

Revue de presse ONALA mars 2006

Les médecins libéraux obtiennent une majoration de leurs tarifs **Le Monde 4 Mars 2006**

A l'issue de neuf heures de discussions, un accord a été conclu, vendredi 3 mars, entre les dirigeants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et la principale organisation de praticiens libéraux, la Confédération syndicale des médecins français (CSMF) ainsi que le syndicat Alliance. Au terme de la renégociation de la convention de maîtrise médicalisée, les généralistes obtiennent partiellement satisfaction avec une hausse de 1 euro du tarif de la consultation (qui passe ainsi de 20 à 21 euros) à partir du 1^{er} août, au lieu du 1^{er} novembre initialement proposé.

Cette augmentation qui représente un coût de 150 millions d'euros en 2006 s'accompagne de diverses augmentations supplémentaires : 1 euro pour la majoration de coordination des soins, 3 euros pour la consultation des enfants de 2 à 6 ans dès le 15 avril et de 4 euros pour les psychiatres après le passage chez le médecin traitant.

Par ailleurs, l'assurance maladie envisage de compenser, pour 34 millions d'euros, les baisses d'activités de sept spécialités (dermatologie, allergologie, cardiologie, ORL, rhumatologie...) enregistrée depuis la mise en place du parcours de soins.

L'augmentation du tarif des actes était l'un des principaux points de blocage entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins. Michel Chassang, président de la CSMF, avait brandi la menace d'une grève des gardes du samedi à partir du 3 avril. Il avait, par ailleurs, rejeté les conditions préalables posées par la CNAM dans la poursuite du plan de maîtrise des dépenses.

L'objectif fixé dans l'avenant vise à réaliser 800 millions d'euros d'économies en 2006 et 600 millions en 2007. Les médecins s'engagent à accélérer la réduction de prescription d'antibiotiques et d'anxiolytiques, celle des indemnités journalières et à assurer la promotion des génériques ainsi que le respect des prescriptions des affections de longue durée (ALD). Ils devront également participer aux actions de prévention du cancer du sein, des maladies de personnes âgées liées à la surconsommation et des risques cardio-vasculaires des diabétiques.

La signature de ce texte intervient au bon moment pour désamorcer un conflit latent qui aurait pu embarrasser le gouvernement. A trois mois des élections chez les praticiens, le 29 mai, cette négociation entérine le "partenariat" privilégié entre l'assurance maladie et la CSMF. D'un côté, l'organisme a besoin de renforcer la collaboration entre les caisses locales et les généralistes pour accompagner son programme d'économies. De l'autre, le syndicat pourra se prévaloir de ce nouvel acquis tarifaire. Seul parmi les signataires de la convention du 12 janvier 2005, le Syndicat des médecins libéraux (SML) s'est dissocié en jugeant ce texte "déséquilibré".

La consultation des généralistes à 21 euros à partir du 1er août **Le Monde 4 Mars 2006**

Au terme de neuf heures de négociation, l'assurance-maladie (Uncam) et deux syndicats de médecins ont signé, vendredi 3 mars au matin, une hausse d'un euro du tarif de la consultation des généralistes à partir du 1^{er} août. En contrepartie, les praticiens se sont engagés à faire des économies sur les prescriptions en 2006 et 2007.

Les huit précédentes séances de négociation entre l'Uncam et les trois syndicats signataires de la convention – CSMF, SML et Alliance – avaient toutes échoué sur l'épineuse question de la revalorisation des tarifs des généralistes. Les médecins, qui réclamaient une hausse d'un euro "le

plus tôt possible", rappelaient avoir permis à la Sécurité sociale d'économiser 722 millions d'euros en 2005 en limitant, notamment, la prescription d'arrêts de travail. L'assurance-maladie évoquait sa situation financière *"fragile"* et conditionnait une revalorisation à la réalisation de nouvelles économies.

L'Uncam a finalement concédé une hausse d'un euro à partir du 1^{er} août – soit 21 euros la consultation –, hausse qui lui coûtera quelque 210 millions d'euros en année pleine. Le tarif des généralistes sera porté à 23 euros (+ 3 euros), dès le 15 avril, pour les consultations d'enfants de 2 à 6 ans. Certaines spécialités, telles que la dermatologie, la rhumatologie ou la cardiologie, qui auraient subi une baisse de leur activité depuis l'instauration du dispositif du médecin traitant le 1^{er} juillet 2005, bénéficieront pour leur part, à compter du 15 avril, de revalorisations ciblées d'un montant de 34 millions d'euros.

"ACCORD SIGNÉ AU FORCEPS"

En contrepartie, les médecins se voient assigner des économies d'un montant proche de 1,4 milliard d'euros en 2006 et 2007 grâce à la promotion des médicaments génériques, à une meilleure gestion des prescriptions d'antibiotiques, de statines (anticholestérol), des transports sanitaires et des arrêts de travail.

L'avenant signé vendredi fixe en outre aux quelque 50 000 médecins traitants des missions de prévention ciblées sur le dépistage du cancer du sein des patientes de 50 à 74 ans, la prévention des troubles cardio-vasculaires des diabétiques et la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse (pathologies liées à la consommation de médicaments incompatibles entre eux) chez les plus de 65 ans.

Le directeur de l'Uncam, Frédéric van Rookeghem, s'est *"réjoui d'avoir conclu un accord équilibré avec les syndicats de médecins qui soit respectueux des priorités que l'assurance-maladie s'était fixées"*. Le président de la CSMF, le principal syndicat de médecins, Michel Chassang, a salué *"un accord signé au forceps, qui préserve la dynamique conventionnelle"*. Il a toutefois déploré que *"le gouvernement et l'assurance-maladie conservent une attitude de méfiance à l'égard des médecins"*.

Le SML a décidé de ne pas signer l'accord. *"On nous propose une hausse au 1^{er} août mais on nous demande des économies sur 2006 et 2007 sans nous offrir de perspectives de revalorisation en 2007, c'est un marché de dupes"*, a déclaré le président de ce syndicat, Dinorino Cabrera. Il compte appeler les médecins à pratiquer des dépassements d'honoraires et à ne travailler que 35 heures par semaine. Une position que M. Chassang explique par la *"proximité des échéances électorales"* : les praticiens doivent en effet élire leurs représentants au sein des unions régionales de médecins libéraux (URML) le 29 mai.

Xavier Bertrand n'écarte pas une consultation à 23 euros en 2007 Le Monde 4 Mars 2006

Dans un entretien à paraître le lundi 6 mars dans *Panorama du médecin*, le ministre de la santé, Xavier Bertrand, n'écarte pas la possibilité d'une hausse du tarif de la consultation des généralistes à 23 euros en 2007. Aujourd'hui, le patient débourse 20 euros pour consulter un médecin généraliste.

L'Assurance-Maladie (Uncam) et trois syndicats de médecins libéraux – CSMF, SML et Alliance – se réunissent, jeudi 2 mars, à partir de 19 heures, au siège de l'Uncam, pour une neuvième séance de négociations sur les objectifs d'économies en 2006 et, surtout, sur une hausse de 1 euro en 2006 du tarif des généralistes. La revendication, *"qui correspond au souci d'aligner le C [consultation des généralistes] sur le tarif de la consultation des spécialistes représente trois euros de plus d'ici à 2007, soit une augmentation de 15 % sur deux ans"*, relève M. Bertrand.

"J'ai toujours indiqué que l'année 2006 devrait être une année de rendez-vous pour les généralistes, et si les syndicats décident de faire de cette revalorisation du C leur priorité, je ne vois pas pourquoi

l'Assurance-Maladie et les organisations syndicales ne pourraient pas avancer dans cette voie, tout en sachant que, compte tenu des contraintes qui sont celles de l'Assurance-Maladie, cela ne sera pas pour début 2007", ajoute-t-il. Une hausse de 1 euro du tarif de la consultation des généralistes coûterait 210 millions d'euros par an à la Sécurité sociale, selon ses projections.

Les principaux points de l'accord entre l'assurance-maladie et deux syndicats de médecins **Le Monde 4 Mars 2006**

REVALORISATIONS

- Hausse d'un euro du tarif des généralistes, à partir du 1^{er} août. La consultation coûtera alors 21 euros.
- Hausse de trois euros à partir du 15 avril de la consultation des généralistes pour les enfants de 2 à 6 ans. La consultation coûtera alors 23 euros.
- Hausse d'un euro, à partir du 31 mars, des majorations dont bénéficient les généralistes et spécialistes consultés après passage par le médecin traitant. Ces majorations s'élèveront à cette date à 3 euros, mais seront portées à 4 euros pour les psychiatres, neuropsychiatres et neurologues consultés après le médecin traitant.
- Revalorisations ciblées d'un montant total de 34 millions d'euros pour sept spécialités, dont la dermatologie, l'allergologie, la cardiologie, l'oto-rhino-laryngologie et la rhumatologie, qui ont subi une baisse de leur activité depuis l'instauration du médecin traitant.

PRÉVENTION

Les quelque 50 000 médecins traitants – dont 95 % sont des généralistes – se voient fixer des missions de prévention :

- dépistage du cancer du sein chez les patientes de 50 à 74 ans ;
- dépistage de troubles cardio-vasculaires chez les diabétiques ;
- lutte contre la iatrogénie médicamenteuse (pathologies liées à la consommation de médicaments incompatibles entre eux) chez les personnes de plus de 65 ans.

OBJECTIFS D'ÉCONOMIES

Les médecins libéraux vont devoir atteindre des objectifs d'économies d'un montant proche de 1,4 milliard d'euros en 2006 et 2007.

Ces objectifs de "*maîtrise médicalisée*" des dépenses prévoient :

- la baisse de 10 % des montants de prescription d'antibiotiques en 2006 ;
- la baisse de 1 % des dépenses liées aux arrêts de travail en 2006, stabilisation en 2007 ;
- la baisse de 5 % des prescriptions d'anxiolytiques et d'hypnotiques en 2006, puis en 2007 ;
- la promotion des médicaments génériques ;
- la baisse du nombre d'actes médicaux redondants.

«Un double discours systématique» **Libération 4 Mars 2006**

Christian Lehmann est médecin généraliste à Poissy dans les Yvelines, romancier et membre du nouveau syndicat Espace-généraliste • Il réagit à cet accord, en pointant les différences de traitement selon lui, entre généralistes et spécialistes •

Quelle est votre réaction après l'accord de la nuit dernière?

Le foutage de gueule atteint un niveau inégalé puisqu'encore une fois on a privilégié les médecins spécialistes en faisant croire que l'on faisait une fleur aux généralistes ! Au total, entre le 1er janvier 2005 et la fin 2006, la consultation du généraliste sera passée de 20 à 21 euros, tandis que le spécialiste a vu son tarif faire des bonds, de 23 à 28 euros. C'est vraiment la politique du deux-poids, deux-mesures.

Comment expliquez-vous cet écart croissant entre généralistes et spécialistes?

Il faut se souvenir de la réforme de l'année dernière qui a abouti à un petit arrangement tarifaire entre amis, soit entre le gouvernement UMP et les syndicats de spécialistes qui font partie de leur fonds de commerce électoral. Il s'agissait de faire oublier les malentendus du plan Juppé, combattu à l'époque comme un rationnement intolérable et de revaloriser la médecine spécialisée.

Qu'est-ce que le gouvernement leur a accordé plus qu'à vous?

On a d'abord fait en sorte que le nouveau médecin traitant puisse être n'importe quel praticien, ce qui est déjà une négation totale du rôle du généraliste dans ce qui fait sa spécificité, à savoir de coordonner les soins. Ensuite, le généraliste a vu son tarif maintenu à 20 euros alors que le spécialiste passait de 23 à 27 euros et même 32 euros si on vient directement chez lui sans passer par le médecin traitant. On a ensuite dit aux généralistes «si vous faites 950 millions d'euros d'économies pour l'assurance-maladie, vous aurez peut-être quelque chose l'an prochain»... Et voilà, on a un euro pendant que les spécialistes en auront empoché cinq en deux ans !

Mais les généralistes sont tout de même revalorisés...

Premièrement, cette revalorisation arrivera au 1er août et va donc peser surtout sur les quatre derniers mois de l'année ce qui ramène les soi-disant 220 millions du coût de la mesure gouvernementale à 70 millions. Mais surtout, notre consultation passe à 21 euros avec une pression considérable mise sur les généralistes: recours accru aux génériques, économies sur les arrêts de travail délivrés aux patients, etc.. Les prochaines élections aux unions professionnelles de médecins auront lieu en juin et Michel Chassang, président de la CSMF, le syndicat majoritaire dans la profession, y joue sa tête. Si l'UMP ne lui avait rien accordé, il avait de fortes chances de perdre ces élections face au front uni des généralistes rassemblés dans les syndicats MG France, Espace Generalistes, SMG, très à gauche et FMS, plutôt à tendance libérale.

Dans quel état se trouve aujourd'hui la médecine généraliste en France?

Un chiffre résume bien le blues des généralistes. Alors que l'on attendait 1.450 passages à la retraite en 2005 dans la profession, on a eu 2200. C'est la preuve que les généralistes se sentent aujourd'hui les mal-aimés du système, les dindons de la farce qui ont le droit de prendre quelques miettes alors que les spécialistes se gardent le gros du gâteau. Si l'on fait abstraction des frais de gestion, les honoraires des généralistes en 2005 ont pesé 3,8% sur les dépenses de l'assurance-maladie tandis que ceux des spécialistes, qui ne représentent qu'à peine plus de la majorité des médecins en activité (55%), 7,8%. Cherchez l'erreur !

Vous dénoncez l'hypocrisie du gouvernement...

Notre système reste incohérent et mal organisé, avec notamment un double discours systématique à l'attention des généralistes. On leur demande de prescrire plus de génériques, de faire des économies et dans le même temps on accorde des tarifs de commercialisation très élevés à de nouvelles molécules soi-disant innovantes mais qui dans le meilleur des cas n'apportent pas grand chose. C'est le cas du Vioxx, cet anti-inflammatoire soi-disant miracle qui a coûté 250 millions d'euros par an à l'assurance-maladie et a fini par être retiré du commerce début 2005 suite à un certain nombre de décès. Dans ces conditions, on ne voit vraiment pas comment les choses vont s'améliorer...

Les médecins obtiennent gain de cause sur les tarifs

Libération 4 Mars 2006

PARIS - Les médecins ont obtenu une revalorisation d'un euro du tarif des consultations dès le 1er août 2006, en échange de la promesse de réaliser 1,4 milliard d'euros d'économies sur deux ans, avant la fin 2007.

Le tarif de la consultation chez un généraliste passera à 21 euros le 1er août. Une consultation du jeune enfant de deux à six ans à 23 euros sera créée dès le 15 avril.

La CFDT a "contesté le caractère général et aveugle de cette augmentation". Parlant d'une "occasion manquée" pour encourager les bonnes pratiques, la confédération syndicale a regretté que la revalorisation "intervienne avant même que l'on sache si les objectifs de maîtrise médicalisée 2006 et 2007 seront atteints".

L'assurance-maladie a accepté de faire plusieurs concessions aux médecins libéraux, après trois mois de négociations tendues.

Deux des trois syndicats de médecins, dont la CSMF, majoritaire, ont signé cet avenant à la convention de janvier 2005 qui avait mis en place le dispositif du "médecin traitant".

Il est demandé aux médecins "à peu près le même effort" que celui qu'ils ont fourni en 2005, a précisé une porte-parole de la Caisse nationale d'assurance-maladie (Cnam).

Pour les pouvoirs publics, il s'agissait d'éviter un enlisement des efforts de maîtrise médicalisée, qui aurait remis en cause la réforme d'août 2004 censée assainir les comptes d'ici 2007, année d'élection présidentielle.

Certains médecins font valoir que le gouvernement, déjà confronté à la contestation contre le contrat première embauche (CPE) et aux crises sanitaires de la grippe aviaire et du chikungunya, aurait fait pression sur l'assurance-maladie pour qu'elle fasse preuve de souplesse et évite d'ouvrir un nouveau front avec les médecins.

Au final, les économies de maîtrise médicalisée sont étalées sur deux ans et revues à la baisse par rapport aux prévisions initiales de 2005 : elles sont fixées à 800 millions d'euros pour 2006 et 600 millions pour 2007.

"UN GROS EFFORT" POUR LA SÉCU

La maîtrise médicalisée prévue par la réforme de l'assurance-maladie a commencé à être mise en place en mars 2005. L'objectif avait initialement été fixé à 998 millions d'euros d'économies en 2005.

La Cnam avait récemment estimé que sur une année complète, de mars 2005 à mars 2006, les économies effectivement réalisées ne représenteraient que 820 millions d'euros.

Les revalorisations tarifaires doivent coûter 210 millions d'euros à l'assurance-maladie en année pleine. Des mesures spécifiques sont prévues pour certains spécialistes, comme les dermatologues, dont l'activité a baissé avec la mise en place du "parcours de soins coordonné".

"C'est un gros effort que fait l'assurance-maladie pour les médecins", a commenté le directeur général de la Cnam, Frédéric van Rookeghem, sur Europe 1. "Il est juste de revaloriser la médecine libérale mais nous ne pouvons pas le faire trop vite parce que nous n'avons pas les moyens."

"Aidez-nous à retrouver des marges de manoeuvre pour que nous puissions mieux rembourser nos assurés demain et les médecins auront des contreparties", a-t-il ajouté.

Les médecins souhaitent parvenir au tarif de 23 euros d'ici 2007.

Le ministre de la Santé Xavier Bertrand, dans une interview à paraître lundi dans "Panorama du médecin", estime qu'il "ne voit pas pourquoi l'assurance-maladie et les organisations syndicales ne pourraient pas avancer dans cette voie".

"La négociation n'a pas porté sur ce point. Nous souhaitons d'abord obtenir des résultats sur les années 2006 et 2007", a indiqué Frédéric van Rookeghem.

**L'épidémie de chikungunya pointe le retard sanitaire outre-mer
Les bilans ne cessent de s'alourdir à la Réunion et à Mayotte.
Libération 4 Mars 2006**

Les bilans des cas de Chikungunya ne cessent de s'alourdir. A la Réunion, 186.000 personnes ont été touchées par l'épidémie depuis ses débuts il y a un an, entraînant 93 décès directs ou indirects a déclaré vendredi matin le ministre de la Santé, Xavier Bertrand (au début de cette semaine, on ne parlait que de 157.000 cas et de 77 morts). Ce qui signifie que près d'un quart de la population de l'île (760.000 habitants au total) est désormais concerné. Et sur l'île voisine de Mayotte, 2.162 cas ont été officiellement déclarés depuis début janvier (mardi on n'évoquait «que» 1.800 cas) pour une population totale de 180.000 personnes.

Face à l'explosion de cette épidémie, le ministre de l'Outre-mer, François Baroin, qui était à la Réunion il y a une semaine encore en compagnie du premier Ministre, Dominique de Villepin, a prôné aujourd'hui, au cours d'une visite en Nouvelle Calédonie, « un rattrapage sanitaire » en Outre-mer. « On a beaucoup parlé de rattrapage économique à juste titre (...). A la lumière de la grave crise sanitaire que nous rencontrons actuellement à la Réunion, je souhaite que l'on parle aussi de rattrapage sanitaire en Outre-mer ».

Soulignant la disparité des dispositifs sanitaires dans ces zones avec d'un côté la Réunion « très développée et où on a pourtant eu du mal à faire face à la crise (du chikungunya) » et Mayotte équipée de dispensaires « comme on peut en trouver en Afrique », François Baroin a annoncé qu'il avait «saisi cette semaine» le ministre de la Santé, Xavier Bertrand, «pour établir un diagnostic précis de l'évaluation des besoins» dans chacun des départements et territoires d'Outre-mer.

Plus de 80 millions d'euros ont été promis la semaine dernière par le chef du gouvernement pour combattre la maladie. Sur cette somme, 9 millions sont directement alloués à la recherche qui a démarré de façon extrêmement active. « Cent soixante-dix molécules vont être testées dès la semaine prochaine en laboratoire pour évaluer leur éventuel effet sur le Chikungunya », a précisé vendredi le ministère de la Santé.

**L'UMP aux petits soins des médecins
Le 1er août, consulter un généraliste coûtera 21 euros. Et 28 euros à la fin du mois pour un spécialiste.
Libération 4 Mars 2006**

L'été sera cher dans les cabinets médicaux. Le 1er août, la consultation chez un généraliste passera de 20 à 21 euros. Et dès le 15 avril, chaque médecin pourra faire payer trois euros de plus pour l'examen d'un enfant de moins de 6 ans. Il s'agit de la troisième revalorisation d'honoraires en quatre ans. «*Tout le monde y gagne*», a osé le ministre de la Santé, Xavier Bertrand, vendredi, à l'issue des négociations entre l'assurance maladie, Alliance et la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), deux syndicats de médecins libéraux.

En contrepartie, les médecins se sont engagés sur un nouveau plan d'économies de 1,4 milliard d'euros en 2006 et 2007. Ils ont promis de prescrire davantage de médicaments génériques, de mieux gérer les antibiotiques, les anxiolytiques, les anticholestérolémiants (statines), les transports sanitaires et les arrêts de travail.

En 2002, à peine la droite revenue au pouvoir, ils avaient déjà obtenu une augmentation. Leur consultation était passée de 17,53 euros à 20 euros en échange de moins de visites à domicile et de plus de génériques. *«Mais depuis le 1er janvier, on nous a bombardés médecins traitants pour pas un sou de plus, calcule Christian Lehman, médecin généraliste et membre du nouveau syndicat Espace généralistes. C'est un travail invisible et ingrat.»*

Le PS dénonce en revanche cet accord qui sert *«des intérêts clientélistes, au détriment des usagers du système de santé et, plus particulièrement, des plus démunis, qui vont subir de plein fouet ces augmentations sans aucune garantie d'amélioration de la qualité de soins».*

Car si *«tout le monde y gagne»*, certains plus que d'autres. En effet, les spécialistes aussi auront droit à leur augmentation. Au 1er janvier, leur consultation se payait 23 euros. Depuis la mi-février, il faut déboursier quatre euros de plus. Et dès le 31 mars, il faudra ajouter encore un euro, soit 28 euros au total. *«Les généralistes font de la figuration, analyse Christian Lehman. C'est un accord politique entre les syndicats de spécialistes et l'UMP.»* Qui intervient à quatorze mois de la présidentielle et trois mois des élections aux unions professionnelles.

L'interminable parcours des longues maladies

La réforme de l'assurance maladie rend les protocoles de soins plus complexes.

Libération 4 Mars 2006

Au départ c'était fait pour *«rationaliser»*. A l'arrivée, c'est la pagaille. Au point que jeudi, la quasi-totalité des associations de lutte contre le sida comme Aides, Act Up-Paris, le TRT5, ou Sida info service, ont demandé au ministre de la Santé de *«mettre fin au désordre»* provoqué par la réforme de l'assurance maladie, en particulier les mesures concernant les maladies graves.

La réforme de l'assurance maladie prévoit, en effet, que les patients atteints d'une affection de longue durée (ALD) diabète, cancer, sida..., dont les soins liés à cette maladie sont remboursés à 100 % par la Sécurité sociale, doivent faire établir par leur médecin traitant un protocole de soins qui est ensuite présenté à chaque médecin qui les suit pour leur ALD. Résultat : *«Depuis un mois, les refus administratifs de prise en charge à 100 % des soins nécessaires à des pathologies graves se multiplient. Les médecins s'énervent, n'y comprennent rien et les malades non plus»,* écrivent les associations dans un communiqué commun. Qui ajoutent : *«Les médecins sont désarçonnés par les nouveaux formulaires qu'on leur demande de remplir : dans le cas de personnes atteintes de pathologies complexes, la prise en charge médicale ne peut pas être résumée en trois lignes sur un formulaire !»* Et au final, *«complexes, inapplicables et inadaptées à la prise en charge d'une personne en ALD, ces mesures ne sont pas comprises des patients, des médecins, ni même des personnels des caisses de Sécurité sociale ! »*

Sont pointés d'autres *«dysfonctionnements»*, comme des malades *«ne trouvant pas de médecin traitant»*, ne disposant pas de *«recours clair en cas de problème»* et ceux *«particulièrement pénalisés»* parce qu'ils ont de faibles revenus.

Le ministre de la santé, Xavier Bertrand, a reconnu quelques *«problèmes»*. Il indique, ainsi, dans une interview à paraître dans le *Quotidien du médecin*, qu'il a *«demandé à l'assurance maladie de mettre un terme dans les plus brefs délais à des dysfonctionnements»* dans la mise en place du parcours de soins. Il n'est *«pas admissible qu'un malade en ALD ou ayant besoin de soins tout de suite soit obligé de repasser systématiquement par son médecin traitant avant d'aller voir un spécialiste»*.

Tyco Healthcare se bat contre la liberté des prix à l'hôpital

Le Monde 2 mars 2006

LA FILIALE française de Tyco Healthcare, société américaine spécialisée dans le matériel médical de pointe, se bat pour refuser la liberté des prix. Tyco France réclame que l'Etat continue de fixer le prix de ses produits, lesquels étaient commercialisés de 30 % à 80 % moins cher que dans les autres pays européens.

Un arrêté, publié mardi 28 février au Journal officiel, sort le prix des sutures mécaniques de la liste du matériel médical à prix administré. Ces sutures sont indispensables à la coelioscopie, une intervention chirurgicale qui permet d'ouvrir à minima la paroi abdominale. Du fait de prix contingentés, la France a acquis une expertise mondiale dans ce type de chirurgie. Elle risque de la perdre pour cause de hausse de prix. Celle-ci a déjà eu lieu à l'hôpital à partir du 1er janvier. Elle s'est produite le 1er mars dans les cliniques.

La sortie des sutures mécaniques des prix contingentés est la conséquence d'une réforme financière qui a commencé de bouleverser l'hôpital : la tarification à l'activité (T2A), qui a été lancée en 2005 pour casser le financement inflationniste de l'hôpital. Plutôt qu'une enveloppe globale que chaque établissement se dépêchait de dépenser pour réclamer une augmentation l'année suivante, la T2A entend établir un prix moyen de remboursement pour chaque acte médical ou chirurgical.

Les nouveaux " prix moyens " des actes médicaux sont ainsi établis avec des matériels dont les prix étaient administrés. En laissant les industriels parfaitement libres d'augmenter leurs prix, l'Etat fixe en réalité un prix de remboursement de l'acte médical. Sur les technologies de pointe, ce prix de remboursement peut se révéler très inférieur au prix de l'acte médical tel qu'il sera pratiqué en clinique ou à l'hôpital. Au point de dissuader le patient d'y recourir. Pour Tyco, cela revient à perdre un marché où les marges étaient faibles mais les produits sophistiqués. Les sutures ont représenté 160 millions d'euros de chiffre d'affaires en 2005, captés à parité par Johnson & Johnson et Tyco.

Chikungunya, une tardive prise de conscience **L'Humanité 1er mars 2006**

De retour de la Réunion, les ministres de la Santé, de l'Outre-Mer et du Tourisme ont détaillé les mesures pour lutter contre l'épidémie.

Après dix mois d'inertie, le gouvernement a enfin pris conscience de l'ampleur de la crise qui ronge la population de l'île de la Réunion, suite à l'expansion de l'épidémie de chikungunya. Lors d'une conférence de presse, hier matin, le ministre de l'Outre-Mer, François Baroin, a parlé d'une « crise de santé publique sans précédent par le nombre de cas et par la gravité des effets de la maladie sur certains sujets ». En effet, depuis l'apparition du virus, le 22 février 2005, le nombre de malades n'a cessé d'augmenter pour atteindre un huitième de la population réunionnaise, soit au total 160 000 habitants. Chiffre auquel s'ajoutent 77 décès en liaison avec l'épidémie. « Nous ne savons pas si le pic est derrière nous ou pas », a annoncé le ministre de la Santé, Xavier Bertrand, précisant que « jusqu'à 44 000 cas » de chikungunya ont été découverts « en une semaine, début février ».

effets nocifs des insecticides

Malgré l'évolution constante de la maladie, François Baroin a déclaré que « personne n'a prévu et personne ne pouvait prévoir une explosion du chikungunya », s'abstenant évidemment de rappeler les alertes répétées de la part des divers acteurs sanitaires et politiques réunionnais. Après avoir fait l'éloge du « message de solidarité » transmis par le premier ministre en visite dans l'île, il a exposé les différents volets de l'action du gouvernement pour lutter contre l'épidémie. Ainsi, « un centre de recherches et de veille sanitaire pour toute la zone de l'océan Indien » verra le jour, présidé par l'épidémiologiste Antoine Flahaut, qui travaillera avec son équipe sur les maladies émergentes. À propos de la prévention par démoustification, François Baroin a assuré que « les produits utilisés sont conformes aux normes internationales », propos qui va à l'encontre des réactions de la population réunionnaise qui dénonce les effets nocifs des insecticides chimiques.

« ni interdite, ni déconseillée »

Bien que l'économie touristique souffre déjà d'une importante désaffection, le ministre du Tourisme, Léon Bertrand a, quant à lui, exposé les efforts « pour éviter qu'une crise économique ne s'ajoute à la crise sanitaire », notamment une aide de 60 millions d'euros pour les entreprises, et la concertation avec les professionnels du tourisme « pour qu'ils ne déprogramment pas la destination de la Réunion de leurs catalogues ». Pour assurer ensuite que « la Réunion n'est ni interdite, ni déconseillée ».

Louant l'effort du gouvernement, François Baroin a indiqué qu'au total 92,5 millions d'euros ont été alloués à la lutte contre l'épidémie et qu'actuellement 3 700 personnes sont engagées sur le terrain. Des mesures fort louables, mais qui n'effacent pas la carence de l'État dans la durée. Exemple : si en 1987, il y avait 170 agents affectés à la lutte antivectorielle, ils étaient 72 en 2002, et 40 en 2005. Soit une réduction de 76,5 %. Lisa Jandi

152 médicaments déremboursés

L'Humanité 1er mars 2006

À partir d'aujourd'hui, 152 médicaments, jusqu'ici pris en charge, à hauteur de 35 %, par la Sécurité sociale et, pour le reste, par les organismes d'assurance complémentaire, sont totalement déremboursés. Il s'agit, pour près de la moitié d'entre eux, de veinotoniques, ainsi que d'expectorants, de fluidifiants bronchitiques, d'antidiarrhéiques, etc. Sont concernés par exemple des produits courants comme Efferalgan vitamine C, Coquelusedal, Exomuc, Hexaspray, Mucomyst, etc. Cette mesure avait été prise en septembre dernier par le ministre de la Santé, Xavier Bertrand. Il s'était appuyé sur l'avis de la Haute autorité de santé (HAS), instance d'expertise créée par la réforme Douste-Blazy de l'assurance maladie. La HAS a justifié sa recommandation par un « service médical rendu insuffisant » de ces médicaments et par des considérations financières : elle juge « impératif d'affecter les financements collectifs en priorité à la prise en charge des traitements les plus performants », sous peine de remettre en cause la « solidarité nationale » qui « prend en charge l'essentiel de cet effort ». Pour ces experts, « tous les médicaments, même efficaces, n'ont pas vocation à être pris en charge par l'assurance maladie obligatoire ». Les 152 produits déremboursés restent disponibles en pharmacie et pourront être pris en automédication.

La HAS affirme enfin que « les effets négatifs » de cette mesure « en termes de qualité des soins ne sont pas démontrés ». Nombre de médecins généralistes contestent son avis. Les médicaments touchés sont « des produits simples, que j'utilise souvent, qui rendent des services, qui soulagent », témoigne un toubib exerçant en banlieue parisienne. Il cite le cas d'un « patient âgé, dans la misère », à qui il prescrivait un veinotonique, choisi parce que « le moins cher et le plus efficace » : « il m'a dit qu'il ne pourra pas le payer ». Le médecin évoque aussi le précédent de l'Italie où, dit-il, le déremboursement des veinotoniques s'est soldé par une hausse du nombre d'hospitalisations pour phlébites.

La Sécu espère réaliser 305 millions d'euros d'économies avec cette mesure. Pour y parvenir, sous la pression d'un gouvernement qui refuse de lui apporter les financements dont elle a besoin, elle met en oeuvre, sans le dire, le principe d'une sélection des « petits » et des « gros » risques. Un choix à hauts risques sanitaires et sociaux.

Police, justice, santé

Les nouveaux partenariats public-privé se multiplient en France

Le Monde 1^{er} Mars 2006

LES PARTENARIATS public-privé (PPP), que la France expérimente depuis 2002, prennent leur envol. Ces partenariats permettent à une administration ou une collectivité locale, après un appel d'offres global, de confier à un opérateur privé le financement, la réalisation et la gestion d'un équipement public. Il s'agit le plus souvent d'un consortium composé d'une banque, d'un constructeur et d'un exploitant.

Une ordonnance du 15 juin 2004 a étendu leur usage à toute collectivité publique de tous secteurs pour des projets urgents ou complexes. C'est dans ce cadre que la rénovation ou la construction des palais de justice de Toulon et Bourgoin-Jallieu, le commissariat de Strasbourg et une soixantaine de gendarmeries et casernes ont déjà été réalisés ou sont en projet. Le groupe de BTP Eiffage va ainsi réaliser et exploiter, pendant trente ans, quatre établissements pénitentiaires, à Nancy, Lyon, Roanne et Béziers, et un appel d'offres est lancé sur quatre autres.

Le plan hôpital 2007 a recensé une trentaine de projets, dont la moitié devraient être signés en 2006 pour 700 millions d'euros. L'extension du CHU de Caen et le centre de Douai ont été attribués à Bouygues.

Les collectivités locales se montrent aussi entreprenantes : Auvers-sur-Oise (Val-d'Oise) a été la première à utiliser l'ordonnance de 2004 pour l'exploitation de son réseau électrique. D'autres projets sont lancés, comme les stades de Nice, Lille et Marseille.

Banquiers et constructeurs fourbissent donc leurs armes pour capter ce marché émergent qui a toutes les chances de prospérer face à la pénurie de fonds publics. *" D'ici cinq ans, les PPP devraient représenter 10 % de l'investissement public, soit 2 à 3 milliards d'euros par an "*, estime Jean Pierre Matton, d'Icade, une filiale de la Caisse des dépôts.

Bouygues a annoncé, jeudi 23 février, la création d'un fonds d'investissement doté d'environ 150 millions d'euros. En Europe, le marché a dépassé les 50 milliards d'euros en 2005, le double de l'année précédente.

PAIEMENT À LA LIVRAISON

A la différence des délégations de service public où l'utilisateur paie les prestations, comme dans le transport urbain, l'opérateur privé d'un PPP est rémunéré essentiellement par la collectivité publique, qui s'engage à lui payer un loyer en échange de ses prestations, sur une très longue durée, de vingt, trente, voire cinquante ans, quelle que soit la fréquentation de l'établissement.

L'avantage pour l'administration publique est qu'elle ne paie qu'une fois l'équipement livré et rémunère le service rendu en fonction de critères de qualité précis, sanctions financières à l'appui. En outre, le coût de l'investissement est étalé sur toute la durée du contrat. *" Mais, si la collectivité doit payer un loyer de manière irrévocable, cet engagement est considéré comme une dette "*, prévient Alexandre de Lestrangé, de l'agence de notation Standard & Poor's, ce qui augmentera le déficit public, contrairement aux espoirs du gouvernement.

En revanche, *" cette formule sanctuarise les dépenses d'entretien des équipements, jusqu'ici trop souvent sacrifiées par la gestion publique "*, plaide Michel Jouven, de la Caisse des dépôts. *" Confier à un seul responsable la construction et la maintenance conduit à une meilleure conception des bâtiments, quitte à dépenser plus lors de l'investissement, pour contenir, ensuite, les frais d'entretien "*, ajoute Philippe Malléa, avocat associé chez Norton Rose, qui a travaillé dans ce domaine au Royaume-Uni.

Un PPP réussi repose donc sur un cahier des charges précis et des études parfois lourdes, qui en réservent l'accès aux grandes entreprises. Colas, numéro un mondial des routes, a ainsi dépensé 8 millions d'euros pour décrocher le contrat de la voirie de Portsmouth (Angleterre), d'un montant de 630 millions d'euros, sur vingt-cinq ans.

L'expérience anglaise nous apprend aussi qu'en cas de baisse des coûts, la collectivité publique n'en profite pas. Cela s'est produit en 2001, avec la division par deux des frais financiers liée à la chute des taux d'intérêt. Désormais, les nouveaux PPP anglais prévoient un partage par moitié des gains de refinancement.

Le gouvernement britannique ne croit plus au financement mixte des hôpitaux

L'impact de l'endettement des hôpitaux sur les moyens accordés aux soins, les dérives spéculatives du BTP ont convaincu l'équipe Blair de réviser sa position

Au Royaume-Uni, pionnier du partenariat public-privé (PPP), le système de financement de la rénovation du parc hospitalier vétuste semble en panne. La récente décision du gouvernement Blair de réexaminer le plus gros marché hospitalier de ce type, le Barts/Royal London Hospital, portant sur 1,15 milliard de livres (1,68 milliard d'euros), illustre l'inquiétude croissante devant l'escalade du coût pour l'Etat de ces méga-projets de financement mixte.

" Cette privatisation en douce des hôpitaux est un retour aux pires pratiques du XIX^e siècle. Le transfert de la charge des dépenses d'infrastructures du niveau national aux autorités locales, via les trusts hospitaliers, contraint celles-ci à réduire leurs dépenses de santé ", s'indigne Allyson Pollock, directrice du Centre for International Public Health Policy de l'université d'Edimbourg. L'annulation, il y a deux ans, de la rénovation de St Mary Paddington, la quasi-faillite du Queen Elizabeth Hospital, à Woolwich, et du principal hôpital de Greenwich, ainsi que la suppression de 12 000 lits depuis l'arrivée au pouvoir, en 1997, du New Labour témoignent des dysfonctionnements d'un modèle cité en exemple dans de nombreux pays, dont la France.

En vertu des PPP, lancés en 1996 par le gouvernement conservateur, le secteur privé construit et exploite les hôpitaux pour le compte de l'Etat. Le remboursement de la dette des hôpitaux est échelonné sur une période allant de vingt-cinq à quarante ans. Cette charge, dont une partie est à taux variable, obère d'autant plus le budget opérationnel des hôpitaux que leurs revenus, assurés par le ministère de la santé, sont tributaires de la réalisation des objectifs fixés en nombre de patients traités.

Aux yeux du Trésor, le partenariat public-privé permet à l'Etat de mener à bien un programme ambitieux d'investissements sans alourdir la dette nationale. A ce jour, trente-huit hôpitaux PPP sont opérationnels. Quarante-deux projets pour 12 milliards de livres (17,6 milliards d'euros) ont été également approuvés.

Dans un récent rapport, le National Audit Office, équivalent britannique de la Cour des comptes, s'est félicité de la livraison dans les temps et dans le respect du devis des ouvrages clé en main. Les sociétés de bâtiment et travaux publics (BTP) comme Bugues ou Skanska, qui sont assurés d'une sorte de rente sur trente ans en moyenne, y trouvent également leur compte, avec un rendement de leurs investissements estimé à 15 %.

Comment expliquer, dans ces circonstances, la révision de la position du gouvernement ? Le creusement du déficit des trusts hospitaliers, lié également à la flambée du coût de la masse salariale, devrait s'élever à 620 millions de livres lors de l'exercice 2004-2005. A la lumière des difficultés croissantes des établissements à respecter le calendrier de remboursement, la ministre de la santé, Patricia Hewitt, a bloqué une dizaine de projets. Le modèle PPP est sur la sellette.

Les critiques s'attaquent notamment au caractère surdimensionné de certains ouvrages qui contrevient à l'accent mis aujourd'hui sur les soins de proximité. Par ailleurs, le rapport qualité-prix est difficile à évaluer vu l'incroyable complexité juridique des appels d'offres et des contrats.

Les urbanistes désapprouvent également les choix architecturaux des nouveaux hôpitaux qui répondent plus aux préoccupations du secteur privé de protéger ses marges bénéficiaires en contrôlant les coûts qu'aux besoins des malades. Le scandale des chambres minuscules de la nouvelle aile du Royal Brompton and Harfield Hospital l'atteste.

Le secteur du bâtiment est aussi accusé d'avidité au gain pour avoir créé un marché informel de rétrocession des contrats, en développant la sous-traitance à des fins spéculatives. De l'avis général, les entreprises vont devoir apprendre à s'adapter à des projets plus modestes et plus courts.

152 médicaments ne seront plus remboursés par la Sécurité sociale **Le Monde 1^{er} Mars 2006**

A compter du mercredi 1^{er} mars, 152 médicaments, classés à service médical rendu (SMR) " insuffisant " par la Haute Autorité de santé (HAS), ne seront plus remboursés par l'assurance-maladie. Cette mesure, inscrite dans la loi de financement de la Sécurité sociale de 2006, concerne des expectorants, des fluidifiants bronchiques, des antidiarrhéiques, etc. (Le Monde du 30 septembre 2005), qui étaient jusqu'à présent remboursés à 35 %. Elle devrait permettre d'économiser 305 millions d'euros par an. Ces produits resteront disponibles en pharmacie et pourront être pris en automédication.

Grâce à l'assurance-vie et à l'épargne retraite, les profits d'Axa s'envolent **Le Monde 1^{er} Mars 2006**

LA MEILLEURE performance de son histoire. Axa, le numéro deux européens de l'assurance derrière l'allemand Allianz a annoncé, mardi 28 février, une progression de 24 % du résultat opérationnel à 3,3 milliards d'euros et une hausse de 12 % du bénéfice net, à 4,173 milliards d'euros en 2005. Pour saluer cette performance, le dividende versé aux actionnaires progresse de 44 %, à 88 centimes par action.

Le groupe a profité d'une conjoncture porteuse dans l'assurance-vie, l'épargne retraite et la gestion d'actifs. " Toutes les entités du groupe contribuent aux résultats et non plus quelques pays ", a indiqué Henri de Castries, le président du directoire en ajoutant " le Japon, l'Allemagne et la Grande Bretagne sont sorties d'affaires ". L'année a aussi été marquée par une série d'acquisitions ponctuelles dans différents pays. " La priorité est à la croissance interne, rappelle-t-il, nous la complétons par des achats ciblés permettant d'être rapidement intégrées par nos équipes ".

Les résultats d'Axa sont en ligne avec le plan " Ambition 2012 " lancé en 2005 qui prévoit de doubler le chiffre d'affaires et de tripler le résultat opérationnel à cette date. " Après avoir accéléré le renouvellement de la gamme de produits et réduit les coûts, notre effort porte désormais sur la qualité du service au client ", explique-t-il. Avant d'annoncer : " Chacun doit savoir ce que l'entreprise attend de lui ou de son équipe et les moyens qu'elle est prête à lui fournir. "

" Dans une économie ouverte, c'est la qualité de la performance qui protège une entreprise d'une OPA - offre publique d'achat - ", affirme M. de Castries, jugeant que le capital d'Axa - dont les mutuelles détiennent 14 % du capital et 22 % des droits de vote - n'est pas protégé. Il critique les différentes réactions face aux rachats d'Arcelor et de Suez. " On interdit aux autres ce qu'on fait hors de nos frontières, s'indigne-t-il, le patriotisme économique s'apparente à du protectionnisme. Quand on a fait le choix de l'Europe, on ne peut pas vivre avec une analyse et des méthodes d'un autre âge. "