droit à dépassement. Il est aussi ouvert aux médecins titrés, de ces spécialités, installés en secteur 1.

Les médecins qui adhèrent au secteur optionnel s'engagent à : « réaliser 30 % ou plus de ses actes au tarif opposable » et « à ne facturer pour les autres actes que des compléments d'honoraires inférieurs ou égaux à 50 % de la base du remboursement de l'acte ».

A la demande notamment du SML, l'assurance maladie a accepté de prendre en charge, comme pour le secteur 1, les cotisations sociales dues par le praticien sur l'ensemble de son activité (n'excluant de ce calcul que le montant des compléments d'honoraires), ce qui représente un gain de 5 à 6 % des revenus de ces médecins.

Une part importante des négociations s'est aussi jouée autour des engagements de l'Unocam. En effet la rédaction finale du protocole indique que l'Unocam et ses membres ne « s'engagent qu'à inciter les organismes complémentaires à prendre en charge ce nouveau secteur » et à ne « s'assurer dans leurs offres que de la prise en charge préférentielle des compléments d'honoraires maîtrisés ».

Nous resterons très vigilants sur cet engagement.

Si l'entrée des médecins dans le secteur optionnel « est réversible », les caisses d'assurance maladie peuvent également « mettre fin à l'adhésion du professionnel en cas de non-respect des engagements tarifaires ou des engagements de transparence et de qualité ».

Le protocole précise également, à la demande expresse du SML, que l'actualisation de la classification des actes techniques doit impérativement accompagner la création du secteur optionnel. Le protocole renvoie également à un « certain nombre de dispositions que l'État doit définir », en particulier sa traduction conventionnelle.

Chaque année, un bilan annuel tripartite du secteur optionnel sera réalisé et un état des lieux global sera réalisé à l'issue des trois ans. La pérennisation et l'extension du secteur optionnel « ne pourront être envisagés que si ce bilan établit le succès du dispositif ».

Telles sont les grandes lignes du protocole d'accord signé et dont vous pouvez prendre totalement connaissance en pièce jointe.

Il s'agit ensuite de « traduire » celui-ci en avenant conventionnel. Donc il apparaît indispensable que les négociations conventionnelles voulues par le SML démarrent effectivement. Elles permettront sûrement de préciser certains aspects du protocole.

Bonne lecture et nous vous invitons si vous le souhaitez à vous exprimer dans les « salons du SML ».

Le SML considère qu'il ne s'agit là que d'une étape, certes décisive, mais son action va se poursuivre activement pour que la création de ce secteur optionnel soit une vraie réponse aux préoccupations de l'ensemble des spécialistes, y compris les généralistes.

2009-10-20

SECT. OPTIONNEL -UCCSF

Comment, dans un même texte, persuader la Mutualité que les compléments d'honoraires vont diminuer et assurer à tous les médecins qu'ils vont pouvoir en bénéficier ?

Ce *numéro d'illusionniste* a été réalisé hier par les syndicats représentatifs signataires de la convention, l'UNOCAM et l'UNCAM, sachant que les objectifs des négociateurs du secteur optionnels sont diamétralement opposés.

L'UNOCAM est loin de faire l'unanimité au sein des caisses complémentaires. Son président entendait s'illustrer *en attirant dans un piège les praticiens de secteur 2 et en enfermant les praticiens de secteur 1 à perpétuité dans leur secteur.*

C'est le sort des anciens CES (certificat d'études spéciales, qui représentent environ 50% des obstétriciens et 80% des Anesthésistes) qui ont en leur temps fait confiance au secteur 1 au lieu d'opter pour le secteur 2. Ils sont aujourd'hui plus mal lotis que les médecins à diplômes étrangers, qui par leur exercice obligatoire de 5 ans dans les hôpitaux, auront droit au secteur optionnel. Ces aberrations auraient du conduire à une certaine retenue des syndicats polycatégoriels. Mais ce ne fut pas le cas.

*A travers ce texte, les syndicats signataires de la convention tenaient à procurer l'illusion d'un progrès de telle sorte que les parlementaires ne se saisissent pas de la question du secteur 2.

*La loi HPST prévoyait en effet que passée la date du 15 octobre, les parlementaires pouvaient légiférer en force sur cette question si les négociations avaient échoué.

Pour faire bonne mesure, ces syndicats ont brandi pour toutes les spécialités la promesse de diluer les avantages hypothétiques du secteur optionnel plutôt que d'organiser efficacement la redistribution des avantages biens réels des spécialités qui pratiquent les actes médicaux d'exploration.

Le directeur de l'UNCAM rappelle fréquemment en effet qu'un radiologue secteur 1 gagne en moyenne 200 000€ ; tandis qu'un chirurgien secteur 2, compléments d'honoraires compris, n'atteint que 150 000€ ; par an.

Dans la recherche d'une solidarité de bloc, utile au bon fonctionnement et à la sécurité des patients, les chirurgiens, les obstétriciens et les anesthésistes qui subissent une érosion de leur tarifs opposables comprennent que ce n'est ni ici ni maintenant qu'on prendra en compte leur proposition d'une régularisation des compléments d'honoraires par un plancher compensant le retard tarifaire en contrepartie d'un plafond qui élimine les possibilités d'abus.

*Ce ne sera de toute façon pas le cas tant que les représentants choisis par la profession ne seront pas les interlocuteurs désignés par les pouvoirs publics pour négocier;

Cela sera possible après les élections aux URPS.

Heureusement, madame la ministre de la Santé a émis le souhait que les élections préparatoires à la prochaine enquête de représentativité se tiennent dans les prochains mois.

Il sera alors temps de sortir de ce jeu de rôles auquel nous avons assisté hier.

j MARTY

2009-10-20

SECT. OPTIONNEL- CSMF

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. se félicite de la signature du protocole d'accord concernant la mise en place du secteur optionnel qui reprend, globalement, les propositions que nous avons portées au cours de ces dernières années.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. constate que ce protocole répond à la demande faite par le Président de la République et à la loi votée par les députés permettant une meilleure accessibilité des soins pour les patients. Les médecins qui vont s'engager dans ce secteur optionnel offriront aux patients un nouveau contrat social avec une absence totale de reste à charge.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. rappelle que ce secteur optionnel est une expérimentation pour les spécialités exerçant sur des plateaux techniques lourds, nous ne doutons pas que, grâce à l'engagement volontaire de nombreux médecins du secteur 2 dans ce secteur optionnel en complément de ceux déjà ayant opté pour l'option coordination, la réussite conduira l'Assurance Maladie et les assurances complémentaires, avec l'appui des syndicats médicaux, à ouvrir dans le futur ce secteur optionnel à l'ensemble des médecins libéraux.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. rappelle également que la mise en place de ce secteur optionnel doit s'inscrire dans la négociation globale de la nouvelle convention prenant en compte les demandes de tous les médecins spécialistes, en particulier ceux exerçant des spécialités cliniques.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. dénonce que, parallèlement aux efforts de maîtrise médicalisée faits par les médecins libéraux et la mise en place de ce secteur optionnel, le PLFSS veut infliger des pénalités comptables aux médecins radiologues et biologistes, alors que les dépenses de santé de la médecine ambulatoire ont respecté leurs objectifs.

2009-10-30

DANS LA PRESSE EN OCT 2009

** La stratégie de l'AP-HP – Dans un entretien, Benoît Leclerc, directeur général de l'AP-HP, explique comment il va utiliser les outils de la loi HPST pour relancer l'activité des douze groupes hospitaliers du CHU, notamment en chirurgie. Il ne s'agit pas tant de faire appel aux nouveaux contrats mieux rémunérés que

de fixer des objectifs aux nouvelles recrues. Le Quotidien du médecin, Delphine Chardon  

**Convergence tarifaire – Si le PLFSS 2010 confirme que la convergence tarifaire entre public et privé a été reportée en 2018, il prévoit néanmoins une expérimentation de cette convergence sur une dizaine de tarifs, et notamment en chirurgie ambulatoire, dès 2010. La FHF a aussitôt dénoncé « un pas dans la mauvaise direction » en rappelant qu'on ne pouvait pas évaluer les écarts de coût pour un même acte en clinique et à l'hôpital. Le Quotidien du médecin, Delphine Chardon  

**CESP – Les modalités d'application du Contrat d'engagement de service public (CESP) prévu par la loi HPST sont actuellement en discussion au ministère. Ce contrat permettrait aux étudiants de 2ème année, volontaires, de bénéficier d'une allocation pendant leurs études contre leur engagement à exercer dans une zone sous-dense.  Le Quotidien du médecin, Christophe Gattuso  

**Assurances complémentaires – Les Rencontres parlementaires sur les assurances complémentaires santé ont été l'occasion, hier pour les assureurs, les mutuelles et les pouvoirs publics de débattre sur le rôle des assurances dans la prise en charge des dépenses de soins.  La Tribune, S. SO.  

 * Expertise judiciaire – Les experts médicaux sont dans la ligne de mire du médiateur de la République qui doit proposer d'ici la fin du mois d'octobre une proposition de réforme aux ministres de la Justice et de la Santé. Un meilleur contrôle, un diplôme national, une harmonisation des honoraires font parties des pistes afin de limiter les conflits d'intérêts, la partialité, ou encore le cumul des fonctions. Le Figaro, Delphine Chayet  

 * Dépassements d'honoraires – Interview de Jean-Loup Durousset, président de la fédération de l'hospitalisation privée (FHP) qui s'inquiète des dérapages du secteur II et en appelle à la responsabilité des médecins libéraux pour faire la transparence sur leurs tarifs. Le Quotidien du médecin, Delphine Chardon 

  * Finances publiques – Eric Woerth a présenté hier le budget 2010 de la Sécurité sociale. Le régime général sera dans le rouge à hauteur de 23,5 milliards d'euros cette année et de 30,6 l'année prochaine. Ces chiffres s'expliquent par l'effondrement des cotisations lié à la crise. D'autre part malgré les 2,2 milliards d'économies pour l'Assurance-maladie, le gouvernement ne prévoit pas de réformes structurelles dans l'immédiat mais les reporte à l'après crise. Les Echos, Vincent Collen

 * Dossier sur les ARS – Le Généraliste a enquêté auprès des URML (Union Régionale des Médecins Libéraux), des syndicats et des élus de différentes régions pour connaître leur sentiment face à la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS), dont les directeurs viennent d'être nommés. Le Généraliste, Sandra Serrepy 

 * Réforme des DES – La réforme de la maquette pédagogique des spécialités chirurgicales est sur le point d'aboutir, avec pour conséquence la disparition de la chirurgie générale et son remplacement

par dix à douze disciplines chirurgicales différentes.  Le Quotidien du médecin, Christophe Gattuso  

2009-10-27

PLFSS - CSMF

LE GOUVERNEMENT CHOISI DE TAPER SUR DES DEPENSES POURTANT DEJA DANS LES CLOUS

Hier, lors de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, le Gouvernement a présenté les orientations du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2010 (PLFSS). Alors que l'ONDAM 2009 sera respecté pour la première fois depuis 15 ans, le déficit de l'Assurance maladie n'en finit pas de plonger et atteindra cette année 11 milliards d'Euros et 17 milliards d'Euros l'an prochain, puisque les recettes attendues ne sont pas au rendez-vous en raison de la crise. Comme le gouvernement se refuse à tout prélèvement nouveau, il a décidé de mettre la pression sur les dépenses avec un nouveau plan d'économies qui frappe essentiellement les soins de ville à hauteur de 2,2 milliards d'euros.

Des efforts sont également demandés aux patients, avec tout d'abord le relèvement du forfait hospitalier à 18 euros. Une baisse des taux de remboursement est programmée de 35% à 15% pour une centaine de médicaments à service médical faible, ce qui pourrait faire économiser 145 millions d'euros. Le gouvernement souhaite obtenir des baisses de prix de médicaments et accentuer les contrôles sur les arrêts maladie (contre-visite de l'employeur) et les transports sanitaires. Le mécanisme des ALD serait révisé de façon à faire sortir les patients plus vite du dispositif en cas de guérison.

Les professionnels de santé sont touchés de plein fouet avec une baisse des tarifs la radiologie et la biologie pour 240 millions d'euros, et les laboratoires pharmaceutiques, avec des baisses de prix à hauteur de 460 millions d'euros.

Un effort supplémentaire de maîtrise médicalisée pour 595 millions d'euros est demandé aux médecins, contre 500 millions en 2009.

Enfin, le gouvernement entend encadrer la pratique médicale via le développement des référentiels médicaux et la mise sous entente préalable des prescripteurs.

PLFSS 2010 : LA CSMF DENONCE DES MESURES INACCEPTABLES CONCERNANT LES MEDECINS LIBERAUX

Alors que les dépenses de soins de ville sont enfin stabilisées, le Gouvernement frappe à nouveau les médecins libéraux ! La CSMF a réagi à l'annonce des axes du PLFSS 2010 qui sonnent comme des mesures de maîtrise comptables, inacceptables alors que les objectifs de dépenses ont été, c'est historique, respectés et les médecins félicités pour cela par le gouvernement !

Pour la CSMF, les baisses de tarifs imposées à la biologie et à la radiologie libérale sont arbitraires, dignes de la lutte des classes, et inacceptables. Elles vont à l'encontre de la qualité des soins et des politiques de santé publique, notamment en faveur du dépistage du cancer.

Par ailleurs, la CSMF observe que le niveau du sous-ONDAM de ville, en réduction par rapport à 2009, n'offrira pas, une fois encore, les moyens de revaloriser la médecine générale et les spécialités cliniques pourtant en difficulté.

Au total, avec ce PLFSS 2010, le Gouvernement décide de ne pas tenir ses engagements, mais au contraire de resserrer l'étau sur les médecins libéraux au risque de déstabiliser le maillage des soins de proximité.

Pour autant, ces mesures dévastatrices, ne permettront pas, loin s'en faut, de résoudre le problème du déficit de la Sécu qui atteindra l'an prochain un niveau record. Pour la CSMF, il est désormais urgent de réformer le financement de l'assurance-maladie.

PLFS 2010 : LA FNMR DENONCE LA POLITIQUE DE LA RESTRICTION DE L'OFFRE

Pour la troisième année consécutive, le Gouvernement a décidé de frapper la radiologie libérale avec un nouveau plan d'économie. Les baisses de tarifs annoncées, qui s'ajoutent à d'autres mesures récentes (100 millions d'euros en 2008 et 140 millions en 2009) tout aussi arbitraires signent la volonté politique du Gouvernement de restreindre l'offre en imagerie libérale.

Les cabinets de radiologie de proximité vivent une situation sans précédent, en raison des contraintes économiques qui ont été imposées brutalement en 2009 et commencent à fermer leurs portes. A terme, un cabinet sur deux est ainsi menacé de disparition. Un nouveau train de mesures pour 2010 se traduira par plus de fermetures de cabinets de proximité.

Au moment où le Gouvernement lance la campagne « octobre rose » pour inciter les femmes au dépistage du cancer du sein en allant chez leur médecin radiologue, il agit en totale contradiction avec l'objectif affiché, en créant les conditions de la destruction du tissu des cabinets de radiologie de proximité, et va ainsi priver ces femmes des moyens de leur dépistage.

La FNMR dénonce la politique du rationnement des soins par la restriction de l'offre, comme la pire des politiques, car elle se fait au détriment des patients

2009-11-26

DANS LA PRESSE EN NOVEMBRE

Réseaux de soins – La mission régionale de santé (PRS) de la région PACA a organisé un Forum des réseaux de soins, destiné à faire le point sur le fonctionnement et les missions des réseaux de santé et d'échanger sur ce mode de prise en charge qui tarde à se développer. ;Le Quotidien du médecin, Hélène Foxonet

Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) – Neuf MSP ont été évaluées en Bourgogne Franche-Comté par l'IRDES, à la demande de la CPAM. Le Quotidien dresse les grandes lignes des résultats obtenus, tant pour la gamme des soins que la qualité du suivi. Le Quotidien du médecin, Henri de Saint Roman

Débat éthique – Le débat sur l'euthanasie est relancé par Manuel Valls qui défend avec le PS, aujourd'hui à l'Assemblée, une proposition de loi sur « le droit de finir sa vie dans la dignité » incluant « l'aide active à mourir » ;Le Monde, Laetitia Clavreul

Hôpital – Invité du 15ème Forum Economie et Santé organisé par Les Echos et Le Quotidien du médecin, Eric Woerth a fait part de sa volonté de lancer 150 contrats de performance avec les hôpitaux d'ici 2010. ;Les Echos, Etienne Lefebvre

 Cliniques – Selon les fédérations patronales de l'hospitalisation privée, qui ont publié hier les résultats de l'observatoire économique et financier des cliniques, 42% des établissements de l'échantillon (114 établissements) sont en déficit contre près d'un tiers auparavant. En cause, les tarifs insuffisants fixés par le Ministère de la Santé. Imposée par le Sénat pour 2014, la convergence tarifaire n'interviendra en fait qu'en 2018, la commission paritaire mixte ayant rétabli l'échéance hier soir. Les Echos, Etienne Lefebvre

Réforme des études de médecine – Le texte créant la L1 Santé, la première année commune aux études de santé qui remplacera le PCEM1 et la première année de pharmacie, vient d'être publié au JO du 17 novembre. Le Quotidien présente ce que va changer cette réforme. Le Quotidien du médecin, Christophe Gattuso

APHP – La suppression de 1150 postes à l'APHP pour 2010 inquiète la communauté médicale. Pierre Coriat a menacé de démissionner de la présidence de la CME et le Pr Albert Bensman vient de démissionner de ses fonctions administratives à l'hôpital Trousseau. ;La Croix, Pierre Bienvault

AP-HP – Les restructurations menées à l'AP-HP pour réduire les coûts devraient conduire à une baisse des effectifs, de 700 postes en 2009, elle serait de 1150 postes en 2010. Le professeur Pierre Coriat, président de la CME, a menacé de démissionner. Roselyne Bachelot, interpellée au Sénat sur cette question, renvoie à la discussion budgétaire de l'AP-HP qui ne sera discutée qu'en 2010. ;Le Monde, Laetitia Clavreul

 Budget 2010 de l'AP-HP – L'effort budgétaire de l'AP-HP est tel qu'il devrait entraîner la suppression de 1150 postes de soignants dont 150 médecins. Exemple de la rationalisation des soins suite aux diminutions budgétaires à l'hôpital Ambroise Paré de Boulogne où la fermeture du service de réanimation a déjà induit la mort de 2 personnes. ;Le Canard Enchaîné, Brigitte Rossigneux ; 

Indicateurs de qualité – Lutte contre les infections nosocomiales, lutte contre la douleur... Les établissements de santé français doivent répondre de 16 indicateurs de qualité. Jusque là non accessible au grand public, la loi HPST autorisera leur publication annuelle, les patients pourront ainsi choisir leur hôpital ou clinique en connaissance de cause. Mais attention aux effets pervers que ces indicateurs

pourraient provoquer comme c'est le cas déjà aux Etats-Unis. ;Le Quotidien du Médecin, Delphine Chardon

•Gynécologues obstétriciens/Responsabilité civile médicale - Réunie hier pour arrêter une version définitive du PLFSS, la commission mixte paritaire a décidé d'étendre la couverture de risques à l'ensemble des médecins et non plus seulement aux gynécologues. Le Syngof réclamait l'intervention de l'Oniam en cas de dépassement des plafonds de garanties avec la garantie par la suite que cet organisme ne se retournerait pas contre eux « sauf faute pénale intentionnelle du médecin ». Les obstétriciens n'ont donc pas obtenu gain de cause. •Les Echos, Laurent Thevenin

Assurance des gynécologues obstétriciens – Malgré l'amendement adopté par le Sénat et la promesse d'un décret qui relèvera le montant des garanties, les gynécologues obstétriciens poursuivent leur grève car, pour eux, les parlementaires n'ont pas trouvé de solution pérenne aux problèmes de leur assurance. Tribune de Pierre-Angel Gay ;La Tribune

Assurance des obstétriciens – Le gouvernement impose ses conditions. En effet, dans le cadre du vote définitif du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), il n'a pas cédé au souhait le plus fort des gynécologues à savoir : rendre systématique l'intervention de la solidarité nationale lorsque les indemnités versées en cas d'accident de naissance dépassent les plafonds d'assurance et l'inscrire dans la loi. Le gouvernement ne compte pas non plus revenir sur l'avancée accordée aux gynécologues sur la question de la couverture par l'ONIAM au-delà du délai de validité de leur assurance ;Les Echos, Géraldine Vial et Laurent Thévenin

Coût de la santé – Selon un Livre blanc sur l'avenir de la Sécu, les dépenses des ménages, hors cotisations sociales à l'Assurance maladie, ont augmenté de 40% à 50% en moyenne entre 2001 et 2009. ;Le Monde, Laetitia Clavreul et Catherine Rollot

2009-12-17

SYMHOP Jeudi 17 décembre 2009

1 – Négociations conventionnelles : inutiles !...

Les négociateurs le présentaient, et la Ministre a sifflé la fin de la partie : elle a décidé la mise en place d'un règlement arbitral. Les négociations conventionnelles deviennent donc inutiles. De plus, le Directeur

de la CNAM n'a envisagé des revalorisations tarifaires (C à 23 €) que pour 2011...;Et le secteur optionnel, pré-accord difficilement signé entre les trois parties Caisse – Assurances Complémentaires et Médecins, sera à revoir dans le cadre d'une négociation conventionnelle globale...;Il était temps que ce manège cesse.;Malheureusement, les médecins en paieront les frais, puisque aucune évolution tarifaire ne pourra voir le jour. De plus, vu la situation économique du pays, on peut craindre ce que les technocrates appellent des ajustements tarifaires, c'est-à-dire des baisses de tarifs...

3 – Salariat, internes en clinique : les nouveautés HPST

La Loi Bachelot l'a prévu : Les cliniques pourront exercer des fonctions d'enseignement et accueillir des Internes. Les Doyens y sont maintenant prêts, « à condition d'avoir d'abord exploré toutes les ressources du secteur public ! » Il nous faut, de notre côté, nous organiser en liaison avec les gestionnaires d'établissements. Ce seront des équipes médicales qui seront agréées, et non des établissements, sur la base d'un programme pédagogique précis. Les décrets d'application sont en attente, il restera à régler les aspects financiers et assuranciers, qui semblent ne pas poser de problèmes majeurs... ;Autre nouveauté HPST : le salariat dans les cliniques. Nous le connaissons déjà, en particulier dans des secteurs de moyen séjour, ou pour des activités qui ne sont pas des activités de soins. La nouveauté : la clinique pourra encaisser les honoraires dûs au titre d'actes médicaux ! ... Cette mesure que nous avons largement dénoncée est la porte ouverte à la mise en place d'un salariat dans toutes les activités médicales, et préfigure la perte du dynamisme de l'hospitalisation privée et la baisse de la qualité des soins. Elle ne doit toutefois pas nous dispenser d'une réflexion et de propositions à faire pour répondre à l'objectif de développer l'activité de médecine en clinique, mais également aux souhaits d'une partie des jeunes médecins d'avoir une activité salariée. Il nous faut engager au plus vite la réflexion sur l'évolution des modes de rémunération pour les médecins libéraux.

4 – Réforme du DPC largement condamnée

Le développement professionnel continu qui va remplacer la FMC et l'EPP sera mis sous la coupe de l'Etat. Nos technocrates géreront le DPC, agréeront les différentes actions, choisiront les thèmes nationaux et nous obligeront à faire 3 actions de DPC dont 2 sur des priorités nationales décidées par la ministre! ;Le financement sera également sous la coupe de l'Etat. Bureaucratisme généralisé et contrôles à tous les étages voilà comment notre Ministre voit la formation médicale continue... Le dispositif semble tellement inadapté qu'on peut douter de sa mise en place et de son efficacité à terme ; et les CME dans les cliniques seraient chargées de participer au contrôle du dispositif !...

5 – Elections professionnelles : trois collègues

Tous les gouvernements l'ont fait : plus la profession médicale est divisée, plus elle est affaiblie. Nouvel exemple : après la division entre généralistes et spécialistes, voici la division des spécialistes entre ceux qui ont une activité chirurgicale et les autres. Les contours de ce troisième collègue « chirurgical » sont encore flous mais il devrait inclure les chirurgiens, les obstétriciens et les anesthésistes et peut-être les ORL et les Ophtalmologistes. Pourtant, l'exercice en plateaux techniques va au-delà, et concerne des activités interventionnelles dans de nombreuses spécialités, sans compter les radiologues qui aujourd'hui ont des plateaux techniques lourds !...;Pour répondre à cette nouvelle division, la CSMF et le SYMHOP ont décidé de créer une bannière « AOC » rassemblant l'ensemble des spécialités de ce troisième collègue, permettant de se préparer aux futures élections professionnelles aux URPS, remplaçant les URML. Elles devraient se tenir avant l'été prochain.

6 – Projet de Loi de financement de la Sécurité Sociale : déficits renouvelés

La situation économique génère une baisse des recettes. Pourtant, les dépenses en particulier de la branche maladie n'ont jamais été aussi bien contenues grâce à la maîtrise médicalisée. Mais les déficits

s'accumulent et s'aggravent. Quelques mesures débattues dans les hémicycles lors de la discussion de la loi : la convergence tarifaire hôpitaux-cliniques repoussée à 2018 ! (les cliniques doivent se sentir encore trahies). Le secteur II n'a finalement pas été encadré malgré des amendements proposés par les Députés, l'assurance RCP a été un peu modifiée mais de façon insuffisante, et des mesures ont été mises en place pour favoriser la télé-médecine. ;Mais notre Ministre du budget vient de le rappeler : la dégradation des comptes de la Sécurité Sociale doit nous amener à faire des choix, citant l'exemple des Allemands et proposant des ajustements des tarifs de « certaines professions de santé pour les fixer à un niveau qui reflète leur efficacité médicale et leur coût ». Traduisez, baisse de certains honoraires ! Voilà qui a le mérite d'être à la fois très clair et très inquiétant.

7 – La qualité au programme

A partir du 1er Janvier 2010, la check-list devient obligatoire dans nos blocs opératoires. Cette mesure s'inspire des expériences étrangères qui ont montré combien cela avait un effet favorable sur la qualité des soins. 2;Les indicateurs de qualité se développent et seront largement publiés comme l'a rappelé la Haute Autorité de Santé ; et la HAS constate avec satisfaction que près de 18 000 médecins sont impliqués dans l'évaluation des pratiques professionnelles et 7 234 sont engagés dans l'accréditation. Voilà qui montre clairement le souci de la qualité des soins qu'ont les médecins libéraux au quotidien

8 – Démographie médicale : un défi à relever

L'Ordre des Médecins vient de publier ses chiffres nationaux : le nombre total de médecins inscrits augmente de 1,2% mais les médecins en activité régulière baissent de 2%. Aujourd'hui ce sont environ 102 000 spécialistes en exercice.;L'inscription des nouveaux médecins est très préoccupante : 67% choisissent l'exercice salarié soit 6 289 médecins et 10% seulement choisissent l'exercice libéral soit 1 737 jeunes médecins. A noter que 22% s'inscrivent comme médecins remplaçants;Voilà qui est très préoccupant pour l'avenir de notre exercice libéral en clinique et même pour l'avenir de nos établissements ; Ce défi doit être relevé et il nous faut d'ores et déjà envisager des évolutions sur nos modes de rémunérations, savoir accueillir de jeunes internes qui peuvent être demain nos futurs associés et adapter notre organisation médicale à l'évolution de la société avec le développement du temps partiel.

webmaster@symhop.org

JP ORTIZ

2010-02-14

ACTUS MI FEVRIER

**Projet de décret HPST-

Les syndicats de médecins s'insurgent contre un projet de décret relatif à l'article 38 de la loi HPST, qui stipule que le pharmacien d'officine serait habilité, de manière encadrée, à renouveler un traitement chronique, à en adapter la posologie et à effectuer des bilans de médication.  Le Quotidien du médecin, Henri de Saint Roman  

**AP-HP – La première phase du plan stratégique 2010-2014 de l'AP-HP qui prévoit la restructuration des 37 sites en 12 groupes hospitaliers signe la fin du service de pédiatrie spécialisée de Trousseau et la fin de l'offre de chirurgie et de médecine à l'Hôtel Dieu. A l'heure où le personnel est sous le choc, le directeur de la politique médicale de l'AP-HP, Jean-Yves Fagon, justifie ces choix dans une interview à Libération.  Libération, Eric Favereau -

**Hôpitaux – Dans une interview accordée au quotidien Le Parisien, la ministre de la Santé et des sports, Roselyne Bachelot, annonce des crédits à hauteur de 1,8 milliard d'euros pour moderniser les hôpitaux. Cette conséquente enveloppe sera financée à 50% par l'Etat.;Le Parisien, Daniel Rosenweg

** ARS – Interview de Jean-Marie Bertrand, secrétaire général du ministère de la Santé et des Affaires sociales, chargé de l'organisation des 26 Agences régionales de santé (ARS) qui devront être opérationnelles dès le 1er avril. Explications des diverses priorités. Le Quotidien du médecin, Delphine Chardon 

** Hôpitaux-cliniques – Le journal compare le public et le privé, discipline par discipline, sur les délais d'attente d'un rendez-vous et les dépassements d'honoraires. Il aborde aussi les difficultés de l'évaluation. 60 millions de Consommateurs, Victoire N'Sondé, Aurélien Busson

****RTT à l'hôpital - L'ARTT fête ses dix ans. La transposition de cette réforme à l'hôpital est vécue par les professionnels de santé comme un échec. La facture continue de s'alourdir avec les heures supplémentaires et le CET. « Les 35 heures ont mis sous pression les emplois du temps de tout le monde confie le DR Pierre Farragi ». Pour le Dr Aubart, un bilan des 35h serait utile sachant que le contexte a évolué. Un bilan est nécessaire pour connaître les aspects positifs et négatifs de cette réforme;Le Quotidien du Médecin, Karine Piganeau

**Offre de premier recours – La loi HPST prévoit un volet premiers recours qui reste entièrement à définir et structurer. La Dgos (direction générale de l'offre de soins, ex-Dhos), avec Annie Podeur, a débuté la réflexion lors du séminaire de l'association Dessein à Paris Dauphine.  Panorama du Médecin, Catherine Leborgne

**Permanence des soins - Dans son dernier rapport annuel de la permanence des soins, le CNOM décrit un dispositif de permanence des soins fragilisé par les problèmes démographiques. Le nombre de secteurs de garde a en effet diminué, pour 40% d'entre eux, moins de dix médecins assurent la garde. Concernant le paiement des astreintes du samedi après-midi, plus de 80% des départements en bénéficient aujourd'hui. Le Quotidien du Médecin, Henri de Saint Roman

**Mission « Médecine libérale » – La mission pour la refondation de la médecine de ville s'est réunie pour la première fois cette semaine. Présidée par le Dr Michel Legmann, de fortes personnalités connues pour ne pas ménager l'exercice libéral à l'instar d'Yves Bur ou de Christian Saout, composent cette nouvelle mission dont les membres ont été directement choisis par l'Elysée.  Le Quotidien du Médecin, Cyrille Dupuis  Création d'un groupe de cliniques – A moins d'un an avant la fin de son mandat, Jean-Pierre Davant, président de la Mutualité française, annonce dans un entretien la

création d'un groupe de cliniques qui regroupera une cinquantaine d'établissements mutualistes mais aussi le lancement d'une expérimentation destinée à baisser le coût de la prise en charge des maladies chroniques. Les Echos, propos recueillis par Géraldine Vial et Vincent Collen 

** Maisons de santé pluridisciplinaires – Alors qu'elles sont présentées comme la solution à la désertification médicale des zones rurales, une étude comparative de la FFMPS montre que les maisons de santé pluridisciplinaires coûtent plus cher en fonctionnement qu'un cabinet de médecine libérale classique.;Le Quotidien du médecin, Henri de saint Roman

** Assises de la ruralité – Nicolas Sarkozy a clôturé les Assises de la ruralité durant lesquelles il pourrait annoncer des mesures pour le développement des maisons et des pôles de santé pluridisciplinaires ;Le Quotidien du Médecin, Henri de Saint Roman

**Coopération entre professionnels – Un arrêté du 15 janvier fixant la procédure de coopération entre professionnels de santé et accordant sans réserve la décision d'habilitation professionnelle au chef d'établissement et au directeur de l'ARS met le feu aux poudres dans les différents Conseils nationaux de l'Ordre des pharmaciens, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, infirmiers et médecins. Pour eux, cet arrêté validerait les exercices illégaux et présente de réels risques pour la sécurité et la pérennité des soins ;Le Quotidien du Médecin, Laurence Mauduit

**Cour des Comptes – Présenté hier par Alain Pichon, Président par intérim, le rapport 2010 de la Cour des Comptes épingle l'Etat sur l'emballlement de la dette qui selon elle pourrait atteindre 100% du PIB en 2013. Objectif : ramener la progression de la dépense publique à 0,6% par an contre 2% actuellement. Plusieurs postes en santé sont montrés du doigt : les feuilles de soins papier, le dépistage et la prévention du sida et les indemnités des transfusés contaminés dont le financement a été « indûment » transféré à l'Assurance maladie Libération, Christophe Alix et Eric Favereau

**Exercice de la médecine et nationalité – L'ordonnance parue le 19 décembre au « Journal officiel » va changer la vie d'une centaine de médecins étrangers. En effet, cette ordonnance autorise dorénavant les médecins étrangers à exercer en France s'ils sont titulaires d'un diplôme français ;Le Quotidien du Médecin, Christophe Gattuso

2009-11-29

SPHP MEMBRE DE CPH/ Concertation ou consternation ?

**La Dhos a entamé une série de réunions de “ concertation ” avec les syndicats, conférences et fédérations hospitalières concernant les projets de décrets d’application de la loi HPST. Tous les intersyndicats de praticien hospitalier ont unanimement contesté aussi bien la méthode que le Fond de cette concertation, qui laisse très peu de place à des propositions alternatives. En effet, les intersyndicats ont souhaité que les réunions soient communes avec les représentants des conférences et des syndicats d’internes et de chefs de clinique, tant les textes à examiner vont impacter pour longtemps l’avenir de l’hôpital public. La Dhos a arbitré dans le sens exactement contraire, en cloisonnant toutes les discussions. Par ailleurs, aucun relevé de conclusion n’a été transmis après les premières réunions et les contre-propositions effectuées par les intersyndicats n’ont pas fait l’objet d’arbitrage ministériel, tout restant au stade de “ paroles verbales ”.

En ce qui concerne la gouvernance, les intersyndicats ont constaté que leurs propositions étaient systématiquement rejetées au motif que des amendements dans le même sens avaient été présentés et rejetés au Parlement, même si la loi demeurait muette au final. Le seul résultat non confirmé serait la possibilité de réintégrer les “ responsables de structures ” au sein de la CME, sans pour autant limiter le nombre de participants, mais en laissant ce point au niveau du règlement intérieur. On note par ailleurs un déni total de la notion de service dans tous les projets de texte, alors que celle-ci avait pourtant été réaffirmée par la Ministre de la santé et le Président de la République à l’occasion des mouvements de praticien hospitalier et de la discussion parlementaire.

Concernant le statut de praticien hospitalier, les projets de texte transmis à la veille des réunions de concertation ne font état que de reculs sociaux, tel la disparition des primes en cas d’arrêt de maladie ou de congés supérieur à 1 mois. Il était même mentionné initialement une réduction de la durée de versement à taux plein des émoluments de 3 à 2 mois en cas d’arrêt de maladie et de 3 à 2 ans en cas d’arrêt de longue durée. Devant le tollé suscité par ces mesures, la Dhos a accepté de les retirer mais rien n’est acquis pour le maintien des primes. Lors de la réunion du 14 octobre 2009, devant l’absence de retour d’information concret des tutelles, l’ensemble des inter syndicats de praticien hospitalier a décidé de cesser de participer aux réunions en cours et formulé plusieurs exigences. La première porte sur “la communication d’un relevé de conclusions des réunions précédentes portant arbitrage et engagement du cabinet sur la conservation des mesures de protection sociale et du compte épargne temps (CET)”. Ils souhaitent que leur soient transmis “l’ensemble des décrets d’application ayant trait au fonctionnement de l’hôpital et à l’organisation du système de santé”. Enfin, ils estiment nécessaire que soient mis à leur disposition les textes concertés “dans des délais compatibles avec leur examen par les instances syndicales” et qu’un calendrier “partagé” soit défini pour la suite des discussions. Par ailleurs, ils font part de leur “stupeur” d’apprendre par la presse le rejet de leur demande unitaire d’audience avec la ministre de la santé, Roselyne Bachelot, pour évoquer les dossiers prioritaires. En réponse, la Dhos a envoyé dans un courriel du 6 novembre un nouveau calendrier de concertation accompagné d’un relevé de conclusion des réunions précédentes, mais qui ne répond pas aux exigences formulées à l’issue de la réunion du 14 octobre. En conséquence, les inter syndicats ont décidé de ne pas donner suite à cette offre de reprise du dialogue et renouvellent leur demande d’entrevue et de dialogue avec

la Ministre de la santé qui n'a pas reçu depuis bientôt 1 an les représentants syndicaux de la communauté hospitalière. Une synthèse de la loi HPST et des projets de décrets d'application est disponible sous la forme d'un diaporama sur le site www.praticien-hospitalier.com.
Dr Jacques Trévidic

2010-02-14

BIENVENU MONSIEUR LE PRESIDENT

Notre fédération connaît des moments difficiles depuis l'annulation de notre 50ème Congrès mais cette épreuve ne réussira pas à nous détruire.

**Nous avons en effet une histoire et cinquante années de présence sur l'ensemble des hôpitaux du territoire, nous devons continuer ce devoir de mémoire vis-à-vis de nos anciens et croyez moi la Fédé est

bien vivante

*Elle est vivante et à l'orée de la régionalisation de la santé, elle a sa place dans le débat qui va s'instaurer avec les ARS. Comme toujours nous devons être au cœur du débat sur la politique de santé de notre pays en participant avec nos anciens au débat et travaux dans toutes les instances régionales.

*Elle est vivante comme en témoignent la convivialité qui constitue notre identité et perdure tout au long de nos rendez-vous. Nos prochains congrès vous en apporteront la preuve.

*Elle est vivante car elle doit respecter le travail effectué par nos anciens et continuer à être la seule organisation représentative des hospitaliers et des libéraux, des généralistes et des spécialistes

*Elle est vivante et nous devons chacun dans nos régions rechercher et faire cotiser un maximum de nos membres.

Je suis fier d'appartenir à la Fédé et remercie le bureau et sa présidente Christine Charle de m'accorder leur confiance

Dr Bernard HOUIS

2010-02-22

ARRET SUR IMAGE :

** Pour quelques semaines encore, la préparation des élections régionales ralentit le rythme de promulgation des décrets HPST, initialement programmé comme un blitz, et ouvre un espace temps plus conséquent à la concertation formelle, de fait un double espace avec la DHOS d'une part, la Ministre et son cabinet d'autre part.

** Pour autant, rien n'a changé et si les réponses à nos propositions modificatives sur les projets de décrets, propositions rappelées dans la lettre ci-jointe, sont en ce début 2010, moins directement dilatoires, plus évasives, ne nous opposant pas systématiquement « l'esprit d'HPST », nous n'avons aucun engagement, aucune certitude de voir les textes modifiés dans le sens que nous souhaitons et, à ce jour, plutôt la conviction inverse : la seule ouverture de la ministre c'est de renoncer aux quelques dispositions de régression statutaire qui n'avaient rien à voir avec HPST, et qui avaient sans doute été disposées là à cette fin.

** Alors pourquoi cette asthénie ou plutôt cette anesthésie ambiantes qui n'épargneraient que le MDHP ? Nous serons tous directement confrontés aux effets de cette réforme qui attaque à la fois les principes du service public et l'efficacité de l'organisation des soins avec un primat du hiérarchique et du managérial sur toute autre considération ce qui n'est pas immédiatement rassurant, ne serait-ce qu'en terme de santé publique.

** L'opinion publique regarde plutôt ailleurs, du côté des effets de la crise économique et des menaces sur l'emploi et sur les retraites, les parlementaires majoritairement reprennent le discours du Président sur l'hôpital trop dépensier et sous administré. Les représentants des usagers approuvent la loi HPST y compris son titre 1. Quant aux professionnels de l'hôpital et leurs organisations nationales, c'est un grand silence depuis de longs mois. Sidération ? Dépression ? Démission ? Ou d'abord difficulté à concevoir la réalité d'une telle OPA hostile sur le service au patient et l'exercice de notre métier, et à ouvrir les yeux à des soignants débordés par les problèmes qui se posent au quotidien dans l'exercice de leurs responsabilités. Aujourd'hui plus qu'hier et bien moins que demain...

** Mais puisque ce petit répit nous est donné, utilisons-le pour rappeler nos idées, les diffuser, en recherchant la prise de conscience et la remobilisation des praticiens et de leurs organisations. S'il reste une chance de faire bouger les lignes, même à la marge, pourquoi la négliger ?

*** A la CPH, nous vous proposons de siffler la fin de la trêve. Nous avons besoin de votre attention et de votre participation pour préparer avec vous les prochaines échéances dont le rendez vous 2010 des retraites n'est pas la moindre.

Communiqué CPH :  Dr Pierre Faraggi Président de la CPH

2010-02-01

LETTRE A MADAME LA MINISTRE DE LA SANTE

Madame la Ministre,

La CPH a l'honneur de vous adresser une première synthèse des différentes propositions modificatives qu'elle a présentées au cours de la concertation organisée par vos services sur les projets de décrets d'application de la loi HPST.

Concernant le décret sur les Commissions médicales d'établissement (CME) des établissements publics de santé, nous sommes depuis toujours particulièrement attentifs à ce que cette instance soit le lieu privilégié de discussion et de consultation du corps médical sur les éléments essentiels de la vie de l'hôpital. C'est pourquoi nous souhaitons que les points mentionnés pour information à l'article D. 6144-1 II puissent être remis au point I, c'est-à-dire pour consultation, afin que la CME puisse exprimer un avis. Nous considérons qu'il est particulièrement important, notamment dans le contexte de restructuration de l'offre de soins publique, que le corps médical puisse débattre et s'exprimer sur des sujets aussi importants que l'EPRD, le CPOM, le rapport annuel, les contrats de pôles, le bilan annuel des tableaux de service, la politique de recrutement des emplois médicaux et bien entendu, l'organisation de la formation des étudiants et internes et la liste des postes que l'établissement souhaite leur ouvrir. Nous considérons également comme indispensable que la CME puisse émettre un avis sur les nominations individuelles des praticiens, des chefs de pôle et des responsables des structures internes, notamment des services et plus largement nous considérons que la CME doit être invitée à exprimer un avis sur tous les sujets où son président doit exprimer le sien afin de renforcer la légitimité et le poids de cet avis. Nous attirons également votre attention sur la composition de ces futures CME : il est indispensable que la CME soit représentative de toutes les disciplines médicales et pharmaceutiques exercées à l'hôpital. Dans la rédaction actuellement proposée, la limitation des membres de droit aux seuls responsables de pôle, de surcroît pouvant être réduits à 10 dans le cas des CHU, est une source potentielle de difficultés sérieuses dans son fonctionnement et de légitimité dans son action. Nous souhaitons que le décret soit modifié dans le sens d'une extension du nombre des membres de droit en référence explicite aux 7 disciplines médicales et pharmaceutiques, et que le règlement intérieur puisse ajouter en tant que membres de droit les responsables des structures internes jugées essentielles à son bon fonctionnement, sans limitation de nombre.

Concernant les différents projets de décrets relatifs aux statuts des personnels médicaux hospitaliers, nous souhaitons vous rappeler notre opposition à l'ensemble des mesures de régression statutaire, sans rapport avec la loi HPST, qui s'y étaient glissées, mesures inacceptables, dont nous vous avons, le 14 décembre 2009, demandé le retrait intégral. Pour le mode de nomination des praticiens (article R6152-8), nous demandons la saisine de la Commission Statutaire Nationale pour éclairer la décision du CNG en cas d'avis divergents ou négatifs exprimés localement ainsi que la prorogation des mesures spécifiques prévues dans la discipline Psychiatrie.

Nous avons pris connaissance récemment des projets de décrets relatifs aux Agences régionales de santé (ARS). Nous avons constaté avec stupéfaction qu'il y était envisagé l'éviction de la représentation des intersyndicats de PH des instances qui participent à son fonctionnement, y compris là où elles étaient présentes auparavant. Nous n'acceptons pas cette mise à l'écart d'autant que nous avons le sentiment d'avoir contribué positivement à leur fonctionnement, notamment dans les CROS et les conférences régionales de santé. Nous demandons bien sûr à retrouver notre place légitime dans la composition de ces instances régionales, d'autant plus que nos confrères libéraux y seront présents à travers les URPS, organismes issus de leurs représentations syndicales.

Enfin, nous vous avons déjà exprimé notre hostilité à la clause de non-concurrence que la loi HPST va imposer aux praticiens hospitaliers en poste depuis plus de 5 ans, au motif qu'elle s'avèrera contre-productive et dissuadera les jeunes praticiens de faire carrière à l'hôpital par crainte de ne pouvoir en sortir. Lors de notre rencontre du 14 décembre, vous nous aviez indiqué que vous n'aviez pas demandé

cette mesure. Afin d'en limiter la portée, même si la démarche ne peut être mise en œuvre que par le Centre National de Gestion, comme cela est mentionnée dans le projet de décret statutaire, nous souhaitons que la Commission Statutaire Nationale soit invitée à se prononcer préalablement à la saisine de la Commission de déontologie afin que cette procédure de mise en œuvre de la clause de non-concurrence reste effectivement exceptionnelle.

En vous remerciant de bien vouloir prendre en considération ces différents points, je vous prie de croire, Madame la Ministre, à l'assurance de ma très haute considération.

Dr Pierre Faraggi CPH

2010-02-22

QUEL JUGEMENT PORTEZ VOUS SUR LA POLITIQUE DE SANTE HOSPITALIERE MENEES PAR LE GOUVERNEMENT ?

quel avenir pour l'hôpital public et les praticiens hospitaliers ?

** Les réformes sanitaires et la loi HPST, dont les décrets d'application sont en cours de rédaction, vont transformer considérablement l'offre de soin publique, l'organisation hospitalière. Elles bouleversent aussi

profondément le statut des PH et leur avenir. De plus, comme pour tous les Français, le dossier très préoccupant de nos retraites va être à nouveau d'actualité.

** La CPH vous a appelé à lutter contre plusieurs de ces réformes. Une page est en train d'être tournée. Aujourd'hui, nous avons besoin de votre opinion pour mieux continuer à répondre à notre mission syndicale : jouer un rôle actif dans les décisions et porter le plus efficacement possible vos revendications.

En prenant quelques minutes pour répondre à ces quelques questions, vous nous aiderez à mieux être en phase avec vous . D'avance, nous vous remercions de votre participation. pour répondre à l'enquête :

<http://www.cphweb.info/spip.php?article673>

CPH

2010-02-28

LE BILLET DU PRESIDENT

NULL

Reverrons-nous un jour un interne de région ?

Cette question qui paraît stupide pour beaucoup d'entre nous mérite tout de même d'être posée.

Le pouvoir politico-économico-énarque a mis en place les ARS (Agences Régionales de Santé) ces entités régionales seront responsables de la politique de santé future à la fois sur le plan des moyens humains que financiers.

Pourquoi ne pas envisager que ces agences auront aussi en charge la formation des futurs médecins ? Celle-ci (cursus universitaire puis internat) va se heurter à la Législation Européenne. Le système LMD (Licence, Master, Doctorat) va entraîner la disparition du DCEM4 et des ECN (Epreuves Classantes Nationales).

Si le principe d'un contrôle continu des connaissances est acquit, la formation des internes à la fin du DCEM3 pourrait être confiée aux ARS. Si les CHU ne peuvent pas assumer la totalité des internes, pourquoi ne pas envisager la renaissance d'un internat régional ? et notre fédération serait alors un interlocuteur privilégié avec les responsables futurs de la formation au sein des ARS.

Dr Houis

2010-02-28

Ouste, Monsieur Saout !

M. Christian Saout a commenté à sa façon – plus insultante encore qu'à son habitude envers les médecins – le rapport de la Cour des Comptes réclamant des sanctions dissuasives contre les praticiens qui ne télétransmettent pas les feuilles de soins, et censés empêcher ainsi une économie de 200 millions d'euros pour l'assurance maladie :

« Comment en est-on arrivé là ? On se le demande car les médecins ont reçu une dotation financière pour leur équipement informatique. Pour en faire quoi ? Pour contempler le clavier. Et, en plus, l'Assurance maladie leur fait un petit « geste commercial » pour appuyer sur la touche « Enter » : 7 centimes d'euro. Il est vrai que c'est un geste très fatigant !!! »

**Et pour bien faire comprendre que, selon lui, les médecins libéraux auraient détourné les aides à l'équipement des cabinets en matériel de télétransmission, il proclame sur France-Info que ces praticiens ont utilisé leur « dotation financière » non pour s'équiper mais pour « acheter des sacs à main à leur épouse et des Playmobil à leurs enfants ! ».

>1er mensonge : l'aide à l'informatisation des médecins (versée en 1998) n'a pas été une « dotation » ; elle a été prise sur un fonds alimenté par les propres cotisations de ces praticiens libéraux, la « taxe Juppé ».

>2e mensonge : l'aide s'est limitée à la somme de 9000 F, équivalant à 1400 €actuels, ce qui ne saurait couvrir la gestion d'un poste informatique et le coût d'un appareil de télétransmission sur 15 ans, avec les adaptations successives de matériel et de logiciels imposées par les Caisses ; il ne restait donc rien pour les Playmobil...

>3e mensonge : seuls les médecins qui s'engageaient alors à télétransmettre 90 % des feuilles de soins en ont bénéficié ; il n'y a donc pas pu y avoir de profiteurs passifs.

NB1 : Lorsque le médecin libéral reçoit 7 centimes d'euros pour faire, à la place des employés des CPAM, une tâche administrative qui pollue et encombre son activité de soins, c'est (dit la Cour des Comptes) 153 centimes d'euro qu'il fait gagner aux Caisses ; sa productivité serait donc 22 fois plus performante que celle de l'assurance maladie...

NB2 : On évalue à 1000 €par an (sans compter le temps passé) ce que coûte à chaque praticien la télétransmission ; à 0,07 €la FSE, il faudrait qu'il en envoie plus de 55 par jour pour rentrer dans ses frais.

**Ancien président d'AIDES, M. Saout est devenu président du Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS). Cette organisation fédère diverses associations de malades et a été portée par le pouvoir actuel au monopole officiel de la représentation des patients et usagers de la santé.

*Au point que son bruyant président a été nommé président de la Conférence nationale de santé, l'organisme officiel qui – ce n'est pas rien – « permet aux acteurs du système de santé d'exprimer leurs point de vue sur les politiques de santé », qui « relaie les demandes et les besoins de la population en termes d'état de santé et d'accès au système de santé », et qui « favorise le dialogue entre les usagers, les professionnels, les autres acteurs et les responsables politiques ».

*« La C.N.S. est consultée par le gouvernement lors de la préparation du projet de loi définissant les objectifs de la santé publique ; elle formule des avis et propositions sur les plans et programmes prévus par le gouvernement ou en vue d'améliorer le système de santé en France ; elle contribue à l'organisation

de débats publics sur les questions de santé. » (Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique)

De quoi s'inquiéter sur la manière dont notre point de vue d' « acteurs du système de santé » pourra être « exprimé » et « relayé » !

Quant au CISS, son site apprend à qui veut le savoir que le budget annuel de cette organisation pour 2008 a dépassé 1,8 millions d'euros, financé à plus de 82 % par des subventions publiques (entre les 70,16 % de la Direction générale de la santé du Ministère de Mme Bachelot, et les 11,99 % de la CNAMTS de M. Van Roeckeghem). Mais aussi – pour 0,32 % !! – par les 33 associations de patients adhérentes...

Nos malades seraient très surpris d'apprendre qu'ils sont dictatorialement représentés par l'ubuesque histrion qui préside le CISS, que le pouvoir impose pourtant en toutes circonstances. Ainsi le voit-on sur la couverture du dernier Bulletin de l'Ordre des Médecins, photographié dans un accoutrement clownesque au cours d'une réunion de travail sur la coopération entre professionnels de santé.

Les médecins ne peuvent plus accepter les insultes et les calomnies de ce détestable personnage, profiteuse infect d'une « ouverture » bling-bling qui a atteint ses limites. Ils doivent obtenir dans les plus brefs délais son remplacement à la présidence de la Conférence nationale de Santé.

Jean-Luc SEEGMULLER Président du Groupement des Médecins spécialistes d'Alsace

2010-02-28

NUMERUS ET REGIONALISATION des etudes

2010-03-09

Interview d'Alain Gourcuff

Alain Gourcuff, ophtalmologue, a déjà exercé trois mandats CSMF au sein de l'URML Paca. Il est par ailleurs président du centre départemental des professions de santé du Var. Pour lui, les URML n'ont pas à rougir du travail accompli.

« MDF : Quel bilan tirez-vous des URML ?

- Alain Gourcuff : Le bilan est satisfaisant pour plusieurs raisons. Les URML ont été une énorme force de propositions car nous avons une légitimité d'élus. Les réflexions menées avec les caisses et l'ARH sur l'avenir de la médecine libérale ont été difficiles mais prometteuses. Enfin, elles ont mené un travail d'évaluation sur les pratiques médicales, réalisé par les médecins et pour les médecins, travail d'évaluation d'ailleurs essentiel dans n'importe quel métier. Certes, l'URML Paca n'a pas suivi, malheureusement, les mêmes orientations depuis sa nouvelle présidence FMF. Mais nous avons plutôt travaillé en bonne harmonie, du moins au sein de certaines commissions.

- Pourquoi se présenter aux élections aux URPS ?

- C'est capital. Nous aurons en face de nous un rouleau compresseur qui va tout diriger, y compris l'implantation des médecins dans le cadre du schéma régional d'offre de soins ambulatoires et des services de garde. L'agence régionale de santé aura un pouvoir énorme. Or, dans toute démocratie, il faut un contre pouvoir. Enfin, les URPS vont contribuer à améliorer l'offre de soins. Rien ne peut fonctionner sans les médecins eux-mêmes.

- Quid des relations avec les autres professions de santé ?

- On pourra se fédérer. Il faut relancer les centres départementaux des professions de santé. Nous avons tous une sensibilité libérale. La défense de l'activité libérale peut nous unir... Mieux vaut parler d'une même voix.

- Sur quel programme la CSMF doit-elle faire campagne ?

- Les revalorisations des honoraires, le Cs, le C2, le secteur optionnel, la CCAM clinique, le maintien de l'activité libérale, étant entendu que le fondement de la CSMF est la défense d'une médecine libérale et sociale de proximité.

Par ailleurs, les élections aux URPS vont déterminer le poids de chaque syndicat. Il faut que la présence de la CSMF au sein des commissions paritaires locales soit préservée. Certes la convention a besoin d'être adaptée, mais il faut maintenir un vrai partenariat avec les caisses.

- Quelle place restera-t-il pour le syndicalisme dans le nouveau dispositif régional ?

- Il est certain que nous sommes à un tournant. La création d'un troisième collège a été faite pour diviser les médecins. Quelle en sera la composition ? Nous voudrions, pour notre part, que les ophtalmo, les ORL, les gastro-entérologues, la radiologie et cardiologie interventionnelles entrent dans celui des spécialités à plateau technique lourd.

Medecin de France

2010-03-09

CONGRES 2010 BIENVENUE A OPIO

Chers Amis,

Sur les hauteurs de Cannes, proche de Grasse, dans un paysage rythmé d'oliveraies et de pinèdes, voilà le décor retenu pour notre 51ème congrès du jeudi 9 au dimanche 12 septembre 2010, au sein du Club Med d'Opio en Provence.

Le thème du congrès :
« Régionalisation de la Santé » traitera de la mise en place des ARS. Il nous permettra de débattre de ses implications médicales et médico-sociales, ainsi que de la régionalisation de la formation et du financement de la santé.

Situé dans un parc de 50ha , de pins chênes verts et oliviers, le séjour au Club Med du jeudi après-midi au dimanche midi sera en formule « tout compris ». Le club dispose de 3 piscines, d'un parcours de golf compact de 9 trous, de terrains de tennis et d'un spa. Nous organiserons notre traditionnelle soirée tonus en dehors du club. Pour ceux qui le souhaitent, il y aura une possibilité de pré-congrès du dimanche au jeudi.

Après la pénible annulation du 50ème congrès polynésien, nous comptons sur vous tous pour resserrer les liens d'amitiés et de traditions qui nous unissent. Venez nombreux à Opio , que notre fédé reste bien vivante.

A bientôt
Les organisateurs

NB demandez le bulletin d'inscription via "écrivez nous "
JCF

2010-03-09

CONGRES 2010 BIENVENUE A OPIO

Chers Amis,

Sur les hauteurs de Cannes, proche de Grasse, dans un paysage rythmé d'oliveraies et de pinèdes, voilà le décor retenu pour notre 51ème congrès du jeudi 9 au dimanche 12 septembre 2010, au sein du Club Med d'Opio en Provence.

Le thème du congrès :

« Régionalisation de la Santé » traitera de la mise en place des ARS. Il nous permettra de débattre de ses implications médicales et médico-sociales, ainsi que de la régionalisation de la formation et du financement de la santé.

Situé dans un parc de 50ha , de pins chênes verts et oliviers, le séjour au Club Med du jeudi après-midi au dimanche midi sera en formule « tout compris ». Le club dispose de 3 piscines, d'un parcours de golf compact de 9 trous, de terrains de tennis et d'un spa. Nous organiserons notre traditionnelle soirée tonus en dehors du club. Pour ceux qui le souhaitent, il y aura une possibilité de pré-congrès du dimanche au jeudi.

Après la pénible annulation du 50ème congrès polynésien, nous comptons sur vous tous pour resserrer les liens d'amitiés et de traditions qui nous unissent. Venez nombreux à Opio , que notre fédé reste bien vivante.

>>>demandez le bulletin d'inscription via "écrivez nous "

A bientôt

Les organisateurs

Dr Friedmann

2010-03-09

UMESPE LES DRS ORTIZ ET REY SE DISPUTENT LA PRESIDENCE

2010-03-09

UMESPE: LES DRS ORTIZ SONT EN LICE POUR LA PRESIDENCE

-Le quotidien du médecin s'est procuré les professions de foi des deux candidats:instructif et corrosif

2010-03-10

L'ÉVÈNEMENT de l'ANNEE

Jean Claude Beltrando et Nguyen Thi Thanh Nga vous invite à la confirmation de leur mariage, le Samedi 3 avril 2010(ce n'est pas un poisson !!) en la Mairie de Saint-Antoine à Grasse à 16 heures.
C'est une fête et vous êtes tous invités !

2010-03-19

que dit la presse en mars?

****Gel des tarifs hospitaliers/HAD - Les tarifs de l'hospitalisation à domicile devraient stagner en 2010.** La FNEHAD rappelle que les établissements doivent composer avec les hausses constantes des coûts de personnel, des systèmes d'information et du médicament. Par conséquent, certains types de prises en charge ne sont pas développés et ne le seront pas alors que les besoins et le confort des patients devraient y conduire. Le Quotidien du Médecin, Karine Piganeau  

  ****Grogne médicale - Le gouvernement doit faire face à la grogne médicale.** Les 60 000 généralistes sont appelés à faire la grève des consultations à l'initiative de quatre syndicats. Depuis mardi, ils sont également invités à ne plus télétransmettre les demandes de remboursements de leurs patients aux caisses d'assurance maladie. Mi avril, la CSMF demandera aux médecins de facturer d'autorité 23 euros la consultation. Cette grogne est liée au refus du gouvernement d'accorder aux médecins une augmentation tarifaire de 1 euro et aux obligations collectives imposées aux médecins en matière de prise en charge des premiers soins et d'installation dans les zones rurales. La Tribune, Patrick Coquidé  

****Médecins étrangers – La Croix consacre un dossier aux recrutements médicaux à l'étranger et dresse un état des lieux contrasté de ces installations, mieux réussies à l'hôpital, mais qui peuvent coûter très cher aux collectivités qui doivent faire appel à des cabinets de recrutement.** En contrepartie, le départ des médecins roumains commence à poser de sérieux problèmes à ce pays. La Croix, Lucas Farcy, Jonas Mercier, Pierre Bienvault

****Infirmières/ journée d'action - La coordination nationale infirmière (CNI) avec cinq autres syndicats organisent aujourd'hui une journée nationale d'action.** Le protocole d'accord signé en février entre le ministère et le syndicat national des cadres hospitaliers (SNCH) prévoit une revalorisation salariale en échange du recul de 55 à 60 ans de l'âge du départ en retraite. Les opposants à cette réforme s'indignent donc que cette revalorisation réclamée de longue date soit conditionnée aujourd'hui au renoncement à la retraite à 55 ans, avantage acquis au titre de la pénibilité. La Croix, Pierre Bienvault

****ARS – La plupart des ARS ont déjà arrêté la composition de leur équipe de direction, de telle sorte qu'elles pourraient être opérationnelles le 1er avril, soit trois mois avant la dead line demandée par Roselyne Bachelot.** Celle-ci reçoit les 26 directeurs d'ARS ce matin, preuve que la construction des ARS s'accélère Le Quotidien du médecin, Karine Piganeau

  ****CNAM – La CNAM a présenté des orientations fortes pour la gestion du risque dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion de la période 2010-2013.** Le Quotidien présente les axes de cette convention avec, en priorité, la réduction des inégalités de santé financières et géographiques. Le Quotidien du médecin, Cyrille Dupuis  AP-HP – Les syndicats et le directeur de l'AP-HP, Benoît Leclerc, vont entamer officiellement des négociations cette après-midi sur la réorganisation des hôpitaux de Paris en 12 pôles, avec de nouvelles alternatives possibles au plan actuel.  Les Echos, Laurence Albert

****AP-HP – Le projet de restructuration de l'AP-HP met de l'huile sur le feu pour les élections régionales.** L'annonce mi-janvier par la direction de la suppression de 4000 postes fragilise la tête de liste UMP en Ile de France, Valérie Pécresse. Le Quotidien du médecin, Delphine Chardon PA

2010-03-15

Les medecins vont mal, pourquoi?le point de vue de M.CHASSANG

Les médecins vont mal. Le malaise est encore plus profond sans doute qu'il ne l'a été en 1995, au moment du fameux "plan Juppé". Celui-ci imposait un tour de vis comptable inédit et imbécile aux médecins, au mépris de l'intérêt médical des patients, avec des ponctions directes sur les honoraires, pendant que les dépenses hospitalières, elles, continuaient de dérapier.

Cette fois-ci, c'est pire. Tout dialogue avec le gouvernement semble impossible. Le chef de l'Etat lui-même, à travers les propos qu'il tient, semble ne pas savoir ce qui se passe, ni comment le système de santé auquel sont attachés les Français fonctionne, et fonctionne bien le plus souvent.

Cette fois-ci, c'est pire. Les médecins libéraux ne sont plus respectés. Le gouvernement et certains politiques s'emploient à laisser croire que les médecins de ville sont responsables des difficultés organisationnelles de l'hôpital. Pour que tout aille mieux à l'hôpital, où l'on travaille 35 heures et l'on dispose de congés payés, ce qui, après tout, est bien légitime, il faudrait que les médecins libéraux qui, eux sont payés à l'acte, n'aient pas de repos compensateurs ni de congés payés, travaillent la nuit et les week-ends en plus de leurs journées.

Il est insupportable que la permanence des soins de certains médecins spécialistes dans les cliniques ne soit toujours pas reconnue et rémunérée. Pourtant, la permanence des soins est organisée entre médecins libéraux et hôpitaux, et elle permet de répondre aux vraies urgences des malades, mais, hélas, ce ne sont peut-être pas les mêmes urgences que celles des candidats aux élections...

Cette fois-ci, c'est pire. Les médecins libéraux s'appauvrissent. C'est une réalité qu'il faut affronter en face ! La rémunération qui leur est imposée en secteur 1 ne correspond pas à la pénibilité du travail et permet à peine de couvrir des charges toujours plus lourdes. Personne n'a jamais entendu un membre du gouvernement évoquer la pénibilité et la difficulté du métier de médecin, auquel s'ajoute le risque médical. Etre chaque jour, dans son cabinet ou dans son bloc opératoire, face à un patient en danger, c'est difficile, c'est prendre un risque.

C'est aussi s'engager pour soulager, le plus souvent pour guérir et sauver des vies. Cela mérite considération, respect et un niveau d'honoraire décent. Il est intolérable que les revalorisations signées en 2007, comme la consultation à 23 euros pour tous les généralistes, soient toujours bloquées par la ministre de la santé avec des arguments inaudibles.

Cette fois, c'est pire. Les médecins libéraux voient que l'Etat cherche à les contourner. Avec la réforme hôpital, patients, santé, territoires (HPST), le gouvernement a déployé une étatisation sans précédent de la médecine libérale, qui va désormais, sous la coupe des agences régionales de santé, connaître des contraintes insupportables. Celles-ci, qui n'existent pour aucune autre profession libérale, vont de l'encadrement des congés à l'obligation d'abandonner ses patients une demi-journée par semaine pour aller exercer dans les zones déficitaires, sans quoi une taxe de près de 3 000 euros est imposée, en passant par la descente des inspecteurs des inspections générales des affaires sociales (IGAS) dans les cabinets, l'étatisation de la formation professionnelle médicale, la création d'un système de pénalités inédit qui ne respecte pas les droits de la défense, comme si les médecins étaient tous des truands potentiels. Il est intolérable que les médecins libéraux soient traités comme des acteurs mineurs du système de santé nouvelle version.

Cette fois, c'est pire. Les médecins ont vu, grandeur nature à l'occasion de la pandémie grippale, en quoi consistait l'étatisation du système de santé. La gabegie financière et l'échec cuisant des vaccinodromes sont désolants. Leurs patients n'ont pas été vaccinés et l'argent de la collectivité a été gaspillé. Les médecins vont mal et ils sont en colère, parce qu'ils assistent à un gâchis monstrueux dont eux et leurs patients sont en train de faire les frais. Il est urgent de réagir. Après il sera trop tard.

Monsieur le Président de la République, les médecins libéraux ne sont pas une profession parmi d'autres, leur rôle au coeur et au service de la société est essentiel. Ils ne sont pas en colère pour rien, ils le sont parce que trop, c'est trop. Lorsque les médecins sont en colère, n'oubliez pas qu'ils défendent une valeur

essentielle : la santé, qui est un bien commun et supérieur à tous les autres. Ce sujet mériterait beaucoup plus qu'une vague mission aux accents de discorde. Il mériterait que vous vous y arrêtiez.

Michel Chassang président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF).
Michel Chassang / Le Monde

2010-03-19

breves de la csmf....

LA CSMF EN ASSEMBLEE GENERALE CE WEEK-END

La CSMF réunira son assemblée générale ce week-end et se prononcera, notamment sur un mouvement tarifaire à partir 12 avril au cas où le règlement arbitral ne solderait pas la convention de 2005 et en particulier le C à 23 €, l'extension du C2 consultant, et la PDS en clinique pour tous les spécialistes.

**JEAN-FRANÇOIS REY RECONDUIT A LA PRESIDENCE DE L'UMESPE

L'UMESPE-CSMF réunissait son assemblée générale le week-end dernier pour renouveler ses instances nationales. Jean-François Rey a été réélu, pour un troisième mandat, à la présidence de l'UMESPE. Il se donne, notamment deux objectifs prioritaires et immédiats : l'inscription dans le règlement arbitral de l'assouplissement du C2 consultant et la PDS pour tous les spécialistes en établissement.

Le nouveau Bureau National de l'UMESPE-CSMF : Présidents d'honneur : Claude MAFFIOLI, Yves DECALF, Christian LE GOFF, Jean Luc JURIN Vice présidents : Jacques CATON (chirurgien orthopédiste) et Jean François THEBAUT (cardiologue) Secrétaires généraux : Jean Luc DEHAENE (radiologue) et Michel LEVY (anesthésiste réanimateur) Trésorier : Jacques BOURCEREAU (pneumologue) -Trésorier adjoint : Stéphane KIRCHNER (médecin pathologiste) Membres du bureau : Nadine BESSON (psychiatre), Claude COHEN (médecin biologiste), Claude COLAS (endocrinologue), Dr. Michel COMPAIN (médecine physique), Franck DEVULDER (hépatogastroentérologue), Vincent DIEBOLT (rhumatologue), Alain GOURCUFF (ophtalmologiste), Francis RUBEL (pédiatre), Yves VERHAEGHE (gynécologue obstétricien) et Jean VRIGNEAUD (neurologue)

L'UNOF-CSMF PRETE AU COMBAT APRES UNE **ASSEMBLEE GENERALE OFFENSIVE

Le week-end dernier, l'UNOF-CSMF a réuni, elle aussi, son assemblée générale. La branche des généralistes confédérés est mobilisée pour porter le combat la revalorisation de la Consultation à 23 euros, signée depuis 2007 dès 12 avril, et au-delà de cette première étape celui de la revalorisation de la Médecine Générale dans tous ces aspects

L'UNOF-CSMF demande que soient portées avec force par la CSMF les revendications des Médecins Généralistes qui devront être les bases de la future négociation conventionnelle :

La Consultation de base, toutes spécialités confondues à 25 €

La prise en compte du coût de la pratique médicale,

Des rémunérations supplémentaires à l'acte en fonction des prises en charge du fait de l'âge, de la complexité médicale, du nombre de recours par consultation, ...

Des rémunérations complémentaires pour les prises en charge transversales, en prévention, en Santé Publique, ...

Des moyens à la hauteur des ambitions pour les nouveaux modes de fonctionnement et les nouvelles missions (maison médicale, pôles santé, HAD, EHPAD, PDS ...).

**CSMF ET SML : UN ENGAGEMENT COMMUN AU SERVICE DE L'EXERCICE LIBERAL

La CSMF et le SML, syndicats naturellement alliés, se sont rencontrés afin de définir des perspectives communes pour l'avenir des médecins libéraux.

Au moment où l'avenir de la médecine libérale est gravement remis en question avec seulement 10% de jeunes qui choisissent l'installation en libéral et face à l'incompréhension du gouvernement, les deux organisations considèrent que la mission Legmann, si elle pose le vrai problème, est illégitime, car composée pour grande partie d'anti-libéraux et excluant la représentation syndicale.

C'est pourquoi la CSMF et le SML ont décidé de mettre en œuvre une plateforme commune sur l'avenir de la médecine libérale qui permettra d'apporter des réponses réellement concrètes et attendues par la

profession. Cette plateforme sera ouverte, notamment, à toutes les spécialités médicales, aux autres libéraux de santé, aux Ordres, et aux associations de patients. Le calendrier de travail sera très resserré et dense afin de permettre de déboucher sur des résultats avant l'été, permettant de répondre efficacement à la commande du chef de l'Etat.

Par ailleurs, les deux organisations comprennent et partagent la colère légitime qui monte sur terrain et anime l'ensemble des médecins libéraux. Elles défendent l'ensemble des médecins libéraux à travers deux revendications et un mot d'ordre, forts et lisibles :

- il faut, pour l'avenir, permettre à tous les médecins de coter de la même façon une consultation ou un acte en fonction de son contenu et non de sa spécialité. C'est une exigence forte d'égalité pour tous.
- en attendant, et pour l'immédiat, il faut que la revalorisation du C à 23 € l'assouplissement du C2 consultant et la permanence des soins pour tous en clinique, signés par les deux syndicats en 2007, soient appliqués.

- pour faire pression sur les tutelles et pour manifester le mécontentement des médecins libéraux, les deux syndicats décident la grève de la télétransmission tous les mardis.

Les deux syndicats sont déterminés à agir ensemble pour défendre l'esprit de la médecine libérale face à tous ceux qui l'ont déjà promise à l'étatisation

Lire le communiqué de presse commun des deux syndicats

****BAISSE INEDITE EN 60 ANS DE LA MASSE SALARIALE, PREMIERE RECETTE DE LA SECU**

L'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (Acos) a annoncé hier que la masse salariale du secteur privé, principale source de recettes pour la Sécurité sociale, est restée "stable" au quatrième trimestre mais qu'elle affiche une baisse de 1,3% en 2009, du jamais vu depuis l'après-guerre. Cette baisse représente environ deux milliards et demi d'euros de recettes perdues par la Sécu.

Pour la CSMF, cette situation, particulièrement grave démontre toute la nécessité de réformer le mode de financement de l'assurance maladie pour la mettre à l'abri des fluctuations de l'économie, au lieu, comme c'est le cas actuellement de s'obstiner à agir sur les dépenses pour les rétrécir encore et toujours pour finir par rationner les soins. C'est pourquoi la CSMF a appelé le gouvernement à agir dans ce sens de toute urgence

Lire le communiqué de la CSMF

****LES GENERALISTES FRANÇAIS PARMIS LES MOINS BIEN PAYS D'EUROPE**

Alors que le ministre de la santé persiste à s'opposer à l'application du C à 23 € signé en 2007 par la CSMF et le SML, et à la veille du déclenchement d'une consigne tarifaire qu'il appartiendra à l'assemblée générale de la CSMF de décider, les services statistiques du ministère (DREES) viennent de publier des chiffres qui montrent que les revenus des généralistes figurent parmi les plus faibles d'Europe.

En 2007, le revenu moyen net des médecins généralistes libéraux est de 5 567 euros par mois contre 7 190 euros par mois pour l'ensemble des médecins libéraux, toutes spécialités confondues. Comparés à leurs homologues étrangers, les médecins généralistes français sont parmi les moins bien payés d'Europe et notamment les allemands qui gagnent en moyenne 3,3 fois plus ou les britanniques 4,2 fois plus.

Cherchez l'erreur !!!!

L'UNOF-CSMF qui tient son assemblée générale ce week-end ne manquera pas d'évoquer ce sujet sur lequel elle est mobilisée. D'ailleurs, l'UNOF-CSMF exige l'application du C à 23 € dans le règlement arbitral conventionnel qui doit être publié le 11 avril. Dans le cas contraire l'UNOF-CSMF appellera les médecins généralistes à l'appliquer unilatéralement.

PA

2010-03-15

UMESPE ELECTIONS

**trois anciens internes ont été élus membres du bureau de l'UMESPE:

Alain GOURCUFF (oph) Francis RUBEL(pédiatre) et Yves VERHAGES (gyneco) .

**L'UMESPE-CSMF réunissait son assemblée générale le 12 mars pour renouveler ses instances nationales. Jean-François Rey a été réélu, pour un troisième mandat, à la présidence de l'UMESPE. Il se donne, notamment deux objectifs prioritaires et immédiats : l'inscription dans le règlement arbitral de l'assouplissement du C2 consultant et la PDS pour tous les spécialistes en établissement.

Malheureusement Jean Paul ORTIZ ,qui était candidat à la présidence, n'a pas été réélu.

PA

2010-03-25

U.ME.SPE: COMMUNIQUÉS DE PRESSE

les médecins spécialistes de proximité :

les médecins spécialistes de proximité :

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. se félicite que le Président de la République redécouvre l'importance de la médecine de proximité.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F rappelle que les soins de premier recours comportent non seulement des spécialistes en médecine générale mais également des médecins exerçant des spécialités cliniques à titre exclusif (endocrinologues, pédiatres, neurologues, psychiatres, gynécologues médicaux, réadaptateurs fonctionnels, dermatologues ...) ainsi que des médecins à exercice particulier.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F souligne que le blocage des mesures tarifaires, voire la dévaluation des actes au cours de ces dernières années (radiologie, rhumatologie, biologie ...) portent atteinte à l'organisation médicale de proximité, gage de qualité et d'accessibilité à notre système de soins plébiscité par nos concitoyens et porteur d'économies en terme d'hospitalisation coûteuse évitée.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F demande au Président de la République d'établir une fongibilité des enveloppes entre les structures hospitalières et la médecine de ville lorsque celle-ci impliquant les mesures de maîtrise médicalisée et d'accessibilité aux soins facilite l'optimisation financière des prises en charge.

2010-04-02

BREVES SYNDICALES

> ELECTIONS URPS REPORTEES au le 29 septembre.

LA MINISTRE de la Santé a précisé que ce délai permettrait aux syndicats de « disposer du temps nécessaire pour conduire leur campagne ». Elle a par ailleurs confirmé que les négociations conventionnelles seraient ouvertes à l'issue du scrutin.

La ministre a tenté de rassurer les 300 cadres de MG-France sur son « attachement à la médecine générale ». « Je connais vos revendications et je les comprends », a-t-elle répondu au président du syndicat, le Dr Claude Leicher, qui l'avait interpellée sur l'exaspération des médecins généralistes, leur manque de reconnaissance et de moyens. « Nous avons des marges de manœuvre, à nous de les identifier », a-t-elle poursuivi.

Alors que l'application de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) suscite inquiétude et crispations, Roselyne Bachelot a affirmé avoir « entendu » les médecins généralistes : « Je vous ai entendus sur l'organisme de gestion du développement professionnel continu (OGDPC, dont sont pour l'heure écartés les médecins, NDLR), sur la continuité des soins et la déclaration des absences ou encore le contrat santé solidarité (...) Les décrets qui posent problème pourront être revus et assouplis. »

La ministre de la Santé a insisté sur l'importance d'apporter une « réponse concrète » au problème des conditions de travail des médecins et de la démographie médicale. Elle a réaffirmé que le président de la République recevrait les responsables des syndicats de médecins pour « bâtir un plan en faveur de la médecine de proximité ». « Cela constitue l'une des priorités fortes de la seconde moitié de son quinquennat », a-t-elle assuré.

Avant de quitter le congrès, Roselyne Bachelot s'est entretenue avec six médecins généralistes de MG-France, qui lui ont exposé leurs principales préoccupations.

CH.G.**Bataille tarifaire/ menace des syndicats - Réélu pour quatre ans à la tête de la CSMF, le Dr Michel Chassang a immédiatement engagé son syndicat dans une bataille tarifaire radicale à compter du 12 avril. Plusieurs engagements de la convention 2005 n'ayant pas été tenus, la CSMF exige que le règlement arbitral « solde » le passif en prévoyant l'application des mesures tarifaires déjà négociées. Faute de réponses, le syndicat lancera les hostilités. Le Quotidien du médecin, Cyrille Dupuis,

**Rencontre entre Nicolas Sarkozy et les médecins libéraux - Huit médecins sur dix n'ont pas confiance en la politique de l'exécutif selon un sondage publié dans le Quotidien du médecin. Nicolas Sarkozy a réuni une douzaine de médecins libéraux sur quatre jours avant le second tour des régionales et a annoncé une « consultation » avec les représentants des syndicats médicaux. Le Figaro, Marc Landré   

**Développement professionnel continu (DPC) – Loin de faire l'unanimité, la réforme du DPC prévue par la loi HPST est rejetée en bloc par les médecins.  Le Quotidien du Médecin, Christophe Gattuso 

 **DGOS – Avec Annie Podheur à sa tête, la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) remplace la DHOS. Elle présentera son projet stratégique dans 3 mois mais n'a pas attendu pour déjà mener à bien sa nouvelle mission en nouant des liens avec les médecins libéraux.  Le Quotidien du Médecin, Delphine Chardon

** La taxe sur les feuilles de soins reportée à janvier 2011. Le Quotidien du Médecin (Quotimed.com), Le Figaro, La tribune - 1er avril 2010.

PA

2010-04-07

EN DIRECT DU SYMHOP :

*ARS : Régionalisation ou déconcentration de l'Etat ?

Depuis le 1er Avril, les ARS sont maintenant installées dans les régions. Ces méga structures remplacent les ARH, URCAM, MRS etc.... au total 7 institutions mais la bureaucratie française devrait s'en remettre : il s'agit certainement d'une mainmise de l'Etat déconcentrée en régions, Etat qui contrôlera l'ensemble du dispositif hospitalier et la médecine de ville, ainsi que les Caisses d'Assurance Maladie.

Un des premiers dossiers confiés aux ARS : la PDS ! Voilà qui tombe bien, dans le cadre du mouvement lancé. Nous pourrons ainsi juger sur pièce....

* Salariés en Clinique : vers la mort du statut libéral ?

Nous l'avions maintes fois dénoncé lors de la discussion de la loi HPST, mais la FHP, représentant les Directions d'Etablissements l'avait obtenu : il est maintenant possible de salarier des médecins en Clinique pour une activité de soins et l'Etablissement peut encaisser les honoraires des médecins selon la nomenclature. Cette rupture hautement symbolique entre la part qui revient à l'établissement pour l'accueil et la prise en charge du patient et la part qui revient au médecin pour le soin médical effectué est bien le germe de la mort de l'exercice libéral. Pourtant c'est bien le statut libéral de ses médecins qui a donné à l'hospitalisation privée son dynamisme actuel. Pourtant, le statut salarié est toujours beaucoup plus coûteux pour la collectivité et beaucoup moins efficient pour l'établissement. Malheureusement, nos jeunes confrères risquent souvent de préférer le confort douillet d'un salariat à la liberté de l'entreprise libérale. Ils se rendront compte rapidement de leur perte d'indépendance professionnelle, des pressions qu'ils auront à coup sûr sur leurs prescriptions, bref du lien de subordination entre le médecin et le Directeur d'Etablissement. Il nous reste à leur faire découvrir les avantages de notre mode d'activité libérale...

** Vers des internes en Cliniques ? ...

La Loi le permet depuis Juillet dernier : les Internes pourront effectuer des stages en hospitalisation privée. Les contacts sont pris avec les représentants des internes, la FHP et les différents représentants des médecins. Une prochaine rencontre avec les Doyens est prévue. Les réticences sont nombreuses en particulier du côté de la Faculté mais la demande est forte de la part de nos jeunes collègues, et l'enthousiasme est grand dans un nombre important d'établissements et d'équipes de médecins libéraux. Les spécialités les plus demandées par nos jeunes confrères sont l'anesthésie, l'urologie, la chirurgie de la main et la radiothérapie. Mais d'autres expériences pourront être menées en région. Reste à régler les aspects financiers, d'assurance RCP, et d'organisation sur le terrain.... Les équipes intéressées devront élaborer un projet pédagogique de formation. Mais ceci se fait déjà dans certains établissements et ne demanderait qu'à être reconnu et étendu

2010-04-15

REVUE DE PRESSE de MI- AVRIL

**Médecine générale – La décision de la cour de Cassation qui a refusé, jeudi 8 avril, que des généralistes appliquent le tarif de consultation spécialiste, est un coup dur porté à la médecine générale. Les généralistes libéraux traversent une crise identitaire, liée à leurs conditions de travail et à la faible considération sociale dont ils jouissent en comparaison des autres disciplines médicales.

Le Monde, Laetitia Clavreul

**Généralistes / revalorisation de la consultation - Les médecins généralistes réclamaient depuis 2007 la revalorisation de leur consultation de 22€ à 23€ Nicolas Sarkozy vient d'exaucer leurs vœux même s'il faudra attendre 2011 pour que cette mesure, qui devrait coûter 250 millions d'euros, devienne effective.

Le Monde, Laetitia Clavreul

Le Président de la République recevra les syndicats début mai

** Déremboursement - Le gouvernement a décidé de baisser de 35% à 15% le taux de remboursement de 150 produits. De fait, la création d'une nouvelle vignette orange est vivement critiquée par les mutuelles et les associations de patients. Cette mesure devrait permettre une économie de 145 millions d'euros.

Le Monde, Laetitia Clavreul

** Qualité des soins – Dans un entretien, le professeur Laurent Degos, directeur de la HAS présente le symposium sur l'impact clinique des programmes d'amélioration de la qualité, co-organisé par la HAS et le British Medical Journal (BMJ) qui s'ouvre aujourd'hui à Nice.

Le Panorama du médecin, Pr Laurent Degos

PA

2010-05-07

REVUE DE PRESE DE FIN AVRIL

Maternités - A la fois médical, politique et social, la question de la fermeture des cliniques provoque de nombreuses tensions. Pour une meilleure qualité des soins, des dizaines d'établissements ont déjà fermé ou ont fusionné. Depuis 2007, une trentaine de maternités ont été restructurées selon le ministère de la Santé. Pour Jean Marty, secrétaire général du Syndicat national des gynécologues-obstétriciens, « le système de périnatalité s'est détérioré, sur 3600 gynécologues seuls 1200 pratiquent encore des accouchements ».

Le Journal du Dimanche, Juliette Demey et Guillaume Mollaret

Mouvement des médecins généralistes – Les gestes du gouvernement (le C à 23 euros au 1er janvier 2011, la mission de concertation confiée à Elisabeth Hubert...) n'apaisent pas le mouvement des généralistes. Ils prévoient une extension de la grève de la télétransmission des feuilles de soins électronique et des manifestations devant chaque ARS le 20 mai prochain.

Le Quotidien du Médecin, Henri de Saint-Roman

CAP1 – La Cour européenne de justice vient d'autoriser le paiement à la performance britannique avec incitations financières pour encourager la prescription de génériques. Cet arrêt va dans le sens de l'Assurance-maladie pour la mise en place des futurs CAPI.

Le Quotidien du Médecin, Christophe Gattuso

Génériques – Face aux disparités géographiques dans la prescription des génériques, la Sécurité sociale a décidé de signer un accord avec les trois grands syndicats de pharmaciens visant les départements qui se situent en dessous du taux moyen de substitution (80%).

Les Echos, Vincent Collen

Dans la presse du 27 avril 2010

Réforme de la santé Américaine - Interview de David Snow, Pdg de Medco, groupe gestionnaire des ordonnances médicales de 65 millions d'Américains. C'est un des rares professionnels de la santé favorable à la réforme de Barack Obama.

Le Monde, Caroline Talbot(correspondante, New York)

DGOS – Interview d'Annie Podeur, qui présente la stratégie de la nouvelle Direction générale de l'offre de soins, dont elle est la directrice. Au programme, permanence des soins et schémas régionaux d'organisation des soins.

Le Quotidien du médecin, propos recueillis par Cyrille Dupuis

Réforme de l'EHESP – La réforme présentée par Antoine Flahault, directeur de l'EHESP, provoque un tollé chez les élèves directeurs et les directeurs d'hôpitaux. Selon ce projet, une partie de l'enseignement serait délivrée à l'ESSEC et la formation serait ouverte à des dirigeants de clinique privée, ce qui porterait atteinte à la conception du service public, selon les syndicats hospitaliers opposés à la réforme.

Le Quotidien du médecin, Delphine Chardon

PA

2010-05-04

REGLEMENT ARBITRAL

Le ministère entérine le règlement arbitral

Roselyne Bachelot a présenté ce matin les grandes lignes du règlement arbitral que Bertrand Fragonard lui a remis il y a quinze jours. Ce texte va désormais régir les relations entre les médecins libéraux et l'assurance-

maladie jusqu'à la future convention médicale qui devra être conclue après les prochaines élections professionnelles programmées le 29 septembre. Il entrera en vigueur demain, mercredi, par la publication d'un arrêté au « Journal officiel ». Dans un contexte tendu entre les pouvoirs publics et le corps médical, le gouvernement joue l'apaisement. « Il s'agit d'un texte équilibré qui s'appliquera pendant au moins un an jusqu'à la mise en place de la prochaine convention », a indiqué Roselyne Bachelot. Certains épineux dossiers ont été évités comme le secteur optionnel ou la régulation de l'installation des médecins. « Les partenaires vont se réunir dès le mois d'octobre, a précisé la ministre de la Santé. Eux seuls sont en mesure de trouver les équilibres permettant de dénouer les sujets complexes mais structurants pour l'avenir de notre système de santé. » Bertrand Fragonard, président délégué du Haut Conseil de la Famille, a pour sa part souligné le fait que son projet était avant tout un « texte de reconduction » qui permettra de « consolider les dispositifs conventionnels ». Voici les principales mesures de ce texte :

- Le C à 23 euros au 1er janvier 2011.

La consultation des généralistes passera à 23 euros et le V à 33 euros au 1er janvier 2011. Le ministère de la Santé souligne que cette mesure aura des effets sur la rémunération des médecins qui assurent la régulation téléphonique de la permanence des soins dans les Centres 15 et le tarif de l'acte de consultant des spécialistes (C2 à 46 euros). Le coût de cette mesure est évalué à 290 millions d'euros par l'assurance-maladie.

- Incitations financières à la télétransmission.

Le texte crée des incitations financières à la télétransmission en contrepartie de la future taxe sur les feuilles de soins papier. Les médecins continueront de bénéficier d'une aide de 0,07 centime par feuille de soins électronique et non de 0,04 centime comme envisagé un temps. Cette prime sera conditionnée à l'équipement par le praticien d'un matériel informatique conforme à la dernière version du cahier des charges du GIE SESAM-Vitale. Deux mesures nouvelles sont prévues pour booster la télétransmission : un forfait annuel de 250 euros « versé au médecin qui télétransmet au moins 75 % de ses feuilles de soins » et un forfait annuel de 250 euros également pour les médecins qui établiront les nouveaux protocoles de soins ALD par voie électronique. Cette mesure s'appliquera aussi à l'envoi électronique des prescriptions d'arrêts de travail. Là encore, le taux de télétransmission devra atteindre au moins 75 %. Le coût total de ces mesures pour l'assurance-maladie est de 30 millions d'euros. Le directeur de l'assurance-maladie a déjà annoncé que la taxe sur les feuilles papier (prévue par la loi HPST) s'élèvera à 50 centimes par feuille pour les praticiens qui télétransmettront moins de 75 % de FSE. Cette pénalité doit entrer en vigueur le 1er janvier 2011.

- La majoration de 20 % reconduite.

Le dispositif prévu par l'avenant 20 de la convention médicale est prorogé. Il prévoit une majoration forfaitaire annuelle de 20 % des honoraires des médecins généralistes installés dans des zones déficitaires en médecins. Pour en bénéficier, le médecin doit s'engager à travailler pendant au moins trois ans dans cette zone, exercer en groupe et pratiquer des tarifs opposables mais aussi avoir une activité réalisée aux deux tiers auprès de patients résidant dans la zone déficitaire où il s'est installé. Jusqu'à présent, 650 médecins ont profité de l'avenant 20 pour une majoration d'honoraires moyenne de 26 000 euros. Le dispositif disparaîtra à la date d'entrée en vigueur du premier schéma régional d'organisation des soins (SROS). Il sera remplacé par un nouveau dispositif lors de la prochaine convention. Le règlement arbitral

prévoit cependant le maintien pendant deux ans des avantages consentis même si la zone dans laquelle les médecins sont installés n'est plus considérée comme déficitaire dans le prochain SROS.

- 543 millions d'euros de maîtrise médicalisée.

Le règlement arbitral prévoit de reconduire les objectifs ainsi que les programmes et thèmes de maîtrise médicalisée de l'avenant 23. Bertrand Fragonard y a ajouté l'amélioration de la prescription des médicaments à visée antalgique et des antidiabétiques. Au total, les médecins libéraux devront réaliser 543 millions d'euros d'économie en 2010 dont 289 millions d'euros sur les médicaments. Un effort est par ailleurs demandé aux praticiens sur la prescription des indemnités journalières (88 millions d'euros) et des transports sanitaires (95 millions d'euros). Les médecins devront également mieux utiliser l'ordonnancier bizonne pour les patients en affection de longue durée (ALD) – 59 millions d'euros d'économies sont attendus.

- Le dispositif de permanence des soins reconduit.

Le règlement arbitral proroge le dispositif existant de permanence des soins (PDS). Il maintient pour les médecins effecteurs l'astreinte de 50 euros par tranche de quatre heures aux horaires de la PDS. Les majorations d'honoraires de nuit restent inchangées pour les actes régulés. Pour les médecins régulateurs, la rémunération forfaitaire est toujours fixée à 3 C de l'heure. Ils bénéficient également de la prise en charge des frais d'assurance de responsabilité civile médicale.

- La FPC prolongée jusqu'au DPC.

Le ministère de la Santé a décidé de prolonger d'un an la formation professionnelle conventionnelle (FPC) jusqu'à l'entrée en vigueur du développement professionnel continu (DPC), attendue au 1er janvier 2012. Il est prévu que la contribution annuelle des caisses d'assurance-maladie (51,4 millions d'euros en 2009) sera versée à l'Organisme gestionnaire du DPC (OGDPC) lors de son entrée en fonction.

- Le secteur II accessible pour les assistants spécialistes des CHU.

Les 400 assistants spécialistes nommés ces deux dernières années dans des CHU pourront accéder au secteur II. Ce nouveau statut ne pouvait accéder à ce secteur d'exercice avant l'élaboration de ce règlement arbitral, qui « répare un oubli ».

- Pas d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'ACS.

Les patients bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) seront dispensés de l'avance des frais pour les soins réalisés dans le cadre du parcours de soins. « Cette mesure prolonge les efforts entrepris pour renforcer le taux d'accès à une couverture complémentaire », indique le ministère de la Santé. Quelque 2,3 millions de personnes sont susceptibles d'être concernées par le dispositif.

CHRISTOPHE GATTUSO Quotimed.com,

2010-04-21

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. COMMUNIQUE DE PRESSE
LE RÔLE DE LA MÉDECINE SPÉCIALISÉE DE PROXIMITÉ
DANS NOTRE SYSTÈME DE SOINS

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. se félicite, qu'enfin, le Président de la République se préoccupe du rôle important que joue la médecine libérale dans l'accès aux soins dans notre pays. Il s'agit d'un premier pas qui reste insuffisant même avec une date fixe pour le C à 23 euros.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. rappelle que la médecine spécialisée de proximité est un élément fondamental de la qualité du système de soins français, de son accessibilité par les patients qui bénéficient d'une médecine spécialisée complémentaire en ville et à l'hôpital.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. pousse un cri d'alarme sur l'absence totale de reconnaissance des spécialités cliniques à exercice exclusif qui jouent un rôle de consultant précieux par leur efficacité et évitent ainsi des recours inutiles aux services d'urgence encombrés ou dans des structures hospitalières lourdes et coûteuses.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. s'indigne des attaques répétées contre les plateaux techniques d'imagerie libérale. Si les revenus des spécialités cliniques sont notoirement insuffisants, ceux des spécialités médico-techniques restent inférieurs à la moyenne européenne et ne permettent plus, après les baisses tarifaires des trois dernières années, d'assurer un renouvellement et une pérennité pour les plateaux techniques de proximité.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. demande que, contrairement à la politique menée depuis trois ans, l'ensemble de la problématique du parcours de soins, de l'utilité de la médecine libérale dans toutes ses facettes, soit abordée sans exclusive et sans sectarisme avec, au contraire, une volonté de complémentarité à travers la définition des pratiques coopératives.

UMESPE

2010-04-24

COMPTE-RENDU de AG DES PRATICIENS DES HÔPITAUX A TEMPS PARTIEL RAPPORT MORAL

Lors de notre dernière assemblée générale nous vous avons proposé d'intervenir auprès des sénateurs dans le cadre de l'examen de la loi HSPT afin que ne soit pas oubliées nos attentes de révision statutaire. Ainsi l'année 2009 aura été marquée par une avancée

importante de nos revendications avec l'alignement de notre grille d'émoluments sur celle des PH temps plein, cependant que le Conseil d'Etat ne jugeait pas illégale la discrimination dont nous faisons l'objet, clôturant ainsi la procédure engagée.

Toutefois notre statut reste inégalitaire au regard de celui des temps plein conduisant nombre d'entre nous à renoncer à cette modalité d'exercice pour un statut de PH temps plein, éventuellement avec une activité réduite, ou en renonçant à une activité hospitalière. En effet certains points nous sont défavorables:

- le système des primes qui se multiplient
- notre régime Ircantec,
- nos droits à la formation.

Les membres de notre association se font vieillissants, pour que l'association perdure il est nécessaire que des plus jeunes nous rejoignent et puissent prendre le relais. Faites connaître la coordination à vos jeunes collègues. Il est souhaitable que son conseil d'administration se renouvelle l'an prochain au terme de son mandat.

RAPPORT FINANCIER

Nos dépenses s'élèvent à 866,09€ et nos recettes à 1.687,28€ soit un bénéfice de 821,19€

BILAN COMPTABLE au 31.12.09

Recettes:

- cotisations: 1.320,00€
- intérêts du CSL: 367,28€
- total: 1.687,28 euros

Dépenses:

- papeterie: 78,79€
- poste: 304,00€
- C.A.: 337,30€
- total: 866,09 euros

soit un bénéfice de 821,19 euros

SOLDE DES COMPTES

compte sur livret:

solde au 01.01.09: 10.000,00€
- intérêts 2008: + 315,71€
- intérêts 2009: + 51,57€
- virement du compte courant: + 684,29€
solde au 31.12.09: 11.051,57 euros

compte courant:
solde au 01.01.09: 1.924,31€
- cotisations: + 1.320,00€
- dépenses: - 866,09€
- virement sur le CSL: -
684,29€
solde au 31.12.09: 1.693,93 euros

Les rapports moral et financier sont approuvés à l'unanimité

AFFAIRE DEVERS

Nous sommes en souci avec Maître Devers:

Un certain nombre de collègues qui se sont engagés dans la procédure judiciaire n'ont jamais eu de nouvelles de lui après encaissement des honoraires qu'ils lui ont versés. Deux lettres recommandées lui ont été adressées dernièrement, l'une par un des collègues concernés, l'autre par moi-même; elles sont restées sans effet.

Nous avons donc décidé de prendre conseil auprès du Bâtonnier de Lyon, Maître Myriam PICOT; vous trouverez ci-joint copie de la lettre que nous lui adressons. Nous demandons à tous ceux qui sont concernés de lui adresser également un courrier et/ou de me le faire savoir.

COTISATION

Le montant de la cotisation 2010 reste à 15€. Si vous l'avez déjà réglée cela figure sur cet envoi.

Pour être tenu au courant dès qu'il y a du nouveau n'oubliez pas de communiquer une adresse électronique.

Bien confraternellement

association loi 1901 - 218 rue Paul Bert à 69003 Lyon - tel: 04.72.34.56.85 - agabe@wanadoo.fr

nb 5 présents, 39 représentés

Cette assemblée générale a eu une allure de Conseil d'Administration car aucun autre membre n'était présent.

Docteur Anne GABÉ,

2010-05-07

Avis de décès suite à la parution du décret HPST réformant les CME

C'est bien d'un enterrement de première classe qu'il s'agit, celui de l'hôpital d'aujourd'hui avec son équilibre médico-administratif, issu de ce partenariat entre praticiens et gestionnaires, construit, réforme après réforme, sur la raison et l'expérience pour faire fonctionner et piloter au mieux nos établissements publics de santé et délivrer le meilleur service aux patients.

Bien avant l'ordonnance de mai 2005 sur la nouvelle gouvernance, nous combattions cette mainmise progressive de la gestion et du management sur l'organisation des soins. Au moment de la préparation de la loi HPST, nous avons mené ensemble de nombreuses actions dénonçant les menaces qui pesaient sur l'exercice médical à l'hôpital. Et en tout premier lieu sur les soins et sur le service public. Hélas, nous n'avons pas été entendus.

Au fond, ces perspectives de déresponsabilisation des praticiens, tellement éloignées des pratiques et des réalités de l'hôpital, personne ne pouvait y croire.

Eh bien pourtant c'est fait ! Le décret du 30 avril sur les CME entérine cette mise à l'écart du corps médical et de son instance représentative, la CME, de la marche des affaires de l'hôpital et de son pilotage. La prise de décision est donc confiée au seul directeur aux pouvoirs étendus, lui-même aux ordres du DG de l'ARS.

"Un seul patron à l'hôpital" : derrière ce slogan présidentiel, c'était la volonté de la plupart de nos directeurs, en tout cas des organes qui les représentaient. La Fédération Hospitalière de France en particulier s'est toujours mobilisée pour ce résultat. Nos décideurs politiques, pour des raisons économiques, ont mis à leur tour tout leur poids pour cette mutation radicale dans l'organisation de l'hospitalisation publique.

Et pourtant il n'est plus besoin de démontrer qu'"un seul patron", dans la complexité de l'hôpital, c'est un contresens désorganisateur, absurde et contre productif qui nous mènera dans le mur en facilitant les recompositions hospitalières avec la montée en charge des cliniques. Mais n'est-ce pas ce qui est programmé ?

Bien entendu, les mutations ne s'appliqueront pas partout de la même façon en fonction de la grande diversité de nos établissements et de nos dirigeants. Il y aura des nuances, mais le sens général est bien celui là, en défaveur de l'offre de soins que nous représentons.

Nous souhaitons que chaque praticien, que chaque CME s'expriment sans attendre sur ces dispositions qui nous concernent au premier chef pour l'exercice de notre métier. Nous restons à leur disposition.

Lire le texte du décret sur le site de la CPH : <http://www.cphweb.info/spip.php?article679>

Dr P. Faraggi, Prdt CPH

2010-08-24

La presse du juillet

Hôpital – Suite au décret d'application de la loi HPST publié au JO le 11 juillet dernier, les patients/usagers pourront désormais participer aux commissions d'activité libérale.

Le Quotidien du médecin, Karine Piganeau

Maternité – Le 12 mai dernier, le tribunal administratif de Nîmes a statué en faveur de la réouverture pour 5 ans de la maternité de Valréas (Vaucluse) fermée

l'année dernière. Cette décision est une victoire pour les habitants et les élus ; cependant la constitution d'une nouvelle équipe médicale s'avère difficile. La Croix, Eve Chalmandrier

Assurance-maladie – L'annonce d'une nouvelle baisse des tarifs des analyses médicales en 2011 suscite de nombreuses réactions. Explications. Les Echos, Vincent Collen

Ircantec - Trois intersyndicats de praticiens hospitaliers et l'intersyndicat des internes ont signé un protocole d'accord d'aménagement de la retraite complémentaire des médecins hospitaliers (IRCANTEC). Le Quotidien du Médecin, Henri De Saint Roman

Elections URPS - le SML va ouvrir ses listes de candidats pour les prochaines élections aux URPS à des membres du syndicat Alliance. Le Quotidien du Médecin, Henri de Saint Roman

Restructuration de l'AP-HP – Les syndicats ont rejeté mercredi à l'unanimité le plan stratégique de l'AP-HP signant le regroupement de 37 hôpitaux en 12 pôles qui prévoit 5000 suppressions de postes d'ici 2014. Explications. L'Humanité, Cécile Rousseau

AP-HP – Mireille Faugère, numéro 2 à la SNCF jusqu'à la fin décembre, serait la remplaçante de Benoît Leclerc à la direction générale de l'AP-HP. Libération, Eric Favereau

Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) – L'ACS, mise en place en 2005, est destinée aux personnes dont les revenus sont modestes, mais trop élevés pour bénéficier de la CMU. Le gouvernement devrait élargir le nombre de bénéficiaires de cette aide.

Les Echos, Vincent Collen

Le point de vue de la FHF – Dans une interview, Gérard Vincent, délégué général de la FHF, défend la mesure qui consiste à fixer à 1500 personnes opérées par an le seuil d'activité en dessous duquel les services hospitaliers sont menacés de fermeture.

Libération, propos recueillis par Eric Favereau

Ordre des médecins - Interview du Dr Legmann, président de l'ordre des médecins. Il revient sur la « mise entre parenthèses » de deux mesures phares de la loi HPST très décriées par la profession. En matière de démographie et de permanence des soins, il plaide pour des solutions qui ne reposent pas que sur les médecins libéraux. Le Quotidien du Médecin, Henri de Saint-Roman

E-santé – Sous l'impulsion de la Datar, l'université d'été de l'e-santé organisée par la technopole de Castres-Mazamet a regroupé hier 600 professionnels de la santé et des nouvelles technologies pour concevoir de nouveaux services au croisement de l'informatique et de la santé. L'opération de la Datar vise à promouvoir un pôle de services à la population autour du nouvel hôpital intercommunal de 430 lits qui ouvrira en octobre. Les Echos, Laurent Marcaillou

Réduction des dépenses sociales – François Baroin, ministre du budget, a présenté la trajectoire de rétablissement des comptes pour 2011 à 2013. Parmi les mesures annoncées, la diminution de l'aide à domicile, la baisse du nombre de contrats aidés, des économies de la Sécurité Sociale. La Croix, Marie Dancer

Patients numériques – Inspirés de l'industrie automobile ou de l'aéronautique, ces nouveaux patients numériques qui simulent un infarctus ou encore un choc anaphylactique permettent aux médecins de s'entraîner avant de se retrouver face à de « vrais patients ». Du fait de son coût élevé (entre 60 000 et 300 000 euros), seulement quelques universités sont équipées en France pour le moment. Le Figaro, Sandrine Cabut

Le voile à l'hôpital – A l'heure de l'examen du projet de loi sur l'interdiction du voile intégral dans l'espace public, Isabelle Lévy, essayiste, rapporte dans un entretien les dérives intégristes dans les hôpitaux. Libération, propos recueillis par Catherine Coroller

Santé - En réaction à la baisse annoncée du prix des cigarettes, Roselyne Bachelot souhaite une augmentation des taxes sur le tabac pour remettre les cigarettes à un prix dissuasif. Le Monde

54 hôpitaux menacés – Le Journal du dimanche dévoile en exclusivité la liste des 54 hôpitaux de France qui pourraient être contraints de fermer leurs blocs opératoires d'ici à trois ans. Le Journal du dimanche, Marie-Christine Tabet et Anne-Laure Barret

Déficit des CHU – Outre les problèmes de déficits abyssaux, le CHU de Caen est confronté à un problème d'amiante. La solution la moins coûteuse pourrait être sa reconstruction intégrale. Quant au CHU de Nancy, le retour à l'équilibre s'amorce avec un plan de redressement drastique. Les Échos, Philippe Legueltel et Pascal Ambrosi

AP-HP – Raoul Briet a été élu président du conseil de surveillance de l'AP-HP ; il l'a emporté sur Jean-Marie Le Guen, président sortant au titre d'adjoint au maire de Paris. Le Figaro, Olivier Auguste

Cliniques – La Fédération de l'hospitalisation privée a lancé une campagne pour promouvoir la convergence tarifaire entre les secteurs publics et privés. La FHP promet que « la Sécu pourrait économiser près de 15 milliards d'euros par an ». Le Quotidien du médecin, Karine Piganeau

Syndicat – En vue des prochaines élections aux URPS, le syndicat OAC-CSMF (anesthésie, obstétrique, chirurgie) passe à l'action. Le Quotidien du Médecin, Delphine Chardon

Création de l'ANSES - Issue de la fusion de l'AFSSET et l'AFSSA, cette nouvelle structure aura pour vocation de prévenir et de protéger les citoyens et les consommateurs contre les risques de plus en plus complexes et multiples. Ce rapprochement s'accompagne de tensions et d'inquiétude de part et d'autre. Le Quotidien du Médecin, Stéphanie Hasendahl
pa

2010-08-24

UMESPE ACTUS DE JUILLET

1 – ARS : tentative de mise sous tutelle des médecins libéraux

Il n'est pas étonnant lorsque l'on a assisté à la discussion sur la loi HPST, de comprendre que le Sros ambulatoire serait, à terme, forcément opposable et que les ARS voudraient mettre sous tutelle les médecins libéraux, comme le faisaient les ARH pour les structures hospitalières.

La demande des ARS d'obtenir la totalité des données de l'activité médicale de chaque médecin libéral, notamment en ce qui concerne les détails de son activité professionnelle, est une conséquence logique de la loi HPST. Ceux qui se réjouissent de cette loi doivent, maintenant, en tirer les conséquences. Les données individuelles de chaque médecin aux ARS, c'est la possibilité d'imposer des CAPI individuels, voire de faire des pressions vis à vis de tel ou tel médecin ou de groupes spécifiques, d'où l'intérêt d'appeler à voter pour les listes de la CSMF, seul syndicat capable de s'opposer, de rassembler et de proposer.

2 – Développement Professionnel Continu (DPC), nouveau concept qui remplace la FMC et l'EPP : un mécanisme complexe

Une réunion a été organisée par la HAS, le Ministère et la Fédération des Spécialités Médicales, pour mettre en place, d'une manière opérationnelle, les éléments liés à la loi. Il s'agit, manifestement, d'un mécanisme complexe. Les différents partenaires ne lisent pas les textes de la même manière, par contre, il faut souligner, pour les médecins exerçant dans les établissements de soins privés, que les CME auront, comme les URPS, un rôle facilitateur, mais la mise en place des programmes restera du domaine des organismes agréés. Par ailleurs, les situations à risque en établissements, importantes pour ceux-ci dans le cadre de la certification, ne seront, en aucun cas, le seul élément permettant au praticien de valider son DPC. Ceci est heureux et il faut éviter, dans ce domaine, à la fois la mainmise de l'Université mais, d'autre part, celle des Directions d'établissements. Le DPC doit rester entre les mains de la profession.

3- Fin du paiement de la PDS dans les cliniques !

La CSMF dénonce le premier dommage collatéral de la loi Bachelot et une provocation

Alors que depuis plusieurs semaines la CSMF avec sa branche spécialiste, l'UMESPE et ses praticiens exerçant en plateaux techniques du Pôle Anesthésie, Obstétrique Chirurgie (AOC), avait alerté les services de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et du Ministère de la Santé sur une des nombreuses incohérences de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » qui risquait de conduire, dès le 7 juin à un vide juridique pour le paiement des gardes et astreintes des praticiens exerçant en hospitalisation privée, le pire est arrivé !

Dans plusieurs départements, les caisses viennent de faire partir des salves de courriers annonçant aux praticiens que leurs activités de PDS ne seraient, désormais plus rémunérées. L'entrée en application de la loi Bachelot a mis fin à la rémunération de la PDS des praticiens qui en bénéficiaient. Belle réussite !!!!!

La CSMF, qui vient d'écrire à la Ministre de la Santé, dénonce cette incurie rare à la fois du Ministère de la Santé et des Caisses, pour exiger le rétablissement immédiat des praticiens concernés dans leurs droits avec effet rétroactif.

Pour la CSMF cet épisode relève de la provocation au moment où elle a engagé un combat pour la reconnaissance et le paiement de la permanence des soins de tous les médecins spécialistes exerçant en hospitalisation privée.

Lire le communiqué de la CSMF

Lire le courrier de la CSMF

Le Pôle AOC-CSMF s'interroge sur l'arrêt des gardes et astreintes dans les établissements privés sièges des services d'urgence

Pour le Pôle AOC-CSMF, qui dénonce l'imprévoyance de la Ministre et des parlementaires ayant voté la loi HPST, les anesthésistes, chirurgiens ou obstétriciens concernés n'ont pas à assurer des astreintes

bénévoles dans les établissements sièges de service d'urgence au mépris des accords passés entre l'Assurance Maladie et les réseaux de praticiens, notamment depuis la convention nationale du 11 février 2005.

Dans l'hypothèse où le ministère ne régulariserait pas la situation explosive qu'il vient de créer dans les cliniques, la CSMF n'hésitera pas à lancer une nouvelle action nationale.

4- Le chantier de la CCAM clinique sur les rails ?

Dans une lettre qu'il adresse à la CSMF, le directeur général de l'UNCAM annonce la mise en chantier de la future CCAM clinique. On peut se demander pourquoi une disposition, aussi fondamentale, prévue dans la convention de 2005, arrive aussi tard !

La CSMF suivra de très près ce chantier dont elle fait une de ses priorités pour la revalorisation des spécialités cliniques.

5-DPC : la CNP demande au gouvernement de revoir sa copie

La CNP, Conférence Nationale des Présidents d'URML, constate que le dispositif du développement professionnel continu (DPC), tel qu'il est proposé par le gouvernement est inacceptable. Les Unions reprochent au gouvernement de les exclure du dispositif alors qu'elles souhaitent pouvoir poursuivre leur mission d'information et d'accompagnement du DPC afin d'assurer un lien entre les organismes de développement professionnel continu et les médecins pour leur permettre de mieux se repérer et de faire leurs choix en toute connaissance de cause.

Dr. J-F. REY

2010-08-24

AOC JUILLET

LES INCOHERENCES DE LA LOI HPST OU COMMENT LES CHIRURGIENS SE RETROUVENT DANS LE COLLEGE DES SPECIALITES CLINIQUES !

Nous avons prévenu, diviser les médecins et créer un troisième collège spécial ne pouvait apporter qu'incohérence et division. Ce collège voulu par le Ministère, par Jacques DOMERGUE, député de l'Hérault, avec l'appui des syndicats qui ont soutenu la loi HPST, UCDF, MGF, FMF a divisé encore plus les chirurgiens.

En effet, séparer artificiellement les ORL, les ophtalmos, les stomatos et les chirurgiens maxillo-faciaux désunit la profession. Cette loi fait qu'un certain nombre de collègues chirurgiens se retrouvent dans le collège des médecins spécialistes médicaux. En effet le seuil minimum étant fixé à 50 actes de chirurgie en médecine libérale, un grand nombre de chirurgiens qui ont une activité libérale à l'hôpital public en consultation ne sont pas représentés dans le collège des chirurgiens. Le Président du Syndicat National des Orthopédistes est dans cette situation de même que le Président de la Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique. Il en est certainement de même pour bien d'autres collègues et notamment les plus jeunes lors de la première année d'installation, condamnés à rester 6 ans dans le collège médical.

Ces incohérences nous allons les vivre durement avec cette nouvelle loi HPST dont le but machiavélique est de diviser le corps médical pour l'affaiblir.

Seule réponse à cela, votez pour ceux qui ont toujours défendu l'unicité du corps médical, votez pour les listes AOC CSMF, Anesthésie, Obstétrique, Chirurgie de la CSMF.

Drs Jacques CATON, Président,

Michel LEVY et Yves VERHAEGHE, Vice-Présidents

et Jean-Luc BARON Trésorier

Pôle AOC- CSMF

AOC

2010-08-24

JUILLET:URPS LE BLOC

Nos trois syndicats (AAL, SYNGOF, UCDF) se sont réunis dans une liste commune, « LE BLOC », pour obtenir la représentativité, parce que nous sommes d'accord sur les revendications essentielles au bon fonctionnement en équipe des blocs.

Liste LE BLOC : Donnez-nous la légitimité de défendre vos intérêts

1) La tarification de la CCAM : Il faut obtenir le rattrapage du retard du tarif de nos actes de haute responsabilité, ce qui nécessitera des compléments d'honoraires. Nous voulons faire admettre définitivement l'accès à des compléments d'honoraires logiques et explicites pour tous les acteurs des blocs, en tenant compte des spécificités que chacun connaît.

2) Concernant le dispositif complexe de RCP, nous entendons être ensemble les interlocuteurs directs des pouvoirs publics pour des garanties intégrales et des coûts stables.

3) Enfin, nous refusons que les établissements s'immiscent dans le champ des tarifs médicaux. Mais la FHP ne nous considérera comme des interlocuteurs à part entière que si nous sommes représentatifs. Sur ces sujets, les autres syndicats, parce qu'ils sont polycatégoriels, sont et seront toujours dominés par les spécialités médicales plus nombreuses et ne peuvent défendre nos intérêts.

L'histoire le montre :

- La fermeture du secteur 2 à l'installation était acceptée par deux syndicats jusqu'à la grève des chefs de clinique. En secteur I, beaucoup de spécialités médico-techniques sont mieux rémunérées que nous ne le sommes en secteur II. Ils ont rénové leur tarif et bloqué les nôtres.

-les accords chirurgicaux d'août 2004 n'ont pas été repris par ces mêmes syndicats qui ont signé la convention de 2005. Depuis, les mêmes organisations syndicales ont signé un projet de secteur optionnel conçu par la Mutualité qui a pour objectif explicite de limiter le secteur 2 et qui exclut les anciens CES secteur I exerçant avec nous en équipe dans les blocs. Ne nous laissons pas manipuler !

-Le coût de la pratique de la CCAM a été scandaleusement établi en 2005 pour valoriser davantage les actes médico-techniques que les actes réalisés dans les blocs. Tous les syndicats des autres listes ont fait obstacle à notre demande de réouverture du dossier.

Nous avons eu l'heureuse surprise de constater que les ophtalmologues qui travaillent dans les blocs ont demandé à nous rejoindre dans notre second collège. Ils doivent, comme nous, défendre la valeur de leurs actes exercés au bloc. Le secrétaire général de leur syndicat (SNOF) est sur la liste électorale du Bloc en Île-de-France. Si nous obtenons la représentativité, nous nous engageons à leur laisser toute leur place dans les négociations conventionnelles.

-Dans le dossier de la RCP, aucun syndicat majoritaire ne nous a soutenus avec constance pour contrebalancer le lobby des assureurs. D'ailleurs à l'observatoire des risques médicaux le président CSMF joue pour eux et, contre nous.

Notre intérêt collectif est en jeu. Si, par relations, certains se sont sentis obligés de se disperser sur d'autres listes alors qu'ils ont toujours soutenu nos syndicats, ils doivent ne pas trahir nos intérêts communs et voter le 29 septembre pour Le BLOC.

Ce jour là, les pouvoirs publics vont procéder au décompte des effectifs pour chaque syndicat afin de déterminer lesquels sont représentatifs et donc habilités à s'asseoir à la table des négociations conventionnelles.

Pour obtenir cette représentativité, nous devons recueillir environ 50% des voix pour être sûr de dépasser la barre des 10% de tous les spécialistes. Chaque vote pour les autres listes sera l'indication pour les pouvoirs publics que la situation de non-prise en compte des réalités du Bloc peut continuer et, pire encore, avec notre consentement.

En obtenant la création de ce 2ème collège, nous avons gagné le droit de jouer cet instant de vérité : soit la légitimité pour la défense de vos intérêts ; soit au contraire le discrédit.

Voilà simplement pourquoi pour nous une seule liste : LE BLOC

BLOC

2010-09-15

LA PRESSE D' AOUT

Fermeture des petits blocs opératoires – Roselyne Bachelot l'avait reporté sine die mais la ministre de la Santé est revenue sur la parution du décret fixant le seuil d'activité minimal à 1500 séjours par an dans les services de chirurgie. Il devrait paraître fin 2010 mais n'entrerait pas en application avant fin 2012.

Une mission

d'accompagnement a été créée afin d'aborder chaque situation au cas par cas. Il n'entraînerait aucune fermeture d'hôpital de proximité... Quotimed, Henri de Saint Roman

Professions libérales – Le régime fiscal spécifique des professions libérales va être définitivement enterré, la charge fiscale des titulaires de 518 000 bénéficiaires non commerciaux sera ainsi allégée de 770 millions d'euros. Les Echos, Lucie Robequain

Dépenses de santé – Les dépenses d'assurance-maladie ont progressé de 3 % sur les sept derniers mois de l'année par rapport à la même période en 2009. Elles sont donc conformes à l'objectif de 3 % fixé par l'Etat en 2010. Le Figaro

Pénurie médicale – Le Canard relate le parcours du combattant d'une patiente pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste, dans un hôpital public de Nord-Mayenne. Le Canard Enchaîné, Isabelle Carré

Dettes sociales – Le gouvernement est en train de réfléchir à différentes solutions pour augmenter les recettes annuelles de la Cades de 3,2 milliards supplémentaires. Une des pistes est celle de l'exonération de taxe d'assurance pour les contrats santé responsables. Le coût de cette niche fiscale est évalué à 2,2 milliards d'euros. Les Echos, Etienne Lefebvre

Fuite des cerveaux – En créant 30 centres de recherche d'excellence, Israël compte convaincre une partie de ses 4500 scientifiques installés aux Etats-Unis de revenir travailler au pays dans des conditions équivalentes. Coût de l'opération : 300 millions d'euros cofinancés par les universités, le Trésor et un regroupement de fonds philanthropiques.

La Tribune, Pascal Lacorie

Mutuelles – La Cnil a autorisé la Mutualité française à consulter la liste des médicaments classés en fonction du « service médical rendu » établi par la Haute autorité de santé. Les associations de patients s'inquiètent de cette mesure. Explications.

Le Parisien, Boris Cassel

Retraite – 6 mois. C'est le délai qu'auront les 200 000 infirmiers de l'hôpital public pour choisir leur régime spécifique de retraite (catégorie A ou B). Mise en place pour remettre à flot la Caisse de retraite des infirmiers (CNRACL), cette réforme impliquera une augmentation des dépenses des hôpitaux compte tenu de la hausse des salaires.

Les Echos, Vincent Collen

Cliniques – En 2008, les cliniques ont réalisé un chiffre d'affaires de 8,7 % milliards d'euros, soit 2,4 % d'augmentation selon la FHP ; cependant près d'un tiers de ces établissements sont déficitaires. Les Echos, Vincent Collen

Télémedecine – Conseils, formation, aide au diagnostic, supervision d'opération... Le gouvernement indien investit actuellement dans un ambitieux programme de télémedecine pour les pays africains. Le Figaro

PA

2010-09-24

SML LES VENDANGES DE SEPTEMBRE

URPS : LE MOIS DE TOUS LES DANGERS ...

Septembre, le mois des vendanges ! Le millésime 2010 sera-t-il un bon cru ?

Depuis 2 ans, le SML a préparé cette récolte. Il a nettoyé, creusé, labouré le terrain pour le rendre le plus fertile possible. Il a réfléchi, trituré, rénové pour produire une nouvelle semence : celle d'un exercice libéral renouvelé et porteur d'espoir associé à un dialogue constructif mais sans concession aucune avec les institutions. Cette graine il l'a semée, couvée, comme l'objet de toutes ses attentions.

Il a suivi son sillon sans sourciller depuis des mois, présentant son projet au fin fond de nos régions. Le sourire un peu narquois de certains, la condescendance d'autres, ne l'ont pas empêché de poursuivre inlassablement son but :

Conforter ceux qui sont fiers de leur métier et de la façon libérale de l'exercer, en leur redonnant de nouveaux espoirs en l'avenir.

Ce cru 2010 sera celui d'une nouvelle convention avec des partenaires nouveaux. Il faut en tous cas l'espérer, car le ministère actuel s'est, lui, perdu dans une manipulation de syndicats du passé :

- L'un, MG France, dont le projet éculé reste celui de 1997 avec un officier de santé comme trieur de luxe
- et les autres, la FMF en tête, dont on ne sait plus si ce sont les spécialistes qui décident, d'un côté, d'opter pour une démagogie axée sur un ultra libéralisme qui fleure bon le 19 ième siècle, ou si ce sont les renforts « mexicains » de généralistes, principalement transfuges aigris du syndicat MG France, qui, eux, prônent un dispositif jumeau du médecin référent, dont on connaît hélas les conséquences néfastes.
- Sans oublier la mosaïque du « bloc », dont la seule utilité est de donner « enfin » (c'est ce qu'ils espèrent après leur allégeance au ministère) un galon à un chirurgien et un gynécologue de la même région, galon qu'ils n'ont jamais réussi à obtenir jusqu'à présent avec des propositions encore plus iconoclastes que celles de leurs amis de la FMF.

Les vendanges de cette récolte auront lieu en même temps quasiment que le grand remaniement ministériel annoncé...

Le SML sera l'artisan principal de ce millésime et attend de la nouvelle équipe institutionnelle une prise de conscience de la réalité du terrain qui se sera exprimée par le vote des médecins libéraux.

La qualité de ce cru ne pourra s'exprimer que par un respect mutuel et des engagements qui devront être tenus, avant 2012 ...cela va sans dire, car notre patience depuis 2007 a des limites !

<< LE CHIFFRE DU MOIUS DE JUILLET

Dépenses d'assurance maladie =+3 %

Conformément à l'Ondam + 2.9 %

Pour les dépenses de ville + 8.6 % pour les établissements médicaux sociaux

SML

2010-08-29

retraites des PH

Après la signature du protocole d'accord du 6 juillet 2010, Roselyne Bachelot s'est autorisée à déclarer dans une interview au Quotidien du Médecin « avoir sauvé le niveau des pensions des PH ».

Vérification faite, il n'en est rien! Nous sommes même très loin du compte ! Il suffit de quelques calculs (en PJ) pour se rendre à la triste réalité : pour la plupart d'entre nous, même en conjuguant la prime d'exercice public exclusif et un niveau non négligeable d'astreintes, la perte sera supérieure à 20% !

La défense de nos retraites reste donc un objectif prioritaire à la CPH qui se bat pour obtenir au delà de l'élargissement de l'assiette des cotisations Ircantec aux primes et aux astreintes:

- La prise en compte de 100% du salaire pour tous les praticiens à temps plein et à temps partiel,
- La reconnaissance de la pénibilité d'exercice, permettant l'attribution de trimestres supplémentaires,
- La mise en place par une capitalisation abondée par l'employeur d'un deuxième niveau de retraite complémentaire.

Sur ces 3 points essentiels, le ministère est resté sourd.

Dans ces conditions, alors qu'une grande mobilisation des salariés est appelée, dans toute la France, le 7 septembre par l'ensemble des confédérations syndicales pour la défense des retraites, personne ne comprendrait que nous ne soyons pas, nous les PH, mobilisés ce jour-là pour être présents, apporter notre soutien et rappeler nos propres revendications.

Nous déposons dès aujourd'hui un préavis de grève (en PJ) pour le 7 septembre et appelons tous les PH à participer aux différentes manifestations et à se déclarer gréviste ce jour-là pour au moins une heure.

P Faraggi

2010-10-25

la presse en octobre

Médecine de proximité – Très attendu du monde de la santé, le rapport Hubert sur la médecine de ville aurait dû être dévoilé début octobre. Le généraliste y consacre un dossier qu'il titre « Mais où est donc passé le rapport Hubert ? » Le Généraliste, François Petty et Véronique Hunsinger  

Infirmiers – L'accord signé en 2009 avec incitations financières à la clef commence à porter ses fruits. Les infirmiers sont un peu moins mal répartis sur le territoire. Le Figaro Economie, Olivier Auguste  

PLFFS 2011 -Pour le seul régime général, le texte du projet de loi de financement de la Sécurité sociale, examiné à l'Assemblée prévoit 21,3 milliards de déficit l'an prochain. De nouvelles taxes devraient financer la Sécurité sociale. Les débats en séance publique se tiendront à partir de mardi et devrait confirmer les amendements déjà votés par la commission des affaires sociales. Le Figaro, Armelle Bohineust 

 Profession : directeur d'hôpital – Portrait d'une profession difficile, avec de lourdes responsabilités et qui connaît, à la faveur de la loi HPST, une profonde mutation. Les Echos, Claude Barjonet  

Maternité – 1,3 milliards d'euros par an. C'est le coût que pourrait entraîner la nouvelle mesure adoptée hier par les eurodéputés portant à 20 semaines minimum la durée des congés maternité. La Tribune, Xavier Harel et Yann-Antony Noghès

  Interview/Rapport de Jacques Attali - Jacques Attali vient de rendre son deuxième rapport à Nicolas Sarkozy. Il revient sur la question du déremboursement intégral des médicaments au SMR faible, la prise en charge des ALD et le renforcement du rôle des complémentaires santé dans la régulation du système. Impact Médecine, Loan Tranthimy  

CDD à l'hôpital – Le statut de praticien clinicien, destiné à lutter contre le coûteux mercenariat médical, vient d'être publié le 16 octobre au JO. Ce « CDD hospitalier » n'est pas satisfaisant pour les syndicats, qui dénoncent un statut au rabais qui manque son objectif initial, celui de rendre les carrières hospitalières attractives.  Le Quotidien du médecin, Karine Piganeau 

 Offre de soins – Le Conseil économique et social régional d'Ile-de-France alerte sur la désertification sanitaire qui menace l'Ile-de-France. Il propose de nouvelles formes juridiques pour organiser le secteur libéral. Le Quotidien du Médecin, Cyrille Dupuis 

 Dossier pharmaceutique - Lancé fin 2008, le dossier pharmaceutique a séduit 10 millions de Français selon l'Ordre des pharmaciens. Activé avec la carte vitale, le DP assure un suivi personnalisé de la consommation de médicaments d'un patient dans l'ensemble des pharmacies de France. Aujourd'hui, il n'y a pas de lien entre le dossier médical personnalisé, même si comme le souligne la présidente de l'Ordre, Isabelle Adenot, « il doit de par la loi y être rattaché ». Sa mise en place a coûté 15 millions d'euros Le Figaro, Armelle Bohineust 

 Manifestation des PH – Les quatre intersyndicats (CMH, SNAM HP, CPH, INPH) manifestent aujourd'hui pour déplorer « l'état de santé de l'hôpital public » et notamment réclamer la mise en œuvre d'une politique de promotion et de modernisation des recrutements médicaux à l'hôpital. Le Quotidien du médecin, Karine Piganeau

•RCP – La proposition de Gilles Johanet sur la mutualisation du risque médical lourd sera à nouveau au programme des débats du PLFSS. Les généralistes préviennent qu’ils refuseront de payer pour leurs confrères. •Le Quotidien du Médecin, Delphine Chardon•

•Médicaments à l’hôpital – Les prescriptions hospitalières sont à l’origine des trois quarts de la croissance des médicaments délivrés par les officines en 2009. Explications. •Le Pharmacien Hôpital, Gilles Noussenbaum• •

pa

2010-10-14

URPS :Résultats- source ARS

La participation a été de 44,6% sur l'ensemble du corps électoral : de 47,1% pour les généralistes, de 47,3% pour les chirurgiens, les anesthésistes et les gynécologues-obstétriciens et de 40,1% pour les autres spécialistes.

Les résultats des principales listes pour chacun des trois collèges et par région sont consultables sur <http://www.ars.sante.fr/Resultats-des-elections-des-me.100063.0.html>

Pour chaque région, ces résultats détermineront le nombre de sièges dont les syndicats de médecins libéraux disposeront au sein de l'URPS, qui contribuera à l'organisation de l'offre de soins régionale, en partenariat avec l'agence régionale de santé.

Ces résultats permettront aussi de mesurer l'audience des syndicats médicaux dans la perspective d'une nouvelle enquête de représentativité. Désormais, seuls les syndicats qui auront atteint le seuil de 10 % des votants, soit chez les généralistes, soit chez les autres spécialistes, pourront être reconnus représentatifs et participer aux négociations de la prochaine convention médicale avec l'UNCAM.

Les principaux constats

- Le taux de participation est en légère baisse par rapport à ceux des précédentes élections. Pour mémoire, il était de 46 % en 2006 et de 52,7% en 2000. La campagne électorale n'a donc pas mobilisé autant que le prédisaient certaines organisations syndicales.

- Les équilibres syndicaux sont globalement inchangés chez les médecins généralistes. MG France reste le principal syndicat avec 30,2% des voix, soit un score proche de celui de 2006 (31,2%) et de 2000 (30,9%). La CSMF obtient 26,5% des voix, soit un score comparable à celui de 2006 (25,9%). Ce syndicat se stabilise donc à ce niveau d'audience alors qu'il avait 40,9% des voix en 2000. Le SML inverse la tendance avec 19,2% des voix contre 10,5% en 2006 et 15,9% en 2000. En revanche, la FMF, alliée pour ces élections avec Union Généraliste, perd du terrain avec 18,6% des voix contre 28,8% en 2006.

- Dans le collège des chirurgiens, des anesthésistes et des gynécologues-obstétriciens, création de la loi HPST, le syndicat Le Bloc domine largement la CSMF, le SML et la FMF avec 57,9% des voix. La CSMF totalise 18,3% des voix, le SML 14,7% et la FMF 7,3%. La mobilisation constatée au travers des résultats confirme le besoin de ces médecins sur le terrain de bénéficier d'une représentation distincte pour prendre en compte les spécificités de leurs conditions d'exercice.

- Chez les autres spécialistes, la CSMF est majoritaire avec 51,0% des voix, suivie du SML avec 31,28% et de la FMF avec 15,1%.

La ministre de la Santé et des Sports, Roselyne BACHELOT-NARQUIN, prend acte de ces résultats qui marque la fin de la campagne électorale.

Sur la base de cette nouvelle donne, elle poursuivra le travail avec tous les syndicats représentatifs pour moderniser l'offre de soins libérale, faciliter l'installation des jeunes médecins et apporter une réponse aux besoins des patients.

pa

2010-10-15

URPS : LE BLOC ON A GAGNE !!!

Grâce à votre investissement et à l'association de l'AAL avec l'UCDF et le SYNGOF, "Le Bloc" obtient 2/3 des sièges du 2ème collège.

L'intérêt et la confiance que vous nous portez motivent notre détermination à défendre la pratique de notre spécialité.

Cette élection n'est ni un commencement ni une fin, c'est la continuité d'un combat pour que la profession soit légitimement reconnue.

Ce combat que nous menons ensemble pour que notre représentativité soit établie se poursuit. Elle sera fonction du nombre d'adhérents cotisants lors de l'enquête du ministère.

Ainsi l'AAL a encore besoin de vous et de vos adhésions pour mettre en place nos projets , que nos actes soient enfin rémunérés à leur juste valeur, que tous les médecins anesthésistes réanimateurs puissent légitimement obtenir des compléments d'honoraires, que les problèmes des trous de garantie assurantielle soient résolus de façon pérenne et que soit efficacement organisé notre défense face aux ARS et aux établissements privés.

Nous saurons mériter votre confiance, mais nous ne gagnerons pas sans vous. Si ce n'est pas déjà fait, retournez le formulaire d'adhésion et parlez en autour de vous.

Ce formulaire est disponible sur le site et l'inscription peut aussi se faire en ligne. Site : <http://www.anesthesiologistesliberaux.org/>

H. MOUYSSSET Président

2010-10-20

CSMF Elections aux URPS : Halte à la désinformation !

La CSMF, premier syndicat médical français, s'élève contre la désinformation opérée par la Ministre de la Santé à propos du résultat des élections professionnelles aux URPS du 4 octobre.

A deux reprises, hier matin dans un communiqué et aujourd'hui dans une interview publiée dans les colonnes du Figaro, la Ministre s'évertue à maquiller la réalité des résultats et à nier l'évidence démocratique. Une telle situation est inédite et témoigne d'une partialité désormais affichée.

Les résultats communiqués par les services du Ministère hier après-midi, mais curieusement dissimulés à la presse, confirment que les opposants à la loi Bachelot totalisent 669 sièges sur 1124, soit 60% des sièges.

2010-09-24

PH temps partiels et attch"s

>> le Syndicat National des Praticiens Hospitaliers à Temps Partiel

<http://www.phtp.fr/>

tony.rahme@cegetel.net

rejoint les 15 syndicats de l'INPH.

>> SYNPA :Dr Harry Schepens

secrétaire général du SYNPA et du SYNATT (Lyon)

tél: 09 63 02 32 74 Fax : 04 72 32 07 33

email : syndicat.synpa@orange.fr

Site Web : <http://pagesperso-orange.fr/synatt.lyon> membre de la CMH

pa

2010-09-06

CSMF news

Privatisation du contrôle médical : c'est fait !

La CSMF s'était largement opposée à la mise en œuvre du contrôle des arrêts maladie par des médecins mandatés expressément par leurs employeurs, mesure inscrite dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

La CSMF avait alors dénoncé ce qui revient à la privatisation du contrôle médical puisque cette mesure prévoit désormais que ce n'est plus le médecin-conseil de la caisse qui juge du bien-fondé des arrêts de travail mais le médecin mandaté par l'employeur, dont les décisions peuvent entraîner la suspension du versement des indemnités journalières.

Au moment où le décret d'application de cette mesure inacceptable est publié, la CSMF dénonce à nouveau le flicage des arrêts maladie et de l'activité médicale qui pose de nombreux problèmes éthiques, moraux et sociaux dans un climat économique particulièrement tendu pour les Français.

Taxe professionnelle : la CSMF se félicite du recul du gouvernement

La réforme de la taxe professionnelle décidée par le gouvernement comportait un volet destiné à aggraver très injustement le montant de la taxe payée par les seules professions libérales et en particulier les médecins libéraux. Finalement le gouvernement aurait décidé d'abandonner ses mesures pourtant annulées par le Conseil constitutionnel et qu'il voulait réintroduire dès l'année prochaine.

La CSMF, qui s'était fortement mobilisée pour s'opposer à ce projet injuste, se félicite du recul du gouvernement qui renoncerait à pénaliser les médecins libéraux, mais reste vigilante tant que la loi de finances pour 2011 n'est pas votée. Par son action sur ce dossier, la CSMF souligne qu'elle a permis aux médecins libéraux une économie de plusieurs centaines de millions d'euros.

U.ME.SPE./C.S.M.F. rappelle que la mise en place de la CCAM technique n'a que trop duré. Ce n'est pas la frilosité des syndicats médicaux qui est en cause mais l'absence de financement de celle-ci par les caisses d'assurance maladie.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. rappelle que le postulat de base mettant une CCAM technique à budget constant est totalement dépassé par un coût de la pratique et la valeur du point travail non réévalués, depuis plus de 10 ans, et des honoraires bloqués pour de trop nombreux actes techniques.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. demande que la dernière étape de la CCAM technique soit mise en place en 2011 en utilisant les bénéfices financiers de la maîtrise médicalisée, engrangés au cours de ces trois dernières années, mais, également, avec une fongibilité des enveloppes ville / hôpital lorsque la ville remplit des missions habituellement financées pour les structures hospitalières.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. n'acceptera pas que se répètent les mêmes mesures de baisses tarifaires autoritaires que nous avons vues au cours de ces dernières années pour les radiologues, les médecins biologistes, les rhumatologues et les cardiologues interventionnels ainsi que les tentatives faites, sur l'anesthésie, pour la cataracte. C'est l'accessibilité aux soins et le maintien d'une médecine spécialisée de proximité qui sont en jeu. La destruction de la radiologie de proximité a commencé à travers ces mesures, elle se poursuit également en biologie et en rhumatologie.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. demande que, grâce à la finalisation de la CCAM technique, le coût de la pratique des spécialités qui reste actuellement évalué aux tarifs de la NGAP soit finalisé, ce qui est particulièrement important pour la radiothérapie, la médecine nucléaire face aux évolutions technologiques récentes.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. rappelle que la CCAM technique porte, dans son organisation, une revalorisation du point travail, bloquée depuis 2005, qu'un certain nombre d'actes doivent atteindre leur valeur cible et que tous les actes doivent bénéficier d'une évolution annuelle du point travail.

L'U.ME.SPE./C.S.M.F. rappelle, également, que le blocage actuel de l'évolution de la CCAM, et donc des revenus des médecins libéraux, est lié au blocage conventionnel depuis 2007, issu de la politique de MG France, et de ses alliés FMF et Bloc, alliance parfois incohérente entre des praticiens ayant revendiqué la liberté tarifaire face à un syndicat de médecins généralistes opposé aux dépassements et à la médecine libérale spécialisée de proximité.

csmf

2010-11-04
edito
Chers amis,

6 mois se sont écoulés depuis que vous m'avez confié la présidence de la FD.

Quel bilan au terme de ce semestre ?.

Nous avons d'abord tous vécu les différents épisodes de notre procédure juridique contre l'agence de voyage GM et nous devons nous préparer à un long et couteux marathon judiciaire ; Notre FD doit rester solidaire durant cette épreuve.

Heureusement nous devons poursuivre notre travail syndical et dans le cadre de la nouvelle loi « HPST » un certain nombre d'entre nous se sont impliqués dans les élections des URPS.

Parallèlement nous restons vigilants quant à l'évolution de la vie hospitalière et partageons l'angoisse de l'ensemble des praticiens hospitaliers (Qualité de travail, carrières, retraite).

La régionalisation de la santé, thème de notre congrès d'Opio, est un projet lourd de conséquences tant sur le plan humain que financier.

Les Agences Régionales de Santé ont maintenant les pleins pouvoirs et la réforme se fera avec ou sans le corps médical.

La FD restera vigilante et sera disponible pour alimenter la réflexion sur la politique futur de notre système de santé.

Enfin je remercie encore une fois notre ami Jean Claude Friedmann qui a organisé ce congrès d'Opio ou convivialité et tradition restent les piliers de notre FD.

Dr B. HOUIS

2011-01-16

edito 2011 janv

tout d'abord et comme le veut la tradition je voudrais vous souhaiter ainsi qu'à vos proches une très bonne année 2011 tant sur le plan professionnel que privé.

*2010 a été une année difficile avec la mise en place des ARS et surtout une remise en cause globale de la loi HPST par la majorité des syndicats médicaux.

*Que nous réserve 2011, l'année s'annonce délicate, le monde médical est toujours circonspect devant la mise en œuvre de la loi HPST, le futur fonctionnement des ARS reste une interrogation pour les médecins.

*Une grande partie de notre profession semble échaudé par le pouvoir en place. Tous les domaines (formation, liberté d'exercice, rémunération, unions) ont provoqué des débats multiples et houleux au sein du corps médical.

*Le président de la république a récemment repris contact avec le terrain, certaines promesses ont été faites sur les conditions d'exercice (simplification administrative), sur les mesures d'incitation à l'installation de nos jeunes confrères et une concertation sur le mode de rémunération des médecins sera menée tout au long de l'année.

*Quelle sera la place des URPS en 2011 ?. moteur de la réflexion sur la politique de santé ou simples contradicteurs des ARS ?.

*Un grand nombre d'entre nous engagés dans cette mission auront une tâche difficile.

*Pour ceux qui s'investissent à l'hôpital, l'ampleur du problème est tout aussi compliquée, la fracture médicale marginalise la place et le rôle des médecins à l'hôpital. Leur recrutement, les perspectives de carrière et le flou concernant les retraites sont autant de menaces pour l'exercice hospitalier.

*La communauté médicale refuse de n'être qu'un effecteur de soins administrés, cependant la ministre de la santé a été très claire : le directeur de l'hôpital dépourvu de toute compétence médicale est le seul maître à bord et reste soumis à l'autorité du directeur général de l'ARS.

*2011 sera donc pour les syndicats hospitaliers une année de combat !

*Alors pour terminer je laisse à votre appréciation le message que certains économistes tentent de nous faire partager

*L'obsession de la réduction des coûts est une ineptie, les dépenses de santé sont de bonnes dépenses car l'espérance de vie augmente, le secteur de la santé crée des emplois et ne nombreux progrès techniques.

*La santé ne doit pas tomber dans le piège de la maîtrise de ses dépenses.

*L'une des priorités de 2011 sera sans doute l'opportunité pour les syndicats de définir les conditions du futur conventionnement des médecins et sur le système idéal pour l'avenir.

**Nous aurons l'occasion d'échanger sur ces nombreux sujets lors de notre prochain congrès.

Encontramo-nos em Lisboa

Dr Bernard HOUIS

2010-12-12

Compte rendu AG sept 2010

I RAPPORT MORAL DU PRESIDENT ((DR BERNARD HOUIS))

6 mois se sont écoulés depuis que vous m'avez confié la présidence de la FD.

Quel bilan au terme de ce semestre ?.

Nous avons d'abord tous vécu les différents épisodes de notre procédure juridique contre l'agence de voyage GM et nous devons nous préparer à un long et couteux marathon judiciaire ; Notre FD doit rester solidaire durant cette épreuve.

Heureusement nous devons poursuivre notre travail syndical et dans le cadre de la nouvelle loi « HPST » un certain nombre d'entre nous se sont impliqués dans les élections des URPS.

Parallèlement nous restons vigilants quant à l'évolution de la vie hospitalière et partageons l'angoisse de l'ensemble des praticiens hospitaliers (Qualité de travail, carrières, retraite).

La régionalisation de la santé, thème de notre congrès d'Opio, est un projet lourd de conséquences tant sur le plan humain que financier.

Les Agences Régionales de Santé ont maintenant les pleins pouvoirs et la réforme se fera avec ou sans le corps médical.

La FD restera vigilante et sera disponible pour alimenter la réflexion sur la politique futur de notre système de santé.

Enfin je remercie encore une fois notre ami Jean Claude Friedmann qui a organisé ce congrès d'Opio ou convivialité et tradition restent les piliers de notre FD.

1 mn de silence à la mémoire de notre ami Besseme décédé cette année

II RAPPORT DU SECRETARIAT : DR PATRICK ARNODO

A) Réunions téléphoniques via la société «télé futé » et donc financement des communications pas par la FD mais par les membres du bureau. Si la trésorerie redore son blason il faudra peut être à l'avenir revenir à un paiement par la FD

B)1 Réunion Physique à AIX

C) SITE

Difficulté de maintenance car la société créatrice a vendu son activité à une autre fin 2009 et el nouveau gérant ne semble pas très intéresser par notre association...

Relances multiples par mail et tel mais les maj prévues pour 2009 et 2010 ne sont tjs pas réalisées...

Et l'implémentation me demande bcp de temps ...

Développement mis de coté vue la conjuncture financière .

III RAPPORT du Trésorier : (Dr LOURENCO) & approbation des comptes

BILAN FINANCIER 2009

I) ENTREES :

Remboursement du 50° congrès sera fait début 2010
27 Cotisations 1790 €
(64 en 2005, 44 en 2006, 41 en 2007, 68 en 2008)
Vente des actions Egéris 6423,90 €
Total : 8213,90 €

II) SORTIES :

Avance du 51° congrès sera fait début 2010

Réunions téléphoniques 687,31 €

Frais de déplacements des membres du bureau 1101,91 €

Courriers 2319,22 €

Site Fédé 1350 €

Frais d'huissiers 430 €

Placement livret 5000 €

Total : 10888,44 €

LES COMPTES

COMPTE CHEQUE : 146,33 €
COMPTE EPARGNE : 5415,69 € ACTIONS : 7825,60 €
SOIT 13387,62 €

Les commentaires :

Le déficit s'explique, d'une part par le manque de cotisations du fait de l'absence du congrès, les cotisations sont récupérées en partie en 2010, d'autre part le solde du précédent congrès est reçu début 2010.

Dans les dépenses de belles économies, les frais de déplacements des membres du bureau et de courriers ont été presque divisés par deux, l'information diffuse surtout par courriels.

Approbation à la majorité

IV Le Bureau, comme chaque année est démissionnaire.

P. Cressard plus ancien président présent prend la place de B houis et procède aux élections.

Après appel à candidature, un candidat à la présidence : Bernard HOUIS.

Cette candidature mise au vote : il est élu à l'unanimité.

La présidente est reconduite dans ses fonctions pour un an à 21 pour et 1 abstention

Le nouveau président décide de ne s'entourer que d'un bureau resserré. Il constitue ses membres dans les jours à venir.

Sont candidats : Dr ARNODO, Dr RIVOALLAN, Dr FARNOS Dr LOURENCO,
Dr FRIEDMANN

V L'assemblée décide :

A/ motion 1 relative à la REPARTITION DES FONDS DANS LE CADRE DE LA PROCEDURE CIVILE ENGAGEE CONTRE LES SARL G'M EVENTS ET G'M voyages Procédure suivie par le Dr FRIEDMAN

L'Assemblée Générale de la F.N.I.A.A.I.H.R.S. donne mandat à Maître Manuel BUFFETAUD, avocat au Barreau de LILLE, de procéder à la répartition des fonds provenant, d'une part, des versements qui doivent être prochainement effectués par l'A.P.S. sur son compte CARPA et, d'autre part, de la saisie-attribution pratiquée sur le compte bancaire de la SARL G'M EVASION par la SCP PANIEN-PLICHON, huissiers de justice à CAMBRAI.

Les fonds provenant de cette saisie ne seront définitivement acquis qu'après confirmation par la Cour d'Appel de DOUAI du jugement rendu par le Tribunal de Commerce de DOUAI.

L'Assemblée Générale décide que l'ensemble de ces fonds (versements APS et saisie attribution) sera réparti au pro rata du montant des sommes encore dues à chaque adhérent concerné par la procédure au titre du remboursement du coût du voyage, hors indemnités contractuelles. et frais d'huissier non remboursés.

B/ motion 2 : CONGRES 2011

*Thème médecin extra européen ou retraite

*Lieu : Barcelone ? Lisbonne ? (Dr Schnebelen connaît très la ministre portugaise de la santé et se propose d'organiser). Croatie ?

*Sponsort type placement immobilier : why not

2011-01-12

" Quelle décentralisation sanitaire ? " Du temps de « la terreur » aux équivoques

**La création des agences régionales de santé (ARS) s'inscrit dans la suite logique des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) qu'elles prolongent en étendant leur champ d'action et leurs pouvoirs au champ médico-social, social et au domaine de l'activité libérale.

C'est une nouvelle étape dans le processus de décentralisation de la décision sanitaire visant à la rapprocher de l'usager mais aussi ... à maîtriser les coûts de la santé ...

Pour mémoire, lors de la rédaction des ARH par les Ordonnances du 24 avril 1996, l'intention du législateur était de créer une administration de mission ... donc légère ... réunissant les services déconcentrés de l'Etat (DDASS DRASS) –dont la compétence s'exerçait essentiellement sur les établissements publics- et ceux de l'assurance maladie, dont la compétence s'exerçait principalement sur les établissements privés, l'objectif étant de développer les synergies entre eux, d'harmoniser l'offre de soins, d'éviter les redondances, donc d'améliorer l'efficacité du management sanitaire.

Dix ans plus tard, les ARH étaient devenues la coexistence de leurs deux composantes et surtout un échelon supplémentaire de l'organisation administrative. C'est une nouvelle fois l'illustration qu'une fusion de culture –ici entre les services de l'État et ceux de l'assurance maladie- ne se décrète pas et que les rigidités socioprofessionnelles ne se combattent pas avec de bonnes intentions ... même s'il s'agit d'entités qui assurent des fonctions de service public ou assimilables.

Le sigle chinois représentatif de la « crise » est l'association de deux sigles : l'un qui signifie « danger » et l'autre « opportunité »

Dans ces conditions actuelles, la création des ARS répond-elle à la quête du Graal pour remettre en ordre de marche, par magie, une organisation sanitaire en proie au doute et aux interrogations, ou bien est-elle une vraie ou une fausse bonne idée ? ...

Quand on ne sait pas où l'on va, il faut savoir d'où l'on vient
Dicton africain

L'histoire ne repasse jamais les plats mais la lecture historique met en perspective la situation ; elle élargit le champ de vision de la politique dans laquelle elle est inscrite. C'est le regard exploratoire proposé pour comprendre la situation actuelle, les enchaînements qui y ont abouti et éclairer les choix à opérer pour contribuer à la rénovation du fonctionnement sanitaire en évitant que s'effrite encore plus une organisation qui traverse mal le « trou d'air » de l'évolution brutale de la Société au cours de ces dernières décennies.

« Il ne faut jamais faire de projets, surtout en ce qui concerne l'avenir. »
Alphonse Allais

Il faut être Ménie Grégoire ou sorcier africain, ou encore savoir lire dans le marc de café, pour s'aventurer actuellement à échafauder un pronostic sur l'avenir de notre protection sociale et celui de l'armement sanitaire public et privé.

Dans le passé récent, la passion et l'idéologie ont conduit à des réponses conjoncturelles ou reposant sur des visions personnelles, avec le néant destructeur des résultats que l'on constate. Ce qui affecte la santé n'est pourtant que la déclinaison, dans un champ sensible, des difficultés d'ajustement au niveau pertinent d'organisation de la Société moderne. La situation est née de la complexité et de la sophistication des pratiques de soins, de la mutualisation du financement et du conflit avec la proximité

attendue, voire exigée, par l'usager alors que les moyens techniques, et les compétences humaines disponibles surtout, ne permettent pas de mettre un SAMU dans toutes les cours de ferme.

**UN DEBAT ENVELOPPE PAR L'HISTOIRE

Pour ceux qui ne sont pas amnésiques, le scénario rappelle quelque chose ... s'il n'ont pas somméillé paisiblement pendant les cours d'histoire de leur instituteur préféré, à l'époque où les « hussards noirs de la République » n'avaient pas d'états d'âme pour enfourner les connaissances dans le cerveau des potaches et punir ceux dont la vigilance était défaillante, sans que ce soit considéré comme traumatisant pour les jolies « têtes blondes ».

Un rappel s'impose aussi -qui ne sera pas suivi d'une « interro écrite »- pour ceux dont les connaissances historiques n'ont été mises à jour que par la seule lecture des bandes dessinées. Les Carolingiens, autour de l'an 1000, avaient déjà une vision « européenne » et tentèrent d'en faire l'unité. C'est pour cela que Charlemagne promut l'éducation ... car il lui fallait des « missi dominici » instruits (« fonctionnaires » avant l'heure) pour servir de lien, garantir la cohésion du Royaume et assurer l'administration des territoires,

Avec la disparition de Charlemagne et les luttes intestines entre ses descendants, la dynastie des Carolingiens disparut et avec elle cet objectif. Les Capétiens qui leur succédèrent eurent l'ambition plus modeste de faire « la France ».

...Il leur fallut cinq siècles, et encore pour rassembler une France incomplète ...

Le processus centralisateur abouti, on aurait pu croire le débat clos. Erreur ! ... c'était compter sans la Révolution française. Dès 1789, elle illustra qu'il n'en était rien ... A peine élus en effet, les Etats généraux se partagèrent en deux clans :

- Les Girondins, ainsi dénommés parce qu'une majorité venait de Bordeaux ; ils étaient partisans de la centralisation. Est-ce un signe des temps ou d'humour que l'actuel maire de la ville soit l'un des plus brillants technocrates de sa génération ? ...
- Les Montagnards, ainsi désignés parce qu'ils siégeaient sur les travées du haut de l'assemblée, représentés surtout les « sans culotte » parisiens, républicains convaincus étaient régionalistes avant tout, Bref, la Constituante, c'était le monde à l'envers avec les parisiens adeptes de la décentralisation...

Le bonnet phrygien des « sans culotte » est donc bien le symbole de la régionalisation ... aussi faut-il s'en coiffer pour s'identifier à la Cause régionale, même si, maintenant, elle a changé de lieu ! ...

La terreur est ensuite passée par là. En 1793, elle fit tomber les têtes en imaginant ainsi raccourcir la pensée politique mais ce fut en vain (déjà ! ...) pour étouffer les idées et clore le différend. Le débat se poursuivit dans les « clubs » de réflexion dont celui des « Jacobins ». La controverse est demeurée enflammée sur un sujet dont les braises sont encore rougeoyantes de nos jours.

La controverse centralisation/décentralisation ensuite estompée pendant plus d'un siècle. Les démêlées qui suivirent détournèrent de la préoccupation régionaliste et revinrent aux fondamentaux du régime politique le plus approprié, illustrant que le balancier n'était pas encore stabilisé entre Royauté, Empire et République ce dont témoigne la succession à la tête de l'État de Napoléon 1er, Louis XVIII, Charles X., puis la République, puis Napoléon III avant de revenir à la République. Exit donc temporairement la priorité du débat centralisation/décentralisation.

« La France est toujours en avance d'une Révolution parce qu'elle est constamment en retard d'une réforme »

Un ancien président de la République

Un siècle et quelques guerres et révolutions plus tard, nous voici en 1945, dans une France exsangue à reconstruire. Le principe d'un pouvoir central fort, « chef d'orchestre » ne se discute pas. C'est opportunément à cette époque, en 1946, que naît l'école nationale d'administration (ENA) dont la formation est appropriée à la fonction. Les promotions de technocrates qu'elle a formées ont fourni à notre pays le bataillon de fonctionnaires qui ont permis de le relever de ses ruines.

« Ferme tes yeux et le monde devient ce que tu veux » Berliner

Moins de 35 ans plus tard, dans un pays reconstruit et opulent au terme des « trente glorieuses » de la croissance économique rapide (1945 – 1973), avec la majorité des pays développés, le nôtre a accédé au confort individuel et à la société de consommation. Le souci de solidarité collective s'est parallèlement d'autant plus estompé que l'« l'Etat Providence » s'est substitué aux individus pour prévenir des risques qu'ils supportaient auparavant.

Entre-temps, le formatage centralisateur de l'ENA a fait son œuvre. Il a disséminé ses fonctionnaires (formatés comme indiqués précédemment) et leur culture dans tous les secteurs d'activité, tant dans le secteur public que dans le secteur privé. Mais ces modalités de leur fonctionnement sont aujourd'hui dissonantes avec les attentes de la Société ; la gestion par l'organisation administrative est devenue d'autant plus décalée et cacophonique que la taille critique du corps ayant été atteinte, le « réseau » qu'il constitue défend aussi des « intérêts de corps » sans rapport avec la mission et qu'il étend désormais au secteur privé des pratiques décalées depuis la mondialisation des échanges ... Il n'y a pas que les médecins qui soient corporatistes ... L'inertie du système continue pourtant à en former chaque année. Certains justifient « mezzo voce » le maintien de ce pouvoir central fort par la propension naturelle des Français à se diviser plutôt qu'à s'unir, sauf dans les circonstances dramatiques ... ce qui a déjà conduit nos ancêtres sous le joug de Rome, au temps de Vercingétorix.

La reproduction routinière de ce modèle de formation a été en son temps caricaturée par Coluche avec un humour caustique qui lui est propre quand il disait : « la différence entre un train et un énarque, c'est que, lorsqu'il déraile, le train, lui, s'arrête » ... Le train de l'État donne, pour le moment, l'impression de continuer sa route après avoir partiellement déraillé dans l'aiguillage.

Parallèlement, la stabilité économique, autant que la dissolution des idéologies dominantes, ont fait émerger de nouveau le débat rampant entre centralisation et décentralisation. Apparu comme une idée nouvelle, elle permettra à la gauche, nouvellement élue en 1981, de marquer de son empreinte le fonctionnement de la Vème République par les Lois de décentralisation de 1982, après que leurs prédécesseurs aient créé les régions administratives.

Dans l'intervalle, la nécessité de revisiter le cadre de fonctionnement de l'Etat s'est donc confusément imposée

Comme toute idée nouvelle -ou pseudo nouvelle- l'idée séduit par l'espace de liberté et de créativité individuelle dont elle laisse augurer, mais aussi par les fantasmes qu'elle fait naître dès lors que le consensus n'est pas clair et partagé sur le contenu. La mode de la décentralisation est encore accrue par cette montée de l'individualisme déjà mentionné : elle donne à chacun l'illusion de devenir maître de lui-même ... et de son environnement ... et ne parlons pas de la palanquée de postes d'élus et de fonctionnaires territoriaux créés avec l'échelon régional qui s'ajoute aux collectivités locales (dont le regroupement est laborieux), aux départements et à l'Etat.

** L'aboutissement de cette évolution est avant tout la confusion entre la liberté permissive, conçue comme l'illusion de pouvoir suivre à tout moment ses propres désirs instinctifs et ses pulsions et la Liberté conçue comme autonomie de la Personne qui implique d'assumer la responsabilité de ses actes, individuellement et collectivement, et de gérer les contraintes tirées de la vie en Société.

En préalable au débat sur la décentralisation, il eut été souhaitable que le consensus national existât et soit clairement établi sur ce qui relevait respectivement de la responsabilité de l'Etat, de celle des régions et des départements et que l'accord comportât aussi ... la répartition claire des financements. Evoquer le principe de « subsidiarité » ne crée pas pour autant de consensus sur son contenu. L'histoire illustre depuis que le non-dit a été porteur de malentendus, de conflits et de polémiques et que leurs effets délétères ont nui au fonctionnement des champs sanitaires et sociaux, « écartelés » par la décentralisation entre les différents niveaux hiérarchiques. Il s'y ajoute l'ambiguïté initiale sur le niveau des moyens dévolus à chacun après la nouvelle répartition des attributions. A titre d'exemple, le financement du médico-social et des écoles paramédicales, après celui des collèges dans l'éducation nationale, illustre le vaste champ des équivoques dont la résolution a postérieurement été laborieuse.

Essayons nous à un inventaire sommaire des freins à la décentralisation dans le champ sanitaire... pour identifier la responsabilité potentielle qu'on fera porter indûment aux professionnels de santé en cas d'échec de la réforme des ARS ... car il est bien connu qu'un fusible est nécessaire et que la peste, c'est toujours l'autre ... Jean de la Fontaine l'a écrit voici plus de trois siècles.

>> Les freins à la mise en œuvre fonctionnelle de la nouvelle configuration fonctionnelle de l'État résultant de la Loi relèvent au moins de cinq registres différents :

1. Les contradictions du fonctionnement démocratique de l'État

Les lois de décentralisation de 1982 ont dévolu aux départements les compétences sociales, le champ sanitaire demeurant de la compétence de l'État. Ce n'était pas prendre en compte les enseignements de l'histoire pourtant récente. La Loi hospitalière de 1970 avait déjà cru pouvoir séparer sanitaire et social en retirant à l'hôpital toute fonction sociale pour la renvoyer à des structures propres. C'était pour mieux organiser une activité de soins alors dominée par la technique et son efficacité triomphante. Ce fut en vain, comme l'illustrèrent les difficultés de rédaction de la réglementation qui devait en découler (tous les Décrets n'ont même pas pu être pris). La Loi hospitalière de 1991 est revenue sur cette distinction qui s'était avérée artificielle tant les deux champs sont intriqués. La séparation des compétences entre l'État et les départements dans ce champ est illusoire du fait du continuum qui existe entre elles. Les Ordonnances du 24 avril 1996 l'illustreront de nouveau.

Ces modifications successives, brutales à l'échelle du temps, sont venues bouleverser des pratiques ancrées de longue date dans les habitudes et ont suscité un concentré de difficultés, notamment relationnelles inter humaines, en remettant en cause, par exemple, le pouvoir des Préfets qui, malgré leur plus de 1000 attributions, ont mal vécu le dessaisissement partiel de leurs prérogatives dans le champ de la santé, dessaisissement qui ne pouvait effectivement être que partiel dès lors que la gestion des crises sanitaires demeure de leur compétence.

Le désir des conseils généraux (CG) d'assumer le plein exercice de leurs compétences a parfois ajouté aux tensions. La distinction claire impossible à trouver entre les différents champs a reporté la gestion des ambiguïtés sur les Hommes, ce que ne pouvait définir le contenu, par essence général, d'une Loi. Ces freins au déploiement de la décentralisation ont été parfois accrus par la propension des élus des CG à initier des dépenses pour satisfaire leurs électeurs, tout en rechignant à lever les impôts pour y faire face, créant en retour la méfiance de l'échelon central qui trouvait là matière à chercher à reprendre légitimement d'une main ce qui avait été donné de l'autre.

2. Une articulation incertaine entre départements et régions

... Imprégnés, comme la Société dans son ensemble, par 50 ans de « l'État providence », les départements ont pris leurs compétences à un moment où la pratique du « toujours plus » était la règle et, de surcroît, alors que les financements transmis par l'État n'auraient pas toujours été à la hauteur des compétences qu'elles recouvraient. Il en fut de même plus tard pour les régions. L'autonomie financière ne se décrète pas, elle s'acquiert par une définition préalable claire et partagée des champs de compétences et des financements puis par une acquisition progressive de la pratique de gestion.

L'autonomie ne pouvait être innée pour ces jeunes collectivités territoriales. Le jeu qui consiste à « forcer la main » de l'État a pu prévaloir.

Peu importe la part de responsabilité des uns et des autres mais ce climat n'est pas de nature à initier des modalités saines de fonctionnement du fait des tensions nées de la gestion des ambiguïtés et des luttes de pouvoir. Ce n'est pas de nature à encourager l'initiative individuelle des Hommes au profit de la collectivité ni à les inciter à mettre en œuvre leurs capacités à gérer les interfaces, surtout dans le champ de biens éminemment individuels et passionnels que sont la santé et le social.

Les deux niveaux – régional et départemental – sont aussi parfois entrés en tension l'un avec l'autre. Même si leurs compétences nouvelles sont récentes, les conseils généraux, qui représentent le département, ont pour eux une antériorité d'existence connue et identifiée par le citoyen depuis deux siècles. Les régions, de création récente dans leur configuration « administrative » actuelle, se sont d'autant moins spontanément imposées que leur taille est trop petite à l'échelle de l'Europe, et que la logique de leurs contours, parfois discutable, diffère des contours de l'identité régionale « historique ». Circonstanciellement, le contexte n'est pas non plus favorable à l'implantation des régions ; la mondialisation des échanges et le tumulte de l'instabilité internationale inclinent le citoyen au repli autarcique sur le niveau humainement identifiable ... celui de la commune et du département ...

La « coexistence » de ces deux échelons est plus source d'ambiguïté que de rapprochement citoyen dans la mesure où les compétences respectives de l'un et de l'autre ne « coulent pas de source » et que le sentiment d'appartenance n'existe pas spontanément. La régionalisation n'a pas suscité non plus de mouvement populaire tiré du sentiment d'appartenance à une identité régionale et peine à imposer sa réalité dans le paysage politique. La compétition affaiblit et brouille l'image du découpage administratif. Le régionalisme, quand il s'exprime, s'appuie plus volontiers sur l'électoratisme de base, donc sur le « toujours plus » demandé à l'État qui n'a pas toujours été exempt de reproches.

Ajoutons enfin que ce « fond de commerce » des élus locaux constitue le pouvoir des uns et des autres, que l'affrontement et les frictions n'ont pas la vertu de favoriser l'implantation de nouvelles organisations, d'autant plus avec l'opposition politique actuelle entre la « majorité nationale » -de droite- et les « majorités » régionales –de gauche– ce qui n'arrange rien.

Ce qui vient d'être développé ajoute aux difficultés d'intégration de la santé dans cette dimension organisationnelle nouvelle, complexe, intriquée, entre sanitaire et social. La santé est par essence un bien individuel pour lequel la dimension collective n'est aisément prise en compte que si elle contribue ... à servir des objectifs personnels compte-tenu du prix individuellement attaché par chacun à la santé, ... traduisez « ma » santé.

3. Une complémentarité injonctive et artificielle entre des cultures différentes

S'il appartient à l'État de définir la politique de santé et de s'assurer du bon fonctionnement des établissements qui dispensent les soins, c'est aux organismes d'assurance maladie qu'a été dévolu par les Ordonnances de 1945 le soin d'assurer la collecte des cotisations sociales et de les redistribuer pour rémunérer les soins dispensés.

Au fil du temps, cette organisation a été pervertie. La tutelle des services de l'État s'est appliquée naturellement sur les établissements publics de santé à qui sont dévolues les obligations de service public, tandis que les services de l'assurance maladie sont devenus les interlocuteurs privilégiés, sinon exclusifs, des établissements privés à but lucratif. C'est le fait du caractère stratégique des financements qui conditionnent la viabilité économique de la clinique, à l'origine outil de travail des médecins qui en étaient alors souvent les propriétaires. De l'habitude est née la routine et la routine s'est transformée en « pré carré », l'assurance maladie ayant elle-même développé une culture bureaucratique forte analogue au moins à celle de l'État.

Ce n'est pas une Loi qui est susceptible de faire disparaître, par l'effet de sa magie, les rigidités tirées d'un demi-siècle de l'équivalent d'une culture d'entreprise. Décréter leur dilution dans la structure commune des ARS n'assurera pas plus le succès de la réforme que celle opérée en son temps dans les ARH. Elle a ainsi abouti à la création d'un échelon supplémentaire de l'administration sanitaire au lieu

d'en faire disparaître un, ce qui était pourtant l'objectif des ordonnances du 24 avril 1996. Les mêmes causes produiront les mêmes effets si les conditions sont identiques.

4. Les évolutions de la sociologie et de la culture

Le bouleversement brutal des organisations et des pratiques dans un intervalle de temps restreint résulte de la variation tout aussi brutale de plusieurs paramètres, indépendants les uns des autres :

- La mutualisation des dépenses de santé instituée par les Ordonnances de septembre 1945 et sa généralisation progressive à l'ensemble de la population est contemporaine de l'essor de la médecine technique, de l'industrie pharmaceutique, de leur efficacité pour changer le cours naturel des maladies, et de l'individualisme aux dépens de la solidarité collective.
- La complexification du fonctionnement de la Société (et de la médecine notamment) requiert désormais une « gestion systémique » car une cause ne génère plus un effet mais des effets plus ou moins aléatoires au regard de ce qui est attendu. Cette évolution rend caducs les comportements traditionnels, mécanistes, dirigistes, réducteurs ou manichéens au profit de :
 - o L'action coordonnée en alliance de savoirs. La diversité de compétences requises par un processus de soins résulte de l'émergence de nouveaux savoirs propres, dont celui des différentes professions soignantes avec, là aussi, la difficulté à ce qu'ils soient justement reconnus mais seulement à la place qu'ils doivent occuper. La plasticité des organisations se déduit de ce constat et doit épouser celle des ressources nécessaires à la gestion de la situation,
 - o Le management par projet, simultanément avec l'organisation hiérarchique qui demeure pertinente en certaines circonstances, ce qui ne facilite pas l'appropriation de l'organigramme fonctionnel par les personnels qui ont à s'y soumettre,
 - o la restauration de l'initiative individuelle coordonnée dans l'esprit de ce qui précède,
 - o Le pilotage par un système d'information construit à partir d'objectifs identifiés et partagés, du chemin à parcourir, éclairé de la comparaison avec les structures géographiquement ou fonctionnellement proches, et non un pilotage fondé sur des objectifs incantatoires et des indicateurs visant à conforter une idéologie, des opinions a priori ou la hiérarchie,
 - o Une organisation coordonnée par une catégorie nouvelle de professionnels garantissant au patient l'harmonie de déroulement du processus de soins tout en optimisant son coût : le fonctionnement en « tuyaux d'orgues » des différentes compétences juxtaposées du système de soins -y compris son management !- nécessite la présence au clavier d'un professionnel assurant l'harmonie d'ensemble de la « pièce musicale des soins », comme le chef d'orchestre assure celle des différents instruments sans pour autant savoir jouer de chacun d'entre eux,
 - o Une évolution de l'exercice professionnel qui prenne en compte l'attente aujourd'hui dominante et légitime de l'utilisateur d'une prise en charge de la Personne reconnue dans son altérité et non celle, exclusivement technique, de ses organes défaillants,
- L'emprise médiatique pour qui la santé est, par essence, un domaine électif puisqu'elle interpelle personnellement chacun et assure une audience confortable. En général elle façonne aujourd'hui la conscience collective, fut-ce de façon éphémère, par une relation des faits teintée voire envahie d'émotion, parfois partielle, mélangeant volontiers pêle-mêle la présentation orientée des événements au travers du filtre de celui qui les rapporte, de l'analyse et de commentaires personnels, quand n'y est pas ajouté une « teinture » idéologique, quelle qu'elle soit, présentant le tout comme relevant de l'« objectivité ».

Cette manipulation mentale, consciente ou non, est la « guillotine moderne », celle des idées, de la créativité et de l'initiative, tant individuelle que collective ; elle les étouffe au lieu de les stimuler. Fondée sur une représentation émotionnelle et/ou passionnelle des situations, et leur expression dans l'instant, cette communication « racoleuse », incantatoire et réductrice initie chez l'utilisateur « l'action par procuration » (en général la manifestation de l'opprobre) et donc l'illusion éphémère de l'action. Elle donne bonne conscience à moindre coût humain sans requérir d'investissement personnel proactif et n'induit pas de mobilisation individuelle ou collective coordonnée ni réfléchie. Elle ne produit pas non plus la diversité d'analyse en soi génératrice de qualité décisionnelle dans une Société complexe et

kaléidoscopique. Elle formate et « oriente » la conscience collective dans le sens de la « pensée unique » et du « politiquement correct », des choix de Société d'apparence rassembleurs et d'illusion consensuelle, fussent-ils de façade et/ou en contradiction avec les réalités (ex. démographie des professions de santé et maillage sanitaire du territoire). Par contre, la peur induite paralyse les soignants interpellés et leurs institutions de soins, paralysés eux aussi par l'émotion, la culpabilité et la peur au lieu d'être stimulés par les faits pour inscrire leur action dans une dynamique vertueuse d'amélioration continue de la qualité.

- Pour mémoire, la culture d'entreprise décrite, tant des services de l'État que de l'assurance maladie, dont les effets délétères résultent de l'inertie induite.

5. Les interférences entre management, comptabilité et restrictions budgétaires

L'équilibre financier des activités de soins est un problème récurrent traité jusqu'à présent de façon conjoncturelle. Sa prégnance accrue impose désormais un traitement des causes et met la pression « comptable » sur la direction des finances des établissements. Même si la régionalisation et les restructurations de l'offre de soins qui en découleront sont de nature à contribuer à atteindre cet objectif à terme, il est à craindre que la confusion entre les deux, dont la temporalité diffère, compromette le résultat à attendre en parasitant la lecture de la démarche devant y conduire.

L'assurance maladie fait reposer son activité de contrôle sur la suspicion et des jugements de valeur qu'elle n'a aucune légitimité à porter indépendamment des Sociétés savantes. Elle emprunte par ailleurs la voie injonctive, autoritaire et culpabilisatrice qui va à contre-courant du management moderne, responsable et coopératif. Les modalités de cette démarche polluent le climat de sérénité et de calme nécessaires à l'ARS pour opérer des arbitrages fins qui soient aussi sereins que possible.

>>>Ce long développement et le catalogue à la Prévert qu'il comporte illustrent que les activités du champ sanitaire et leur fonctionnement sont traversées par des contradictions conjoncturelles majeures résultant de l'évolution brutale et profonde de la Société et de son environnement.

Elles heurtent de front un fonctionnement traditionnel remontant parfois au Moyen-âge, fondé sur la reproduction des savoirs et l'expérience –qui préfère se faire opérer par un jeune chirurgien dont c'est la grande première en solo plutôt que par un chirurgien chevronné ?- La complexité ne peut se satisfaire de solutions manichéennes –blanc ou noir– parce que l'organisation sanitaire est intimement liée à l'environnement et aux Hommes (qu'il s'agisse des patients, des professionnels, des élus et des électeurs), chacun ayant nécessairement une vision personnelle du fait de sa trajectoire personnelle, de sa formation, de sa culture, de son vécu personnel et familial. La fracture entre données objectives et opinion personnelle est une réalité et le mélange des genres volontiers la règle, même s'il est souvent le fait de l'inconscient. La généralisation à partir de la projection des préoccupations personnelles est la règle commune qui prévaut sur les choix issus de la détermination claire et lucide des priorités.

Les difficultés d'adaptation de notre Société à la réalité des changements profonds qui la traversent de toute part (mondialisation des échanges, révolution technologique et scientifique, modes de communication, etc. ...) est un autre paramètre qui contribue au bouleversement des repères traditionnels et par là à ronger la flamme des valeurs altruistes qui servent encore de moteur – mais pour combien de temps encore ?– aux professionnels de santé : ils travaillent pour gagner leur vie, certes, mais aussi pour donner sens à leur vie. Cette dernière dimension du travail est souvent omise alors que le socle du plein investissement des professionnels du soin repose sur des valeurs, dans le champ de la santé comme ailleurs mais plus encore peut-être dans le champ de la santé qu'ailleurs.

ENJEUX DE L'IMPLANTATION des ARS dans le paysage sanitaire et social;

La régionalisation de l'organisation sanitaire telle qu'elle est prévue par la Loi Hôpital patients, santé, territoire (HPST) traversera-t-elle sans dommage les obstacles décrits et ceux qui n'ont pas été identifiés pour s'imposer dans le paysage sanitaire français ?

Elle devra affronter de surcroît un autre obstacle rampant, constamment en arrière-pensée, celui de l'équilibre comptable déjà évoqué, sans cesse remis en cause faute de décisions structurelles résultant

d'un consensus progressivement construit, situation devenue intenable dans le contexte économique actuel. Les mesures conjoncturelles accumulées et sans effet autre qu'éphémère (c'est le propre de ces mesures !) ont créé un climat d'indifférence qui participe à la perte de crédit de la parole publique et de ceux qui la portent, alors pourtant que la restauration d'un équilibre économique et financier durable conditionne la survie du système de protection sociale.

L'enjeu de l'installation des ARS dans le paysage sanitaire n'est donc pas d'ordre technique. Il est d'ordre culturel, humain et tient à la volonté, dans la durée, des Hommes en charge de son fonctionnement. Acquérir une vision claire et « fonctionnelle » du nouveau modèle organisationnel, convaincre les usagers, les professionnels et les institutions de son caractère opérationnel est un préalable à l'investissement individuel et collectif de l'ensemble des professionnels, des usagers et des politiques pour le succès de la mise en œuvre de la Loi HPST. C'est à ce prix que l'appropriation par chacun sera au rendez-vous. La mise en route sera d'autant plus difficile que les habitudes de recours aux soins sont individuelles, fortement ancrées et ne changeront que si les intéressés sont convaincus du bien-fondé ... pour eux ... ce qui ne peut être que lent, progressif et accompagné. Faute d'avoir été jusqu'à présent motivés au changement autrement que par la contrainte des méthodes autoritaires et les mesures injonctives, la conviction à agir solidairement n'en sera que plus difficile à ancrer, tant pour les usagers, les professionnels de soins ou les structures.

Une transition culturelle ne se décrète pas, elle ne s'impose pas, elle se promeut pour emporter la conviction individuelle ; c'est la condition primordiale de sa réussite.

L'enjeu est d'envergure, il est d'abord de rassurer les usagers, les professionnels et les politiques en emportant leur conviction par une pratique fondée sur les faits, sur l'abandon de la langue de bois, sur la recherche de l'équité et la préservation des compétences qui font le maillage territorial actuel. L'efficacité des soins, c'est d'abord celle des techniques et des moyens mis en œuvre par des professionnels, au terme d'une analyse et d'une réflexion clinique au service de l'utilisateur pris individuellement, sur la base des informations recueillies. Aussi sophistiquée soit-elle, ce n'est pas la technique qui fait les résultats, ce sont les Hommes qui l'utilisent à bon escient.

1. Les Dangers

se déduisent de ce qui précède. Pour y remédier en sortant de la dictature du « factuel » il convient de :

- Sortir du non-dit et prendre en compte les réalités sociologiques de l'évolution des comportements et du monde environnant en cessant d'éluder pour éviter « ce qui fait mal » :
- Clarifier la répartition des compétences respectives de l'Etat, des régions et des départements,
- Favoriser la fertilisation réciproque, donc d'harmonisation des cultures entre services de l'État et de l'assurance maladie qui doivent œuvrer en commun dans le champ propre de responsabilité de chacun : à l'État la responsabilité de la définir et mettre en œuvre une politique publique de santé, à l'assurance maladie celle d'assurer une répartition équitable des ressources communes issues de la mutualisation par le prélèvement sur le travail.

L'obstacle à cette mixité des cultures tient notamment à la prégnance hiérarchique forte de l'organisation technocratique propre des services de l'assurance maladie. Elle est amplifiée par l'actualité qui donne la primauté aux problèmes de financement des soins et les réduit à leur dimension comptable, sans vision économique, de santé publique ni d'équité de répartition des ressources, ni de mesure du préjudice potentiel lointain sur l'appareil de production de soins lui-même de décisions immédiates prises à partir de leur seule dimension comptable.

Il s'y ajoute maintenant cette culture délirante de « la fraude » instituée par l'assurance maladie depuis l'instauration –légitime– des contrôles de l'application de la tarification à l'activité (T2A) dans les établissements publics. Cette outrance de langage est porteuse de violence relationnelle gratuite pour les professionnels des établissements à qui la T2A ne rapporte rien d'autre que des moyens pour répondre à des besoins. Ces professionnels sont fonctionnaires des collectivités territoriales et rémunérés comme tels. C'est d'autant plus incongru que l'assurance maladie n'a jamais su organiser par le passé un contrôle individuel des usagers qui soit pertinent et crédible et qu'elle ne contribue pas aujourd'hui à

enrichir le système d'information partagé avec les données dont elle dispose ; elle utilise seulement les données produites par les hôpitaux.

- Impliquer les Sociétés savantes dans le champ de l'expertise, notamment pour cadrer scientifiquement les contrôles hospitaliers de la T2A afin d'instaurer une régulation légitime des pratiques par la qualité et optimiser les stratégies de prise en charge,

Cette expertise scientifique constitue le socle d'arbitrages par l'ARS quoi soient équitables entre les finalités et des moyens désormais limités, la décision finale, de nature politique, relevant aussi d'autres logiques que professionnelles,

- Stabiliser la place de l'utilisateur, encore fragile, dans la décision sanitaire –elle est si récente !–, le discours de leur représentation restant encore trop empreint parfois de tonalité passionnelle et de jugements de valeur,
- Faire cesser le « Stop and go » des décisions politiques en matière de santé, domaine sensible que les élus ont naturellement du mal à affronter quand il s'agit de remettre en cause des pratiques consuméristes ou des habitudes, ce qui conduit à des décisions successivement contradictoires et brutales, surtout lorsque les organismes d'assurance maladie interfèrent. Le pied à la fois sur le frein et l'accélérateur produit de la chaleur, comme toutes les forces de frottement, mais pas l'énergie nécessaire pour adapter l'offre de soins en harmonie avec le mouvement de la Société,
- Éviter, dans le contexte économique actuel, une lecture réductrice « comptable », à courte vue, de la pratique médicale et soignante pour opérer des choix stratégiques, danger qui peut être transformé en opportunité si les professionnels s'en saisissent pour construire un comportement plus partenarial de la gestion du système de santé, en séparant les dimensions éthique et syndicale, toutes deux souvent confondues, alors qu'elles sont légitimes, mais chacune à sa place
- Motiver les professionnels à sortir de la rigidification accrue de leurs comportements implique qu'ils ne soient pas stigmatisés à plaisir pour justifier l'échec des mesures ou des réformes antérieurement promues et que soit instauré avec eux un climat de coopération et de confiance,
- Combattre l'antagonisme larvé et rampant entre les secteurs libéral et hospitalier, désuet à l'heure des coopérations nécessaires au regard de la complexité des soins. Le « libéralisme » dans l'acception originelle du terme est devenu aujourd'hui un mythe vidé pour l'essentiel de sa substance et dont le contenu doit être revisité.

La nostalgie du passé est destructrice qui consiste à s'accrocher aux chimères. Accepter les données factuelles de l'évolution de la Société pour conduire le changement évitera de le subir, la non décision conduisant à une dégradation inéluctable de l'offre de soins et de la qualité du service rendu à l'utilisateur.

2. Les opportunités

C'est de redonner

- de l'âme et du souffle à des professions sanitaires qui en ont perdu faute de clarté dans les repères, d'horizon qui puisse être discerné et donc motiver, ce qui a réduit leurs aspirations à des prétentions financières. La valeur ajoutée des soins à la santé des patients tient avant tout à la compétence des professionnels portée par des valeurs, la technique n'en étant que le support,
- de la confiance aux usagers dans l'armement sanitaire par une lecture claire des contraintes, des enjeux et des moyens de préserver l'acquis d'efficacité et de confort des trente glorieuses. Cette confiance demeure individuelle envers les professionnels identifiés en charge de chacun d'entre eux mais elle est surtout maintenant aussi collective dès lors que l'efficacité d'un processus de soins fait désormais le résultat et non celle d'une succession d'actes individuels. Cette confiance tiendra aussi notamment à la capacité des ARS à impulser dans chacune de leurs régions une politique de traitement des doléances des usagers autrement que limitée à cette « médiation de supermarché » qui n'a que trop tendance à se développer en application du dispositif en vigueur. Le traitement des doléances est source d'informations pour corriger les anomalies de processus.

3. créer un cadre sécurisant

Constitué par :

- Une organisation et un fonctionnement compris et appropriés par les professionnels et les usagers que les ARS sont censées servir et non asservir,
- Tirer les leçons du passé – et de l'échec des multiples « réformes » qui l'ont ponctué – pour que l'application de la Loi prenne enfin en compte une histoire qu'elle feint encore d'ignorer. Le monde préexistait à la Loi HPST de juillet 2009. La modestie doit être de règle, la vie n'étant que l'enchaînement des générations qui se succèdent. Les échecs passés tiennent en priorité à ce refus de prendre en compte une dimension historique prégnante, l'organisation hospitalière et ses implantations remontant au Moyen-âge, et au défaut d'affrontement des réalités qui impliquent un changement structurel des pratiques, tant des soignants, des usagers que des gestionnaires du système ... en prenant l'habitude pour les uns et les autres de « rendre compte » et de partager.
- Clarifier et partager pédagogiquement le contenu de la Loi pour la rendre intelligible, et qu'une appropriation collective donne le tempo sur lequel puisse ensuite s'accorder l'ensemble des acteurs : une Loi n'est avant tout que ce qu'en font ceux qui la font vivre. C'est reconnaître qu'une Loi vit par ceux à qui elle s'applique – usagers, professionnels et politiques - et a fortiori pas contre eux, surtout en matière de santé qui les concerne, par essence, tous individuellement.

Les juristes et les responsables du management sont là pour mettre en forme les choix issus de la pratique démocratique et non pour s'y substituer et imposer leur propre vision,

- Cesser de sous évaluer l'intelligence et la capacité à comprendre des « profanes » à qui s'applique la Loi. L'intelligence est ce qu'il y a de mieux partagé. Contrairement aux porteurs de « durillons de comptoir » qui ont une opinion arrêtée sur tout, surtout lorsqu'ils ne sont pas concernés (c'est-à-dire tant que leur santé n'est pas altérée), le savoir du « non sachant » -l'utilisateur notamment- est à respecter et à prendre en compte,
- Assouplir la lecture de la Loi et son application, accepter son remaniement éventuel au fil de l'eau de ce qui n'est pas un « monument ».
- Privilégier le fonctionnement inductif en lieu et place du mode déductif technocratique, d'autant plus de nos jours où les professionnels de santé au contact de la population de recours ont un regard en prise avec des réalités dont l'information est utile au processus décisionnel,
- Débarrasser le fonctionnement d'une « papivorie » dévastatrice ; elle justifie seulement le rôle de ceux qui y assujettissent leurs semblables au mépris des finalités du dispositif et du bon sens qui est perdu de vue. Elle alourdit la périphérie du cœur de métier des professionnels du soin alors qu'ils sont devenus une denrée rare.

4. S'entendre en préalable sur des règles du jeu qui soient partagées ...

- Organiser la délibération publique sur les sujets qui le justifient avec tous ceux qui sont concernés, en temps, et en prenant le temps, sans pour autant que ce soit le forum permanent,
- Argumenter les décisions, les justifier et s'y tenir pour n'en changer que sur le fondement de faits nouveaux et non sous la pression des lobbies de circonstance,
- En retour ... le respect par tous de la décision prise,
- Promouvoir une évolution du contenu du métier de « fonctionnaire de la santé » pour en faire des « incitateurs publics » de « projets de santé » (privés et publics), des garants de leur réponse aux besoins de soins de la population et non plus des « gardiens » nostalgiques de l'orthodoxie d'un temple idéologique vermoulu et vitrifié.

EN FORME DE CONCLUSION PROVISOIRE:

Ce n'est pas la magie d'une Loi qui fera le succès des ARS mais l'investissement humain consenti sur la base d'objectifs clairs et partagés pour transformer les intentions en action coordonnée.

Ce n'est plus non plus sa nomination qui donne à l'encadrement des ARS l'autorité suffisante pour mener à bien cette entreprise mais la légitimité qu'il saura acquérir, d'abord auprès de ceux-là même à qui leur autorité s'applique, et par la confiance que cet encadrement saura emporter en retour auprès de tous, usagers, politiques et hiérarchie dont ils dépendent. Encore faut-il que la Loi soit reconnue comme

un objet commun, que ce soit l'esprit qui soit appliqué et non la lettre, qu'elle ne soit pas vécue comme une statue figée, c'est-à-dire qu'elle puisse être l'objet des ajustements nécessaires, autant que de besoin, pour garantir son opérabilité.

Ces préalables sont nécessaires pour préserver la qualité de l'offre de soins construite avec des moyens mutualisés dont nous sommes comptables collectivement devant les générations à venir. La médecine française n'est pas « la meilleure du monde », comme certains se complaisent à l'affirmer avec un regard contemplatif sur eux-mêmes. La qualité est une conquête permanente, à la fois individuelle et maintenant surtout collective. Elle est fondée sur le doute et non sur des certitudes a priori ; la culture de « la roue de Deming » n'a pas encore impacté suffisamment les pratiques professionnelles médicales et soignantes mais aussi l'ensemble des pratiques managériales. La qualité demeurera à condition que la voilure soit constamment ajustée à l'évolution de la science, de l'environnement, des besoins des usagers et des capacités de financement : il ne peut être que le fruit d'un management collectif imaginatif, et non tutélaire, qui sache, lui-même, se remettre en cause autant que de besoin.

Rapprocher l'organisation sanitaire du citoyen est un objectif que les ARS atteindront si elles recréent une confiance aujourd'hui passablement entamée ; elle passe par la restauration du crédit de la parole publique, la transparence et la motivation claire des décisions et l'acceptation par tous les effecteurs, quels qu'ils soient, de « rendre compte » sur la base d'une évaluation qui se distingue du contrôle ici inapproprié. La confusion de contenu entre les deux termes est une source de conflits et de malentendus qui contribue aux difficultés actuelles, à la méfiance et aux réticences.

L'ambition du dispositif ne pourra être atteinte qu'en privilégiant le « pouvoir de » (alliance de savoirs prenant en compte la capacité de chacun à contribuer à la qualité d'un processus) et non le « pouvoir sur » (celui assouvi par celui qui l'exerce, sans considération de fonction autre que celle de « exécutant » pour les professionnels), à la condition aussi que soit traitée l'ambiguïté persistante sur le découpage régional et départemental, les compétences et le rôle dévolu à chacun et que soient prises en compte les réalités du maillage territorial actuel de l'offre de soins.

Dr Etienne Dusehu

2012-01-25
mot prdt
Chers amis,

Je vous adresse au nom du bureau de la FNIAAIHRS tous mes vœux de bonne et heureuse année 2012.

Qu'elle vous apporte Santé, Réussite et bonheur autour de vous.

Que nous réserve 2012 pour la politique de santé dans cette année d'élection présidentielle ?

Les sujets multiples vont donc s'inviter dans la campagne jusqu'au mois de mai ; La catastrophe d'une démographie médicale en baisse constante, ce que nous avons prédit depuis de nombreuses années, va mobiliser toutes les attentions de nos candidats.

La liberté d'installation pourrait devenir un sujet épineux. Beaucoup plaidant pour un égal déploiement des médecins libéraux le tout sans coercition mais au contraire avec un bonus pour les implantations en zone déficitaire.

D'autres sujets vont provoquer des commentaires pré-électoraux :

Le paiement à la performance (P4P) pierre angulaire de la nouvelle convention a fait l'objet d'après négociations mais sera instauré en 2012.

La crise européenne et notre dette abyssale présage d'une rigueur renforcée et donc pas de revalorisations tant pour le C que le CS.

Le secteur optionnel vieux serpent de mer qui devait être le fer de lance de la nouvelle convention a abouti à un ersatz portant atteinte au secteur 2.

En ce qui concerne l'hôpital la mise en place de la loi HPST a confirmé la crainte des médecins, répartition des pouvoirs en faveur des directeurs ce que conteste les syndicats médicaux mais aussi discussion sur le futur mode de rémunération, la lente évolution sur les statuts des praticiens et les retraites

Enfin 2012 verra la mise en application du DPC (développement professionnel continu) qui obligera tous les médecins libéraux et hospitaliers à suivre chaque année une action de DPC.

Dr Bernard HOUIS.

2011-09-25

compte rendu AG 2011

I) RAPPORT MORAL DU PRESIDENT : DR. BERNARD HOUIS

Je remercie les membres du bureau et l'organisateur du congrès

L'année fut malheureusement marquée encore par la gestion du contentieux GM dont parlera le Dr.

Friedmann : appel perdu et contentieux financier avec

l'avoué qui réclame 14 000 €

II) RAPPORT DU SECRETARIAT : DR PATRICK ARNODO

Réunions téléphoniques via la société « télé futé » et donc pas financement des communications par notre fédération mais par les membres du bureau au cout d'environ 1 €par membre du bureau

6 réunions téléphoniques

+ Envoi mail à 2 reprises

III) RAPPORT du TRESORSIER : (Dr LOURENÇO) & approbation des comptes

BILAN FINANCIER 2010

I) SORTIES :

Avance du 51° congrès OPIO 3538 €

Frais d'avocat 1° instance 2795,30 €

Frais d'instance 958,31 €

Frais d'huissiers 784,34 €

Site Fédé 149,50 €

Total : 8225,45 €

II) ENTREES :

Virement du livret en début d'année 2000 €

Remboursement du 50° congrès 5000 €

Remboursement du 51° congrès OPIO 3538 €

63 Cotisations 4380 €

(44 en 2006, 41 en 2007, 68 en 2008, 27 en 2009)

Remboursement des frais de 1° instance 4352 €

Par les PJ des 4 membres du bureau

Total : 19270 €

III) LES COMPTES :

COMPTE CHEQUE : 11150,10 €

COMPTE EPARGNE : 3495,72 €

ACTIONS : 7948 €

SOIT 22593,82 €

Les commentaires :

Amélioration de la trésorerie par un recrutement normale des cotisations, d'autre part le solde du précédent 50° congrès est rentré début 2010.

Dans les dépenses de belles économies, pas de frais de réunion téléphonique (parfois 700 à 900 €) téléconférence sur poste fixe tarif local soit 0,92 €TTC 1 h, suppression des courriers papiers (parfois 2000 €).

Il faut envisager une assurance multirisque association.

QUITUS DONNE

+ Déclaration aux services fiscaux

+ Gestion et mise à jour du Fichier en particulier sur le site

IV) SITUATION DU DOSSIER GM Dr Friedmann

APPEL gagné mais les juges ont estimé que GM voyage et GM évacion étaient des sous-traitants de GM événements et que la fédération n'avait pas signé de contrat qu'avec GM événements.

De ce fait perte des montants saisis sur le compte de GM évacion et perte du remboursement que l'APS pouvait effectuer (GM évacion étant la seule société assurée par l'APS)

COUT procédure évaluée à 65 000 € dont :

- 1° instance au tribunal de commerce soit 4 352 € payé par la FNIAAIHRS

Remboursement par les PJ des 4 membres du bureau

- Appel au tribunal de commerce : frais d'avocat 900 € x 41 plaignants soit 36 900 €
Payés par les RCP des congressistes.

- Frais d'huissiers : 1 452 €

- Frais d'avoués au tribunal de commerce : ils réclamaient 14 000 €, négociés par notre avocat sur intervention du Dr Friedmann ramenés à 7 358 €

- Dépôt de plainte au PENAL et enquête de gendarmerie en cours :
358 € X 24 plaignants soit 8 611 €

V) ELECTIONS : Le Bureau, comme chaque année est démissionnaire.

Dr. Rivoallan plus ancien président présent prend la place de Bernard HOUIS et procède aux élections.

Après appel à candidature, un candidat à la présidence : Bernard HOUIS.

Cette candidature mise au vote : il est élu à l'unanimité.

Le président est reconduit dans ses fonctions pour un an à l'unanimité (3° mandat)

Reconduction de l'ancien bureau

Dr. ARNODO secrétaire général, Dr. LOURENÇO trésorier, Dr. RIVOALLAN vice-président aux libéraux, Dr. FARNOS vice-président aux hospitaliers, Dr. FRIEDMANN chargé de mission, Dr. CHARLE attaché aux médecins salariés,

VI) L'assemblée décide :

1) Proposition de face book >> non

2) amélioration du Site : doit être plus interactif

3) CONGRES 2012 : après débat est voté en Corse

Thème « Modes d'Exercice des Jeunes Médecins à l'issue de leur Formation »

Il se passera en septembre, et le bureau précisera la date, le président est chargé du congrès aidé des Dr. VITEL et PAOLETTI

4) Projets de congrès : débats et propositions suivantes à développer Brésil 4000 €
Vietnam 3000 €

Tous les sujets de l'ordre du jour étant discutés le président lève la séance

PA

2011-08-25

A la mémoire du docteur Alain FELDMAN

Le docteur Alain FEDMAN, Président d'Honneur de la FNIAAIHRS nous a quittés. Actif au sein du bureau pendant plus de cinq ans, à la fin des années 60, il fut la cheville ouvrière de l'audience qu'elle acquit alors sous l'impulsion du Président, le docteur Yves GILLAUX auquel il succèdera plus tard. Au moment clef de l'histoire de nos hôpitaux, celui de la modernisation des soins qui y étaient dispensés, tous deux ont suscité le dynamisme des internes pour les y associer.

A cette époque en effet, s'est implantée dans ces établissements une pléiade de jeunes chefs de cliniques dont les espoirs universitaires avaient été déçus mais qui n'avaient perdu ni la foi dans leur profession ni l'esprit d'entreprise. Ils vinrent avec le bagage du progrès scientifique et technique qu'ils avaient acquis et mirent ces compétences au service de la population, au plus près de ses besoins, dans nos hôpitaux. Mais leur investissement aurait été vain s'ils n'avaient trouvé sur place une génération d'internes de région sanitaire tout aussi motivée. Ils les ont formés, puis ont fait équipe avec eux avant qu'ils leur succèdent. C'est ainsi que fut promue et pérennisée la modernité des soins au bénéfice de tous. Les internes des hôpitaux de régions sanitaires de cette époque ont grandement contribué à la diffusion du progrès au bénéfice de tous et ils ont contribué à en assurer la pérennité.

Ce qui est évident maintenant ne l'était pas à ce moment là. On doit à la capacité d'observation d'Alain FELDMAN d'avoir su discerner ces faits porteurs d'avenir, puis à sa lucidité et à la pertinence de son analyse le choix collégial murement réfléchi d'une stratégie responsable que les bureaux successifs de la Fédé ont décliné en action ordonnée et concertée. De cette anticipation raisonnée et de la sagesse des décisions découlera l'audience et l'aura de la FNIAAIHRS pendant de très longues années.

Alain avait en effet compris, bien avant d'autres, que l'efficacité ne passait pas par un combat désuet et perdu d'avance contre l'hôpital universitaire (qui avait alors tendance à mépriser tout ce qui était à l'extérieur de ses murs) mais que notre crédibilité passait par un investissement fort au soutien de la politique publique de développement et de promotion de la modernité de nos hôpitaux. C'est ce qui a construit la crédibilité des internes de régions sanitaires, ce qui a fait notre légitimité et par là notre audience auprès des Pouvoirs publics. C'est ainsi que nous avons été écoutés et reconnus par nos pairs, en contribuant à la politique d'accès pour tous à des soins « conformes aux données acquises de la science ». Alain FELDMAN avait eu raison bien avant d'autres mais il fallait des précurseurs de sa trempe pour discerner un tel avenir.

Les qualités visionnaires d'Alain FELDMAN allaient au-delà. Tout en promouvant la diffusion de la technique et de la spécialité dans nos hôpitaux, il affirmait avec autant de vigueur la nécessité de préserver en leur sein une place pour les collègues futurs généralistes. Sa conviction tenait à ce que le compagnonnage de l'internat préfigurait la synergie et la complémentarité nécessaires avec les spécialistes pour la prise en charge de leurs patients, coopération et compréhension mutuelle sans lesquelles il n'est pas de médecine efficace au service de l'Homme. Il est dommageable qu'il n'ait pas été mieux entendu ! Si la vision uniciste alors portée par la FNIAIHRS, pour l'essentiel à son initiative, avait trouvé un écho suffisant auprès des décideurs, la cohérence garante d'une pratique optimale et de son efficacité aurait été préservée. Le clivage entre médecine générale et pratique médicale des spécialités d'organes ou techniques nous aurait été évitée et épargnée aussi les dérives et les conséquences délétères. La pratique médicale autant que la qualité des soins s'en porteraient mieux ; la prévention est plus économe de moyens que la correction des désordres !

Sa vision prospective ne se limitait pas au seul champ technique de la pratique médicale. Initié à « l'administration et l'économie de la santé » - discipline alors ignorée - par madame CHEMILLIER-GENDREAU, Professeure de Droit public – encore une préceuse ! – il promut aussi la nécessité de l'équilibre économique des activités de soins. Soucieux enfin de l'équilibre entre hospitalisation publique et privée, Alain FELDMANN créa et porta la néphrologie et l'hémodialyse, tant à l'hôpital du Havre où

il avait effectué son internat que dans une clinique de cette agglomération. C'est logiquement dans ces deux établissements qu'il inscrivit à l'époque son activité professionnelle. Quelques années plus tard, l'idéologie ambiante du « temps plein hospitalier » poussée à l'extrême et sans réflexion l'obligea à quitter l'hôpital, son pragmatisme et ses capacités visionnaires lui interdisant d'exprimer alors l'amertume d'être éconduit de ce qu'il avait pourtant porté jusqu'à maturité.

Il exerça à la clinique dans cet équilibre subtil entre contraintes éthiques et économique car il accordait à ses patients le temps nécessaire à la pratique clinique sans l'asservir à la rentabilité et aux préoccupations comptables, tout en restant vigilant à assurer l'équilibre économique de son outil de travail. Il déplorait d'ailleurs que les organismes d'assurance maladie autant que les professionnels et la tutelle de l'Etat n'aient pas cherché inlassablement à mesurer la « valeur ajoutée matière grise » du médecin à due concurrence de sa contribution à l'efficacité de la prise en charge des patients.

Alors que, de par les convictions qu'il portait, il avait contribué de façon décisive au redressement économique de la clinique où il exerçait, quand elle fut en difficulté, l'investisseur institutionnel qui l'acquiesça par la suite n'eut de cesse de le faire partir, probablement en raison de l'aura personnelle qu'il avait acquise à cette occasion. Alain le prit avec philosophie, refusant le combat contre une armada de juristes, estimant vain ce « combat du pot de fer contre le pot de terre ». Il découvrait là les limites éthiques du comportement de certains investisseurs institutionnels dans le champ de la santé.

Il s'adonna alors un peu plus à la haute montagne pour laquelle il a eu, de tous temps, une passion qui ne s'est jamais démentie, tout en assurant des remplacements de néphrologue ça et là avant de se fixer finalement à Lourdes où il terminera sa carrière. Frappé par la maladie alors qu'il venait de cesser son activité, il l'assuma jusqu'au bout avec courage, lucidité et une détermination analogues aux qualités dont il a toujours fait preuve.

La froideur qu'Alain FELDMAN pouvait manifester au premier contact ne servait qu'à cacher sa pudeur relationnelle et sa timidité mais aussi l'attention soutenue qu'il portait au contenu de l'échange avec son interlocuteur. Il « captait » tout de son discours et de sa personnalité, ne laissait rien échapper et reformulait ensuite avec précision et un sens aigu de la synthèse. Son expression parfois rugueuse relevait du seul souci d'être précis, clair et concis. Une fois rompue la glace, c'était un homme ouvert et chaleureux, qui témoignait d'une personnalité profondément sensible et humaniste, d'une exceptionnelle ouverture d'esprit et, surtout, d'une fidélité indéfectible en amitié.

Au revoir Alain ! Ton souvenir indélébile restera imprimé dans le cœur de ceux que tu as croisés et pour lesquels tu restes un exemple professionnel et humain. Tu nous manques désormais cruellement. Tu n'as jamais été en décalage avec ton temps mais toujours précurseur. Toujours à la proue du navire pour anticiper opportunément l'avenir sans jouer au devin tu as barré au mieux dans la tempête du chambardement de la société d'après guerre en naviguant au plus près des intérêts collectifs et en évitant les récifs. La Fédé te doit les plus belles heures de sa vie et sa légitimité entretenue. Par respect pour ta mémoire, nous continuerons à faire vivre la flamme des valeurs qui t'ont habité tout au long de ta vie. Cette citation de Jean COCTEAU te va bien : « Dans la vie, il n'y a pas de précurseurs, il n'y a que des retardataires ».

Docteur Etienne DUSEHU Président d'honneur de la FNIAAIHRS

2012-11-04
Chers Amis

*A l'issue du congrès de Lozari, Bernard Houis m'a transmis son flambeau de Président de notre fédé. Au nom de tous les membres, je le remercie du travail accompli ces trois dernières années, et surtout son implication dans la réussite du congrès corse avec Philippe Vitel.

* Nous avons pu mesurer les liens d'amitiés qui nous réunissent d'année en année lors de nos congrès ; d'autre part, nos diversités d'activités professionnelles apportent une plus value franche à nos débats. C'est cette dualité que je m'efforcerais d'entretenir tout au long de mon mandat.

*Je vous donne donc rendez-vous, dès à présent, à notre 54ème congrès à Porquerolles du 19 au 22 septembre 2013.

*L'ensemble du bureau restera vigilant à l'évolution des débats professionnels tant libéraux qu'hospitaliers ; avec l'idée directrice de défendre notre titre d'ancien interne ou assistant dès que cela s'avèrera nécessaire.

* Lors de notre AG, nous avons décidé la mise en place d'une page facebook ; nous vous en informerons dès sa mise en route.

*Je vous souhaite de bonnes fêtes de fin d'année et j'espère vous retrouver nombreux à Porquerolles

Dr Jean-Claude Friedmann
JCF

2014-02-02

mot prit

Chers Amis

En ce début d'année, je vous adresse tous mes vœux pour 2014 ; que cette année illumine vos projets tant professionnels que personnels, qu'elle vous réserve de belles surprises.

Petit retour en arrière, pour nous remémorer ce beau 54ème congrès de Porquerolles ; encore merci à nos organisateurs, Daniel Lourenço et François Honorat, ils ont réussi l'amalgame du cadre – des soirées traditionnelles – et un thème sur la retraite qui fit l'unanimité de part son intérêt. S'il fallait retenir une idée maitresse : renseignez vous à temps pour bien choisir la date de votre départ à la retraite : notion de taux plein – vérification que tous vos trimestres sont bien pris en compte.

Pour 2014, Majorque a été retenu pour le 55ème congrès. Les organisateurs ont choisi sur la Costa de los Pinos (prédestiné pour la fédé) l'hôtel Hipotels Punta Rotja , côte Est de l'île, pour son aspect peu bétonné.

Il se déroulera du dimanche 14 au jeudi 17 septembre. Comme thème, nous débattons autour de « l'entreprise médicale » : management hospitalier – cumul emploi-retraite – transmission et cessation d'activité. Les bulletins d'inscription vous parviendront courant février, mais dès à présent, bloquez ces dates sur vos agendas.

J'espère vous retrouver nombreux sous le soleil majorquin, que perdure l'amitié qui nous réunit au sein de notre fédé.

Jean-Claude Friedmann

JCF

2014-02-02

compte rendu AG 16/9/2013

I) RAPPORT MORAL DU PRESIDENT : DR. FRIEDMANN

Remercie les membres du bureau et les organisateurs du congrès

Il est notable que la FD est à un tournant dans son histoire avec la volonté manifeste de se recentrer sur une fédération d'anciens internes partageant ensemble des info mais sans avoir recours à des intervenants extérieurs

L'année fut malheureusement marquée encore par la gestion du contentieux GM dont parlera le Dr. Friedmann :

II) RAPPORT DU SECRETARIAT : DR PATRICK ARNODO

5 Réunions téléphoniques via la société « télé futé » et donc pas financement des communications par notre fédération mais par les membres du bureau au cout d'environ 1 €par membre du bureau + Envoi mail à 3 reprises

La gestion du site est difficile par manque de temps...de ce fait les mises à jour sont rares, je m'en excuse.

Il est fait appel à des volontaires ...Seul P Vitel se propose via son attaché parlementaire mais cette proposition est refusée par la volonté de maintenir une neutralité.

Par ailleurs très peu de personnes doivent aller sur le site et nous n'avons pas pu installer de compteur, compte tenu de notre trésorerie fragile.

Il est proposé de supprimer la chapitres news et de se recentrer sur un site évoquant notre histoire présente et passé, on décide de surseoir cette mesure.

Il est proposé de créer un compte face book dont sera chargé Philippe Vitel

III) RAPPORT du TRESORSIER : (Dr LOURENÇO) & approbation des comptes
BILAN FINANCIER 2011

I) SORTIES :

Avance du 52° congrès LISBONNE	800 €
Site Fédé	328,90 €
Réunions du bureau	203 €
Total :	1 331,90 €

II) ENTREES :

52 Cotisations	3 640 €
(44 en 2006, 41 en 2007, 68 en 2008, 27 en 2009, 63 en 2010)	
Total :	3 640 €

LES COMPTES au 31/12/2011

COMPTE CHEQUE : 13 458,20 €

COMPTE EPARGNE : 3 549 ,65 €
ACTIONS : 7 973,60 €
SOIT 24 981,45 €

Les commentaires :

Le congrès de Lisbonne a été équilibré dans sa gestion avec peu d'avance de trésorerie.

Dans les dépenses de belles économies, pas de frais de réunion téléphonique (parfois 700 à 900 €) téléconférence sur poste fixe tarif local soit 0,92 €TTC 1 h, suppression des courriers papiers (parfois 2000 €).

Il faut envisager une assurance multirisque association.

QUITUS DONNE

+ Gestion et mise à jour du Fichier en particulier sur le site

IV) SITUATION DU DOSSIER GM Dr Friedmann

Résumé de la situation concernant la procédure juridique suite à l'annulation du 50ème congrès en Polynésie (du 7 au 21/11/2009)

Signature en mai 2008 d'un contrat de voyage avec les sociétés GM EVENTS et GM VOYAGES (avec Sébastien Guidez son gérant) pour l'organisation du congrès.

Annulation en date du 15/10/2009 du congrès par l'agence GM en raison d'un problème de « quota-groupe auprès d'Air France » - motif totalement infondé, l'agence n'ayant jamais réservé de billets auprès d'Air France

Procédures contre GM EVENTS et GM VOYAGES :

Procédure civile auprès du Tribunal de Commerce de Douai déposée le 7/1/2010 avec jugement en date du 17/2/2010 condamnant solidairement les sociétés GM EVENTS et GM VOYAGES à payer aux requérants le remboursement du prix du voyage ainsi qu'une indemnité contractuelle de 40%

Les sociétés GM sont insolvables, mises en liquidation judiciaire. Toutefois par voie d'huissier un montant de 55618€ a été bloqué par une saisie-attribution (sur un compte de Reims au nom de GM EVASION)

Les sociétés GM EVENTS ET VOYAGES ont interjeté appel de cette décision en date du 15/3/2010 – l'affaire a été plaidée à la Cour d'Appel de Douai le 9/6/2010 – et la Cour a rendu son arrêt le 21/10/2010 : les encaissements effectués par GM VOYAGES ne valent pas apparence de lien contractuel et la saisie-attribution a dû être restituée au liquidateur judiciaire de la société GM ; le cour majore les indemnités contractuelles de 40 à 70%

Décision de poursuivre en procédure pénale M Sébastien Guidez (ainsi que son épouse) pour escroquerie (production de fausses propositions de transport – absence de garanti APS – complicité de Mme Audrey Guidez)

Après enquête de gendarmerie, le Procureur de la République a procédé à l'ouverture contre X d'une information judiciaire en date du 30/12/2011, dont nous avons eu connaissance par courrier le 16/5/2012.

V) ELECTIONS : Le Bureau, comme chaque année est démissionnaire.

Jean paul Ortiz plus ancien président présent prend la place de Bernard HOUIS et procède aux élections.

Après appel à candidature, un candidat à la présidence : Jean Claude Friedman.

Cette candidature mise au vote : il est élu à l'unanimité.

Désignation du bureau

Dr. ARNODO secrétaire général, Dr. LOURENÇO trésorier, Dr. RIVOALLAN vice-président aux libéraux, Dr. RAUFAST vice-président aux hospitaliers, Dr HONORAT secondé par le Dr LOURENCO chargé du congrès, Dr. CHARLE attaché aux médecins salariés, Dr. FARNOS attaché aux hospitaliers,

VI) L'assemblée décide :

1) Proposition de face book

2) CONGRES 2012 : après débat est voté à PORQUEROLLES

3/ congrès futurs Croatie / bresil/ polynesie/ autres capitales européennes....

Tous les sujets de l'ordre du jour étant discutés le président lève la séance

PA

2014-02-05

compte rendu AG 2013

I) RAPPORT MORAL DU PRESIDENT : DR. FRIEDMANN

Remercie les membres du bureau, Mme SOL M RUBEL et la MA CSF et GENERALI
Pour leurs exposés, ainsi que les organisateurs du congrès

AFFAIRE GUIDEZ :

Nous sommes donc en procédure pénal : enquête de gendarmerie réalisée et attente audition par le juge
Hypothèse de conseil extérieur au sujet de la procédure > pas à titre collectif mais why not à titre
personnel.

II) RAPPORT DU SECRETARIAT : DR PATRICK ARNODO

5 à 6 Réunions téléphoniques via la société « télé futé » et donc pas de financement des
communications par notre fédération mais par les membres du bureau au cout d'environ 1 €par
+ Envoi mail à 4 reprises

La gestion du site est de plus en plus difficile par manque de temps...de ce fait les mises à jour sont
rares, je m'en excuse.

Il est fait appel à des volontaires ... tjs pas

Un compte face book a été créé par Philippe Vitel

III) RAPPORT du TRESORSIER : (Dr LOURENÇO) & approbation des comptes
BILAN FINANCIER 2012

I) SORTIES :

Avance du 53° congrès LOZARI	4000 €
Pénalités d'annulation	3631,25 €
Site Fédé	149,50 €
Réunions du bureau	456,15 €

Total : 8236,90 €

II) ENTREES :

Solde du 53° congrès LOZARI	5949 €
52 Cotisations	3 640 €
(44 en 2006, 41 en 2007, 68 en 2008, 27 en 2009, 63 en 2010, 52 en 2011)	

Total : 9589 € bilan positif de l'année : 1352.10 €

LES COMPTES au 31/12/2012

COMPTE CHEQUE :	9 561,30 €
COMPTE EPARGNE :	11 605,70 €
SOIT	21 167,00 €

Les commentaires :

Le congrès de LOZARI est déficitaire de 1682, 25 € d'un recrutement insuffisant et surtout des pénalités d'annulation.

Peu de dépenses : pas de frais de réunion téléphonique (téléconférence sur poste fixe tarif local soit 0,92 €TTC 1 h), suppression des courriers papiers (uniquement courriels), diminution importante des frais de réunion du bureau (souvent en Provence avec suppression des frais d'hôtellerie) .
une assurance multirisque association.

Le QUITUS est donné au trésorier par un vote à l'unanimité

IV) ELECTIONS : Le Bureau, comme chaque année est démissionnaire.

Jean paul Ortiz plus ancien président présent prend la place de Jean-Claude FRIEDMANN et procède aux élections.

Après appel à candidature, un candidat à la présidence : Jean Claude Friedman.
Cette candidature mise au vote 36 participants : il est ré-élu à l'unanimité

Désignation du bureau

Dr. ARNODO secrétaire général, Dr. LOURENÇO trésorier, Dr. RIVOALLAN vice-président aux libéraux, Dr.RAUFAS vice-président aux hospitaliers le Dr LOURENCO, Dr. CHARLE chargé du congrès

VI) L'assemblée décide :

Le 55° CONGRES : après débat est voté à Baléares en septembre 2014 : le Dr. CHARLE chargé du congrès sera aidé des Dr SCHNEBELEN et LECLAIRE.

le Dr LOURENCO sera le trésorier du congrès
Tous les sujets de l'ordre du jour étant discutés le président lève la séance

Dr. ARNODO secrétaire général

2013-01-05
CR AG 2012

I) RAPPORT MORAL DU PRESIDENT : DR. BERNARD HOUIS

Remercie les membres du bureau et les organisateurs du congrès
Il est notable que la FD est à un tournant dans son histoire avec la volonté manifeste de se recentrer sur une fédération d'anciens internes partageant ensemble des info mais sans avoir recours à des intervenants extérieurs

L'année fut malheureusement marquée encore par la gestion du contentieux GM dont parlera le Dr. Friedmann :

II) RAPPORT DU SECRETARIAT : DR PATRICK ARNODO

5 Réunions téléphoniques via la société « télé futé » et donc pas financement des communications par notre fédération mais par les membres du bureau au cout d'environ 1 €par membre du bureau
+ Envoi mail à 3 reprises

La gestion du site est difficile par manque de temps...de ce fait les mises à jour sont rares, je m'en excuse.

Il est fait appel à des volontaires ...Seul P Vitel se propose via son attaché parlementaire mais cette proposition est refusée par la volonté de maintenir une neutralité.

Par ailleurs très peu de personnes doivent aller sur le site et nous n'avons pas pu installer de compteur, compte tenu de notre trésorerie fragile.

Il est proposé de supprimer la chapitres news et de se recentrer sur un site évoquant notre histoire présente et passé, on décide de surseoir cette mesure.

Il est proposé de créer un compte face book dont sera chargé Philippe Vitel

III) RAPPORT du TRESORSIER : (Dr LOURENÇO) & approbation des comptes
BILAN FINANCIER 2011

I) SORTIES :

Avance du 52° congrès LISBONNE	800 €
Site Fédé	328,90 €
Réunions du bureau	203 €
Total :	1 331,90 €

II) ENTREES :

52 Cotisations	3 640 €
(44 en 2006, 41 en 2007, 68 en 2008, 27 en 2009, 63 en 2010)	
Total :	3 640 €

LES COMPTES au 31/12/2011

COMPTE CHEQUE :	13 458,20 €
COMPTE EPARGNE :	3 549,65 €
ACTIONS :	7 973,60 €
SOIT	24 981,45 €

Les commentaires :

Le congrès de Lisbonne a été équilibré dans sa gestion avec peu d'avance de trésorerie.

Dans les dépenses de belles économies, pas de frais de réunion téléphonique (parfois 700 à 900 €) téléconférence sur poste fixe tarif local soit 0,92 €TTC 1 h, suppression des courriers papiers (parfois 2000 €).

Il faut envisager une assurance multirisque association.

QUITUS DONNE

+ Gestion et mise à jour du Fichier en particulier sur le site

IV) SITUATION DU DOSSIER GM Dr Friedmann

Résumé de la situation concernant la procédure juridique suite à l'annulation du 50^{ème} congrès en Polynésie (du 7 au 21/11/2009)

Signature en mai 2008 d'un contrat de voyage avec les sociétés GM EVENTS et GM VOYAGES (avec Sébastien Guidez son gérant) pour l'organisation du congrès.

Annulation en date du 15/10/2009 du congrès par l'agence GM en raison d'un problème de « quota-groupe auprès d'Air France » - motif totalement infondé, l'agence n'ayant jamais réservé de billets auprès d'Air France

Procédures contre GM EVENTS et GM VOYAGES :

Procédure civile auprès du Tribunal de Commerce de Douai déposée le 7/1/2010 avec jugement en date du 17/2/2010 condamnant solidairement les sociétés GM EVENTS et GM VOYAGES à payer aux requérants le remboursement du prix du voyage ainsi qu'une indemnité contractuelle de 40%

Les sociétés GM sont insolvables, mises en liquidation judiciaire. Toutefois par voie d'huissier un montant de 55618€ a été bloqué par une saisie-attribution (sur un compte de Reims au nom de GM EVASION)

Les sociétés GM EVENTS ET VOYAGES ont interjeté appel de cette décision en date du 15/3/2010 – l'affaire a été plaidée à la Cour d'Appel de Douai le 9/6/2010 – et la Cour a rendu son arrêt le 21/10/2010 : les encaissements effectués par GM VOYAGES ne valent pas apparence de lien contractuel et la saisie-attribution a dû être restituée au liquidateur judiciaire de la société GM ; le cour majore les indemnités contractuelles de 40 à 70%

Décision de poursuivre en procédure pénale M Sébastien Guidez (ainsi que son épouse) pour escroquerie (production de fausses propositions de transport – absence de garanti APS – complicité de Mme Audrey Guidez)

Après enquête de gendarmerie, le Procureur de la République a procédé à l'ouverture contre X d'une information judiciaire en date du 30/12/2011, dont nous avons eu connaissance par courrier le 16/5/2012.

V) ELECTIONS : Le Bureau, comme chaque année est démissionnaire.

Jean Paul Ortiz plus ancien président présent prend la place de Bernard HOUIS et procède aux élections.

Après appel à candidature, un candidat à la présidence : Jean Claude Friedman.

Cette candidature mise au vote : il est élu à l'unanimité.

Désignation du bureau

Dr. ARNODO secrétaire général, Dr. LOURENÇO trésorier, Dr. RIVOALLAN vice-président aux libéraux, Dr. RAUFAST vice-président aux hospitaliers, Dr. HONORAT secondé par le Dr LOURENCO chargé du congrès, Dr. CHARLE attaché aux médecins salariés, Dr. FARNOS attaché aux hospitaliers,

VI) L'assemblée décide :

1) Proposition de face book

2) CONGRES 2012 : après débat est voté à PORQUEROLLES

3/ congrès futurs Croatie / bresil/ polynesie/ autres capitales européennes....

Tous les sujets de l'ordre du jour étant discutés le président lève la séance

2013-12-04

RAPPORT MORAL DU PRESIDENT
ASSEMBLEE GENERALE 22/9/2013

Je remercie les membres du bureau, Mme SOL M RUBEL et la MACSF et GENERALI
Pour leurs exposés, ainsi que les organisateurs du congrès

AFFAIRE GUIDEZ :

Nous sommes donc en procédure pénal : enquête de gendarmerie réalisée et attente audition par le juge
Hypothèse de conseil extérieur au sujet de la procédure > pas à titre collectif mais why not à titre
personnel.

NULL

DR. FRIEDMANN

2016-06-19

Compte rendu AG 2015

1. Rapport moral du Président : Dr Friedmann

Le président remercie très chaleureusement le Dr Jean Claude BELTRANDO et son épouse Nga pour l'organisation de ce magnifique 56ème congrès en Baie d'Halong.

Notre Confrère JC BELTRANDO avait à cœur de nous faire découvrir ou redécouvrir le Vietnam auquel il est si attaché pour des raisons tout d'abord humanitaires, puis sentimentales et familiales.

Lors du Congrès, nous avons eu des conférenciers et des exposés de qualité, sur la Médecine traditionnelle vietnamienne, le système de santé au Vietnam et la coopération médicale franco-vietnamienne.

JC BELTRANDO nous a fait partagé avec beaucoup d'émotion ses 25 années de missions humanitaires, et l'origine de l'association Amphore, un grand moment dont nous nous souviendrons tous.

Le président remercie l'ensemble du bureau pour leur travail durant cette année, plusieurs réunions téléphoniques ont eu lieu.

2. Rapport du Trésorier : Dr Lourenço Bilan 2014

I) Sorties :

- Avance du 55ème congrès : 4 000,00 €
- Médailles 226,00 €
- Site Fédé 14,28 €

Total : 4 240,28 €

II) Entrées :

- Retour Avance du 55ème congrès 4 000,00 €
- 51 Cotisations 3 570,00 €

(44 en 2006, 41 en 2007, 68 en 2008, 27 en 2009, 63 en 2010, 52 en 2011, 52 en 2012, 52 en 2013)

- 2 polos 40,00 €

Total : 7 610,00 €

bilan positif de l'année : 3 369,72 €

Comptes au 31/12/2014

Compte courant : 10 685,28 €
Compte Epargne : 21 896,28 €
Soit 32 581,56 €

Les commentaires :

- Félicitations aux organisateurs du congrès (55ème) aux Baléares (Albert SCHNEBELEN, Michèle LECLAIRE, Christine CHARLE) pour lequel les inscriptions s'élèvent à 37 583 €, le total des dépenses

était de 34 349,57 € donc un bilan positif de 3 253,43 € qui a été inclus en dotation dans le budget du Congrès au Vietnam

- Reste des Polos de Porquerolles 2013 : taille homme XL, tailles femme M et L 20 € pièce port inclus
- Peu de dépenses : Réunions du bureau essentiellement téléphoniques (téléconférence sur poste fixe tarif local soit 0,92 € TTC 1 h), suppression des courriers papiers (uniquement courriels)
- Mise à jour régulière du fichier du secrétariat et du fichier du site
- Projet achat d'un logiciel de gestion des fichiers, et formation/logiciel
- Déclaration à l'administration fiscale annuelle
- Déclaration en préfecture de l'AG et du changement de bureau.

3. Procédure en cours Affaire Guidez

.Début procédure pénale en 2011

.Audition de J-C Friedmann en février 2013 auprès du juge d'instruction de Douai ; audition de Sébastien Guidez en novembre 2013

.Décision du juge de placer M Guidez sous statut de témoin assisté (et non mise en examen)

.Notre avocat, Maître Buffetaud, demande une enquête complémentaire, et une confrontation entre M Friedmann et M Guidez

.Septembre 2015, relance de notre avocat au Juge d'Instruction, et faute de réponse de sa part menace de saisir la chambre d'instruction.

.Convocation prévue le 2/12/2015 au TGI de Cambrai pour interrogatoire et confrontation des parties civiles, dossier à disposition

.Frais de justice actuellement aux alentours de 45 000 €

.Pas de nouvelle de la participation d'Air France...

4. Hommage à Bernard Kern : Dr Schnebelen

Né en 1945, Bernard KERN, grand ami d'Albert, était ancien interne de l'hôpital de Colmar.

Très dynamique, il a toujours su allier son activité professionnelle (il était gynéco-obstétricien à Strasbourg), sa famille, ses amis et sa passion pour les chevaux.

Après une vie très riche, toujours présents à la FNIAAIHRS et aux congrès (Lisbonne, Porquerolles, l'an dernier aux Baléares...) et ceci malgré les tourments de sa maladie, il s'est éteint le 13 août 2015.

Devant cette belle photo de Bernard aux côtés d'Albert, sa femme Christiane et Michèle LECLAIRE, nous avons fait Une minute de silence pour lui

5. Actualités et discussion avant rédaction des motions

Plusieurs points ont été discutés

* Tout d'abord la FNIAAIHRS s'associe au mouvement de grève prévu le 13 novembre concernant le projet de Loi Santé De Mme Marissol Touraine, contre l'étatisation de notre profession et le 1/3 payant généralisé.

* Pb de l'article 47 donnant accès aux données médicales pour les assurances...

* Rapport annuel sur la démographie médicale réalisé par l'Ordre des Médecins (Dr Dugué) :

- sur 6000 médecins sortants actuellement 1000 ne sont pas inscrits au tableau un an plus tard, et n'exercent pas la médecine...
- diminution du nombre de praticiens à temps plein

- inquiétude des jeunes médecins à l'entrée en exercice, certains préférant rester remplaçants...
- * Problème des médecins étrangers travaillant à l'hôpital sans être déclarés à l'Ordre, ils sont en exercice illégal !

Leur inscription à l'Ordre est obligatoire, elle se fait sur l'équivalence du diplôme (quasi automatique pour les intra CEE), et sur leur maîtrise de la langue française (il existe un guide à l'usage des CDOM pour évaluer cette maîtrise qui doit bien-sûr concerner le langage médical).

La qualification relève ensuite des commissions compétentes du CNOM...

- * Proposition de rendre obligatoire l'affichage des attestations d'inscription à l'Ordre des Médecins, notamment à l'entrée des hôpitaux (Dr CHARLE)

- * Pb de la délégation des tâches (Dr HERVOCHON, Dr RIVOALLAN...)

- * Pb du Numéris clausus : on assiste déjà à une diminution du nombre de généralistes, et d'ici 2018 il y aura un effondrement d'environ 30% du nombre de médecins spécialistes, et il faudra attendre 2025 pour retrouver, a priori car il n'existe pas de projection très fiable, une démographie médicale correcte...

Le gros problème, toutes disciplines confondues, est la répartition des praticiens sur le territoire, avec actuellement des déserts médicaux...

6. Motions du 56ème Congrès (Dr Raufast, Dr Rivoallan, Dr Hervochon, Dr Coux, Dr Farnos, Dr Echkinazi, Dr Farnos)

A l'occasion de son 56ème congrès, la FNIAAIHRS (Fédération Nationale des Internes, Assistants, Anciens Internes des Hôpitaux de Régions Sanitaires) qui regroupe des médecins hospitaliers et libéraux, généralistes et spécialistes, s'exprime à nouveau sur le projet de loi santé de Marisol Touraine.

Comme lors de son 55ème congrès en 2014, la FNIAAIHRS s'oppose au tiers payant généralisé dont le risque est d'induire une surconsommation médicale et qui va générer une surcharge de travail pour les médecins libéraux avec la multiplicité des organismes payeurs.

La FNIAAIHRS alerte sur la dérive potentielle induite par la loi concernant les complémentaires santé qui, par leur proposition globale de prise en charge, risquent de priver les patients du choix de leur praticien et du lieu de leur hospitalisation.

La FNIAAIHRS dénonce la modification de la loi qui permet la mise à disposition du dossier patient, sa communication, voire sa commercialisation, disposition allant à l'encontre de la déontologie médicale et du serment d'Hippocrate.

La FNIAAIHRS déplore la pénurie médicale qui impose le recrutement massif des médecins hors CEE et demande une application plus rigoureuse des règles de validation des diplômes étrangers et d'exercice de la médecine.

La FNIAAIHRS rappelle la nécessité impérative d'inscription de tous les médecins au Conseil National de l'Ordre des Médecins ainsi que leur qualification par cette instance pour avoir le droit d'exercice. La transparence de cette mesure s'impose au même titre que pour les autres professions.

Elle rappelle également la disposition prévue au chapitre VI de l'instruction du gouvernement du 17 novembre 2014 concernant la connaissance suffisante de la langue française dont doivent s'assurer les directeurs d'établissements hospitaliers pour les praticiens qu'ils recrutent.

La FNIAAIHRS s'oppose fermement aux transferts de compétences qui doivent rester sous la seule responsabilité médicale et pratiquées à compétences et modalités d'exercice inchangées et identiques pour tous.

Vouloir pallier une carence en médecins, annoncée et dénoncée depuis de nombreuses années, risque d'induire une régression de la qualité de l'offre de soins ou à un retard dans la prise en charge de pathologies en introduisant dans le parcours de soins un intermédiaire supplémentaire, de formation moins complète et dont les compétences relèvent d'un domaine plus limité.

7. Choix du 57ème Congrès

Propositions de congrès mises au choix :

Alsace / La Drôme/ Malte / Sicile / Cuba / Saint Martin...

Après vote, proposition retenue pour la Sicile

Jacques RIVOALLAN se chargera de l'organisation de ce congrès, avec l'aide de Jean Marc AUBERT

Dates à définir, plutôt vers la mi-septembre.

Notre président annonce son indisponibilité pour fin septembre et octobre.

Plan B : un projet au sud de la Drôme proposé par Christine CHARLE (mais pb de structures hôtelières...).

Un projet pour Cuba, dans deux ans, est à l'étude par Bernard HOUIS.

8. Election, composition du bureau

Le bureau comme chaque année est démissionnaire.

Après appel de candidature, un candidat à la présidence : J-Claude FRIEDMANN

Cette candidature est mise au vote : réélection à l'unanimité

Désignation du bureau :

- Danièle RAUFAST : vice-présidente aux hospitaliers
- Geneviève GESCHICKT : vice-présidente aux libéraux
- Daniel LOURENCO : trésorier
- Michèle FOURCHON : secrétaire générale
- Patrick ARNODO : secrétaire adjoint
- Jacques RIVOALLAN : chargé de congrès, attaché aux libéraux
- Christine CHARLE : attachée aux salariés
- Jean Marie FARNOS : attaché aux hospitaliers

Michelle Fourchon Legros

2016-02-19

SITE et les mises à jour

La gestion du site est de plus en plus difficile par manque de temps...de ce fait les mises à jour sont rares, je m'en excuse.

p arnodo

2016-04-12

congres 2016 en sicile

Chers amis,

Après notre superbe congrès au Vietnam, qui nous laissera de magnifiques souvenirs, nous vous proposons de rejoindre l'Europe et de nous retrouver en Sicile, terre historique aux multiples facettes.

Notre congrès se tiendra à Naxos, en bord de plage, près de Taormine, reconnue comme étant la plus belle région de l'île.

Il est prévu une excursion à l'Etna, incontournable, avec déjeuner sur place, ainsi que du temps libre pour vous permettre de visiter à votre guise Taormine et Syracuse.

Bien entendu, nous vous réservons nos deux soirées conviviales habituelles, Tonus et Gala.

Par ailleurs, nous vous proposons deux possibilités d'extension en pré congrès. L'une plutôt orientée vers la visite des sites historiques, avec

des réservations hôtelières à Palerme, Agrigente et Syracuse, l'autre pour ceux qui préfèrent la plage et les sports nautiques aux îles éoliennes.

Ces extensions sont volontairement simples (hôtel, petit déjeuner, voiture de location), pour vous permettre d'organiser votre séjour selon vos souhaits.

Je ne peux que vous conseiller de réserver ces extensions et de vous occuper de vos vols rapidement, car les tarifs augmentent avec le temps.

En espérant vivement vous retrouver en Sicile en septembre pour vivre à nouveau un grand moment de convivialité et d'amitié.

Amicalement à tous

Jacques RIVOALLAN

2016-07-02

Edito

*Après un superbe congrès au Vietnam, je vous donne rendez vous en Sicile , au pied de l Etna pour notre 57ème congrès .

** Jacques Rivoallan met à profit tout sa connaissance des congrès pour nous concocter de très beaux moments; je le remercie pour toute l'énergie qu'il dépense à cette organisation.

***E-santé, m-santé, télé médecine, voilà des termes qui entrent dans l'évolution de nos activités. Acceptons en les bénéfiques , mais restons vigilants à leurs travers vers l ubérisation de la médecine. Cette thématique occupera nos discussions cette année.

A bientôt en Sicile et "Forza Fédé

JCF