

GROUPE DE TRAVAIL LES GENERALISTES CSMF

CONSULTATIONS COMPLEXES

OBJECTIF DE CE GROUPE DE TRAVAIL

Définir un panel de mesures rapides de valorisation des consultations de plus en plus complexes que réalisent les médecins généralistes

INTRODUCTION

Alors que le nombre de patients en ALD ne cesse d'augmenter (8.6 Millions en 2009, près de 10 Mo en 2020), que leur prise en charge demande de plus en plus de temps et d'investissement aux médecins généralistes, et que par ailleurs le nombre de médecins généralistes ne cesse de baisser, **aucune mesure d'envergure n'a été engagée par la CNAM pour inciter les médecins généralistes à continuer à prendre en charge ces patients.**

Il n'est tout simplement plus possible de demander aux médecins généralistes déjà débordés de s'engager à aller prendre en charge des patients complexes sans médecin traitant pour un tarif dérisoire, que ce soit à domicile ou au cabinet.

Il n'est tout simplement pas acceptable de ne pas valoriser la téléexpertise qui peut permettre de créer une vraie coordination généralistes - spécialistes pour éviter des hospitalisations, et une concertation ville hôpital, garantissant une prise en charge optimisée.

Si la CNAM veut sauver la médecine libérale, cela passe par des mesures d'urgences : **Les Généralistes CSMF réclame donc une revalorisation rapide et forte des consultations complexes selon les modalités suivantes.**

Par ailleurs, il est important de noter, d'après ce qu'il vient d'être dit, que **les Généralistes CSMF ne peuvent accepter comme acquis que la valeur du G reste la plus basse d'Europe à 25 euros.**

Un objectif raisonnable devrait être d'augmenter immédiatement le G à 35 euros, et avoir un plan quinquennal pour tendre vers 50 euros, la moyenne européenne.

C'est pour cela que nous affichons les demandes de revalorisation en terme de multiples du G et non de tarif fixe hors exception.

METHODE

Notre groupe de travail, au travers une analyse du contexte de la médecine libérale, du rapport de la DREES « Les dépenses de santé en 2017 », de plusieurs réunions, et d'une synthèse, a défini une priorisation des actes à réévaluer pour tendre vers l'objectif de ne plus laisser des patients dits complexes (en ALD) sans médecin traitant.

PROPOSITIONS

Consultations complexes au cabinet

1. Création pour chaque patient en ALD de 4 consultations complexes par an, à savoir une consultation annuelle de synthèse et de prévention pour tout patient en ALD équivalent d'une **G4**, et de trois consultations annuelles d'une valeur de **G2** pour tout patient en ALD.

2. Tout patient *ayant plus de deux ALD* qui consulte doit faire l'objet d'une **G2 systématique**.

Maintien à domicile : patients en ALD suivis par leur médecin traitant, ne pouvant se déplacer au cabinet (ponctuellement - pathologie lourde type cancer - ou de manière définitive)

1. Révision et simplification de la cotation pour la visite à domicile de patient qui ne peut venir en consultation par le cumul d'une cotation MAD de Maintien à Domicile (*d'une valeur de 30 euros, à réévaluer tous les 5 ans*), d'un G2 pour l'acte, et du MD pour le déplacement
Soit une **visite à 90 euros l'acte G2+MAD+MD**

L'idée est de simplifier les cotations ; la **MAD a pour justification le temps de coordination systématique nécessaire pour le médecin à domicile entre les différents intervenants** (hôpital, para médicaux, secteur médico social)

2. Pour les patients habitant loin de tout médecin pour lequel une visite n'est pas possible, **possibilité de prescrire un VSL/Taxi remboursé pour un aller/retour à la consultation du médecin traitant dans la journée**

Retour d'hospitalisation, coordination avec l'hôpital ou le médecin spécialiste, réorientation des urgences

1. Revaloriser le **retour d'hospitalisation (actuellement MSH) par la cotation systématique d'une G2**.
2. Création d'une consultation de réorientation des urgences au moins égale à ce qui est versé à l'hôpital pour refuser le patient Forfait 60 euros + G
3. Télé-expertise en urgence, pour avis spécialisé : création d'un acte TCU revalorisé pour le médecin spécialiste et le médecin généraliste (TCU=G2)
4. Concertation hospitalière nécessairement en télé expertise en visio (*d'une valeur de G2*)

Cas particulier des patients psychiatriques, complexes mais pas forcément en ALD

- Proposition de promouvoir l'acte du test de Hamilton méconnu des médecins généralistes ALQP 0031 69,16 euros, et de pouvoir le côter 4 fois par an (pour inciter et encourager la prise en charge des patients à pathologie psychiatrique complexe).

ARGUMENTAIRE

Le nombre de patients en ALD était de 8.6 Millions en 2009.

Le remboursement annuel moyen par personne en ALD est de 7068 euros, particulièrement élevé la première année de l'ALD et la dernière année de vie.

La part des poly pathologies en ALD est de 14%.

Il n'existe à ce jour aucun dispositif prenant en compte la complexité croissante de la prise en charge de ces patients, notamment pour les médecins généralistes. De plus en plus de patients ont de multiples ALD, et l'allongement de la durée de vie augmente le besoin de prise en charge à domicile de ces patients.

Si l'on se réfère à la répartition des remboursements selon les libellés des ALD en fonction des principaux postes, on constate que **seul 5.7% du budget des ALD sont consacrés aux honoraires médicaux, contre 57.8% pour le coût des hospitalisations. Les prescriptions pharmaceutiques représentent 20%, et les transports 3.1 %, comme pistes possibles d'économies.**

Cela signifie qu'un investissement massif dans les honoraires médicaux des médecins généralistes, **dans des consultations de prévention, de synthèse et de suivi, aux patients en ALD (simple et multiples)**, pourrait permettre d'engendrer des économies sur d'autres postes (analyse des prescriptions pharmaceutiques par exemple) et éviter les réhospitalisations ou autres facteurs de comorbidité.

Une baisse de 1% des hospitalisations des patients en ALD, objectif raisonnable si l'on donne des moyens aux médecins généralistes de faire mieux leur travail, aurait un impact de 55 Mio d'euros. Le contenu des consultations s'appuiera naturellement sur les recommandations de la HAS édictés pour chaque pathologie. Suivant ces bonnes recommandations, les objectifs de santé publique seront atteints avec une économie significative sur le long terme.

Les médecins généralistes sont attachés au paiement à l'acte : une consultation qui a été chronophage, de qualité, complexe, doit être immédiatement valorisée. C'est donc l'acte complexe qui doit être maintenant en urgence valorisé pour inciter les jeunes médecins généralistes à s'installer et les médecins qui exercent à s'organiser pour prendre en charge de nouveaux patients toujours plus complexes.

CONCLUSION

L'objectif de toutes ces mesures est d'encourager les médecins généralistes à **prendre en charge de nouveaux patients complexes sans médecin traitant et de valoriser leur prise en charge, tout en leur donnant les moyens de continuer à soigner tous leurs patients.**

Le groupe insiste sur le fait d'abandonner la notion pervertie d'efficience : au tarif le plus bas d'Europe depuis des années, ne comptant pas ses heures, réalisant le travail de trois à quatre personnes, le médecin généraliste a largement dépassé l'efficience qu'on peut lui demander. Il a travaillé des années sans qu'on lui en donne les moyens. Il n'est plus possible de continuer à charger la barque en faisant semblant de rien.

Les nouvelles organisations ne doivent pas masquer ce problème : **l'acte médical est dévalué et dévalorisé en France et c'est le principal frein à l'installation des jeunes médecins généralistes.**

Les Généralistes CSMF réclament d'urgence l'application de toutes ces mesures lors des prochaines négociations conventionnelles.

Dr Mickaël RIAHI
Mars 2020