

ENTENTE

préalable

Numéro 53
Avril 2005

Sommaire

- *Semaine de la vaccination en Franche-Comté*
- *Les priorités nationales de contrôle et de lutte contre les fraudes*
- *Cellule Maintien dans l'emploi de la circonscription (CME)*
- *Compte rendu de la réunion Ville Hôpital du 25/11/2004*
- *Formation des Professionnels de Santé*
- *Mise à jour des cartes Vitale dans les pharmacies*
- *Point Vitale /Actualités/ Guide pratique*
- *Réunion médecins spéciale convention du 01/03/2005*

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

Semaine de la vaccination en Franche-Comté : évaluation auprès des médecins

La semaine de la vaccination s'est déroulée du 27/09/04 au 02/10/04. Cette opération traduit une des actions principales du programme régional 2003-2006 de promotion de la vaccination en Franche-Comté.

Les médecins généralistes étaient au cœur de cette opération puisqu'ils étaient invités, au cours de cette période, à faire un point sur la situation vaccinale de leurs patients.

Mi-novembre, 95 médecins généralistes (dont 13 de Montbéliard) ont accepté de répondre par téléphone à un questionnaire élaboré par l'URCAM de Franche-Comté.



L'objectif était de connaître leur perception de cette initiative franc-comtoise, mais aussi d'estimer leur niveau d'implication au cours de cette période, d'évaluer la pertinence et l'utilité des documents (calendrier vaccinal, affiches, dépliants) mis à leur disposition, de déterminer leurs difficultés à convaincre les patients réticents.



Les principaux résultats

- La quasi intégralité (96%) des professionnels interrogés déclare avoir été informée sur la semaine de la vaccination en Franche Comté et avoir reçu les différents documents élaborés.
- Les supports et dépliants mis à leur disposition ont donné satisfaction à 77% d'entre eux, 12% ont une opinion contraire et 11% ne se prononcent pas.
- Sept sur dix considèrent cette initiative comme intéressante. Les autres, pour partie, estiment que la vaccination s'intègre déjà dans leur pratique quotidienne ; certains se déclarent peu ou pas concernés par le sujet du fait de leur pratique d'un mode d'exercice particulier (homéopathie..).
- Sept sur dix pensent que le mois de septembre est bien choisi. 16% estiment que cette période n'est pas la mieux appropriée. Certains préféreraient une action au printemps (notamment pour le tétanos), d'autres rappellent que la vaccination reste une affaire de tous les jours.
- Un praticien sur deux estime qu'une durée d'une semaine n'est pas appropriée, les propositions de durée les plus citées varient entre 15 et 30 jours, en continu ou alors sur une semaine renouvelée plusieurs fois dans l'année.
- Un sur trois déclare avoir abordé plus souvent qu'à l'habitude la vaccination avec ses patients au cours de cette période.

■ 38% des médecins donnent une estimation de la proportion de leurs patients leur ayant parlé spontanément de la vaccination, ce qui laisse supposer un impact positif de la campagne de promotion menée auprès du grand public.



- 65% ont prescrit souvent un vaccin quand leurs patients n'étaient pas à jour.
- Seuls 12 % des médecins déclarent être confrontés souvent à des réticences de leurs patients, dont la plus fréquente reste liée au vaccin contre l'hépatite B.

La semaine de la vaccination est donc bien accueillie : certains médecins rappelant toutefois que la vaccination reste un thème quotidien. Ils voient surtout cette campagne de prévention comme une action qui permet de sensibiliser et responsabiliser le grand public au geste vaccinal et qui vient conforter et appuyer les informations qu'eux-mêmes donnent à leurs patients. L'exploitation de ces réponses servira à l'amélioration de la campagne 2005.

A noter : une enquête IPSOS est en cours pour mesurer l'impact de cette campagne auprès du public. ■



Les priorités nationales de contrôle et de lutte contre les fraudes

La réforme votée en août 2004 a pour but d'inciter les assurés et les professionnels de santé à faire évoluer leurs comportements (parcours de soins coordonnés, dossier médical partagé...). Parallèlement, la réforme vise à lutter davantage et plus efficacement contre les abus et les fraudes dans le cadre d'une nouvelle politique de régulation des dépenses.

En complément des engagements des médecins fixés par la convention pour réduire les prescriptions inappropriées, l'Assurance Maladie va mettre en place de nouveaux contrôles.

➤ Les pratiques et les comportements manifestement abusifs

Les arrêts de travail

Les arrêts de travail non justifiés médicalement sont évalués à 6% par an.

Des contrôles renforcés :

- ⇒ contrôle systématique des arrêts de moyenne durée,
- ⇒ augmentation des contrôles sur les arrêts de courte durée (120 000 prévus au plan national en 2005 contre 100 000 en 2004 et 70 000 en 2003).
- ⇒ contrôle des assurés en fonction d'une fréquence atypique des arrêts de travail sans raison médicale apparente. (contrôle de tous les assurés)



ayant eu des arrêts répétés de courte durée au cours des 12 mois précédents). Ceux-ci seront prévenus par courrier.

- ⇒ contrôle approfondi des médecins qui prescrivent beaucoup d'arrêts de travail. Le cas échéant, leurs prescriptions seront soumises à l'autorisation préalable du Médecin Conseil.

Des nouveaux " outils juridiques" de sanction

- ⇒ pénalités financières (récupération de tout ou partie des indemnités journalières) pour les assurés et les médecins à l'origine d'arrêts de travail non justifiés médicalement (décret à paraître),
- ⇒ réduction des indemnités en cas de non-respect des délais d'envoi de l'arrêt de travail (48h).

et des mesures de surveillance

- ⇒ prolongation uniquement par le prescripteur initial ou le médecin traitant (sauf exceptions prévues par la Loi),
- ⇒ limitation des heures de sortie autorisées à 3 heures consécutives par jour,
- ⇒ information de l'employeur en cas de suspension d'indemnités journalières.

L'ordonnancier bi-zone



La prescription des soins à 100% est une responsabilité médicale.

Pour le seul poste des médicaments, entre 10 et 15 % des prescriptions seraient remboursées indûment à 100 %, soit une dépense supplémentaire de 500 millions d'euros par an.

- ⇒ Les prescripteurs et les assurés, dont la prise en charge induite à 100% est avérée, seront contrôlés,
- ⇒ Le nouveau protocole de soins des patients à 100% au titre d'une ALD fixera précisément le traitement concernant l'affection. Ce protocole devra être présenté systématiquement par le patient aux médecins qu'il consulte.



La prise en charge des statines

- ⇒ Près des 2/3 des patients ne répondent pas aux référentiels médicaux de prescription, c'est à dire un taux de cholestérol élevé après échec des recommandations médicales d'usage (hygiène, diététique, arrêt du tabac) et un risque cardio-vasculaire important.

En dehors des indications thérapeutiques remboursables, ces médicaments doivent être prescrits avec la mention " NR " non remboursable.

- ⇒ Le Service Médical va identifier les prescriptions anormales (taux très supérieur à la moyenne pour une clientèle similaire). Les patients seront reçus par le Médecin conseil pour une consultation de contrôle.

Les transports en ambulance :



Les transports en ambulance sont pris en charge dès lors qu'ils ont été prescrits par un médecin.

L'objectif est de contrôler la justification médicale de la prescription en ambulance.

La lutte contre les fraudes

La lutte contre les fraudes revêt un caractère indispensable pour un service public garant de la bonne utilisation des cotisations des assurés sociaux et de l'égalité de traitement des usagers.

Une nouvelle organisation :

- ⇒ recensement au niveau national de toutes les fraudes repérées chaque trimestre,
- ⇒ plan de prévention spécifique après analyse des fraudes,
- ⇒ mise en place d'une assistance juridique renforcée pour les caisses.

Des contrôles systématiques

- ⇒ contrôle des droits : cohérence entre la demande de paiement et les données du fichier,
- ⇒ vérification du statut du professionnel de santé et des cotations,
- ⇒ contrôles spécifiques : par rapport à un seuil de dépenses, un type de dépenses, une catégorie de professionnels, ou un professionnel de santé en particulier.



Des contrôles ciblés

Avant paiement :

- ⇒ cohérence entre la délivrance de soins et la prescription,
- ⇒ vérification de l'existence de l'entreprise pour le versement des indemnités journalières,
- ⇒ vérification de la réalité des soins.

Après paiement :

- ⇒ contrôles ciblés sur l'ensemble des prestations versées à un assuré ou un professionnel de santé (situations atypiques, recours à certains actes ou produits),
- ⇒ contrôle des revenus de substitution et de leur durée.

Le renforcement des contrôles va de pair avec une plus grande transparence des objectifs et des méthodes.

C'est pourquoi, à partir de 2005, les thèmes et les modalités de contrôle sont rendus publics.

Une charte d'engagement pour les contrôles menés par le service médical est en cours d'élaboration, elle sera consultable sur le site :

www.ameli.fr

Les critères de contrôle seront homogénéisés sur tout le territoire. ■

Cellule Maintien dans l'Emploi (CME) de la circonscription du Pays de Montbéliard



Ce dispositif a été créé à l'initiative du Programme Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PDITH) du Doubs. La CME existe à Montbéliard depuis octobre 2004 et se met progressivement en place.

Son objectif

➔ Mettre au service de toute personne confrontée à un problème d'aptitude, à une difficulté de santé qui pose problème au travail, un réseau de compétences afin d'anticiper et de sauvegarder un emploi : limiter les licenciements pour inaptitude médicale.

La CME s'adresse

➔ aux **salariés**, aux **médecins traitants**, aux **médecins du travail**, aux **responsables d'entreprise**, aux **médecins conseils**, aux **assistants des services sociaux**, aux **acteurs de l'insertion professionnelle**, aux **services COTOREP** qui sont confrontés à un problème d'aptitude au poste de travail.

La CME permet

➔ d'aider toute personne à **rechercher et à mettre en place des solutions appropriées, visant à maintenir un salarié dans l'emploi qu'il soit ou non en arrêt de travail**, ceci par une étude conseil et des appuis techniques.

La CME regroupe

➔ tous les partenaires pouvant participer au maintien dans l'emploi d'une personne dans le respect de la mission de chacun.

Elle rassemble des référents :

- des associations de santé au travail : médecins du travail,
- des services sociaux de la CRAM et de la MSA,
- de la COTOREP,
- des instances représentatives patronales,
- des structures d'insertion professionnelle : (Service Plus et ARIS Cap Emploi - Association Régionale pour l'Intégration Sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap).

Son fonctionnement

La vocation de la CME est une recherche de complémentarité entre les différents partenaires et une coordination efficace pour optimiser les résultats. Des réunions ont lieu une fois par mois dans les locaux de la CPAM.

L'animation est assurée par une chargée de mission MDE (Maintien dans l'Emploi) dépendant de l'ARIS.

Son partenariat avec l'Assurance Maladie

Au niveau local, l'Assurance Maladie contribue à la prévention de la désinsertion professionnelle des assurés par des actions coordonnées entre la CPAM, l'échelon local du Service Médical et le Service Social CRAM:

- signalement par le Service Médical au Service Social de personnes risquant de rencontrer des problèmes dans leur reprise de travail,
- mise en place de réunions d'informations collectives, co-animées par la CPAM et le service social CRAM, à destination d'assurés en arrêt de travail de longue durée (maladie et/ou AT/MP),
- liaison avec le service médical et/ou la CPAM, assurée par la référente CME du Service Social CRAM pour les situations présentées dans cette instance.

Pourquoi et comment solliciter la CME ?

Vous soupçonnez que l'état de santé d'un patient ne lui permettra pas de reprendre son poste de travail, n'hésitez pas à contacter la C.M.E. :

• **La Référente CME du Service Social CRAM**
Nadine VLAKOS
03.81.99.12.52
Du lundi au vendredi
de 8H30 à 16H30

• **La Chargée de Mission de la CME - ARIS**
Fabienne RHINAN
03.81.32.29.31
Mercredi et Vendredi
de 9H à 10H

Soirée rencontre Ville Hôpital du 25/11/04

Par le Dr Michel FREDY et François HUMBERSOT, Pharmacien

Cette rencontre, à l'initiative des professionnels de santé, a pour objectif d'optimiser la prise en charge du patient. Elle a bénéficié du soutien de la FMC Montbéliard et Héricourt, du Centre Départemental des Professionnels de Santé, de la CPAM de Montbéliard et de la CMPS.

Voici l'essentiel des thèmes abordés lors de cette première rencontre

La mutation hospitalière du Pays de Montbéliard : en 1237 un Comte de Montbéliard a pris la décision de faire construire un hospice au lieu dit les Graviers, sur la rive droite de l'Allan. L'évolution des sciences dans le domaine sanitaire fait évoluer l'hôpital au 19^{ème} siècle. Le maire Louis Pardonnet lance le projet d'un nouvel hôpital inauguré en 1898, dont le centenaire a été fêté en 1998. Sous l'impulsion d'André Bouilloche, construction du Centre Hospitalier de Montbéliard inauguré en 1965. Depuis cette date, plusieurs unités spécialisées ont vu le jour, dont la dernière en date prévue pour remplacer le site de Grand-Charmont en 2006.

Année 2000 : fusion administrative des Centres Hospitaliers de Belfort et Montbéliard. Le 24 juin 2004, le Conseil d'Administration du CHBM prend une décision de principe de construire une structure hospitalière dite "Site Médian", tout en conservant les deux sites hospitaliers actuels, pour mieux répondre aux nécessités de la démographie médicale actuelle, aux qualités de soins et de personnes.

Le Docteur FOUCHÉ Vice-Président de la CME* du CHBM

présente l'étude de réflexion sur le Site Médian avec un support vidéo.

Le CHBM dessert un bassin de population de 350.000 habitants et emploie 4000 personnes :

- 156 l lits,
- 3800 naissances,
- 75.000 passages aux urgences,
- 60.500 hospitalisations environ,
- 34.500 hospitalisations de jour montrent l'activité actuelle.

*Commission Médicale d'Établissement

Mme PRACTH évoque la délivrance de médicaments particuliers par la pharmacie de l'Hôpital.

Dialogue avec l'assemblée présente :

- améliorer et mieux coordonner les entrées et sorties de l'hôpital,
- mieux programmer les hospitalisations en dehors des cas urgents,
- meilleurs rapports à avoir avec les différents professionnels de santé,
- utilisation des génériques dans l'ordonnance de sortie,
- recours aux moyens informatiques actuels,
- refaire une information sur les différents services hospitaliers.

Le Docteur DONY Président de l'AUMPM

évoque l'inauguration de la Maison Médicale de garde de Montbéliard ouverte depuis le 1^{er} septembre 2004.

Il rappelle les horaires de fonctionnement, la régulation assumée par le centre I5 de Besançon. Cette réalisation a été obtenue grâce au FAQSV ayant apporté 90.000 •

Une information a été donnée à la population desservie par les médias.

Une régulation libérale régionale de la permanence des soins est à l'étude.

Le secteur de Montbéliard correspond au secteur I5, comprenant 67 médecins et couvre une soixantaine de milliers de personnes.



Le Docteur SARREY Président de l'Ordre Départemental des Médecins du Doubs,

évoque :

- l'espace de liberté à conserver
- propose la conciliation ordinaire pour aplanir certaines difficultés de communication,
- souligne l'importance de la relation médecin-patient,
- rappelle le rôle de l'Ordre dans la vérification du tableau de garde.

Monsieur BIGOT Directeur-Adjoint du CHBM

expose toute la logistique accompagnant le lit médical à savoir : la blanchisserie, la restauration (600 000 repas préparés par an par la cuisine centrale de Montbéliard, 650 000 par le site de Belfort), les déchets, la stérilisation, le secteur pharmacie-médicaments. ■

Ont participé à cette rencontre :

des membres du CA du Centre Hospitalier Belfort-Montbéliard, 70 personnes représentant le monde libéral et hospitalier local, 2 représentants de l'ARSP, 1 représentant de l'HAD et un représentant des usagers de l'hôpital.

Formation des professionnels de santé



La FPC s'intègre dans l'obligation qu'ont tous les médecins de suivre une formation médicale continue.

Formation Professionnelle Conventionnelle FPC - Médecins généralistes et spécialistes libéraux

Les agréments des organismes et les actions de FPC, d'évaluation des compétences et des pratiques prononcées par les comités paritaires pour 2005 sont maintenus par la nouvelle convention.

L'Organisme Gestionnaire Conventionnel (OGC) assure la gestion administrative et financière du dispositif de FPC

des médecins libéraux. Il gère le financement des actions de formation, et indemnise directement les médecins ayant participé aux actions agréées

Le site www.ogc.fr offre une présentation très complète du dispositif, ainsi que toutes les informations pratiques concernant la FPC.

**OGC - 217, rue La Fontaine - 94120 Fontenay sous Bois
Tel : 01.48.76.19.05 - Email : info@ogc.fr - Site : www.ogc.fr**

Formation Continue Conventionnelle FCC - Chirurgiens dentistes, directeurs de laboratoires, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, sages femmes

Les organismes gestionnaires gèrent, pour chaque profession, la dotation fournie par les Caisses Nationales d'Assurance Maladie qui permet la prise en charge des actions de formation. Ils sont les interlocuteurs des professionnels de santé et des organismes de formation.

Les accords conclus entre l'Assurance Maladie et les professionnels de santé – Contrats de Bonnes Pratiques – prévoient des formations obligatoires, notamment pour les masseurs kinésithérapeutes, infirmières, orthophonistes, orthoptistes et sages femmes.

Liste des organismes gestionnaires :

Directeurs et directeurs adjoints de labo	BIOFORMA - 230, Boulevard Raspail - 75014 Paris	Tél. : 01 56 51 39 39 Fax : 01 56 54 39 30	bioforma@wanadoo.fr www.bioforma.net
Chirurgiens Dentistes	F3CD - 14, rue Etex 75018 PARIS	Tel : 01.42.26.33.10 Fax : 01.46.27.55.34	info@f3cd.org www.f3cd.org
Masseurs Kinésithérapeutes	MK FORMATION - 24, rue des Petits Hôtels 75010 PARIS	Tel : 01 44 83 46 91 Fax : 01 44 83 46 87	secretariat@mkformation.com
Orthoptistes	FORMOPTISTE 13, rue Jean Baptiste Clément 94 200 IVRY/SEINE	Tel / Fax : 01 49 60 66 20	formoptiste@free.fr
Orthophonistes	AFCCO - 145, Boulevard Magenta - 75010 PARIS	Tél : 01 40 38 04 21 Fax : 01.40.37.41.42	afcco@wanadoo.fr www.afcco.org
Sages femmes	SAGES FEMMES FORMATION 1, rue Louis Ulbach 92400 COURBEVOIE	Tel : 01.45.23.37.86	sages-femmes-formation@tiscali.fr www.ifrance.com/sagesfemmesformation
Infirmiers	SANTE FORMATION 85-87, rue Pomier Layrargues Résidence Pré d'Hermès - BP 35595 - 34071 Montpellier 3	Tel : 04 67 06 13 60 Fax : 04 67 06 13 61	sante.formation@wanadoo.fr www.sante-formation.org

Programme
des soirées
de formation
2005

Jeudi 28 avril	Montbéliard*	Cas lourds en psy suivi en MG
Mercredi 18 mai	Héricourt*	La fibromyalgie
Jeudi 26 mai	Montbéliard*	Évaluation des pratiques professionnelles
Mercredi 15 juin	Héricourt*	Sujet à définir
Jeudi 16 juin	Montbéliard*	Ce qui est devenu obsolète
Date à DÉFINIR	Besançon	Rencontres médicales comtoises
Mercredi 21 septembre	Héricourt*	Les valvulopathies
Jeudi 22 septembre	Montbéliard*	Imagerie genou et cheville en MG
Mercredi 19 octobre	Héricourt*	La trousse d'urgence du généraliste
Jeudi 20 octobre	Montbéliard*	L'ordonnance du MG lue par le pharmacien
Mercredi 16 novembre	Héricourt*	Le traitement hormonal substitutif
Jeudi 24 novembre	Montbéliard*	Dysmyelopoïèses

* Montbéliard : site du Mittan

* Héricourt : Centre de Rééducation Fonctionnelle Bretegnier

Contact Dr Martin Petite 03 80 90 30 77 - mjmartinpetite@wanadoo.fr

Mise à jour des cartes Vitale dans les pharmacies



Conformément à l'option conventionnelle définie par l'avenant n° 1 à la convention nationale des pharmaciens, ceux-ci peuvent s'équiper de matériels permettant de mettre à jour les cartes Vitale dans les officines. Une participation financière de l'Assurance Maladie est accordée à tout pharmacien adhérent.

Qu'est-ce qu'un outil de télémise à jour ?



Les outils de télémise à jour permettent de lire et de mettre à jour les données de la carte Vitale sans créer de Feuilles de Soins Electroniques.

Ils doivent être homologués conformément au référentiel du GIE Sésam Vitale. Leur taille est identique à un lecteur, ils sont utilisés en libre service indépendamment du matériel informatique de l'officine.

Le dispositif financier

Les caisses prennent en charge :

- la location du matériel (coût du service, communications téléphoniques, maintenance),
- les équipements accessoires, tel l'abonnement à une ligne téléphonique supplémentaire.

En pratique : le pharmacien adhère à l'option conventionnelle auprès de la CPAM

Des supports de communication (affichettes, autocollants) ont été réalisés pour que les patients identifient facilement le service

de télémise à jour proposé. Ces supports sont automatiquement adressés aux pharmaciens adhérents.

**Au 18 04 2005
36 pharmacies de la cir-
conscription (sur 68) ont
adhéré à l'option conven-
tionnelle.**

Seuls les pharmaciens d'officine bénéficient d'une option conventionnelle, mais toutes les professions de santé peuvent proposer le service de la télémise à jour (sans participation financière des Caisses d'Assurance Maladie). ■

Actualités

Certification



La Caisse Primaire de Montbéliard a reçu de l'A.F.A.Q. (Association Française pour l'Assurance Qualité), en décembre 2004, le **label qualité Iso 9001 - version 2000 pour l'ensemble de ses activités liées au paiement des prestations de l'assurance maladie - maternité (y compris l'accueil et les relations téléphoniques)**. Cette récompense est le fruit d'un long travail mené en interne pour améliorer la qualité du service rendu aux usagers, qualité qu'il faudra désormais maintenir pour conserver ce label. ■

CNIL

Accord relatif au dispositif de désignation du médecin traitant et à la participation forfaitaire.

Afin d'assurer la gestion de ces dispositifs, la CNAMTS met à disposition des CPAM des référentiels régionaux permettant l'enregistrement du choix du médecin et la comptabilisation des participations forfaitaires retenues sur les remboursements.

Les informations relatives au médecin traitant sont conservées sans limitation de durée.

Les médecins choisis pourront avoir communication de la liste des bénéficiaires de plus de 16 ans qui les ont déclarés comme médecin traitant.

Accord CNIL 13/01/2005/Décision CNAMTS 13/02/2005. ■

Point VITALE

En mars 2005 à Montbéliard

- Le délai moyen de remboursement des FSE **aux professionnels de santé** était de 5,6 jours (dont 2,9 jours de traitement par la caisse et 2,7 de délai de rétention par les PS). Ces délais pourraient encore être améliorés par une transmission quotidienne systématique des flux.

Rappel des délais maximum de transmission des FSE :

3 jours pour les actes hors tiers payant,
8 jours pour les actes en tiers payant,
en cas d'ARL défectueux la ré-émission doit intervenir dans les 48 heures. ■



Au 12/04/2005

- ✓ PHARMACIENS
67/68 (98,53 %) (=)
- ✓ MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES
56/59 (94,92 %) (+ 1)
- ✓ ORTHOPHONISTES
14/16 (87,5 %) (=)
- ✓ CHIRURGIENS-DENTISTES
66/77 (85,72 %) (+2)
- ✓ MEDECINS
234/275 (85,09 %) (+ 1)
156/158 Gé. (98,74 %)
78/117 Spé. (66,67 %)
- ✓ SAGES-FEMMES
4/6 (66,66 %) (=)
- ✓ INFIRMIERES
36/83 (43,38 %) (+1)
- ✓ CENTRES DE SANTE
5/14 (35,72 %)
 - Cabinets dentaires 2/2 (100%)
 - Centres de soins infirmiers 3/12 (25 %) (=)

Guide pratique

Echanger par @

Vous souhaitez être informé très rapidement et vous disposez d'une adresse de messagerie, envoyez un courriel à : rps@cpam-montbeliard.cnamts.fr précisant que vous acceptez ce mode d'échange avec la CPAM. Vous recevrez en priorité toutes les informations concernant votre pratique (modifications réglementaires, changements de tarifs ...). ■



Entente Préalable et transports non remboursables

La demande d'Entente Préalable est obligatoire **uniquement** pour les trajets supérieurs à 150 Km et pour les transports en série (4 transports de + de 50 Km aller dans un délai de 2 mois pour un même traitement). **Aucune demande d'EP ne doit être faite pour un transport non remboursable.**

Elle ne peut en aucun cas être opposable à la Caisse pour obtenir la prise en charge d'un tel transport. De plus, l'assuré peut croire, à tort, que ses frais seront pris en charge. ■



Réunion avec les médecins généralistes et spécialistes du 1er mars 2005



La convention médicale signée le 12 janvier 2005 a été publiée au JO le 11 février. Elle s'applique à compter du 12 février 2005.

Ce texte vise à améliorer la coordination des soins, à préserver les conditions d'accès aux soins dans le respect de la liberté de choix des patients.

Les parties se sont engagées sur la voie d'une régulation médicalisée des dépenses de santé, avec pour objectif d'améliorer l'efficacité de notre système de soins.

**SOIGNER MIEUX EN
DÉPENSANT MIEUX.**

Le parcours de soins coordonnés

Le malade choisit librement son médecin traitant, il peut en changer à tout moment.

Le médecin traitant peut orienter le patient, avec son accord, vers un autre médecin : le **médecin correspondant**

Les avantages :

Pour le patient : une prise en charge globale, des interactions

- médicamenteuses et des examens
- redondants évités, le maintien du
- niveau de remboursement.

- **Pour le médecin traitant et le médecin correspondant :** une meilleure approche du patient, des majorations tarifaires.

Le médecin traitant

- Chaque bénéficiaire de + de 16 ans choisit un médecin traitant (généraliste, spécialiste, médecin hospitalier ou salarié d'un centre de santé) avant le **1^{er} juillet 2005**.

- Le formulaire de déclaration de choix, rempli conjointement par le patient et le médecin, doit être daté et signé pour être valide. La qualité du remplissage est primordiale pour la CPAM qui traite ces documents par lecture optique.

- **Les missions du médecin traitant :** premier niveau de recours aux soins, orientation du patient,

- rédaction des protocoles ALD, prévention et éducation sanitaire, synthèse des informations médicales, information du malade sur l'accès aux soins en dehors des heures d'ouverture du cabinet.

- **La rémunération du médecin traitant :** 40 €/an pour chaque patient en ALD à partir du **1^{er} mai 2005**. Depuis le 12/02/2005, pour les patients de plus de 16 ans, la rémunération C 2.5 pour la rédaction du PIREs est supprimée.

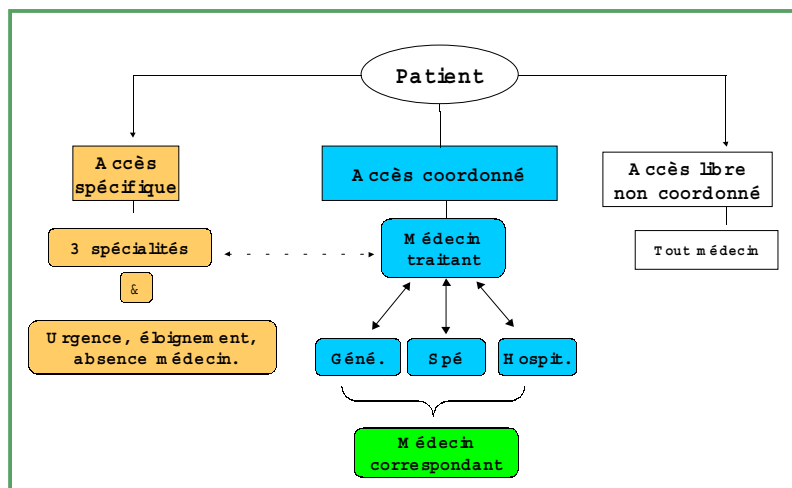
- **Médecin traitant et médecin référent :** si le patient choisit un médecin traitant autre que son médecin référent, les avantages de l'option conventionnelle cessent dès la signature du formulaire médecin traitant.

- L'option médecin référent subsiste jusqu'au 31/12/2005 pour les médecins déjà référents et leurs patients, mais aucune nouvelle adhésion n'est possible à compter du 12/02/2005. Un accord conventionnel fixera la convergence des 2 dispositifs.

Le médecin correspondant

- Il a pour missions de répondre aux sollicitations du médecin traitant et de recevoir les patients dans un délai compatible avec leur état de santé (niveau d'urgence). Il doit contribuer à l'élaboration du protocole ALD et assurer, avec l'accord du patient, un retour d'information au médecin traitant.

- Il peut être spécialiste, médecin hospitalier ou généraliste.



Le rôle du médecin correspondant :

■ **soit donner un avis ponctuel** à titre de consultant une fois par semestre au maximum pour un même patient et une même pathologie (en cas de recours au même spécialiste dans les 6 mois, le médecin conseil doit être informé). Pour avis ponctuel : C2 = 40 • (C2.5 = 50 • pour les psychiatres, neuropsychiatres et neurologues) à compter du **01/07/2005**. Cette cotation est réservée aux spécialistes jusqu'au **31/12/2006**, les généralistes, titulaires d'un D.E.S, pourront l'utiliser à compter du **01/01/2007**.

■ **soit délivrer des soins aux patients** : dans le cas de soins itératifs dans le cadre d'un protocole ALD ou d'un plan de soins (hors ALD), le patient n'a pas à revoir son médecin traitant préalablement aux soins. La majoration de coordination fixée à 2 • pour les généralistes et spécialistes (3 • pour les psychiatres) s'applique au **1^{er} mars 2005** pour les spécialités suivantes : dermatologie, ophtalmologie, endocrinologie, rhumatologie, gynécologie, médecine interne, psychiatrie et neuropsychiatrie. Elle s'appliquera au **1^{er} juillet 2005** pour les autres spécialités. Elle peut être facturée sous réserve que les soins soient délivrés au cabinet et qu'un retour d'information soit adressé au médecin traitant.

L'accès spécifique

Trois catégories de spécialistes peuvent être consultés, pour certains actes, sans avis préalable du médecin traitant :

- **Gynécologue** : examens cliniques gynécologiques périodiques, prescription et suivi de la contraception, suivi des grossesses, IVG médicamenteuse,
- **Ophtalmologue** : troubles de réfraction oculaire (prescription et renouvellement de verres), dépistage et suivi du glaucome,
- **Psychiatre et neuro psychiatre** : dans l'attente d'un avenant conventionnel, il peut être consulté directement pour tous les actes.

• Ces médecins bénéficient de la majoration de coordination sous réserve de respecter les mêmes engagements que le médecin correspondant, notamment en matière de retour d'information au médecin traitant.

L'accès non coordonné

• A compter du **1^{er} juillet 2005**, les spécialistes en secteur 1 pourront appliquer des dépassements d'honoraires (plafonnés) aux patients accueillis en dehors du parcours de soins (hors cas d'urgence, d'éloignement géographique ou d'absence du médecin traitant), y compris aux bénéficiaires de la CMU Complémentaire (DA).

• Les médecins en secteur 2 pourront appliquer des honoraires libres.

• Les patients verront leur remboursement minoré (décret à paraître).

• **A noter** : l'accès à des soins non coordonnés est sans incidence sur la pratique du tiers payant qui reste une obligation réglementaire pour les bénéficiaires de la CMUC.

L'option de coordination

• C'est une nouveauté introduite par la convention pour les médecins généralistes et spécialistes autorisés à pratiquer des honoraires différents (ou titulaires d'un droit permanent à dépassement) qui acceptent de réaliser une part de leur activité à tarifs opposables.

• Les médecins signataires de l'option peuvent tarifier la majoration de coordination (2 • ou 3 •) et bénéficient de la prise en charge de leurs cotisations sociales sur la partie de l'activité facturée à tarifs opposables.

• L'adhésion est prévue pour 5 ans mais peut être rompue à tout moment par le médecin ou la CPAM.

Le Dossier Médical Personnel DMP : outil de la coordination

• Conformément à la loi, les médecins conventionnés consulteront et mettront à jour le DMP des patients qu'ils prennent en charge. Le DMP informatisé a vocation à suivre le patient tout au long du parcours de soins (en ville, à l'hôpital) dans le respect du secret médical.

• Le DMP est en cours d'expérimentation dans deux régions avant sa généralisation. Les modalités de sa mise en oeuvre feront l'objet d'un avenant conventionnel d'ici fin 2006. Dans l'attente, l'application «Web médecin» disponible dès 2005 permettra d'avoir accès (par internet) à l'historique des soins remboursés au patient dans les 12 mois précédents.

La maîtrise médicalisée des dépenses de santé

• Elle a pour objectif de favoriser le bon usage des soins et le respect des règles de prise en charge collective pour parvenir à une inflexion significative des dépenses de santé pour une économie potentielle de 998 millions d'euros.

• Six thèmes d'engagements et trois accords de bon usage des soins ont été retenus pour 2005 (cf. tableau page 11).

• L'Assurance Maladie s'est engagée à accompagner les médecins pour l'atteinte de ces objectifs : visites individuelles des Délégués de l'Assurance

Maladie, profil personnalisé de prescriptions, échanges confraternelles, contrôles, campagnes d'information des usagers...

Un bilan est prévu fin 2005, certaines majorations pourront être revalorisées en fonction des résultats.



Thèmes	Objectif négociés	Objectif 2005	Mesures d'accompagnement spécifiques
Antibiotiques	Baisse de fréquence des prescriptions pour un équilibre bénéfice/risque	National : - 10 % Franche-Comté : - 10.3 % Doubs : - 10.2 %	Exposition "Microbes en question" au pavillon des Sciences de Montbéliard jusqu'au 3 septembre 2005
Anxiolytiques hypnotiques	Baisse de fréquence des prescriptions pour un équilibre bénéfice/risque	National : - 10 % Franche-Comté : - 9.6 % Doubs : - 9.3 %	
Statines	Respect du périmètre de prise en charge Hors AMM =NR	National : - 1.5 % Franche-Comté : - 0.3 % Doubs : - 0.3 %	
ALD (I)	Respect du périmètre de prise en charge	National : + 5 points de dépenses sans rapport avec ALD F.Comté : + 5.2 Doubs : + 4,92	Nouveau moyen réglementaire : le Protocole d'Examen Spécial (PES) plus complet que le PIREs et révisable à tout moment. Sensibilisation des médecins hospitaliers.
Arrêts de travail	Inverser l'évolution (+ 46 % en 5 ans)	National , Franche-Comté, Doubs : - 1.6 %	Prescription de la prolongation par le même médecin. Heures de sortie limitées à 3 H consécutives/jour (2). Plus de sorties libres. Nouveau formulaire de prescription à venir.
Génériques	Augmenter la prescription	Economie de 55 M €	Tampon "génériques souhaités" fourni gratuitement par la CPAM sur demande.

(1) A noter : la biologie n'est pas obligatoirement en rapport avec l'ALD.

(2) Dans l'attente du nouvel imprimé « avis d'arrêt » la Caisse fera preuve de souplesse et acceptera les anciens horaires.

AcBUS :

Efficiences des prescriptions d'anti-agrégants plaquettaires

Bon usage des examens biologiques d'exploration thyroïdienne

Pratique de la coloscopie après polypectomie

Autres dispositions conventionnelles

Permanence des soins :

un projet d'avenant au dispositif est en cours.

Facturation des soins HN :

Lorsque la consultation comporte à la fois des actes remboursables et non remboursables, la convention prévoit d'établir :

- une feuille de soins pour les actes remboursables,
- une facture pro format pour ceux non remboursables (mésothérapie, soins esthétiques chez le dermatologue par exemple).

Télétransmission :

L'objectif est d'augmenter le taux de télétransmission de 5% par an pour atteindre 90%.

Les taux étant très inégaux dans la circonscription, la CPAM proposera son aide aux médecins en difficulté.

Rappel : les actes en AT peuvent être télétransmis.

Vie conventionnelle

Trois commissions paritaires

- nationale CPN, régionale CPR,
- locale CPL (une par département).

Formation Professionnelle Conventionnelle (voir article en page 6)

- Les spécialistes ont désormais accès à la FPC, la rémunération est de 15 CS par jour, sous réserve de trois journées consécutives au moins.

La convention en questions

- **La nouvelle convention prévoit-elle le passage de 23 • à 25 • pour le gynéco-obstétricien (secteur I) n'étant pas concerné par le passage chez le généraliste ?**

• La majoration s'applique au 1^{er} mars pour la gynécologie.

- **Dans le cadre des associations, comment doit-on remplir le formulaire des patients et comment seront-ils remboursés s'ils voient l'associé ?**

- La patient ne peut choisir qu'un seul médecin traitant. Si la consultation est faite par un associé, en l'absence du médecin traitant désigné, le nouveau modèle de feuille de soins permettra de le signaler et le patient ne sera pas pénalisé au niveau du remboursement.

Comment sera remboursé un patient dont je suis le médecin traitant et qui choisit de consulter un autre médecin généraliste pratiquant acupuncture, homéopathie, ostéopathie ...?

- Si la consultation a lieu dans le cadre du parcours de soins coordonnés, il n'y aura pas d'incidence sur le remboursement. S'il s'agit d'un accès direct, le patient sera moins remboursé (les taux ne sont pas connus actuellement).

Conditions de la C2, comment peut-on savoir que l'on n'a pas à revoir le patient dans les 6 mois à venir ?

- Si le même patient doit être revu par le même spécialiste pour la même pathologie le médecin traitant doit en informer le médecin conseil (article 1.2.2 de la convention).

L'avis du spécialiste sera-t-il pris en compte dans le protocole de soins en ce qui concerne notamment le rythme des actes (pour un diabétique par exemple, le fond d'œil peut être nécessaire 1/an ou 1/6 mois) ?

Le Protocole d'Examen Spécial (PES) sera élaboré par le médecin traitant en concertation avec le médecin-conseil **et en collaboration** avec les médecins intervenant dans le parcours de soins.

Quel tarif appliquer au patient qui consulte de lui-même à partir du 1^{er} mars en ALD, hors ALD ? :

Les spécialistes pour lesquels la majoration de coordination de 2 • entre en vigueur au 1^{er} mars peuvent l'appliquer, que le patient soit ou non en ALD, sous réserve d'un retour d'information au médecin traitant.

Un médecin peut-il changer de secteur 1 à 2 ?

Le médecin qui est déjà en secteur 2 peut le conserver ou revenir en secteur 1.

Depuis le 12/02/2005, le médecin en secteur 1 ne peut plus accéder au secteur 2. Cet accès est réservé aux médecins qui s'installent pour la première fois et qui répondent aux conditions prévues par la convention.

Les jeunes médecins qui s'installent pourront-ils constituer leur clientèle si tous les patients ont déjà un médecin traitant ?

La loi prévoit qu'un patient peut changer de médecin traitant à tout moment.

Le parcours coordonné vers un médecin de même spécialité est-il possible ?

Aucune interdiction n'est prévue par les textes.

Un patient diabétique adressé à un ophtalmologiste en secteur 2 sera-t-il moins bien remboursé ?

Il peut y avoir un dépassement d'honoraires non remboursable, sauf si ce spécialiste a signé l'option de coordination. Il n'y a pas d'incidence sur le taux de remboursement.

Questions diverses

Les enfants peuvent-ils figurer à la fois sur la carte Vitale des 2 parents ?

Les enfants de moins de 16 ans dont les parents sont tous les 2 assurés sociaux peuvent désormais figurer sur les 2 cartes.

Attention : les organismes complémentaires versent leur participation uniquement lorsque le remboursement est effectué à leur adhérent (si la carte de la mère est utilisée alors que l'enfant est rattaché à la mutuelle du père, celle-ci n'interviendra pas). Cette anomalie a été signalée à la Caisse Nationale.

Quel est le délai pour obtenir une carte Vitale ?

Pour un renouvellement, il faut compter environ trois semaines, ce délai est respecté dans la majorité des cas (70 à 80%). Il est plus long lorsque la situation de l'assuré est complexe et en cas de première attribution.

La délivrance des cartes Vitale reste une priorité pour la CPAM, sachant que les délais d'enregistrement et de fabrication sont incompressibles.

Le lundi de Pentecôte sera-t-il considéré comme un jour férié pour les gardes ?

Réponse différée: la loi qui instaure une journée de travail le lundi de Pentecôte concerne les salariés. Pour les professionnels de santé libéraux, ce jour sera considéré comme férié.

Quelle est la part réelle des honoraires médicaux dans les dépenses d'assurance maladie ?

Les frais médicaux représentent entre 20 et 21% des dépenses, les prescriptions (42,65 %) et les frais de gestion des Caisses 4%.

Evaluation de la réunion

62 médecins sur 277 invités ont participé à cette réunion (24 spécialistes et 38 généralistes) et 12 ont rempli le questionnaire d'évaluation.

75% estiment que les informations données ont répondu en partie à leurs interrogations et 25% totalement.

75% ont trouvé les informations données claires et 66% suffisantes. 91% sont satisfaits de l'organisation de cette rencontre

Prochaines invitations

Exceptionnellement, **tous les médecins** avaient été invités à cette réunion spéciale.

Lors des prochaines rencontres semestrielles, compte-tenu du peu de participants, nous limiterons les invitations à ceux qui ont souhaité continuer à en être destinataire (cf. notre courrier d'invitation à la réunion du 9/11/2004).

Il n'est pas trop tard pour vous inscrire, il suffit d'envoyer un courriel à **communication@cpam-montbeliard.cnamts.fr** en précisant que vous souhaitez être invité aux prochaines réunions.