Cher confrère, Tourcoing, le 8 février 2012

Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@**Presse**

Les députés ont voté une réforme controversée… Maintenant le sénat doit la voter avant le 29 février, selon ses disponibilités…

La réforme de la biologie médicale, lancée en 2009 avec la loi Hôpital, patient, santé et territoires trouvera-t-elle son épilogue avant le printemps ? Les députés ont fait un pas en votant en première lecture la proposition de loi présentée par Valérie Boyer (UMP) et Jean-Luc Préel (Nouveau centre).
La réforme de la biologie médicale a connu d'innombrables tribulations, depuis l'ordonnance du 13 janvier 2010, la loi bioéthique, la proposition de loi Fourcade sur la santé et l'invalidation par le conseil constitutionnel. Elle est désormais une proposition de loi à part entière qui vient d'être votée en première lecture par les députés. La fin d'un long parcours législatif ?
Le texte reprend la plupart des dispositions adoptées dans la loi Fourcade. Il intègre également quelques corrections apportées par les syndicats de biologistes. La réforme revient à l'accréditation obligatoire des laboratoires à l'horizon 2018 (contre 2016 selon la première mouture) et pour 80 % des examens (et non 100 %). Elle autorise les titulaires d'un diplôme avec option biologie autre qu'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale à enseigner dans les centres hospitaliers universitaires. Et elle limite les « ristournes » aux seules relations entre hôpitaux.
Des mesures pour garantir l'indépendance des nouvelles sociétés de participations financières de profession libérale (SPFPL) ont également été actées.
« C'est une loi mi-figue mi-raisin », a déclaré Catherine Lemorton (PS), vice-présidente de la commission des affaires sociales. *« Nous sommes aujourd'hui au pied du mur, voter contre c'est laisser avancer la financiarisation de ce secteur »* a-t-elle déclaré. Seul le Front de gauche a voté contre cette PPL.

Cautère sur une jambe de bois

Du côté des biologistes, les avis restent partagés. Le Dr Claude Cohen, président du Syndicat national des médecins biologistes, dénonce une réforme qui conforte *« une biologie industrielle néfaste pour les laboratoires de proximité : l'accréditation extrêmement coûteuse et les baisses de tarif successives creusent notre tombe »*. Au contraire, François Blanchecotte, président du Syndicat des biologistes (SDB), juge que *« cette loi apporte des améliorations par rapport au texte de juillet 2011 ».* Il se réjouit de l'autorisation accordée aux pharmaciens d'assumer toutes les phases de l'analyse, y compris le prélèvement.
Le syndicat des jeunes biologistes médicaux voit dans cette réforme *« un cautère sur une jambe de bois »* selon les mots du président Thomas Nenninger. Il s'élève contre la possibilité pour des non-titulaires de DES de biologie médicale d'exercer en CHU. *« C'est scandaleux et cela créée un précédent dans une spécialité ! La précision apportée par l'Assemblée nationale* (les prétendants doivent justifier d'un exercice de 3 ans dans un laboratoire de biologie) *est un minimum »*, explique Thomas Nenninger.
L'affaire n'est pas close : le Sénat doit désormais l'inscrire à son ordre du jour. Aucune date n'est décidée.

Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse

UNE PRIME MOYENNE ANNUELLE DE L'ORDRE DE 4 500 EUROS.

Nous proposerons bientôt aux syndicats de médecins un avenant précisant le programme d'économies de 550 millions d'euros au titre de la maîtrise médicalisée 2012.
Nous misons également beaucoup sur les prescriptions dans le répertoire générique. Et nous négocierons avec les pharmaciens un avenant sur les objectifs de substitution en 2012.
L'Ondam 2011 a été respecté, nous abordons 2012 avec une base saine. L'ONDAM 2012 est serré mais un gros effort est fait par les industriels du médicament sur les tarifs des produits de santé. Nous avons pris aussi des mesures fortes sur les tarifs des biologistes et des radiologues.
Nous nous mettons en situation d'éviter le comité d'alerte sur les dépenses maladie. J'ajoute que nous allons faire un effort approfondi sur les référentiels des arrêts de travail. Sur des pathologies ou opérations identifiées, les prescriptions sont très hétérogènes. Nous avons maintenant une vingtaine de fiches repère « IJ » par pathologie validées par la HAS pour que les règles du jeu soient claires. Enfin, nous engageons aussi un effort sur les référentiels de kinésithérapie.

Le patron de la CNAM à l'offensive sur tous les fronts

Six mois après la signature de la convention médicale, le directeur général de l'assurance-maladie repasse à l'offensive soucieux de boucler plusieurs dossiers clés avant la présidentielle. Déterminé à stopper les dépassements excessifs de secteur II, Frédéric van Roekeghem annonce la surveillance de 249 médecins et invite l'Ordre à faire preuve de fermeté.

Quel est le taux de refus du paiement sur objectifs par les médecins?

FRÉDÉRIC VAN ROEKEGHEM - Nous disposons des chiffres définitifs : 97,2 % des médecins généralistes ont opté pour la convention et le nouveau mode de rémunération sur objectifs. Seulement 1 700 d'entre eux ont, comme c'était leur droit, refusé d'adhérer au paiement à la performance. Pour les spécialités, le taux de refus est de l'ordre de 4 % avec 2 443 médecins. Les spécialités qui ont le plus opté pour la rémunération sur objectifs sont la gynécologie-obstétrique et la dermatologie (98 %), la chirurgie orthopédique (96 %). D'autres disciplines ont des taux de rejet plus élevés de l'ordre de 6 % : gastroentérologie, ophtalmologie, rhumatologie. Les deux spécialités qui ont le taux d'acceptation le plus faible du nouveau mode de rémunération sont la psychiatrie (85 %) et l'ORL (88 %).

Quelle que soit leur spécialité, les médecins pourront toucher 1 750 euros s'ils remplissent les objectifs d'organisation du cabinet et télétransmettent au moins 2/3 de feuilles de soins. Le matériel informatique et les logiciels requis seront-ils disponibles pour tous les médecins?. L'offre de logiciels certifiés est encore relativement limitée. Nous avons prévu un délai de tolérance, jusqu'au 31 mars, sur l'acquisition des logiciels de prescription validés par la HAS. L'autre décision concerne l'usage des télé-services. Là encore, il y aura une tolérance jusqu'au 31 mars pour acquérir les logiciels médicaux et se connecter aux télé-services : choix du médecin traitant en ligne, protocole électronique ou arrêt de travail en ligne. Pour résumer, on laisse un trimestre aux praticiens pour se connecter.

NOUS ALLONS FAIRE UN EFFORT APPROFONDI SUR LES REFERENTIELS DES ARRETS DE TRAVAIL

Le premier trimestre 2012 est réservé à l'équipement des professionnels de santé, incité par le nouveau mode de rémunération. Sur la télétransmission, nous ferons le point au deuxième trimestre pour identifier ceux qui ne respectent pas la loi. La convention fait référence à un contournement systématique de la loi. Quand un médecin propose la télétransmission, il atteint très rapidement un taux élevé. Faisons confiance à la profession. L'informatique, ce n'est pas seulement la télétransmission mais la tenue du dossier médical, la sécurisation des prescriptions, l'utilisation des télé-services qui simplifient la vie et demain l'évaluation des résultats cliniques en population. Cela fait dix ans que la carte Vitale est en place ! À partir du troisième trimestre 2012, nous examinerons les cas individuels. Le cas échéant, nous prononcerons des sanctions correspondant à trois mois de suspension des exonérations de cotisations ou, pour les médecins de secteur II, à une pénalité financière équivalente, doublée en cas de récidive.

Quand interviendra le premier bilan de la rémunération sur objectifs et le calcul des primes ?

Nous aurons, à mi 2012, une première tendance d'évolution. Mais le vrai bilan sera dressé au premier trimestre 2013, correspondant au versement des premières primes sur objectifs. Nous restons sur l'objectif d'une prime moyenne annuelle de l'ordre de 4 500 euros. De plus, nous travaillons déjà avec les cardiologues sur le suivi des pathologies chroniques, la prévention et l'efficience. L'objectif est d'aboutir avec eux avant mars. Nous voulons en particulier améliorer le traitement post-infarctus du myocarde ou encore la prise en charge médicamenteuse de l'insuffisance cardiaque par la prescription d'un bêtabloquant. Nous avons des objectifs sur l'HTA, la surveillance biologique des patients hypertendus… Notre objectif est d'intégrer d'autres spécialités avant la fin du premier semestre.

La convention a prévu des majorations ciblées pour les spécialités cliniques. Quel est le calendrier ?

Nous avons deux étapes. La mise en œuvre de la plupart des mesures de nomenclature interviendra en mars [pédiatres, dermatologues, gynécologues, psychiatres, endocrinologues…] et un autre volet, plus limité, sera mis en œuvre en juin [néphrologues, IK des médecins, revalorisation des trois consultations obligatoires pour les médecins généralistes…]. Sur l'interprétation du cumul de la consultation et du frottis, notre position est sans ambiguïté. Le deuxième acte est facturé à 50 % et non pas à 100 %. Sur la nouvelle visite longue (VL), nous avons précisé que cette visite approfondie n'était pas forcément une visite annuelle. Si l'état de santé du patient évolue, il est normal que le médecin puisse retourner à son chevet.

Que comptez-vous faire pour stopper les dépassements abusifs en secteur II ?

Il faut savoir que notre coopération avec l'Ordre a déjà permis d'engager un début de régulation des dépassements excessifs du secteur privé à l'hôpital. Nous sommes engagés depuis janvier 2012 dans une action de surveillance ciblée de 249 médecins libéraux, principalement des spécialistes, dans toutes les régions, sélectionnés parmi ceux qui ne respectent pas le tact et la mesure. Il y aura une instruction individualisée des dossiers et l'engagement d'une procédure contradictoire, d'ici à la fin du mois prochain. Le cas échéant, les caisses déposeront plainte auprès du conseil de l'Ordre. Il existe une jurisprudence du conseil d'État sur le non-respect du tact et mesure, lorsque les dépassements sont excessifs et répétés sans tenir compte de la capacité des patients. Mais je voudrais compléter ce dispositif avec un pouvoir de sanction directe de l'assurance-maladie dans le cadre conventionnel. Dans les cas les plus graves, un déconventionnement temporaire ou relativement long pourrait être décidé.

Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@Presse@**Presse**

Avec nos sentiments dévoués.