

### sommaire

- Dossier médical : colloque
- Évaluation obligatoire
- Nouveaux sigles de la Réforme
- Colloque T2A
- Nouvelle nomenclature technique : CCAM
- Téléransmission

#### Les missions de l'Union définies par la loi

- Analyses et études relatives au système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie ainsi qu'à l'évaluation des besoins médicaux
- Évaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins
- Organisation et régulation du système de santé
- Prévention et actions de santé publique
- Coordination avec les autres professionnels de santé
- Information et formation des médecins et des usagers

#### Union régionale des médecins d'Ile-de-France exerçant à titre libéral

104, boulevard du Montparnasse,  
75682 Paris CEDEX 14  
Tél. 01 40 64 14 70 – Fax. 01 43 21 80 34  
Email : [secretariat@urml-idf.org](mailto:secretariat@urml-idf.org)

#### Directeur de la publication :

Dr Bernard Huynh

#### Comité de rédaction :

D<sup>r</sup> O. Aynaud, J. Bourcereau,  
D. Girardon-Grichy, A. Gozlan,  
J.-P. Grundeler, M. Roueff, G. Lyon,  
F. Prudhomme, G. Rousselet,  
M. Sylvestre, A. Vuong.

#### Secrétaire de rédaction :

A. Grenier

Numéro ISSN : 1285-4743  
Dépôt légal à parution  
Abonnement : 22,87 € TTC/an

#### Conception, réalisation et Impression :

Sepeg International  
24 rue de Cronstadt  
75015 Paris  
Tél. 01 53 68 90 00  
Fax. 01 53 68 90 10



## Le défi de l'évaluation



Le gouvernement a tranché. L'évaluation des médecins, jusqu'à la dernière loi sur la Sécurité Sociale, était professionnelle, indépendante, volontaire, gratuite et facultative. Elle est devenue obligatoire. Elle sera peut-être payante comme l'accréditation des cliniques l'est devenue cet été. Elle sera peut-être un des critères du conventionnement. Des décrets doivent prochainement fixer ces incertitudes. Des négociations sont en cours pour que ces textes soient raisonnables et ils le seront peut-être.

Ce qui est certain, c'est la stricte nécessité pour nous, médecins libéraux, de garder le contrôle de notre évaluation professionnelle. Elle est actuellement réalisée selon des méthodes validées par l'ANAES et la profession par des confrères libéraux en activité mandatés par nos Unions Régionales de Médecins Libéraux (URML). Il faut que notre évaluation reste indépendante, sous le contrôle de notre profession. Notre évaluation ne peut pas être confiée à des évaluateurs venus de l'Assurance Maladie, des Ministères, des Agences diverses ou même de la Haute Autorité en Santé. Ils ne sauraient pas analyser autrement que de façon théorique et livresque les soins donnés à nos patients dans la réalité.

L'URML Ile de France a été une des premières à se lancer dans l'expérience de l'évaluation. De nombreux confrères ont été formés et sont habilités par l'ANAES à ces évaluations en Ile de France. Nous avons mis en place la logistique pour apporter ce service aux médecins franciliens. Cette avance est maintenant un atout majeur dans la course qui s'engage. Nous allons démontrer que nous pouvons et nous voulons continuer à évaluer nos pratiques selon des méthodes validées. Chacun d'entre nous peut participer à cette nouvelle procédure de constatation de la qualité des soins donnés à nos patients : il suffit de s'inscrire auprès de l'URML Ile de France par mail ou téléphone.

Bien confraternellement

Docteur Bernard Huynh  
Président



# Dossier Médical : *le progrès en questions*

*Le Dossier Médical Personnel, qui va se généraliser d'ici 2007, n'est pas sans poser des questions aux médecins chargés de sa tenue. Partisan de cet outil de progrès, le Dr Bernard Huynh président de l'Urml Ile-de-France invite néanmoins les confrères à se rendre au colloque du 13 novembre prochain organisé sous l'égide de la conférence des présidents d'union : « Le DMP en pratique »*

● **Le ministre a fixé à la mi-2007 la fin de la montée en charge du Dossier Médical Personnel, dont la tenue va devenir une obligation conventionnelle. Cette loi va-t-elle dans le bon sens, cette échéance vous semble-t-elle réaliste et tenable ?**

- Dr. Bernard Huynh: Cette loi va dans le bon sens, celui du progrès car la création d'un dossier médical pour chaque malade tenant compte des possibilités de partage offertes par les systèmes d'informations contemporains est inéluctable. En revanche, si le principe est excellent, il faudra faire encore beaucoup de chemin avant que le DMP entre effectivement en pratique et soit utile à la fois au médecin, au patient, à la coordination des soins et à

l'économie de la santé. Cette échéance est raisonnable si le gouvernement y consacre des moyens extrêmement importants, bien entendu financiers, mais aussi en matière de réflexion, pour l'élaboration et la mise en œuvre, et enfin pour convaincre les médecins et les patients de son utilisation. Le dossier médical n'est pas une nouveauté, non plus que l'utilisation de l'outil informatique pour le tenir à jour, ou la communication entre les médecins. Ce qui est nouveau en revanche, c'est la généralisation, avec, hélas, l'illusion que la contrainte permettra de mettre en place le DMP.

● **Quel va être le rôle de l'union vis-à-vis de cette innovation ?**

- Dr. B.H.: L'union a l'intention d'aider les

médecins libéraux à participer au progrès et généraliser le DMP. Mais avant cela, il faut les aider à définir leurs besoins et ceux de leurs malades. Or, il y a actuellement un certain nombre de dispositions de la loi qui ne sont pas du tout réalistes, comme la possibilité donnée à un patient de consulter tout seul son dossier par Internet sur le site du ministère, ou l'obligation d'avoir la carte Vitale du patient pour ouvrir son dossier médical en sa présence. Il faut une réflexion entre les médecins, les patients et les pouvoirs publics. C'est la raison pour laquelle nous organisons le 13 novembre prochain, sous l'égide de la conférence des présidents d'Urml, un colloque autour du dossier médical en pratique, où nous nous efforcerons de trouver des amorces de solutions aux nombreuses questions qui se posent.

## DMP en pratique :

*les médecins posent leurs questions*

**Organisée par la Commission Système d'Information de l'URML Ile-de-France**

**Sous l'égide de la Conférence Nationale des URML**

Le samedi 13 novembre 2004 de 10h00 à 13h00

au Centre Français du Commerce Extérieur

16, avenue d'Iéna – 75016 PARIS

Renseignements : 01 40 64 14 70



*Je souhaite recevoir le programme et participer au colloque DMP:*

Docteur: .....  
Spécialité: .....  
Adresse du cabinet: .....  
Email: .....

Pour soutenir les discussions de cette matinée répondez au questionnaire joint relatifs à vos pratiques d'échange et de transmission des données médicales.

Retournez-nous le questionnaire sous enveloppe à :

**URML Ile-de-France  
104, bld du Montparnasse  
75014 Paris**

Médecins internautes, vous pouvez aussi répondre aux questions en ligne sur le site de l'URML :

**[www.urml-idf.org](http://www.urml-idf.org)**

## DMP

*Mode d'emploi  
au 15 septembre 2004*

- Tout assuré social de plus de 16 ans doit avoir un DMP unique et informatisé contenant tous les éléments diagnostiques et thérapeutiques reportés par les professionnels de santé en ville ou à l'hôpital. La tenue du DMP par le médecin est une obligation conventionnelle,
- Le patient est le seul à avoir un accès automatique à son DMP et à pouvoir déterminer qui pourra y accéder, mais seulement en sa présence. Le dossier sera alors accessible avec la nouvelle carte Vitale, la carte CPS ou un code personnalisé. Les données seront hébergées par un tiers « hébergeur de données de santé à caractère personnel », sélectionné par appel d'offre.
- Le patient qui refuse l'accès de son dossier à un professionnel de santé subira une minoration de ses remboursements par l'assurance maladie,
- Les médecins du travail, les mutuelles ou compagnies d'assurance privées ne peuvent avoir accès au DMP.

# Évaluation : *dès maintenant, c'est possible*

*L'Évaluation des Pratiques Professionnelles est devenue une obligation légale. L'Urml Île de France a décidé d'accélérer les procédures de mise en œuvre des cycles d'évaluation qui s'appuient sur une méthode validée par l'ANAES, et un financement du FAQSV disponible via l'union.*

*Entretien avec le Dr Bernard Ortolan, Président de la Section Généraliste de l'Union, qui explique pourquoi les confrères doivent se lancer sans tarder.*

● **Après que la loi de Santé publique eut confirmé l'obligation de la FMC ou de l'évaluation des pratiques professionnelles, la loi réformant la Sécurité sociale vient de rendre obligatoire l'EPP pour tous les praticiens alors qu'elle n'était jusque-là qu'incitative et volontaire. Comment recevez-vous cette nouvelle règle du jeu ?**

- Dr. Bernard Ortolan: Nous voici dans un changement important par rapport à la ligne fixée par l'ancien ministre de la Santé, le Pr. Jean-François Mattei. L'évaluation des pratiques professionnelles constitue désormais une obligation dont le non-respect, à la différence de la FMC, est assorti de sanctions. Comme il est écrit dans le texte, cette EPP peut être réalisée par un des dispositifs agréés, dans des conditions fixées par décret. Or, le décret de décembre 1999 est maintenant inscrit au code de la Santé Publique. C'est celui qui a permis de créer un modèle d'EPP dont la méthodologie a été élaborée par l'ANAES, donc valide, et a confié sa mise en œuvre aux seules URML. Même si à l'avenir, il en existe d'autres, ce dispositif que l'URML Île de France met en œuvre depuis novembre 2000 reste parfaitement valide et légal. Nous sommes donc parfaitement en mesure, dès maintenant, d'offrir ce service à tous les médecins libéraux généralistes ou spécialistes de la région qui souhaitent s'engager sans tarder dans cette démarche validante et obligatoire, puisqu'ils auront à produire la justification de ce cycle d'évaluation devant les CRMFC qui seront mis en place prochainement.

● **Jean-François Mattei avait ouvert les fonds du FAQSV au financement de l'évaluation lorsque la démarche était optionnelle. Ces fonds suffiront-ils aujourd'hui, dans une perspective d'obligation pour tous les médecins**

- Dr. B.O.: Retenons que ces fonds existent aujourd'hui et qu'ils sont immédiatement disponibles. Pour l'avenir, nous

sommes dans une nouvelle donne où de nombreux décrets d'application doivent être publiés et où le problème du financement sera certainement réabordé. Il est clair que l'union ne pourra pas prendre en charge la totalité des quelque 24 000 médecins libéraux ressortissants de sa région uniquement à ses frais. Il faudra bien que des fonds publics interviennent pour assumer cette obligation, à moins qu'on ne laisse ce financement à la charge des médecins. C'est pourquoi, nous encourageons les médecins à s'engager

dès maintenant dans cette procédure car nous disposons aujourd'hui des financements nécessaires, alors que nous ne savons pas s'ils seront pérennes. En téléphonant au secrétariat de l'Urml Île de France, (ou en retournant la demande ci-dessous. Ndlr), un dossier sera adressé aux confrères généralistes ou spécialistes intéressés, qui seront immédiatement mis en relation avec les médecins habilités chargés de les accompagner. Ceux qui s'engagent dès maintenant valideront sans frais l'obligation pour cinq ans.

## Référentiels d'auto-évaluation de la pratique clinique disponible au 15 septembre 2004

- La tenue du dossier du patient
- Pratique des vaccinations
- Sécurité de la prescription médicamenteuse chez la personne âgée de plus de 70 ans
- Dépistage du cancer du col de l'utérus
- Lombalgie et lombosciatique aiguë: prise en charge diagnostique et thérapeutique initiale des patients
- Contraception oestroprogestative: sécurité de la prescription
- Dépistage des hypercholestérolémies chez les sujets adultes en prévention primaire
- Prise en charge actuelle des patients hypercholestérolémiques âgés de 20 à 70 ans traités par hypocholestérolémiants en prévention primaire
- Hypertension artérielle: prise en charge initiale du patient hypertendu âgé de moins de 65 ans non diabétique
- Hypertension artérielle: suivi du patient hypertendu traité âgé de moins de 65 ans, non diabétique et non insuffisant rénal
- Information et éducation du patient hypertendu non diabétique
- Patient diabétique de type 2 sans complications: suivi dans les derniers 18 mois écoulés
- Patient diabétique de type 2: information et éducation
- La tenue du dossier du patient
- Traitement oral de l'acné
- Conduite à tenir devant un frottis anormal du col de l'utérus
- Prise en charge du couple infertile
- Prise en charge d'un patient atteint de maladie de Parkinson
- Indications de l'adénoïdectomie chez l'enfant
- Indications de l'amygdalectomie chez l'enfant
- HTA à risque cardio-vasculaire élevé
- Prise en charge, évaluation et suivi du patient insuffisance coronaire stable, en dehors du traitement
- Syndrome du canal carpien: stratégie diagnostique et indications thérapeutiques

*Ces référentiels sont disponibles en ligne sur le site de l'URML Ile-de-France: [www.urml-idf.org](http://www.urml-idf.org)  
Les parutions des nouveaux référentiels seront mises à jour régulièrement*

## **EPP: Inscrivez vous maintenant!**

Organisez vous localement, constituez des groupes de six à douze médecins volontaires, et portez candidature à l'URML Ile-de-France avant le 15 octobre 2004 pour une évaluation gratuite, en deux réunions, si achevées avant décembre 2004:

URML Ile-de-France: 01 40 64 14 77  
[secretariat@urml-idf.org](mailto:secretariat@urml-idf.org)

\* Vous pouvez aussi vous engager dans une démarche individuelle.

# ASSURANCE MALADIE : *les nouveautés de la réforme*

*Il va falloir s'habituer à de nouveaux sigles car en matière de gouvernance, la réforme de l'assurance maladie innove. Pour la négociation conventionnelle, les règles changent aussi, tout comme la représentation des professions de santé. Dans l'attente d'une plus ample reconnaissance des médecins, récemment promise par Philippe Douste-Blazy ?*

## HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**Mission :** Évaluer et hiérarchiser le service attendu ou rendu des actes médicaux, prestations ou produits de santé ; évaluer les politiques de prévention ; élaborer des recommandations sur les conditions de prise en charge de certaines pathologies, notamment les ALD ; émettre des recommandations concernant le remboursement ; diffuser les référentiels de bonne pratique et de bon usage des soins auprès des professionnels de santé, et contribuer à l'information du public.

La Haute Autorité aura la charge d'établir et mettre en œuvre les procédures d'EPP, d'accréditation des professionnels et des équipes hospitalières, et de procéder à la certification des établissements de santé. En matière de bon usage et de bonne pratique, elle doit coordonner les travaux de l'AFSSAPS et de l'ANAES.

Cette autorité publique indépendante dotée de l'autonomie financière sera dirigée par un collège de huit membres, qui présideront chacun des commissions spécialisées, et désigneront leur président. La Haute Autorité disposera des services placés sous l'autorité d'un directeur nommé par son président.

## UNION NATIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE (UNCAM)

**Mission :** Coordonner dans le pilotage de l'Assurance maladie, l'action des trois caisses nationales qui proposent et gèrent le budget de leur régime. Le directeur général de l'UNCAM aura, sur mandat du collège de directeurs des trois caisses, la charge de négocier les accords et conventions avec les professionnels de santé, regroupés dans la nouvelle UNPS (voir ci-après).

Par ailleurs, l'UNCAM devra proposer à l'État la liste des actes admis au remboursement et pourra faire varier ces taux, dans les conditions et limites fixées. Elle devra classer les médicaments en trois catégories en fonction de l'avis de la Haute Autorité sur le SMR de ces produits. L'UNCAM sera dirigée par un conseil de

18 membres issu des 3 caisses nationales, et un collège de directeurs des 3 caisses, dirigé par le directeur national de la CNAM (dont le conseil d'administration a été élargi aux représentants de la Mutualité française et d'institutions œuvrant dans le domaine de l'assurance maladie).

## COMITÉ D'ALERTE SUR L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE

**Mission :** Alerter le Parlement, le gouvernement et les caisses en cas d'évolution des dépenses (le seuil d'alerte, qui sera fixé par décret, ne peut excéder 1 %), incompatible avec l'ONDAM. Les caisses devront proposer des mesures de redressement au Comité, placé auprès de la Commission des comptes de la Sécurité sociale.

## UNION NATIONALE DES PROFESSIONS DE SANTÉ (UNPS)

**Mission :** Négocier notamment, les accords interprofessionnels avec l'UNCAM et la future Union des complémentaires. L'UNPS doit également émettre un avis sur les propositions de décision de l'UNCAM et examiner tous les ans un programme de concertation annuel avec l'Union des caisses et l'Union des complémentaires. La composition de l'UNPS doit être définie par décret.

En outre, les règles du jeu de la négociation conventionnelle changent également puisque la loi reconnaît, pour les médecins, un droit d'opposition aux accords conclus si les deux organisations (au moins) opposées au projet de texte ont remporté la majorité absolue aux précédentes élections aux unions professionnelles. En cas de rupture des négociations portant sur un accord-cadre, un accord conventionnel interprofessionnel, une convention et ses avenants, un arbitre sera nommé pour rédiger un règlement arbitral.

## UNION DES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (UNOC)

**Mission :** Participer aux négociations conventionnelles entre l'UNCAM et l'UNPS, nouer des partenariats entre ces deux

instances et émettre des avis concernant notamment les taux de remboursement des médicaments et prestations de santé. L'UNOC regroupera les mutuelles, les institutions de prévoyance et les assurances privées.

## L'INSTITUT DES DONNÉES DE SANTÉ

**Mission :** Veiller à la qualité des systèmes d'information utilisés pour la gestion du risque maladie, et faire un rapport annuel au parlement. L'institut regroupe l'État, les caisses nationales, l'UNPS et l'UNOC.

## L'OBSERVATOIRE DES RISQUES MÉDICAUX

**Mission :** Recevoir toutes les données collectées par les assureurs ou les établissements de santé en cette matière et assumer une publication périodique de ces données. L'Observatoire est rattaché à l'ONIAM.

## AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS)

**Mission :** Coordonner en une seule structure, les missions exercées par les ARH et les URCAM.

Des missions régionales de santé vont être nommées entre les ARH et les URCAM, pour préparer et commencer à exercer des compétences conjointes. Ces missions devront notamment observer l'évolution de la démographie des professionnels de santé en tenant compte des SROSS, pour définir les zones qui peuvent bénéficier d'aides ; après avis du conseil régional de l'Ordre et des syndicats médicaux, proposer l'organisation de la permanence des soins ; élaborer un programme annuel d'actions visant notamment à développer les réseaux, y compris de télé-médecine ; élaborer un programme annuel de gestion du risque dans les domaines hospitaliers et ambulatoires. Ces orientations seront soumises à l'avis de la Conférence régionale de santé.

Les régions volontaires pourront, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006, expérimenter le regroupement en une seule ARS, des actuelles ARH et URCAM.

# Colloque National URML: LES ENJEUX DE LA TARIFICATION À LA QUALITÉ

*En partenariat avec la Conférence Nationale des Présidents de CME, sur initiative de la Section Spécialiste de l'URML Île de France, les URML Languedoc Roussillon, Île de France, Rhône Alpes et PACA ont réuni le 16 juin experts, institutionnels et praticiens pour débattre des impacts de la tarification à l'activité (T2A) sur la pratique des spécialistes libéraux en établissement privé et des enjeux de cette réforme. Déjà en cours dans le public avec une montée en charge étalée jusqu'en 2012, la réforme qui devait débiter le 1<sup>er</sup> octobre dans les établissements privés vient d'être officiellement repoussée au 1<sup>er</sup> décembre 2004.*

À partir d'un modèle économique réalisé par le CRESGE mesurant les modifications de comportements des acteurs - médecins, gestionnaires d'établissements mais aussi patients - les intervenants du colloque ont livré aux participants leurs impressions et opinions quant à la mise en place de la T2A.

Le Docteur Martine Aoustin, chef de la mission T2A à la DHOS, a rappelé que les objectifs de la réforme étaient de dynamiser l'offre de soins publique ou privée par la mise en place d'un système de financement équivalent, qui, à terme, doit entraîner la disparition des dotations globales pour le public et des Objectifs Quantifiés Nationaux pour le privé. Le financement des activités de soins reposera sur un mécanisme lié à l'activité, basé sur des « Groupes Homogènes de Séjour » définis sur la base du PMSI, tandis que les missions d'intérêt général (MIGAC) menées par les établissements publics ou privés, bénéficieront d'une dotation spécifique.

Si la T2A ne devait avoir qu'un impact marginal sur la rémunération des actes des praticiens en établissement privé, des questions persistent et certains praticiens craignent de perdre leur indépendance dans un système normé limitant leur liberté de prescription, notamment pour les prothèses en orthopédie, laisse entendre le Docteur Jacques Caton, Président de l'URML Rhône Alpes. Pourtant le modèle économique du CRESGE développé par Benoît Dervaux démontre que la T2A peut être tout à fait performante pour les établissements. Selon ce

modèle, sous réserve d'objectifs partagés et d'intérêts communs identifiés, et dans le cadre d'un choix éclairé du patient, le couple médecin-gestionnaire en hospitalisation privée s'avère plus efficient et bénéfique que dans le public.

## Maintenance dynamique

Mais cette démonstration théorique nécessitera une confrontation avec le réel, et, comme l'a souligné le Docteur Jean-Claude Gourheux, Président de l'URML PACA, l'intégration des notions de qualité des soins et d'équité, afin d'éviter les effets pervers d'une sélection des risques. À cet égard, Alain Coulobomb, Directeur de l'ANAES, devait confirmer la création par arrêté d'un observatoire de l'évaluation de la réforme de la T2A - une instance présidée par la future Haute Autorité de Santé - chargée de mesurer, notamment par le prisme de la qualité, les évolutions de l'offre de soins.

Délégué général de la FHP, Loïc Geoffroy l'a affirmé : après l'immobilisme passé, le temps de la réforme est venu. Certes. Et même si le dispositif semble plutôt favorablement accueilli par les acteurs privés et libéraux, habitués à la performance et au paiement à l'acte, il n'en suscite pas moins une crainte, évoquée par le Dr Bruno Silberman, Président de la Section Spécialistes de l'URML Île de France concernant la maintenance du dispositif qui, sans réelle réactivité ni dynamisme, risque de scléroser les innovations.

Dispositif néanmoins favorablement accueilli par Philippe Ritter, Directeur de l'ARH Île de France, qui souhaite plus

de transparence dans l'allocation des ressources et perçoit, au travers de la T2A, une aide à la décision des Agences pour une meilleure gestion de l'offre de soins par territoire, en association étroite avec libéraux et CME.

Pourtant Claude Le Pen est resté mesuré. Pour ce professeur d'économie, les notions de qualité ou d'organisation ne sont pas exclusivement liées aux modes de financement ; il s'agit avant tout d'une volonté politique partagée par les acteurs. Il préfère laisser le temps à l'analyse en concluant : « On verra ».

Conclusion reprise par le Docteur Halligon, Président de la Conférence Nationale des Présidents de CME d'hospitalisation privée et le Docteur Bernard Huynh, Président de l'URML Île de France, qui prennent date pour une prochaine réunion en 2005, premiers impacts de cette réforme en main.

Actes du colloque disponible sur demande par email :  
secretariat@urml-idf.org  
ou consultables sur le site :  
www.urml-idf.org

# UNE NOUVELLE NOMENCLATURE TECHNIQUE : la CCAM

## accouchement sans anesthésie

*La nouvelle CCAM pour les actes techniques doit officiellement entrer en vigueur au 1<sup>er</sup> octobre prochain, mais les positions des syndicats médicaux et des caisses se sont raidies dans la dernière route droite. Quatre élus de la Section Spécialiste de l'URML Ile de France, les Drs Jean-François Thébaut, cardiologue, Jean-Gabriel Brun, chirurgien, Pierre Lanot, anesthésiste et Gérard Rousselet, dermatologue expliquent pourquoi.*

La réunion du 8 septembre devait être conclusive. Elle a dû se prolonger par une autre rencontre au sommet, le 15 septembre. Selon les témoins, on semble prendre du retard... Pourquoi ces derniers soubresauts alors que les deux parties négociatrices avaient réussi à signer le 26 août dernier, un relevé de conclusions unanimement salué? (voir en encadré).

«Le magnifique outil qu'est la CCAM, qui devait permettre une modernisation et une actualisation de la NGAP obsolète selon une hiérarchisation des actes, a été dévoyé par les opérateurs pour en faire un outil de régulation économique» explique avec agacement Jean-François Thébaut, par ailleurs secrétaire général de l'UMESPE. «Le Pôle Nomenclature a été incapable de faire des simulations cohérentes sur la base de l'accord retenu et déterminer le montant de l'enveloppe à allouer pour qu'il n'y ait aucun perdant à J-0, c'est-à-dire sur 3 ou 5 ans pour les spécialités concernées». Il poursuit : «Dans le domaine de l'imagerie interventionnelle, par exemple, on a demandé aux experts de travailler sur l'aspect quantification du travail médical, sans tenir compte du coût financier. Alors aujourd'hui, si l'on compare avec la

### Tarifs soldés pour les dermatologues franciliens

Début septembre la presse annonçait une réévaluation de 21% pour les dermatologues, les plaçant au premier rang des gagnants du Tirage de la CCAM. Cela ne pouvait que réjouir ces spécialistes, dont les revenus moyens sont depuis des années au bas de l'échelle.

À y regarder de plus près, c'était une fausse bonne nouvelle – particulièrement pour les franciliens, dont les charges sont plus élevées que partout ailleurs : l'exé-

rèse d'un naevus suspect, acte le plus fréquent et le plus lourd de conséquences, passerait de 41 à 29 €. Les frais techniques (matériel jetable) et d'amortissement sont évalués par le syndicat national à 85 € pour une intervention de chirurgie dermatologique. La prise en charge par les dermatologues franciliens des cancers cutanés pourrait bientôt tenir de l'apostolat bénévole!

Dr Gérard Rousselet

NGAP et les différents forfaits attachés à certains actes, le compte n'y est pas. Il peut y avoir de 10 à 25 % de perte de chiffre d'affaires »

### Mesures de suivi

De manière générale, les médecins spécialistes les plus au fait des discussions s'attendent à de «grosses restructurations et un recadrage de certaines activités dans certaines spécialités», c'est en tout cas ce que prédit le Dr Pierre Lanot. Dans sa spécialité, l'anesthésie, : «Les actes lourds seront revalorisés, mais on ne sait rien des "petits actes" qui ne sont pas obligatoires, comme l'anesthésie pour l'endoscopie, surtout la fibroscopie, ou bien en cardiologie interventionnelle. Il y aura une désaffectation des anesthésistes pour ces actes-là, ce qui est incohérent en regard de la loi de 2002 qui faisait de la lutte contre la douleur et de la iatrogénie, une priorité du ministère», relève-t-il en mettant de grands espoirs sur les mesures de suivi. Pourtant, souligne-t-il, «Il n'est pas normal que la CCAM fasse des perdants dans son application immédiate après quinze ans de blocage des honoraires!»

«Il va y avoir de très importantes restructurations dans certaines spécialités», confirme le Dr Thébaut. «Les caisses ne feront qu'un suivi à la baisse. Avec le mécanisme compensatoire, un acte qui

perd 10 % de sa valeur avec la CCAM, est assuré au mieux de ne plus perdre pendant les 5 ans à venir. Après dix années de blocage, cela signifie que la valeur intrinsèque de l'acte baisse».

Président de l'UCCSF (les chirurgiens de l'ALLIANCE), le Dr Jean-Gabriel Brun se félicite en tout cas d'avoir réussi, avec son accord à l'arraché, à «améliorer la CCAM pour une discipline désertée et sinistrée». Pour lui, il était normal que la chirurgie «discipline monogame, où le praticien est seul de bout en bout avec son patient», bénéficie d'une «discrimination positive par rapport aux disciplines où les praticiens peuvent mettre en route plusieurs actes à la fois». Et le Dr Brun le confirme: «Il faut accepter la philosophie de la CCAM, une valeur de point travail unique et des aides rapides». «On va observer ce qui se passe les premiers mois, spécialité chirurgicale après spécialité chirurgicale, au niveau des plateaux techniques et de la réalité des actes», prévient le Dr Lanot qui relève néanmoins, en mêlant T2A et CCAM, qu'il «était important de bouger». Une opinion partagée par Jean-François Thébaut qui, tout en prédisant un retard pour la mise en place de la CCAM, salue dans cette réforme, «des points très positifs pour la santé publique dans l'optique de l'utilisation de l'outil informatique, du SNIIRAM et de la transmission des données aux unions professionnelles».

### Les balises de la CCAM technique

1. Mise en place d'une instance de maintenance technique chargée d'assurer le suivi et de conduire les travaux préparatoires aux ajustements successifs nécessaires à la liste des actes remboursables;
2. mise en place d'un dispositif d'accompagnement: majoration dégressive, ACBUS, contrats d'adaptation pour les spécialités désavantagées ou forfaits modulables pour les chirurgiens privés, signataires le 24 août, d'un protocole leur garantissant notamment, au 1<sup>er</sup> avril 2005, une revalorisation de 25 % de leurs actes. Une enveloppe de 180 millions d'euros a été mise sur la table par les caisses;
3. et enfin mise en place d'un observatoire pour le suivi économique et les rémunérations des professionnels.
4. organisation d'une négociation sur la valeur du point, à venir.

# Du nouveau pour la télétransmission des feuilles de soins :

*Du Réseau Santé Social au Réseau Sésame Vitale accompagné de la version 1.40 : des raisons de plus de faire le choix d'un réseau OCT professionnel.*

Une lecture accompagnée des évolutions par le Dr Jean François Thébaut – Président de la Commission Système d'Information de l'URML Ile-de-France.

Dans le cadre de l'appel d'offres réseau et messagerie du futur réseau SESAM-Vitale qui va remplacer le RSS, deux opérateurs ont été choisis par le GIE.

France Telecom/Transpac se consacrera aux services réseaux privatifs sécurisés alors qu'Atos Origin Multimedia déploiera son expertise sur la partie services de messagerie relatifs aux flux de facturation de l'Assurance Maladie Obligatoire et Complémentaire.

Ce réseau assurera la continuité du service à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2004, date de fin de la concession de service public «Réseau Santé Social» confiée à CEGETEL-RSS.

Ce réseau devrait être également un des moyens permettant aux organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (mutuelles, organismes de prévoyance, assurances santé) de recevoir directement des Demandes de Remboursements Électroniques (DRE) en provenance des professionnels de santé, évolution prévue dans le cadre du cahier des charges 1.40 du GIE SESAM-Vitale.

La mise en place du Réseau SESAM-Vitale durant les trois premiers trimestres 2004 a pour objectif de basculer du RSS vers le RSV fin octobre 2004.

En résumé: à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2004, les organismes d'assurance maladie recevront les flux de facturation produits par les professionnels de santé via la plateforme de messagerie d'ATOS et véhiculés par le réseau de France Telecom, au lieu de les recevoir via la plate-forme de messagerie de Cegetel-RSS.

Ce changement opéré en plusieurs étapes ne sera visible que par les organismes d'assurance maladie.

Le poste de travail des professionnels de santé ne nécessitera a priori pas de mise à jour et la migration n'aura aucun impact pour les patients.

Malgré tout dans le cadre de l'organisation de notre profession il apparaît de plus en plus nécessaire de disposer d'un système d'information professionnelle qui garantisse l'indépendance de la profession.

Cette indépendance c'est vous qui la décidez en faisant le choix d'un réseau professionnel de transmission (OCT): c'est pourquoi l'URML Ile-de-France a développé un OCT qui est le vôtre et qui vous offre un service gratuit et professionnel de télétransmission opérationnel avec l'ensemble des logiciels marché.

Faire ce choix c'est garantir l'avenir d'un système d'information libéral performant à usage scientifique et professionnel.

Décider de confier ces FSE à un OCT professionnel c'est aussi confier la gestion du remboursement complémentaire à un organisme qui vous défend et qui assure la traçabilité des flux.

Pour tout renseignement :  
URML Ile-de-France :  
01 40 64 14 70  
secretariat@urml-idf.org

## Livres choisis

*Libéraux et / ou franciliens les médecins publient :*

### Urgences Code 112 :

Pratique le code téléphonique européen des urgences par le Dr Jérôme Lehmann aux éditions de l'école de médecine



### Médecine et Société : Éthique, politique et santé

par le Professeur Christian Hervé, Faculté de Médecine de Necker - Laboratoire d'Éthique Médicale aux Éditions PUF.

### La Sagesse du Médecin,

Luc Perino,

L'Œil 9 Éditions, 112 p., 12 €  
« Dans un petit livre plein d'humanité, Luc Perino analyse avec justesse la condition de médecin libéral en abordant de front les questionnements les plus intimes et bouscule sans ménagement le tabou de l'argent. Un livre pour tous. »



*Info région: Le Dr Jean Manuel Tétou, médecin généraliste à Paris, élu de l'URML a été promu Chevalier de l'Ordre National du Mérite.*

## La 1.40 ?

**Les évolutions prévues de la 1.40 : quatre points majeurs :**

Gestion des Organismes complémentaires (AMC) : Messages DRE ;

Évolution des données, intégration de la CCAM ;

Gestion des remplaçants ;

Chiffrement des données, mécanisme de sécurisation.



# Enquête « sortie hôpital »

La commission Évaluation de l'Union met en place une enquête des pratiques qui a pour objectif de faire un état des lieux sur la sortie d'hôpital de nos patients.

Cette étude devra favoriser la continuité des soins entre la Ville et l'Hôpital. Elle permettra d'améliorer la pratique quotidienne de la médecine en ville grâce notamment à un meilleur suivi et une meilleure visibilité du parcours des patients, pendant et après leur hospitalisation.

Plusieurs items permettent d'atteindre ces objectifs :

- *Recueillir la présence des éléments qui concourent à la continuité des soins.*
- *Analyser les éventuels dysfonctionnements*
- *Recueillir les solutions à ces dysfonctionnements proposées par la profession médicale.*
- *Analyser l'éventuel bénéfice de la prise en charge d'un patient dans le cadre d'un réseau de santé.*

Le projet a pour cible les médecins de soins primaires à savoir les médecins généralistes, les gynécologues, les psychiatres et les pédiatres.

La production des résultats permettra de faire une recommandation forte aux hospitaliers sur l'usage de la lettre de sortie dans la perspective de la continuité des soins en ville des patients après leur hospitalisation prévue dans la loi du 4 mars 2002.

## Je souhaite participer à l'enquête Sortie Hôpital

Docteur: .....

Adresse du cabinet: .....

N° de téléphone: .....

N° de fax: .....

Email: .....

Ce bon permettra à la Commission Évaluation de prendre contact avec vous.  
 Coupon à retourner par courrier à  
**l'URML IDF Enquête Sortie Hôpital**  
**104, boulevard du Montparnasse**  
**75682 PARIS CEDEX 14**  
 ou par Email à [secretariat@urml-idf.org](mailto:secretariat@urml-idf.org)  
 ou par fax au **01 40 64 14 87**

## « Les Machaons 2005 »

### Prix de thèse en médecine libérale

Dans le cadre de l'édition des « Machaons » 2005, l'URML IDF décernera trois prix aux médecins ayant soutenu leur thèse en Ile-de-France au cours des deux dernières années et dont le sujet porte sur des enjeux de santé publique liés à la médecine libérale.  
 Les prix sont dotés de 6000, 3 000 et 1 500 euros.

Dépôt des thèses avant le 10 décembre 2004  
 Renseignement sur le site Internet de l'URML-IDF :  
[www.urml-idf.org](http://www.urml-idf.org)

Un comité de lecture de praticiens libéraux en exercice :  
 Afin de constituer le comité de lecture du prix l'URML-IDF fait appel à votre expertise pour lire et analyser les travaux des étudiants.

Avec le soutien de

sous le parainage de

en partenariat avec

## Je souhaite participer au comité de lecture du Prix « Machaon » 2005 :

Docteur: .....

Adresse du cabinet: .....

N° de téléphone: .....

N° de fax: .....

Email: .....

Souhaite participer au comité de lecture du prix de thèse 2005 (un maximum de trois thèses tirées au sort par lecteur).  
 Ce bon permettra au comité d'organisation de prendre contact avec vous. Coupon à retourner par courrier à **l'URML IDF – Prix de Thèse 2005 - 104, boulevard du Montparnasse 75682 PARIS CEDEX 14**  
 ou par Email à [prixdethese@urml-idf.org](mailto:prixdethese@urml-idf.org), ou par fax au **01 40 64 14 87**