

Journée de mobilisation générale demain à Paris Les chirurgiens à la veille d'une « opération vérité »

Un millier de chirurgiens de terrain – internes, chefs, seniors, libéraux, hospitaliers, toutes spécialités confondues – sont attendus demain à Paris à l'appel de l'UCDF et d'autres syndicats. Une semaine « sans chirurgie » est programmée du 13 au 19 octobre. Enjeu de cette mobilisation : la survie de l'entreprise chirurgicale.

UN AMPHITHÉÂTRE de 950 places de la faculté de médecine des Saints-Pères, dans le quartier de Saint-Germain-des-Prés, a été réservé de longue date pour demain 4 octobre, « journée de mobilisation » de la chirurgie française à Paris. Depuis des semaines, l'Union des chirurgiens de France (UCDF, qui revendique 2 500 adhérents) soutenue par diverses « verticalités » (chirurgiens vasculaires du SNCV, orthopédistes et traumatologues du SNCO, chirurgiens de la main...) bat le rappel des troupes par courrier, affiches ou phoning, mais aussi sur les forums et sites dédiés. Un activisme qui contraste avec le silence

ou la discrétion des centrales polycatégorielles (CSMF, FMF, SML) concentrées, quant à elles, sur les prochaines négociations conventionnelles où se jouera précisément une part de l'avenir de la profession. « Cette journée sera un bon test, nous sommes sereins et déterminés », affirme le Dr Philippe Cuq, président de l'UCDF, qui espère rassembler « un millier » de médecins « de terrain ».

Sous-tarification. L'ensemble des chirurgiens, internes, chefs et seniors, quels que soient leur région, secteur, mode ou spécialité d'exercice, ont été invités à participer à ce mouvement national en forme d'apéritif avant une semaine « sans chirurgie » (du 13 au 19 octobre) déjà notée dans les agendas. Un arrêt d'activité (opérations programmées) qui, s'il se confirme, sera autrement plus spectaculaire et médiatisé. Objectif principal de cette mobilisation graduée : alerter les pouvoirs publics sur la « crise » d'une chirurgie « sous-tarifée » et la nécessité d'assurer « la survie de l'entreprise chirurgicale » afin de préserver la qualité et la sécurité des soins.

Une urgence alors que, selon l'UCDF, se profilent de nouveaux « nuages noirs », d'où la tentation prêtée au gouvernement de légiférer sur le secteur II où exercent 84 % des chirurgiens. Nombre d'entre eux s'émeuvent du climat « hostile » entretenu ces derniers mois au gré des « amalgames » entre les dépassements pratiqués en secteur II et certaines pratiques tarifaires condamnables minoritaires. Certains se demandent jusqu'où ira le gouvernement, pressé par les associations d'usagers ou le monde mutualiste, dans sa volonté de « transparence ». Pour ce chirurgien parisien, l'avenir est tracé : « Le gouvernement commence par se rassurer avec les devis obligatoires, puis il durcit les pénalités concernant le tact et la mesure et il finit par légiférer en supprimant le secteur II. »



La crise de la chirurgie, martèlent les organisations mobilisées, plonge ses racines dans la « sous-cotation » des actes et le « désengagement

du régime obligatoire au regard du coût « réel » de l'activité. Pour sortir de l'ornière, l'UCDF a préconisé un « contrat d'exercice chirurgical » en trois niveaux. Le premier, fondé sur la solidarité nationale, permettrait aux patients en CMU (couverture maladie universelle) et en AME (aide médicale d'État), ainsi qu'aux patients qui subissent une intervention chirurgicale en urgence, de bénéficier des soins au tarif opposable. Le deuxième autoriserait le chirurgien à pratiquer des dépassements dans la limite de 400 % du tarif opposable, supposant une participation plus forte des complémentaires afin de limiter le reste à charge du patient. Le troisième niveau, marginal, permettrait aux chirurgiens de pratiquer dans des situations marginales des dépassements déplaçonnés. Ce contrat est-il soluble dans le secteur optionnel que s'appêtent à né-

gocier les partenaires conventionnels dans les deux prochains mois ? « Oui, mais le diable est dans les détails », prévient le Dr Cuq qui demande que l'avenir de la chirurgie se discute « avec les chirurgiens ». Une pierre dans le jardin des syndicats à la table des négociations. « Nous n'accepterons pas un secteur optionnel au rabais », ajoute-t-il. Outre la thématique centrale des tarifs et de la rémunération, les chirurgiens évoqueront les perspectives démographiques, alarmantes dans certaines spécialités chirurgicales, la permanence des soins, la régulation des installations, les copérations public-privé... Autant de sujets lourds à la veille de l'examen par les députés en première lecture du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS 2009) et alors que se profile la loi Bachelot, au Parlement avant de la fin de l'année. > CYRILLE DUPUIS

CNPS : Fillon rassurera-t-il les libéraux ?

Le Centre national des professions de santé (CNPS) organise aujourd'hui sa journée de rentrée. Quelque 200 participants, représentants des centres départementaux (CDPS) et des syndicats adhérents, vont débattre sur les projets de loi Hôpital, patients, santé et territoires et sur le PLFSS 2009. L'après-midi permettra de faire le point sur les expériences de coopération interprofessionnelle en Italie, en Espagne, en Belgique, en Suisse et en France où la délégation de tâches est envisagée. François Fillon devrait s'exprimer à cette occasion devant les professions de santé.

Liberté d'installation restreinte ? Les jeunes médecins répliquent aux parlementaires

LE COLLECTIF des jeunes médecins, qui s'est constitué l'an dernier pour dénoncer la tentative de remise en cause de la liberté d'installation dans le PLFSS 2008, reprend du service. Internes (ISNIH et ISNAR-IMG), étudiants (ANEMF) et chefs de clinique (ISNCCA) sont en effet très inquiets après la publication d'un rapport parlementaire sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire (« le Quotidien » du 1^{er} octobre). Constituée de députés de tout bord politique, cette mission préconise notamment de « freiner l'installation des médecins dans les zones excédentaires », à l'instar de ce qui a été décidé par les infirmières dans un accord conventionnel. Les copilotés de cette mission, Christian Paul (PS) et Marc Bernier (UMP), ont la volonté commune « de faire bouger les choses » face à l'avancée « gravissime des déserts médicaux ». Plusieurs amendements au projet de loi Hôpital, pa-

tients, santé et territoires, (HPST) sont attendus dans le cadre du débat parlementaire. Certains devraient être déposés sous l'étiquette commission des Affaires sociales rassemblant députés de l'opposition et de la majorité. « Constaté que l'incitation ne marche pas, alors qu'elle n'existe pas encore, est un mensonge. Prendre le risque de décourager les jeunes médecins de s'installer par une politique coercitive n'est pas la solution », affirment les associations d'étudiants, d'internes et de chefs de clinique, remontés contre certains membres de la mission « qui affirmaient hier encore défendre la liberté d'installation ». Les jeunes médecins attendent que l'examen du projet de loi HPST à l'Assemblée nationale permette un « débat constructif et non démagogique, qui ne renie pas les conclusions des états généraux de l'organisation de la santé (EGOS) ». > CH. G.

LE PRATICIEN ET L'ENVIRONNEMENT

La bronchiolite du nourrisson Quels en sont les facteurs de risque ?

En France, chaque hiver, la bronchiolite touche près de 30 % des nourrissons, soit près de 500 000 cas par an. Le nombre de cas n'a cessé de croître ces dix dernières années. Quelle est la responsabilité de l'environnement dans cette évolution ?

La bronchiolite est une infection d'origine virale des voies aériennes inférieures du nourrisson de moins de 2 ans qui se caractérise par la présence d'un wheezing et de sibilants à l'auscultation. Elle débute par une rhinite avec une toux plutôt sèche. Secondairement apparaît la dyspnée avec une polypnée à prédominance expiratoire sifflante, variable dans son intensité. La détresse respiratoire peut perturber l'alimentation et majorer le risque de fausses routes. La fièvre est absente ou modérée. Après un plateau de quelques jours, l'évolution se fait vers la guérison spontanée, mais une toux résiduelle peut persister encore une quinzaine de jours. Le diagnostic d'asthme du nourrisson se pose à partir du troisième épisode sifflant quel qu'en soit le facteur déclenchant. Même si l'hospitalisation est rarement nécessaire, la bronchiolite représente le quatrième motif d'hospitalisation en pédiatrie.

La responsabilité de la vie en collectivité

Le virus respiratoire syncytial (VRS) en est l'agent étiologique principal. La transmission se fait directement par voie aérienne (toux, postillons, éternuements) ou

indirectement par l'intermédiaire des mains, des baisers ou des objets souillés (tétines, jouets, « doudous », etc.). En effet, le VRS peut survivre 30 minutes sur la peau et de 6 à 7 heures sur les objets. La mise en collectivité (crèches) et/ou les contacts avec la collectivité (transports, lieux publics...) sont de plus en plus précoces et sont très probablement la principale cause de l'augmentation de fréquence de la bronchiolite. Les principaux facteurs de risque connus sont le jeune âge (moins de 3 mois, voire moins de 6 semaines), la préexistence d'anomalies respiratoires (étroitesse des voies aériennes inférieures, bronchodysplasie pulmonaire), la prématurité, l'existence d'une insuffisance cardiaque ou d'un déficit immunitaire, le tabagisme passif, les antécédents parentaux d'asthme, ainsi que d'autres facteurs environnementaux qui apparaissent vraisemblablement comme favorisant les récurrences plus que comme cause initiale de la maladie : mode de garde en collectivité, résidence en zone urbaine, bas niveau socio-économique, fratrie nombreuse.

Que faire ?

Au cours de la bronchiolite, l'obstruction est avant tout mécanique, le spasme bronchique ne jouant qu'un rôle mineur. Le traitement de la bronchiolite est donc essentiellement symptomatique et repose sur le maintien des apports hydro-électrolytiques et de l'hématose, adaptés en fonction de la sévérité et de la tolérance. A domicile, il se résume au fractionnement des

Épidémie

Fréquence excessive d'une maladie en un même lieu et un même temps.

repas, à la désobstruction rhinopharyngée et à la kinésithérapie respiratoire. La prévention de la bronchiolite repose sur des précautions simples :
– se laver systématiquement les mains à l'eau et au savon avant les soins du bébé, ses repas ;
– éviter tout contact du bébé avec des personnes enrhumées ou ayant des symptômes grippaux ;
– ne pas échanger les biberons, les sucettes, les couverts dans la famille et en crèche ;
– éviter le tabagisme passif ;
– éviter autant que possible, en période épidémique aux bébés, la fréquentation des lieux publics. Quant à l'allaitement maternel, il doit être encouragé car il représente, entre autres avantages, une vraie protection contre les infections graves.

Pr JACQUES DE BLIC
SERVICE DE PNEUMOLOGIE ET ALLERGOLOGIE
PÉDIATRIQUES, HÔPITAL NECKER - ENFANTS-
MALADES, PARIS.

<http://www.has.sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/bronc.pdf>
American Academy of Pediatrics Subcommittee on Diagnosis and Management of Bronchiolitis. Diagnosis and management of bronchiolitis. Pediatrics 2006;118:1774-93.
Sebban S., Grimprel E., Bray J. Prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson par les médecins libéraux du réseau bronchiolite Ile-de-France pendant l'hiver 2003-2004. Arch Pediatr 2007 ; 14:421-426.

« Le praticien et l'environnement » est une rubrique hebdomadaire du « Quotidien » qui souhaite répondre aux questions des médecins sur les liens entre environnement et santé. Elle est réalisée avec le soutien institutionnel de Veolia Environnement et la coordination scientifique du Cnam - chaire d'hygiène et sécurité.