

L'engagement et la responsabilité des acteurs

La réforme de l'assurance maladie s'articule autour d'axes majeurs : la modification des comportements, la responsabilisation des acteurs et le décloisonnement du système.

La convention nationale 2005 entre les médecins libéraux et l'assurance maladie

Jean-François Bayet

Médecin-conseil
régional adjoint
Cnamts

Pascal Pfister

Médecin-conseil
Cnamts

Catherine Bismuth

Médecin-conseil
national adjoint
Cnamts

Hubert Allemand

Médecin-conseil
national Cnamts

La réforme de l'organisation des soins, à la recherche d'une meilleure efficacité et d'une plus grande qualité, est un enjeu majeur de notre système de soins. La France est en particulier l'un des derniers pays européens où l'accès aux soins des patients n'est pas organisé. Son offre de soins est aussi très inégalement répartie sur le territoire, sans lien suffisant avec la localisation des besoins. Alors que le nombre de médecins n'a jamais été aussi élevé qu'aujourd'hui, on observe de réelles difficultés d'accessibilité aux soins primaires pour près d'un million d'habitants (86 cantons sur 3 300)¹.

Ce déficit d'organisation explique aussi en partie la place marginale qu'y occupe la prévention.

Au début de l'année 2004 le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie formulait en ces termes ce qu'il considérait comme la première des priorités : « Il faut, d'abord, s'attacher résolument à améliorer le

fonctionnement du système de soins et la coordination de ses acteurs. C'est là un changement important par rapport à la période où furent conçues les assurances sociales : l'assurance maladie ne peut plus se contenter d'être un simple dispositif de paiement pour des soins qui s'organiseraient tout seuls. Pour être efficaces, les politiques d'assurance maladie doivent nécessairement porter aussi, en concertation avec tous ses intervenants, sur l'organisation du système de soins. »²

Ce diagnostic et ces préconisations ont abouti à la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie instaurant un nouveau mode d'accès aux soins en proposant notamment à chaque assuré de 16 ans ou plus de désigner son médecin traitant, à l'instar de l'organisation existant dans de nombreux pays.

C'est dans ce contexte qu'à la fin l'année 2004 les négociateurs de la nouvelle convention médicale se sont attachés :

- d'une part, à définir la nature des soins relevant

1. Commission démographie médicale, rapport présenté par le professeur Yvon Berland, président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) analysant les dispositifs incitatifs susceptibles d'améliorer la répartition territoriale des médecins, avril 2005.

http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/berland_demomed/rapport.pdf

2. Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie chargé d'évaluer le système d'assurance maladie et ses évolutions, 23 janvier 2004.

http://www.sante.gouv.fr/assurance_maladie/pdf/rapport.pdf

d'une offre de soins primaires et les modalités de la coordination avec les niveaux de soins spécialisés,

- d'autre part, à optimiser certaines dépenses de prescription afin notamment, de financer les mesures tarifaires d'accompagnement de la réforme (maîtrise médicalisée).

Le parcours de soins coordonnés

L'ensemble des syndicats représentatifs des médecins libéraux français et les caisses nationales d'assurance maladie sont arrivés à un accord sur l'organisation d'un parcours coordonné des soins, précisant les rôles respectifs du médecin traitant, du médecin correspondant, ainsi que les différentes modalités d'accès aux soins les mesures tarifaires s'y appliquant.

Ce parcours repose sur trois principes :

- Améliorer la coordination et la qualité des soins.

La qualité de la prise en charge médicale des patients est favorisée à l'intérieur d'une organisation souple, qui privilégie le fonctionnement en réseau des professionnels (dans le cadre de protocoles ou de plans de soins) et sur la logique de soins de premiers recours avec passage par le généraliste. Cette amélioration du partage de l'information entre soignants permettra, à terme, d'alimenter régulièrement le dossier médical thérapeutique trouvent là un cadre pour se développer et le risque d'actes redondants est diminué.

- Préserver et améliorer l'accès aux soins. Le recours aux soins et aux compétences respectives des généralistes et des spécialistes est optimisé et l'opposabilité des tarifs préservée lorsque le patient choisit ce parcours.

- Respecter le libre choix du patient. Le patient garde le libre choix de son médecin traitant et des spécialistes amenés à intervenir. Il reste libre également de refuser le parcours de soins proposé.

Les missions du médecin traitant

Le médecin traitant, la plupart du temps un généraliste, est l'interlocuteur privilégié du patient. Il assure le premier niveau de recours aux soins.

Il prend en charge son patient, le conseille et si besoin l'oriente vers un médecin correspondant (spécialiste libéral, hospitalier, médecin généraliste à orientation particulière...) vers un service hospitalier ou vers un autre professionnel de santé (masseur-kinésithérapeute, infirmière...).

Pour chaque patient qui l'a désigné, il centralise toutes les informations concernant les soins (y compris soins de prévention). Pour les affections de longue durée (ALD) prises en charge à 100 %, il rédige et tient à jour, en concertation avec d'autres professionnels de santé concernés, le protocole de soins dont il est le signataire avec le médecin-conseil et le patient. Il contribue également à la gestion des arrêts de travail, leur durée, les modalités de reprise ou un éventuel reclassement professionnel.

Le médecin correspondant

Le médecin correspondant, libéral ou hospitalier, le plus souvent un spécialiste, assure le recours aux soins de seconde intention sur demande du médecin traitant. Il peut rendre un avis ponctuel de consultant, ou suivre le patient de manière itérative en concertation avec le médecin traitant.

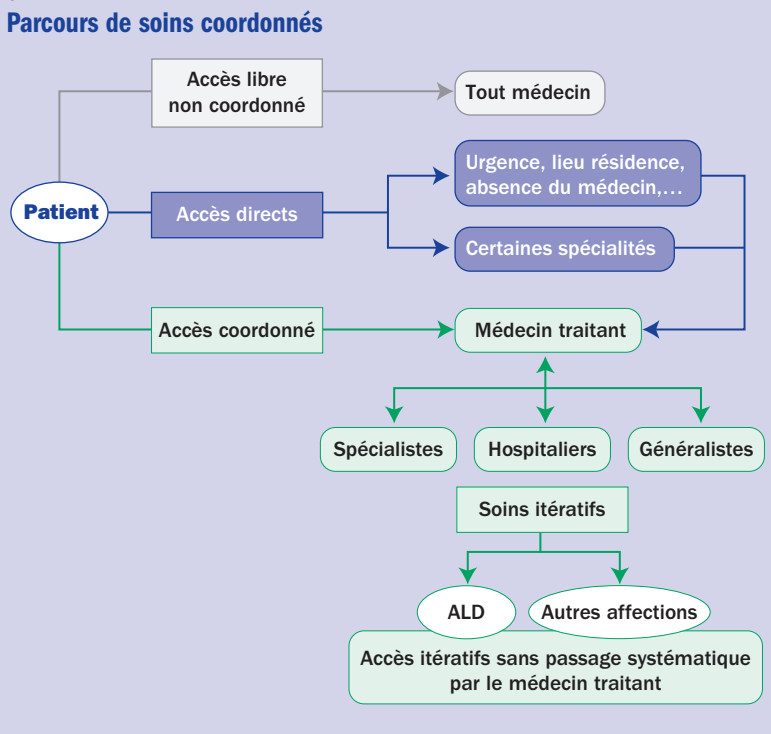
Si la prise en charge du patient nécessite l'intervention successive, pour une même pathologie, d'un autre spécialiste, il peut l'adresser directement à un deuxième médecin correspondant, dans le cadre d'une séquence de soins, en informant le médecin traitant. Il contribue à la protocolisation des soins, en particulier pour les ALD. Dans tous les cas de figure, il propose des rendez-vous dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient et assure un retour d'information vers le médecin traitant.

Pour certaines situations médicales relevant de la gynécologie, de l'ophtalmologie ou de la psychiatrie, le recours de première intention (accès direct) a été maintenu. De même en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou d'absence du médecin traitant.

Les différents parcours

La figure 1 schématise le dispositif avec les trois types d'accès aux soins spécialisés : l'accès coordonné médecin traitant-médecin correspondant qui sera le plus fréquent, les accès directs dans un cadre coordonné et l'accès non coordonné. Ces modes d'accès relèvent du libre choix de l'assuré.

figure 1



Les mesures tarifaires

Le médecin traitant perçoit chaque année 40 euros pour chacun de ses patients de 16 ans ou plus exonérés du ticket modérateur au titre d'une ALD.

Pour les médecins correspondants exerçant en secteur à honoraires conventionnels (dit secteur 1), les consultations effectuées dans le cadre d'un suivi coordonné avec retour d'informations vers le médecin traitant sont valorisées à 22 euros pour les généralistes et à 27 euros pour les spécialistes.

Pour les situations médicales complexes, un avis ponctuel de consultant est valorisé à 40 euros (50 euros pour les psychiatres et neurologues).

Si le patient consulte hors du parcours de soins coordonnés, le spécialiste bénéficie d'une autorisation de dépassement plafonné.

Si le médecin correspondant est généraliste, sa consultation est valorisée à 22 euros... Pour les spécialistes exerçant en secteur à honoraires libres (dit secteur 2), un nouveau secteur optionnel leur est proposé. Dans cette nouvelle option, le spécialiste consulté comme correspondant dans le cadre du parcours de soins coordonnés pratique les tarifs conventionnels en échange d'une participation des caisses à ses cotisations sociales.

Il s'agit là d'un rapprochement entre secteur à honoraires conventionnels et secteur à honoraires libres.

D'autres mesures tarifaires ont été mises en place, notamment pour les enfants de moins de 16 ans.

Ce cadre technique étant mis en place, il reste aux partenaires de la convention à renforcer le contenu médical du rôle du médecin traitant, notamment dans le domaine de la prévention et du dépistage.

La révolution de la classification commune des actes médicaux : CCAM

Fathia Sahraoui

Service de santé publique et économie de la santé, groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal (AP-HP)

Damien Jolly

Département d'information médicale, centre hospitalier universitaire de Reims

Pierre-Henri Bréchat

Service de santé publique et économie de la santé, groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal (AP-HP); Lapss de l'ENSP

La classification commune des actes médicaux (CCAM) est le nouvel outil de référence pour la description et le codage des actes techniques médicaux effectués dans les cabinets médicaux libéraux et réalisés par les médecins, dans les établissements de santé publics et privés. Elle sera déployée ensuite pour les actes cliniques. C'est la première étape vers la CCAPS (classification commune des actes des professionnels de santé) qui devrait permettre d'uniformiser le système des recueils de l'activité de l'ensemble des professionnels de santé. Elle permet de mesurer l'activité médicale, d'évaluer les coûts et de facturer les actes médicaux. La première version a été mise en œuvre en janvier 2004 et la version tarifante depuis le 1^{er} juillet 2005, avec une extension aux actes de consultation. La CCAM a été élaborée en partenariat entre les services techniques du ministère de la Santé et les caisses d'assurance maladie, en collaboration étroite avec les représentants des sociétés savantes sur des principes clairement définis *a priori*.

Pourquoi une nouvelle nomenclature ?

Les deux outils de recueil utilisés jusqu'à présent pour décrire l'activité médicale et établir sa tarification

sont respectivement la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et le catalogue des actes médicaux (CdAM). Aujourd'hui ils apparaissent obsolètes, incomplets, mal hiérarchisés, non actualisés, comportant parfois des incohérences et des distorsions tarifaires, notamment entre disciplines médicales différentes, justifiant la création de la CCAM. La NGAP subsiste, au moins transitoirement, pour certains champs comme les actes cliniques (consultations, visites), les actes de prélèvements de biologie, les actes paramédicaux, les actes des anatomo-pathologistes et les actes dentaires et de stomatologie.

De quoi est composée la CCAM ?

C'est une liste de libellés codés décrivant des actes auxquels il est possible d'adjoindre des gestes complémentaires et des modificateurs. C'est une classification hiérarchique, structurée en chapitres, correspondant aux grands appareils ou systèmes. Un classement par spécialité aurait en effet entraîné beaucoup de doublons, un certain nombre d'actes pouvant être effectués par plusieurs spécialités. Des outils informatiques ont été créés pour faciliter les recherches par arborescence, par mot clé, avec une assistance au codage.

Quels en sont ses principes ?

La CCAM se veut exhaustive, maniable et évolutive. Elle est destinée à décrire plus précisément chaque acte avec un niveau de détail suffisant mais non excessif, et à servir de base à la tarification en secteur libéral et à l'allocation de ressources aux établissements dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information : PMSI.

Les termes anatomiques médicaux utilisés proviennent de la nomenclature anatomique internationale francisée. Les termes ont été validés par la Commission de terminologie et de néologie. Les actes qu'elle contient sont ceux que les sociétés savantes considèrent comme légitimes à y figurer à la date de constitution ou de mise à jour de la classification et sur l'inscription desquels la Haute Autorité de santé (HAS) s'est prononcée favorablement.

Chacun des actes diagnostiques ou thérapeutiques est décrit par un libellé selon le principe fondamental de l'acte global, c'est-à-dire comportant implicitement l'ensemble des gestes utiles et nécessaires à l'exécution de l'acte dans la règle de l'art. La CCAM a été conçue de telle sorte que le praticien puisse, dans la grande majorité des cas, décrire son acte avec un seul code. Le vocabu-

La maîtrise médicalisée des dépenses de santé

Cette méthode de régularisation de l'évolution des dépenses de soins exprime la volonté de mener des actions résolues impliquant l'ensemble du corps médical afin de favoriser le bon usage des soins et le respect des règles de prise en charge collective.

Cet effort repose sur trois principes : la détermination d'engagements quantifiés et régionalisés, un suivi paritaire et décentralisé, une révision annuelle des objectifs.

Les engagements

Des engagements sur la qualité des prescriptions sont conclus chaque année entre les syndicats signataires de la convention et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) sur des thèmes pour lesquels sont portés des constats partagés d'écart important

entre pratiques et référentiels médicaux ou de différence significative de pratique ou de consommation entre régions ou pays comparables, qui ne s'expliquent pas par l'état sanitaire des populations concernées.

Pour chacun des thèmes d'engagement retenus, des objectifs chiffrés sont déterminés et déclinés pour chaque région.

En 2005, les priorités retenues visaient à diminuer significativement les prescriptions d'antibiotiques, d'anxiolytiques et d'hypnotiques, à appliquer les recommandations de bonne pratique lors de la prescription de statines, à augmenter la prescription de médicaments génériques, à respecter la réglementation concernant les prescriptions en rapport avec les affections prises en charge à 100 % et à maîtriser les prescriptions des arrêts de travail.

laire a été harmonisé pour garantir la cohérence de l'ensemble.

Une codification complexe...

Dans le codage descriptif d'un acte technique médical, doivent être renseignés obligatoirement le code de l'acte, le code activité et le code phase. Gestes complémentaires et modificateurs permettent une éventuelle majoration du tarif de l'acte lorsqu'ils sont signalés et autorisés.

1. Le code de l'acte : chaque acte est décrit par un libellé qui est repéré par un code alphanumérique à 7 caractères composé de 4 lettres et de 3 chiffres. Les 4 premiers décrivent l'acte (organe, action, accès ou technique), les 3 derniers constituent un compteur aléatoire. Exemple : **NZH001** : Biopsie osseuse et/ou biopsie articulaire/du membre inférieur/par voie transcutanée sans guidage.

2. Le code activité permet de différencier des gestes réalisés au cours d'un même acte par des intervenants différents (ex : acte de chirurgie nécessitant l'intervention du chirurgien et de l'anesthésiste).

3. Le code phase de traitement permet de prendre en compte le fait que la majorité des actes sont exécutés en un temps ; certains actes obligent à recourir à des épisodes

successifs et complémentaires les uns des autres, réalisés à des moments différents, ou phases de traitements signalées par un code spécifique. Chacun est un élément de la réalisation de l'acte global désigné par le libellé (ex : reconstruction d'un tendon de la main par transplant libre, en deux temps).

D'autres codes peuvent être utilisés : code « association » pour signaler la réalisation d'actes différents au cours d'une même séance de soins ; code « extension documentaire » qui permet de fournir un détail supplémentaire sur les modalités d'exécution de l'acte. C'est l'ensemble des éléments constitutifs de ces codes actes, recueillis isolément ou en association, qui permet de calculer la tarification des actes réalisés. Pour l'hospitalisation publique, la rémunération des actes médicaux effectués est comprise dans la valorisation de groupe homogène de séjours (GHS) correspondant au groupe homogène de malades (GHM) dans lequel le séjour sera finalement classé.

... Avec une mise en place plutôt chaotique !

Au cours de l'année 2005, trois versions successives de la CCAM devraient être utilisées. De nombreux aménagements, négociés avec

les différents syndicats médicaux représentatifs, vont permettre d'estomper les incidences pécuniaires de sa mise en place sur les revenus moyens des différentes spécialités médicales, apparues à certains comme inacceptables. Ces adaptations, parfois un peu « brutales », mais dictées par le pragmatisme, ont sans doute fait perdre beaucoup à la « noble philosophie » qui avait prévalu lors de l'élaboration initiale de la CCAM. Il faut espérer que ces modifications ne seront qu'adaptatives et transitoires, et que le débat pourra se recentrer sur l'utilisation de cette classification comme un véritable indicateur de santé et non pas seulement comme un instrument tarifaire. ■

La CCAM est consultable et téléchargeable sur le site Internet de l'assurance maladie, www.ameli.fr, ainsi que sur le site de l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH) : www.atih.sante.fr.

Le tableau 1 présente les objectifs pour chacun de ces thèmes. Ces engagements permettront de réaliser une économie de près d'un milliard d'euros et de revaloriser les honoraires des médecins, à hauteur de 500 millions d'euros.

tableau 1

Objectifs pour les thèmes où sont constatés un écart important entre pratiques et référentiels médicaux

Thème	Objectifs
Antibiotiques	Baisse de 10 % du montant des prescriptions
Anxiolytiques/Hypnotiques	Baisse de 10 % du montant des prescriptions
Statines	Baisse de 1,5 % du montant des dépenses remboursées
Génériques	Économie attendue de 890 millions d'euros
Affections Longue Durée	Augmentation de 5 % de la part des prescriptions non exonérées
Arrêts de travail	Baisse de 2 % du nombre de journées d'arrêt prescrites

À ces thèmes qui concernent des postes de dépenses importants s'ajoutent trois accords de bon usage des soins³ portant sur :

- L'efficacité des prescriptions d'anti-agrégants plaquettaires dans la prévention secondaire des accidents thrombotiques des artères cérébrales, coronaires ou des membres inférieurs, en privilégiant la prescription de l'acide acétylsalicylique à chaque fois que son efficacité/tolérance est jugée égale à celle des traitements alternatifs (23 millions d'euros d'économies attendues).
- Le bon usage des examens biologiques explorant la fonction thyroïdienne, afin que disparaisse la prescription systématique de dosages concomitants de T3 libre, T4 libre et TSH (15 millions d'euros d'économies attendues).
- La pratique de la coloscopie après polypectomie, s'appuyant sur les recommandations pour la pratique clinique publiées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé en avril 2004 (15 millions d'euros d'économies attendues).

Le suivi

Le suivi de ces engagements est assuré par les commissions paritaires mises en place au niveau des régions et des départements.

3. Définis à l'article L. 162-12-17 du Code de la sécurité sociale, les accords de bon usage des soins prévoit des objectifs médicalisés d'évolution des pratiques ainsi que les actions permettant de les atteindre.

Chaque thème donnera lieu à un plan d'action piloté au niveau national et relayé par les instances conventionnelles locales afin de tenir compte des spécificités des départements.

Pour ces plans d'action l'assurance maladie a choisi de privilégier une communication individuelle et personnalisée auprès des médecins, seule démarche ayant véritablement fait la preuve d'une efficacité.

Selon la nature des messages à transmettre aux médecins, ces actions se traduiront par des rencontres avec les délégués de l'assurance maladie des caisses ou par des échanges confraternels avec les praticiens conseils des services du contrôle médical.

Révision des objectifs

Une révision annuelle des objectifs est prévue, conduisant à la détermination de nouveaux engagements de maîtrise sous forme d'avenants à la convention.

Aux termes de la convention, l'atteinte des objectifs de la maîtrise médicalisée conditionne les revalorisations d'honoraires ultérieures.

Les autres aspects de la convention médicale

● **La formation professionnelle conventionnelle** : la convention médicale 2005 a reconduit le dispositif de formation professionnelle conventionnelle proposé à l'ensemble des médecins libéraux. Ce dispositif accompagne les orientations de la convention et notamment les engagements de maîtrise médicalisée. Il devra se positionner par rapport à l'obligation des médecins en matière de formation médicale continue (art. L. 4133-1 Code de la santé publique) et d'évaluation des pratiques professionnelles (art. L. 4133-1-1 CSP).

● **La démographie médicale** : des mesures relatives à la politique de démographie médicale sont envisagées à moyen et long terme, en partenariat notamment avec l'État, les collectivités territoriales et les universités de médecine.

● **La permanence des soins** : les parties signataires entendent participer à une organisation qui garantit aux assurés une permanence des soins effective sur l'ensemble du territoire et aux professionnels libéraux une juste rémunération pour leur participation à la permanence des soins, y compris au sein des établissements.

● **La télétransmission** par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge : l'effort conjugué des médecins libéraux et des caisses pour offrir à tous les assurés sociaux le service de la télétransmission des feuilles de soins (système Sesam-Vitale) est poursuivi, notamment sous la forme d'aides financières.

En conclusion

Cette nouvelle convention médicale est un accord équilibré entre les médecins généralistes ou spécialistes libéraux et l'assurance maladie, dans un cadre financier contraint, compatible avec le respect des objectifs de

dépense fixés par le Parlement. Elle s'inscrit dans la continuité de la loi de réforme de l'assurance maladie du mois d'août 2004 en organisant un parcours coordonné des soins pour les patients ayant choisi un médecin traitant.

Elle met en place une dynamique de maîtrise médi-

calisée des dépenses de santé par des engagements annuels, quantifiés et régionalisés devant permettre, à qualité de soins égale, de dégager des marges financières aux fins d'améliorer le solde financier de l'assurance maladie et aussi, de permettre les revalorisations attendues par les médecins libéraux. ■

Dossier médical personnel

La mise en place du dossier médical personnel (DMP) est l'un des axes majeurs de la réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004.

L'objectif du DMP est l'amélioration de la qualité de soins grâce à une meilleure coordination entre les professionnels de santé et les établissements de santé.

Le DMP doit permettre d'éviter les actes redondants et l'iatrogénie.

Maturité des nouvelles technologies de l'information et de la communication

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication ont atteint le niveau de maturité suffisant pour pouvoir gérer de façon hautement sécurisée les informations médicales de chaque assuré et pour permettre au patient de déterminer les conditions d'accès à son dossier.

Les dossiers médicaux DMP seront stockés chez quelques hébergeurs de données de santé qui ont été présélectionnés début octobre 2005.

Le DMP devra être accessible via l'Internet haut débit (ADSL) soit directement à partir du poste de travail d'un professionnel de santé habilité ou d'un établissement de santé, soit *via* le logiciel métier du professionnel de santé ou de l'établissement de santé.

Contenu du dossier

Des études, des textes et des enquêtes ont déjà été réalisés pour déterminer le contenu du dossier médical personnel.

Un article du Code déontologique relatif à l'information du patient, le décret relatif au dossier médical hospitalier traitent du sujet.

Le contenu du dossier est en cours de définition. Il bénéficiera des études faites par le passé, notamment le rapport du professeur Fieschi et les études menées par la Cnamts.

Le DMP sera vraisemblablement un dossier de synthèse de coordination des professionnels de santé non exhaustif, intégrant des éléments des dossiers réseaux, des dossiers hospitaliers et des dossiers des patients détenus par les médecins libéraux avec lesquels il sera en relation. Il devrait contenir des informations relatives à la biologie, à la radiologie, les lettres de sorties des établissements de santé, la liste des comptes rendus d'acte par type d'acte, la liste des traitements prescrits.

Pour les professionnels de santé habilités par le patient à accéder à son dossier, les informations accessibles seront dépendantes de son profil (médecin, infirmier, kinésithérapeute, etc.).

Stratégie de mise en œuvre

Le pilotage du projet est assuré par une structure qui a été créée spécifiquement : le GIP de préfiguration DMP.

La stratégie de mise en œuvre retenue par les responsables du GIP-DMP est basée sur le lancement d'un dossier médical personnel simple d'utilisation et au contenu limité puis à l'enrichissement progressif du

dossier et ce pour concilier ambition et pragmatisme.

Les hébergeurs ont définitivement été choisis fin octobre 2005 à partir de l'évaluation des « démonstrateurs » proposés par les consortiums.

Les sites territoriaux de préfiguration seront proposés par les consortiums, après concertation avec le GIP, en privilégiant les expériences de réseau de soins déjà existants.

Une phase expérimentale devrait être lancée dans 13 régions à partir d'avril 2006. Six consortiums industriels ont été sélectionnés pour héberger chacun 5 000 dossiers de patients. Cette phase expérimentale, prévue sur une durée de 5 mois et axée sur le partage de l'information servira à tester un certain nombre de fonctionnalités et à identifier les situations des plus favorables pour recueillir l'adhésion des professionnels de santé. La généralisation nécessitera au préalable, d'une part un nouvel appel d'offres pour sélectionner les consortiums qui seront définitivement retenus et d'autre part, sur le plan juridique, la parution de nouveaux décrets.

Conclusion

Le dossier médical personnel est un enjeu majeur de la réforme de l'assurance maladie qui permettra d'améliorer la qualité, la coordination et la continuité des soins par le partage d'informations entre les professionnels de santé habilités et qui doit permettre aux citoyens de devenir des acteurs du système de santé. ■

Gérard Chevrot
Président du
GIE Sesam
Vitale, directeur
des systèmes
d'information de
la Caisse centrale
de la Mutualité
sociale agricole