Cher confrère, Tourcoing, le 11 avril 2012

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

L'ASSURANCE MALADIE relève des INEGALITES dans l'ACCES AUX SOINS

L'assurance maladie relève dans un rapport un manque d'équité d'**accès aux soins**, pointant notamment l'augmentation des dépassements d'honoraires ou un recours insuffisant à la prévention.
Le document de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), dont l'AFP a obtenu copie mercredi 29 juin, souligne une disparité de la prévention selon les catégories sociales.
MANQUE DE PRÉVENTION : Ainsi en 2008, la proportion de femmes de 50 à 75 ans n'ayant pas fait de mammographie dans les trois dernières années était de 8 % chez les cadres et les professions intellectuelles, de l'ordre de 20 % chez les ouvriers.
"Ces dépistages peuvent pourtant être réalisés gratuitement, ce qui montre qu'au-delà des aspects d'accessibilité financière, la réceptivité aux messages de prévention et la demande spontanée de soins préventifs conduisent à des résultats différenciés en termes de santé publique", note la CNAM.
DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES : Pour certaines spécialités ou dans certaines zones géographiques, les compléments d'honoraires demandés peuvent par ailleurs *"générer des difficultés d'accès aux soins ou d'importants restes à charge pour les assurés"*, indique le document.
Le rapport souligne aussi une *"persistance de situation de restes à charge élevés"*, notamment en optique et dentaire. Pour 2,5 % des bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU), ce reste à charge annuel s'élève à 440 euros en 2010. La CNAM s'inquiète également qu'une *"part significative"* de la population n'ait pas de couverture complémentaire au-delà du seuil de revenu de la CMU complémentaire (CMUC).
MANQUE D'INFORMATION : Sur les 2,2 millions de personnes potentiellement éligibles à l'ACS, l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (mutuelle, assurance, institut de prévoyance), un quart seulement en bénéficie, en raison notamment, selon la CNAM, du manque d'information et du coût.
Si l'ACS permet de diviser pratiquement par deux le prix de la complémentaire, le taux d'effort résiduel consenti par les bénéficiaires reste élevé, de l'ordre de 4 % du revenu. *"Pour des petits revenus (...) les arbitrages budgétaires ne font pas nécessairement de la couverture complémentaire santé une priorité par rapport à d'autres besoins de court terme"*, souligne le rapport. Les contrats souscrits sont par ailleurs *"des contrats d'entrée de gamme ou un peu supérieurs"*, ce qui entraîne donc une *"probabilité forte de reste à charge en cas de soins, notamment dentaires et optique"*.

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

Hôpitaux publics : une ENQUETE dénonce l'ampleur des DEPASSEMENTS D'HONORAIRES

Dans son numéro de mars, à paraître jeudi 23 février, le magazine *60 Millions de consommateurs* dénonce *"l'ampleur"* du secteur libéral et des dépassements d'honoraires au sein des hôpitaux publics. L'**enquête** menée par le mensuel, avec le soutien logistique de Santéclair, filiale commune à plusieurs complémentaires santé, a duré plus de un an et demi.
"Autorisés à exercer une activité libérale au sein même d'un hôpital public, certains chirurgiens en profitent pour pratiquer des tarifs indécents", écrit *60 Millions de consommateurs*. Ainsi, sur un total de près de 45 000 praticiens du public, 4 524 exercent une activité privée au sein de l'hôpital. Parmi ces derniers, 1 824 relèvent du secteur 2 et fixent librement leurs honoraires pour certains patients qui veulent être soignés par eux, selon des chiffres de 2010.
RÉDUCTION DU DÉLAI DE PRISE EN CHARGE PAYÉE AU PRIX FORT : Un patient qui souhaite être traité par un médecin de renom ou qui ne souhaite pas attendre plusieurs semaines, voire plusieurs mois, avant d'être pris en charge peut demander à être reçu en privé par certains praticiens qui officient au sein d'un hôpital public.
Parmi les exemples cités par le magazine, celui de certains spécialistes de l'hôpital Cochin, à Paris, qui facturent jusqu'à 4 250 euros la pose d'une prothèse de hanche, alors que le tarif conventionné se limite à 459,80 euros. Pour une opération simple, celle de la cataracte, dont le tarif conventionné (remboursé par l'assurance-maladie) est de 271,70 euros, un patient pourra avoir à débourser jusqu'à 1 490 euros s'il choisit un *"ponte"* de l'Hôtel-Dieu à Paris, ajoute le mensuel.
Sur une quarantaine d'actes médicaux, la moyenne des dépassements oscille entre **68 et 408 %** du tarif de la Sécurité sociale, mais *"il n'est pas rare que les montants facturés atteignent des taux supérieurs à 1 000 %"*, écrit *60 Millions de consommateurs*. Le mensuel affirme par ailleurs s'être heurté à de nombreuses difficultés pour obtenir ces chiffres, tant auprès des agences régionales de santé, des hôpitaux que de l'assurance-maladie.
Fin janvier, la Caisse nationale d'assurance-maladie a annoncé qu'elle avait lancé l'instruction de deux cent cinquante dossiers de médecins *"susceptibles d'être déférés devant le Conseil de l'ordre"* pour des pratiques tarifaires abusives.

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

Les PHARMACIENS vont être payés pour leurs conseils

Bientôt, après avoir consulté un médecin, vous pourrez retourner voir, pour le **suivi du traitement**... votre pharmacien. En sus de délivrer des médicaments, les pharmaciens vont en effet assurer davantage de missions de prévention, de dépistage, de suivi des patients et d'éducation thérapeutique au nom de la loi HPST (hôpital, santé, patients, territoire) de 2009.

Qui dit de nouvelles attributions dit une évolution de leur rémunération. La question fait actuellement l'objet de négociations entre les **syndicats de pharmaciens**, l'Assurance maladie et les complémentaires de santé, jusqu'au 28 mars, afin d'inscrire les nouveaux revenus dans le budget de la Sécurité sociale de 2012.

NOUVEAUX BESOINS DES PATIENTS : *"Les besoins des patients ont évolué : ils sortent plus tôt de l'hôpital et suivent, à domicile, des traitements de plus en plus lourds et sensibles, pour des maladies chroniques,* explique Gilles Bonnefond, secrétaire général de l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine. *Il faut donc les accompagner davantage pour éviter des abandons de traitement ou des situations de crise qui mènent aux urgences."*

Or, ce suivi régulier implique un nombre de médecins et un maillage du territoire suffisant, des conditions loin d'être remplies dans de nombreuses zones rurales. *"Les pharmaciens sont la profession de santé la mieux répartie en France. Ils pourront non pas remplacer les médecins, mais jouer la complémentarité dans le cadre d'un protocole de soins, pour mieux suivre les patients et pallier les manques actuels"*, assure Gilles Bonnefond.

COMPÉTENCES ÉLARGIES : A partir de cet automne, les officines pourront assurer le suivi de quatre types de patients : ceux atteints d'une angine, celles qui nécessitent une pilule du lendemain, et ceux qui sont sous des traitements anti-coagulants ou des substituts à la drogue (méthadone, subutex). Par la suite, les pharmaciens prendront aussi en charge les patients asthmatiques, diabétiques, atteints d'hypertension ou d'autres maladies chroniques.

Ces conseils, déjà prodigués de manière plus ou moins informelle par les pharmaciens, prendront le nom ***"d'entretiens pharmaceutiques"*** et non de consultations, pour ne pas froisser les médecins. *"Pendant un quart d'heure, le professionnel de santé s'entretiendra avec le patient dans un espace spécialement aménagé pour voir s'il a bien compris son traitement, s'il l'applique correctement et s'il s'avère bien adapté. S'il détecte une réaction anormale, en revanche, il en réfèrera au médecin pour faire évoluer le traitement"*, précise Gilles Bonnefond.

Une délégation de tâches qui satisfait les **associations de patients**. *"Elle s'avère bénéfique, car il y aura davantage de professionnels pour assurer l'accompagnement médical des patients les plus nécessiteux. La seule condition est de s'assurer que la délégation de tâches soit bien encadrée, avec une formation suffisante des pharmaciens"*, prévient Marc Paris, chargé de mission au Collectif inter associatif sur la santé, qui représente les patients. *"Une formation obligatoire sera dispensée, notamment sur le dialogue avec les patients et les relations avec les autres professionnels"*, confirme Gilles Bonnefond.

BAISSE DES REVENUS : Au-delà de l'intérêt du patient, le but de cette réforme est de **diversifier le mode de rémunération des pharmaciens**. Actuellement, les 22 000 officines françaises reçoivent une rémunération au forfait (0,53 centime par boîte de médicament), à laquelle s'ajoute un pourcentage du prix de vente : 26,1 % pour les médicaments de moins de 22,90 euros, 10 % pour ceux compris entre 22,90 et 150 euros et 6 % pour ceux supérieurs à 150 euros. Au total, les revenus des pharmacies proviennent à 25 % du forfait fixe et à 75 % de la marge commerciale.

Mais chaque année, l'Etat, qui cherche à combler le trou de la Sécu, baisse le prix des médicaments remboursés. C'est l'industrie pharmaceutique qui est visée, mais les officines sont touchées par ricochet. La crise entraîne aussi une diminution de la consommation et donc des volumes écoulés par les officines, seul levier pour maintenir leurs marges. Résultat : une baisse de 4 % des revenus des pharmaciens l'an dernier et 100 officines fermées sur le territoire, une situation certes marginale, mais inédite.

"Sur 28 % des ordonnances délivrées, notre rémunération est inférieure à 2,50 euros, ce n'est pas sérieux", déplore Gilles Bonnefond, citant l'exemple de la pilule du lendemain : *"Aujourd'hui, nous percevons seulement 1,81 euro pour délivrer la pilule du lendemain à une adolescente, qui nécessite tout un travail d'éducation."*

DIVERSIFIER LA RÉMUNÉRATION : Deux types de rémunérations, remboursées par la Sécu, sont prévus par la nouvelle convention. Des *"honoraires de dispensation"*, d'abord, rémunèreront le conseil donné par le pharmacien au moment de délivrer des médicaments. Ordre de grandeur évoqué : 1 euro pour les ordonnances pour lesquelles la rémunération de l'officine est actuellement inférieure à 2,5 euros. Les entretiens pharmaceutiques, ensuite, pourraient être rémunérés soit à l'acte soit par un forfait annuel par patient. Enfin, les pharmaciens seraient aussi rémunérés sur d'autres objectifs, tels que la part de génériques délivrés ou la vaccination anti-grippale.

L'objectif, d'ici à cinq ans, serait qu'un quart des revenus des officines soit constitué par ces nouvelles rémunérations, afin de **limiter la part de la marge commerciale et la course au volume**. Sur la délicate question de savoir qui va payer, la négociation en cours doit fixer le partage de ces sommes entre l'Assurance maladie et les complémentaires. Elle devra surtout fixer le montant total de l'enveloppe allouée aux officines, actuellement de 5,5 milliards d'euros par an. La Sécurité sociale, à la faible marge de manœuvre, la voudrait inchangée, alors que les syndicats réclament une hausse comparable aux autres professions de santé, de 2 %.

Avec nos sentiments dévoués.