

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
07/08/91

Origine :
ENSM

MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux
M le Médecin Chef de La Réunion
MMES et MM les Médecins Conseils Chefs
de Service
et, pour diffusion par les MCR, à l'ensemble des
Praticiens-Conseils
MMES et MM les Directeurs
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale
(pour attribution)
MMES et MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
MMES et MM les Agents Comptables des CRAM
MMES et MM les Directeurs de CETELIC

Réf. :
ENSM n° 1443/91

Plan de classement :
30

Objet :
CIRCULAIRE D'ORIENTATION DES ACTIVITES DU SERVICE MEDICAL : APPLICATION A LA MAITRISE
MEDICALISEE DE L'EVOLUTION DES DEPENSES DE SANTE EN MEDECINE LIBERALE.

Pièces jointes :

Liens :
Com.circ CABDIR 49/90 ENSM 1358/90

Date d'effet :
Dossier suivi par :
Téléphone :

Date de Réponse :
ENSM Dr. LALARDRIE
42.79.33.13

07/08/91

Origine :
ENSM

MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux
M le Médecin Chef de La Réunion
MMES et MM les Médecins Conseils Chefs
de Service
et, pour diffusion par la MCR, à l'ensemble des
Praticiens-Conseils
MMES et MM les Directeurs
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale
(pour attribution)
MMES et MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
MMES et MM les Agents Comptables des CRAM
MMES et MM les Directeurs de CETELIC

N/Réf. : ENSM n° 1443/91

Objet :

Il s'agit d'amener les médecins à exercer dans leur pratique quotidienne, une recherche permanente de qualité et plus généralement, de les impliquer dans une optimisation du fonctionnement du système de soins qu'il importe de rendre plus performant.

Cette mission exige un travail en équipe avec les Directions et Services Administratifs des Caisses, dans un partage pertinent des tâches, tant dans la préparation des actions auprès des médecins, que dans la mise en oeuvre de ces actions.

Les entretiens confraternels, confiés aux médecins-conseils, représentent un moment essentiel de ces actions. Ils s'appuient sur des instruments et exigent compétence et souplesse dans une approche progressive adaptée aux réalités du terrain.

Si certains de ces instruments ont été instaurés par la Convention de 1990, et s'il importe de se placer dans l'orbite conventionnelle, en partenaire, lorsque les instances fonctionnent, cette mission fait néanmoins partie intégrante de la gestion des risques conduite par l'Assurance Maladie.

G. JOHANET

Pr. C. BERAUD

ORIENTATION DES ACTIVITES DU SERVICE MEDICAL

APPLICATION A LA

MAITRISE MEDICALISEE DE L'EVOLUTION

DES DEPENSES DE SANTE EN MEDECINE LIBERALE

S O M M A I R E

1. - INTRODUCTION

2. - LA DEMARCHE D'EXPERTISE EN SANTE PUBLIQUE

2.1. - Le recueil et l'analyse des données médicales - les RIM

2.2. - La confrontation médico-administrative

2.3. - Les actions qui visent à informer et/ou à modifier l'existant

2.4 - L'évaluation des actions

3. - LES INSTRUMENTS D'AIDE A LA DECISION

3.1. - Les recommandations médicales

3.2. - La Formation Médicale Continue

4. - LES ACTIONS - LA CONCERTATION

4.1. - Les réunions-débats

4.2. - Les entretiens confraternels

4.2.1. - Objectifs

4.2.2. - Les Médecins Conseils qui y participent

4.2.3. - Bilan

5. - L'ENVIRONNEMENT CONVENTIONNEL

6 - CONCLUSION

CIRCULAIRE D'ORIENTATION DES ACTIVITES DU SERVICE MEDICAL

APPLICATION A LA MAITRISE MEDICALISEE DE L'EVOLUTION DES DEPENSES DE SANTE EN MEDECINE LIBERALE

1. - INTRODUCTION

La maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé est expressément désignée dans la mission d'expertise en Santé Publique qui en précise l'objectif : optimiser le fonctionnement du système de soins et le rendre plus performant.

Dans le cadre de la médecine libérale, cette maîtrise revient à amener les Médecins à exercer dans leur pratique quotidienne une recherche permanente de qualité, association efficacité, utilité et le meilleur coût, dans les soins qu'ils dispensent à leurs patients, ou dans les choix des structures vers lesquelles ils les orientent.

Elle repose sur la démarche d'expertise en Santé Publique et procède de la même méthodologie dont elle enrichit l'approche et développe certaines étapes répondant ainsi aux trois caractéristiques que la circulaire 1358 lui attribue. Ainsi :

- "fondée sur l'utilité d'un acte ou d'une prescription" ... elle tire profit des instruments d'aide à la décision que sont les Recommandations Médicales Nationales et la Formation Médicale Continue, instaurées par la Convention de mars 1990 et mises à la disposition des Médecins ;
- "s'exprimant exclusivement par l'analyse médicalisée de la production de soins" ... elle s'appuie sur des RIM dont le choix appelle des connaissances techniques renforcées ;
- "n'existant que par une concertation permanente avec les professionnels de la santé" ... elle existe que s'établissent des relations personnelles avec tous les Médecins installés dans la circonscription.

Enfin, le choix d'une maîtrise médicalisée ayant été opéré dans la Convention, elle ne peut, si les Instances Conventionnelles fonctionnent, que s'intégrer dans leur approche.

2. - LA DEMARCHE D'EXPERTISE EN SANTE PUBLIQUE

Cette démarche qui consiste "à recueillir et à analyser des données médicales significatives" "...", à interpréter et à discuter ces données en les confrontant aux données administratives des Caisses"., "à réaliser une action ciblée" .. auprès des acteurs du système de soins, "à évaluer l'action entreprise"..., constitue l'axe autour duquel s'articule la maîtrise médicalisée.

2.1. - Le recueil et l'analyse des données médicales - les RIM

Les RIM qu'il y a lieu de réaliser dans ce domaine sont de deux sortes, selon qu'il existe ou non un référentiel.

2.1.1. - Un référentiel existe.

Ce sont par exemple les Recommandations Médicales Nationales Conventionnelles. Elles fournissent des critères explicites de qualité, guidant en cela le choix des informations à recueillir dans la RIM, et permettant l'évaluation.

2.1.2. - Un référentiel n'existe pas.

Dans ces cas, la RIM est destinée à apporter la connaissance de base des pratiques professionnelles et à participer à la recherche en évaluation conduisant à l'élaboration de recommandations et donc d'un référentiel. Les informations à recueillir doivent répondre à des questions pertinentes, en fonction des sujets.

2.2. - La confrontation médico-administrative

Elle permet certes de sélectionner les domaines d'intervention, mais aussi, de comparer aux référentiels la pratique collective, de mesurer l'importance des écarts, de formuler des hypothèses de modification des comportements en fonction des actions susceptibles de les corriger et d'en estimer les retombées financières, permettant ainsi d'arrêter des objectifs chiffrés.

2.3. - Les actions qui visent à informer et/ou à modifier l'existant

"Entreprendre ces actions, constitue une responsabilité majeure des Services Médicaux et Administratifs du réseau de l'Assurance Maladie" précise la circulaire 1358, qui souligne en outre, le caractère indispensable d'une présence effective sur le terrain, des Praticiens Conseils, privilégiant le dialogue direct avec les acteurs du système".

Ces actions peuvent être assurées conjointement par les Services Médicaux et les Services Administratifs, ou séparément. Elles peuvent s'adresser aux Médecins comme aux Assurés Sociaux. Elles peuvent être, comportementales visant à intervenir auprès des Médecins d'une manière personnalisée, incitatives, pour qu'ils améliorent la qualité de leurs soins, ou systémiques tendant à les sensibiliser à une rationalisation de leurs pratiques. Elles peuvent chercher aussi à éduquer les Assurés Sociaux pour une meilleure utilisation du système de soins.

C'est de la diversité de ces actions, de leur conjonction, que peut être obtenu un résultat.

2.4 - L'évaluation des actions

L'ensemble de ces actions dont l'effet conjugué ne peut être dissocié, doit utiliser, tant l'approche médicale, qu'une approche administrative et financière.

- 2.4.1. -** Une approche médicale, grâce à des RIM qui permettent de suivre les modifications des pratiques collectives et d'en comparer les résultats aux hypothèses formulées.
- 2.4.2. -** Une approche administrative. Il s'agit, à partir des prestations payées et quel que soit l'outil utilisé, de tous dénombrements pertinents concernant les thèmes d'intervention et mis en oeuvre par les Services des Caisses.
- 2.4.3. -** Une approche financière qui consiste en un suivi sur le tableau de bord de gestion des risques, un suivi de l'évolution des dépenses de la Caisse, sur le ou les postes concernés par les thèmes sélectionnés, et la comparaison aux objectifs chiffrés fixés.

L'analyse conjointe médico-administrative, doit permettre, en cas d'objectifs non atteints, d'en rechercher les éléments explicatifs sans omettre l'interférence éventuelle de phénomènes réglementaires, sanitaires, etc. qu'une observation attentive, prévue au départ aura repérés.

3. - LES INSTRUMENTS D'AIDE A LA DECISION

La Convention de Mars 1990 a instauré dans le cadre de la qualité, bon usage des soins et maîtrise de l'évolution des dépenses, le principe de Références Médicales Nationales annuelles et de Recommandations y afférent, destinées aux Médecins. Dans le même dessein, elle a mis en place un important dispositif de Formation Médicale Continue.

Quel que soit l'environnement conventionnel, l'un comme l'autre ont toutes chances de perdurer.

3.1. - Les recommandations médicales

Elaborées au niveau national par des experts, elles visent à améliorer les connaissances scientifiques et à modifier les pratiques professionnelles par un transfert de connaissances et la description de critères explicites de qualité.

Appelées, d'une année à l'autre, à traiter des thèmes différents, ou à revenir sur certains thèmes déjà instruits, pour les développer, elles sont adressées à chaque Médecin-Praticien.

Lorsque les Recommandations ne relèvent pas du domaine strictement médical, mais portent sur l'utilisation du système de soins, de ses structures, de sa réglementation, de ses professionnels paramédicaux, elles sont élaborées localement.

3.2. - La Formation Médicale Continue

Un dispositif ambitieux et cohérent de Formation Médicale Continue a été mis en place dès 1990.

Cette Formation Médicale Continue, en même temps qu'elle traite d'autres thèmes, reprend, développe, approfondit les thèmes contenus dans les Recommandations.

Les programmes d'actions proposés par les Associations sont validés sous l'angle scientifique et pédagogique par les structures professionnelles régionales ou nationales et sélectionnés pour agrément par les Instances Paritaires correspondantes de Formation Médicale Continue où Services Médical et Administratif sont présents.

La participation des Médecins aux actions agréées y est favorisée quand ils y consacrent au moins deux jours consécutifs, par une indemnisation du temps passé.

Une participation des Médecins-Conseils à ces actions est à encourager tant pour leur formation propre, que pour établir des liens avec leurs Confrères Libéraux.

4. - LES ACTIONS - LA CONCERTATION

Allier les actions décrites plus haut et la concertation, c'est là une des gageures de la maîtrise médicalisée, d'où la nécessité d'y mettre souplesse, doigté et d'adapter, aux particularités locales, les différentes approches. Le but de ces actions étant de parvenir à toucher tous les Médecins de la circonscription.

Schématiquement, sont à distinguer :

4.1. - Les réunions-débats

Elles sont organisées régulièrement par le Directeur de la Caisse et le Médecin-Chef, les responsables administratifs et médicaux des deux autres Régimes.

Assimilées aux actions systémiques, elles sont destinées à informer les Médecins sur les données statistiques de leur circonscription, les sensibiliser aux problèmes rencontrés, et créer un climat de confiance qu'il y a lieu d'entretenir.

4.2. - Les entretiens confraternels

Ce sont des relations personnelles à établir entre les Médecins Conseils et, à terme, tous les Médecins libéraux installés dans la circonscription.

Assimilés aux actions comportementales persuasives de la circulaire 1358, ils s'en distinguent cependant du fait qu'ils ne se limitent pas "aux comportements repérés par les Médecins Conseils, dans lesquels la plus stricte économie compatible avec l'efficacité d'une procédure diagnostique ou thérapeutique ne paraît pas parfaitement observée".

En effet, ils n'attendent pas des "signes d'appel" pour être mis en oeuvre et cherchent à faire, individuellement, prendre conscience, notamment à partir des pratiques collectives, d'une nécessaire recherche de qualité.

Ces entretiens peuvent prendre la forme de petits groupes et/ou d'entrevues individuelles.

4.2.1. - Les objectifs de ces entretiens confraternels

* Ces entretiens doivent permettre :

- à chaque Médecin libéral de percevoir comment le Service Médical de l'Assurance Maladie peut l'aider à accroître la qualité des soins qu'ils dispense ;
- au Praticien Conseil participant à ces entretiens :
 - . de faire connaître le rôle du Service Médical de l'Assurance maladie dans le domaine de la Santé Publique,
 - . de repérer puis d'analyser les difficultés que quotidiennement vivent les Médecins libéraux pour améliorer leurs décisions, comme les obstacles que les malades, les structures de soins, leur opposent.

- * Ils concernent essentiellement la qualité médicale, c'est-à-dire l'utilisation optimale des procédures diagnostiques ou thérapeutiques et des structures du système de soins.

Si la discussion peut utiliser des cas rencontrés par les Médecins et soulevés par eux, elle ne saurait être assimilée à un contrôle de conformité avec le contenu des recommandations, au cas par cas. L'objectif de ces entretiens n'est pas d'aboutir au jugement de praticiens par d'autres, il n'est pas a fortiori d'enclencher le processus d'adaptation des mesures prévues par l'article 30 de la Convention qui est d'ailleurs, juridiquement, totalement distinct.

- * En outre, l'examen des résultats des RIM, décrivant la pratique collective locale, une réflexion commune sur l'optimisation possible de cette pratique et sur ses retombées financières (réflexion menée dans cet ordre et non pas l'inverse) doit conduire chaque Médecin, parallèlement au maintien du caractère unique de sa relation individuelle avec son patient, à mesurer l'importance pour la collectivité de l'ensemble de ces activités individuelles, et à percevoir plus clairement la nécessité d'une évaluation des pratiques de soins.
- * Aussi, le souhait de certains Médecins d'être associés à la conception, à l'élaboration, au recueil, dans le cadre des moyens et des actions destinés à améliorer les performances du système, peut-il s'exprimer.
Il y a tout lieu de l'encourager.

4.2.2. - Les Médecins Conseils qui participent aux entretiens

Tous les médecins Conseils ont vocation, à terme, à participer à ces entretiens sans pour autant en devenir "des spécialistes".

Pour commencer, une sélection des Praticiens Conseils volontaires pour ces échanges permettra de désigner les Médecins Conseils les plus motivés, les plus aptes au dialogue, les plus susceptibles de convaincre leur interlocuteur.

Une formation les aidera à exprimer ces potentialités et touchera progressivement l'ensemble des Praticiens Conseils.

En outre, une formation technique aux thèmes des Recommandations est indispensable : connaissance technique, mais aussi des travaux des experts, ainsi que de l'argumentation qui explique leurs choix.

Cette connaissance permettra aux Médecins Conseils d'aller au-delà de la théorie et de discuter avec leurs Confrères, s'ils le souhaitent, des cas cliniques auxquels ils sont quotidiennement confrontés.

4.2.3. - Bilan des entretiens

Le Médecin Conseil Régional, en liaison avec les Médecins Chefs, apporte aide et soutien psychologique, organisationnel, logistique et financier. Il est tenu informé des réalisations et des résultats locaux. Il en adresse la synthèse au Médecin Conseil National au terme de 6 mois et 12 mois.

Le Médecin Conseil National est chargé d'établir le bilan national et de diffuser les résultats dans l'ensemble du réseau, afin de les valoriser.

Ce bilan précisera l'importance et la qualité de la mobilisation des Médecins (nombre de Médecins Conseils et nombre de Médecins libéraux qui ont participé aux entretiens confraternels, constatations faites et travaux conduits lors des échanges, chaque rencontre devant faire l'objet par les Praticiens Conseils d'une relation écrite selon un modèle à établir localement).

5. - L'ENVIRONNEMENT CONVENTIONNEL

La maîtrise médicalisée est l'objectif essentiel de l'expertise en Santé Publique, elle est conduite quelle que soit la situation des Instances Conventionnelles.

Si celles-ci sont installées et fonctionnent, elle doit se placer dans l'orbite conventionnelle et bénéficier de la présence des partenaires pour la dynamiser.

Elle ne saurait représenter une concurrence à la démarche des Instances, mais un apport, une complémentarité. Les contrats locaux d'objectifs constituent alors un sous-ensemble du PLAC.

Si les Instances sont absentes ou si leur fonctionnement est bloqué, les Services Médicaux et Administratifs dont les relations avec les Médecins du terrain ne sont pas remises en question, entreprennent la maîtrise médicalisée dans le cadre de leur gestion du risque.

6. - CONCLUSION

La maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé dans le domaine de la médecine libérale, fait partie d'un tout qui est la Mission en Santé Publique.

Cette mission implique pour le Service Médical, deux fonctions : une fonction **contrôle**, une fonction **évaluation** de la qualité des soins.

La fonction contrôle concerne une minorité de professionnels et d'institutions ; elle est indispensable au bon fonctionnement du système de soins. Pour des raisons financières certes, mais aussi éthiques, sa mise en oeuvre doit être un souci quotidien du Service Médical. Négliger cette fonction conduirait inéluctablement le Service Médical à perdre une partie de sa crédibilité et de ses mérites auprès des Services Administratifs et des professionnels de la santé.

La fonction évaluation, qui concerne l'ensemble des professionnels de la santé, doit considérablement se développer dans les prochaines années ; elle garantira aux assurés sociaux, des soins de qualité croissante, en aidant les professionnels de la santé à améliorer sans cesse la qualité de leurs performances. Les entretiens confraternels individuels et en groupe sont un des moyens pour mettre en oeuvre cette fonction d'évaluation.

Sanctionner ceux qui se situent en dehors de la légalité est une tâche difficile dont l'intérêt public est considérable et demande une extrême vigilance au Service Médical.

Aider tous ceux qui respectent cette légalité à améliorer la qualité des soins qu'ils dispensent, est un objectif qui demandera du temps et des efforts de part et d'autre.

La maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses doit s'adapter aux réalités locales et demande la mobilisation des Services, dans toutes leurs composantes.

Elle signifie un état d'esprit, une dynamique qu'il y a lieu d'initier. Elle demande de s'installer dans la durée, sachant que sa mise en oeuvre ne saurait se faire que progressivement avec souplesse, mais détermination.

ENTRETIENS CONFRATERNELS

ARGUMENTAIRE

Réponses aux interrogations exprimées sur le sujet par

les médecins-conseils et les médecins libéraux de terrain

QU'APPELLE-T-ON ECHANGES CONFRATERNELS ET QUEL EST LEUR BUT ?

Les échanges confraternels sont des relations personnelles à établir entre médecins-conseils et médecins libéraux pour améliorer les performances de notre système de santé, en développer la qualité des soins.

POURQUOI CET OBJECTIF AUJOURD'HUI ?

Cet objectif, à 3 composantes indissociables,

- allocation des ressources la plus efficace possible,
- dans une accessibilité de tous,
- à des services et des soins de qualité,

qui semblait aller de soi, a en fait, besoin d'être réanimé, car la France est confrontée au problème de maîtrise de l'évolution des dépenses de santé.

Elle occupe en effet, la 2ème place parmi les pays qui consacrent le plus d'argent à leur santé et le 14ème rang pour le niveau de la prise en charge - à niveau de cotisation égale, un Allemand est mieux remboursé qu'un Français.

... EN DEVELOPPANT LA QUALITE DES SOINS, COMMENT ?

La France a la réputation d'avoir une médecine de qualité, comme en témoignent ses indicateurs globaux de santé et la satisfaction générale de nos concitoyens.

Mais, plus de qualité est certainement possible - tout le monde le reconnaît, les professionnels de santé en premier - et ce, tant dans l'organisation même de notre système de soins, que dans l'utilisation de ses structures, des hommes qui s'y consacrent, dans le choix de ses équipements, moyens et produits, dans le choix des filières, dans celui des stratégies diagnostiques et thérapeutiques.

Plus de qualité peut maîtriser l'évolution des dépenses sans pour autant remettre en cause leur progression liée au progrès médical, à l'allongement de la durée de vie, aux nouvelles maladies, à l'accès aux soins des plus démunis.

La véritable économie en matière de santé, c'est la qualité des soins. Tout choix judicieux d'une filière de soins - en écartant les débours inadaptés aux besoins du patient -, tout choix judicieux d'une conduite diagnostique ou thérapeutique - qui évite les soins inutiles et ceux qui le sont moins -, amènent le plus sûrement et le plus rapidement le patient à recouvrer sa santé ou à améliorer sa qualité de vie et sont ainsi sources d'économies. Ce qui coûte cher, c'est la non qualité.

On oppose trop souvent maîtrise de l'évolution des dépenses et qualité des soins. Ces deux logiques, au lieu de se heurter, peuvent donc parfaitement converger, l'intérêt du patient rejoignant l'intérêt de la collectivité.

Encore faut-il distinguer cette maîtrise, résultant d'une recherche de pertinence, d'efficacité, d'utilité, des autres solutions de maîtrise qui existent : remboursements, diminution du prix des actes ou des produits, enveloppes globales ... Les Pouvoirs Publics y font appel pour remédier au déséquilibre périodique de l'Assurance Maladie. Autoritaires ou concertées, elles sont administratives et d'essence économique. Leur seul avantage est d'aboutir à des résultats immédiats alors que la maîtrise basée sur la recherche de qualité, ne peut avoir d'effet que progressivement.

L'Assurance Maladie, tout en ne pouvant aller à l'encontre de ces décisions et donc appelée à les respecter et à les faire respecter, est profondément convaincue que la véritable solution passe par l'amélioration du fonctionnement de notre système de soins basée sur la qualité, amélioration librement consentie par ses acteurs. C'est l'anti-rationnement par excellence.

Il s'agit d'entraîner ces acteurs dans cette direction, sachant que c'est en garantissant aux médecins leur liberté de prescription et en la respectant, que se trouve, en termes de santé, l'intérêt des patients.

POURQUOI EUX, MEDECINS LIBERAUX ?

Acteurs-clés dans le système de santé, leur rôle dans l'amélioration de ses performances est capital.

Si la qualité des soins qu'ils dispensent à leurs patients constitue pour eux, une recherche permanente - "des soins consciencieux et conformes aux données actuelles de la science" -, sont-ils vraiment informés des "données actuelles de la science" ? Celles-ci étant considérées, non pas sous l'angle des nouveautés, mais sous celui d'une mise à jour basée sur les résultats de la recherche clinique ? Mise à jour des démarches diagnostiques et thérapeutiques rendue nécessaire, compte tenu des moyens et produits que le progrès médical lance sur le marché - souvent sans évaluation suffisante - et qui viennent s'ajouter aux moyens et produits anciens ?

Utilisent-ils au mieux, pour leurs malades, les structures du système de soins ? Ont-ils l'occasion d'exprimer les contraintes et les difficultés qu'ils rencontrent et de suggérer des propositions, alors qu'ils sont les mieux placés pour le faire ?

Rendre le système plus performant, l'adapter, développer la qualité en recherchant l'efficacité grâce aux choix les plus pertinents et, à bénéfice égal pour le patient, au meilleur coût, est possible pour les médecins et en concordance parfaite avec leur éthique si ceux-ci trouvent l'aide dont ils ont besoin.

Un simple calcul sur quelques actes et prescriptions qui ont cours dans les 17 thèmes conventionnels, a permis de mettre en évidence qu'un effort de la part des médecins, dans la recherche d'un peu plus d'utilité, d'innocuité, ou dans l'expression claire et précise de leurs prescriptions - à efficacité présumée donnée -, pouvait conduire à un ralentissement de l'évolution des dépenses de 3,6 %.

Cet exemple ponctuel pour illustrer, d'une part le sens de la démarche : plus de qualité au sens complet du terme est susceptible de conduire à un ralentissement de l'évolution des dépenses, et d'autre part son étendue : on imagine l'effet qu'on obtiendrait, si une recherche générale de performance était mise en oeuvre.

POURQUOI NOUS, MEDECINS CONSEILS :

Notre légitimité :

C'est celle de l'Institution à laquelle nous appartenons et dont la finalité est de veiller à ce que soient dispensés aux assurés sociaux, les meilleurs soins au meilleur coût.

Elle est contenue dans notre mission d'expertise en Santé Publique définie dans la Circulaire 1358 de Juin 1990, qui souligne l'importance de l'information et de la concertation dans une présence effective sur le terrain, privilégiant le dialogue direct.

Notre spécificité :

- C'est celle de médecins - par oppositions à des non-médecins -, au fait du raisonnement médical seul susceptible d'intégrer la notion d'intérêt du patient et donc de qualité des soins, comme *primum in modis* ;
- C'est celle des médecins-conseils - à distinguer des autres formes de la médecine - :

capables de neutralité et de disponibilité, car non concernés par l'exercice de la médecine curative, informateurs et non formateurs, la formation médicale relevant d'autres statuts et faisant appel à d'autres experts,

informateurs de données que, ni les associations, ni les syndicats, ni la presse professionnels, ne détiennent-, données que la place que nous occupons dans le système de santé nous permet exclusivement de connaître, d'expliquer et/ou de produire.

QUELLES RELATIONS MEDECINS LIBERAUX-MEDECINS CONSEILS ?

- = L'enquête Feed-Back auprès des médecins libéraux met en évidence :
 - . leur position, qui rejoint la nôtre : "le refus d'une logique administrative globalisante ... chaque patient est un cas particulier ..., on ne peut soigner en fonction de critères statistiques ..., soigner d'abord, faire des économies ensuite ..." ;
 - . leur attente : "la nécessaire association des médecins à toute action de maîtrise des dépenses de santé ...", "l'établissement d'une relation de partenariat avec les Caisses par l'intermédiaire du médecin-conseil...", "l'attitude très majoritaire est caractérisée par le vœu de relations plus personnalisées et plus régulières entre praticiens et médecins conseils".

- = Les médecins conseils vont pouvoir apporter à leurs confrères médecins libéraux, les moyens de connaître et de comprendre leur environnement, de susciter leur réflexion et de l'alimenter, de participer aux actions susceptibles d'améliorer les performances locales et à leur suivi, de suggérer des aménagements, des modifications. Ainsi, peuvent avoir lieu des échanges et/ou un travail en commun, et/ou un entraînement réciproque autour :
 - . des données de base sanitaires et sociales et de la circonscription,
 - . des actions de FMC qui ont cours ou à venir,
 - . des campagnes auprès du grand public,
 - . des recommandations médicales,
 - . des études à conduire sur la pratique médicale collective et de leurs résultats,
 - . de la réglementation médico-sociale.

- = Il est évident que des échanges réciproques ainsi conçus, ne peuvent se faire qu'à l'occasion de rencontres. Aucun courrier, bulletin, journal, ... ne saurait les remplacer, d'autant que les médecins sont submergés de papier.

COMMENT S'ENGAGER DANS CETTE DEMARCHE, ALORS QUE TANT D'INCERTITUDES NOUS ENTOURENT ?

La mouvance de l'environnement socio-politique désempare plus d'un. Quels que soient les mécanismes régulateurs arrêtés, et quel que soit le cadre dans lequel l'"entreprise-santé" a ou aura à fonctionner, elle ne pourra désormais plus échapper à la logique de toute entreprise : s'organiser et donner le meilleur produit au meilleur prix.

L'amélioration des performances de notre système par la qualité des soins sera plus que jamais d'actualité. Elle ne peut se concevoir, bien que sous la poussée de considérations économiques, que librement consentie et obtenue ; les médecins réalisant enfin, que là se trouve une réponse à leurs exigences éthiques et que là aussi, résident les chances d'une amélioration de leurs conditions d'exercice.

Sensibiliser les médecins à cette démarche et les y entraîner tous, tel est l'axe solide, indiscutable qui doit rester à l'abri des mouvances et dans lequel il y a à s'engager.

Démarche de proximité, basée sur des relations personnelles entre médecins conseils et médecins libéraux installés dans la circonscription, répondant à une mission du Service Médical, elle ne saurait être confondue avec les travaux de toute autre instance paritaire à la merci d'aléas conjoncturels.

Qu'elle constitue en revanche, dans un objectif commun de maîtrise médicalisée, un apport à ces instances lorsqu'elles existent et non une concurrence, cela est certain. Il y a tout lieu dans ces cas de bénéficier de la présence des partenaires pour la conduire plus intensément comme pour établir, dans la transparence, des relations partenariales.

OBJECTIONS DES MEDECINS LIBERAUX : OUI, MAIS :

- **"Nous subissons une très forte pression de la part de nos patients"** et l'enquête Feed-Back souligne "la fragilité du médecin face à la demande des clients".
 - . L'Assurance Maladie, consciente de cette situation, a lancé, auprès des assurés sociaux, la campagne "Mieux se soigner ça s'apprend" et la campagne sur le bon usage du médicament.
 - . La Convention prévoit une action auprès des assurés sociaux sur les thèmes retenus de maîtrise médicalisée : des fiches, à l'attention des patients auxquels il .. à les expliquer, accompagnent les recommandations médicales que reçoit le médecin.

Les unes comme les autres sont destinées à aider celui-ci à retrouver sa liberté de décision. S'inscrivant dans la durée, elles auront de plus en plus besoin de la collaboration des médecins libéraux pour leur conception et leur rédaction.

- **"Nous ne sommes pas les principaux responsables de l'évolution des dépenses de santé"** et l'enquête Feed-Back fait observer que les médecins libéraux notent les facteurs d'accroissement structurels, techniques, sociologiques, psychosociologiques, ... auxquels s'adjoignent des sources de gaspillage : Pouvoirs publics, hôpitaux, laboratoires pharmaceutiques, grands patrons ...", en un mot, "les autres".

La réponse qu'on peut avancer est triple :

nul ne conteste ni ne remet en question l'accroissement "structurel" des dépenses de santé ;

les échanges confraternels seront l'occasion d'observations et de suggestions qui ne manqueront pas, petit à petit, de toucher "les autres" ;

commençons à agir là où nous pouvons faire quelque chose, sur la qualité des pratiques ; notre démarche des chances de se propager plus vite qu'on ne l'imagine (6000 recommandations médicales nationales ont été adressées, à la demande de la Conférence des Doyens, aux étudiants d'E 3ème cycle).

- **"Comment faire avec nos problèmes économiques" ?**

- . La "bonne" médecine demande du temps, temps pour écouter, examiner, expliquer. Comme l'exercer et... terminer les mois ?

- . Tel appareil... je me suis endetté pour l'acheter. Que faire sinon essayer de le rentabiliser ?

L'Assurance Maladie ne détient pas la réponse à ces problèmes. L'exigence éthique de qualité restant la priorité du médecin, c'est sur elle qu'il convient de s'appuyer pour commencer.

OBJECTIONS DES MEDECINS-CONSEILS :

"Nous nous considérons comme des experts en Sécurité Sociale, en réglementation médico-sociale, ou encore comme des détenteurs de chiffres, produits des remboursements des CPAM, et rien d'autre".

Des échanges confraternels ont toujours existé entre médecins conseils et médecins traitants. Il s'agit de les développer dans le sens défini par la mission d'expertise en Santé Publique du Service Médical.

En effet, les échanges confraternels sont à assimiler aux actions comportementales à caractère persuasif, incitatif.

Ils se distinguent toutefois de ces actions du fait qu'ils n'attendent pas des "signes d'appel" pour être mis en oeuvre et qu'ainsi, ils concernent tous les médecins de la circonscription.

Ayant pour but de sensibiliser les confrères libéraux à une amélioration des performances de notre système en développant la qualité des soins, de les amener à y réfléchir et à s'y engager, ils appellent de la part des médecins-conseils une révision de leur approche.

Aider le médecin libéral à accroître la qualité des soins qu'il dispense à ses patients signifie que le médecin-conseil réinvestit son métier de médecin et approfondit la logique décisionnelle, qu'il se forme parfaitement, sous l'angle technique, pour comprendre les problèmes qui se posent à son confrère libéral sans pour autant devenir un super-clinicien, ou un formateur.

Il associera ceux de ses confrères qui le souhaitent, à la réflexion et à l'élaboration de tel ou tel projet, à la conception de tel ou tel message, et de tous moyens pouvant participer à l'objectif commun.

C'est en rejoignant son confrère libéral dans une attitude d'écoute, d'aide, de collaboration et de mise en commun de leurs efforts, que cet objectif pourra être atteint.

OBSERVATIONS ET INTERROGATIONS COMMUNES ET/OU RECIPROQUES :

- **"Commence par contrôler plus et mieux : plus, les "consommateurs abusifs", les "commerçants", mieux, la pratique courante.**

La mission de contrôle des médecins conseils n'est absolument pas remise en question et se poursuit.

De nouveaux outils sont fabriqués par les Caisses pour mieux appréhender les abus et tenter d'y mettre fin.

Quant au contrôle de la pratique courante auquel il est reproché "son arbitraire du fait de l'éloignement du médecin-conseil des réalités de l'exercice médical", il ne peut que gagner du dialogue que les échanges confraternels permettront d'instaurer.

- **Comment restaurer la confiance ?**

Médecins conseils et médecins libéraux soulignent la méfiance ressentie par ces derniers : crainte d'une surveillance accrue, d'une limitation de leurs actes et d'une restriction de leurs prescriptions, crainte que sous le vocable qualité, ne s'exerce un contrôle administratif.

Les échanges confraternels sont destinés à promouvoir l'anti-rationnement par excellence. Ils ne peuvent réussir que si médecins conseils et médecins libéraux font bien la distinction entre l'approche traditionnelle contrôle et cette approche-optimisation des soins.

C'est progressivement, en mettant à profit tout ce que l'un et l'autre apportent que les relations entre médecins conseils et médecins libéraux connaîtront le climat de confiance dont elles ont besoin pour atteindre leur objectif.

- **Les recommandations :**

= ***Sur leur contenu :***

- . *"Ce sont des "normes Sécu".*

Elles ont été élaborées en toute indépendance par des experts indépendants eux-mêmes : hospitalo-universitaires et libéraux, venus de différentes régions de France. Elles ont été testées auprès d'une cinquantaine de confrères installés, ont recueilli et intégré leurs observations.

Que l'Assurance Maladie se soit chargée de les susciter - avec les partenaires conventionnels - et de les expédier, est, compte tenu de l'intérêt qu'elle trouve pour ses assurés sociaux à promouvoir la qualité des soins, dans la logique des choses.

- *"Quelle est la légitimité des experts" ?*

D'une part, leur autorité scientifique reconnue, d'autre part, le fait qu'ils ont fait le point, dans ces recommandations, de l'état actuel de la science dans ce qu'il a d'incontestable et d'incontesté par l'ensemble de la communauté scientifique.

Tout ce qui est encore discuté, controversé, fût-ce par quelques-uns et qui aurait besoin de conférences de consensus, a été écarté de ces recommandations.

= ***Sur leur utilisation ?***

- *"On sait ... on fait déjà ..."*

Une recommandation n'est pas et ce, par définition, censée apporter des nouveautés. Elle met de l'ordre, elle fait le point en tenant compte des résultats de la recherche clinique. Cette synthèse, si elle a éventuellement cours en FMC - qui, rappelons-le ne touche que moins de 20 % des médecins -, est très rarement produite.

Une recommandation rappelle souvent quelques vérités d'évidence, ou des règles de bon sens qui aident à s'interroger et qui conduisent à réfléchir sur sa propre pratique.

- . *"Immixtion dans ma pratique."*

Recommandées par définition, ni imposées, ni opposables, ces recommandations ne sont pas des normes.

Elles doivent aider les médecins dans leurs choix et leurs décisions, mais ils restent seuls juges et gardent leur totale liberté pour adapter leurs soins au cas particulier de chacun de leurs patients.

- . *Les médecins conseils face à ces recommandations :*

Il est évident que ces recommandations sont destinées au médecin libéral. C'est à lui qu'il revient d'y réfléchir, d'en tenir compte, de les introduire dans sa pratique... Et, s'il y a quelqu'un pour en parler sous l'angle technique, ce sont les experts et eux seuls.

Au médecin-conseil, il est demandé la faculté d'écoute, d'explication de la démarche des experts, de réflexion sur les difficultés éventuelles d'application. Il prend le soin de faire remonter ces difficultés vers les experts et de susciter avec eux, le cas échéant, des réunions.

Au médecin-conseil de se méfier de leurs risques :

- * Le risque de vouloir contrôler l'application de ces recommandations. En l'état actuel des mentalités vis-à-vis de l'évaluation, ce serait les condamner au départ que de les utiliser pour juger par exemple, si tel acte ou telle prescription sont "conforme" ou pas, "opportun" ou pas, "justifié" ou "injustifié" ! Les recommandations sont là pour susciter une réflexion chez le médecin libéral, le "décideur" face à un patient donné, et non comme outil de mesure pour un "observateur".

L'observation se gère en commun, sur les résultats de la pratique collective dans la circonscription, comme on le verra plus loin.

- * Le risque de vouloir faire des économies.

L'habitude de lutter contre les abus risque de conduire le médecin conseil à raisonner en termes de diminution nécessaire d'actes ou de prescriptions jugés trop nombreux et de l'orienter ainsi vers les seuls médecins au profil "inhabituel". La totalité des médecins est concernée par ces recommandations.

Elle risque de lui faire confondre le résultat = maîtrise de l'évolution des dépenses - et l'objectif = qualité de soins -. Son rôle, dans le cadre des échanges, se situe au niveau de l'objectif, où toute la démarche est médicale et la logique décisionnelle la basée sur l'indication de tel soin pour un patient donné, ou sur l'appréciation du rapport bénéfice-risque de ce soin, face à tel autre patient.

C'est un médecin conseil qui aura parfaitement compris, assimilé, adopté cette attitude intellectuelle face à ces deux risques, qui sera le mieux placé pour le faire passer à ses confrères libéraux et lever l'ambiguïté et la confusion dans leurs relations - le secret de la restauration de la confiance -.

. Utilisation commune, médecins conseils et médecins libéraux, des recommandations

Ils y puiseront des critères explicites de qualité pour la préparation des études et enquêtes destinées à mettre en évidence l'état de la pratique collective dans la circonscription et pour en suivre l'évolution au fur et à mesure que des liens plus étroits et plus étendus se seront tissés entre médecins-conseils et médecins libéraux.

UN OBJECTIF DOIT ETRE ATTEINT, DANS QUEL DELAI ? QUELLE EST NOTRE RESPONSABILITE EN CAS D'ECHEC ? demandent les médecins conseils.

Le ralentissement de l'évolution des dépenses affiché dans la Convention, repris par les Pouvoirs Publics et attendu, est comme nous l'avons vu, la résultante d'une modification éventuelle des pratiques médicales.

Or :

- 1) Celles-ci ne sont pas le seul facteur constitutif de ces dépenses. D'où la nécessité de bien distinguer l'évolution des dépenses et l'évolution des pratiques et de noter les facteurs survenus, susceptibles d'expliquer une distorsion éventuelle entre les deux.

2) Les échanges confraternels ne sont qu'une action parmi d'autres destinées à parvenir à la maîtrise médicalisée :

- réunions-débats organisées par le directeur de la Caisse avec le médecin-chef,
- campagnes pédagogiques auprès des assurés sociaux,
- message auprès des médecins, en provenance des instances conventionnelles lorsqu'elles fonctionnent, etc.

L'évaluation qui obéit à la démarche d'expertise en Santé Publique portera sur l'ensemble de ces actions dont l'effet conjugué ne peut être dissocié.

3) Si les médecins conseils s'engagent dans ces échanges confraternels destinés à susciter et à faciliter une modification des pratiques, ces pratiques restent entre les mains des médecins.

D'où la nécessité de bien cerner ce dispositif des échanges, quantitativement et qualitativement, d'en établir régulièrement le bilan et de le mettre en oeuvre sans tarder.

Il convient de noter que cette recherche d'amélioration des performances de notre système de santé, basée sur la qualité, ne peut atteindre ses pleins effets rapidement, qu'il s'agit de susciter un état d'esprit, tant chez les médecins conseils que chez les médecins libéraux et de s'installer dans la durée.

QUI ? COMMENT ?

- . **Qui ?** Les médecins-conseils volontaires et aptes à s'engager avec leurs confrères libéraux dans cette démarche.

Y a-t-il lieu de spécialiser les médecins conseils ? : non.

Pour le médecin libéral, le médecin conseil est un tout qu'il n'y a pas lieu de découper. C'est ce tout qui constitue la richesse des échanges, du dialogue et de l'information apportée aux médecins libéraux. L'important est que la démarche-contrôle et la démarche-échanges soient bien claires dans l'esprit du médecin-conseil afin qu'il puisse transmettre cette clarté, et éviter ambiguïté et confusion.

- . **Comment ?**

Il est essentiel d'adapter les modalités des échanges au climat, aux relations existantes et aux habitudes locales.

Individuels, et/ou par petits groupes, ils doivent être conduits avec doigté et souplesse.

Ils peuvent être menés sous l'une ou l'autre de ces formes, conjointement, successivement, isolément ... l'important est de créer une dynamique, avec les plus motivés pour commencer.

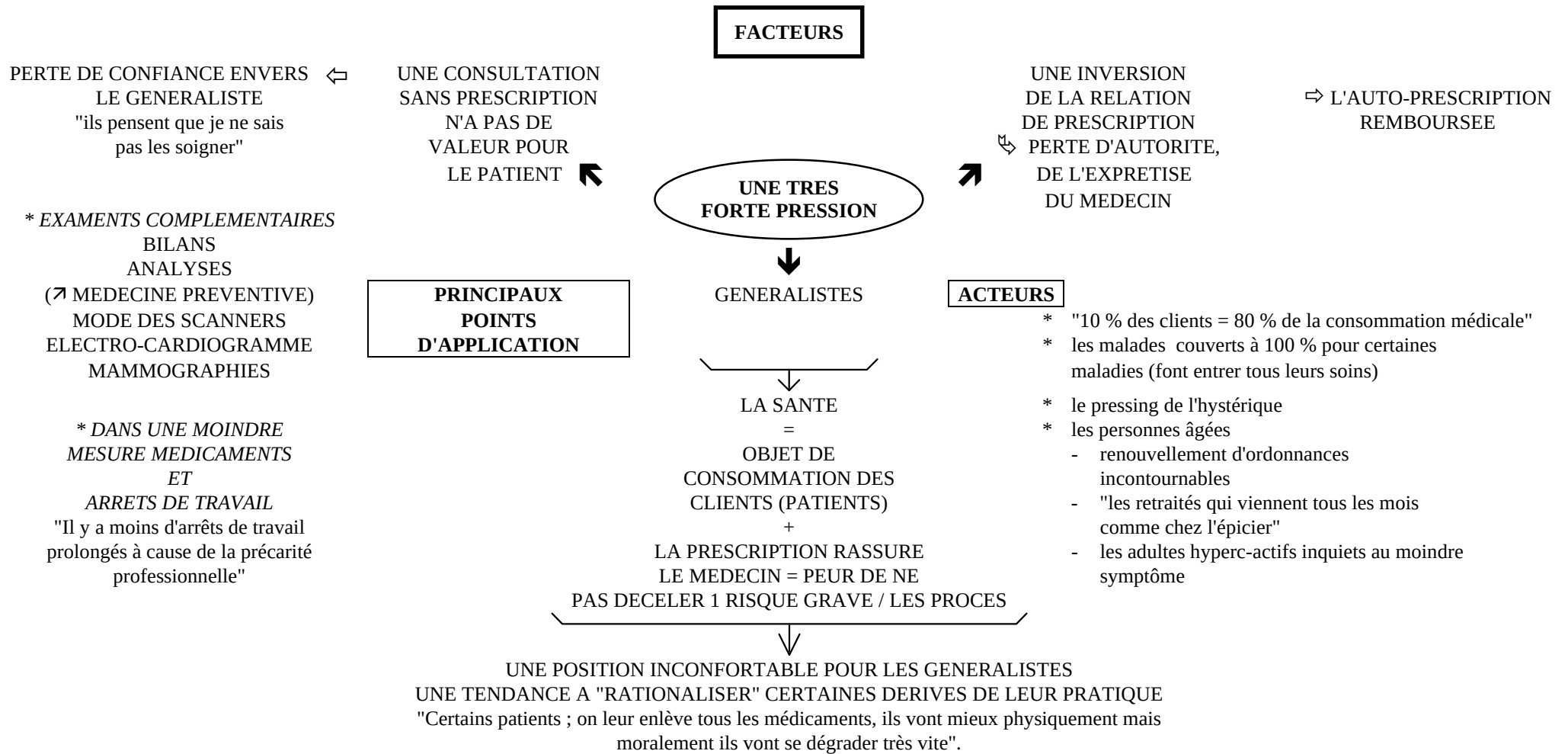
LA HIERARCHIE ? LES MEDECINS CONSEILS ONT BESOIN D'ELLE

- **Médecins conseils régionaux et médecins chefs apportent :**
 - . l'aide morale, psychologique : foi en la démarche et adhésion,
 - . le soutien matériel :
 - organisation (équipe autour des médecins conseils chargés de ces échanges, pour leur préparer les éléments nécessaires au contenu des échanges, esprit libre, temps, disponibilité),
 - logistique (statistique, informatique),
 - budget, pour se déplacer, pour accueillir les confrères.
 - . la formation des médecins-conseils :
 - accorder la possibilité de suivre les programmes de FMC avec leurs confrères libéraux,
 - les former aux techniques de la communication.
- **Le Médecin Conseil National**, s'attache à la valorisation et à la diffusion des travaux locaux. Il est à l'écoute des Echelons, pour leur fournir l'aide qu'ils exprimeraient dans l'un ou l'autre des domaines sus-indiqués.

P.J. : Enquête Feed-Back : séries 2, 3 et 6.

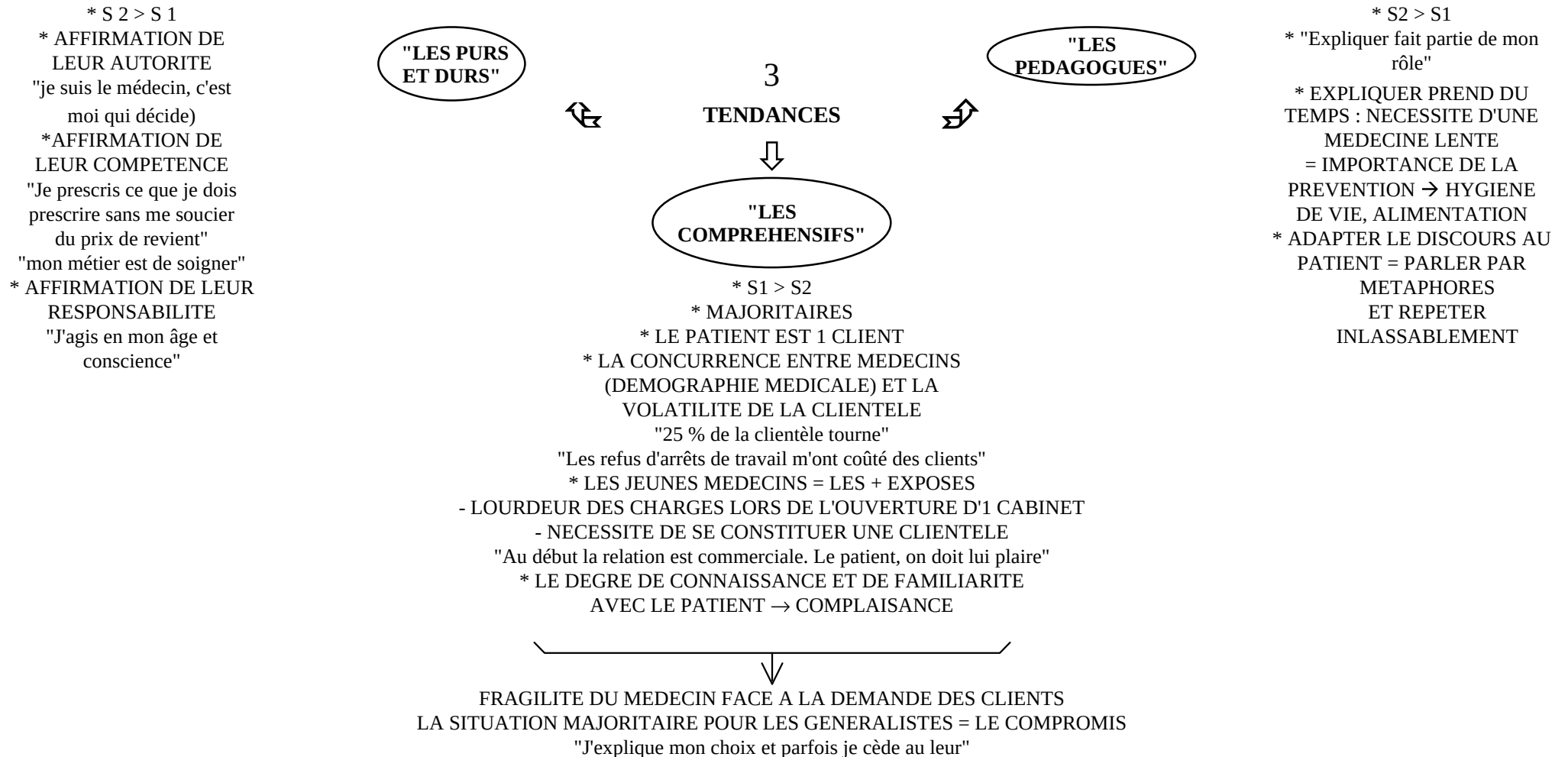
2.1 - LA DEMANDE DES PATIENTS

- * MEDIAS : TV, PRESSE FEMININE (PURE VULGARISATION MEDICALE)
- * EVOLUTION TECHNIQUE = "dès qu'on a mal à la tête la scanner"
- * DEMANDE DE CONFORT = "la maladie même bénigne est devenue insupportable, anachronique" (ex. le rhume)
- * DEMANDE DE REASSURANCE = "pathologie d'angoisse" à prendre en considération par le médecin
- * SOIN GRATUIT = UN DROIT et non plus une assistance
- * ROLE ACRU DES SPECIALISTES = "certains patients ont 5 ou 6 spécialistes"

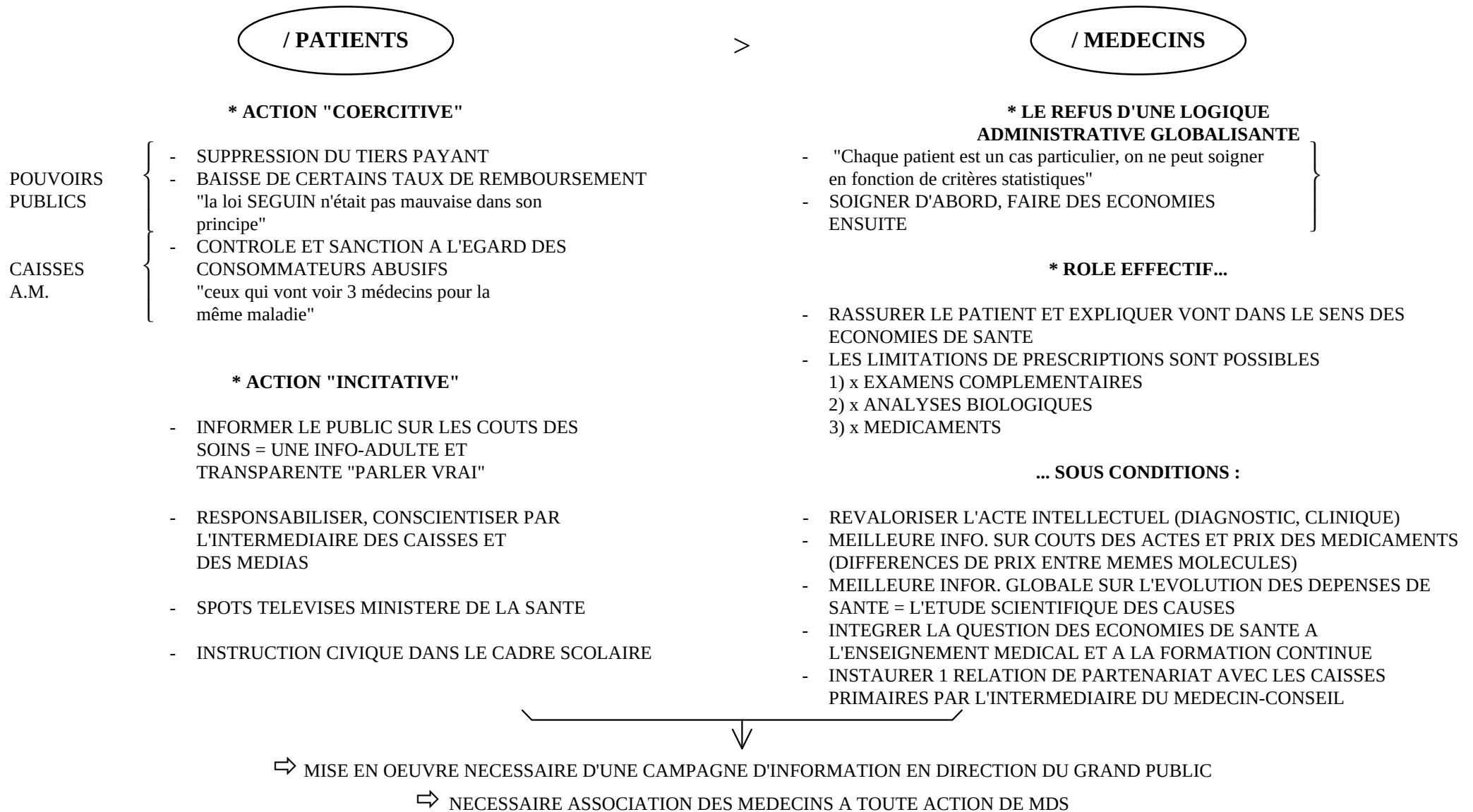


FEED BACK

2.3 - L'ATTITUDE DES MEDECINS

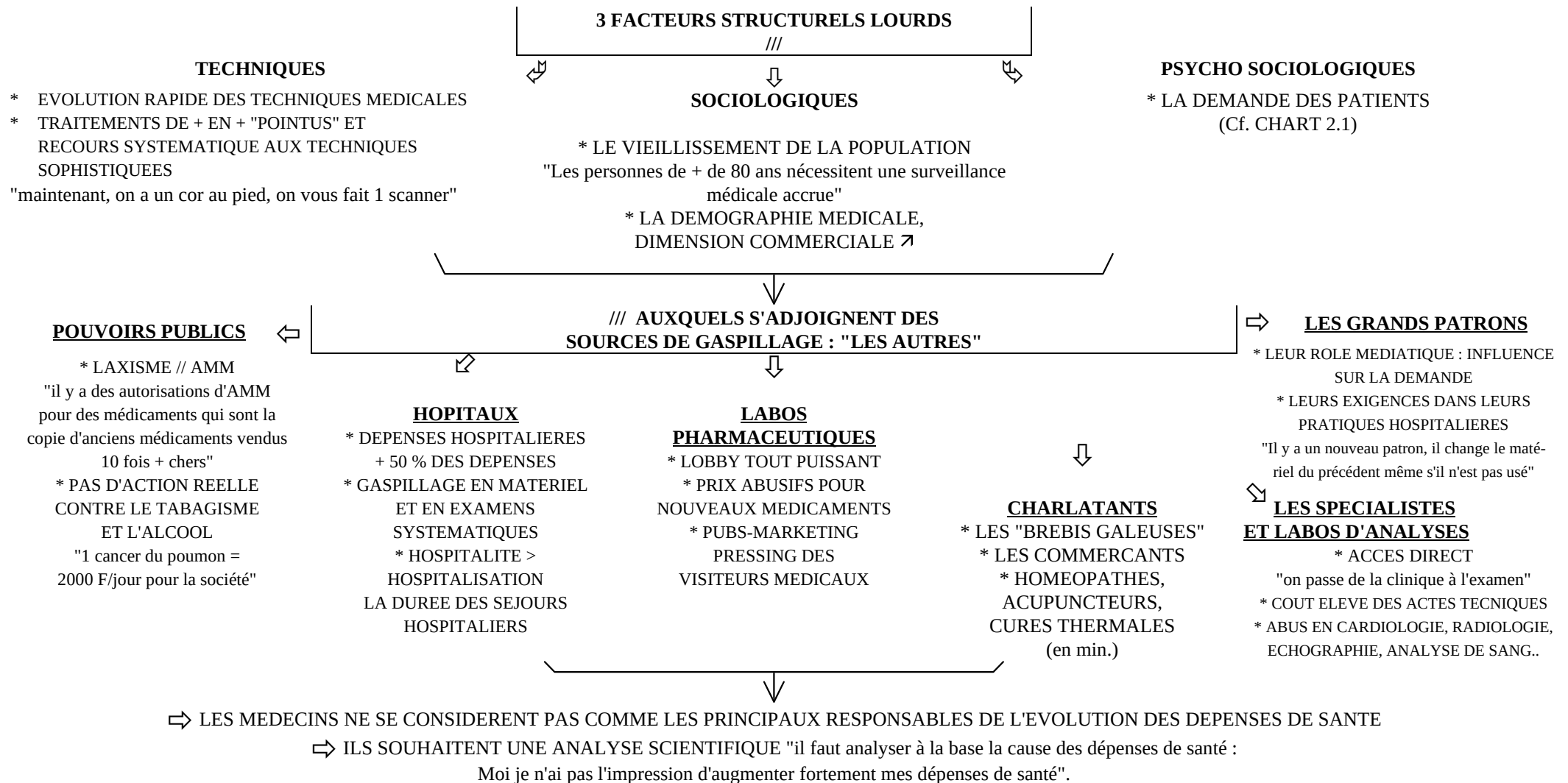


2.3 - LES ATTENTES ET PROPOSITIONS D'ACTION



FEED BACK

3.1 - LES FACTEURS DE L'ACCROISSEMENT



FEED BACK

3.2 - L'ATTITUDE DES MEDECINS

... EN TANT QUE "CITOYENS"

- SENSIBILISATION FORTE AUX PROBLEMES DE MAITRISE DES DEPENSES DE SANTE
- ⇒ REMISE EN CAUSE DU SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE FRANCAIS A COURT ET MOYEN TERME
- ⇒ RECONNAISSANCE D'ABUS, DE GASPILLAGES, DEPENSES INUTILES

MAIS

... EN TANT QUE "MEDECINS"

(MIN.) ↗

LES "ULTRA LIBERAUX"

- REFUS D'ETRE ACTEUR DE MDS
- ⇒ ROLE = SOIGNER PAS FAIRE DES ECONOMIES (= RESTRICTIONS) EUX-MEMES
- ⇒ RESPONSABLES = PAS DE PRESCRIPTION ABUSIVE
- ⇒ ABSENCE DE POUVOIR / MONTANT DES ACTES ET PRIX DES MEDICAMENTS

↓
↗ soit ↘

LOGIQUE DE MISE EN
OEUVRE DES MESURES
AUTORITAIRES/POUVOIRS
PUBLICS

PB INSOLUBLE :
EVOLUTION INELUCTABLE
VERS UN SYSTEME D'ASSU-
RANCES PRIVEES

- ⇒ UN PARADOXE : "ALLER A L'ENCONTRE DE SES INTERETS IMMEDIATS"
- ⇒ UNE CONTRADICTION :
 - FREINER LES DEPENSES DE SANTE =
ROLE PEDAGOGIQUE
 - ROLE PEDAGOGIQUE = DU TEMPS
CONSACRE A L'EXPLICATION

(REGARD SECTEUR 2 FAIRE DE L'ABATTAGE
SUR SECTEUR 1 POUR GAGNER DU TEMPS

↘ (MAJ.)

LES "COOPERANTS SOUS CONDITION"

- ↗
- * RESPONSABLES PARTIELLEMENT
EN TANT QUE PRESCRIPTEURS
- * UN ROLE A JOUER

↘ (GENERALISTES)

- * REFUS D'ETRE EN POSITION D'ACCUSES
(BOUC EMISSAIRE)

+

NECESSITE DE RENDRE COMPTE DES CAUSES
REELLES ET DES RESPONSABILITES PARTAGEES
* REVALORISATION DE LA MEDECINE DE VILLE /
SPECIALITE / HOPITAL

MAIS

- * PARADOXE : "On ne peut pas à la fois en vivre et limiter les dépenses.
C'est nous demander d'être des saints"
(généralistes 91)

GEL SECTEUR 2
+
FAIBLE REVALORISATION
=
PAS DE TEMPS DISPONIBLE

FEED BACK

3.3 - QUELS ACTEURS ? QUELLES ACTIONS ?

PAR ORDRE DECROISSANT D'IMPORTANCE PERCUE :

* LES POUVOIRS PUBLICS

- ⇒ UNE POLITIQUE DE SANTE COHERENTE (NE PAS PRETENDRE A LA MAITRISE DES DEPENSES DE SANTE D'UN COTE ET LES ENCOURAGER DE L'AUTRE)
 - = DELIVRANCE DES AMM A BON ESCIENT
 - = LUTTE EFFECTIVE CONTRE LA CONSOMMATION DE TABAC ET D'ALCOOL
- ⇒ UNE ANALYSE SCIENTIFIQUE DE L'EVOLUTION DES DEPENSES ET DE SES CAISSES PAR 1 COMITE D'EXPERTS INDEPENDANTS.
- ⇒ UNE INFORMATION TRANSPARENTE A L'EGARD DU PUBLIC ET DES MEDECINS.
- ⇒ DES CAMPAGNES D'INCITATION A DES DEPENSES RAISONNEES ET RAISONNABLES : SPOTS TELEVISEES, ETC.
- ⇒ L'INTEGRATION TRANSVERSALE DU THEME "MEILLEURE GESTION DES SOINS DE SANTE" DANS LES PROGRAMMES D'ENSEIGNEMENT MEDICAL
- ⇒ LE ROLE DE L'INSTRUCTION CIVIQUE DANS LE CURSUS SCOLAIRE
- ⇒ LA SUPPRESSION DU TIERS PAYANT
- ⇒ UNE PARTICIPATION ACCRUE DES PATIENTS AU PAIEMENT DES SOINS DE SANTE (EN DERNIER RECOURS)

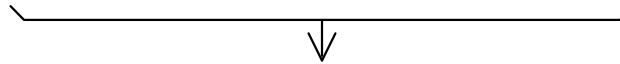
3.3 (suite)

*** LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE**

- ⇒ LA REDUCTION DE LEURS FRAIS DE GESTION, LA "CHASSE AUX GASPIS"
- ⇒ UN CONTROLE EFFECTIF DES PRATIQUES ABUSIVES DES PATIENTS
- ⇒ UN CONTROLE DES DEPENSES HOSPITALIERES
- ⇒ DES CAMPAGNES GRAND PUBLIC
- ⇒ L'ETABLISSEMENT D'UNE RELATION DE PARTENARIAT AVEC LES MEDECINS PAR L'INTERMEDIAIRE DU MEDECIN-CONSEIL

*** LES MEDIAS**

- ⇒ PARTICIPATION AUX CAMPAGNES GRAND PUBLIC
- ⇒ INFORMATIONS "SERIEUSES" SUR LES MDS



RESULTANTES = LES MEDECINS PLUS APTES A RESISTER A LA PRESSION DES PATIENTS ET AUX DEMANDES ABUSIVES

= ACTEURS EFFICACES DANS LA MDS

"ABORDER LE PROBLEME DE FACON GLOBALE. INDIVIDUELLEMENT, LE MEDECIN NE PEUT RIEN FAIRE"

6.1 - LA CAISSE PRIMAIRE

UN DOUBLE VISAGE



LA STRUCTURE ADMINISTRATIVE

* **ROLE** : GESTION DES DOSSIERS ET
REMBOURSEMENTS AUX PATIENTS

* **IMAGE** : LOINTAINE, IMPRECISE

"je ne sais pas comment ça marche"

"une subdivision de la CNAM"

= DES FONCTIONNAIRES

"on se trouve face à une administration où personne
n'est responsable de soi"

* **RELATION** : PAS DE RAPPORTS DIRECTS ET
PERSONNALISES

UNIQUEMENT D'ORDRE ADMINISTRATIF

(COURRIERS, TELEPHONE)



**ABSENCE DE PROXIMITE AFFECTIVE = UN TERRITOIRE
ETRANGER AU MEDECIN PERCU COMME VAGUEMENT HOSTILE**

"C'est une grosse bête qui gère quelque chose d'immense et qui
porte un regard sur moi. Moi, je n'ai pas de regard sur eux".



LE MEDECIN CONSEIL

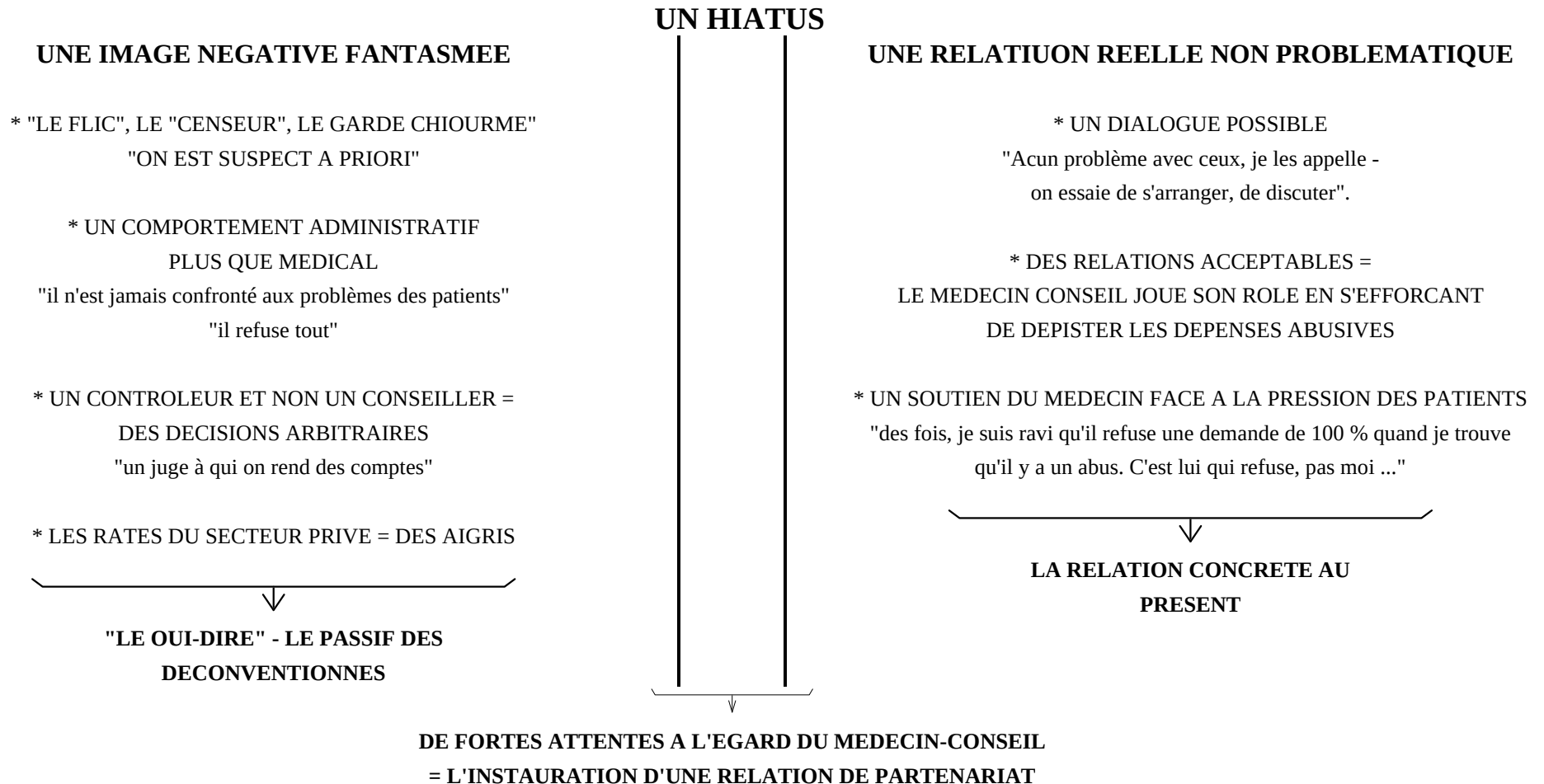
= **L'INTERLOCUTEUR**

DU MEDECIN

(VOIR CHART SUIVANT)

"C'est avec lui qu'on peut avoir la seule
discussion possible"

6.2 - LE MEDECIN CONSEIL



6.3 - LES ATTENTES / MEDECIN CONSEIL



DES RELATIONS PLUS PERSONNALISEES ET PLUS REGULIERES

* VISITES, COMMUNICATIONS
TELEPHONIQUES

* DISCUSSIONS, ECHANGES
DIALOGUE OUVERT
DE MEDECIN A MEDECIN



DES RENCONTRES CONFRATERNELLES

* 1 BILAN 1 FOIS/AN
"faire le point pour discuter et
corriger certaines choses..."

* 1 ANALYSE EN COMMUN
DES RELEVES STATISTIQUES
(TSAP)

* DES REUNIONS REGULIERES
AVEC LES MEDECINS



UNE COLLABORATION ACTIVE

* PAR UNE CONNAISSANCE APPROFONDIE
DU CONTEXTE DANS LEQUEL LE
MEDECIN EXERCE SA PRATIQUE

* PAR UN CONTROLE PLUS RIGoureux
DES PATIENTS "ABUSIFS" NOTAMMENT
DE CEUX BENEFICIANT DU TIERS PAYANT

* PAR UN ROLE D'INFORMATION SUR LA
MAITRISE DES DEPENSES DE SANTE



⇒ L'INSTAURATION D'UNE MEILLEURE INTERCONNAISSANCE ET D'UN DIALOGUE REGULIER =
ROLE CHARNIERE DU MEDECIN CONSEIL ENTRE L'ASSURANCE MALADIE ET LE MEDECIN

"il y a actuellement 1 système qui fait qu'on se trouve dans deux camps opposés alors qu'on devrait être associé pour le meilleur être du malade"