

L'organisation de la permanence des soins Philippe Bas veut imposer sa marque

Le nouveau ministre de la Santé vient de nommer le Dr Jean-Yves Grall comme médiateur national de la PDS. Philippe Bas veut organiser, sur ce thème, une réunion en présence de préfets et de présidents des ordres départementaux. Au menu, l'organisation de la permanence des soins les samedis après-midi, la bascule des urgences vers l'hôpital entre minuit et 8 heures, ainsi que l'élargissement de la régulation libérale.

ALORS QUE Xavier Bertrand s'enorgueillissait d'avoir mené à bien le dossier de la PDS (permanence des soins) avant de quitter son poste de ministre, voilà que son successeur, Philippe Bas, s'empare du dossier et prend plusieurs initiatives. Il vient en effet d'envoyer aux préfets une circulaire dans laquelle il leur demande d'organiser au plus vite une réunion des Codamups (comités départementaux de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins). Les codamups réunissent en leur

sein l'ensemble des structures concernées par l'AMU (aide médicale urgente) et la PDS : Ordre, préfet, Ddass (Direction départementale de l'action sanitaire et sociale), associations de PDS, Samu-centre 15, urgences, ambulanciers, pompiers.

Philippe Bas a de plus décidé de nommer le Dr Jean-Yves Grall, déjà bien impliqué dans les problèmes de la PDS et des MMG (Maisons médicales de garde), au poste de coordonnateur national de la PDS. Avec pour mission de rédiger d'ici au 15 novembre 2007 un rapport sur l'art et la manière d'apporter des réponses concrètes et durables à cette question.

Responsable du dossier au Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom), le Dr André Deseur se réjouit de cette nomination : « *Le Dr Grall sait de quoi il parle, il est pragmatique, et il dispose d'une excellente connaissance du terrain. Le Cnom ne peut évidemment que se réjouir de sa nomination.* » S'agissant de la réunion des Codamups, André Deseur indique au « Quotidien » qu'il a été sollicité

par les pouvoirs publics pour organiser une réunion sur la PDS au ministère de la Santé.

« **Secouer les préfets** ». Rencontre à laquelle devraient participer une trentaine de préfets et de présidents départementaux de l'Ordre des médecins. Une invitation acceptée par l'Ordre, même si, de l'aveu du Dr Deseur, « *il sera sans doute plus facile de déplacer les préfets que les présidents d'Ordre* ».

Sur cette réunion, qui doit impérativement être organisée avant le premier tour de l'élection présidentielle, c'est-à-dire avant le 22 avril, André Deseur estime qu'elle est programmée pour « *secouer les préfets et les Ddass afin d'étendre au plus vite les horaires de la PDS aux samedis après-midi ou pour la transférer, passé minuit, sur les urgences hospitalières* ». Car, ajoute en substance André Deseur, il ne suffit pas que le décret permettant l'élargissement de la PDS au samedi après-midi existe, il faut encore le mettre en œuvre. On sait en effet



C'est la PDS du samedi après-midi qui pose problème

que ce texte donne simplement la possibilité aux préfets de mettre en place la PDS le samedi après-midi, lorsqu'ils le jugent nécessaire. Or il semblerait que, dans certains départements, il y ait des manques importants dans ce domaine.

Le problème de la tranche minuit-8 heures. André Deseur regrette que les conseils départementaux de l'Ordre n'aient pas pris eux-mêmes l'initiative de ces réunions, mais, ajoute-t-il, « *les présidents des conseils départementaux ont parfois quelques craintes d'affronter les préfets et les Ddass* ».

D'autres sujets seront abordés au cours de cette réunion, comme l'élargissement de la régulation libérale pour faire face aux pics d'appels dans les Samu ou l'évaluation de la PDS à laquelle doivent s'atteler les Codamups, afin de formuler des propositions d'amélioration.

Le problème du transfert de la PDS de la ville vers l'hôpital entre minuit et 8 heures, au menu de cette réunion, est en effet un des sujets sensibles. Bon nombre de médecins hospitaliers estiment en effet qu'il est l'un des signes de la volonté de désengagement des libéraux, tandis que certains méde-

cins libéraux, dans des secteurs peu peuplés, ne voient pas toujours d'un bon œil la disparition de ces astreintes de nuit, jugées plutôt lucratives, dans la mesure où elles ne s'accompagnent d'aucune activité.

Ainsi la récente bascule de la PDS vers l'hôpital après minuit en Saône-et-Loire a-t-elle fait couler beaucoup d'encre. Pour Geneviève Fribourg, inspecteur principal de la Ddass 71, « *cette mesure n'est pas exclusivement la conséquence d'un problème démographique. Elle se justifie aussi par la faible activité médicale constatée sur cette tranche horaire, en moyenne 6 actes par nuit pour l'ensemble du département sur la tranche minuit-8 heures* ». Geneviève Fribourg ajoute que : « *Un suivi de cette décision est mis en place. Une évaluation sera présentée au Codamups, dès la réunion en mai de cette instance.* » Du côté de Jean-Yves Grall, on se montre peu loquace. « *Je dois essayer de voir ce qui bloque dans certains départements en matière de PDS, indique-t-il au "Quotidien", en conservant la méthode que j'ai utilisée pour mon rapport sur les MMG, c'est-à-dire aller sur le terrain et rencontrer les gens. Je pars sans a priori.* »

> HENRI DE SAINT ROMAN

Ce que dit la nouvelle circulaire sur les MMG

LA CIRCULAIRE sur les Maisons médicales de garde (MMG) vient d'être signée par Philippe Bas. Destinée à mettre en œuvre les recommandations du rapport de Jean-Yves Grall sur les MMG, ce texte aborde les modalités de financement des MMG : une enveloppe annuelle reconductible sur une période de cinq ans, définie par une convention liant la MRS (Mission régionale de santé) et la MMG. Cette enveloppe sera déléguée sur les crédits du Fiqcs (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins). Mais dans l'attente de la parution des décrets d'application créant le Fiqcs, « *les MRS sont invitées à solliciter les co-*

mités régionaux du Fagsv (Fonds d'aide à la qualité des soins de ville) afin de garantir la continuité du financement des MMG ».

Au chapitre du pilotage du dispositif par les MRS, la circulaire indique qu'il « *appartient à la MRS de faire part aux préfets des propositions concernant les lieux d'implantation souhaitables des MMG. Ces propositions seront prises en compte pour le découpage de la sectorisation de la permanence des soins et permettront d'intégrer les MMG dans le cahier des charges départemental de la permanence des soins en médecine ambulatoire* ».

La circulaire présente en annexe

un cahier des charges type des MMG, qui peut être amendé par les préfets au regard des situations locales. On y apprend que « *l'accès de la MMG doit être de préférence régulé préalablement par la régulation des appels de PDS. Le 15 doit être privilégié comme numéro d'appel. Un accès direct peut toutefois être accepté au vu de la situation locale* ». C'en est donc fini, semble-t-il, des refus de financement par les Fagsv pour cause d'accès direct sans régulation préalable. Les MMG devraient recevoir très prochainement un courrier de leur MRS les incitant à demander un financement relais sur les crédits du Fagqv.

Dépenses maladie 2007 Feu orange sur l'Ondam

CE N'EST PAS ENCORE la procédure d'alerte officielle sur les dépenses maladie 2007, mais cela y ressemble de plus en plus. Dans un avis publié le 6 avril, le comité indépendant de trois hauts fonctionnaires (1), institué par la réforme de 2004 et chargé d'avertir les pouvoirs publics en cas de risque sérieux de dérapage de l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (Ondam) pour l'exercice en cours au-delà du seuil de 0,75 % (soit un dépassement de 1,1 milliard d'euros en 2007), prépare les esprits à une notification de la procédure d'alerte dans les prochaines semaines (au plus tard le 1^{er} juin). Une procédure qui imposerait aux caisses et à l'Etat de prendre des mesures drastiques de redressement (déremboursements, baisses de tarifs, par exemple). Dans son avis, le comité rappelle que l'Ondam 2006 a été dépassé de « *1,2 milliard d'euros* » malgré le ralentissement de la croissance des dépenses (« *le Quotidien* » du 4 avril). Un dépassement qui « *résulte pour l'essentiel d'une accélération de la consommation de soins de ville dans la seconde moitié de l'année 2006, qui s'est poursuivie en janvier et*

février 2007 ». La situation est critique : l'Ondam pour 2007 (144,8 milliards d'euros) a été calculé à l'automne dernier sur des estimations de dépenses déjà largement dépassées. Ce surcroît de dépenses 2006 et la dynamique des derniers mois « *rendront très difficile le respect de l'objectif* » voté par le Parlement pour 2007, annonce le comité. Le seuil fatidique d'un dépassement de 0,75 % de l'Ondam risque-t-il d'être franchi ? Sans doute, met en garde le comité, sauf si les économies (médicaments, arrêts de travail, etc.) prévues lors de la construction de l'Ondam 2007 « *sont intégralement réalisées* ». Il n'existe donc plus aucune marge de manœuvre à ce jour. Dans ce contexte, le conseil de la Cnam appelle « *à la plus grande vigilance quant à l'activité 2007* ». Philippe Bas, ministre de la Santé, se dit de son côté déterminé à poursuivre « *la politique de maîtrise médicalisée* ».

> C. D.

Le comité réunit Jean-Michel Charpin (Insee), Michel Didier (institut de conjoncture Rexecode) et François Monier (commission des comptes de la Sécurité sociale).

Aide complémentaire santé 2 millions de personnes visées, 200 000 bénéficiaires

L'AIDE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (ACS) a été créée en 2002 mais n'a été mise en œuvre qu'en janvier 2005, après son inscription dans la loi de réforme de l'assurance-maladie d'août 2004. Au bout d'un an de fonctionnement effectif, ce dispositif d'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire santé pour les personnes dépassant de peu le plafond de la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) ne tenait pas toutes ses promesses, loin de là.

Un bilan publié par l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) montre en effet que « *malgré une montée en charge régulière* », l'ACS ne concernait au début de l'année 2006 que 203 000 per-

sonnes sur les 2 millions initialement visées (1). Pourquoi ce décalage ? Parce que, répond l'Irdes, « *le reste à charge sur le prix des contrats reste relativement élevé au regard des revenus des ménages* » concernés : après déduction du montant de l'aide, les frais de leur complémentaire santé représentent en moyenne 4,5 % de leur revenu annuel – ce pourcentage est de 3,5 % pour l'ensemble des ménages français souscrivant un contrat individuel. De leur poche, les bénéficiaires de l'ACS paient 60 % du prix de leur contrat, c'est-à-dire 389 euros en moyenne par an. Etant donnée la construction de l'ACS, ce reste à charge est en outre « *particulièrement élevé pour les personnes seules,*

pour les jeunes de moins de 25 ans, et pour les personnes dont l'état de santé requiert un contrat d'assurance complémentaire offrant des niveaux de garanties élevés ». Car le bât blesse sur ce point également : les contrats souscrits dans le cadre de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire sont « *moins chers et proposent en conséquence des niveaux de remboursement moyens, voire faibles pour les soins mal remboursés, comme l'optique et le dentaire* », souligne l'étude.

> K. P.

(1) Carine Franc, Marc Perromin, « *Aide à l'acquisition d'une assurance-maladie complémentaire : une première évaluation du dispositif ACS* », « *Bulletin d'information en économie de la santé* » n°121, avril 2007.