

ENTENTE

préalable

Numéro 59
Octobre 2006

Sommaire

- **Edito**
- **L'Essentiel sur les nouvelles Conventions : Médecins, Pharmaciens, Dentistes**
- **Dépenses de santé : la décélération se confirme**
- **Soins palliatifs : le partenariat avec l'hôpital officialisé**
- **Soirée rencontre Ville Hôpital du 15/06/06**
- **Point VITALE**
- **Bon à savoir**
- **Guide pratique**

Caisse Primaire d'Assurance Maladie
3, Avenue Léon Blum
25215 MONTBELIARD CEDEX
Directeur de la Publication :
Simone GREMAUX
Chargée de Communication :
Jacqueline CHENUT
Tél. 03 81 99 12 22
communication@cpam-montbeliard.cnamts.fr
Impression : CPAM - Montbéliard
ISSN n° 1258-4789
Dépôt légal : novembre 2006

Edito



Depuis 1993, tous les professionnels de santé du Pays de Montbéliard reçoivent, quatre fois par an, leur journal «Entente Préalable» (35 exemplaires sont remis au Centre Hospitalier).

«Entente Préalable» est né de la volonté conjointe de l'Association Locale des Professionnels de Santé et de la Caisse Primaire d'instaurer un support d'échange, d'expression et de réflexion sur des thèmes de préoccupations communes : vie conventionnelle, actualité de l'assurance maladie, maîtrise des dépenses de santé (statistiques, études), prévention, évaluation des pratiques médicales, connaissance du système et du fonctionnement de la CPAM.

On peut constater que ces thèmes sont encore aujourd'hui totalement d'actualité.

Les partenaires souhaitent un véritable partage de l'information entre la Caisse Primaire et les Professionnels de Santé, mais également entre les Professionnels de Santé eux-mêmes.

La particularité de ce journal est d'être co-rédigé :

- ➔ **tout professionnel de santé peut proposer une information**, sur un sujet d'intérêt commun et en toute liberté d'expression (à l'exception d'informations d'ordre syndical ou de propos discriminatoires),
- ➔ **la totalité des articles est validée, avant diffusion, par un comité de lecture**, composé de représentants des Professionnels de Santé, de la CPAM et du Service Médical. Il s'agit d'une instance informelle d'échange dans un climat convivial et constructif.

Aujourd'hui

EP a trouvé sa place en complément d'autres supports d'information. C'est pourquoi, son titre «Entente Préalable», qui a été choisi dès l'origine par ses créateurs est plus qu'un clin d'oeil : il est un symbole, celui de la concertation.

Et demain ...

Dans le cadre de la mutualisation inter-organismes, les 5 CPAM de Franche-Comté avaient décidé de mettre en place un journal régional reprenant les principes d'EP et d'en confier l'élaboration à la Caisse de Montbéliard.

La concrétisation a été suspendue après l'annonce, par la Caisse Nationale, de l'instauration prochaine d'une lettre régionale d'information (une page recto/verso) «**En Direct**».

Dans un premier temps, une diffusion sera faite tous les deux mois aux médecins ; dans un deuxième temps, une lettre dédiée sera adressée deux fois par an à chaque autre catégorie de professionnels de santé.

Les CPAM n'ayant pas la capacité d'assumer à la fois les coûts de ces lettres et celui du journal régional, une nouvelle orientation a été retenue.

Les lettres régionales seront élaborées par la CPAM de Montbéliard selon les concepts d'Entente Préalable : leur contenu sera validé par un comité de lecture composé des membres actuels et étendu à des Professionnels de Santé volontaires de la région.

Un système de validation à distance, via le mail, sera instauré pour pallier l'impossibilité de déplacement.

Le journal régional sera remplacé par un quatre pages co-rédigé et diffusé tous les quatre mois à tous les Professionnels de Santé (pour les médecins, l'envoi sera groupé avec «**En direct**» afin de réduire les coûts d'affranchissement).

Une réflexion sera engagée sur les possibilités d'offrir l'abonnement en ligne qui permet une plus grande rapidité de diffusion. ■



Simone Gremaux
Directrice par intérim de la CPAM

L'essentiel sur les nouvelles Conventions

MÉDECINS

La prévention en question

La politique de santé française, jusqu'à présent essentiellement fondée sur la prise en charge des soins curatifs, fait aujourd'hui une place importante à la prévention. Réaffirmée par la réforme d'août 2004 et la

Convention des médecins du 12 janvier 2005, la mission de prévention du médecin traitant s'inscrit concrètement dans les textes.

L'avenant n° 12 définit pour la première fois les engagements des médecins en la matière autour de 3 thèmes :



Photo «Philippe Caumes»

iatrogénie médicamenteuse, cancer du sein et diabète de types 1 et 2.



► Iatrogénie médicamenteuse

La **iatrogénie** est responsable de **128 000 hospitalisations par an et 10 000 décès**.

Une personne sur dix âgée de plus de 65 ans consomme régulièrement 7 médicaments ou plus par jour.

L'objectif est de diminuer les risques liés aux effets indésirables des médicaments chez les plus de 65 ans.

Rôle du médecin traitant

- 1 faire périodiquement une revue de l'ensemble des médicaments consommés par les patients âgés prenant au moins 7 médicaments par jour,
- 2 éviter les médicaments redondants ou inadaptés,
- 3 alerter les patients sur les risques encourus,
- 4 éviter des prescriptions hivernales supplémentaires par la promotion de la vaccination antigrippale.

► Diabète de types 1 et 2

Moins d'un patient diabétique sur deux bénéficie de trois des principaux examens recommandés par la Haute Autorité de Santé (HAS) :

- trois dosages annuels d'hémoglobine glycosylée (HbA1C),
- une consultation annuelle d'ophtalmologie,
- un ECG annuel.

L'objectif est de prévenir les risques cardio-vasculaires en améliorant la prise en charge des patients diabétiques.

Rôle du médecin traitant

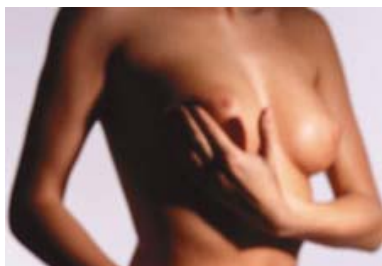
- 1 assurer l'éducation du patient, seul ou conjointement avec des médecins correspondants, afin de réduire les facteurs de risques,
- 2 mettre en oeuvre systématiquement les recommandations de bonnes pratiques de la HAS dans le suivi des patients.

► Cancer du sein

Une femme sur huit est susceptible d'être confrontée au cancer du sein au cours de sa vie.

Le nombre annuel de nouveaux cas détectés a doublé en vingt ans (42 000 contre 21 200 cas en 1980).

Moins d'une femme sur deux âgée de 50 à 74 ans est entrée dans le programme de dépistage organisé. L'objectif est d'atteindre un taux de participation de 80 % des femmes dans le programme de dépistage organisé, condition nécessaire pour que l'effet soit significatif en terme de réduction de la mortalité.



Des dépliants d'information pour vos patientes et des affichettes sont disponibles à la CPAM. Modèle et bon de commande en annexe.

Après 3 ans de dépistage, les résultats sont encourageants puisque 55% des franco-comtoises ont répondu à cette invitation (58% dans le Doubs) et près de 83 000 mammographies ont été réalisées.

Dans 93,2 % des cas les résultats étaient normaux, mais dans 6,8 % des anomalies ont été détectées et 566 cancers ont été dépistés et pris en charge.

Rôle du médecin traitant

- 1 inciter les patientes âgées de 50 à 74 ans à pratiquer une mammographie dans le cadre du programme plutôt qu'un dépistage individuel,
- 2 les orienter éventuellement vers les structures de prise en charge. Liste disponible sur : www.e-cancer.fr (ADECA pour la Franche-Comté)

En dehors du dépistage organisé, un accord de bon usage des soins (AcBUS) définit les pratiques et procédures contribuant à la réalisation de mammographies. Il précise les obligations réciproques des parties dans ce domaine, permettant une activité mammographique d'un haut niveau de qualité identique sur l'ensemble du territoire, ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation. ■

Convention nationale PHARMACIENS : une première



Philippe Caumes

La Convention nationale organisant les rapports entre l'Assurance Maladie et les pharmaciens titulaires d'officine est entrée en vigueur le 26 juillet 2006.

Elle ne se limite pas, comme les textes conventionnels précédents, à organiser la facturation des prestations en dispense d'avance des frais. Elle contient en effet des dispositions confirmant le pharmacien dans son rôle de professionnel de santé. En contrepartie, il se positionne comme un véritable partenaire de l'Assurance Maladie, en acceptant de participer au contrôle du respect du périmètre des soins remboursables.

La convention est conclue pour 5 ans et renouvelable par tacite reconduction.

Elle est désormais opposable à tous les régimes d'Assurance Maladie obligatoire.

Les principales mesures :

- ➔ La convention remplace tous les accords nationaux ou locaux préexistants, à l'exception de l'accord national sur les objectifs de délivrance des génériques,
- ➔ Le conventionnement de l'officine conditionne désormais le remboursement des produits de santé délivrés,
- ➔ Le texte définit des objectifs relatifs à la qualité de la prise en charge des patients à l'occasion de la dispensation des produits de santé : conseils pour l'observance des traitements, prévention des incidents et accidents iatrogènes, conseils de prévention et éducation thérapeutique, soutien des campagnes de santé publique,
- ➔ De nouveaux dispositifs seront proposés aux pharmaciens par avenant conventionnel (accords de santé publique, participation à des réseaux de santé ...) pour favoriser la concertation avec les autres professions de santé,
- ➔ Pour garantir la continuité de l'accès aux soins, la convention prévoit l'organisation et le financement d'une permanence pharmaceutique des soins conventionnelle : indemnisation des astreintes à compter du 26/07/2006 (en complément des honoraires de garde et d'urgence),
- ➔ A compter du **1^{er} juillet 2007**, la mise en œuvre d'un dispositif d'échanges d'informations disponible au moment de la facturation permettra au pharmacien de contrôler les droits à prestations de l'assuré (notamment l'inscription sur la liste d'opposition et le droit à l'exonération du ticket modérateur),
- ➔ Les pharmaciens devront s'équiper en Sésam Vitale d'ici le **31/12/2007**. A compter du **1^{er} janvier 2008**, seules les facturations en FSE seront admises, les factures 1/3 payant en norme B2 et papier ne seront plus acceptées,
- ➔ Un dispositif de formation professionnelle conventionnelle est créé à l'instar des autres professions de santé,
- ➔ Le suivi de l'application du régime conventionnel est assuré par les instances paritaires nationale et locales qui se chargent de déterminer les procédures de sanction en cas de non respect des dispositions conventionnelles.

La convention sera enrichie par des avenants afin, notamment, de déterminer des objectifs ayant trait à la qualité de la dispensation et de mettre en place la formation conventionnelle. ■

DENTISTES : les points clés de la nouvelle convention

La nouvelle convention a été approuvée par l'arrêté du 14 juin 2006 (JO du 18 juin 2006).

Toujours axée sur la qualité des soins et le bon usage des ressources financières allouées à la branche dentaire, **la nouvelle convention définit trois axes forts.**

► Un dispositif renforcé de prévention



Un examen bucco-dentaire régulier

- un examen de prévention pris en charge à 100% avec dispense d'avance des frais pour les 6, 9, 12, 15 et 18 ans (aménagement du BBD en fonction des âges où le risque carieux est le plus important) et des soins consécutifs remboursés à 100 %,
- un examen obligatoire pour les 6 et 12 ans,

Une action ultérieure de prévention est prévue pour les femmes enceintes avec les

autres professionnels de santé concernés.

► **La revalorisation des soins conservateurs et chirurgicaux** (arrêté paru au J.O. du 27/06/06), ainsi que des tarifs des actes du dispositif CMU Complémentaire (depuis le 3 juin 2006).

► La maîtrise médicalisée des dépenses et la qualité des soins

Pour 2006, syndicats dentaires (*) et UNCAM ont choisi 2 thèmes de maîtrise médicalisée :

- indications thérapeutiques des reconstitutions préprothétiques à **ancrage radiculaire** coulées ou insérées en phase plastique,
- amélioration de la prescription d'antibiotiques.

En 2007 s'ajouteront à ces deux thèmes :

- **amélioration des choix thérapeutiques** pour la réalisation des reconstitutions préprothétiques, **avec ou sans ancrage radiculaire**,
- **amélioration de la prise en charge des patients** atteints de pathologies cardiaques, diabétique, ou susceptibles de subir des interventions de chirurgie orthopédique.

Mesures complémentaires

Afin d'aider les chirurgiens-dentistes dans leur démarche dia-

gnostique et thérapeutique quotidienne, la Haute Autorité de Santé (HAS) sera chargée de rédiger des recommandations de bonne pratique et références professionnelles.

Le décret relatif à la Formation Continue Odontologique des chirurgiens-dentistes, paru le 2 juin 2006, définit réglementairement la mise en place de la formation continue obligatoire, ainsi que les rôles du conseil national et des conseils interrégionaux de la formation continue odontologique. ■

Une réunion de présentation de la convention a eu lieu le 19/10/2006.

Evaluation de la réunion

36 chirurgiens-dentistes (dont 1 de Besançon) sur 74 ont participé à cette rencontre.

36 questionnaires d'évaluation ont été remplis.

58 % estiment que les informations données ont répondu totalement à leurs préoccupations et 36 % en partie, 95 % estiment que les informations données étaient suffisantes et 97 % claires,

80 % sont satisfaits de l'organisation de la réunion et 19 % très satisfaits.

Tous les chirurgiens-dentistes présents sont prêts à participer à d'autres réunions organisées par la CPAM (une fois par an).

* Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD) et Union des Jeunes Chirurgiens-Dentistes (UJCD-UD).

Dépenses de santé : la décélération se confirme

En 2005, pour la seconde année consécutive, le rythme de croissance des dépenses de santé a diminué. Cette tendance se confirme en 2006.

Le déficit de l'Assurance Maladie est pratiquement divisé par 2 en 2 ans (*)

2004 : 11.6 milliards d'euros

2005 : 8 milliards d'euros

2006 : 6.3 milliards d'euros (prévision)

Ce ralentissement continu des dépenses traduit les premiers effets de la réforme qui reflètent l'engagement commun des assurés, des professionnels de santé et de l'Assurance Maladie. ■

Les résultats de la maîtrise médicalisée dans notre circonscription (assurés du régime général - y compris Section Locale Mutualiste) - Source Cnamts

Thème	Objectif local 2006	Montbéliard		F. Comté	France
		Résultat au 30/09/06	Economies 01 à 09/2006/ 01 à 09/2005	Résultat au 30/09/06	Résultat au 30/09/06
ANTIBIOTIQUES	Réduire de 9,8 % l'évolution des montants remboursés	- 16,7 %	285 476 €	- 14 %	- 13 %
STATINES	Limitier l'évolution des montants remboursés 0,9 %	- 2 %	70 809 €	- 2,8 %	- 2 %
PSYCHOTROPES	Réduire de 5 % l'évolution des montants remboursés	- 7,6 %	45 665 €	- 6,6 %	- 6,7 %
ARRÊTS DE TRAVAIL	Réduire l'évolution du nombre d'IJ de 3,3 %	- 7,7 %	810 188 €	- 6,3 %	- 5,3 %
ALD	Réduire de 3,4 points la part des montants remboursables en rapport avec l'ALD	+ 0,2 %	71 355 €	+ 0,1 %	- 0,3 %
GÉNÉRIQUES (Hors SLM - Médicaments délivrés en soins de ville quel que soit le prescripteur)	Atteindre un taux de pénétration de 70,7 % de nombre de boîtes délivrées.	66,7 %	-	68,52 %	64,7 %

Le taux de pénétration des génériques a bien progressé dans la circonscription ; nous n'avons toutefois pas encore rattrapé notre retard par rapport au taux régional. Le thème de l'ALD demeure celui où les plus gros efforts restent à faire.

(*) source Commission des Comptes de la Sécurité Sociale/ juin 2006

Soins palliatifs : le partenariat avec l'hôpital officialisé

L'Association RÉgionale pour les Soins PAlliatifs (ARESPA) et le Centre Hospitalier de Belfort – Montbéliard (CHBM), après 3 mois de collaboration, ont signé officiellement en juin dernier une convention de coopération.

Après le Jura nord et le haut Doubs, le réseau de soins palliatifs s'est implanté depuis **mars 2006** sur le secteur **Belfort – Montbéliard – Héricourt**, avec pour missions d'assurer la prise en charge des patients en situation de soins palliatifs à domicile, ainsi que la formation des professionnels de santé et autres acteurs du domicile (**voir Entente Préalable n° 57 - avril 2006**).

Le CHBM dispose, depuis 1997, d'une équipe mobile de soins palliatifs qui intervient uniquement au sein des différents services de l'hôpital. Face à la demande croissante de patients qui souhaitent passer leur fin de vie à domicile, l'Arespa prend le relais de l'équipe mobile.

Concrètement :

La coordinatrice de l'ARESPA se déplace au CHBM pour analyser la demande de retour à domicile du patient et l'organiser en concertation avec l'équipe mobile, la famille et l'assistante sociale.

Cette collaboration permet de préparer et d'anticiper le retour au domicile et d'éviter une rupture dans la prise en charge du patient. La coordinatrice assure ensuite le lien entre les intervenants du domicile, elle reste en contact avec les services hospitaliers, afin d'anticiper une éventuelle ré-hospitalisation.



De gauche à droite :

Dr Marc Haberbuch, Président de l'ARESPA, Dr Fabienne Girardot, Responsable de l'équipe mobile de soins palliatifs du C.H. Belfort-Montbéliard, Dr Jacques Bach, Médecin coordonnateur sur le nord Franche-Comté, Jean Schmid, Directeur CHBM, Christine Lordier, Coordinatrice d'appui sur le nord Franche-Comté.

L'ARESPA

Un réseau de santé Ville – Hôpital au service :
des patients atteints d'une maladie grave, évolutive ou terminale, de leurs proches, des professionnels de santé.

Une équipe de coordination locale :

Un médecin coordonnateur	Dr Jacques BACH
Une coordinatrice d'appui	Agnès LORDIER
Une psychologue	Solène LA SELVE

Antenne nord Franche Comté
6 avenue De Lattre de Tassigny
25200 Montbéliard (maison médicale)
Tél/Fax 03 81 91 73 12
ou numéro azur 0 810 400 455

Soirée rencontre Ville-Hôpital du 15 juin 2006

par le Dr Michel FREDY

Cette soirée s'est déroulée dans l'amphithéâtre de l'IFSI de Montbéliard. Toutes les composantes des professionnels de santé libéraux étaient invitées, ainsi que les CPAM des trois départements.



Rappel de la mutation du Centre Hospitalier Belfort-Montbéliard depuis le 25 novembre 2004

Décembre 2005

Feu vert gouvernemental pour la construction du Site Médian à Trévenans.

16 Janvier 2006

Convention passée entre le Centre Hospitalier Belfort-Montbéliard et l'Université de Technologie Belfort-Montbéliard.

4 Mai 2006

Le Conseil d'Administration décide la rénovation complète de la psychiatrie du Nord Franche-Comté, parent pauvre de la médecine depuis 25 ans.

2011

Arrivée du TGV.

Dialogue ouvert du Directeur du CHBM avec l'assemblée présente.

Monsieur Jean SCHMID évoque les orientations du Site Médian, des autres sites et de la nouvelle structure psychiatrique définie par l'alliance CHBM et l'Association Hospitalière de Franche-Comté-Saint-Rémy. Tout est à faire pour rendre attractive notre région. La première pierre sera posée en 2008.

Un Site Web du CHBM verra bientôt le jour.

Le Directeur présente Céline DAVID, Radiophysicienne,

nouvellement arrivée au CHBM, elle évoque un projet pilote de radioprotection des habitants du Pays de Montbéliard et envisage une coopération avec l'ensemble du corps médical (résumé de ce projet à la page 9).

Le Dr Anne CARDEY évoque les nouvelles directives hospitalières

1 L'Accréditation : obligation hospitalière résultant d'une ordonnance du 24/04/1996

Cette démarche a pour but d'évaluer la sécurité et la qualité des soins, la capacité de l'établissement à améliorer la prise en charge globale du patient et apporte une reconnaissance externe.

Cette démarche repose sur une action pluridisciplinaire des différents professionnels de santé. Une visite d'accréditation du C.H.B.M. est prévue en septembre 2006.

2 La Contractualisation et les Pôles d'activité

La contractualisation est un nouveau mode de gestion interne des établissements de santé reposant sur les Pôles de santé avec délégation de gestion au chef de Pôle.

Au CHBM, trois pôles sont définis actuellement :

- le Pôle de Biologie,
- le Pôle de risque vasculaire,
- le Pôle des Admissions Non Programmées.

Le Dr Gilles JEAN-BLANC donne une information imagée et intéressante de la **Maison Médicale de Belfort** : présentation de l'activité horaire chiffrée et des ressources financières.

Le Dr Sylvain DONY donne un aperçu complémentaire sur l'évolution de la **Maison Médicale de Montbéliard** depuis son ouverture plus récente.

En cas de catastrophe, il existe un **plan blanc** géré par le centre I5 et un **plan rouge** géré par le Préfet du Département.

Madame Simone GREMAUX ,
Directrice par intérim de la CPAM de Montbéliard depuis le 1^{er} juin 2006 rappelle les origines d'Entente Préalable, en 1993, pour améliorer les informations entre la Caisse et les Professionnels de Santé du Pays de Montbéliard.

Elle aborde les nouvelles orientations relationnelles loco-régionales (voir pages 1 et 2).

Le Dr Hervé CLAUDET évoque la mise en place de réseaux thérapeutiques.

Le Dr Claude PICHET présente l'APLISADOM (Association des Professionnels de Santé Libéraux du Territoire de Belfort pour le maintien à domicile) au service de patients sortant de l'Hôpital.

Le Dr Jacques BACH présente l'ARESPA (Association Régionale pour les Soins Palliatifs) réseau transversal libéral soutenu par l'ARH et l'URCAM, une convention avec le CHBM devant être signée le 29/06/06 (page7).

120 invitations ont été envoyées :

- **49 Professionnels de Santé étaient présents**
- **13 se sont excusés pour des absences motivées.**

Les résumés des précédentes réunions sont dans les numéros 53, 54 et 57 d'Entente Préalable.

Résumé du «Projet Pilote radioprotection» par Céline DAVID

L'objectif principal de ce projet est de favoriser la radioprotection des habitants du Pays de Montbéliard dans les différentes situations d'exposition pouvant potentiellement être rencontrées.

Ce projet est une collaboration entre les différentes parties prenantes (CAPM – CHBM -associations d'usagers – organismes nationaux et internationaux...) et il comporte plusieurs volets :

- volet environnement : radon dans les habitations,
- volet " culture scientifique " : exposition au Pavillon des Sciences,
- volet enseignement supérieur,
- volet recherche,
- volet «hospitalier».

Le volet «hospitalier»

L'objectif est **d'améliorer la radio-protection des patients** dans le pays de Montbéliard et de sensibiliser **l'ensemble des acteurs** sur ce sujet.

Améliorer la radioprotection des patients revient à réduire autant que possible les doses délivrées lors des procédures diagnostiques ou thérapeutiques impliquant des rayonnements ionisants.

Comment réduire les doses délivrées ?

En appliquant ces deux principes fondamentaux :

La justification des actes :

- ➔ éviter des expositions inutiles

L'optimisation des procédures diagnostiques :

- ➔ diminuer la dose délivrée par examen.

La justification des actes

Pour cela, nous devons sensibiliser le corps médical et la population.

Le message à faire passer est le suivant : pour chaque examen demandé, le bénéfice attendu doit être supérieur au risque potentiel.

Dans certaines situations cliniques, un examen moins irradiant peut être aussi efficace...

Pour aider les médecins dans ce sens, la SFR (radiologie) et la SFBMN (médecine nucléaire) ont rédigé un "**Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale: recommandations pour les professionnels de santé**", téléchargeable gratuitement :

[www.sfr-radiologie.asso.fr Publications/Publications SFR](http://www.sfr-radiologie.asso.fr/Publications/Publications_SFR)
Notre objectif dans le cadre du Projet Pilote à Montbéliard est de développer une collaboration (création d'un groupe de travail?) avec l'ensemble du corps médical du Pays de Montbéliard pour réfléchir aux moyens d'action permettant d'améliorer la radioprotection des patients.

Point Vitale



Carte VITALE 2



Situation à Montbéliard au 16/11/2006

- ❑ **Orthoptiste**
1/1 (100%)
- ❑ **Pharmaciens**
67/68 (98,53 %)
- ❑ **Masseurs-kinésithérapeutes**
55/56 (98,22 %)
- ❑ **Orthophonistes**
14/15 (93,34%)
- ❑ **Chirurgiens dentistes**
67/77 (87,02 %)
- ❑ **Médecins :**
235/274 (85,77%)
156/158 **Gé.** (98,74 %)
79/116 **Spé.** (68,11%)
- ❑ **Sages femmes**
6/7 (85,72%)
- ❑ **Infirmières**
46/83 (55,43%)
- ❑ **Laboratoires**
2/8 (25 %)
- ❑ **Centres de santé :**
 - **Cabinets Dentaires**
2/2 (100%)
 - **Centres de soins infirmiers**
7/12 (58,33%)

Délais de remboursement des FSE aux professionnels de santé en octobre 2006

Le délai moyen de remboursement des FSE était de **5,9 jours** (dont **2,7** jours de traitement par la Caisse et **3,2** de délai de rétention par les PS). ■

La diffusion à tous les assurés et bénéficiaires de 16 ans et plus va s'étendre sur 4 années jusqu'en 2010 (59 millions de cartes tous régimes confondus).

Les premières cartes seront diffusées progressivement à partir de fin 2006 aux assurés des régions Bretagne et Pays de Loire, puis à ceux des autres régions début 2007.

Cette diffusion progressive concernera dans un premier temps les bénéficiaires sans carte Vitale (nouvelles attributions, remplacement de cartes perdues ou volées).

Au **2^o trimestre 2007**, commencera le renouvellement des cartes actuelles pour tous les assurés en commençant par les plus anciennes.

Les évolutions

- ❑ une **carte plus sécurisée** avec une capacité mémoire de 32ko au lieu de 4ko et personnalisée par une photo de l'assuré,
- ❑ la mention «**médecin traitant** déclaré» (mi 2007),
- ❑ l'information sur la **couverture complémentaire santé** (2^o trimestre 2007),

- ❑ le **V de Vitale** en braille, pour faciliter son identification par les non voyants,
- ❑ l'information sur la **personne à prévenir en cas d'urgence**,
- ❑ à terme, les **données du dossier médical personnel** seront intégrées à Vitale 2.

En pratique

Chaque assuré recevra automatiquement un formulaire à retourner à sa Caisse, accompagné d'une photo et d'une pièce d'identité.

Après vérification de la concordance entre ces deux documents, la photo sera numérisée pour être insérée sur la carte et dans la puce. L'assuré recevra sa nouvelle carte dans un délai d'environ 3 semaines. ■

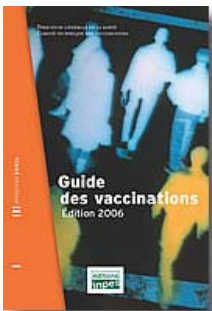
A noter :

Les lecteurs actuels (3.x) sont compatibles avec les cartes Vitale 2.

Bon à savoir

» UN GUIDE DE VACCINATION DESTINE AUX PROFESSIONNELS DE SANTE

Conçu et mis à jour par le comité technique des vaccinations, ce guide contient les informations générales dont les professionnels peuvent avoir besoin : calendrier vaccinal, vaccination de populations spécifiques, principes et bases immunologiques, aspects pratiques, mise au point des vaccins, politique vaccinale...Il fait aussi le point sur chaque type de vaccination. Le guide des vaccinations 2006 est disponible en téléchargement sur le site de l'INPES :



www.inpes.sante.fr

à partir de l'espace thématique vaccinations. ■

» PREMIERES RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE SUR LES AFFECTIONS DE LONGUE DUREE (ALD)

La Haute Autorité de Santé (HAS) vient de publier ses premières recommandations ALD sur le **diabète et l'hépatite C chronique**.

Pour chaque affection, deux documents de référence sont mis à disposition :

- la «**liste des actes et prestations**» qui doit servir à l'éta-

blissement du protocole de soins,

- le «**guide médecin**» qui synthétise l'état de la science sur la maladie donnée et constitue une aide pour le praticien dans la prise en charge de ces pathologies.

La HAS diffusera régulièrement les recommandations permettant de couvrir les 30 ALD d'ici fin 2007. Les référentiels sont disponibles sur www.has-sante.fr ■

» VÉRIFICATION DE L'IDENTITE DES ASSURES PAR LE SERVICE MEDICAL

Tout bénéficiaire convoqué au service du contrôle médical ou examiné à domicile par un médecin conseil est désormais tenu de **présenter une pièce d'identité officielle avec photo**.

S'il n'est pas en mesure de le faire, le Service Médical lui remet une seconde convocation. ■

» MÉDICAMENTS A VIGNETTES BLEUES

Baisse de remboursement par le régime Alsace Moselle

Afin d'accompagner les mesures issues de la loi du 13.08.2004,



le Conseil d'Administration du régime Alsace Moselle a arrêté une décision visant au désengagement

progressif de la prise en charge complémentaire des médicaments à vignettes bleues. Ceux-ci sont remboursés à **80%** au lieu de 90% depuis le **01/09/2006**. ■

» Avis CNIL

Afin d'améliorer la connaissance de la morbidité et de contribuer aux missions d'analyse et de contrôle du système de soins qui lui sont confiées, le service du contrôle médical est autorisé à effectuer des requêtes sur les bases médico-administratives et le Système Informationnel de l'Assurance Maladie.

Les résultats de ces requêtes locales sont éventuellement nominatifs et sont placés sous la responsabilité des praticiens-conseils (Décision du 12/07/2006). ■

Guide pratique

» TIERS-PAYANT

Le tiers-payant est **obligatoire** pour :

■ les bénéficiaires de :

- la CMU complémentaire,
- l'aide pour l'acquisition d'une complémentaire santé,
- l'Aide Médicale de l'Etat,

➔ sur présentation du justificatif délivré par la Caisse,

■ les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle :

➔ sur présentation de la feuille A.T.

Dans tous les autres cas, l'application du tiers-payant est laissée à l'appréciation du professionnel de santé (face à un patient en situation sociale difficile par exemple). ■

» NOUVEL AVIS D'ARRÊT DE TRAVAIL

Le formulaire S 3116 E a été modifié pour être mis en conformité avec les textes issus de la loi portant réforme de l'Assurance Maladie, notamment les règles relatives aux heures de sortie autorisées.

En pratique :

- Les heures de sortie doivent être portées sur le formulaire (début et fin) avec un **maximum de 3 heures consécutives par jour**,



Photo «Philippe Caumes»

- Un fractionnement ou un allongement de cette durée peut exceptionnellement être accepté, sur justification médicale circonstanciée précisée sur le volet I destiné au service médical,
- Vous ne pouvez plus prescrire de "sorties libres",
- Ces dispositions s'appliquent également aux arrêts prescrits dans le cadre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (le formulaire S 6909a a déjà été adapté).
- Vos patients doivent désormais compléter précisément la rubrique "**Employeur**" (nom, adresse, téléphone, adresse courriel).

Ces éléments sont indispensables à la Caisse pour contacter

l'employeur en cas de besoin et évite de retarder le paiement des indemnités journalières. ■

» PRISE EN CHARGE DU DÉPISTAGE DEL'OSTEOPOROSE

Depuis le 1^{er} juillet 2006, dans le cadre de sa politique de prévention, l'Assurance Maladie prend en charge l'examen de dépistage de l'ostéoporose (ostéodensitométrie par méthode biphotonique).

L'examen est remboursé, sur prescription médicale, dans les cas suivants :

Dans la population générale, quels que soient l'âge et le sexe

- **Antécédents de corticothérapie** de plus de 3 mois consécutifs,
- **Antécédent de pathologie** ou de traitement inducteur d'ostéoporose comme l'hyperthyroïdie évolutive non traitée,
- **Antécédent de fracture**, sans traumatisme, diagnostiquée lors d'une radiographie.

Chez la femme ménopausée, un second examen peut être pratiqué à l'arrêt du traitement anti-ostéoporique ou dans les 3 à 5 ans suivant une ostéodensitométrie à valeur normale, lorsque de nouveaux facteurs de risque sont apparus.

L'examen est pris en charge à 70% sur la base de 39.96 €. ■

» MISE EN OEUVRE DU TICKET MODÉRATEUR FORFAITAIRE DE 18 EUROS

Le décret n° 2006-707 instaure

un ticket modérateur de 18 euros à la charge de l'assuré pour les séjours en établissement (public ou privé), dont la date de sortie est postérieure au **31 août 2006** et pour les soins externes réalisés à partir du **1^{er} septembre 2006**. Sont concernés, les actes dont le **coefficient est supérieur ou égal à 50** ou d'un tarif supérieur ou égal à **91 €**. Pour chaque séjour ou acte concerné, l'assuré règle directement le forfait à l'établissement.

Certains actes sont exclus de cette mesure : scanner, IRM, scintigraphie... certains patients en sont exonérés en raison de leur état de santé ou de leur situation : ALD (pour les actes en rapport), grossesse, nouveaux nés hospitalisés, invalides, rentiers AT > 66.66%, pensionnés militaires....

Cette mesure sera appliquée ultérieurement pour les actes réalisés en cabinet de ville.

A noter : la CMU complémentaire, l'Aide Médicale État et le régime Alsace Moselle prennent en charge le forfait de 18 euros, les bénéficiaires n'ont pas à le régler. ■

» COURRIERS POUR LA CPAM RAPPEL



Tous les courriers postaux destinés à la Caisse Primaire sont à adresser **3 avenue Léon**

Blum - 25215 Montbéliard cedex. De nombreux courriers administratifs sont encore envoyés par erreur au **1 avenue Léon Blum** qui correspond à l'adresse du Service Médical. ■