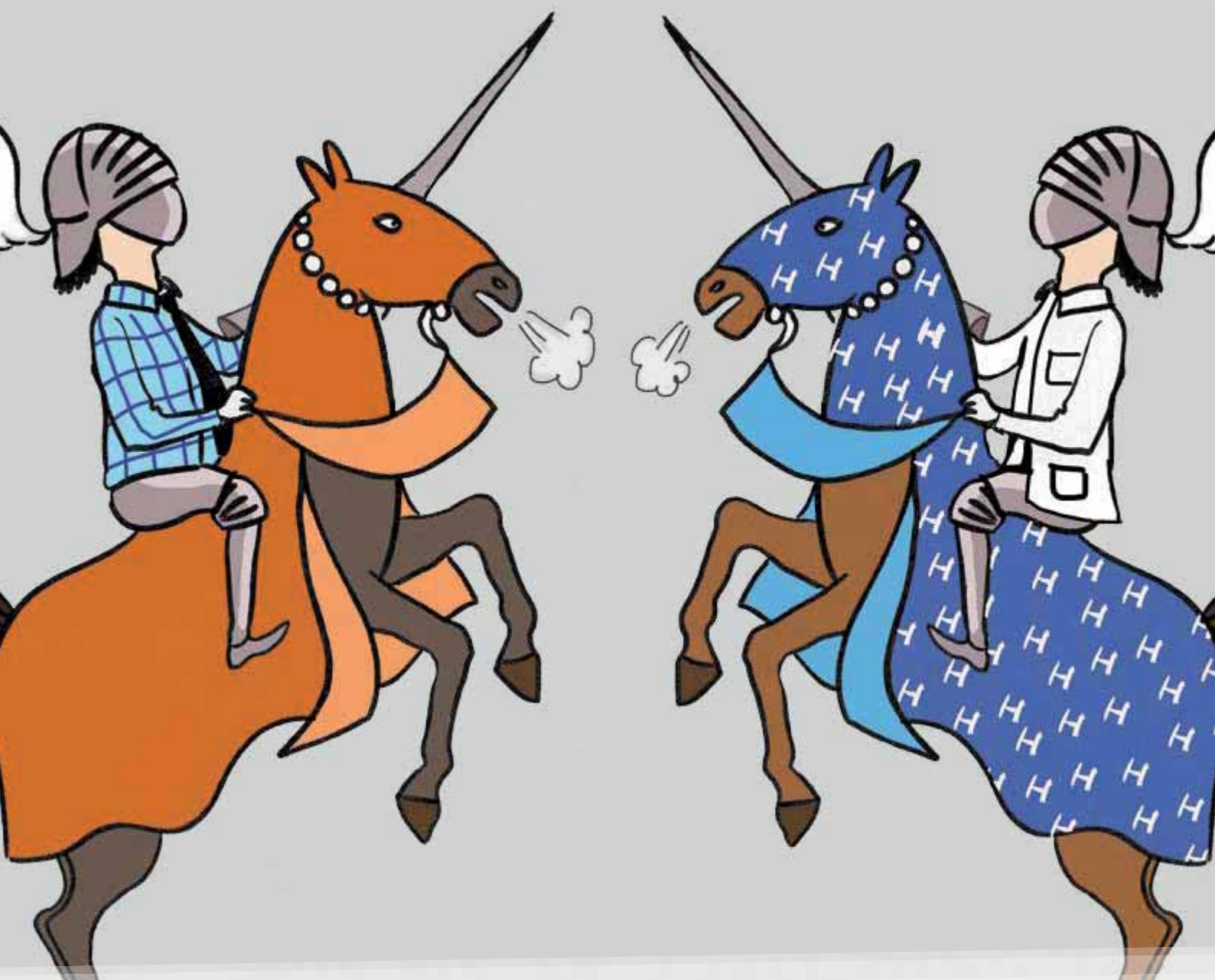


Ville / Hôpital : la bataille des territoires



Rencontre

Gilles Johanet, Procureur
général près la Cour
des Comptes

page 6



Portrait

Hélène Le Hors,
une profession de foi

page 16

AMC et médecins libéraux : apprendre à dialoguer !



Jusqu'à présent les assurances maladie complémentaires et les médecins libéraux, c'est « *Je t'aime moi non plus!* ». Réseaux à l'américaine, sélection du professionnel, refus de la prise en charge des compléments d'honoraires, peu d'engagement sur le CAS : la liste des griefs est longue entre les médecins et les complémentaires !

Et pourtant, face à l'étatisation de l'assurance maladie obligatoire et la place de plus en plus prépondérante des AMC dans la vie des Français (comme en témoignent les complémentaires santé obligatoires dans les entreprises pour les salariés), c'est une évidence : il va falloir ouvrir rapidement le débat et apprendre à travailler ensemble. Bannir cette idée de notre esprit serait pratiquer la « *politique de l'autruche* ». Bien évidemment, qui dit ouverture, dit aussi frontières. Pour nous, médecins libéraux, celles-ci sont clairement définies. En aucun cas, les assureurs complémentaires ne pourront s'immiscer dans les relations entre patients et médecins. En aucun cas, le modèle nord-américain ou les réseaux de soins issus de la *loi Leroux* ne pourront être acceptés par les libéraux, ce qui veut dire, que la liberté et l'indépendance du médecin doivent être gravées dans le marbre. Ces principes acquis, ce sont des champs nouveaux sur lesquels nous devons apprendre à dialoguer : la prévention, l'observance, les check up professionnels, l'éducation thérapeutique et l'e-médecine sont, entre autre, des territoires pour lesquels médecins, AMC, État et surtout patients ont tout à gagner de cette collaboration. Commençons déjà à ouvrir nos esprits car il y a plus d'hommes qui construisent des murs que d'hommes qui construisent des ponts. Soyons, nous médecins, de ceux-là ! Ensemble défendons la médecine libérale !

Dr Jean-Paul Ortiz,
Président de la CSMF

sommaire

4. L'événement

Présidentielle 2017 :
quand la santé revient au premier plan

6. Rencontre

Gilles Johanet, Procureur général
près la Cour des Comptes

8. Dossier

Ville / Hôpital : la bataille des territoires

14. Actu en bref

L'actualité de la médecine

16. Portrait

Hélène Le Hors, une profession de foi

17. À la loupe

Directives anticipées :
quelles implications pour les médecins ?

18. À lire, à voir

Expositions, livres, loisirs



Le Médecin de France • Bimensuel
79, rue de Tocqueville 75017 Paris
Tél. 01 43 18 88 33 • Fax : 01 43 18 88 34
E-mail : med_france@csmf.org • Site : www.csmf.org
Les articles originaux du Médecin de France peuvent être reproduits
par tout organisme affilié à la CSMF sans autorisation spéciale,
à condition de faire figurer les mentions habituelles.
Édité par la SEPME, SARL au capital de 32 000 € • Durée : 50 ans
à partir du 1^{er} Juin 1978 • Associés : CSMF et ACFM.
Gérant : Jean-Paul Ortiz • Directeur de la publication :
Jean-Paul Ortiz • Rédacteur en chef : Laurent Verzaux
Crédits photos : P. Chegnon - Cocktail Santé, paladin1212 - Fotolia.com
Réalisation : Alléner Consultants - Tél. 05 49 62 69 00
Impression : Megatop • Distribution : Info Routage
Encart jeté, affiche « Non au Tiers Payant Généralisé ».
Abonnement : 40,00 € par an. Prix du numéro : 2 €
Commission paritaire : 1018 6 82782.

Abonnez-vous ! 40 € par an, 20 numéros.

Dr

Adresse :

Code postal : Ville :

désire s'abonner à la revue Le Médecin de France pour un an. désire une facture.

Chèque de 40 € à l'ordre de Médecin de France et à adresser à :
Le Médecin de France, Service abonnement • 79, rue de Tocqueville 75017 Paris

Présidentielle 2017 : quand la santé revient au premier plan



À l'occasion d'un événement organisé par La Mutualité Française, les principaux candidats ont précisé leurs intentions en matière de santé. Une multitude de promesses qui mêlent le bon et le moins bon, comme le note la CSMF.

Un temps occultée par le « Penelopegate », la discussion autour des programmes des candidats à la présidentielle est revenue en force, mi-février, avec la santé au premier plan. Quelques-uns d'entre eux s'étaient en effet rendus à l'invitation de la Mutualité française, qui organisait son grand oral à Paris le 21 février. Emmanuel Macron, Yannick Jadot, François Fillon, Nicolas Dupont-Aignan et Benoît Hamon ont décliné leurs priorités sanitaires pour le prochain quinquennat. On notera d'abord un thème qui fait l'unanimité : chacun s'accorde à reconnaître le faible poids de la prévention dans le financement de la santé. Emmanuel Macron se positionne pour « une vraie révolution de la prévention » et propose un service civique pour les étudiants en santé consacré à la promotion de la prévention. François Fillon, qui a repris son programme santé après les polémiques sur petit risque et gros risque, préconise une consultation de prévention pour tous les Français tous les deux ans, financée par

l'assurance maladie. Benoît Hamon axe son action en priorité sur la lutte contre les addictions et propose de s'attaquer aux perturbateurs endocriniens et Yannick Jadot oriente ses propositions sur la lutte contre le mal-être au travail et les maladies professionnelles.

Attention au tout-hôpital

Devant les mutualistes, deux des principaux candidats ont dévoilé leurs intentions concernant l'hôpital public. Emmanuel Macron, dont les détails du programme ne sont toujours pas connus, s'engage à « désengorger » l'hôpital et promet un plan de financement de 5 milliards d'euros. Pour sa part, Benoît Hamon veut supprimer la tarification à l'activité et propose de revenir à un paiement des établissements au forfait. Des choix qui suscitent la désapprobation de la CSMF : dans un communiqué, l'organisation « s'indigne qu'un plan de cinq milliards d'euros ne concerne que très majoritairement l'hôpital et oublie la médecine libérale. » Et elle « s'inquiète de la fin de la tarification à l'activité ou de l'acte en général, car un chèque en blanc a rarement été une source d'efficience pour la santé et pour le porte-monnaie des Français ». Et enfin, elle « se révolte contre les mesures coercitives annoncées contre les médecins libéraux, comme le déconventionnement des médecins qui s'installeraient en zones surdotées. » C'est en

effet l'une des mesures prônées par Benoît Hamon.

Le nouveau positionnement de Fillon

Côté financement, on notera que François Fillon a mis de l'eau dans son vin. Exit, donc, la distinction petit risque - gros risque. Il s'engage à un « nouveau partenariat » entre l'assurance maladie et les complémentaires santé et veut créer une « Agence de garantie de la couverture solidaire des dépenses de santé ». L'objectif est notamment de parvenir au « zéro reste à charge » sur les soins coûteux en 2022 (optique, soins dentaires, dépassements d'honoraires). Au passage, il reviendrait sur le plafonnement de remboursement des contrats responsables, dont il juge qu'il « dégrade les remboursements pour les assurés ». Enfin, il promet un plan d'économies de « 20 milliards d'euros sur cinq ans », dans le but de parvenir à l'équilibre, et tout en maintenant un ONDAM à 2 % par an. Enfin, François Fillon prend les engagements les plus marqués vis-à-vis des médecins libéraux : il veut multiplier les maisons de santé et les structures d'urgence en ambulatoire, accélérer la mise en place des parcours de soins gérés par les généralistes, engager la « recomposition de l'offre hospitalière » sans privilégier la proximité, supprimer le tiers payant généralisé et ouvrir les GHT au secteur privé.

« Les candidats à la présidentielle mesurent mal les enjeux de la santé »

Ses trois idées fortes

• « **Le vrai défi, ce n'est pas d'afficher des promesses démagogiques pour augmenter encore la générosité du système de santé, mais de le rendre plus efficient.** » Lutter contre les dépenses inutiles, mieux récompenser la qualité et combattre la non-qualité restent les fers de lance d'une politique sanitaire équitable pour le plus grand nombre.

• « **Vouloir supprimer l'assurance complémentaire serait absurde et inefficace. Car elle a un rôle à jouer en faveur d'une meilleure gestion du risque et d'une maîtrise accrue des dépenses de santé.** » Pour lui, l'ANI a brouillé la lisibilité de l'assurance sociale en santé en transformant les complémentaires santé en « supplétif » du régime de base.

• « **La médecine de ville doit s'interroger sur sa place dans le système de santé et elle doit s'organiser pour anticiper les profondes mutations en cours dans la délivrance des soins.** » Il plaide pour une nomenclature des actes en médecine générale, pour des transferts de compétence vers les paramédicaux et pour des regroupements innovants chez les spécialistes de ville.

R



Gilles Johanet,
Procureur général près
la Cour des Comptes

Titulaire depuis 2012 d'un poste parmi les plus prestigieux de la haute fonction publique, Gilles Johanet affiche l'un des parcours les plus complets à des fonctions de décision dans le système de santé. Il a notamment dirigé à deux reprises la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Il nous livre ici son diagnostic éclairé sur la place de la santé dans la campagne présidentielle et les chantiers prioritaires pour le futur chef de l'État.

encontre

La distinction entre petit risque et gros risque, telle que l'a proposée François Fillon à l'automne dernier, est-elle pertinente pour conduire une politique de santé ?

La question est légitime, et il faut remercier François Fillon d'avoir ressorti ce vieux débat, même si la réponse *technique* fut pour le moins catastrophique. Il a au moins eu le mérite de placer les sujets de santé au cœur du débat politique. Derrière cette notion de petit et gros risque, c'est la philosophie globale du modèle français qui est en jeu, entre couverture solidaire d'une part et prestations de nature assurantielle d'autre part. Soyons clairs : le système de santé français est parmi les plus généreux et les plus équitables au monde. Le vrai défi, ce n'est donc pas d'afficher des promesses démagogiques pour être encore plus généreux, mais de le rendre plus efficient. Un système plus efficient, c'est un système plus performant dans la gestion de la dépense, et donc au final plus optimal pour couvrir les dépenses de santé essentielles, sans sélection par l'état de santé et/ou par l'argent. Or, que constate-t-on aujourd'hui ? Cette efficience n'est pas au rendez-vous, parce que les rôles entre AMO et AMC sont de plus en plus mal définis. L'AMC devient le *supplétif* de l'AMO, mais reste un payeur aveugle, sans aucune action possible en matière de gestion du risque. Les deux systèmes doublonnent au prix d'un réel gâchis financier. Surtout, cette évolution empêche de faire face aux vrais défis financiers, liés aux coûts croissants des progrès médicaux et technologiques.

Faut-il supprimer l'AMC, comme le suggèrent certains ?

Ceux qui la prônent vont vite en besogne. Outre leur silence sur le coût économique et social d'une telle mesure, cela nous entrainerait vers des modèles très éloignés de la tradition française qui n'ont pas fait leurs preuves en termes d'efficience. Au contraire, il faut réhabiliter la place des assureurs santé, afin qu'ils puissent réellement gérer le risque, et même intervenir dès le premier euro sur certaines dépenses, comme l'optique, le dentaire ou l'audition, mais également la radiologie ou les dépassements d'honoraires. Pourquoi l'AMC est-elle indispensable ? D'abord, parce qu'avec les contrats responsables, 85 % des assurés sont mal couverts. Or, il faut en tenir compte, car ce sont aussi des

électeurs. Second élément, les compléments santé peuvent contribuer, par les choix de prise en charge qu'elles effectuent, à la régulation du système de santé. Enfin, il y a une réalité plus triviale : elles ne sont pas, elles, en déficit chronique.

Mais on met souvent en avant les coûts de gestion des compléments santé pour critiquer leur place dans le système de santé ?

Les écarts entre AMO et AMC ne sont pas si élevés qu'on le prétend. J'évalue à 9 % les coûts de gestion de l'assurance-maladie, au lieu des 5 % avancés, si l'on y ajoute la part liée à la dépense à l'hôpital. Certains ont rappelé que l'assurance maladie ne supporte pas elle-même le poids de la dette accumulée, qui fait pourtant partie intégrante de ces coûts. Quant aux dépenses de promotion, elles ne sont pas non plus indécentes, si on les apprécie sur toute la durée des contrats. Il faut comprendre que les compagnies doivent gérer ensemble de nombreuses strates de remboursement, ce qui coûte cher. C'est la contre-partie du libre choix des garanties.

La généralisation de la complémentaire santé a-t-elle permis d'atteindre les objectifs affichés par le gouvernement ?

Sous couvert de promouvoir, en apparence, une avancée sociale, l'État a considérablement compliqué le champ de l'assurance sociale en santé. Aujourd'hui, la situation est paradoxale, avec des assurés bien couverts par des contrats collectifs attractifs, et d'autres beaucoup moins, en raison des plafonds imposés aux contrats responsables. L'État a segmenté le marché sans s'en apercevoir ! Il a installé deux dispositifs solidaires côte à côte, mais avec des critères différents. Il en résulte une grande illisibilité, incompréhensible pour le public qui constate que son taux de couverture est moins généreux qu'avant. Le prochain gouvernement devra nécessairement remettre à plat le dispositif.

Faut-il que les assureurs complémentaires puissent négocier directement avec les médecins libéraux pour solvabiliser les compléments d'honoraires ?

J'y suis favorable, car il faut constater que les compléments d'honoraires sont une conséquence du niveau insuffisant des

tarifs opposables. Les médecins doivent pouvoir travailler mieux, et disposer des moyens nécessaires pour investir dans leur outil de travail. Cela étant, la prise en charge de ces compléments d'honoraires doit se traduire, en échange, par une qualité de service avérée de la part du médecin. Or, c'est rarement le cas aujourd'hui. Le niveau de prise en charge pourrait varier, par exemple, en fonction du niveau d'expérience.

Estimez-vous que les candidats à l'élection présidentielle ont pris la mesure des enjeux financiers liés à la forte dynamique d'innovation dans le domaine de la santé ?

Clairement non, même si tous glosent à l'envi dans leurs discours sur ce concept d'innovation. La réalité, c'est qu'ils n'ont pas de vision prospective, ni de stratégie de long terme dans le domaine de la santé. Ils vont s'attarder, de façon légitime, sur la problématique de l'accès aux soins de proximité qui inquiète les Français. Mais aucun n'aura le courage de dire qu'il vaut mieux faire 50 kilomètres de plus pour avoir la garantie de soins de qualité. Ce qu'il faut, c'est dès aujourd'hui anticiper les coûts croissants du progrès médical et technologique et préparer l'opinion aux arbitrages nécessaires pour que ce progrès soit accessible à ceux qui en ont besoin.

Comment voyez-vous évoluer la médecine de ville dans les années à venir ?

Elle doit s'interroger sur son rôle, dans un contexte de profonde transformation de la demande de soins. Il faut mettre en place une nomenclature des actes en médecine générale, adaptée à ces évolutions. La structuration de la consultation en quatre niveaux est une première étape. Il faut également qu'ils acceptent de s'engager réellement dans le transfert de compétences. Un tiers des actes pourraient être confiés aux para-médicaux, ce qui leur permettrait de se centrer sur leur cœur de métier. La médecine spécialisée, légitime pour assurer la continuité de la prise en charge en ambulatoire, doit elle-même se transformer, en se regroupant et en investissant dans des organisations innovantes. À défaut, c'est l'hôpital qui le fera à leur place.

Dossier



À l'occasion d'une réunion interne, le 2 février, la CSMF a dressé l'état des lieux des futures organisations territoriales de soins. Un enjeu à saisir pour l'ensemble des médecins libéraux.

« **M**édecine de ville / Hôpital : la bataille des territoires ». Tel était, le 2 février dernier, l'intitulé d'une réunion interne à la CSMF, et consacré à l'un des enjeux majeurs du prochain quinquennat en matière de santé : organiser et structurer l'offre de soins à l'échelle des territoires. Un défi lié bien sûr aux problématiques croissantes de la démographie médicale, mais au-delà, aux impératifs d'une demande de soins en profonde métamorphose. L'avènement des maladies chroniques, l'arrivée de technologies disruptives qui changent le rapport des Français à leur santé, les tensions financières accrues à l'heure de la crise économique, les aspirations des professionnels de santé à travailler mieux... Ces mutations vont bouleverser l'exercice médical, le colloque singulier avec le patient, la coordination des soins avec les autres professionnels de

santé et l'organisation professionnelle des médecins libéraux. Des évolutions qui figuraient en toile de fonds de la réunion du 2 février, où les participants ont pu entendre les éclairages de représentants de la DGOS et de l'ANAP sur cette future organisation territoriale. Mais ils ont également pu constater que les professionnels libéraux n'ont pas attendu la loi, avec la présentation de cinq projets locaux engageant des élus de la CSMF. « Les présentations ont mis en évidence que les expériences de terrain pouvaient être différentes, pour autant qu'elles servent la coordination de nos exercices et le service rendu à nos patients, notait Jean-Paul Ortiz, président de la CSMF, à propos de cette journée. Les débats ont montré combien la mobilisation de la médecine libérale était importante pour l'avenir de la profession et au-delà pour la défense des valeurs que nous portons. »

Le contrat plus que le statut

Équipes de Soins Primaires (ESP), Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) : ces trois nouveaux acronymes deviennent désormais une réalité concrète de l'exercice médical, après

leur inscription dans la loi de modernisation de notre système de santé et la publication récente des textes d'application. Comme l'a montré Sylvie Aubry, directrice juridique de la CSMF, « ces nouvelles structures ont pour avantage de ne pas imposer de modèle juridique pré-établi, ce qui signifie que les professionnels libéraux pourront en définir eux-mêmes la forme. Ce qui est important, en revanche, c'est la notion de contractualisation, entre elles et avec la puissance publique. » Au premier niveau, l'Équipe de Soins Primaires se structure d'abord autour d'un ou de plusieurs médecins généralistes, à partir d'un projet de santé qu'ils élaborent. Ils peuvent aussi appartenir à un centre de santé ou à une maison de santé. Leur rôle se résume en quatre priorités : contribuer à la structuration des parcours de santé des patients, bâtir une coopération avec les autres professionnels, concourir à la prévention, à la protection et l'amélioration de la santé d'une population donnée, et agir pour réduire les inégalités territoriales. Le projet de santé s'appuie sur une analyse des besoins collectifs de la population, avec l'idée d'identifier des priorités, par exemple l'organisation des soins

palliatifs à domicile. Il est présenté à l'ARS et fait l'objet d'un contrat avec elle.

Les CPTS, nouvel échelon stratégique

Au second échelon, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) apparaissent comme un élément-clé du futur paysage sanitaire. Elles s'appuient sur une composition large, regroupant une ou plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs de 1^{er} et 2nd recours, d'acteurs médico-sociaux. C'est à ce niveau que la participation des spé-

cialistes de proximité est essentielle, afin de structurer la continuité des parcours de soins, et de répondre à des enjeux actuels comme la réponse aux soins non programmés. Son objectif principal est plus large que celui de l'ESP : la CPTS vise à répondre à un besoin de santé de la population à l'échelle d'un territoire plus vaste. Elle implique que les professionnels acceptent, face une situation donnée, de sortir de leurs prestations habituelles. La crédibilité d'une CPTS dépendra notamment du nombre de professionnels

associés, et de leur implication à faire vivre la dynamique de soins collective. Et le lien avec le secteur médico-social apparaît également fondamental, afin de garantir un accompagnement global aux patients. Là encore, les CPTS contractualiseront avec les ARS à partir d'un projet de santé au niveau du territoire.

La PTA, pour les cas complexes

Troisième niveau, la Plate-Forme Territoriale d'Appui vise, comme son nom l'indique, à assister les médecins traitants dans la gestion des



Ville / Hôpital : la bataille des territoires

parcours de soins dits *complexes*. Selon la DGOS, une cinquantaine de PTA sont actuellement en fonctionnement ou en projet, notamment parce que certains dispositifs déjà existants y sont intégrés. Le décret de juillet 2016 définit trois missions pour les PTA : information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire, appui à l'organisation du parcours en vue du maintien à domicile et des transitions entre domicile et établissements (coordination d'appui ou gestion de cas « *case management* »), soutien aux pratiques et initiatives en matière d'organisation des parcours, d'accès aux soins et de coordination. On le voit, les PTA ne constituent pas un troisième échelon après les ESP et les CPTS, mais un ensemble de modalités spécifiques et centrées sur une priorité : le retour et le maintien au domicile, dans des conditions de suivi et de sécurité optimisées, pour les patients dont l'état sanitaire né-

cessite de fréquents allers et retours dans les établissements sanitaires.

Une opportunité à saisir

Comment, à présent, les médecins libéraux peuvent-ils s'emparer de ces outils pour *réinventer* leur mode d'exercice ? Ils peuvent par exemple compter sur le soutien de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), dont le rôle est notamment de contribuer à l'organisation des parcours de santé. « L'ANAP apporte son concours aux acteurs pour assurer la recomposition territoriale de l'offre de soins dans une logique de parcours, témoigne Christian Espagno, directeur du Pôle déploiement et maintenance. Elle a également vocation à favoriser l'essor des coordinations, coopérations et mutualisations et à concevoir des outils de connaissance et de pilotage permettant une prise de décision pertinente. » Autre recours, les URPS représentent « une boîte à outils, dont la mission est de soutenir les médecins libéraux dans l'ingénierie de projet, la

recherche de financement et la définition de projets de santé crédibles à l'échelle d'un territoire », comme le souligne Philippe Boutin, président de la CN-URPS des médecins libéraux. Enfin, pour la CSMF, cette nouvelle approche territoriale constitue un enjeu politique majeur pour les années à venir. Et l'organisation mettra tout en œuvre pour accompagner les porteurs de projets. « L'approche territoriale représente une opportunité dont nous, médecins libéraux, devons à tout prix nous saisir, estime Jean-Paul Ortiz. Ces dispositifs doivent nous aider à nous organiser nous-mêmes, face à l'hôpital qui va lui-même se recomposer avec la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Derrière cette " bataille des territoires ", il y a non seulement la qualité de service que nous devons à nos patients, mais également le déploiement et l'intégration à nos pratiques des nouvelles technologies de l'information et de la communication. Saisissons-nous de cette chance avant que d'autres ne s'en emparent. »



Luc Duquesnel,
président des
Généralistes - CSMF

« Investir pour réussir le virage ambulatoire »

Quel regard portez-vous sur les dispositifs d'organisation territoriale des soins proposés par la loi Touraine ?

D'abord, je tiens à saluer la qualité et la richesse de la journée organisée par la CSMF sur ce thème. Nous avons pu y entendre les éclairages de la DGOS et de l'ANAP sur leur conception de cette organisation territoriale. Et nous avons surtout pu bénéficier d'un retour d'expérience à partir d'initiatives déjà en place sur le terrain, ce qui montre que les médecins libéraux n'ont pas attendu la loi pour s'emparer de cette thématique. Les dispositifs de la loi Touraine ont pour mérite de laisser la main aux professionnels qui ont des projets, avec l'objectif de structurer l'offre de soins à trois niveaux. Le premier échelon est essentiel et porte sur l'équipe de soins primaires. Divers outils existent pour structurer cet échelon, par exemple avec la possibilité de créer une SISA. Mais il faut laisser libre les professionnels de faire leurs propres choix. Le plus important reste de bien définir le projet de santé, en veillant à répondre aux besoins identifiés de la population, mais également à s'impliquer dans des projets qui motivent l'ensemble des professionnels. Il faut se poser les bonnes questions : souhaite-t-on s'engager dans la prévention ? Comment garantir la continuité des soins à la population et prendre en charge les soins non programmés ? Y a-t-il des problématiques de santé spécifiques au territoire à prendre en considération ? Le second échelon, celui des CPTS, pose la question de la place de la médecine spécialisée. Elle doit être intégrée pleinement à la réponse sanitaire territoriale, avec comme enjeu prioritaire de faire, là aussi, face à la demande de soins non programmés. En parallèle, les PTA représentent des structures d'appui utiles pour gérer les parcours de soins complexes. Enfin, c'est au troisième niveau, et uniquement lorsque l'état

du patient le nécessite, que doit intervenir une prise en charge par l'hôpital.

Les professionnels de santé libéraux sont-ils en concurrence avec l'hôpital public pour cette organisation territoriale des soins ?

Clairement oui, car la nature a horreur du vide. Si les professionnels libéraux ne s'en emparent pas, les établissements hospitaliers chercheront à sortir de leurs murs pour assurer le premier recours. C'est déjà le cas dans certaines régions, avec des projets qui font polémique. La première priorité, c'est de travailler sur les délais d'accès aux consultations de spécialistes. Si les rendez-vous sont reportés à six mois, alors les patients sont orientés vers les urgences. L'hôpital se plaint de l'engorgement des urgences, mais il s'en sert pour capter la patientèle. Avec les CPTS, nous devons à la fois structurer des parcours de soins optimisés, mais également apporter la preuve que le virage ambulatoire est coût-efficace, par le biais d'évaluations médico-économiques.

Qu'attendez-vous des pouvoirs publics pour réussir ce virage ambulatoire ?

Ils doivent d'abord apprendre à faire confiance aux professionnels de l'ambulatoire, leur permettre d'être accompagnés pour monter leurs projets et surtout leur donner les moyens financiers nécessaires pour les mener à bien. Dans mon département, l'expérimentation PAERPA est un succès, parce que nous avons obtenu de l'ARS une enveloppe de 237 euros par patient, au lieu des 100 euros initialement prévus. Cela permet de faire face aux coûts administratifs, de rémunérer chaque professionnel à la hauteur de sa prestation, et surtout d'assurer tous les 3 mois le suivi des plans personnalisés de santé. Il n'y a pas de secret : le virage ambulatoire ne sera effectif que si les pouvoirs publics acceptent d'investir.

« Une bataille idéologique et économique »

Peut-on parler de bataille des territoires entre l'hôpital et la médecine libérale ?

Sans aucun doute, et il s'agit très prosaïquement d'une problématique de parts de marché. Ce ne sont pas les généralistes qui sont concernés : à l'exception de quelques cas isolés, l'hôpital public ne cherche pas systématiquement à prendre en charge les soins de premier recours. Il faut néanmoins réagir là où cela se produit, car il s'agit alors clairement d'établir un lien de subordination vis-à-vis des praticiens. C'est sur le second recours que la bataille idéologique et économique est réellement engagée. L'hôpital public affiche publiquement sa volonté de concurrencer la médecine spécialisée de proximité, car il a besoin de débouchés économiques. Et malheureusement, les règles du jeu ne sont pas équitables. Que ce soit sur le plan des tarifs, des infrastructures, des équipements, l'hôpital public est toujours favorisé. Lorsqu'un établissement souhaite installer une consultation avancée dans un territoire, il peut le faire librement, alors qu'un spécialiste libéral doit demander l'autorisation à l'Ordre des médecins. Et ne parlons pas des autorisations d'équipement, où le public est légalement prioritaire avec la loi Touraine. Nous serions favorables à cette concurrence public/privé, si les règles étaient les mêmes. Mais aujourd'hui les dés sont pipés.

Dès lors, comment organiser la riposte pour gagner cette bataille ?

Le premier enjeu, c'est d'apporter une qualité de service au patient qui nous permettra de marquer la différence avec l'hôpital. Le premier défi a trait à l'accessibilité à nos cabinets, dans des délais adaptés selon l'état de santé du

patient. Cela signifie par exemple que la permanence des soins, à mon sens, est une obligation déontologique à laquelle tous les spécialistes doivent souscrire. À nous également de nous réinventer pour proposer de nouvelles modalités de consultations, par exemple par le biais de consultations avancées. Il faut mutualiser davantage notre activité, mieux analyser les trajectoires de soins des patients selon les profils et répondre à la demande dans des délais raisonnables. Il y a un travail spécifique et urgent à mener sur les demandes de soins non programmées. À défaut de savoir y répondre, c'est l'hôpital qui récupère le « marché » par le biais des urgences.

Les nouveaux dispositifs de type CPTS peuvent-ils vous y aider ?

Je le pense, car il faut rappeler que nous avons obtenu la création des CPTS à l'occasion des débats au Parlement. Ces communautés ont pour avantage de laisser aux libéraux l'initiative de s'organiser comme ils l'entendent. Nous devons nous emparer de ces outils, les structurer sur un mode entrepreneurial, et avec l'objectif de répondre sur mesure aux besoins des patients. Un parcours de soins dédié à l'insuffisance cardiaque légère sera forcément différent d'un parcours nécessitant une transplantation. De profonds changements sont à anticiper, comme la mixité du statut professionnel entre public et libéral. Nous devons également accepter l'évaluation « en vie réelle » de nos organisations, avec l'ambition de démontrer que nous sommes plus efficaces que l'hôpital public. Enfin, il faudra contractualiser avec les autorités sanitaires mais aussi avec les autres prestataires libéraux, pour garantir une couverture sanitaire adaptée aux besoins d'un bassin de population déterminé.



Patrick Gasser,
président de l'UMESPÉ - CSMF



Philippe Boutin,
président de la Conférence
Nationale des URPS

« Un rôle clé dans l'accompagnement des projets »

Les URPS ont-elles vocation à aider les médecins à s'engager dans les nouveaux dispositifs territoriaux ?

Sans aucun doute, car c'est clairement leur rôle. Les URPS ont été créées par la loi HPST en 2009, mais elles ont succédé aux URML. Les élus de ces instances, notamment ceux de la CSMF, ont pour beaucoup l'expérience des travaux menés à l'époque des URML, où il était déjà question de travailler sur l'adéquation entre offre et demande de soins. Les nouveaux dispositifs constituent une réelle opportunité que les médecins libéraux doivent saisir. Surtout, nous ne partons pas de rien. Sur le terrain, il existe aujourd'hui des projets d'organisation qui se structurent à partir de maisons de santé, ou même simplement de regroupements de médecins, et qui visent à optimiser l'offre de soins à l'échelle d'un territoire. Ce que les URPS peuvent apporter, c'est d'abord une boîte à outils. Elles peuvent accompagner les porteurs de projets, les aider à obtenir les aides disponibles et contribuer à l'élaboration du projet de soins. Elles peuvent également les conseiller pour concevoir les modalités d'évaluation du projet, car c'est désormais la règle pour contractualiser avec les autorités. En tout état de cause, l'une des principales missions des URPS doit être de soutenir les professionnels, car beaucoup sont isolés, souvent découragés à force de tenir à bout de bras leur projet.

Les URPS sont-elles d'ores et déjà dans cette démarche ?

La situation est assez inégale, certaines régions sont plus en avance que d'autres. C'est souvent lié au fonctionnement interne de l'instance. Il est évident que le passage aux grandes régions a compliqué la mise en route opérationnelle de certaines URPS. Il n'est pas toujours facile de conserver la proximité avec le terrain, lorsque les

régions sont de très grande taille, par exemple dans ma région Nouvelle-Aquitaine. Il faut pouvoir s'appuyer sur des équipes-relais au niveau des départements. Quoi qu'il en soit, les URPS doivent également davantage travailler ensemble, afin de partager les bonnes pratiques, réaliser le bench-mark nécessaire pour faire émerger des modèles d'organisation répliquables. Cela étant, la règle d'or reste de respecter l'autonomie des équipes au plan local. Ce sont elles qui connaissent le mieux les besoins de santé des populations qu'elles prennent en charge. Si les modèles d'organisation viennent d'en haut, le risque d'échec est important.

Les URPS ont-elles également un rôle politique vis-à-vis des ARS ?

Il est évident que la conquête des territoires est un enjeu politique fort pour les médecins de ville, face à l'hôpital qui cherche à sortir de ses murs pour organiser l'offre de soins en ambulatoire. Dans ce contexte, les URPS ont clairement le devoir de promouvoir et défendre les projets portés par la médecine de ville auprès des ARS. Le premier argument à défendre, c'est la crédibilité de ces projets, leur capacité à proposer la continuité des soins à la population et à structurer des parcours de soins efficaces. Il faut notamment collaborer avec les URPS des autres professions de santé, afin d'élaborer ensemble des modèles de coopération interprofessionnelle. C'est en s'unissant que les professionnels de santé libéraux sauront s'opposer aux ambitions de l'hôpital.

Des projets porteurs d'espoirs

À l'occasion de la réunion du 2 février, cinq projets ont été présentés, qui illustrent la diversité des possibilités.



La Réunion : GHT + CPTS + PTA + TSN

C'est un cas unique : à La Réunion, grâce aux bonnes relations entretenues avec les tutelles, les médecins libéraux sont étroitement associés au GHT. Ce sont eux qui animent les quatre filières identifiées : diabète, santé mentale, périnatalité et néphrologie. Et une CPTS est en cours de constitution, dans le but de mieux coordonner les interventions entre médecins et paramédicaux. C'est le cas également de la PTA, dédiée à la gestion des parcours complexes. Enfin, La Réunion peut s'appuyer sur son statut de Territoire de soin numérique pour intégrer les technologies de l'information au pilotage de ces différentes structures d'organisation territoriale.

PALEX : l'innovation en Mayenne

Avec PALEX (pour Plate-Forme d'Appui Libérale à l'Exercice coordonné), le département de la Mayenne se présente comme l'un des plus innovants en termes de coordination des soins. À l'origine, trois généralistes s'impliquent pour déployer le PAER-PA en Mayenne, dans un département marqué par le vieillissement de la population et la diminution du nombre de généralistes. D'abord exemple de Coordination territoriale d'appui, PALEX devient aujourd'hui une PTA à part entière. À l'échelle du département, elle vise à proposer un dispositif d'appui à gouvernance libérale pour tous les praticiens, avec pour objectifs de diminuer les hos-

pitalisations ou ré-hospitalisations, anticiper les pertes d'autonomie et le maintien à domicile et favoriser l'exercice coordonné.

ONCO 94 : du réseau pionnier à la PTA

Réussite emblématique des réseaux de cancérologie des années 2000, ONCO 94 (du département du Val-de-Marne) devient, en septembre 2016, la seconde PTA agréée d'Ile-de-France. Une nouvelle entité, donc, plus axée sur la gestion des parcours complexes, et déjà un premier bilan encourageant. Entre septembre et décembre, 121 situations ont été rapportées par 92 professionnels. 19 communes sont concernées, pour sept pathologies ciblées. Le réseau dispose d'un noyau dur de 86 médecins traitants correspondants. ONCO 94 a toujours eu pour ambition de structurer l'offre autour des parcours des patients, d'associer l'ensemble des acteurs de notre territoire, de réduire les inégalités de santé (et d'accès aux soins) et d'être à l'écoute et en appui des professionnels de santé de ville et des médecins généralistes en particulier.

LIBAGLYR : une expérience unique

L'association Libaglyr, qui regroupe des professionnels de santé libéraux de l'Agly Rivesaltais, est née de cette réalité. Cette structure se propose notamment de faciliter le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, via une meilleure coordination des soins et un meilleur partage d'informations entre les différents

acteurs impliqués dans la prise en charge. Le projet est actuellement expérimenté dans 11 communes de la région de Rivesaltes. La mise en place d'un secrétariat médical de coordination a contribué à fluidifier le circuit de prise en charge. Destiné aux professionnels de santé, aux patients et aux aidants, ce système d'information permet notamment de faciliter la prise de rendez-vous pour des consultations, d'organiser les transports ou encore de résoudre des problèmes administratifs. Il soutient la coordination des actes de soins prodigués et contient aussi des éléments sur les droits sociaux et les spécificités de l'aide à domicile.

MIS : la force de la start-up au service du parcours

MIS, pour Montpellier Institut du Sein : c'est un exemple unique, à partir de cet établissement, d'un service d'accompagnement et de suivi des patientes, mais également de mise en relation avec les professionnels de santé. Depuis 2012, le MIS travaille avec Move in Med, une start-up dont la vocation est de structurer, fluidifier et optimiser les parcours de soins. Elle s'appuie sur des technologies web et des prestations de services innovantes pour fédérer les professionnels, renforcer l'efficacité des réseaux de santé et améliorer la coordination des soins. Un savoir-faire appelé à s'étendre à d'autres pathologies, mais également d'autres pays européens.

Tiers payant généralisé : l'UNPS monte au créneau



Afin d'organiser la part complémentaire du tiers payant, les prestataires se sont regroupés pour créer l'Inter-AMC, une association qui propose aux professionnels de santé la signature en ligne d'un contrat pour la gestion des remboursements. Comme le note l'Union nationale des professionnels de santé, « l'ensemble des assureurs complémentaires ne sont pas membres de l'Inter-AMC, les complémentaires dont la gestion est assurée par les organismes d'assurance maladie obligatoire sont hors champ et certains opérateurs ont développé parallèlement leurs propres solutions. De plus, le professionnel de santé devra traiter les problèmes rencontrés avec chacun des organismes complémentaires individuellement, l'Inter-AMC ne faisant pas réellement office d'interlocuteur unique. En effet, l'Inter-AMC ne garantit pas le paiement au nom de tous les assureurs complémentaires et opérateurs adhérant à ce système. La solution proposée par l'Inter-AMC ne répond donc pas aux critères d'universalité et d'unicité pourtant mis en avant. » C'est pourquoi l'UNPS appelle « les professionnels de santé libéraux à

refuser de signer le contrat proposé par l'Inter-AMC ». Elle justifie sa position en observant que « cette solution non concertée ne laisse aux professionnels de santé aucune liberté de choix dans leur solution de facturation et donne aux organismes complémentaires la maîtrise des référentiels utiles à la pratique du tiers payant complémentaire. De plus, au sein même de cette solution, chaque organisme complémentaire définira sa propre stratégie au niveau de chaque prestation rendant difficilement compréhensible la pratique du tiers payant complémentaire pour les professionnels et pour les assurés. »

Insécurité : une nouvelle agression à Soissons



Le 18 février dernier, à sept heures du matin, un médecin urgentiste a été agressé par un patient au service des urgences. En état d'ébriété, l'homme a jeté le praticien à terre, et lui a asséné un coup de pied qui lui a fracturé la jambe. Un nouvel épisode dramatique, qui prolonge la « série noire » des violences dont sont victimes des professionnels de santé depuis plusieurs mois. Une fois de plus, l'Ordre des médecins a réagi pour réclamer des mesures urgentes. « Dans un contexte d'escalade de la violence à l'encontre des personnels soignants, l'Ordre des médecins réitère à la ministre de la Santé sa demande d'être reçu, avec des représentants des Ordres des infirmiers et des sages-femmes, afin de définir les mesures à adopter pour assurer la protection des professionnels de santé, explique-t-il dans un communiqué. Le Conseil national de l'Ordre des médecins rappelle, aujourd'hui plus que jamais, l'importance pour les médecins de pouvoir exercer leur profession en toute sécurité, dans l'intérêt des patients. »

Ordres professionnels : non à l'éligibilité anti-syndicats



Le Gouvernement a publié le 17 janvier une ordonnance au Journal Officiel qui modifie les règles de fonctionnement des ordres professionnels. Ce texte instaure de nouvelles règles d'incompatibilité entre les professionnels détenteurs de mandats syndicaux et les fonctions ordinaires, sans que celles-ci ne soient d'ailleurs homogènes entre les différentes professions. Ainsi, selon les professions, l'accès aux fonctions ordinaires est incompatible soit avec le fait de détenir un mandat relevant des fonctions exécutives d'un syndicat, soit d'être membre du Conseil d'administration ou du Bureau d'un syndicat, incompatibilités auxquelles s'ajoute parfois le fait d'être élu dans une URPS. Une injustice qui suscite la colère du CNPS. Dans un communiqué, l'organisation « conteste d'autant plus ces nouvelles règles, sans grande logique apparente et dont il faudra vérifier la validité au regard de la Constitution, qu'elles ont été décidées en dehors de toute concertation avec les premiers intéressés que sont les syndicats eux-mêmes. Aussi, le

CNPS « dénonce vigoureusement ce texte incohérent, inégalitaire, qui discrimine les syndiqués, lesquels, par leur engagement et leur formation seraient peut-être les plus à même de s'investir dans les fonctions ordinaires, et exige qu'il soit revu sur ces différents aspects. »

Cabinets : + 1 % pour les salaires

Les syndicats d'employeurs et de salariés viennent de signer un accord applicable au 1er janvier 2017, augmentant de 1 % la grille des salaires. La nouvelle valeur du point est fixée à 7,45 €. Pour rappel, cette augmentation est applicable rétroactivement au 1er janvier 2017 aux médecins employeurs adhérent à l'une des centrales syndicales signataires (si les salaires de base du cabinet sont supérieurs aux minima conventionnels, la revalorisation n'est pas obligatoire). Pour les autres employeurs, elle sera applicable à la date de l'extension à paraître au Journal Officiel.

Cour des comptes : inquiétudes sur le respect de l'ONDAM



Dans son rapport annuel publié début février, la Cour des comptes juge que le gouvernement a été trop optimiste, lorsqu'il a évalué la croissance des recettes pour 2017 et estimé le niveau des dépenses. Et elle estime que le taux de croissance de l'ONDAM, relevé à + 2,1% « sera difficilement tenable. »

Pédiatrie : le SNPF veut renforcer la prévention



L'enquête nationale de santé réalisée par la DREES, auprès des élèves de CM2 sur l'année scolaire 2014 - 2015, révèle des résultats contrastés. En dépit de certaines améliorations depuis 2008, comme un meilleur état bucco-dentaire, la disparité des résultats en fonction de l'origine sociale de l'élève demeure sur la plupart des indicateurs. Il faut donc renforcer la prévention, en veillant à lutter contre inégalités de santé liées aux situations socio-professionnelles. C'est pourquoi le Syndicat National des Pédiatres Français (SNPF) demande « la création de consultations obligatoires de prévention à des âges clés de l'enfance (7, 9, 11 et 13 ans) afin de faciliter les dépistages et réduire les écarts entre catégories socio-économiques. » Ce type de rendez-vous, déjà à l'œuvre dans d'autres pays européens, est efficace. « Ces consultations auraient un réel impact, à l'instar de celui obtenu depuis la mise en place de l'examen bucco-dentaire facilitant l'accès aux chirurgiens-dentistes quel que soit le milieu social, qui a permis d'observer la nette amélioration de la santé bucco-dentaire des enfants », précise Brigitte Virey, présidente du SNPF.

Hélène Le Hors : une profession de foi



Hélène Le Hors réclame une plus grande cohérence dans le parcours de santé de l'enfant et une meilleure rémunération des chirurgiens pédiatriques pour restaurer l'attractivité d'une profession globalement méconnue, mais surtout pour soigner plus efficacement les plus jeunes des patients.

Chirurgien pédiatre de formation, Hélène Le Hors exerce en tant que praticien hospitalier entre 1995 et 2016, au sein du CHU de la Timone Enfants, à Marseille (13). Dès 2011, elle s'initie à la pratique libérale en travaillant également pour un Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC), l'Hôpital Saint-Joseph de Marseille, où elle exerce toujours. En 2016, elle opte définitivement pour le statut de praticien libéral, ce qui lui permet par exemple de réaliser des consultations privées à Aix en Provence (13), en fonction de son emploi du temps. Elle se définit elle-même comme « multi-sites » et « multi-tâches ». Son objectif : « Aller aux devants des gens et proposer des consultations avancées de qualité », explique-t-elle. Mais aussi « faire reconnaître » cette spécialité « à part entière » qui ne compte pas plus

de 300 représentants en France. Un chiffre très nettement insuffisant par rapport à la forte demande...

Une syndicaliste de la première heure

Durant toutes ces années, elle fait preuve d'un investissement sans faille dans l'humanitaire (ONG Humaniterra) et plus encore dans le syndicalisme. « La chirurgie pédiatrique manque de reconnaissance et de soutien. C'est une discipline globalement méconnue et mal rémunérée, ce qui pose des problèmes d'attractivité pour les jeunes générations, malgré les besoins énormes et l'intérêt majeur de la spécialité », regrette Hélène Le Hors. Dès le début de sa carrière, elle s'implique avec ferveur dans la défense de la profession. D'abord au sein du Syndicat National des Pédiatres des Établissements Hospitaliers (SNPEH), dont elle participe à la création. Puis comme secrétaire du Syndicat des Chirurgiens Pédiatres Français (SCPF), une structure membre de l'Umespe, la branche spécialiste de la CSMF, mais aussi de l'Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers (INPH). Après dix ans de bons et loyaux services, elle finit par prendre la présidence du SCPF en septembre 2016.

Une spécialité menacée

« Notre profession est riche d'une grande diversité dans les modes d'exercice. C'est une discipline essentiellement hospitalière, mais certains d'entre nous choisissent la branche libérale. D'autres encore se partagent entre les deux univers », précise Hélène Le Hors, qui souhaite défendre toutes les franges d'une spécialité aujourd'hui menacée.

Les défis sont multiples, mais ils ont un trait commun : l'absence totale de cohérence dans le parcours de santé de l'enfant. « Il est indispensable d'harmoniser les pratiques et les diplômes, notamment au niveau européen, mais également de densifier les effectifs en favorisant l'installation des professionnels en dehors des grandes villes françaises, où l'offre est quasi-inexistante. C'est une perte de chance pour les enfants de moins de 16 ans qui ne sont pas souvent suivis par des spécialistes de la question », relève-t-elle. Ce n'est pas le seul frein constaté : « La chirurgie pédiatrique est l'une des spécialités médicales les plus mal loties en matière de rémunération. La cotation n'est clairement pas adaptée pour des prises en charge plus longues et plus complexes », estime-t-elle. La spécificité de la prise en charge pédiatrique doit être reconnue.

Directives anticipées : quelles implications pour les médecins ?



Les textes d'application de la nouvelle loi sur la fin de vie sont entrés en vigueur le 6 août dernier. Les directives anticipées constituent désormais un document essentiel pour la prise de décision médicale. Retour sur les principaux changements introduit par cette réglementation.

Prévus par la loi Claeys-Leonetti du 2 février 2016, qui modifie les contours de la loi sur la fin de vie, deux décrets et un arrêté définissent le principe et les modalités des nouvelles directives anticipées. Les textes précisent notamment que toute personne majeure peut déterminer au préalable « les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux », dans le cas de figure où elle serait un jour « hors d'état d'exprimer sa volonté ». Ces textes précisent également les conditions dans lesquelles peuvent être décidés l'arrêt des traitements et la mise en œuvre de la sédation profonde ou continue. Ils établissent par ailleurs deux modèles types de directive anticipée. L'un pour les patients atteints d'une maladie grave ou qui s'estiment proches de la fin de vie. L'autre pour les personnes bien portantes.

Deux grandes nouveautés

Ce nouveau cadre légal comporte deux grands changements par rapport à la précédente réglementation. Les directives anticipées s'imposent désormais à tous, autrement dit aux médecins, à l'équipe médicale, mais aussi à la personne dite de confiance, désignée en présence d'au moins deux témoins par le patient lui-même, dans le cas où il n'aurait pas pu l'écrire de sa propre main. Consultatifs jusqu'alors, ces documents ont dorénavant une valeur contraignante... à une exception près. Chaque médecin aura la liberté de ne pas en tenir compte, si ces recommandations sont

« manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale ». Il devra alors recueillir l'avis de l'équipe de soins et d'un autre médecin, avec lequel il n'existe « aucun lien de nature hiérarchique ».

Autre nouveauté : il ne sera plus nécessaire de renouveler les directives anticipées tous les trois ans. Elles ne sont plus limitées dans le temps. Elles restent cependant révisables et révocables, à n'importe quel moment et selon toutes les formes possibles. Rappelons en outre que ces directives n'ont pas valeur d'obligation citoyenne.

Les points à savoir

Les médecins ont naturellement un rôle déterminant à jouer dans le processus de la fin de vie. Ils sont notamment tenus d'informer leurs patients sur cette possibilité et ses conditions. Ils ont également l'obligation de rechercher l'existence d'une éventuelle directive anticipée, lorsque la situation se présente. Pour les accompagner dans cette tâche, la HAS a mis en ligne un guide thématique. Accessible sur son site internet depuis avril 2016, il fournit plusieurs outils aux médecins pour aborder le sujet en consultation, mais aussi pour accompagner les patients qui le souhaitent.

Une campagne de communication grand public, pilotée par le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie avec le soutien du ministère de la Santé, devrait par ailleurs permettre de sensibiliser la population à ces enjeux. À compter du 20 février et pendant un mois, des messages seront régulièrement diffusés à la télévision, dans la presse écrite et sur les réseaux sociaux pour inciter les patients à faire connaître leur position sur cette épineuse question. Un site internet dédié a également été créé pour l'occasion : www.parlons-fin-de-vie.fr

À FAIRE Sur les mers



Bien loin des croisières de masse sur immeubles flottants qui proposent un exotisme low cost, la compagnie Ponant s'impose aujourd'hui comme la référence d'un nouveau style de croisières de luxe. Elle s'appuie pour cela sur une conception unique de voyage en mer alliant itinéraires d'exception et prestations hôtelières 5 étoiles à bord de superbes yachts. De ports mythiques en mouillages confidentiels uniquement accessibles aux navires de petites capacités, plus d'une trentaine de destinations vous sont offertes. Que vous fassiez le choix d'un dépaysement absolu comme cette croisière Osaka – Muroran qui vous fera découvrir le Japon médiéval et ses anciennes demeures Samouraïs ou que vous préférerez l'architecture baroque des palais et musées de Saint-Pétersbourg, vous vivrez une expérience exceptionnelle. Des croisières à thèmes comme cette promenade œnologique sur les côtes italiennes et croates ou *l'Hommage à La Callas* sur les mers de la Méditerranée orientale en compagnie d'artistes de renom vous permettront d'allier voyage et culture.

Croisières Ponant,
Renseignements : 04 88 91 22 66,
www.ponant.com

À DÉGUSTER Pause gourmande à l'hôtel de Jobo



Bien que le printemps arrive, gageons malheureusement que nous n'en avons pas tout à fait fini avec une météo fraîche et pluvieuse. C'est le moment d'anticiper et de trouver où attendre patiemment le retour des beaux jours. Pourquoi ne pas aller goûter dans un endroit chaleureux et douillet ? L'hôtel de Jobo a ouvert ses portes au mois de juin dernier en plein cœur du Marais. Jobo, comme Joséphine de Beauharnais à laquelle la décoratrice Bambi Sloan rend hommage en s'inspirant des codes du Directoire en vigueur à l'époque de la belle impératrice. Tapis panthères, réimpressions de papiers peints d'époque, poutres apparentes fleuries de lits de roses, mobilier profond, sans oublier la tente napoléonienne qui accueille le visiteur dès l'entrée. L'hôtel de Jobo propose une carte de thés tout à fait inspirante ainsi que de délicieuses gourmandises. Si vous n'êtes pas un adepte des pauses sucrées de l'après-midi, vous pourrez aussi profiter de ce havre dépayçant et cosy en dégustant les cocktails qui y sont proposés de 17 heures à 23 heures.

Hotel de Jobo
10, rue d'Ormesson
75004 PARIS
Tél. 01 48 047 048
hotel@jobo.paris

À LIRE Planète vide Clément Milian



Jeune garçon solitaire et décalé, Patrice Gbamba, dit « Papa » ne possède aucun des codes qui pourraient lui permettre de s'intégrer dans son nouveau collège. Qu'il avoue sa passion pour le cosmos et le voilà baptisé « le pédé des étoiles ». Et tous les jours il lui faudra jouer de mille ruses pour fuir les bandes hostiles et ricanantes. Jusqu'à cet après-midi où pour se défendre d'une agression plus violente que les autres, il pousse le caïd de la bande, qui s'effondre inanimé. Papa n'a d'autre solution que de fuir. Droit devant lui, seul, dans la nuit, dans Paris. Il y a quelque chose du Momo de la Vie devant soi dans le Papa de Planète vide. Un enfant singulier, au regard à la fois aigu et naïf, confronté à un monde menaçant et incompréhensible. La galerie de personnages qu'il croise pendant son errance n'est pas non plus sans rappeler les prostituées au grand cœur du roman d'Emile Ajar / Romain Gary. Ici aussi la marge semble souvent plus généreuse que la foule normée incapable même de voir un enfant en détresse. Un roman initiatique où il est question d'apprendre à faire avec les autres sans pour autant renoncer à ce que l'on est.

Planète Vide, Collection Série Noire,
Romans noirs, Gallimard,
208 pages