

Pour recevoir cette lettre d'information par courrier électronique :  
[www.lettreauxmedecins.ameli.fr](http://www.lettreauxmedecins.ameli.fr)

## > 18 MILLIONS

C'EST LE NOMBRE DE PERSONNES QUI ONT CHOISI LEUR MÉDECIN TRAITANT  
 (SOURCE CNAMTS- JUIN 2005)

édito

### Médecin traitant, le dispositif en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet

Objectif dépassé : 18 millions d'assurés ont choisi et déclaré leur médecin traitant en moins de 4 mois.

La réforme est donc largement acceptée, à la fois par les médecins et par nos concitoyens. Deux tiers des patients qui sont allés chez le médecin ont fait leur choix. Ils ont opté à plus de 99 % pour un médecin généraliste, tout en restant libre, pour ceux dont les pathologies le justifient, de choisir un médecin spécialiste traitant.

### Un système adapté à la médecine libérale

C'est aujourd'hui près de 76 000 praticiens libéraux qui sont devenus « médecin traitant ». Les professionnels sont réellement engagés : 98 % des généralistes ont accepté d'être choisis comme médecin traitant, 67 % des médecins généralistes à exercice particulier et 30 % des médecins spécialistes.

Nous avons mis en place un système adapté à la médecine libérale de notre pays, en réseau et non en filière, plus souple que celui de nos voisins d'Outre-Rhin, permettant aux malades chroniques de continuer à consulter leur spécialiste directement.

C'est une nouvelle impulsion pour la médecine générale qui lui confère un rôle pivot dans l'organisation des soins.

Une nouvelle étape s'ouvre à nous désormais pour donner tout son sens médical à ce dispositif.

Avec tous mes remerciements.

**Frédéric van Rookeghem,**  
 Directeur général de la Caisse Nationale

## 1<sup>er</sup> août 2005 : rémunération ALD

Versement aux médecins traitants de 40 € par patient en affection de longue durée, pour les personnes dont la date anniversaire de la reconnaissance de leur ALD se situe entre le 1<sup>er</sup> août et le 31 octobre.

Prochain versement :  
 1<sup>er</sup> novembre 2005.

## info repère

### Parcours de soins : la coordination en pratique

Le dispositif du médecin traitant entre en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet. Concrètement, ce sont une nouvelle feuille de soins et de nouveaux tarifs qui s'appliquent, pour une meilleure coordination des soins.

La nouvelle convention médicale définit le rôle du médecin traitant : il assure le premier niveau de recours aux soins et la prévention (dépistage, éducation sanitaire...), coordonne l'intervention éventuelle d'autres professionnels de santé, rassemble et synthétise les informations que ces derniers lui transmettent.

Les médecins spécialistes de secteur 1 bénéficient d'une majoration de coordination de 2 € par consultation. Ils sont par ailleurs autorisés à pratiquer des dépassements, jusqu'à 17,5 %, sur les actes cliniques et techniques effectués hors parcours de soins coordonné. Ainsi, le tarif d'une consultation hors parcours de soins coordonné peut désormais s'élever jusqu'à 32 €, si 70 % des actes cliniques et techniques sont réalisés en tarif opposable.

S'agissant des rendez-vous pris avant le 1<sup>er</sup> juillet et qui donneront lieu à une consultation après cette date, les médecins spécialistes sont invités à ne pas pratiquer de dépassement d'honoraires. Par ailleurs, le choix de l'option de coordination permet désormais aux médecins spécialistes de secteur 2 de bénéficier de la prise en charge par l'Assurance Maladie d'une partie de leurs cotisations sociales.

### Les outils de la coordination

Le médecin traitant peut solliciter l'avis d'un médecin correspondant, choisi en accord avec le patient. Le médecin correspondant informe simplement le médecin traitant de ses conclusions lorsqu'il s'agit d'un avis ponctuel. S'il juge que des soins itératifs sont nécessaires, il élabore un plan de soins. Il le rédige sur le support de son choix et en accord avec le médecin traitant. Il peut par exemple préconiser des séances de puvarthérapie pour un psoriasis ou des séances de scléroses de varices des membres inférieurs. Le patient pourra alors suivre ces séances chez le médecin correspondant sans passage préalable chez le médecin traitant.



## À noter

En attendant l'arrivée des nouveaux imprimés de protocole de soins ALD, les anciens formulaires peuvent encore être utilisés.

## Patientèle

Chaque trimestre, un état récapitulatif des patients dont vous êtes médecin traitant est envoyé par votre caisse d'Assurance Maladie.

Tous les quinze jours, un courrier signale les patients entrants et sortants. Ces listes identifient les patients en affection de longue durée et précisent leur date d'entrée dans le dispositif ALD.

## FSE en pratique

Les codes les plus courants sont détaillés dans le Mémo FSE joint à cette Lettre. La liste complète est disponible sur [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr).

## ALD : le nouveau protocole de soins

Pour les patients atteints d'une Affection de Longue Durée, la coordination se formalisera sur le protocole de soins. Sa fonction est à la fois médicale et administrative : projet thérapeutique envisagé précisant les intervenants, la nature et la fréquence des soins, le champ de l'exonération du ticket modérateur. Le nouveau formulaire devient un outil de liaison entre tous les acteurs des soins, patient compris.

Il est rédigé par le médecin traitant, en concertation avec le ou les médecins correspondants qui interviennent dans la prise en charge. À l'issue de ces échanges, le protocole sera signé conjointement par le médecin traitant et le médecin conseil. Le 3<sup>ème</sup> volet du formulaire est remis au patient qui devra le signer. Le médecin traitant peut y faire figurer, ou non, le diagnostic. Le patient présentera ce volet à chaque médecin consulté dans le cadre de son ALD et pourra ainsi accéder directement aux différents intervenants prévus dans ce protocole. Les médecins correspondants consultés dans le cadre de ce protocole devront, bien évidemment, informer en retour le médecin traitant. Enfin, il appartient au médecin traitant d'assurer l'actualisation du protocole de soins, en fonction de l'évolution de l'état du malade.

## Comment utiliser la nouvelle feuille de soins

La nouvelle feuille de soins papier a été adaptée au parcours de soins coordonné. La rubrique « conditions de prise en charge des soins » reçoit désormais les informations sur la situation du patient, dans ou hors parcours de soins.

- Si vous êtes le médecin traitant, vous n'avez aucune information à indiquer.
- Si le patient vous est adressé par un confrère médecin traitant, indiquez seulement le nom puis le prénom de ce médecin traitant.
- Si vous signez la déclaration de médecin traitant lors de la consultation, vous cochez la case « nouveau médecin traitant ».
- Si le patient consulte dans une situation dérogatoire. Il vous suffit de cocher la case correspondante : remplacement du médecin traitant, accès direct spécifique...
- Si le patient n'a pas de médecin traitant déclaré ou consulte hors coordination des soins (et qu'il ne vient pas pour une urgence), la case « accès hors coordination » doit être cochée. Les anciennes feuilles de soins ne sont plus valables, à compter du 1<sup>er</sup> juillet.

La feuille de soins électronique (FSE) est également adaptée. Un système de codes est établi afin d'indiquer la situation du patient (accès direct spécifique, urgence...).

Dans la FSE, les codes des actes effectués hors coordination sont différenciés des codes habituels (NGAP, CCAM), alors qu'ils restent inchangés sur la version papier.

## Dr Gerlinde Gerdes, médecin de famille à Halle an der Saale (Allemagne).

### Quel est le dispositif allemand du « médecin de famille » mis en place en 2003 ?

Les patients choisissent leur médecin de famille pour une durée minimale d'un an et s'engagent à le consulter en priorité. En contrepartie, ils sont exonérés de certaines taxes. Les médecins de famille s'engagent quant à eux à respecter des standards de qualité tels que le temps d'attente au cabinet. Ils participent également à des cercles de qualité, des formations, etc. Enfin, les spécialistes sont tenus de prendre en charge les patients dans un délai maximum de trois semaines et doivent rendre compte au médecin de famille de l'évolution des traitements.

### Ce système est-il bien accepté par les patients ?

70 % de mes patients ont adhéré au dispositif. En pratique, si peu de choses ont changé pour les malades chroniques ou les seniors qui me consultaient déjà avant de se rendre chez un spécialiste, beaucoup de jeunes adultes viennent maintenant me consulter plus régulièrement. Au départ, la motivation principale de ces patients était financière. Mais au fur et à mesure, ils comprennent aussi l'intérêt du médecin de famille pour mieux se repérer dans notre système de santé !

## Sesam-Vitale 1.40 : une façon simple d'intégrer la CCAM

Le système SESAM-Vitale 1.40 a été spécialement conçu pour faciliter l'application de la nouvelle Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). La recherche du code CCAM est facilitée via un moteur de recherche par mots-clés ou via une liste d'actes couramment pratiqués. Garantissant une facturation juste, des logiciels SESAM-Vitale agréés 1.40 sont disponibles : à ce jour, 60 % des équipements des médecins peuvent en bénéficier.

### Pour adopter SESAM-Vitale 1.40

Les éditeurs de logiciels vous renseigneront sur le matériel et la configuration nécessaires pour votre poste de travail. La plupart d'entre eux proposent aussi les mises à jour indispensables des logiciels de lecture de cartes Vitale et Cartes de professionnels de santé (CPS).

### Pour en savoir plus :

- Toute l'actualité du système SESAM-Vitale et la liste des correspondants au sein des caisses d'assurance maladie : [www.sesam-vitale.fr](http://www.sesam-vitale.fr)
- La liste des logiciels agréés SESAM-Vitale 1.40 : [www.cnda-vitale.org](http://www.cnda-vitale.org)