

CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS

(CSMF) SYNDICAT DES MÉDECINS LIBÉRAUX (SML) FÉDÉRATION DES
MÉDECINS DE FRANCE (FMF)

CONFÉDÉRATION GÉNÉRALE DU TRAVAIL – FORCE OUVRIÈRE (CGT-FO)
CONFÉDÉRATION GÉNÉRALE DU TRAVAIL (CGT)

CONFÉDÉRATION FRANÇAISE DES TRAVAILLEURS CHRÉTIENS (CFTC)

CONFÉDÉRATION FRANÇAISE DE L'ENCADREMENT (CFE-CGC)

RAPPORT DU « G7 » POUR UN PROJET AMBITIEUX ALTERNATIF

Les sept organisations membres du « G7 » sont d'accord sur un projet ambitieux d'une véritable réforme de l'Assurance Maladie.

Prenant acte que le système conventionnel est dans l'impasse, elles ont engagé des travaux en vue de :

- Reconstruire un système de santé qui conjugue médecine libérale et système de protection sociale basé sur la solidarité et l'égalité des droits, - Rebâtir un système conventionnel entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux avec une convention unique, - Redonner aux partenaires conventionnels un réel pouvoir pour s'opposer au processus d'étatisation, en redéfinissant les champs de compétence des caisses d'assurance maladie et de l'Etat.

Le « G7 » propose une alternative à la maîtrise comptable par une réelle maîtrise médicalisée engendrée par la future convention médicale.

Cette maîtrise ne peut se concevoir que dans le cadre d'une véritable compétence des partenaires conventionnels sur l'ensemble du secteur ambulatoire comprenant les honoraires, les prescriptions, et les établissements de soins privés.

Le « G7 » milite pour un nouveau système conventionnel qui s'inscrit dans un choix de société maintenant un système de santé à la française et préservant en particulier la liberté de choix du patient.

Dans cette perspective, la dualité secteur 1 / secteur 2 ne semble pas être aujourd'hui la solution adaptée. Le « G7 » propose un secteur où les actes médicaux sont rémunérés à leur juste valeur et où existent toutes les garanties de la qualité pour une finalité qui est l'amélioration de l'égal accès aux soins pour tous les assurés.

Le « G7 » est conscient que cette modernisation a un coût d'investissement indispensable. C'est pourquoi il sollicite le gouvernement pour organiser, dans les plus

brefs délais, une clarification des engagements financiers des charges qui lui incombent (exonérations de charges de toutes natures). Le « G7 » n'exclut pas le recours éventuel à des ressources appropriées.

Par ailleurs, les membres du « G7 » préconisent une amélioration très significative de la prise en charge des consultations, ainsi que le développement d'accords de dispense d'avance de frais et de la monétique.

Les membres du « G7 », dans la rédaction du présent rapport, se sont inscrits dans une démarche globale.

Les thèmes abordés ci-après constituent un ensemble cohérent de propositions. Ils ne sont volontairement pas exhaustifs afin de pouvoir en discuter, en particulier avec les autres professions de santé.

Les éléments de cet ensemble sont solidaires les uns des autres, et ne sauraient être dissociés.

SOMMAIRE

Préambule

Partenariat conventionnel

Chapitre I

De l'égal accès aux soins

I Évaluation des besoins

II Offre de soins et démographie médicale III Modalités d'exercice de la médecine

Chapitre II

De la qualité des soins

I Evaluation des pratiques professionnelles et Formation médicale continue II
Recommandations de bonnes pratiques et références médicales III Coordination entre
acteurs de soins

Chapitre III

De l'optimisation des dépenses

I La maîtrise médicalisée et concertée de l'évolution des dépenses

II Définition, valeur et rémunération des actes

Chapitre IV

Du respect des engagements conventionnels

ANNEXES

Annexe 1 Modalités d'aide au départ ou à la reconversion

Annexe 2.A Evaluation des pratiques collectives - Observation des pratiques

Annexe 2.B Evaluation des pratiques collectives - La confrontation des résultats

PREAMBULE

I But et intérêts d'un système conventionnel

La convention médicale doit constituer l'articulation entre le mode libéral d'exercice de la médecine et la socialisation des ressources. Dans cet esprit, le principe fondateur d'une convention étant de rapprocher les intérêts de chacune des parties contractantes, les "membres du G7" s'engagent à rechercher, dans le cadre d'une convention unique, l'amélioration constante de la qualité des actes médicaux rémunérés à leur juste valeur, de l'accès aux soins et à la prévention pour tous.

Les "membres du G7" se fixent les objectifs suivants :

- Garantir un égal accès de tous à des soins de qualité et à une prévention adaptée ;
- Respecter le libre choix de l'assuré et la liberté de prescription du médecin ;
- Optimiser, sans rationner les soins, l'utilisation du produit des cotisations sociales quelle que soit la conjoncture économique, par la mise en place de tous les outils de la maîtrise médicalisée et concertée de l'évolution des dépenses d'Assurance Maladie.

Les "membres du G7" affirment que le développement d'une politique contractuelle entre les caisses d'assurance maladie et les médecins constitue le moyen approprié à la mise en œuvre de ces objectifs. Ces accords entre partenaires peuvent également avoir pour objet de proposer des modifications de la loi. Par ailleurs, leurs déclinaisons n'ont pas obligatoirement vocation à demeurer dans le champ conventionnel.

II Partenariat conventionnel

Dans une volonté de consensus, seul garant du succès des engagements, les "membres du G7" estiment indispensable :

- de rétablir une convention unique et nationale pour l'ensemble des médecins libéraux, pouvant être complétée, autant que de besoin, par des volets spécifiques pour les modes d'exercice ou les disciplines le nécessitant, et à prendre en compte, le cas échéant, sur la base de cette convention nationale, les spécificités locales qui pourront faire l'objet d'adaptations concrètes ;
- de préciser les droits et devoirs de chacun dans le respect mutuel ainsi que les structures et modalités du partenariat conventionnel ;
- de respecter la majorité de représentation des parties en ne demandant la validation, tout comme pour la convention elle-même, d'aucun avenant ne portant la signature :
- d'au moins deux caisses d'assurance maladie dont la CNAMTS, - d'au moins deux organisations professionnelles représentatives pour les médecins libéraux, ces organisations devant représenter ensemble au minimum 50% des suffrages exprimés aux dernières élections aux URML dans chacun des collèges généralistes et spécialistes ;
- de ne faire aucune discrimination parmi l'ensemble des médecins adhérant à la Convention, et en particulier de n'en favoriser aucune catégorie par rapport à une autre ;
- de même, de ne faire aucune discrimination parmi les assurés sociaux en ce qui concerne leur mode d'accès aux soins ;
- de partager dans la transparence la totalité des informations, tant économiques que de santé, nécessaires à la bonne gestion du dispositif.

Par ailleurs, le partenariat conventionnel, pour qu'il puisse vivre pleinement, nécessite une redéfinition des rôles entre l'Etat, les partenaires sociaux et l'ensemble des professionnels de santé.

Enfin, la mise en place d'une convention nationale cadre concernant l'ensemble des professionnels de santé exerçant en milieu libéral apparaît nécessaire.

CHAPITRE I

De l'égal accès aux soins

I Evaluation des besoins : de l'échelon régional à l'échelon national

L'évaluation des besoins est un des outils essentiels à la définition de la politique de santé publique dont la responsabilité incombe à l'Etat.

Les moyens de cette évaluation des besoins existent, même s'ils sont sans doute perfectibles.

Il importe à tous le moins de les développer et de les mettre en cohérence.

A cet égard, il est nécessaire que la production actuelle des observations, études et enquêtes épidémiologiques, démographiques, puissent permettre aux différents niveaux pertinents, départemental, régional et national, d'appréhender l'état sanitaire de la population ainsi que son évolution, d'en dégager les grandes tendances et dévaluer les besoins.

Une évaluation régionale des besoins de santé

La région pourrait être le lien de centralisation et d'études des diverses données recueillies permettant d'établir une cartographie des besoins. Sous réserve de mieux préciser leur rôle, les structures existent, qu'il s'agisse :

Ø Des DRASS ; Ø Des observatoires régionaux de santé ; Ø Des URML ; Ø Des Caisses d'assurance maladie ;

Les conférences régionales de santé pourraient, à partir des travaux des différentes structures, préconiser des objectifs susceptibles d'améliorer la couverture des besoins en matière de prévention et de soins.

Une évaluation nationale des besoins

La conférence nationale de santé, dans une conception démocratique de la composition et de son fonctionnement pourrait être le lieu d'une large concertation permettant de dégager les besoins de santé au plan national sur la base :

Ø des données régionales ; Ø du rapport du Haut Comité de la santé publique ; Ø des données épidémiologiques et statistiques de la CNAMTS et des organismes nationaux d'assurance maladie ; Ø des reports d'activité des institutions sanitaires ; Ø des travaux de l'INSERM ; Ø d'un report des caisses nationales d'assurance maladie, associant les partenaires conventionnels. II Offre de soins et démographie médicale :

Pour une adéquation entre l'offre et la demande de soins par rapport aux besoins

A - Exposé du problème

Dans le système actuel de distribution de soins, il est clairement admis par tous que la réponse aux besoins est parfois, dans certains secteurs, soit excessive, soit déficitaire. Il existe en effet une inégalité de répartition géographique ainsi qu'une inégalité en terme de disciplines. Ces inégalités remettent en cause le principe d'égal accès de tous aux soins et à la prévention. Il convient de mettre en place des mécanismes qui permettent de corriger ce déséquilibre.

B – Mécanisme préconisé

Les "membres du G7" s'entendent pour que soit créé un Observatoire de la Démographie Médicale. Cet organisme permanent sera chargé de l'élaboration de deux cartes sanitaires : une carte de l'offre et une carte des besoins de soins, points de repère des évolutions à venir. Cette cartographie devra être ventilée par spécialité et par région géographique.

L'Observatoire sera cogéré par les partenaires conventionnels.

Dans un premier temps, les "membres du G7" demandent qu'une expérimentation soit effectuée dans trois régions a priori excédentaires ou déficitaires, par exemple : - Provence Alpes Côte d'Azur, - Ile de France - Nord Pas de Calais.

Quand la répartition par discipline apparaît déséquilibrée, les différents cas sont à considérer discipline par discipline, de manière à identifier l'origine du déséquilibre.

C - Les moyens de régulation

1°) L'objectif que se fixent les "membres du G7" :

Sur la base de la carte sanitaire des besoins de soins précitée, les partenaires conventionnels doivent être associés à la détermination du numerus clausus à l'entrée des études médicales, de manière à anticiper la réponse aux besoins.

De plus, conscients qu'il deviendra indispensable à l'avenir que le conventionnement des médecins libéraux soit organisé de manière à apporter la meilleure réponse possible aux besoins de soins de la population, les "membres du G7" proposent de mettre en œuvre un conventionnement adapté.

Par conventionnement adapté, les "membres du G7" entendent que les médecins qui demanderont à être conventionnés par l'Assurance Maladie devront choisir, en fonction de leur discipline, des zones géographiques d'installation où des besoins auront été identifiés. Ces zones de conventionnement seront définies par les partenaires conventionnels sur la base de la carte sanitaire des besoins de soins précitée étant entendu que la convention garantira que tous les médecins qui en feront la demande seront conventionnés .

Cette orientation sera mise en œuvre dans la plus grande transparence de manière à ce que les médecins actuellement dans le circuit de la formation médicale initiale ne soient pas concernés par cette évolution, dans la mesure où ils n'en étaient pas informés au moment de choisir leur orientation.

Toujours inscrits dans la volonté d'offrir à la population une réponse médicale adaptée à sa demande et aux évolutions de celle-ci, les partenaires conventionnels devront s'engager à mettre en place des passerelles de façon à permettre une ventilation médicale au niveau géographique.

Au niveau professionnel, des passerelles seront également mises en place entre les différentes disciplines .

2°) Les mesures transitoires que proposent les "membres du G7":

En attendant, dans une première approche, il importe d'adopter une démarche pragmatique prenant en compte la réalité et les besoins déjà identifiés.

Des dispositifs d'incitation à l'installation et/ou au départ de médecins dans les zones sous ou surmédicalisées devront être proposés par voie conventionnelle en vue d'un rééquilibrage géographique de la population médicale.

Par ailleurs, certains secteurs manquent de médecins alors qu'il existe des zones de surdensité médicale en milieu libéral. Outre les dispositifs visés ci-dessus, il convient d'élaborer un plan de reconversion des secteurs manifestement excédentaires en médecine libérale vers les secteurs déficitaires de la médecine préventive que sont la médecine scolaire, la médecine du travail, la médecine de PMI, la médecine en milieu carcéral, vers des médecines de prévention dans la fonction publique, ainsi que vers l'hôpital.

1 - les mesures d'incitation au départ ou à la reconversion

La négociation, dans le cadre de la convention médicale, d'une prime de reconversion, paraît à cet égard la solution la plus efficace et la plus adaptée, notamment pour permettre aux médecins concernés d'acquérir la formation, les compétences et le cas échéant les diplômes requis pour l'exercice de ces nouvelles activités.

Les "membres du G7" proposent que soit mise à disposition des médecins s'engageant à ne plus exercer dans le secteur ambulatoire une prime, sèche ou étalée, ou une prise en charge de la formation nécessaire à leur réorientation ; cette somme devant être rendue par le médecin s'il souhaite un jour revenir exercer dans le cadre ambulatoire.

La mise en œuvre de ce dispositif sera progressive et soumise à une évaluation régulière. La première année, les "membres du G7" proposent qu'une expérimentation soit mise en place dans trois régions: Ile de France, Provence Alpes Côte d'Azur et Nord Pas de Calais. Si l'évaluation réalisée à l'issue de cette période est positive, le dispositif pourra être étendu à d'autres régions.

Dans les régions où ce dispositif sera effectif, les médecins ne pourront s'installer dans le cadre conventionnel que dans les conditions suivantes :

- jeune médecin ayant débuté ses études médicales avant la mise en route du dispositif de réorientation (tous les jeunes actuellement dans le circuit pourront s'installer librement dans le cadre conventionnel) ;
- tous les autres médecins ne pourront venir exercer, toujours dans le cadre conventionnel, que s'ils reprennent un cabinet médical (hors cabinet ayant bénéficié du plan de reconversion et de réorientation).

Les "membres du G7" insistent sur le fait que les dépenses engagées au titre de la reconversion et de la réorientation des médecins libéraux sont des dépenses d'investissement. D'une part, elles permettront de disposer d'une meilleure répartition des médecins sur le territoire et par secteur d'exercice en fonction des besoins de la population ; D'autre part, elles diminueront les dépenses de l'Assurance Maladie en supprimant les dépenses induites par les éventuelles surdensités médicales. Lorsque l'on ferme un cabinet médical, les patients s'orientent vers les médecins restants mais une partie des actes et des prescriptions "disparaît". Le taux de transfert des actes et des prescriptions est loin d'être total, on peut estimer entre 10 à 20 % le nombre d'actes et de prescriptions qui "disparaissent".

Cette " aide " au départ ou à la reconversion pourrait être envisagée selon trois grands types de modalités tels que décrits dans l'annexe 1.

2 - les mesures d'incitation à l'installation des médecins dans le cadre conventionnel

a - mesures fiscales

Au regard des cartographies élaborées les partenaires conventionnels déterminent, par ordre prioritaire, les zones précises pour lesquelles des incitations fiscales permettraient de favoriser l'installation des médecins (à définir avec le gouvernement : exonération de la taxe professionnelle, de la taxe sur les salaires, des abattements spéciaux sur le revenu, ...).

b - mesures conventionnelles

Pour les mêmes zones prioritaires, et dans le souci de les rendre plus attractives et de favoriser l'accès aux soins, les partenaires conventionnels conviennent de l'attribution de prêts à l'installation à taux zéro.

Ces attributions se feront annuellement sur la base d'un nombre limitatif de crédits proposés par zone et par discipline. Ces prêts seront financés par un Fonds National conçu à cet effet.

c - mesures prenant en compte les contraintes particulières du lieu d'exercice

Dans un souci d'amélioration de la cohésion sociale, dans les zones définies comme étant à risque, les mesures fiscales et conventionnelles prévues ci-dessus s'appliquent indépendamment des cartographies réalisées, et sont éventuellement majorées et/ou complétées par une aide à l'installation de dispositifs de sécurité.

III Modalités d'exercice de la médecine

Les secteurs d'exercice

Les membres du G7, pour réaliser l'objectif d'égal accès à des soins de qualité, préconisent la mise en place d'un mode de conventionnement rénové ouvert à tous les praticiens, susceptible d'assurer des conditions d'exercice et de rémunération favorisant la qualité des soins. Dès lors, le maintien d'un secteur à honoraires libres ne peut se justifier que pour ceux des praticiens qui actuellement exercent dans ce secteur et souhaiteraient s'y maintenir.

En conséquence, les "membres du G7" préconisent :

1°) - La création d'un secteur conventionnel revalorisé, à tarifs opposables, pris en charge à hauteur de 90 % , et prenant en compte la rémunération de l'acte médical lui-même, les charges professionnelles de structure, les tâches administratives ainsi que la FMC (cf. définition, valeur et rémunération des actes).

2°) - La possibilité pour les seuls médecins exerçant actuellement en secteur à honoraires différents de conserver cette option. Les "membres du G7" conviennent de ce que la base du remboursement de ces actes par l'Assurance Maladie reste fixée à 115 F pour la consultation du généraliste, à 150 F pour celle du spécialiste, et sur les bases actuelles pour tous les autres actes et lettres clés.

Les partenaires conventionnels établiront les modalités de mise en œuvre de ce dispositif.

CHAPITRE II

De la qualité des soins

I Evaluation des pratiques professionnelles et Formation Médicale Continue

1°) Evaluation des pratiques :

Développement de l'évaluation des pratiques médicales pour répondre à un objectif d'amélioration de la qualité des soins

A - Exposé du problème

Un des objectifs principaux que les "membres du G7" se sont fixés est l'amélioration constante de la qualité des actes médicaux. L'évaluation des pratiques médicales constitue un élément essentiel pour atteindre cet objectif.

Cette évaluation des pratiques médicales doit s'appuyer sur une observation de l'existant. Elle doit donner lieu à une confrontation des observations recueillies avec la communauté scientifique (état de l'Art). C'est sur la base des conclusions qui se seront dégagées de ces deux phases que des mesures ambitieuses et ciblées pourront être mises en œuvre.

B - La mise en œuvre progressive de l'évaluation des pratiques médicales

1 - l'évaluation des pratiques collectives

a - l'observation des pratiques

Les "membres du G7" conviennent de la nécessité d'organiser une évaluation des pratiques médicales collectives en s'appuyant sur les données résultant du codage des actes et des pathologies et, dans cette attente, sur des enquêtes régulières réalisées auprès des médecins qui, dans le cadre de leur engagement conventionnel, s'engagent à les remplir (cf. annexe 2A).

b - la confrontation des résultats

Les résultats obtenus par le biais des enquêtes ci-dessus décrites sont comparés avec les référentiels de la communauté scientifique (état de l'Art. cf. annexe 2B).

c - l'utilisation des résultats obtenus par l'évaluation des pratiques collectives

Les résultats obtenus par l'évaluation des pratiques médicales collectives serviront, entre autres, à orienter la formation médicale continue et initiale des médecins en fonction des besoins identifiés.

Ils serviront à adapter les règles de bonnes pratiques médicales et/ou à en élaborer de nouvelles.

2 - l'évaluation des pratiques individuelles

Les "membres du G7" s'accordent sur le fait que l'évaluation des pratiques individuelles n'a pas vocation à relever du champ conventionnel. En effet, la pratique de tous les médecins doit être évaluée régulièrement.

Il en va de l'intérêt du patient qui doit être garanti de la qualité des soins auxquels il peut être amené à avoir recours. Il en va de l'intérêt de la profession médicale qui doit pouvoir faire la démonstration que sa pratique n'est pas défailante.

Le rôle d'amélioration constante de la qualité des actes médicaux que doit s'assigner la convention médicale doit lui permettre de proposer les évolutions jugées souhaitables. En ce sens, les partenaires conventionnels devront être pleinement associés à l'élaboration des textes nécessaires.

2°) Formation Médicale Continue :

Il ne peut y avoir de FMC conventionnelle : c'est au contraire à la Convention de s'intégrer dans la FMC.

Dans ce sens, on peut définir trois niveaux de besoins de FMC :

- la FMC répondant aux souhaits et besoins de l'individu praticien,
- la FMC répondant aux souhaits et besoins des partenaires conventionnels,
- la FMC ciblée et orientée, nécessitée par les résultats des évaluations, collectives et individuelles.

Par la future Convention, les "membres du G7" se sont fixés comme objectif essentiel l'amélioration constante de la qualité des actes médicaux. La promotion de la formation médicale continue constitue un élément fondamental de cette démarche. Les partenaires conventionnels devront s'assurer de l'effectivité de cette FMC, à défaut en tirer les conséquences.

Le non respect de l'obligation de formation par un praticien doit conduire à une injonction de suivre une session de FMC reconnue dans un délai déterminé. En cas de refus de la part du praticien concerné, les instances conventionnelles seront amenées à prendre les mesures nécessaires jusqu'à ce qu'il ait satisfait à cette obligation.

Sans préjudice des formations spécifiques, la FMC ne doit pas être limitée aux seuls médecins libéraux. En particulier, il serait souhaitable que les médecins conseils suivent également des séminaires de formation, au même titre que et avec leurs confrères libéraux.

Schéma de l'évaluation des pratiques et FMC

1) Evaluation collective : réaliser un état des lieux des pratiques Soit par utilisation d'outils statistiques Soit par questionnaires anonymes
[<cid:image001.gif@01C0D3D3.261F0060>]

Comparer cet état des lieux avec « l'état de l'Art » et mesurer les éventuels écarts
[<cid:image002.gif@01C0D3D3.261F0060>]

Réduire les écarts, lorsqu'ils existent, par une FMC ciblée

2) Evaluation individuelle des pratiques globales d'un praticien : par une auto-évaluation (par exemple sur grilles), et en externe par des évaluateurs, formés et reconnus par la profession [<cid:image003.gif@01C0D3D3.261F0060>]

Comparer les résultats de cette évaluation avec « l'état de l'Art » et mesurer les éventuels écarts [<cid:image004.gif@01C0D3D3.261F0060>]

Engager le praticien dans une FMC spécifiquement orientée sur les erreurs ou lacunes observées, lorsqu'elles existent.

* * * * *

Le rôle des médecins conseils des caisses dans ce dispositif sera précisé dans le texte conventionnel.

II Recommandations de bonnes pratiques et références médicales :

Améliorer la qualité et tendre vers l'efficience des pratiques médicales.

A - Les recommandations de bonnes pratiques

Les recommandations sont des propositions de bonnes pratiques ou de stratégie diagnostique ou thérapeutique établies méthodiquement, améliorables en permanence, destinées à aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés.

L'élaboration et l'adaptation régulière des recommandations de bonnes pratiques relèvent exclusivement de la responsabilité de la communauté scientifique (notamment l'ANAES). Pour alimenter ses travaux, la Convention médicale met à sa disposition les données issues de l'évaluation des pratiques collectives .

Les recommandations de bonnes pratiques sont adressées régulièrement à l'ensemble des médecins.

Les recommandations de bonnes pratiques contribuent entre autres à l'émergence progressive et à l'adaptation des références médicales.

B - Les références médicales

Les références médicales sont des critères scientifiques reconnus par la communauté scientifique définie ci-dessus. Elles permettent notamment de définir les prescriptions et les soins médicalement dangereux et ceux médicalement inutiles.

Les références médicales, d'une part garantissent au patient une sécurité quand il a recours à des soins, d'autre part concourent à l'optimisation des dépenses médicales par la recherche permanente de la qualité des soins.

C - L'opposabilité des références médicales

Les références médicales sont classées en deux catégories :

- celles qui engagent la sécurité du patient , - celles qui ont pour objectif d'éviter les actes inutiles ou non appropriés par rapport aux exigences de qualité.

Les références médicales qui ont pour objet d'éviter les actes qui pourraient compromettre la sécurité du patient doivent être opposables à l'ensemble des médecins. Il est de la responsabilité des pouvoirs publics de prendre les décisions nécessaires à cet effet.

Les références médicales qui ont pour objet d'éviter les actes inutiles ou non appropriés par rapport aux exigences de qualité répondent à une logique d'optimisation des dépenses de soins.

La responsabilité de l'opposabilité de certaines références médicales appartient aux partenaires conventionnels. Les modalités du respect de cette opposabilité seront développées dans le cadre des dispositions relatives aux engagements conventionnels.

Ces références médicales seront validées par les partenaires conventionnels à partir d'un cahier des charges arrêté par eux.

III Coordination entre acteurs de soins

La coordination entre acteurs de soins constitue un élément essentiel de l'amélioration de la qualité des actes médicaux. Elle concourt par ailleurs à l'optimisation des dépenses de santé en permettant notamment d'éviter les actes et prescriptions redondants. Elle ne peut s'inscrire que dans le cadre d'une convention unique. Le développement de cette coordination doit suivre deux axes : la mise en place d'un dossier de suivi médical et l'encouragement des pratiques coopératives.

A - Le dossier de suivi médical

Le dossier de suivi médical du patient est la clé de voûte de cette coordination. Il est unique. Il est tenu par un médecin coordinateur librement choisi par l'assuré social, plus volontiers un médecin généraliste. Le dossier de suivi médical est renseigné et mis à jour par le médecin coordinateur au vu des renseignements fournis par tous les médecins dispensant des soins à l'assuré, sauf opposition de ce dernier, et dans le respect du secret médical.

Ce dispositif n'introduit pas de hiérarchie entre les intervenants, le rôle spécifique du médecin coordinateur se limitant, par rapport aux autres intervenants, à la centralisation des informations.

Dans le cadre de son adhésion à la convention, le médecin coordinateur s'engage à proposer à ses patients un suivi médical comportant :

- la mise à jour du dossier de suivi médical ;
- la promotion et le suivi d'actions individuelles et collectives de prévention et d'éducation pour la santé, décidées ou validées par les instances conventionnelles.

Dans le cadre de son adhésion à la convention, tout médecin s'engage à adresser au médecin coordinateur dépositaire du dossier de suivi médical d'un patient, sauf opposition de ce dernier, toute information (diagnostic, image, bilan, etc.) nécessaire pour compléter ce dossier.

Le dossier de suivi médical donne lieu à un document de liaison (support papier ou informatique) détenu par l'assuré social. Ce document de liaison, extrait du dossier de suivi médical, ne comporte que les éléments nécessaires aux médecins appelés à dispenser des soins à l'assuré social, notamment :

- les coordonnées du médecin coordinateur ;
- l'identification et la date de consultation des derniers médecins consultés, classées dans l'ordre chronologique ;
- les thérapeutiques en cours ;
- les informations essentielles concernant l'assuré social qui doivent être connues des praticiens susceptibles de lui dispenser des soins (allergies, groupe sanguin, etc.).

Le document de liaison est accessible par le médecin conseil. Les partenaires conventionnels préciseront les modalités de ce dispositif et les garanties dont il doit s'entourer.

Ce dispositif de coordination (dossier de suivi médical et document de liaison) devra être assorti d'une disposition législative prévoyant sa pérennisation en cas de vide conventionnel.

La présentation systématique du document de liaison constitue un élément essentiel de qualité; elle devra donc être rendue obligatoire. Quand il sera consulté, le médecin disposera ainsi de toutes les informations nécessaires à l'élaboration de son diagnostic, à la mise en œuvre d'une stratégie thérapeutique et à l'exercice de ses pleines responsabilités.

Dans un premier temps, les "membres du G7" conviennent d'une montée en charge progressive de ce dispositif de coordination qui devra donner lieu à une évaluation. De manière à ce que l'obligation de présentation du document de liaison soit respectée, les "membres du G7" envisagent de la rendre opposable au patient.

Par ailleurs, les "membres du G7" conviennent d'engager une réflexion avec les autres professionnels de santé de manière à les intégrer dans ce dispositif de coordination.

B - L'encouragement des pratiques coopératives

Il est nécessaire d'encourager les pratiques coopératives par la mise en place de réseaux (par exemple visite de sortie d'un établissement de santé). Ils doivent être la colonne vertébrale d'une meilleure coordination des soins. Le but premier doit être la recherche d'une qualité optimale des soins dispensés aux assurés sociaux.

Les "membres du G7" ont conscience qu'il existe un certain nombre d'équipes qui fonctionnent déjà en réseau. Leur objectif n'est pas d'instaurer des contraintes à cet exercice alors même qu'il n'en existe pas aujourd'hui, mais au contraire d'encourager leur développement en mettant en place des outils destinés à leur facilitation. Ces outils doivent être définis conventionnellement. Il peut s'agir, par exemple, d'une indemnisation des professionnels lorsqu'ils participent à des réunions de coordination ou de la prise en charge d'un secrétariat de coordination.

Pour bénéficier de ces dispositions, les réseaux de soins doivent être accrédités par les partenaires conventionnels sur la base d'un cahier des charges définissant le cadre dans lequel les réseaux pourront bénéficier des avantages liés à l'accréditation. Les réseaux de soins accrédités sont ouverts à tous les praticiens qui en acceptent les règles.

Les réseaux de soins accrédités font l'objet d'une évaluation régulière débouchant sur des conséquences positives ou négatives, ces dernières pouvant aller jusqu'au retrait d'accréditation.

Afin de mettre en place ce dispositif, il est envisagé de s'appuyer sur des expérimentations locales qui permettront de définir le cahier des charges précité.

CHAPITRE III

De l'optimisation des dépenses

I La maîtrise médicalisée et concertée de l'évolution des dépenses

Les "membres du G7" affirment que la recherche de la qualité des actes médicaux est le seul moyen pertinent pour optimiser les dépenses de soins ouvrant droit à remboursement par l'Assurance Maladie. Ainsi, l'optimisation des dépenses, et la maîtrise de leur évolution, résultent essentiellement du développement de la coordination entre acteurs de soins, de l'évaluation des pratiques médicales, de la recherche d'une meilleure adéquation entre l'offre et la demande de soins, de la promotion d'une formation médicale continue de qualité et du respect des recommandations et références médicales par les médecins. Par ces actions, les acteurs s'engagent à tendre vers le respect des objectifs prévisionnels de dépenses d'Assurance Maladie. Ceux-ci ne sont cependant pas opposables en soi, l'opposabilité pour les professionnels de santé portant sur la pratique professionnelle.

A - La nature de la dépense optimisée

La dépense optimisée est celle calculée sur la base des dépenses présentées au remboursement, c'est à dire en excluant les dépenses médicalement injustifiées donc n'ouvrant pas droit au remboursement par l'Assurance Maladie. Une réelle et sérieuse maîtrise médicalisée engendrée par cette convention ne peut se concevoir que dans le cadre d'une véritable responsabilité de l'Assurance Maladie sur l'ensemble du secteur ambulatoire : honoraires, prescriptions et hospitalisations privées. Cette dépense est considérée dans son ensemble sans faire l'objet de dichotomie entre spécialités médicales ou entre honoraires et prescriptions.

B - Fixation d'un objectif prévisionnel pluriannuel...

Les "membres du G7" proposent à la représentation nationale un objectif prévisionnel pluriannuel non opposable et ajustable, à législation et périmètre constants. Cet objectif court sur la durée d'une convention. C'est sur cette période que les partenaires conventionnels devront être évalués quant à l'efficacité des dispositifs qu'ils auront mis en place.

Cet objectif pluriannuel est établi en premier lieu à partir des besoins de soins de la population (démographie générale, vieillissement de la population, apparition de maladies nouvelles, conjonctures épidémiques, diffusion du progrès technique et médical, etc.).

Sont également pris en compte dans la définition de l'objectif pluriannuel l'impact des dispositifs devant être mis en place dans la Convention (régulation de la démographie médicale, évaluation des pratiques médicales, développement de la coordination entre acteurs de soins, promotion d'une FMC de qualité, diffusion auprès des médecins des recommandations de bonnes pratiques, respect par les médecins des références médicales, honoraires).

Par ailleurs, les "membres du G7" considèrent comme indispensable de définir des indicateurs qualitatifs objectifs permettant de mesurer la qualité et l'efficacité du système de soins de manière à disposer d'outils permettant d'orienter leur politique.

Conscients que l'état actuel des connaissances statistiques est aujourd'hui perfectible pour mettre en œuvre avec précision les objectifs qu'ils ont définis, les partenaires conventionnels devront convenir de mobiliser leurs efforts pour se doter des indicateurs pertinents nécessaires à la mise en œuvre de leur politique et pour obtenir les moyens réglementaires nécessaires.

C - ...décliné en objectifs annuels ajustables

L'objectif pluriannuel, défini à législation et périmètre constants, est décliné en objectifs annuels ajustables tous les ans par avenant conventionnel.

Chaque année, en fin d'exercice, les partenaires conventionnels établissent un bilan d'application de la convention. Dans le même temps, ils transmettent à la représentation nationale un rapport d'expertise analysant l'évolution des résultats et prenant en compte notamment des éventuelles modifications du périmètre initial. Le cas échéant, ce rapport fait état des conséquences pouvant résulter de l'inexécution des dispositions législatives et réglementaires.

Pour ce qui est de l'objectif de dépenses, si les partenaires conventionnels constatent un écart significatif, positif ou négatif, ils procèdent à son analyse.

En cas d'écart positif, (dépenses supérieures à l'objectif initial) deux cas de figure peuvent se présenter :

1 - L'écart est médicalement justifié par un ou des éléments nouveaux ou qui n'avaient pas été pris en compte dans le calcul de l'objectif initial. L'écart entre les dépenses observées et l'objectif n'est alors imputable à aucune des parties. Dans ce cas, les partenaires conventionnels doivent intégrer les éléments nouveaux dans le calcul de l'objectif initial de manière à opérer un ajustement, qui devra donner lieu à une loi rectificative de financement de la Sécurité Sociale.

2 - L'écart est médicalement injustifié. Les partenaires conventionnels, sur les bases du dysfonctionnement constaté, définissent les actions qu'ils vont mettre en œuvre pour s'assurer du respect de l'objectif pluriannuel à la fin de la période conventionnelle. Ces actions devront s'inscrire dans le cadre conventionnel. Il pourra s'agir de renforcer, d'adapter ou de compléter certains dispositifs conventionnels qui ne se seraient pas avérés suffisamment efficaces par rapport aux prévisions initiales.

En cas d'écart négatif (dépenses inférieures à l'objectif initial), les partenaires conventionnels déterminent l'affectation du différentiel au profit de la qualité des soins et de la prévention.

II Définition, valeur et rémunération des actes

Compte tenu de la complexité des problèmes que pose la définition des actes médicaux, les "membres du G7" ont volontairement circonscrit, dans un premier temps, l'expression de leur réflexion à la consultation.

A - Définition de la consultation

La finalité de la consultation médicale est d'apporter une réponse appropriée, de nature décisionnelle, par delà sa demande, à la plainte du patient. Cet acte, quelles qu'en soient les modalités techniques, ne peut se réaliser sans la rencontre effective du praticien et du patient.

Le contenu de la consultation médicale doit, dans son déroulement, comprendre :

- une écoute du patient afin de comprendre sa demande et les raisons de sa démarche ;
- la prise en compte de son environnement social, professionnel et familial ; - la mise en œuvre de l'examen clinique, avec recours éventuel à des examens paracliniques et le recours ou non à l'expertise d'un consultant ;
- la validation de la plainte, la mise en évidence ou non d'une pathologie organique, fonctionnelle ou psycho-socio-environnementale ;
- l'explication au patient de la démarche diagnostique et décisionnelle, des incidences éventuelles du traitement qui sont deux éléments nécessaires à l'instauration d'un climat de confiance indispensable à la mise en œuvre d'une prise en charge thérapeutique ;
- l'information quant au suivi du dossier médical.

Cet ordre logique ne peut être d'un formalisme absolu ; les différents temps de la consultation sont influencés dans leur durée, leur complexité, leur technicité par le profil du patient, la nature de la plainte, de la pathologie et de l'environnement ; tous ces paramètres ne permettent pas une hiérarchisation et une standardisation normative.

Il n'est probablement pas souhaitable d'établir une nomenclature trop détaillée de ces consultations, et par voie de conséquence de rendre plus difficile la juste rémunération de ces actes.

Toutefois, les partenaires conventionnels devront convenir de dispositions permettant d'établir une hiérarchisation des actes reposant sur leur contenu.

Les "membres du G7" estiment que l'amélioration de la qualité des soins résultant de la mise en œuvre des dispositions conventionnelles produira des effets positifs sur le volume des actes.

Les instances conventionnelles en assureront l'évaluation et le suivi dans le cadre des procédures et objectifs relatifs à l'optimisation des dépenses.

B - Le principe de la rémunération de l'acte médical

Les "membres du G7" conviennent que l'acte médical doit être rémunéré à sa juste valeur.

Le niveau de la rémunération, par essence forfaitaire, eu égard aux complexités évoquées ci-dessus, doit intégrer :

- l'acte médical proprement dit : compétence, durée, stress, effort intellectuel, responsabilité, ...
- le coût de la pratique médicale : technicité, structures professionnelles, charges sociales partielles (maladie et allocations familiales).
- les coûts liés aux tâches administratives résultant des contraintes légales et des engagements conventionnels.
- le respect de l'engagement conventionnel de FMC

Uniquement dans le cadre de ce projet alternatif, conduisant à une Convention renouvelée, les syndicats médicaux s'engagent à favoriser et promouvoir la télétransmission en recherchant avec les caisses toutes les solutions aux problèmes techniques actuels.

Le respect des bonnes pratiques, le temps passé entre le médecin et son patient ainsi que l'évaluation sont les garants de la qualité des actes et justifient une meilleure rémunération.

La qualité et surtout la rémunération ne pouvant être corrélées au volume de ces actes pris globalement, ce concept s'oppose à celui des lettres clés flottantes.

C - La rémunération des actes médicaux

Pour prendre en compte les exigences de qualité, les "membres du G7" conviennent de redéfinir que le tarif de tous les actes médicaux au 1er janvier 2002:

- La consultation de médecine générale, correspondant au premier temps de réflexion cité plus haut, devrait être fixée à 30 Euros avec la ventilation suivante :

- acte médical 14 Euros ; - charges 12 Euros - tâches
administratives 3 Euros - FMC 1 Euro

En ce qui concerne les consultations de spécialistes et tous les autres actes médicaux, une démarche identique sera engagée pour en fixer les niveaux de rémunération, en intégrant les travaux actuels de refonte de la nomenclature des actes.

Par ailleurs, les "membres du G7" conviennent de la nécessité d'un système d'indexation de la valeur des actes, de manière à garantir, à contenu égal, la pérennité du niveau de rémunération eu égard à l'évolution de leurs charges. A cet effet, ils décident de la création d'un observatoire économique conventionnel chargé du suivi économique et technique.

D - Du paiement des honoraires.

Comme précisé ci-dessus, les "membres du G7" décident de redéfinir les honoraires médicaux afin de rémunérer les actes à leur juste valeur et pour garantir une qualité optimale des soins.

Pour autant, cette démarche ne doit pas engendrer de difficultés nouvelles dans l'accès aux soins.

En conséquence, les "membres du G7" conviennent de moderniser notre système pour :

- Améliorer le remboursement des patients par la télétransmission, - Faciliter le paiement des honoraires au moyen de la monétique avec débit-différé-santé à la charge des médecins et, dans certains cas, par la procédure "dû par autorisation d'avance".

CHAPITRE IV

Du respect des engagements conventionnels

Les "membres du G7" affirment que la convention médicale est un contrat équilibré qui engage la responsabilité de chacun de ses signataires.

A - Instance de gestion de la Convention

La convention étant un contrat, les partenaires conventionnels doivent être en mesure d'en assurer le suivi régulier. A cette fin, une Commission Nationale de la Vie Conventionnelle est créée. Cette commission est composée à parité de représentants

des syndicats représentatifs de médecins libéraux et de représentants des caisses d'assurance maladie ayant signé la convention.

Une section arbitrale de cette Commission sera chargée de régler les éventuels différends (entorses au texte ou à l'esprit de la convention), soit nationaux, soit en appel de l'échelon local des CCPL (Commissions Conventionnelles Paritaires Locales), et se réunira autant que de besoin.

(les modalités de fonctionnement seront définies par la Convention).

B - Bilan annuel d'application de la convention

Chaque année, en fin d'exercice, les partenaires conventionnels établissent un bilan d'application de la convention. Sur cette base, ils s'engagent à apporter toute amélioration nécessaire au dispositif conventionnel de manière à s'assurer du respect de l'objet de la convention. Les éventuelles adaptations font, au besoin, l'objet d'un avenant annuel.

C - L'architecture conventionnelle

En sus de la CNVC, les organisations signataires conviennent de reprendre l'architecture conventionnelle mise en place par la convention médicale de 1993, composée notamment d'un Comité Médical Paritaire National (CMPN), de Comités Médicaux Paritaires Locaux (CMPL) et de Commissions Conventionnelles Paritaires Locales (CCPL).

Pour ce qui est des Comités Médicaux Régionaux (CMR) créés par les ordonnances de 1996, ils doivent être supprimés.

A l'instar de la CNVC, il est créé, auprès du CMPN, une section arbitrale ayant pour objet le règlement des éventuels différends d'ordre médical en appel de l'échelon des CMPL, ou non réglés par ce dernier.

Une instance régionale conventionnelle sera créée qui devra veiller à la bonne application de la Convention médicale et à la bonne articulation entre les départements.

Les décisions de toutes les instances conventionnelles, nationales ou locales, doivent être prises à la majorité absolue des voix, sans voix prépondérante.

D - Conséquences du non respect des RMO par un praticien

Les "membres du G7" n'entendent pas s'inspirer du système des sanctions financières qui a fait l'objet d'une annulation par le Conseil d'Etat. Pour s'assurer du respect des références médicales, ils entendent mettre en œuvre un dispositif axé sur la pédagogie et la progressivité des sanctions, ainsi que sur les dispositions portant sur l'évaluation et la Formation Médicale Continue.

Le dispositif conventionnel pourrait s'inspirer des propositions suivantes.

Si un praticien ne respecte pas une ou plusieurs RMO, selon une fréquence et un seuil de gravité à définir, deux cas de figure sont à considérer :

1 - s'il s'agit d'une référence engageant la sécurité du patient, le CMPL procède dans l'urgence à l'audition du médecin mis en cause. Si, à l'unanimité des voix, il le juge nécessaire, le CMPL saisit les autorités compétentes.

2 - s'il s'agit d'une RMO ayant pour objectif d'éviter les actes inutiles ou non appropriés par rapport aux exigences de qualité, le CMPL, après avoir procédé à l'audition du médecin mis en cause, peut prendre les décisions suivantes :

- pour une première entorse, le CMPL adresse au praticien mis en cause une lettre d'avertissement lui rappelant l'esprit de la convention à laquelle il a adhéré, l'invitant à mettre sa pratique en règle au regard des références médicales, et l'informant des risques qu'il encourt en cas de récurrence. Afin de lui éviter d'éventuelles sanctions ultérieures en cas de récurrence, il lui est proposé une formation médicale adaptée.

- pour une première récurrence sur la même RMO, le CMPL prononce un déconventionnement temporaire. Il informe par écrit le médecin de sa décision et de la date à laquelle elle intervient. A ce stade, il lui impose la formation médicale adaptée.

- en cas de récurrences ultérieures, la Convention précisera l'échelle de gradation de ce dispositif.

Dans tous les cas de figure, le CMPL doit impérativement procéder à l'audition du praticien mis en cause avant de prendre sa décision. Ce dernier peut se faire assister de la personne de son choix.

En l'absence de majorité des voix au sein du CMPL, le dossier est renvoyé devant la section arbitrale du CMPN. Les décisions prises par cette section, pour être exécutoires, doivent l'être à l'unanimité. A défaut, le dossier est renvoyé devant la section arbitrale du CMPN. En cas de nouveau partage des voix au sein de cette section, les parties signataires de la Convention désignent, à l'unanimité, un ou plusieurs experts chargés de procéder à l'examen du dossier faisant l'objet du litige. Les décisions de ce ou de ces experts s'imposent au CMPN.

Ce renvoi à la section arbitrale du CMPN constitue également la voie d'appel de chacune des parties.

E - La liberté de négociation des partenaires conventionnels

La condition essentielle au succès d'un accord conventionnel est la liberté des négociateurs et leur reconnaissance par l'Etat.

Ainsi, l'Etat ne doit pas pouvoir intervenir quand une convention est signée, sinon pour en contrôler la légalité au travers de son rôle d'agrément. De plus, l'agrément doit être délivré sur la totalité de la convention.

F - Les cas de vide conventionnel

1/ Une nouvelle Convention n'a pas pu être conclue à l'échéance naturelle de la précédente.

Dans ce cas, la Convention précédente est prorogée pour une période maximum de X mois.

Si à l'issue de cette nouvelle période, une nouvelle Convention n'est toujours pas conclue, elle devient caduque, et s'appliquent alors les dispositions prévues en cas d'annulation.

2/ La Convention est dénoncée par l'une des parties.

Dans ce cas, les dispositions législatives et/ou réglementaires doivent impérativement préserver les intérêts et prérogatives de la partie non dénonciatrice et de ses mandants.

3/ La Convention est juridiquement annulée.

Dans ce cas, des dispositions législatives ou réglementaires doivent être prévues de façon à assurer un fonctionnement minimal équilibré et suffisamment incitatif pour engager chacune des parties à trouver rapidement un nouvel accord.

ANNEXES

POUR UNE ALTERNATIVE CONVENTIONNELLE

Annexe 1

Modalités d'aide au départ ou à la reconversion

1 - Le médecin libéral sort complètement du système de santé, quel que soit son âge inférieur à X :

La prime sèche serait égale aux revenus nets cumulés des x dernières années d'exercice, avec un minimum de x francs, et un plafond de x francs.

2 - Le médecin libéral se reconvertit vers une discipline déficitaire et jugée prioritaire par les Partenaires conventionnels :

La prime sèche serait égale aux revenus nets cumulés des y dernières années d'exercice, avec un minimum de y francs, et un plafond de y francs.

Cette prime serait versée sous engagement du médecin à une reconversion effective dans un délai Y, sous peine de restitution.

Parallèlement, les partenaires conventionnels s'engageraient à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour aider et guider le médecin dans la recherche de formations adaptées et l'obtention d'un poste à l'issue de celles-ci.

3 - Le médecin libéral sort complètement du système libéral, mais à un âge défini, supérieur à X :

La prime correspondrait alors à 65% de la moyenne de ses revenus nets des dernières années, plafonnée à x' FF pendant années (le produit de x' par ne pouvant excéder le plafond de x FF prévu au 1).

Il est précisé que dans les cas 1. et 3., les partenaires conventionnels n'ont aucun droit de regard sur l'éventuelle activité ultérieure du médecin, quelle soit libérale ou salariée, à la seule condition qu'elle soit hors du champ de l'exercice médical, prescriptif ou non.

Annexe 2.A

Evaluation des pratiques collectives - Observation des pratiques

Les questionnaires d'enquête sont élaborés conjointement par les partenaires conventionnels sur la base d'orientations définies conventionnellement. L'envoi, le recueil et la saisie anonymisée des questionnaires peuvent être confiés, avec les budgets nécessaires, par les partenaires conventionnels, aux URML.

Les données ainsi recueillies sont la propriété conjointe et exclusive des caisses d'assurance maladie et des syndicats de médecins libéraux signataires de la convention médicale. Leur exploitation, quelle qu'elle soit, ne peut se faire sans leur accord.

Les partenaires conventionnels, disposant des moyens techniques et humains des caisses d'assurance maladie, ou de tout autre prestataire désigné par eux, élaborent un compte rendu descriptif des observations recueillies par chaque enquête.

Pour chacune de ces exploitations, les résultats sont toujours publiés conjointement et accompagnés des conclusions, éventuellement séparées, des partenaires conventionnels.

Annexe 2.B

Evaluation des pratiques collectives - La confrontation des résultats

Deux cas de figure peuvent se présenter :

- les comparaisons sont concordantes ; - les comparaisons font apparaître des discordances entre les pratiques et les référentiels.

Dans le deuxième cas de figure, les écarts de pratique sont soumis par les partenaires conventionnels à l'analyse de conférences de consensus ou à tout groupe d'expertise désigné conjointement, qui pourront :

- soit les juger justifiés et les valider a posteriori ; - soit les juger injustifiés.

CONFÉDÉRATION DES

SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS

(CSMF) SYNDICAT DES MÉDECINS LIBÉRAUX (SML) FÉDÉRATION DES
MÉDECINS DE FRANCE (FMF)

CONFÉDÉRATION GÉNÉRALE DU TRAVAIL – FORCE OUVRIÈRE (CGT-FO)
CONFÉDÉRATION GÉNÉRALE DU TRAVAIL (CGT)

CONFÉDÉRATION FRANÇAISE DES TRAVAILLEURS CHRÉTIENS (CFTC)

CONFÉDÉRATION FRANÇAISE DE L'ENCADREMENT (CFE-CGC)

RAPPORT DU « G7 » POUR UN PROJET AMBITIEUX ALTERNATIF

Les sept organisations membres du « G7 » sont d'accord sur un projet ambitieux d'une véritable réforme de l'Assurance Maladie.

Prenant acte que le système conventionnel est dans l'impasse, elles ont engagé des travaux en vue de :

- Reconstruire un système de santé qui conjugue médecine libérale et système de protection sociale basé sur la solidarité et l'égalité des droits, - Rebâtir un système conventionnel entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux avec une convention unique, - Redonner aux partenaires conventionnels un réel pouvoir pour s'opposer au

processus d'étatisation, en redéfinissant les champs de compétence des caisses d'assurance maladie et de l'Etat.

Le « G7 » propose une alternative à la maîtrise comptable par une réelle maîtrise médicalisée engendrée par la future convention médicale.

Cette maîtrise ne peut se concevoir que dans le cadre d'une véritable compétence des partenaires conventionnels sur l'ensemble du secteur ambulatoire comprenant les honoraires, les prescriptions, et les établissements de soins privés.

Le « G7 » milite pour un nouveau système conventionnel qui s'inscrit dans un choix de société maintenant un système de santé à la française et préservant en particulier la liberté de choix du patient.

Dans cette perspective, la dualité secteur 1 / secteur 2 ne semble pas être aujourd'hui la solution adaptée. Le « G7 » propose un secteur où les actes médicaux sont rémunérés à leur juste valeur et où existent toutes les garanties de la qualité pour une finalité qui est l'amélioration de l'égal accès aux soins pour tous les assurés.

Le « G7 » est conscient que cette modernisation a un coût d'investissement indispensable. C'est pourquoi il sollicite le gouvernement pour organiser, dans les plus brefs délais, une clarification des engagements financiers des charges qui lui incombent (exonérations de charges de toutes natures). Le « G7 » n'exclut pas le recours éventuel à des ressources appropriées.

Par ailleurs, les membres du « G7 » préconisent une amélioration très significative de la prise en charge des consultations, ainsi que le développement d'accords de dispense d'avance de frais et de la monétique.

Les membres du « G7 », dans la rédaction du présent rapport, se sont inscrits dans une démarche globale.

Les thèmes abordés ci-après constituent un ensemble cohérent de propositions. Ils ne sont volontairement pas exhaustifs afin de pouvoir en discuter, en particulier avec les autres professions de santé.

Les éléments de cet ensemble sont solidaires les uns des autres, et ne sauraient être dissociés.

SOMMAIRE

Préambule

Partenariat conventionnel

Chapitre I De l'égal accès aux soins

I Évaluation des besoins

II Offre de soins et démographie médicale III Modalités d'exercice de la médecine

Chapitre II De la qualité des soins

I Evaluation des pratiques professionnelles et Formation médicale continue II
Recommandations de bonnes pratiques et références médicales III Coordination entre
acteurs de soins

Chapitre III De l'optimisation des dépenses

I La maîtrise médicalisée et concertée de l'évolution des dépenses

II Définition, valeur et rémunération des actes

Chapitre IV Du respect des engagements conventionnels

ANNEXES

Annexe 1 Modalités d'aide au départ ou à la reconversion

Annexe 2.A Evaluation des pratiques collectives - Observation des pratiques

Annexe 2.B Evaluation des pratiques collectives - La confrontation des résultats

PREAMBULE

I But et intérêts d'un système conventionnel

La convention médicale doit constituer l'articulation entre le mode libéral d'exercice de la médecine et la socialisation des ressources. Dans cet esprit, le principe fondateur d'une convention étant de rapprocher les intérêts de chacune des parties contractantes, les "membres du G7" s'engagent à rechercher, dans le cadre d'une convention unique,

l'amélioration constante de la qualité des actes médicaux rémunérés à leur juste valeur, de l'accès aux soins et à la prévention pour tous.

Les "membres du G7" se fixent les objectifs suivants :

- Garantir un égal accès de tous à des soins de qualité et à une prévention adaptée ;
- Respecter le libre choix de l'assuré et la liberté de prescription du médecin ;
- Optimiser, sans rationner les soins, l'utilisation du produit des cotisations sociales quelle que soit la conjoncture économique, par la mise en place de tous les outils de la maîtrise médicalisée et concertée de l'évolution des dépenses d'Assurance Maladie.

Les "membres du G7" affirment que le développement d'une politique contractuelle entre les caisses d'assurance maladie et les médecins constitue le moyen approprié à la mise en œuvre de ces objectifs. Ces accords entre partenaires peuvent également avoir pour objet de proposer des modifications de la loi. Par ailleurs, leurs déclinaisons n'ont pas obligatoirement vocation à demeurer dans le champ conventionnel.

II Partenariat conventionnel

Dans une volonté de consensus, seul garant du succès des engagements, les "membres du G7" estiment indispensable :

- de rétablir une convention unique et nationale pour l'ensemble des médecins libéraux, pouvant être complétée, autant que de besoin, par des volets spécifiques pour les modes d'exercice ou les disciplines le nécessitant, et à prendre en compte, le cas échéant, sur la base de cette convention nationale, les spécificités locales qui pourront faire l'objet d'adaptations concrètes ;
- de préciser les droits et devoirs de chacun dans le respect mutuel ainsi que les structures et modalités du partenariat conventionnel ;
- de respecter la majorité de représentation des parties en ne demandant la validation, tout comme pour la convention elle-même, d'aucun avenant ne portant la signature :
- d'au moins deux caisses d'assurance maladie dont la CNAMTS, - d'au moins deux organisations professionnelles représentatives pour les médecins libéraux, ces organisations devant représenter ensemble au minimum 50% des suffrages exprimés aux dernières élections aux URML dans chacun des collèges généralistes et spécialistes ;
- de ne faire aucune discrimination parmi l'ensemble des médecins adhérant à la Convention, et en particulier de n'en favoriser aucune catégorie par rapport à une autre ;

- de même, de ne faire aucune discrimination parmi les assurés sociaux en ce qui concerne leur mode d'accès aux soins ;
- de partager dans la transparence la totalité des informations, tant économiques que de santé, nécessaires à la bonne gestion du dispositif.

Par ailleurs, le partenariat conventionnel, pour qu'il puisse vivre pleinement, nécessite une redéfinition des rôles entre l'Etat, les partenaires sociaux et l'ensemble des professionnels de santé.

Enfin, la mise en place d'une convention nationale cadre concernant l'ensemble des professionnels de santé exerçant en milieu libéral apparaît nécessaire.

CHAPITRE I

De l'égal accès aux soins

I Evaluation des besoins : de l'échelon régional à l'échelon national

L'évaluation des besoins est un des outils essentiels à la définition de la politique de santé publique dont la responsabilité incombe à l'Etat.

Les moyens de cette évaluation des besoins existent, même s'ils sont sans doute perfectibles. Il importe à tous le moins de les développer et de les mettre en cohérence.

A cet égard, il est nécessaire que la production actuelle des observations, études et enquêtes épidémiologiques, démographiques, puissent permettre aux différents niveaux pertinents, départemental, régional et national, d'appréhender l'état sanitaire de la population ainsi que son évolution, d'en dégager les grandes tendances et dévaluer les besoins.

Une évaluation régionale des besoins de santé

La région pourrait être le lien de centralisation et d'études des diverses données recueillies permettant d'établir une cartographie des besoins. Sous réserve de mieux préciser leur rôle, les structures existent, qu'il s'agisse :

Ø Des DRASS ; Ø Des observatoires régionaux de santé ; Ø Des URML ; Ø Des Caisses d'assurance maladie ;

Les conférences régionales de santé pourraient, à partir des travaux des différentes structures, préconiser des objectifs susceptibles d'améliorer la couverture des besoins en matière de prévention et de soins.

Une évaluation nationale des besoins

La conférence nationale de santé, dans une conception démocratique de la composition et de son fonctionnement pourrait être le lieu d'une large concertation permettant de dégager les besoins de santé au plan national sur la base :

Ø des données régionales ; Ø du rapport du Haut Comité de la santé publique ; Ø des données épidémiologiques et statistiques de la CNAMTS et des organismes nationaux d'assurance maladie ; Ø des reports d'activité des institutions sanitaires ; Ø des travaux de l'INSERM ; Ø d'un report des caisses nationales d'assurance maladie, associant les partenaires conventionnels. Il Offre de soins et démographie médicale :

Pour une adéquation entre l'offre et la demande de soins par rapport aux besoins

A - Exposé du problème

Dans le système actuel de distribution de soins, il est clairement admis par tous que la réponse aux besoins est parfois, dans certains secteurs, soit excessive, soit déficitaire. Il existe en effet une inégalité de répartition géographique ainsi qu'une inégalité en terme de disciplines. Ces inégalités remettent en cause le principe d'égal accès de tous aux soins et à la prévention. Il convient de mettre en place des mécanismes qui permettent de corriger ce déséquilibre.

B – Mécanisme préconisé

Les "membres du G7" s'entendent pour que soit créé un Observatoire de la Démographie Médicale. Cet organisme permanent sera chargé de l'élaboration de deux cartes sanitaires : une carte de l'offre et une carte des besoins de soins, points de repère des évolutions à venir. Cette cartographie devra être ventilée par spécialité et par région géographique.

L'Observatoire sera cogéré par les partenaires conventionnels.

Dans un premier temps, les "membres du G7" demandent qu'une expérimentation soit effectuée dans trois régions a priori excédentaires ou déficitaires, par exemple :

Provence Alpes Côte d'Azur, · Ile de France · Nord Pas de Calais.

Quand la répartition par discipline apparaît déséquilibrée, les différents cas sont à considérer discipline par discipline, de manière à identifier l'origine du déséquilibre.

C - Les moyens de régulation

1°) L'objectif que se fixent les "membres du G7" :

Sur la base de la carte sanitaire des besoins de soins précitée, les partenaires conventionnels doivent être associés à la détermination du numerus clausus à l'entrée des études médicales, de manière à anticiper la réponse aux besoins.

De plus, conscients qu'il deviendra indispensable à l'avenir que le conventionnement des médecins libéraux soit organisé de manière à apporter la meilleure réponse possible aux besoins de soins de la population, les "membres du G7" proposent de mettre en œuvre un conventionnement adapté.

Par conventionnement adapté, les "membres du G7" entendent que les médecins qui demanderont à être conventionnés par l'Assurance Maladie devront choisir, en fonction de leur discipline, des zones géographiques d'installation où des besoins auront été identifiés. Ces zones de conventionnement seront définies par les partenaires conventionnels sur la base de la carte sanitaire des besoins de soins précitée étant entendu que la convention garantira que tous les médecins qui en feront la demande seront conventionnés .

Cette orientation sera mise en œuvre dans la plus grande transparence de manière à ce que les médecins actuellement dans le circuit de la formation médicale initiale ne soient pas concernés par cette évolution, dans la mesure où ils n'en étaient pas informés au moment de choisir leur orientation.

Toujours inscrits dans la volonté d'offrir à la population une réponse médicale adaptée à sa demande et aux évolutions de celle-ci, les partenaires conventionnels devront s'engager à mettre en place des passerelles de façon à permettre une ventilation médicale au niveau géographique.

Au niveau professionnel, des passerelles seront également mises en place entre les différentes disciplines .

2°) Les mesures transitoires que proposent les "membres du G7":

En attendant, dans une première approche, il importe d'adopter une démarche pragmatique prenant en compte la réalité et les besoins déjà identifiés.

Des dispositifs d'incitation à l'installation et/ou au départ de médecins dans les zones sous ou surmédicalisées devront être proposés par voie conventionnelle en vue d'un rééquilibrage géographique de la population médicale.

Par ailleurs, certains secteurs manquent de médecins alors qu'il existe des zones de surdensité médicale en milieu libéral. Outre les dispositifs visés ci-dessus, il convient d'élaborer un plan de reconversion des secteurs manifestement excédentaires

en médecine libérale vers les secteurs déficitaires de la médecine préventive que sont la médecine scolaire, la médecine du travail, la médecine de PMI, la médecine en milieu carcéral, vers des médecines de prévention dans la fonction publique, ainsi que vers l'hôpital.

1 - les mesures d'incitation au départ ou à la reconversion

La négociation, dans le cadre de la convention médicale, d'une prime de reconversion, paraît à cet égard la solution la plus efficace et la plus adaptée, notamment pour permettre aux médecins concernés d'acquérir la formation, les compétences et le cas échéant les diplômes requis pour l'exercice de ces nouvelles activités.

Les "membres du G7" proposent que soit mise à disposition des médecins s'engageant à ne plus exercer dans le secteur ambulatoire une prime, sèche ou étalée, ou une prise en charge de la formation nécessaire à leur réorientation ; cette somme devant être rendue par le médecin s'il souhaite un jour revenir exercer dans le cadre ambulatoire.

La mise en œuvre de ce dispositif sera progressive et soumise à une évaluation régulière. La première année, les "membres du G7" proposent qu'une expérimentation soit mise en place dans trois régions: Ile de France, Provence Alpes Côte d'Azur et Nord Pas de Calais. Si l'évaluation réalisée à l'issue de cette période est positive, le dispositif pourra être étendu à d'autres régions.

Dans les régions où ce dispositif sera effectif, les médecins ne pourront s'installer dans le cadre conventionnel que dans les conditions suivantes :

- jeune médecin ayant débuté ses études médicales avant la mise en route du dispositif de réorientation (tous les jeunes actuellement dans le circuit pourront s'installer librement dans le cadre conventionnel) ;

- tous les autres médecins ne pourront venir exercer, toujours dans le cadre conventionnel, que s'ils reprennent un cabinet médical (hors cabinet ayant bénéficié du plan de reconversion et de réorientation).

Les "membres du G7" insistent sur le fait que les dépenses engagées au titre de la reconversion et de la réorientation des médecins libéraux sont des dépenses d'investissement. D'une part, elles permettront de disposer d'une meilleure répartition des médecins sur le territoire et par secteur d'exercice en fonction des besoins de la population ; D'autre part, elles diminueront les dépenses de l'Assurance Maladie en supprimant les dépenses induites par les éventuelles surdensités médicales. Lorsque l'on ferme un cabinet médical, les patients s'orientent vers les médecins restants mais une partie des actes et des prescriptions "disparaît". Le taux de transfert des actes et des prescriptions est loin d'être total, on peut estimer entre 10 à 20 % le nombre d'actes et de prescriptions qui "disparaissent".

Cette " aide " au départ ou à la reconversion pourrait être envisagée selon trois grands types de modalités tels que décrits dans l'annexe 1.

2 - les mesures d'incitation à l'installation des médecins dans le cadre conventionnel

a - mesures fiscales

Au regard des cartographies élaborées les partenaires conventionnels déterminent, par ordre prioritaire, les zones précises pour lesquelles des incitations fiscales permettraient de favoriser l'installation des médecins (à définir avec le gouvernement : exonération de la taxe professionnelle, de la taxe sur les salaires, des abattements spéciaux sur le revenu, ...).

b - mesures conventionnelles

Pour les mêmes zones prioritaires, et dans le souci de les rendre plus attractives et de favoriser l'accès aux soins, les partenaires conventionnels conviennent de l'attribution de prêts à l'installation à taux réduit.

Ces attributions se feront annuellement sur la base d'un nombre limitatif de crédits proposés par zone et par discipline. Ces prêts seront financés par un Fonds National conçu à cet effet.

c - mesures prenant en compte les contraintes particulières du lieu d'exercice

Dans un souci d'amélioration de la cohésion sociale, dans les zones définies comme étant à risque, les mesures fiscales et conventionnelles prévues ci-dessus s'appliquent indépendamment des cartographies réalisées, et sont éventuellement majorées et/ou complétées par une aide à l'installation de dispositifs de sécurité.

III Modalités d'exercice de la médecine

Les secteurs d'exercice

Les membres du G7, pour réaliser l'objectif d'égal accès à des soins de qualité, préconisent la mise en place d'un mode de conventionnement rénové ouvert à tous les praticiens, susceptible d'assurer des conditions d'exercice et de rémunération favorisant la qualité des soins. Dès lors, le maintien d'un secteur à honoraires libres ne peut se justifier que pour ceux des praticiens qui actuellement exercent dans ce secteur et souhaiteraient s'y maintenir.

En conséquence, les "membres du G7" préconisent :

1°) - La création d'un secteur conventionnel revalorisé, à tarifs opposables, pris en charge à hauteur de 90 % , et prenant en compte la rémunération de l'acte médical lui-même, les charges professionnelles de structure, les tâches administratives ainsi que la FMC (cf. définition, valeur et rémunération des actes).

2°) - La possibilité pour les seuls médecins exerçant actuellement en secteur à honoraires différents de conserver cette option. Les "membres du G7" conviennent de ce que la base du remboursement de ces actes par l'Assurance Maladie reste fixée à 115 F pour la consultation du généraliste, à 150 F pour celle du spécialiste, et sur les bases actuelles pour tous les autres actes et lettres clés.

Les partenaires conventionnels établiront les modalités de mise en œuvre de ce dispositif.

CHAPITRE II

De la qualité des soins

I Evaluation des pratiques professionnelles et Formation Médicale Continue

1°) Evaluation des pratiques :

Développement de l'évaluation des pratiques médicales pour répondre à un objectif d'amélioration de la qualité des soins

A - Exposé du problème

Un des objectifs principaux que les "membres du G7" se sont fixés est l'amélioration constante de la qualité des actes médicaux. L'évaluation des pratiques médicales constitue un élément essentiel pour atteindre cet objectif.

Cette évaluation des pratiques médicales doit s'appuyer sur une observation de l'existant. Elle doit donner lieu à une confrontation des observations recueillies avec la communauté scientifique (état de l'Art). C'est sur la base des conclusions qui se seront

dégagées de ces deux phases que des mesures ambitieuses et ciblées pourront être mises en œuvre.

B - La mise en œuvre progressive de l'évaluation des pratiques médicales

1 - l'évaluation des pratiques collectives

a - l'observation des pratiques

Les "membres du G7" conviennent de la nécessité d'organiser une évaluation des pratiques médicales collectives en s'appuyant sur les données résultant du codage des actes et des pathologies et, dans cette attente, sur des enquêtes régulières réalisées auprès des médecins qui, dans le cadre de leur engagement conventionnel, s'engagent à les remplir (cf. annexe 2A).

b - la confrontation des résultats

Les résultats obtenus par le biais des enquêtes ci-dessus décrites sont comparés avec les référentiels de la communauté scientifique (état de l'Art. cf. annexe 2B).

c - l'utilisation des résultats obtenus par l'évaluation des pratiques collectives

Les résultats obtenus par l'évaluation des pratiques médicales collectives serviront, entre autres, à orienter la formation médicale continue et initiale des médecins en fonction des besoins identifiés.

Ils serviront à adapter les règles de bonnes pratiques médicales et/ou à en élaborer de nouvelles.

2 - l'évaluation des pratiques individuelles

Les "membres du G7" s'accordent sur le fait que l'évaluation des pratiques individuelles n'a pas vocation à relever du champ conventionnel. En effet, la pratique de tous les médecins doit être évaluée régulièrement.

Il en va de l'intérêt du patient qui doit être garanti de la qualité des soins auxquels il peut être amené à avoir recours. Il en va de l'intérêt de la profession médicale qui doit pouvoir faire la démonstration que sa pratique n'est pas défailante.

Le rôle d'amélioration constante de la qualité des actes médicaux que doit s'assigner la convention médicale doit lui permettre de proposer les évolutions jugées souhaitables. En ce sens, les partenaires conventionnels devront être pleinement associés à l'élaboration des textes nécessaires.

2°) Formation Médicale Continue :

Il ne peut y avoir de FMC conventionnelle : c'est au contraire à la Convention de s'intégrer dans la FMC.

Dans ce sens, on peut définir trois niveaux de besoins de FMC :

- la FMC répondant aux souhaits et besoins de l'individu praticien,
- la FMC répondant aux souhaits et besoins des partenaires conventionnels,
- la FMC ciblée et orientée, nécessitée par les résultats des évaluations, collectives et individuelles.

Par la future Convention, les "membres du G7" se sont fixés comme objectif essentiel l'amélioration constante de la qualité des actes médicaux. La promotion de la formation médicale continue constitue un élément fondamental de cette démarche. Les partenaires conventionnels devront s'assurer de l'effectivité de cette FMC, à défaut en tirer les conséquences.

Le non respect de l'obligation de formation par un praticien doit conduire à une injonction de suivre une session de FMC reconnue dans un délai déterminé. En cas de refus de la part du praticien concerné, les instances conventionnelles seront amenées à prendre les mesures nécessaires jusqu'à ce qu'il ait satisfait à cette obligation.

Sans préjudice des formations spécifiques, la FMC ne doit pas être limitée aux seuls médecins libéraux. En particulier, il serait souhaitable que les médecins conseils suivent également des séminaires de formation, au même titre que et avec leurs confrères libéraux.

Schéma de l'évaluation des pratiques et FMC

1) Evaluation collective : réaliser un état des lieux des pratiques Soit par utilisation d'outils statistiques Soit par questionnaires anonymes

[<cid:image001.gif@01C0D3D3.261F0060>]

Comparer cet état des lieux avec « l'état de l'Art » et mesurer les éventuels écarts

[<cid:image002.gif@01C0D3D3.261F0060>]

Réduire les écarts, lorsqu'ils existent, par une FMC ciblée

2) Evaluation individuelle des pratiques globales d'un praticien : par une auto-évaluation (par exemple sur grilles), et en externe par des évaluateurs, formés et reconnus par la profession [[cid:image003.gif@01C0D3D3.261F0060](#)>]

Comparer les résultats de cette évaluation avec « l'état de l'Art » et mesurer les éventuels écarts [[cid:image004.gif@01C0D3D3.261F0060](#)>]

Engager le praticien dans une FMC spécifiquement orientée sur les erreurs ou lacunes observées, lorsqu'elles existent.

* * * * *

Le rôle des médecins conseils des caisses dans ce dispositif sera précisé dans le texte conventionnel.

II Recommandations de bonnes pratiques et références médicales :

Améliorer la qualité et tendre vers l'efficience des pratiques médicales.

A - Les recommandations de bonnes pratiques

Les recommandations sont des propositions de bonnes pratiques ou de stratégie diagnostique ou thérapeutique établies méthodiquement, améliorables en permanence, destinées à aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés.

L'élaboration et l'adaptation régulière des recommandations de bonnes pratiques relèvent exclusivement de la responsabilité de la communauté scientifique (notamment l'ANAES). Pour alimenter ses travaux, la Convention médicale met à sa disposition les données issues de l'évaluation des pratiques collectives .

Les recommandations de bonnes pratiques sont adressées régulièrement à l'ensemble des médecins.

Les recommandations de bonnes pratiques contribuent entre autres à l'émergence progressive et à l'adaptation des références médicales.

B - Les références médicales

Les références médicales sont des critères scientifiques reconnus par la communauté scientifique définie ci-dessus. Elles permettent notamment de définir les prescriptions et les soins médicalement dangereux et ceux médicalement inutiles.

Les références médicales, d'une part garantissent au patient une sécurité quand il a recours à des soins, d'autre part concourent à l'optimisation des dépenses médicales par la recherche permanente de la qualité des soins.

C - L'opposabilité des références médicales

Les références médicales sont classées en deux catégories :

- celles qui engagent la sécurité du patient , - celles qui ont pour objectif d'éviter les actes inutiles ou non appropriés par rapport aux exigences de qualité.

Les références médicales qui ont pour objet d'éviter les actes qui pourraient compromettre la sécurité du patient doivent être opposables à l'ensemble des médecins. Il est de la responsabilité des pouvoirs publics de prendre les décisions nécessaires à cet effet.

Les références médicales qui ont pour objet d'éviter les actes inutiles ou non appropriés par rapport aux exigences de qualité répondent à une logique d'optimisation des dépenses de soins.

La responsabilité de l'opposabilité de certaines références médicales appartient aux partenaires conventionnels. Les modalités du respect de cette opposabilité seront développées dans le cadre des dispositions relatives aux engagements conventionnels.

Ces références médicales seront validées par les partenaires conventionnels à partir d'un cahier des charges arrêté par eux.

III Coordination entre acteurs de soins

La coordination entre acteurs de soins constitue un élément essentiel de l'amélioration de la qualité des actes médicaux. Elle concourt par ailleurs à l'optimisation des dépenses de santé en permettant notamment d'éviter les actes et prescriptions redondants. Elle ne peut s'inscrire que dans le cadre d'une convention unique. Le développement de cette coordination doit suivre deux axes : la mise en place d'un dossier de suivi médical et l'encouragement des pratiques coopératives.

A - Le dossier de suivi médical

Le dossier de suivi médical du patient est la clé de voûte de cette coordination. Il est unique. Il est tenu par un médecin coordinateur librement choisi par l'assuré social, plus volontiers un médecin généraliste. Le dossier de suivi médical est renseigné et mis à jour par le médecin coordinateur au vu des renseignements fournis par tous les médecins dispensant des soins à l'assuré, sauf opposition de ce dernier, et dans le respect du secret médical.

Ce dispositif n'introduit pas de hiérarchie entre les intervenants, le rôle spécifique du médecin coordinateur se limitant, par rapport aux autres intervenants, à la centralisation des informations.

Dans le cadre de son adhésion à la convention, le médecin coordinateur s'engage à proposer à ses patients un suivi médical comportant :

- la mise à jour du dossier de suivi médical ; - la promotion et le suivi d'actions individuelles et collectives de prévention et d'éducation pour la santé, décidées ou validées par les instances conventionnelles.

Dans le cadre de son adhésion à la convention, tout médecin s'engage à adresser au médecin coordinateur dépositaire du dossier de suivi médical d'un patient, sauf opposition de ce dernier, toute information (diagnostic, image, bilan, etc.) nécessaire pour compléter ce dossier.

Le dossier de suivi médical donne lieu à un document de liaison (support papier ou informatique) détenu par l'assuré social. Ce document de liaison, extrait du dossier de suivi médical, ne comporte que les éléments nécessaires aux médecins appelés à dispenser des soins à l'assuré social, notamment :

- les coordonnées du médecin coordinateur ; - l'identification et la date de consultation des derniers médecins consultés, classées dans l'ordre chronologique ; - les thérapeutiques en cours ; - les informations essentielles concernant l'assuré social qui doivent être connues des praticiens susceptibles de lui dispenser des soins (allergies, groupe sanguin, etc.).

Le document de liaison est accessible par le médecin conseil. Les partenaires conventionnels préciseront les modalités de ce dispositif et les garanties dont il doit s'entourer.

Ce dispositif de coordination (dossier de suivi médical et document de liaison) devra être assorti d'une disposition législative prévoyant sa pérennisation en cas de vide conventionnel.

La présentation systématique du document de liaison constitue un élément essentiel de qualité; elle devra donc être rendue obligatoire. Quand il sera consulté, le médecin disposera ainsi de toutes les informations nécessaires à l'élaboration de son diagnostic, à la mise en œuvre d'une stratégie thérapeutique et à l'exercice de ses pleines responsabilités.

Dans un premier temps, les "membres du G7" conviennent d'une montée en charge progressive de ce dispositif de coordination qui devra donner lieu à une évaluation. De manière à ce que l'obligation de présentation du document de liaison soit respectée, les "membres du G7" envisagent de la rendre opposable au patient.

Par ailleurs, les "membres du G7" conviennent d'engager une réflexion avec les autres professionnels de santé de manière à les intégrer dans ce dispositif de coordination.

B - L'encouragement des pratiques coopératives

Il est nécessaire d'encourager les pratiques coopératives par la mise en place de réseaux (par exemple visite de sortie d'un établissement de santé). Ils doivent être la colonne vertébrale d'une meilleure coordination des soins. Le but premier doit être la recherche d'une qualité optimale des soins dispensés aux assurés sociaux.

Les "membres du G7" ont conscience qu'il existe un certain nombre d'équipes qui fonctionnent déjà en réseau. Leur objectif n'est pas d'instaurer des contraintes à cet exercice alors même qu'il n'en existe pas aujourd'hui, mais au contraire d'encourager leur développement en mettant en place des outils destinés à leur facilitation. Ces outils doivent être définis conventionnellement. Il peut s'agir, par exemple, d'une indemnisation des professionnels lorsqu'ils participent à des réunions de coordination ou de la prise en charge d'un secrétariat de coordination.

Pour bénéficier de ces dispositions, les réseaux de soins doivent être accrédités par les partenaires conventionnels sur la base d'un cahier des charges définissant le cadre dans lequel les réseaux pourront bénéficier des avantages liés à l'accréditation. Les réseaux de soins accrédités sont ouverts à tous les praticiens qui en acceptent les règles.

Les réseaux de soins accrédités font l'objet d'une évaluation régulière débouchant sur des conséquences positives ou négatives, ces dernières pouvant aller jusqu'au retrait d'accréditation.

Afin de mettre en place ce dispositif, il est envisagé de s'appuyer sur des expérimentations locales qui permettront de définir le cahier des charges précité.

CHAPITRE III

De l'optimisation des dépenses

I La maîtrise médicalisée et concertée de l'évolution des dépenses

Les "membres du G7" affirment que la recherche de la qualité des actes médicaux est le seul moyen pertinent pour optimiser les dépenses de soins ouvrant droit à remboursement par l'Assurance Maladie. Ainsi, l'optimisation des dépenses, et la maîtrise de leur évolution, résultent essentiellement du développement de la

coordination entre acteurs de soins, de l'évaluation des pratiques médicales, de la recherche d'une meilleure adéquation entre l'offre et la demande de soins, de la promotion d'une formation médicale continue de qualité et du respect des recommandations et références médicales par les médecins. Par ces actions, les acteurs s'engagent à tendre vers le respect des objectifs prévisionnels de dépenses d'Assurance Maladie. Ceux-ci ne sont cependant pas opposables en soi, l'opposabilité pour les professionnels de santé portant sur la pratique professionnelle.

A - La nature de la dépense optimisée

La dépense optimisée est celle calculée sur la base des dépenses présentées au remboursement, c'est à dire en excluant les dépenses médicalement injustifiées donc n'ouvrant pas droit au remboursement par l'Assurance Maladie. Une réelle et sérieuse maîtrise médicalisée engendrée par cette convention ne peut se concevoir que dans le cadre d'une véritable responsabilité de l'Assurance Maladie sur l'ensemble du secteur ambulatoire : honoraires, prescriptions et hospitalisations privées. Cette dépense est considérée dans son ensemble sans faire l'objet de dichotomie entre spécialités médicales ou entre honoraires et prescriptions.

B - Fixation d'un objectif prévisionnel pluriannuel...

Les "membres du G7" proposent à la représentation nationale un objectif prévisionnel pluriannuel non opposable et ajustable, à législation et périmètre constants. Cet objectif court sur la durée d'une convention. C'est sur cette période que les partenaires conventionnels devront être évalués quant à l'efficacité des dispositifs qu'ils auront mis en place.

Cet objectif pluriannuel est établi en premier lieu à partir des besoins de soins de la population (démographie générale, vieillissement de la population, apparition de maladies nouvelles, conjonctures épidémiques, diffusion du progrès technique et médical, etc.).

Sont également pris en compte dans la définition de l'objectif pluriannuel l'impact des dispositifs devant être mis en place dans la Convention (régulation de la démographie médicale, évaluation des pratiques médicales, développement de la coordination entre acteurs de soins, promotion d'une FMC de qualité, diffusion auprès des médecins des recommandations de bonnes pratiques, respect par les médecins des références médicales, honoraires).

Par ailleurs, les "membres du G7" considèrent comme indispensable de définir des indicateurs qualitatifs objectifs permettant de mesurer la qualité et l'efficacité du système de soins de manière à disposer d'outils permettant d'orienter leur politique.

Conscients que l'état actuel des connaissances statistiques est aujourd'hui perfectible pour mettre en œuvre avec précision les objectifs qu'ils ont définis, les partenaires conventionnels devront convenir de mobiliser leurs efforts pour se doter des indicateurs

pertinents nécessaires à la mise en œuvre de leur politique et pour obtenir les moyens réglementaires nécessaires.

C - ...décliné en objectifs annuels ajustables

L'objectif pluriannuel, défini à législation et périmètre constants, est décliné en objectifs annuels ajustables tous les ans par avenant conventionnel.

Chaque année, en fin d'exercice, les partenaires conventionnels établissent un bilan d'application de la convention. Dans le même temps, ils transmettent à la représentation nationale un rapport d'expertise analysant l'évolution des résultats et prenant en compte notamment des éventuelles modifications du périmètre initial. Le cas échéant, ce rapport fait état des conséquences pouvant résulter de l'inexécution des dispositions législatives et réglementaires.

Pour ce qui est de l'objectif de dépenses, si les partenaires conventionnels constatent un écart significatif, positif ou négatif, ils procèdent à son analyse.

En cas d'écart positif, (dépenses supérieures à l'objectif initial) deux cas de figure peuvent se présenter :

1 - L'écart est médicalement justifié par un ou des éléments nouveaux ou qui n'avaient pas été pris en compte dans le calcul de l'objectif initial. L'écart entre les dépenses observées et l'objectif n'est alors imputable à aucune des parties. Dans ce cas, les partenaires conventionnels doivent intégrer les éléments nouveaux dans le calcul de l'objectif initial de manière à opérer un ajustement, qui devra donner lieu à une loi rectificative de financement de la Sécurité Sociale.

2 - L'écart est médicalement injustifié. Les partenaires conventionnels, sur les bases du dysfonctionnement constaté, définissent les actions qu'ils vont mettre en œuvre pour s'assurer du respect de l'objectif pluriannuel à la fin de la période conventionnelle. Ces actions devront s'inscrire dans le cadre conventionnel. Il pourra s'agir de renforcer, d'adapter ou de compléter certains dispositifs conventionnels qui ne se seraient pas avérés suffisamment efficaces par rapport aux prévisions initiales.

En cas d'écart négatif (dépenses inférieures à l'objectif initial), les partenaires conventionnels déterminent l'affectation du différentiel au profit de la qualité des soins et de la prévention.

II Définition, valeur et rémunération des actes

Compte tenu de la complexité des problèmes que pose la définition des actes médicaux, les "membres du G7" ont volontairement circonscrit, dans un premier temps, l'expression de leur réflexion à la consultation.

A - Définition de la consultation

La finalité de la consultation médicale est d'apporter une réponse appropriée, de nature décisionnelle, par delà sa demande, à la plainte du patient. Cet acte, quelles qu'en soient les modalités techniques, ne peut se réaliser sans la rencontre effective du praticien et du patient.

Le contenu de la consultation médicale doit, dans son déroulement, comprendre :

- une écoute du patient afin de comprendre sa demande et les raisons de sa démarche ;
- la prise en compte de son environnement social, professionnel et familial ; - la mise en œuvre de l'examen clinique, avec recours éventuel à des examens paracliniques et le recours ou non à l'expertise d'un consultant ;
- la validation de la plainte, la mise en évidence ou non d'une pathologie organique, fonctionnelle ou psycho-socio-environnementale ;
- l'explication au patient de la démarche diagnostique et décisionnelle, des incidences éventuelles du traitement qui sont deux éléments nécessaires à l'instauration d'un climat de confiance indispensable à la mise en œuvre d'une prise en charge thérapeutique ;
- l'information quant au suivi du dossier médical.

Cet ordre logique ne peut être d'un formalisme absolu ; les différents temps de la consultation sont influencés dans leur durée, leur complexité, leur technicité par le profil du patient, la nature de la plainte, de la pathologie et de l'environnement ; tous ces paramètres ne permettent pas une hiérarchisation et une standardisation normative.

Il n'est probablement pas souhaitable d'établir une nomenclature trop détaillée de ces consultations, et par voie de conséquence de rendre plus difficile la juste rémunération de ces actes.

Toutefois, les partenaires conventionnels devront convenir de dispositions permettant d'établir une hiérarchisation des actes reposant sur leur contenu.

Les "membres du G7" estiment que l'amélioration de la qualité des soins résultant de la mise en œuvre des dispositions conventionnelles produira des effets positifs sur le volume des actes.

Les instances conventionnelles en assureront l'évaluation et le suivi dans le cadre des procédures et objectifs relatifs à l'optimisation des dépenses.

B - Le principe de la rémunération de l'acte médical

Les "membres du G7" conviennent que l'acte médical doit être rémunéré à sa juste valeur.

Le niveau de la rémunération, par essence forfaitaire, eu égard aux complexités évoquées ci-dessus, doit intégrer :

- l'acte médical proprement dit : compétence, durée, stress, effort intellectuel, responsabilité, ... - le coût de la pratique médicale : technicité, structures professionnelles, charges sociales partielles (maladie et allocations familiales). - les coûts liés aux tâches administratives résultant des contraintes légales et des engagements conventionnels. - le respect de l'engagement conventionnel de FMC

Uniquement dans le cadre de ce projet alternatif, conduisant à une Convention renouvelée, les syndicats médicaux s'engagent à favoriser et promouvoir la télétransmission en recherchant avec les caisses toutes les solutions aux problèmes techniques actuels.

Le respect des bonnes pratiques, le temps passé entre le médecin et son patient ainsi que l'évaluation sont les garants de la qualité des actes et justifient une meilleure rémunération.

La qualité et surtout la rémunération ne pouvant être corrélées au volume de ces actes pris globalement, ce concept s'oppose à celui des lettres clés flottantes.

C - La rémunération des actes médicaux

Pour prendre en compte les exigences de qualité, les "membres du G7" conviennent de redéfinir que le tarif de tous les actes médicaux au 1er janvier 2002:

- La consultation de médecine générale, correspondant au premier temps de réflexion cité plus haut, devrait être fixée à 30 Euros avec la ventilation suivante :

- acte médical 14 Euros ; - charges 12 Euros - tâches administratives 3 Euros - FMC 1 Euro

En ce qui concerne les consultations de spécialistes et tous les autres actes médicaux, une démarche identique sera engagée pour en fixer les niveaux de rémunération, en intégrant les travaux actuels de refonte de la nomenclature des actes.

Par ailleurs, les "membres du G7" conviennent de la nécessité d'un système d'indexation de la valeur des actes, de manière à garantir, à contenu égal, la pérennité du niveau de rémunération eu égard à l'évolution de leurs charges. A cet effet, ils décident de la création d'un observatoire économique conventionnel chargé du suivi économique et technique.

D - Du paiement des honoraires.

Comme précisé ci-dessus, les "membres du G7" décident de redéfinir les honoraires médicaux afin de rémunérer les actes à leur juste valeur et pour garantir une qualité optimale des soins.

Pour autant, cette démarche ne doit pas engendrer de difficultés nouvelles dans l'accès aux soins.

En conséquence, les "membres du G7" conviennent de moderniser notre système pour :

- Améliorer le remboursement des patients par la télétransmission, - Faciliter le paiement des honoraires au moyen de la monétique avec débit-différé-santé à la charge des médecins et, dans certains cas, par la procédure "dû par autorisation d'avance".

CHAPITRE IV

Du respect des engagements conventionnels

Les "membres du G7" affirment que la convention médicale est un contrat équilibré qui engage la responsabilité de chacun de ses signataires.

A - Instance de gestion de la Convention

La convention étant un contrat, les partenaires conventionnels doivent être en mesure d'en assurer le suivi régulier. A cette fin, une Commission Nationale de la Vie Conventionnelle est créée. Cette commission est composée à parité de représentants des syndicats représentatifs de médecins libéraux et de représentants des caisses d'assurance maladie ayant signé la convention.

Une section arbitrale de cette Commission sera chargée de régler les éventuels différends (entorses au texte ou à l'esprit de la convention), soit nationaux, soit en appel de l'échelon local des CCPL (Commissions Conventionnelles Paritaires Locales), et se réunira autant que de besoin.

(les modalités de fonctionnement seront définies par la Convention).

B - Bilan annuel d'application de la convention

Chaque année, en fin d'exercice, les partenaires conventionnels établissent un bilan d'application de la convention. Sur cette base, ils s'engagent à apporter toute amélioration nécessaire au dispositif conventionnel de manière à s'assurer du respect de l'objet de la convention. Les éventuelles adaptations font, au besoin, l'objet d'un avenant annuel.

C - L'architecture conventionnelle

En sus de la CNVC, les organisations signataires conviennent de reprendre l'architecture conventionnelle mise en place par la convention médicale de 1993, composée notamment d'un Comité Médical Paritaire National (CMPN), de Comités Médicaux Paritaires Locaux (CMPL) et de Commissions Conventionnelles Paritaires Locales (CCPL).

Pour ce qui est des Comités Médicaux Régionaux (CMR) créés par les ordonnances de 1996, ils doivent être supprimés.

A l'instar de la CNVC, il est créé, auprès du CMPN, une section arbitrale ayant pour objet le règlement des éventuels différends d'ordre médical en appel de l'échelon des CMPL, ou non réglés par ce dernier.

Une instance régionale conventionnelle sera créée qui devra veiller à la bonne application de la Convention médicale et à la bonne articulation entre les départements.

Les décisions de toutes les instances conventionnelles, nationales ou locales, doivent être prises à la majorité absolue des voix, sans voix prépondérante.

D - Conséquences du non respect des RMO par un praticien

Les "membres du G7" n'entendent pas s'inspirer du système des sanctions financières qui a fait l'objet d'une annulation par le Conseil d'Etat. Pour s'assurer du respect des références médicales, ils entendent mettre en œuvre un dispositif axé sur la pédagogie et la progressivité des sanctions, ainsi que sur les dispositions portant sur l'évaluation et la Formation Médicale Continue.

Le dispositif conventionnel pourrait s'inspirer des propositions suivantes.

Si un praticien ne respecte pas une ou plusieurs RMO, selon une fréquence et un seuil de gravité à définir, deux cas de figure sont à considérer :

1 - s'il s'agit d'une référence engageant la sécurité du patient, le CMPL procède dans l'urgence à l'audition du médecin mis en cause. Si, à l'unanimité des voix, il le juge nécessaire, le CMPL saisit les autorités compétentes.

2 - s'il s'agit d'une RMO ayant pour objectif d'éviter les actes inutiles ou non appropriés par rapport aux exigences de qualité, le CMPL, après avoir procédé à l'audition du médecin mis en cause, peut prendre les décisions suivantes :

- pour une première entorse, le CMPL adresse au praticien mis en cause une lettre d'avertissement lui rappelant l'esprit de la convention à laquelle il a adhéré, l'invitant à mettre sa pratique en règle au regard des références médicales, et l'informant des risques qu'il encourt en cas de récurrence. Afin de lui éviter d'éventuelles sanctions ultérieures en cas de récurrence, il lui est proposé une formation médicale adaptée.

- pour une première récidive sur la même RMO, le CMPL prononce un déconventionnement temporaire. Il informe par écrit le médecin de sa décision et de la date à laquelle elle intervient. A ce stade, il lui impose la formation médicale adaptée.
- en cas de récidives ultérieures, la Convention précisera l'échelle de gradation de ce dispositif.

Dans tous les cas de figure, le CMPL doit impérativement procéder à l'audition du praticien mis en cause avant de prendre sa décision. Ce dernier peut se faire assister de la personne de son choix.

En l'absence de majorité des voix au sein du CMPL, le dossier est renvoyé devant la section arbitrale du CMPN. Les décisions prises par cette section, pour être exécutoires, doivent l'être à l'unanimité. A défaut, le dossier est renvoyé devant la section arbitrale du CMPN. En cas de nouveau partage des voix au sein de cette section, les parties signataires de la Convention désignent, à l'unanimité, un ou plusieurs experts chargés de procéder à l'examen du dossier faisant l'objet du litige. Les décisions de ce ou de ces experts s'imposent au CMPN.

Ce renvoi à la section arbitrale du CMPN constitue également la voie d'appel de chacune des parties.

E - La liberté de négociation des partenaires conventionnels

La condition essentielle au succès d'un accord conventionnel est la liberté des négociateurs et leur reconnaissance par l'Etat.

Ainsi, l'Etat ne doit pas pouvoir intervenir quand une convention est signée, sinon pour en contrôler la légalité au travers de son rôle d'agrément. De plus, l'agrément doit être délivré sur la totalité de la convention.

F - Les cas de vide conventionnel

1/ Une nouvelle Convention n'a pas pu être conclue à l'échéance naturelle de la précédente.

Dans ce cas, la Convention précédente est prorogée pour une période maximum de X mois.

Si à l'issue de cette nouvelle période, une nouvelle Convention n'est toujours pas conclue, elle devient caduque, et s'appliquent alors les dispositions prévues en cas d'annulation.

2/ La Convention est dénoncée par l'une des parties.

Dans ce cas, les dispositions législatives et/ou réglementaires doivent impérativement préserver les intérêts et prérogatives de la partie non dénonciatrice et de ses mandants.

3/ La Convention est juridiquement annulée.

Dans ce cas, des dispositions législatives ou réglementaires doivent être prévues de façon à assurer un fonctionnement minimal équilibré et suffisamment incitatif pour engager chacune des parties à trouver rapidement un nouvel accord.

ANNEXES

POUR UNE ALTERNATIVE CONVENTIONNELLE

Annexe 1

Modalités d'aide au départ ou à la reconversion

1 - Le médecin libéral sort complètement du système de santé, quel que soit son âge inférieur à X :

La prime sèche serait égale aux revenus nets cumulés des x dernières années d'exercice, avec un minimum de x francs, et un plafond de x francs.

2 - Le médecin libéral se reconvertit vers une discipline déficitaire et jugée prioritaire par les Partenaires conventionnels :

La prime sèche serait égale aux revenus nets cumulés des y dernières années d'exercice, avec un minimum de y francs, et un plafond de y francs.

Cette prime serait versée sous engagement du médecin à une reconversion effective dans un délai Y, sous peine de restitution.

Parallèlement, les partenaires conventionnels s'engageraient à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour aider et guider le médecin dans la recherche de formations adaptées et l'obtention d'un poste à l'issue de celles-ci.

3 - Le médecin libéral sort complètement du système libéral, mais à un âge défini, supérieur à X :

La prime correspondrait alors à 65% de la moyenne de ses revenus nets des dernières années, plafonnée à x' FF pendant années (le produit de x' par ne pouvant excéder le plafond de x FF prévu au 1).

Il est précisé que dans les cas 1. et 3., les partenaires conventionnels n'ont aucun droit de regard sur l'éventuelle activité ultérieure du médecin, quelle soit libérale ou salariée, à la seule condition qu'elle soit hors du champs de l'exercice médical, prescriptif ou non.

Annexe 2.A

Evaluation des pratiques collectives - Observation des pratiques

Les questionnaires d'enquête sont élaborés conjointement par les partenaires conventionnels sur la base d'orientations définies conventionnellement. L'envoi, le recueil et la saisie anonymisée des questionnaires peuvent être confiés, avec les budgets nécessaires, par les partenaires conventionnels, aux URML.

Les données ainsi recueillies sont la propriété conjointe et exclusive des caisses d'assurance maladie et des syndicats de médecins libéraux signataires de la convention médicale. Leur exploitation, quelle qu'elle soit, ne peut se faire sans leur accord.

Les partenaires conventionnels, disposant des moyens techniques et humains des caisses d'assurance maladie, ou de tout autre prestataire désigné par eux, élaborent un compte rendu descriptif des observations recueillies par chaque enquête.

Pour chacune de ces exploitations, les résultats sont toujours publiés conjointement et accompagnés des conclusions, éventuellement séparées, des partenaires conventionnels.

Annexe 2.B

Evaluation des pratiques collectives - La confrontation des résultats

Deux cas de figure peuvent se présenter :

- les comparaisons sont concordantes ; - les comparaisons font apparaître des discordances entre les pratiques et les référentiels.

Dans le deuxième cas de figure, les écarts de pratique sont soumis par les partenaires conventionnels à l'analyse de conférences de consensus ou à tout groupe d'expertise désigné conjointement, qui pourront :

- soit les juger justifiés et les valider a posteriori ; - soit les juger injustifiés.