DOCUMENT DE TRAVAIL

LES SPECIALITES CLINIQUES

Le Conseil de l'UNCAM dans ses orientations a souhaité privilégier les spécialités cliniques dans les mesures de revalorisations mises en place lors de la négociation conventionnelle.

Les spécialités dont la part de l'activité technique est minoritaire dans l'ensemble de l'activité sont au nombre de 5 :

- la dermatologie (26,8% d'actes techniques dans le total de l'activité),
- la pédiatrie (8,1% d'actes techniques dans le total de l'activité),
- la psychiatrie (1% d'actes techniques dans le total de l'activité),
- la gynécologie médicale et l'endocrinologie (6% d'actes techniques dans le total de l'activité).

Hors médecine générale, ces 5 spécialités cliniques sont concernées par la priorisation du conseil de l'UNCAM.

Leurs revenus se situent dans le bas de l'échelle des revenus des spécialités médicales.

Evolution du Bénéfice Non Commercial (BNC/20082009) source CARMF et des revenus source DREES 2008

	CARMF			DREES	
	effectif	BNC moyen	Evolution 2008/2009	Revenus 2008	Evolution 2007/2008
Effectif global	109 536	81 141 €	- 1,11 %		
Médecine générale	**61 677**	**68 987 €**	**- 0,85 %**	**71 690€**	**1%**
Moyenne des spécialistes (hors MG)	47 859	96 804 €	- 1,31 %		
Dermato vénérologie	3 240	68 318 €	- 2,73%	62 680€	0,3%
Endocrinologie et métabolisme	738	44 515 €	- 5,72%		
Gynécologie médicale	1 662	54 211 €	- 2,79%		
Pédiatrie	2 644	67 266 €	1,77%	69 950€	0%
Psychiatrie	5 932	61 988 €	- 2,05%	61 960€	1,4%

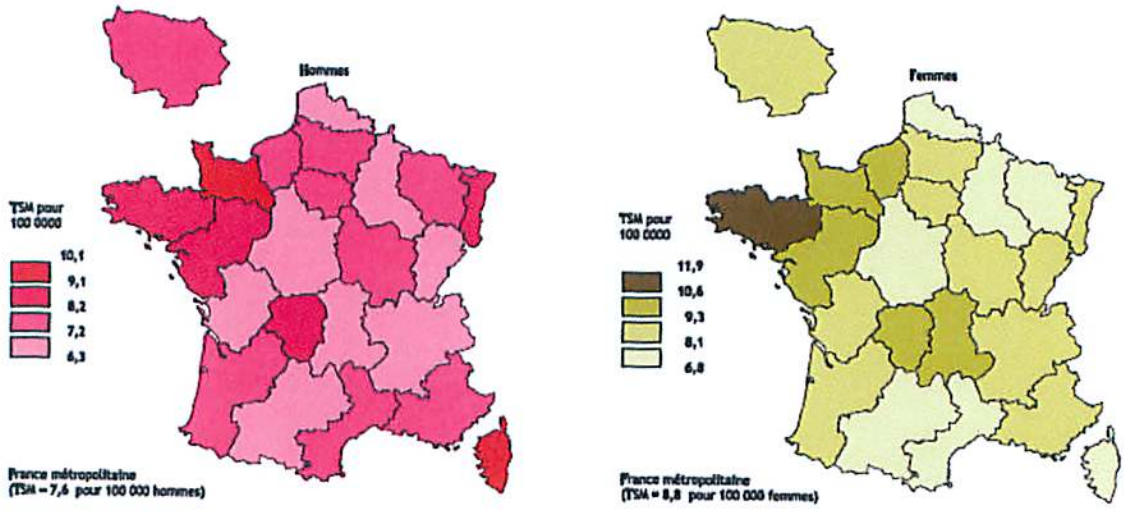
Les propositions de revalorisation pourraient concerner les thématiques suivantes priorisées autour des questions de santé publique concernant ces spécialités.

1. LES DERMATOLOGUES

- **Création d'une consultation dans le cadre du dépistage du cancer cutané**

Le mélanome cutané est la plus grave des tumeurs malignes cutanées, dont l'incidence est en augmentation régulière avec 7200 nouveaux cas par an, provoquant plus de 1000 décès par an. Dans son rapport de 2006, la HAS évalue à

2,8 millions le nombre de sujets à risque de mélanome et à 7,4 millions (soit 12 % de la population française totale) la population cible pour ce dépistage.



Source : HCL/InVS/INCa/Francim/Inserm, 2010

Taux standardisés à la population mondiale (TSM) d'incidence de mélanome de la peau en France métropolitaine en 2005

En 2006 les traitements du mélanome au stade métastatique n'ont pas d'effet sur la mortalité. Seul le diagnostic de mélanomes au stade précoce in situ permettrait de diminuer la mortalité liée à ce cancer.

Afin de développer ce dépistage, la mise en place d'une consultation spécifique paraît souhaitable.

Elle comprendrait :

- ✓ Identification des sujets à risque
  - Antécédents personnel ou familiaux de mélanome
  - Phototype cutané de type I (peau claire, yeux bleus, cheveux clairs)
  - Nombre élevé de nævus, de nævus de grande taille, de nævus atypiques
  - Antécédents d'expositions solaires intenses

- ✓ Modalités de cette consultation : conforme aux recommandations de la HAS de 2006 :
  - Interrogatoire
  - Examen cutané corps entier avec dermatoscopie
  - Conseils de prévention : non exposition solaire, auto surveillance cutanée
  - Avec ou sans biopsie cutanée, en cas de lésion non suspecte de mélanome (en cas de suspicion de mélanome, c'est l'exérèse de la lésion qui est indiquée).

- **Facturation des biopsies cutanées**

La biopsie cutanée est un examen diagnostique important en pratique dermatologique. Le tarif de l'acte de biopsie cutanée est inférieur à celui de la consultation.

Afin de développer cette pratique, d'en permettre une meilleure traçabilité, il pourrait être autorisé de manière dérogatoire de facturer l'acte de biopsie en sus de la consultation, au décours de cette dernière.

- **Revalorisation du Forfait Sécurité Dermatologie (FSD)**

Les tumeurs cutanées cancéreuses représentent un problème de santé publique, car elles sont très fréquentes, leur incidence est en constante augmentation, elles sont associées à une grande morbidité, et ont la capacité à métastaser en mettant en jeu le pronostic vital du patient.
En cas de tumeur cliniquement suspecte de malignité ou maligne, l'exérèse cutanée est le traitement de 1ère intention. Les lésions cutanées bénignes sont majoritairement prises en charge par des techniques autres que chirurgicales d'exérèse cutanée superficielle. L'activité chirurgicale d'exérèse de lésion cutanée (exérèse simple ou avec réparation) est très fréquente, et majoritairement réalisée en cabinet de ville.

Suite au rapport de la HAS de juillet 2007, un forfait FSD a été créé dans la CCAM pour valoriser l'environnement technique nécessaire à la pratique de ces actes.
Une revalorisation de ce forfait pourrait être envisagée afin de permettre le développement de cette pratique.

2. LES PEDIATRES

- **Harmonisation du tarif des 3 consultations obligatoires (8° jour, 9°mois, 24°mois)**

Le code de la santé publique précise :

- Article L2132.2 les enfants de moins de 6 ans bénéficient d'examens médicaux obligatoires.
- Ceux-ci sont fixés à 20 selon l'Article R2132-1 : neuf au cours de la 1ère année (dont un dans les 8 jours et un au cours du 9ème - 10ème mois) trois du 13ème au 25ème mois (dont un au cours du 24ème - 25ème mois) et deux par an pour les 4 années suivantes. Leur objet est la surveillance de la croissance et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ; le dépistage précoce des anomalies ou déficiences ; la pratique des vaccinations. Le résultat de ces examens est mentionné dans le carnet de santé.
- Article R2132-2 : donnent lieu à l'établissement d'un certificat de santé les examens subis au 8ème jour, au cours du 9ème mois et au cours du 24ème mois.

Les 3 consultations (8ème jour, 9ème mois et 24ème mois) donnant lieu à un certificat n'ont pas toutes le même tarif ; elles présentent une dégressivité non justifiée au regard de leur contenu.
Il paraît légitime de les aligner sur le tarif de la consultation du 8ème jour.

- **Prise en charge spécifique par le pédiatre d'une consultation de dépistage**

La HAS préconise la mise en place de consultations spécifiques de dépistage pour l'enfant, réalisé par le médecin, hors dépistage organisé de population.

Cette consultation nécessite, outre un examen clinique complet, une approche globale approfondie de l'enfant. Un temps d'écoute des parents est indispensable : connaître leurs inquiétudes, recueillir les antécédents et le mode de vie de l'enfant. Un temps en tête-à-tête avec l'enfant, particulièrement important chez l'adolescent est réalisé en fonction de l'âge. A cette occasion seront abordées des explications sur la puberté, la contraception, des conseils sur l'hygiène de vie et les conduites à risque.

Les pathologies ciblées dans les rapports de la HAS seront spécifiquement recherchées :

- Troubles psychologiques et psycho-comportementaux :
    - Enfant de moins de 6 ans : retards de développement et troubles envahissants du développement
    - Enfant de plus de 6 ans : troubles des apprentissage, troubles anxieux et dépressifs, troubles des conduites (conduites à risque, conduites suicidaires, troubles du comportement alimentaire, utilisation de produits illicites mais aussi de tabac et d'alcool).
- Dépistage de l'obésité : analyse de la courbe de poids (IMC) et de la précocité du rebond d'adiposité ; apprécier le degré d'obésité, son retentissement et son évolutivité ; évaluer la motivation de l'enfant et de sa famille aider à la compréhension et à l'acceptation des objectifs définis avec l'enfant et sa famille en préservant l'équilibre psychologique de l'enfant.
- Dépistage des troubles de l'audition et de la vision
- Anomalie pubertaire à rechercher chez l'enfant de plus de 6 ans.

La préconisation est de rajouter aux trois consultations donnant lieu à certificat et qui peuvent être considérées comme longue et complexe, deux consultations longues spécifiques de dépistage : entre 4 et 5 ans et entre 11 et 12 ans (entrée en 6ème), dont le contenu et la traçabilité seraient à définir.

- **Première consultation au cabinet entre la sortie de la maternité et le 28e jour**

Les recommandations de la HAS publiées en novembre 2005 dans « PREPARATION A LA NAISSANCE ET A LA PARENTALITE » confirment la nécessité d'un examen médical dans cette période en raison de la décompensation secondaire d'un certain nombre de pathologies et de la nécessité d'un soutien à la parentalité à cette période.

Le contenu de cette consultation comprendrait :

- un interrogatoire
- un examen complet, à la recherche :
    - d'une cardiopathie à révélation néonatale tardive (coarctation, shunt gauche-droit),
    - de la persistance anormale d'un ictère
    - de malformations de révélations tardives (ORL, pulmonaires, digestives)
    - d'une infection materno-fœtale de révélation tardive
    - de l'état nutritionnel du nouveau-né
    - de problèmes orthopédiques
    - de troubles neurologiques

La révélation d'une pathologie découverte à l'interrogatoire ou à l'examen justifiera une prise en charge spécifique.

- A l'issue de cet examen spécialisé, l'entretien de conclusion concernera :
  - la prévention des risques (malveillance, MSN, accidents)
  - le soutien à l'allaitement (modes et techniques d'allaitement au sein ou au biberon)
  - Les évènements physiologiques fréquemment observés dans les semaines suivant la naissance, sources fréquentes d'inquiétudes non justifiées
  - Le mode de couchage et les particularités du sommeil chez le petit nourrisson
  - L'importance de la mise en place des rythmes
  - La prévention des « coliques », source de consultations itératives
  - Les compétences du nouveau-né favorisant l'attachement du lien parents – enfant
  - Les explications pour convaincre les parents de faire vacciner leur enfant

- les prescriptions préventives ou thérapeutiques ou d'examens complémentaires éventuels.

Cette consultation donnera lieu à une mise à jour du carnet de santé.

3. LES GYNECOLOGUES

Les déterminants essentiels des inégalités de santé se jouent bien en amont du système de soins. Différents facteurs se combinent : les conditions matérielles de vie et de travail, les modes de vie et comportements à risque, des mécanismes psycho-sociaux, l'influence de l'environnement, avec des processus de long terme (évènements dans l'enfance, dégradation progressive de la santé par enchaînement de situations défavorables,...), ainsi que la rétroaction des inégalités de santé sur les inégalités de revenus.

Les stratégies de prévention / dépistage ont contribué à l'élévation du niveau moyen d'état de santé, **mais elles ont aussi dans certains cas contribué à creuser les inégalités sociales.**

Les catégories plus favorisées sont en effet plus réceptives aux messages de prévention et ont une demande spontanée de soins préventifs plus importante.

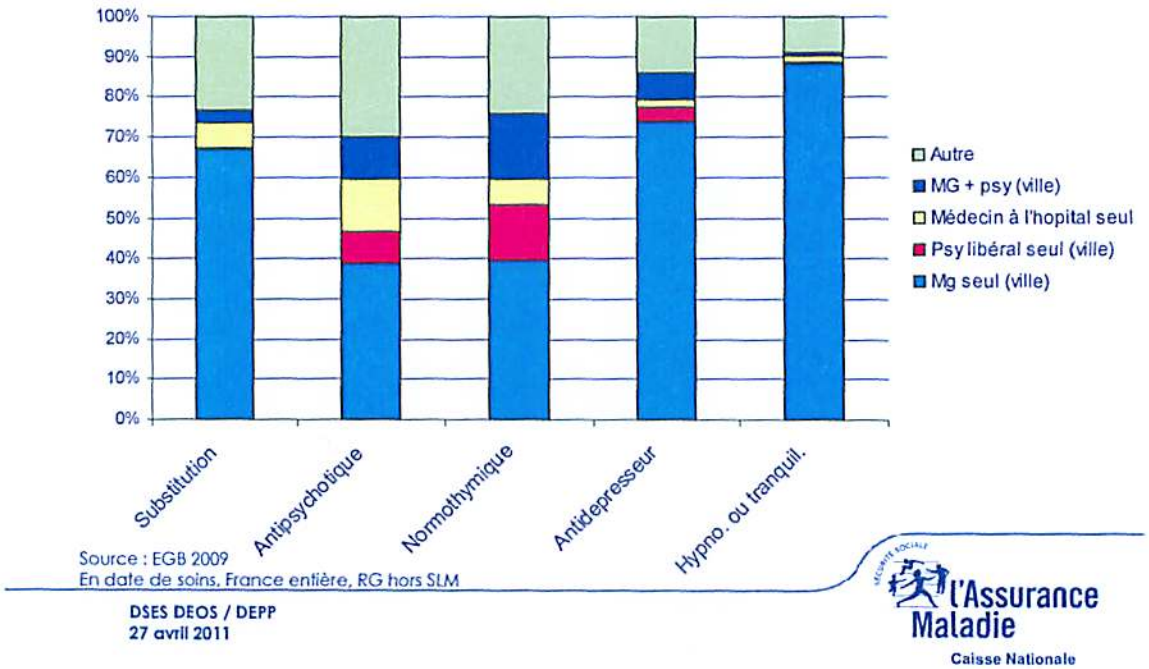
En matière de prévention du cancer du col de l'utérus, le frottis cervico-vaginal représente le moyen le plus performant. A ce titre et compte tenu des inégalités constatées en matière d'accès à la prévention il apparaît important de favoriser la généralisation de son dépistage.
Toutefois, afin d'évaluer la diffusion de ce type de dépistage dans la population éligible et de mesurer l'atteinte des objectifs fixés dans la loi de santé publique il est nécessaire d'en assurer la traçabilité.
A cette fin, la cotation de l'acte technique lorsqu'il est réalisé au décours d'une consultation constituerait une possibilité d'assurer le suivi de cet indicateur de santé publique.

4. LES PSYCHIATRES

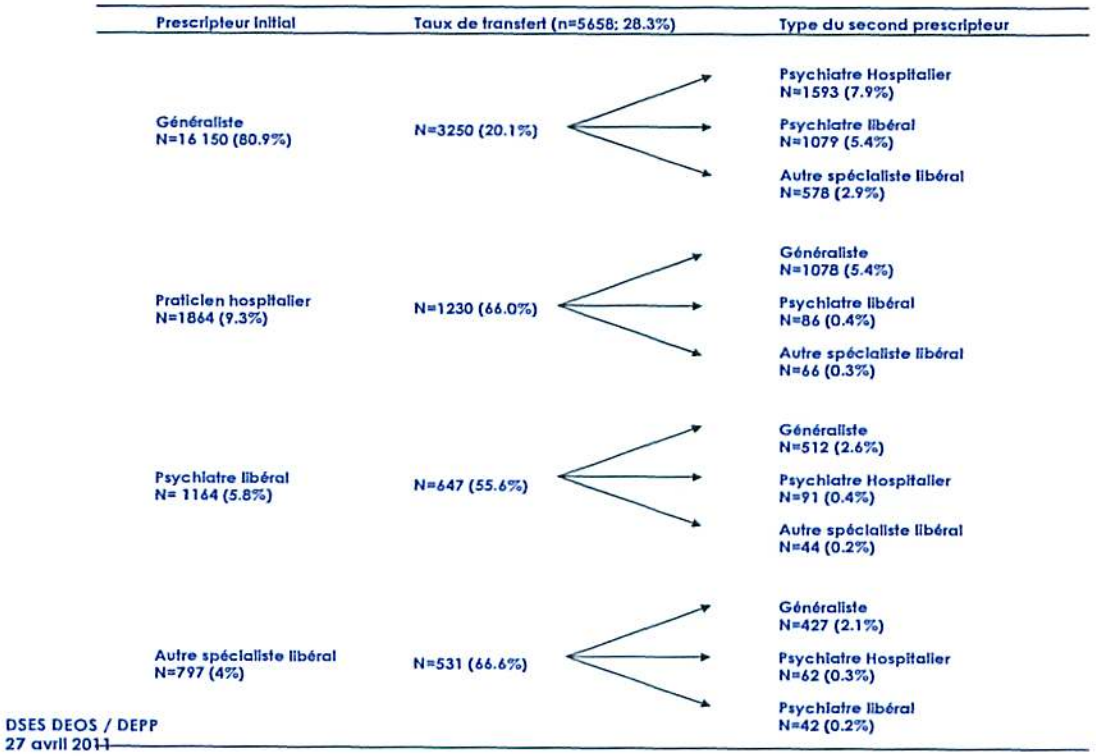
Le suivi des prescriptions de psychotropes et la prescription de traitements antidépresseurs par les psychiatres.

L'analyse des prescriptions de psychotropes par type de prescripteur démontre la prépondérance des médecins généralistes et la faible proportion de psychiatres libéraux en particulier pour les antidépresseurs.

APPROCHE PATIENT – Les prescripteurs de psychotropes pour chaque catégorie de patients



De plus, l'analyse sur l'échantillon généraliste des bénéficiaires des patients de 18 ans et plus en 2005-2007 portant sur 19 975 assurés ayant débuté un traitement antidépresseurs sur cette période (pas de tt AD les 6 mois antérieurs) (suivi médian 830 jours) a permis de montrer que dans 81% des cas le médecin généraliste est à l'initiative du traitement antidépresseurs contre 5,8% des cas pour le psychiatre libéral.
Par ailleurs, s'agissant des généralistes dans seulement 20% des cas un transfert est réalisé vers un autre spécialiste, dont 5,4% des cas vers un psychiatre libéral (c.f. schéma ci-dessous).
Le transfert est défini par un changement de la nature d'activité du médecin prescripteur d'antidépresseurs.



Aussi, il apparaît que le rôle du psychiatre libéral dans le suivi des patients faisant l'objet de prescriptions de psychotropes pourrait être renforcé. A ce titre, le recours par le médecin traitant à l'avis de consultant par un psychiatre pour les traitements prolongés pourrait être favorisé.

5. LES ENDOCRINOLOGUES

Pour favoriser la prise en charge de pathologies de l'obésité, les troubles du comportement alimentaire, des pathologies endocriniennes par un endocrinologue les conditions d'application de la majoration **MCE pourraient être élargies.**

6. MAINTENANCE DE LA NOMENCLATURE DES ACTES TECHNIQUES POUR CERTAINS MEP

Par ailleurs les médecins ayant un mode d'exercice particulier dont la part de l'activité technique est majoritaire ont pour certains d'entre eux sont concernés par les mesures de nomenclature CCAM en cours d'instruction à savoir :

- pour les angéiologues la création d'actes relatifs au traitement de varices (radiofréquence pour le traitement de la grande veine saphène) et l'évolution de la description d'actes relatifs aux scléroses de varices.
- Pour les échographes notamment, la re-description des actes d'échographie obstétricale et la création d'actes d'échographie de second niveau.