

ENTENTE

préalable



Numéro 51
Octobre 2004

Sommaire

- **Vaccination : un programme pilote en Franche-Comté**
- **Traitement orthodontique : le rôle du chirurgien-dentiste en urgence**
- **Influences des problèmes fonctionnels dans les déformations liées à l'orthopédie dento-faciale**
- **Intérêt de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge de l'asthme**
- **Point Vitale**
- **Guide Pratique**
- **Consultation à domicile des médecins généralistes et majorations de déplacement**
- **Réforme de l'Assurance Maladie**

Caisse Primaire d'Assurance Maladie
3, Avenue Léon Blum
25215 MONTBELIARD CEDEX
Directeur de la Publication :
Gérard COLÉ
Chargée de Communication :
Jacqueline CHENUT
Tél. 03 81 99 12 22
communication@cpam-montbeliard.cnams.fr
Impression : CPAM - Montbéliard
ISSN n° 1258-4789

Vaccination : un programme pilote en Franche-Comté

Depuis les années 50, la pratique de la vaccination s'est imposée en France comme un moyen de prévention rarement contesté par les médecins et l'opinion publique. Elle a permis de réduire la mortalité et la morbidité, notamment chez les jeunes enfants et les nourrissons, d'éradiquer la variole, de contrôler des maladies telles que la poliomyélite, le tétanos et la diphtérie.

La vaccination reste donc un acquis essentiel qu'il convient de maintenir et de renforcer dans un contexte évolutif (réticences au geste vaccinal, forte médiatisation des effets secondaires pour certains vaccins...).

Face à ce constat, les Caisses d'Assurance Maladie de Franche-Comté et leurs partenaires ont décidé de mettre en place **un programme régional de promotion de la vaccination (2004/ 2006)** :



Journal créé à l'initiative conjointe de la CPAM de Montbéliard,
du Service Médical et des Professionnels de Santé

- **Une enquête IPSOS / Clinsearch** auprès d'un échantillon de francs-comtois permettra d'évaluer le taux de couverture et d'identifier les principaux motifs de réticence au geste vaccinal,

- **Une «semaine de la vaccination»** sera organisée chaque année (la première s'est déroulée du **27 septembre au 2 octobre**). Au cours de cette période, les patients ont été invités à faire, avec leur médecin, un bilan de leurs vaccinations. Différents supports (affiches, dépliants..) ont été créés pour cette campagne. Les Déléguées de l'Assurance Maladie ont visité certains médecins généralistes pour leur présenter ce programme et recueillir leur assentiment sur cette action. Une évaluation sera réalisée par enquête téléphonique auprès d'un échantillon de médecins généralistes pour améliorer l'organisation et le déroulement de cette «semaine»,

- **Pour 2005**, la mise en place d'un système de rappels personnalisés sur la base du calendrier vaccinal est à l'étude,

- **En 2006**, une nouvelle évaluation du taux de couverture vaccinale est prévue pour mesurer l'impact du programme régional.

Le succès d'une politique vaccinale efficace dépendra en grande partie de l'implication des professionnels de santé, en complément

des actions de communication auprès du public.

GRIPPE

Résultats de la campagne 2003 à Montbéliard

La vaccination est entrée dans les habitudes des plus de 70 ans. Par contre, la couverture vaccinale des 65 - 69 ans et des personnes atteintes d'une affection de longue durée reste à un niveau encore trop bas.

Taux de vaccination par tranche d'âge :

- Moins de 65 ans en ALD = 61 %
- 65/69 ans = 50 %
- 70 ans et plus = 74 %

Taux global de vaccination :

- 31 929** prises en charges envoyées
- 21 073** vaccinations soit **66%** des personnes concernées (62.60% en 2002)

Campagne 2004

Le vaccin est disponible dans les officines depuis le **21 septembre**. Les prises en charges gratuites sont valables jusqu'au **31 décembre**.

Le nouveau calendrier vaccinal recommande la vaccination antigrippale aux professionnels de santé et à tous les professionnels en contact régulier et prolongé avec les sujets à risques (personnels des collectivités, des transports...).



Un dispositif de surveillance de la grippe, le GROG, existe en Franche-Comté depuis 1994. Son objectif consiste à recueillir des données épidémiologiques auprès de professionnels de santé «vigies» et à travers ces résultats, de suivre l'évolution de l'épidémie sur l'ensemble des francs-comtois

www.grog.org

R.O.R.

Le taux de couverture vaccinale reste très faible, malgré les campagnes de communication menées ces dernières années, la sensibilisation des parents (envoi d'un courrier de rappel à chaque anniversaire de l'enfant) et la gratuité du vaccin jusqu'à 13 ans.

En 2003 à Montbéliard (régime général - hors PMI)

- Enfants de 12 à 24 mois = 43,83%** de vaccinés
- Enfants de 12 mois à 13 ans = 14,83%** de vaccinés.

VARICELLE

Le vaccin est remboursable (JO du 23/09/04), mais strictement réservé aux cas suivants :

- personne de plus de 18 ans exposée à un patient avec éruption,
- étudiant en première année d'études médicales et paramédicales,
- personne en contact avec un patient immunodéprimé,
- enfant en attente de greffe d'organe solide. ■

En savoir plus : calendrier vaccinal 2004 -BEH n° 28/29 du 29/06/2004

www.sante.gouv.fr

Traitement orthodontique : le rôle du chirurgien-dentiste en urgence

par le Dr Marc GRIENEISEN, Chirurgien-Dentiste

Les chirurgiens-dentistes peuvent intervenir en urgence pour effectuer des petites réparations ou traiter des problèmes liés au port d'appareils orthodontiques.

Bracket décollé

Lors de mouvements de cisaillement, des décollements accidentels peuvent survenir : le patient sera gêné par cette attache mobile et risquerait éventuellement de l'inhaler ou de l'ingérer. La manipulation de l'orthodontiste consiste à déposer l'ensemble de l'arc. En rendez-vous d'urgence, il suffit d'ôter, à l'aide d'une sonde, la ligature qui fixe encore le bracket à l'arc et de dégager le bracket.

Irritations

Ces effets indésirables se produisent la plupart du temps en début de traitement. Si ceux-ci ne s'accompagnent pas de douleurs ou de blessures franches, tout rentre dans l'ordre rapidement avec des bains de bouche antiseptiques.

Néanmoins, le déplacement des ligatures métalliques est un facteur particulièrement irritant.

Ces ligatures pourront avantageusement être :

- ✓ recouvertes, au fauteuil et même par le patient lui-même, avec de la cire de boules Quies ou de babybel ou par du pansement chirurgical type coelack,
- ✓ repliées par une spatule ou un fouloir à amalgame.

Si l'arc coulisse et se déplace en arrière de la dernière bague, cela crée une blessure particulièrement douloureuse.

Le seul traitement consiste à le couper avec une fraise transmétal. Cette manœuvre représente néanmoins un risque d'inhalation ou d'ingestion du fragment qu'il convient d'éviter, afin que «petit aléa ne devienne vraie urgence».

Appareil désinséré



Une désinsertion d'un dispositif palatin représente une réelle urgence. S'il est trop difficile de le réinsérer et de le refixer, il ne faut pas hésiter à ôter la bague qui tient encore le dispositif à l'aide d'un arrache couronne et d'une pince de Furrer.

Rupture d'un dispositif de maintien

Si le décollement d'un bracket est parfois évité, il n'en est pas toujours de même pour le maintien de toutes les ligatures.

Or, de l'intégrité des dispositifs dépend leur efficacité, leur innocuité et leur confort. Le praticien pourra remplacer ceux-ci par du fil de soie en passant au dessus de l'arc et sous les dispositifs de rétention du bracket. ■

Influences des problèmes fonctionnels dans les déformations liées à l'orthopédie dento-faciale

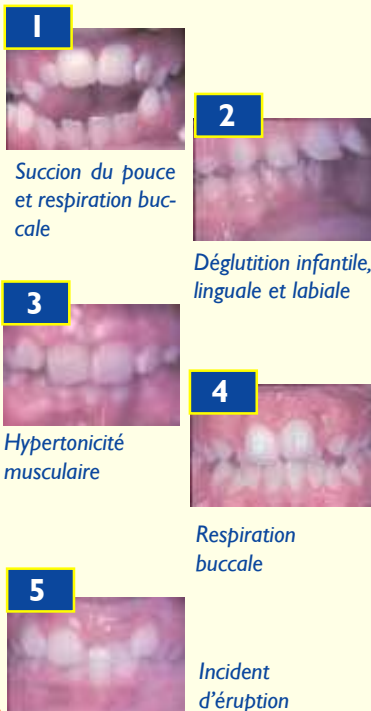
par le Dr Daniel ROLLET, Spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale à Pontarlier

Si l'étiologie des déformations liées à la sphère oro-faciale est reconnue le plus souvent comme d'origine héréditaire ou congénitale, une grosse partie des déformations a comme origine des problèmes fonctionnels.

On peut affirmer que tout patient porteur de dysmorphies oro-faciales est également porteur de problèmes fonctionnels associés.

Qui n'a pas vu un enfant avec une bouche déformée par la succion d'un pouce ou d'une sucette ? (photos 1 à 5).

Tout patient porteur d'une malocclusion présente un certain degré de dysfonctionnement.



Mais d'autres problèmes fonctionnels peuvent être associés, comme une **déglutition atypique**, une **mastication unilatérale**, une **hypotonie** ou **hypertonie musculaire**, des **problèmes posturaux** et surtout des **problèmes respiratoires**.

Tous ces problèmes fonctionnels peuvent être résolus si l'enfant est vu assez tôt. Plus on attendra avant d'améliorer ces problèmes fonctionnels, plus ils seront difficiles à corriger. Et s'ils ne sont pas résolus avec le traitement

d'orthodontie, la stabilité de ces cas sera difficile à maintenir.

Prenons par exemple le problème respiratoire qui peut être dû à différentes causes : une hypertrophie des amygdales et végétations, une déviation de la cloison nasale, une sécrétion muqueuse trop importante et encore des allergies diverses et variées...

...et quand on sait que durant ces dix dernières années, les allergies ont augmenté de 30 % chez les enfants, on peut voir l'ampleur du problème.

Un enfant qui respire par la bouche a une position de langue basse qui n'appuie pas au palais et qui ne développe donc pas le maxillaire dans le sens transversal.

(photos 6 à 9).



Il s'ensuit souvent un problème d'occlusion majeur avec articulé croisé et déviation du chemin de fermeture.

Il est assez facile de détecter ces respirateurs buccaux, ne serait-ce qu'à l'examen clinique et à l'anamnèse.

Les signes cliniques sont les suivants :

Une mauvaise ventilation nasale est souvent à l'origine de rhinopharyngites (siège des angines), de rhinites, d'asthme, de déformations orthodontiques, d'otites, de retard de croissance parfois, de troubles du sommeil et de multiples autres affections.

C'est pourquoi il paraît essentiel d'être sensibilisé sur l'importance d'une bonne respiration dès le plus jeune âge et de l'aide considérable que l'on peut apporter aux enfants :

- aspect chétif, dos voûté, poitrine étroite ou rondlette, hypotonique, constamment fatigué par ses rhumes,
- bouche ouverte, lèvres en chapeau de gendarme,
- langue basse,
- rétrécissement du seuil narinaire, nez souvent bouché,
- parfois asymétrie faciale,

- respiration rapide et sommaire, enfant nerveux, irritable.

Cet aspect morphologique ne revêt évidemment qu'un caractère d'ensemble :

- il ronfle la nuit ou même le jour,
- il a des nuits agitées, froisse ses draps, rêve souvent, quelquefois énurésie,
- l'enfant est fatigué, mélancolique. A l'école ses fonctions intellectuelles seront diminuées. Il aura du mal à suivre, des difficultés à fixer son attention.

Or, il est tout à fait possible d'éduquer les patients après un bilan ORL, ne serait-ce qu'en leur apprenant à se moucher correctement et en leur permettant, par l'éducation fonctionnelle, d'utiliser correctement leur nez et de réobtenir une ventilation nasale (**photo ci-dessous**).

En conclusion, un traitement pré-orthodontique de prévention ou d'interception par traitement des problèmes fonctionnels chez l'enfant jeune est primordial.

L'éducation fonctionnelle peut résoudre à elle seule pour des cas simples, certaines dysmorphoses légères, ou sinon réduire la durée du traitement orthodontique ultérieur plus lourd et difficile. Elle évitera de temps en temps des extractions dentaires et augmentera la stabilité des cas. ■

Le rôle des pédiatres, médecins traitants, chirurgiens dentistes, orthophonistes, ORL, kinésithérapeutes ... est essentiel pour la détection précoce des problèmes fonctionnels.

RESPIRATION BUCCALE



Problème de respiration buccale, d'articulé croisé, de béance et de langue basse



Résultat obtenu par éducation fonctionnelle seule

Intérêt de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge de l'asthme

par le Dr Joël PETITE, d'après la recommandation «Education thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent » ANAES/Service des recommandations et références professionnelles/juin 2001

L'éducation thérapeutique a une efficacité démontrée sur plusieurs critères d'évaluation du contrôle de l'asthme, en particulier les hospitalisations, le recours au service d'urgence les consultations non programmées (grade A*).

L'éducation thérapeutique structurée est plus efficace que l'information seule. Elle comporte au minimum un apprentissage à l'autogestion du traitement par le patient (plan de traitement écrit, appréciation des symptômes et/ou mesure du débit expiratoire de pointe (DEP) par le patient et nécessite un suivi régulier par le médecin au moyen de consultations programmées (grade A).

Place de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge de l'asthme

✓L'éducation thérapeutique s'adresse à tous les patients

Une éducation doit être proposée précocement à tous les patients asthmatiques et être renforcée lors du suivi avec une attention toute particulière pour les patients qui ont un contrôle insuffisant de leur asthme. L'éducation thérapeutique se structure à partir du diagnostic

éducatif qui prend en compte les besoins éducatifs de chaque patient, ses potentialités d'apprentissage et son projet personnel.

✓L'éducation thérapeutique concerne également l'entourage

La famille et les proches du patient sont concernés et peuvent être impliqués dans le traitement. La compréhension par l'entourage de la situation du patient et des difficultés qu'il rencontre est essentielle. Le soutien des familles et des proches est important, en particulier chez l'adolescent.

✓L'éducation thérapeutique est intégrée aux soins

L'éducation thérapeutique est centrée sur le patient asthmatique. Toute rencontre avec un patient asthmatique doit être l'occasion de maintenir, de renforcer ou de l'amener à acquérir de nouvelles compétences.

La compréhension, par le patient, des finalités de la prise en charge de sa maladie est nécessaire à la prévention des complications et au maintien de sa qualité de vie. L'éducation thérapeutique implique une cogestion de la décision par le patient et le soignant.

Dans ce but, il est nécessaire de



proposer et négocier les compétences à développer et les moyens à mettre en oeuvre pour y parvenir.

Les professionnels sont impliqués à différents niveaux dans l'éducation thérapeutique : les **médecins généralistes** et les **spécialistes**, les **infirmiers**, les **kinésithérapeutes**, les **pharmaciens**, les **psychologues**, les **assistantes sociales**, les **conseillers** ou **techniciens d'environnement**. L'éducation thérapeutique peut être proposée en consultation, lors d'une hospitalisation ou dans le cadre d'un centre spécifique ou d'un réseau de soins. Elle relève d'une approche interdisciplinaire et pluriprofessionnelle en tenant compte du fait qu'elle peut être réalisée par des professionnels rassemblés ou non dans un même lieu de soins.

L'action des professionnels concernés s'inscrit dans un climat relationnel alliant écoute et prise en compte des besoins des patients, de leur état émotionnel, de leur vécu et de leurs conceptions de la maladie et des traitements.

Elle rend nécessaire une mise en cohérence des informations données au patient.

L'accompagnement psychosocial agit en renforcement de l'éducation thérapeutique, en encourageant le patient asthmatique à adopter des comportements positifs.

Dans le cadre de la diffusion de sa recommandation sur l'éducation des personnes adultes et adolescentes souffrant d'asthme, l'ANAES a réalisé une plaquette destinée à la sensibilisation des personnes asthmatiques ; elle est disponible sur le site internet de l'A.N.A.E.S. ■



Pour compléter l'information, rappelons qu'il existe **deux structures** qui peuvent constituer des relais importants :

CENTRES D'ÉDUCATION RESPIRATOIRE DANS LE DOUBS

MONTBELIARD

Centre Médico Social
de la Chiffogne

Mme S. Bertin

Rue Frédéric Thourot

25200 Montbeliard

☎ 03 81 96 73 69

ou 06 61 74 81 88

BESANCON

Madame Brigitte GIRARDOT

Madame Laurence VINCENT

15 Avenue Denfert-Rochereau

25000 BESANCON

☎ 03 81 65 44 56

En savoir plus :
www.anaes.fr
(onglet publications)

Grade des recommandations :

Grade A recommandation fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve (essais comparatifs randomisés de forte puissance et/ou méta-analyse, analyse de décision),

Grade B recommandation fondée sur une présomption scientifique de niveau intermédiaire (essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées, études de cohorte),

Grade C fondée sur des études de moindre niveau de preuve (études cas-témoins).


Point Vitale

Situation à Montbeliard
au 15/10/2004

- **PHARMACIENS**
66/68 (97,05 %)
- **MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES**
55/57 (96,49 %)
- **ORTHOPHONISTES**
14/16 (87,50 %)
- **MEDECINS**
229/276 (82,97 %)
155/159 Généralistes (97,48 %)
74/117 Spécialistes (63,24%)
- **CHIRURGIENS-DENTISTES**
60/77 (77,93 %)
- **SAGES-FEMMES**
4/6 (66,67 %)
- **INFIRMIERES**
34/83 (40,97 %)
- **CENTRES DE SOINS INFIRMIERS**
3/13 (23,07 %)

Quelques rappels Carte VITALE

Vous ne devez en aucun cas conserver la carte VITALE d'un patient. Elle est sa propriété et doit être présentée successivement à tous les professionnels de santé consultés. En cas d'oubli d'une carte dans votre cabinet, il convient d'aviser votre patient, afin qu'il la récupère rapidement ou de lui retourner sa carte.

En cas de problème, vous pouvez la retourner à la CPAM qui se chargera de lui transmettre. 

F.S.E. et prescriptions médicales

Par mesure de simplification, les prescriptions médicales doivent toujours être adressées à votre **Caisse de rattachement**, même si l'assuré pour lequel vous réalisez une F.S.E. est affilié à une autre CPAM.

Attention : pour les flux B2, vous devez envoyer la feuille de soins papier et la prescription à la Caisse de l'assuré.

En savoir plus

Sur les aides financières à la télétransmission pour chaque profession :

[www.ameli.fr/professionnel de santé/sesam vitale](http://www.ameli.fr/professionnel-de-santé/sesam-vitale)

Guide pratique

Remplissage de l'avis d'arrêt de travail

Les médecins sont souvent sollicités par nos services pour compléter des avis d'arrêt mal remplis ou illisibles.

Pour éviter ces désagréments, dans la partie réservée au médecin, les rubriques : nom, prénom, date d'arrêt, arrêt en rapport avec l'article

L 324-I ou un état pathologique lié à la grossesse, ainsi que la notion de mi-temps thérapeutique, doivent être renseignées lisiblement sans rature et être visibles sur les trois volets du document. ■

Courriers destinés au Service Médical

Ils doivent être envoyés au **Service Médical**

**1 Avenue Léon Blum
25209 Montbéliard cedex**

et non à la CPAM - 3 Avenue Léon Blum.

Toute erreur d'adresse génère des retards dans la réception des plis par le Service Médical. ■

Demande de transport pendant la garde ambulancière

Tout appel pendant les plages horaires de la garde ambulancière (la nuit de 20H à 8H, le samedi, le dimanche et les jours fériés) doit transiter par le centre I5, chargé de réguler les interventions des transporteurs. ■

Surveillance du patient à domicile pour des soins oculaires par les infirmières

Lorsque la prescription médicale prévoit la nécessité de répartir plusieurs interventions au cours d'une même journée, le remboursement

des actes intervient sur la base d'une **cotation forfaitaire de 1 AMI 1 par jour** quel que soit le nombre d'interventions.

Les frais de déplacements peuvent être facturés selon le nombre réel de déplacements de l'infirmière. ■

Prescription et délivrance des médicaments

Les médicaments peuvent être prescrits pour **un an maximum** (décret du 30/09/02) en portant la mention



«A renouveler onze fois» sur l'ordonnance.

Le pharmacien ne peut délivrer plus de quatre semaines ou 30 jours de traitement à la fois (sauf contraceptifs 12 semaines). ■

Biologie

L'étude BIOLAM, analyse des dépenses 2001-2002, est disponible sur le site de l'Assurance Maladie www.ameli.fr connaître l'Assurance Maladie/études/médicaments biologie. ■

Formation médicale continue

Alcool, tabac, cannabis comprendre, repérer, accompagner

3 et 4 décembre 2004

BESANCON - NOVOTEL

Date limite d'inscription : 23/11/2004

Consultation à domicile des médecins généralistes et majorations de déplacements

L'accord de bon usage des consultations à domicile, effectif depuis le 01/10/2002, définit précisément les critères médicaux et environnementaux qui justifient le remboursement du déplacement au domicile du malade.



Les membres de la Commission Conventiennelle Paritaire Locale (CCPL) ont examiné début 2004, l'impact de la mise en œuvre de cet accord. Le nombre de visites à domicile a diminué de façon significative, mais, afin d'aider les médecins dans leur effort, il semble important de rappeler les critères définis par l'ACBUS.

La CCPL a préconisé qu'un rappel de ces critères soit également fait aux assurés sociaux. Le journal «**A.M. Services**» diffusé en octobre comprend un article à ce sujet.

Bilan 2002/2003 à Montbéliard

Nombre de visites :
- 20.17%

**Visites assorties d'une
majoration : 92.37%**

- critère médical :
88.95%

- critère environnemental
3.15%

- Autre majoration :
0.27%

Source **TANDEM Cpm +
Mutuelles**

Les critères médicaux décrivent les situations cliniques pouvant justifier le déplacement du médecin



- **incapacité concernant la locomotion** par atteinte ostéo-articulaire d'origine dégénérative, inflammatoire ou traumatique, par atteinte cardio-vasculaire avec dyspnée d'effort, angor d'effort ou claudication intermittente, par atteinte respiratoire chronique grave, par atteinte neurologique avec des séquelles invalidantes d'accident vasculaire cérébral ou liée à une affection neurologique caractérisée, par trouble de l'équilibre,
- **état de dépendance psychique** avec incapacité de communication,
- **état sénile,**
- **soins palliatifs** ou **état grabataire**
- **période post opératoire** immédiate contre indiquant le déplacement,
- **altération majeure de l'état général.**

Ces critères médicaux n'interdisent en aucune manière le déplacement du patient au cabinet médical si son état le lui permet.

A ces critères purement médicaux, s'ajoutent des conditions médico-administratives



- **les personnes âgées d'au moins 75 ans** et reconnues atteintes d'une ALD exonérante,
- **les personnes exonérées du ticket modérateur pour les ALD suivantes**, quel que soit leur âge : accident vasculaire cérébral invalidant, forme grave d'une affection neuromusculaire (dont myopathie), maladie de Parkinson, mucoviscidose, parapésie, sclérose en plaques,
- **les bénéficiaires de l'allocation tierce personne,**
- **les titulaires de l'allocation personnalisée d'autonomie,**
- **les patients ayant fait l'objet d'une intervention chirurgicale d'un coefficient supérieur à KCC 150**, quand la ou les visites sont effectuées dans les dix jours suivant l'intervention,
- **les patients en hospitalisation à domicile.**

Consultation à domicile justifiée par des critères médicaux ET des conditions médico-administratives = V + MD

Les critères environnementaux décrivent des situations justifiant le déplacement du médecin à domicile

(Accord de bon usage des soins région Franche-Comté)



- Situation des patients âgés d'au moins 80 ans qui résident dans une commune dépourvue de cabinet médical,
- Composition de la famille lorsqu'elle a une incidence sur la capacité à se déplacer au cabinet du médecin.

Consultation à domicile justifiée par des critères environnementaux = V + MDE

Pour les consultations à domicile ne relevant pas de critères médicaux ou environnementaux, le médecin applique alors un D.E. fixé avec tact et mesure.

Consultation à domicile non justifiée = V + DE

Spécial Réforme de l'Assurance Maladie

La loi du 13 août 2004 (JO du 17/08) comporte 76 articles qui s'articulent autour de 3 axes :

- ❑ l'organisation de l'offre de soins et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé,
- ❑ l'organisation administrative de l'Assurance Maladie et son financement.

L'objectif affiché par la réforme est de sauvegarder notre régime d'assurance maladie en misant sur des outils de maîtrise médicalisée des dépenses de santé et sur un changement de comportement des acteurs (patients, professionnels de santé). La loi s'applique à tous les assurés quel que soit leur régime d'affiliation.

De nombreux décrets d'application, en cours de parution, viennent compléter les mesures arrêtées.

LA GOUVERNANCE

❑ HAS

Création d'une Haute Autorité de Santé chargée d'évaluer les produits, actes ou prestations de santé. Ces études contribueront aux décisions de remboursement. Elle reprendra notamment les missions de l'ANAES au 1^{er} janvier 2005, cette dernière étant supprimée (art. 35 et 36).

❑ UNCAM, UNPS et UNOAMC (art. 55)

Création d'une Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et d'une Union Nationale des Professionnels de Santé (UNPS) et d'une Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaires (UNOAMC).

L'UNCAM coordonne l'action de la CNAM de la CANAM et de la CCMISA. Elle définit les conditions de remboursement des actes et des prescriptions et fixe leur tarif.

L'UNOAMC sera consultée sur les décisions de l'UNCAM en matière d'inscription au remboursement des actes et prestations et de fixation de la participation des assurés.

Un partenariat est instauré entre le régime obligatoire et les régimes complémentaires, notamment autour de la négociation conventionnelle avec les professions de santé et pour la définition d'actions communes dans la gestion du risque.

❑ Conseil de l'hospitalisation et Institut des données de santé

Création du Conseil de l'hospitalisation. Il contribuera à l'élaboration de la politique de financement, et à la réalisation des objectifs de dépenses d'assurance maladie relative aux frais d'hospitalisation (art. 45). Il devra être saisi pour recommandation avant toute décision gouvernementale sur la politique de financement des établissements publics de santé (art. 64).

Un Institut des données de santé est constitué. Il veillera à la qualité des systèmes d'informations utilisés pour la gestion du risque maladie et au partage des données, en respectant l'anonymat.

❑ Observatoire des risques médicaux

Création d'un Observatoire des risques médicaux recueillant les données relatives aux accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales (art. 15).

❑ Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie

Ce comité est créé afin d'alerter le parlement, le gouvernement et les caisses d'assurance maladie en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec ce qui a été voté par le parlement (ONDAM) - (art. 40).

LES PROFESSIONNELS DE SANTE

□ **La modernisation des structures conventionnelles (art.48)**

La loi refond le dispositif conventionnel et supprime le règlement conventionnel minimal (RCM) applicable aux spécialistes en l'absence de convention.

La convention (ou un accord conventionnel interprofessionnel), est signée entre une organisation syndicale représentant les professionnels de santé et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie.

Un droit d'opposition majoritaire peut être exercé dans le mois qui suit, par le biais d'au moins deux organisations syndicales.

Une procédure d'arbitrage est créée en cas d'absence d'accord conventionnel ou de rupture des négociations. Le règlement arbitral est arrêté pour une durée de 5 ans, mais les partenaires conventionnels ont l'obligation de renégocier au plus tard dans les 2 ans suivant son entrée en vigueur.

□ **Aide à l'installation et prise en charge des cotisations sociales (art.49)**

Les professionnels de santé libéraux ou les centres de santé qui s'installeront dans les zones rurales et urbaines sous-médicalisées pourront bénéficier d'une rémunération forfaitaire annuelle. C'est la convention qui définira des dispositifs d'aides à l'installation.

Les conditions de participation des caisses d'assurance maladie au financement des cotisations sociales seront désormais fixées dans la convention ainsi que les modalités de leur modulation en fonction du lieu d'installation ou d'exercice.

□ **Nouvelles technologies**

La télé médecine est définie (art.32) et la transmission par courrier électronique d'une ordonnance comportant des prescriptions de soins ou de médicaments est autorisée sous certaines conditions. (art.34)

□ **L'évaluation et le contrôle**

Les médecins auront désormais l'obligation, sous peine de sanctions, de se soumettre à une évaluation régulière de leur pratique professionnelle, organisée soit par la Haute Autorité de Santé, soit par un dispositif mis en place par décret. (art.14)

Les sanctions sont celles déjà prévues par le code de la Santé publique.

Il sera possible d'obliger un médecin à passer par un contrôle préalable de la CPAM (sauf en cas d'urgence attestée) pour la prescription de transports sanitaires ou d'arrêts maladie pendant une période de 6 mois au plus. (art. 25)

□ **Les sanctions en cas de fraudes ou abus**

Les abus ou fraudes feront l'objet d'une pénalité financière. Cette sanction pourra être prononcée par le directeur de la CPAM après avis d'une commission émanant du conseil à laquelle participent des représentants de la profession.(art. 23). Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité des faits dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale et il est doublé en cas de récidive.

□ **Autres mesures :**

- La contractualisation avec les centres de santé : extension à ces structures du cadre juridique des accords de bon usage des soins ou de bonne pratique (art. 50);
- Création d'un nouveau cadre conventionnel régional tendant à inciter à l'exercice regroupé de plusieurs professionnels de santé, notamment dans les zones sous-médicalisées (art. 51).
- Les conventions nationales avec les professions de santé sont prolongées jusqu'au 31 décembre 2004 (art. 52).

LES ASSURES

❑ **Choix d'un médecin traitant (art 7 et 8)**

Tout assuré ou ayant droit de plus de 16 ans devra choisir un médecin traitant (généraliste ou spécialiste). Une majoration de la part restant à charge est prévue si l'assuré n'a pas désigné de médecin traitant ou a consulté directement un autre médecin (sauf pédiatre, ophtalmologiste et gynécologue).

❑ **Création d'un dossier médical personnel informatisé (art 3)**

chaque assuré de plus de 16 ans sera titulaire d'un dossier médical personnel (DMP).

Sa présentation aux professionnels de santé conditionnera le montant du remboursement. L'accès à ce dossier sera interdit aux médecins du travail et aux organismes complémentaires.

❑ **Création d'un ticket modérateur d'ordre public (art 20)**

Une participation forfaitaire de 1 euro est laissée à charge des assurés pour toute consultation chez un médecin et tout acte de biologie médicale.

Cette franchise s'applique à l'assuré et à ses ayants droit majeurs ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance accident du travail et maladies professionnelles .

Elle ne s'applique pas aux ayants droit mineurs, aux bénéficiaires de la CMU complémentaire et aux femmes enceintes de plus de 6 mois.

Cette contribution ne sera pas être prise en charge par les organismes complémentaires

❑ **Protocole de soins pour les patients en ALD (art 6)**

Pour bénéficier de l'exonération du ticket modérateur, le patient devra (hors cas d'urgence) présenter le protocole de soins à chaque médecin consulté.

❑ **Carte Vitale (art 21)**

Les informations inscrites dans la carte Vitale (actes effectués, produits délivrés, prestations servies) seront désormais accessibles aux médecins. Une photo sera apposée sur la carte.

Les établissements de santé pourront légalement demander à l'assuré de justifier son identité.

❑ **Renforcement des contrôles (art 27, 28)**

Le médecin conseil pourra demander à l'assuré de justifier de son identité.

La prolongation d'arrêt de travail devra être établie par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou par le médecin traitant désigné.

Des contrôles seront effectués avant paiement. En cas d'abus ou lorsque la réglementation ne sera pas respectée, le remboursement pourra être refusé et la caisse pourra appliquer des pénalités financières aux assurés, professionnels de santé et employeurs.

❑ **Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (art 56)**

A partir du 1^{er} janvier 2005, les personnes ayant un revenu compris entre le plafond CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 15% pourront bénéficier de cette aide sous forme de crédit d'impôt.

❑ **Traitements susceptibles de faire l'objet d'un usage détourné (subutex) (art 17)**

Sur indication du patient, le médecin indiquera sur la prescription le nom du pharmacien chargé de l'exécution. Le médicament délivré ailleurs ne sera pas pris en charge.

❑ **Renforcement de l'information aux assurés**

Les différents régimes d'Assurance Maladie ont pour mission d'informer les assurés sur :

- l'offre de soins, les tarifs des professionnels de santé, leur adhésion aux contrats de bonne pratiques, leur participation à des actions de formation et d'évaluation. (art 18).
- Le montant de leurs dépenses annuelles (art 22).

Les pharmaciens devront informer l'assuré du coût des médicaments prescrits (art 22).

Accident impliquant un tiers (LFSS 2004 + réforme)

La victime doit désormais informer la caisse primaire par tous moyens dans les 15 jours.

L'obligation d'information s'applique également aux tiers responsables et aux compagnies d'assurance.

Le professionnel de santé est tenu de renseigner la rubrique prévue sur la feuille de soins d'après l'information donnée l'assuré. Ce dernier est responsable de sa véracité.

LE FINANCEMENT

Au 1^{er} janvier 2005/

Hausse de la CSG et de la CRDs par élargissement de l'assiette des cotisations qui passe de 95 à 97% du salaire brut

Hausse de le C3S (contribution sociale de solidarité des sociétés) dont le taux de prélèvement passera de 0.13 à 0.16% pour les entreprises dont le chiffre d'affaires est supérieur à 760 000 euros.

LE CALENDRIER

2004 :

- mise en place de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et de la Haute Autorité de santé,
- négociations conventionnelles avec les professionnels de santé.

2005 :

- choix du médecin traitant,
- contribution forfaitaire de un euro,
- aide à la couverture complémentaire santé,
- lancement du dossier médical personnel sur des régions pilotes,

Fin 2006 : déploiement de la carte Vitale avec photo,

2007: généralisation du dossier médical personnel.