

Arrêté du 26 août 2002 portant approbation d'un accord national de bon usage des soins

NOR : SANS0222796A

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,
Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-12-17 et L... 162-15,
Arrête :

Art. 1er. - Est approuvé l'accord de bon usage des soins conclu le 1er juillet 2002, annexé au présent arrêté, entre, d'une part, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse centrale de mutualité sociale agricole et la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et, d'autre part, la Fédération française des médecins généralistes.

Art. 2. - Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 26 août 2002.

Jean-François Mattei

A N N E X E
ACCORD NATIONAL DE BON USAGE DES SOINS

Entre, d'une part,

M. Pierre Costes, président de la Fédération française des médecins généralistes MG France,

Et, d'autre part,

M. Jean-Marie Spaeth, président du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

Mme Jeannette Gros, présidente du conseil d'administration de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ;

M. Gérard Quevillon, président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes ;

Considérant l'article L. 162-12-17 du code de la sécurité sociale, qui définit les AcBUS, l'article L. 162-3 du code de la sécurité sociale, qui précise « que les consultations médicales sont données au cabinet du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état », l'article no 3 de l'avenant no 10 à la convention nationale des médecins généralistes, qui prévoit que les partenaires conventionnels signeront un AcBUS avant le 1er juillet 2002, il est convenu de ce qui suit :

Préambule

La France reste le pays d'Europe où il subsiste un grand nombre de déplacements de médecins généralistes hors cabinet.

Les parties signataires entendent favoriser les soins dispensés au cabinet du médecin. En effet, sauf lorsque le patient n'est pas en mesure de se déplacer, les soins dispensés au cabinet du médecin apportent une meilleure garantie de qualité au patient et contribuent à améliorer les conditions d'exercice des médecins généralistes.

Article 1er

Champ de l'accord

Le présent accord régit les obligations respectives des caisses et des médecins généralistes conventionnés, concernant la bonne utilisation des visites à domicile.

Les parties signataires conviennent que les soins hors cabinet justifiés peuvent à ce titre bénéficier d'une majoration (intitulée MMD puis MD à compter du 1er octobre) dans les conditions fixées par la NGAP. Actuellement et sur l'exercice 2002, elles estiment que 30 % des déplacements pourraient bénéficier de cette majoration.

Article 2

Etat des lieux

Article 2-1 : au niveau national

En 2001, 65 millions de visites (V) ont été remboursées par l'assurance maladie.
Le taux de V sur l'ensemble des actes cliniques :

V

= 23,5 %

V + C

Le nombre de V pour 1 000 habitants est de 1 100.

Article 2-2 : au niveau régional

Au niveau régional, l'état des lieux donne les informations consignées ci-dessus :

Omnipraticiens libéraux
Visites : variations régionales

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO
n° 202 du 30/08/2002 page 14424 à 14426

Les parties signataires constatent les fortes disparités régionales existant actuellement et qui ne sont pas systématiquement justifiées par des critères d'ordre médical (par exemple : la proportion des personnes en ALD, toutes personnes âgées) ou d'ordre environnemental (par exemple : la ruralité).

Article 3

Objectif médicalisé d'évolution des pratiques

Article 3-1 : au niveau national

Pour la première année d'application de l'accord, le nombre de soins hors cabinet, avec majoration de déplacement ou non, doit diminuer de 5 %.

Article 3-2 : au niveau régional

Les parties signataires souhaitent une réduction des disparités entre les régions. A cet effet, des AcBUS déclineront au niveau de chaque région les actions et les moyens mis en oeuvre afin de permettre le respect de l'objectif national cité à l'article précédent.

Ces AcBUS seront transmis aux caisses nationales et centrale dans les délais permettant leur application dès le 1er octobre 2002.

Article 4

Les parties signataires demandent aux pouvoirs publics d'étendre l'application de la MMD aux personnes en ALD, quel que soit l'âge, pour les ALD suivantes :

Accident vasculaire cérébral invalidant ;

Forme grave d'une affection neuromusculaire (dont myopathie) ;

Maladie de Parkinson ;

Mucoviscidose ;

Paraplégie ;

Sclérose en plaques.

Article 5

Référentiel de bon usage des soins à domicile

Article 5-1 : majoration pour critères médicaux

Les parties signataires demandent que les cas ouvrant droit à la facturation par le médecin de la majoration de déplacement qui seront définis par la NGAP soient identiques à ceux ouvrant droit à la facturation de la MMD, après prise en compte des modifications demandées à l'article 4 ci-dessus. Elles demandent en outre que, dans les cas visés au paragraphe ci-dessus, la NGAP prévoie que le médecin ne peut percevoir la MD qu'à la condition que l'état de dépendance du patient soit conforme aux critères définis par le référentiel médical annexé au présent accord.

Les parties signataires décident d'évaluer la pertinence de ce dispositif en confiant aux instances conventionnelles régionales une mission de suivi et d'évaluation de l'application de cette majoration dans leur région. Durant cette phase d'évaluation, le médecin pourra, à titre exceptionnel, percevoir une majoration de déplacement en cas de soins à domicile pour une personne qui ne relève pas du premier paragraphe mais dont l'état de dépendance est manifestement conforme aux critères définis par le référentiel médical annexé au présent accord. Le médecin, dans ce cas, doit pouvoir communiquer le motif de la facturation de la MD. Les résultats de cette évaluation transmis aux parties signataires nationales permettront, le cas échéant, une actualisation des critères ouvrant droit à la perception de cette majoration.

Article 5-2 : majoration pour critères d'environnement

Les parties signataires demandent que la NGAP prévoie que le médecin peut exceptionnellement facturer une MD pour les soins dispensés au domicile des personnes dont les difficultés d'accès à des soins non programmés sont liées à l'insuffisance d'une offre de proximité cumulée à une situation personnelle qui entrave leur mobilité conformément aux critères ci-après définis et repris en annexe au présent AcBUS.

A cet effet, elles s'accordent à prendre en compte au niveau national des critères à la fois géographiques et médico-sociaux, qui seront précisés dans le cadre des déclinaisons régionales du présent accord.

Au titre des critères géographiques, les AcBUS régionaux fixent les zones où sont constatées des difficultés d'accès aux soins de premier recours. Ces zones doivent être cohérentes avec le zonage fixé par le préfet de région en application de l'article 39 de la LFSS pour 2002.

Les situations personnelles susceptibles d'être retenues dans les accords régionaux pour ouvrir droit à la facturation par le médecin de la MD pour les soins non programmés dans les zones géographiques précitées tiendront compte de l'âge des patients, en particulier de plus de quatre-vingts ans, et de la composition de la famille lorsqu'elle a une incidence sur la capacité à se déplacer au cabinet du médecin.

En fonction de leurs spécificités, les régions fixent et justifient une proportion de MD pour critères environnementaux.

La traçabilité et le suivi des visites bénéficiant d'une MD au titre des critères d'environnement seront assurés par les instances conventionnelles régionales prévues par l'article 3-6 de l'avenant no 8.

Le médecin doit être en mesure de communiquer le motif justifiant la MD.

Article 6

Actions mises en oeuvre

Les parties signataires conviennent de la nécessité de mettre en place un programme de communication afin de modifier les comportements.

A court terme, une information tactique sur le bon usage de la visite sera programmée.

Sur 2003-2004, ce programme de communication sera inscrit dans les campagnes de l'assurance maladie.

Les accords régionaux devront relayer ce programme national de communication en développant notamment des actions les mieux adaptées aux contextes locaux.

Ils devront aussi formaliser la volonté des praticiens d'organiser leur cabinet de manière à favoriser l'accueil des consultations non programmées.

Article 7

Suivi de l'accord

Les parties signataires conviennent de faire des bilans réguliers de l'application de l'accord, en tout état de cause, au minimum avant la fin du mois de février de l'année n pour chaque année n - 1.

Cet accord fera l'objet d'un avenant annuel en vue de déterminer le taux annuel de baisse attendu pour l'année.

Compte tenu du bilan réalisé par les parties signataires et des propositions formulées au niveau des régions, des extensions pour l'application de la MMD à de nouvelles situations pourront être prévues.

Au niveau régional, les instances conventionnelles régionales créées par l'avenant no 8 à la convention nationale des médecins généralistes seront chargées du suivi des accords régionaux.

Article 8

Résiliation de l'accord

L'accord peut être résilié par décision d'une des parties en cas de :

- violation grave et répétée des engagements de l'accord du fait de l'une des parties ;
- modification législative ou réglementaire affectant substantiellement les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec avis de réception à tous les signataires de l'accord. Elle prend effet à l'échéance d'un préavis de deux mois.

Fait à Paris le 1er juillet 2002.

P. Costes,

président de la Fédération française
des médecins généralistes MG-France

J.-M. Spaeth,

président du conseil d'administration
de la Caisse nationale
de l'assurance maladie des travailleurs salariés

J. Gros,
président du conseil d'administration
de la Caisse centrale
de mutualité sociale agricole

G. Quevillon,
président du conseil d'administration
de la Caisse nationale
d'assurance maladie des professions indépendantes

A N N E X E

REFERENTIEL D'AIDE A LA JUSTIFICATION DU DEPLACEMENT DU MEDECIN GENERALISTE AU DOMICILE DU PATIENT

1. Référentiels médicaux : ils décrivent des situations cliniques ne permettant pas le déplacement du patient en dehors de son domicile :

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

2. Référentiels « environnementaux » : ils décrivent des situations environnementales ne permettant pas le déplacement du patient en dehors de son domicile dans les zones géographiques où ont été constatées des difficultés d'accès aux soins de premier recours, notamment :

- personnes âgées de plus de quatre-vingts ans ;
- composition de la famille lorsqu'elle a une incidence sur la capacité à se déplacer au cabinet du médecin.