



SpeCode Expérience de simulation de codage en ligne (octobre 2017)

Analyse générale des données recueillies

Date : 18/12/2017

Référence : Specode_résultats_globaux201712.docx

Rédaction : Georges de Korvin

Commission Tarification de l'UMESPE : Claude Colas (endocrinologue), Alain Jager et Bruno Perrouty (neurologues), Eric Senbel (rhumatologue), Hélène Le Horz (chirurgie pédiatrique), José Brasseur (néphrologue), Bruno Stach (pneumologue), Thierry Généreau (médecin interniste), Marc Perrussel et Luc Sulimovic (dermatologues), Isabelle Bossé (allergologue), Brigitte Virey (pédiatre), Claude Mailaender (chirurgie orthopédique), Nadine Besson (psychiatre), Alain Mc Callum (échographie exclusive), Dominie Engalenc (ORL), Thierry Bour (ophtalmologue), Yves Verhaegue (gynécologie-obstétrique), Nathalie Carlotti (gynécologie médicale), Georges de Korvin (MPR)

PLAN

I.	INTRODUCTION.....	3
II.	MÉTHODOLOGIE.....	4
A.	L'OBJECTIF ÉTAIT TRIPLE :	4
B.	L'OUTIL DE CODAGE SUR INTERNET	4
1.	<i>Ce site a répondu au cahier des charges suivant :</i>	4
2.	<i>Grâce aux questionnaires, les tables suivantes ont été constituées :</i>	4
3.	<i>Organisation de la simulation</i>	5
III.	REPRÉSENTATIVITÉ DE L'ÉTUDE	6
A.	SÉLECTION DES SPÉCIALITÉS LES MIEUX REPRÉSENTÉES.....	6
1.	<i>Nombre de codeurs par spécialité.....</i>	6
2.	<i>Nombre de questionnaires par spécialité</i>	6
B.	PRODUCTION DES HUIT SPÉCIALITÉS RETENUES.....	7
C.	PROFIL DES CODEURS.....	8
IV.	ANALYSE DES CONSULTATIONS.....	10
V.	DYNAMIQUE DE LA PRISE EN CHARGE	11
A.	NOUVEAUX PATIENTS	11
B.	RANG DANS L'ÉPISODE DE SOINS	11
C.	L'ADRESSAGE.....	12
D.	« DÉJÀ VU PAR »	13
E.	CONTRÔLE PROGRAMMÉ	13
F.	LE DEGRÉ D'URGENCE	14
G.	PRISE EN CHARGE PRÉVISIBLE SUPÉRIEURE À UN AN	15
H.	ACCOMPAGNEMENT NÉCESSAIRE DU FAIT D'UNE DÉFICIENCE	16
VI.	CODAGE EFFECTIF	18
A.	POURCENTAGE DE CODES CLINIQUES.....	18
B.	POURCENTAGE D'APC ET APY SUR CODES CLINIQUES	18
C.	DÉTAIL DES COTATIONS	19
1.	<i>Cotations cliniques (NGAP).....</i>	19
2.	<i>Cotations CCAM.....</i>	19
VII.	CODAGE SIMULÉ	20
A.	RÉPARTITION DES N4, N3, N2.....	20
1.	<i>Répartition générale</i>	20
2.	<i>Codages N4</i>	21
3.	<i>Codages N3</i>	21
4.	<i>N2 = OUI</i>	21
5.	<i>Divers.....</i>	21
B.	ORIGINE DES N4	22
C.	ORIGINE DES N3	22
D.	TRANSPOSITION DES COTATIONS NGAP VERS LES NIVEAUX	22
VIII.	DISCUSSION.....	23
A.	LIMITES DE L'ÉTUDE	23
B.	INTÉRÊT DE L'ÉTUDE	23
IX.	CONCLUSION	25

I. Introduction

Le projet SPECODE a été mené en octobre 2017 dans le cadre de la commission Tarification de l'UMESPE (devenue AVENIR SPE). Il a fait suite à des travaux menés depuis 2013 pour construire un modèle rationnel et équitable de rémunération l'activité clinique spécialisée, reposant sur les principes suivants :

- Valoriser l'expertise clinique de toutes les spécialités
- S'appuyer sur trois niveaux bien différenciés de consultation, selon leur complexité et les facteurs qui alourdissent la prise en charge.
- Rendre compte de la dynamique temporelle de la prise en charge spécialisée, tout en encourageant la réponse à de nouveaux patients.

En 2015-2016, nous avons analysée en détail l'existant, à partir des bases SNIIRAM et nous avons construit un outil de projection budgétaire à partir de nos propositions et du nombre d'actes réalisés en 2014 par chaque spécialité.

En 2017, vingt spécialités ont fait des propositions spécifiques pour décliner ce modèle. Il restait à le tester sur le terrain. Le projet SPECODE d'une simulation de codage en ligne a été lancé en juillet 2017. Il a pu se concrétiser durant la 2ème quinzaine du mois d'octobre avec une cinquantaine de volontaires de 14 spécialités.

Ce document présente la méthodologie et les résultats généraux de l'expérience SPECODE.

II. Méthodologie

A. L'OBJECTIF ÉTAIT TRIPLE :

Préciser la typologie des consultations, en référence à plusieurs **critères transversaux** : organisationnels, temporels et éléments susceptibles d'alourdir le travail médical.

Décliner dans chaque spécialité les niveaux tarifaires sous forme de libellés d'actes, en tester la compréhension par les médecins de terrain, vérifier que ces libellés couvraient correctement le champ de chaque spécialité.

Mesurer les transferts entre le codage possible actuellement et le codage « souhaitable » si les propositions syndicales étaient applicables. Ces éléments pourront ensuite permettre d'affiner nos projections financières.

B. L'OUTIL DE CODAGE SUR INTERNET

De manière bénévole, sans financement ni support technique extérieur, nous avons construit un site de codage en ligne à l'adresse SpeCode.fr.

1. Ce site a répondu au cahier des charges suivant :

- **Etre construit rapidement et facile à modifier** à tout instant. Nous avons loué un hébergement chez OVH, créé un nom de domaine, installé le système WordPress et utilisé l'extension Quizz and Survey pour construire des questionnaires en ligne.
- **Etre anonyme** pour les patients et les médecins codeurs. Les patients ne sont identifiés que par un numéro de dossier transmis par chaque médecin codeur, sans autre renseignement à leur sujet. Les médecins codeurs volontaires ont été inscrits dans le site sous un pseudonyme.
- **Permettre un codage assez rapide** pour pouvoir être réalisé au décours de chaque consultation. Les temps de remplissage mesurés ont varié de 45 secondes à 2 minutes, pour 19 questions.
- **Permettre une analyse fine des données** avec les logiciels Access et Excel.

2. Grâce aux questionnaires, les tables suivantes ont été constituées :

- **Le profil des médecins codeurs** : tranche d'âge, sexe, spécialité, exercice libéral ou autre, région d'origine.
- **Un questionnaire de consultation** comportant un tronc commun à toutes les spécialités et une grille de codage « souhaitable » de structure commune, mais assortie de libellés propres à chaque spécialité.

- **Une déclaration quotidienne d'exhaustivité**, permettant de savoir si le codage a couvert toutes les consultations de la journée ou si le médecin a opté pour un codage sélectif des actes à valeur ajoutée par rapport aux cotations actuelles.
- **Un décompte journalier des actes** à remplir par ceux qui auraient opté pour un codage sélectif.

Exportées au format .csv, ces tables devaient pouvoir être ensuite chaînées par l'intermédiaire des pseudonymes des médecins codeurs.

3. Organisation de la simulation

Nous avons présenté le projet et l'outil de simulation au Comité Directeur des Spécialistes CSMF (UMESPE) réuni à Giens le 8 septembre 2017, en demandant à chaque verticalité de proposer un référent et un groupe de 5 à 10 médecins volontaires pour un codage prospectif sur 5 jours au mois d'octobre.

Après une phase de tests en ligne, l'expérience de simulation a pu commencer le lundi 16 octobre 2017. J'y ai moi-même participé, tout en assurant une « hot line » pour les médecins codeurs. Aucune réunion physique préalable n'a été nécessaire. Une gestion quasi immédiate des interrogations soulevées par les volontaires a permis de résoudre quelques difficultés bénignes et l'expérience a rapidement trouvé son rythme de croisière.

Pour stimuler la motivation des codeurs, des informations ont été quotidiennement adressées à tout le panel par un outil de mails circulaires intégré dans le site. Certains codeurs initialement hésitants se sont joints à l'expérience. Quelques uns ont poursuivi le codage pendant une deuxième semaine d'expérimentation.

Les résultats provisoires ont été publiés dès le mois de novembre sur le site Spelib.fr. Nous publions à présent les résultats généraux définitifs de cette étude. Les résultats propres à chaque spécialité seront publiés en janvier 2018.

III. Représentativité de l'étude

Nous avons après avoir décompté le nombre de codeurs par spécialité, le nombre de journées de codage effectuées et le nombre de questionnaires produits. Enfin, nous avons éliminé de l'étude générale les spécialités dont la représentation a été trop faible pour en tirer des conclusions générales.

A. SÉLECTION DES SPÉCIALITÉS LES MIEUX REPRÉSENTÉES

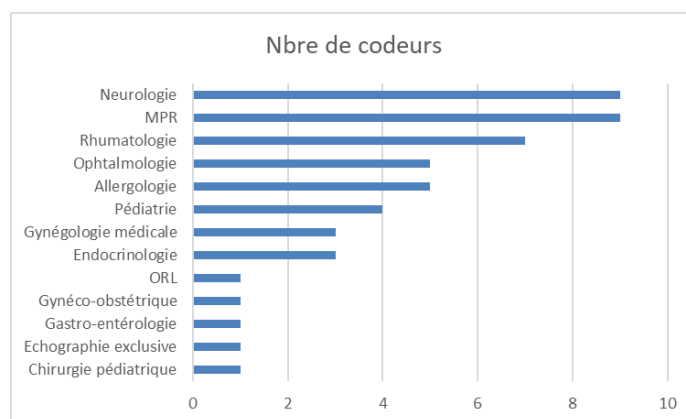
L'appel à volontaires codeurs a été lancé après le 8 septembre par l'intermédiaire des référents de 18 spécialités que l'on retrouve sur le site SpeLib.fr. La radiologie et l'anesthésie-réanimation sont restées en marge de l'expérimentation, bien que participant également à la commission Tarification, la structure de leur activité ne s'accordant pas avec celle de l'expérimentation.

Soixante-dix neuf volontaires ont été inscrits sur le site, mais pour des raisons diverses, seuls 51 d'entre eux, représentant 14 spécialités ont pu participer activement à l'expérience.

1. Nombre de codeurs par spécialité

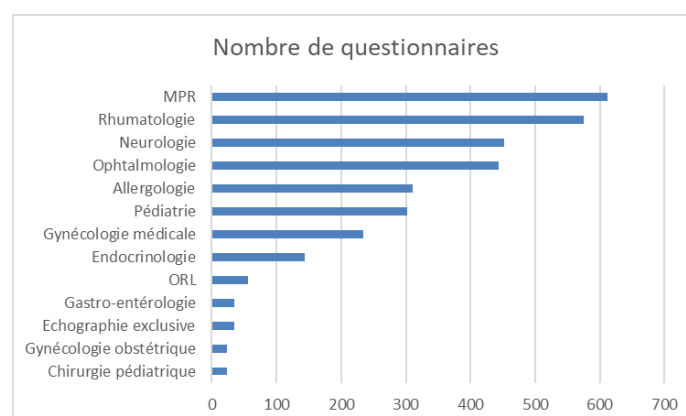
Six spécialités n'ont finalement été représentées que par un seul codeur. Pour éviter les distorsions, nous les avons écartées des résultats d'ensemble. Leurs résultats spécifiques seront néanmoins accessibles sur le site SpeLib.fr.

Au final, ce document rapporte les résultats des **8 spécialités** les mieux représentées : neurologie, MPR, rhumatologie, ophtalmologie, allergologie, pédiatrie, gynécologie médicale et endocrinologie.



2. Nombre de questionnaires par spécialité

On retrouve naturellement les mêmes spécialités en tête du tableau



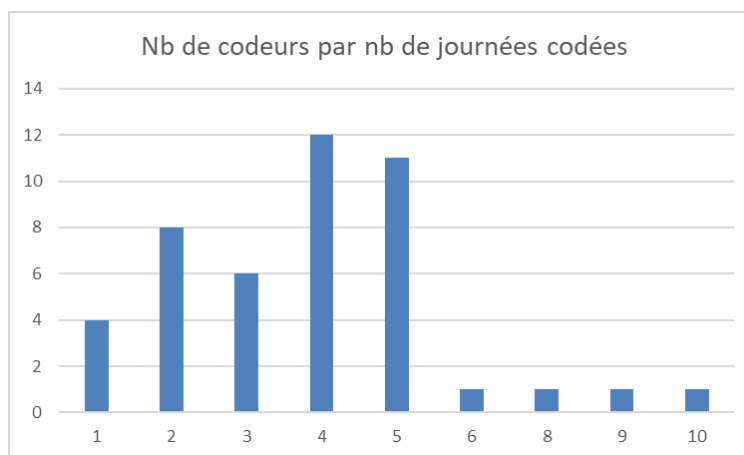
B. PRODUCTION DES HUIT SPÉCIALITÉS RETENUES

Les huit spécialités retenues ont été représentées par **44 volontaires** qui ont produit en tout **3074 questionnaires** (sur 3247 au total).

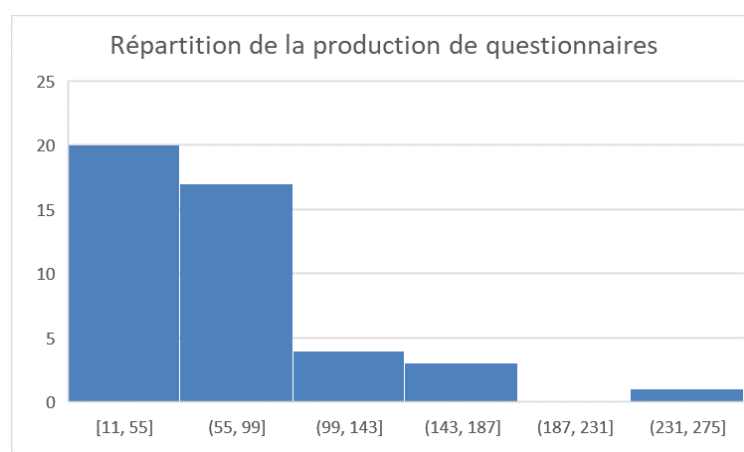
	Questionnaires	Jours/codeur	Quest/codeur/jour
Moyenne	68,31	3,87	17,43
Médiane	58,00	4,00	17,00

Rappelons que le codage concernait TOUTE l'activité réalisée au cabinet : actes de consultation et actes techniques

La répartition du nombre de journées codées est donnée par le tableau ci-contre, où le nombre de journées codées est en abscisse (de 1 à 10) et le nombre de codeurs pour chaque tranche est en ordonnées. Par exemple, 12 volontaires ont codé pendant 4 jours.

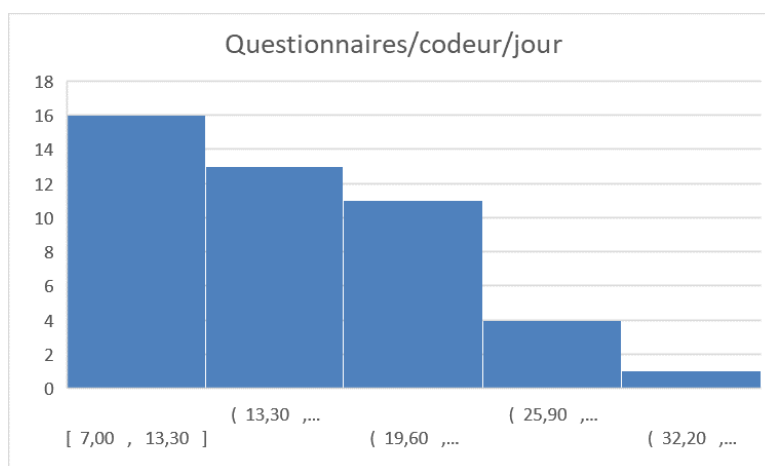


La répartition de la production de questionnaires est donnée dans le tableau ci-contre. Le nombre des questionnaires par codeur est représenté par des tranches figurant en abscisse. Le nombre de codeurs correspondant à chaque tranche est en ordonnée.



La répartition du nombre de questionnaires produits, en moyenne, par jour est donnée dans le tableau ci-contre.

Le nombre de questionnaire par jour et par codeur est classé par tranches figurant en abscisse. Le nombre de codeurs pour chaque tranche est en ordonnée

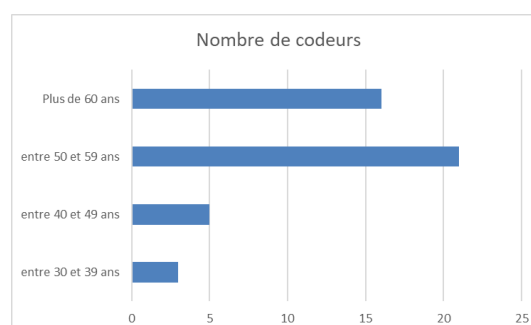


Exhaustivité des codages : seuls deux volontaires ont utilisé la possibilité d'un codage sélectif complété par un décompte journalier des actes. Ceci n'a représenté que 38 consultations (0,1% du total). Cette formule a cependant impliqué beaucoup de travail de vérification pour s'assurer de la cohérence des données et reconstituer les consultations non codées. Elle sera à éviter à l'avenir.

C. PROFIL DES CODEURS

L'étude se limite aux 45 codeurs qui font partie des spécialités retenues.

Age : il y malheureusement peu de jeunes représentés, mais c'est à l'image de la pyramide des âges et de la participation des jeunes aux activités syndicales...

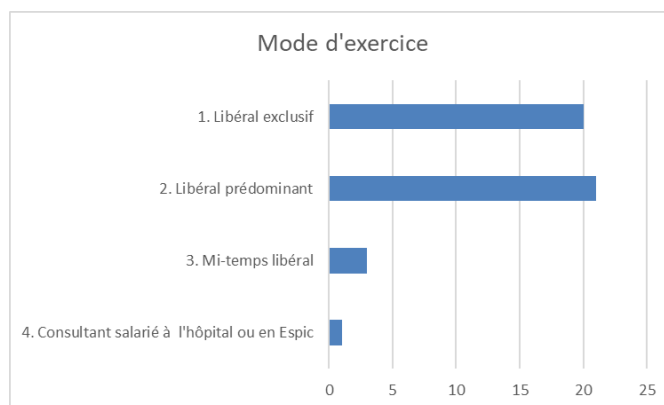


Sexe : quasi égalité entre hommes et femmes, ce qui est remarquable car les représentants masculins sont nettement majoritaires au comité directeur. Il y a une nette dominante féminine en allergologie, endocrinologie, gynécologie médicale et pédiatrie.

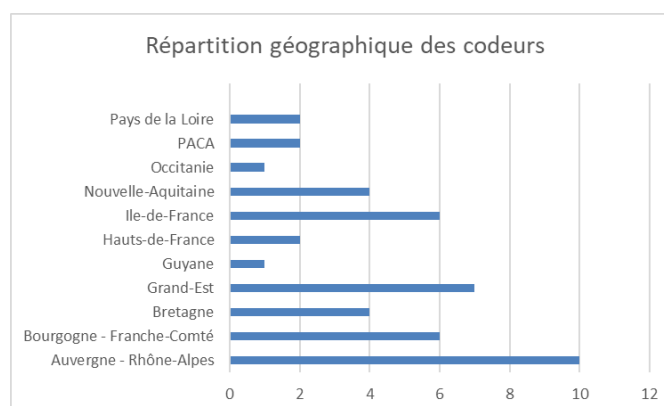
Spécialité	un homme	une femme
Allergologie	1	4
Endocrinologue	1	2
Gynécologie médicale		3
Mpr	8	1
Neurologue	5	4
Ophtalmologie	3	2
Pédiatrie	1	3
Rhumatologue	4	3



Mode d'exercice. Signalons qu'un praticien hospitalier a symboliquement participé à la simulation de codage.



Répartition géographique : elle est assez large. Du fait du court délai pour réaliser l'étude et de son caractère inédit, le recrutement s'est souvent fait dans l'orbite directe des référents de spécialité.



IV. Analyse des consultations

La table des questionnaires de consultation a été chaînée avec celle des enregistrements de codeurs, ce qui a permis d'étudier les réponses par spécialité. Les résultats présentés ici, se rapportent aux **8 spécialités suffisamment représentées** : neurologie, MPR, rhumatologie, ophtalmologie, allergologie, pédiatrie, gynécologie médicale et endocrinologie

Bien que limitées, les questions à réponse ouvertes ont imposé un gros travail de remise en ordre pour permettre des dénombrements interprétables. Les réponses à choix multiples ont également conduit à multiplier les combinaisons possibles. Cela traduit mieux la réalité, mais complexifie l'analyse et la présentation des résultats. Il a donc fallu procéder à des choix, mais les données restent disponibles pour tenter de répondre à des questions spécifiques.

Le questionnaire des consultations a été conçu pour :

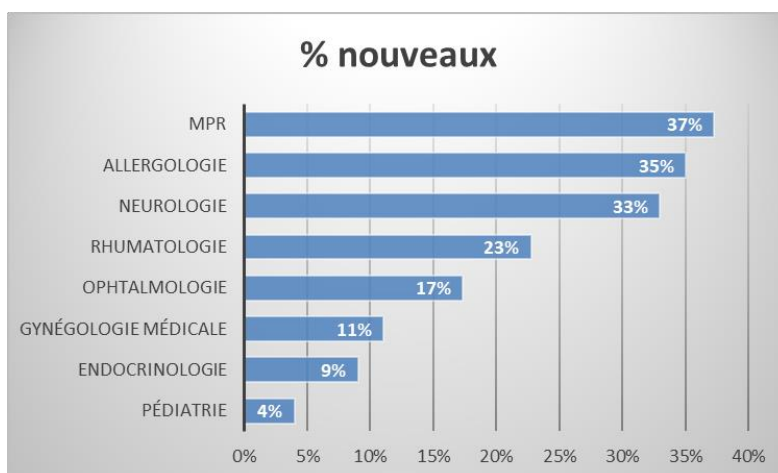
- Produire des informations sur la place des consultations dans le parcours de soins et la séquence de prise en charge spécialisée.
- Donner une référence sur le codage existant.
- Projeter le modèle syndical à 3 niveaux sous la forme d'un souhait de codage et lui associer des informations sur le parcours de soins et la « lourdeur » des patients.

V. Dynamique de la prise en charge

A. NOUVEAUX PATIENTS

En moyenne, **21 % de nouveaux dossiers.**

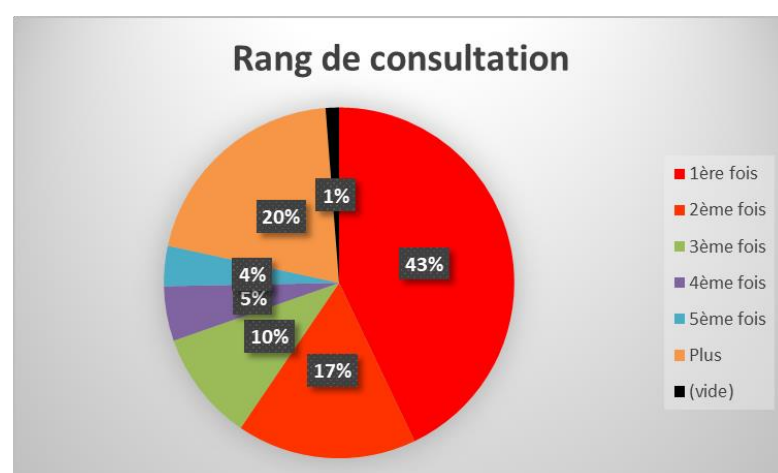
Paradoxalement, la MPR s'affiche en tête du renouvellement des patients, alors qu'elle a une image de spécialité plutôt dédiée aux prises en charges chroniques.



B. RANG DANS L'ÉPISODE DE SOINS

43% des consultations sont inscrites comme « premières fois » dans l'épisode de soins, alors qu'il n'y a que 21% de nouveaux dossiers. Ceci est à rapprocher de notre objectif de 40% de N3 et 10% de N4 proposé en 2016.

L'ensemble 1^{ère} et 2^{ème} fois représentent 60% des consultations, ce qui pourrait être rapproché du dispositif APC+ consultation de synthèse.



40% des consultations s'inscrivent dans un suivi plus long.

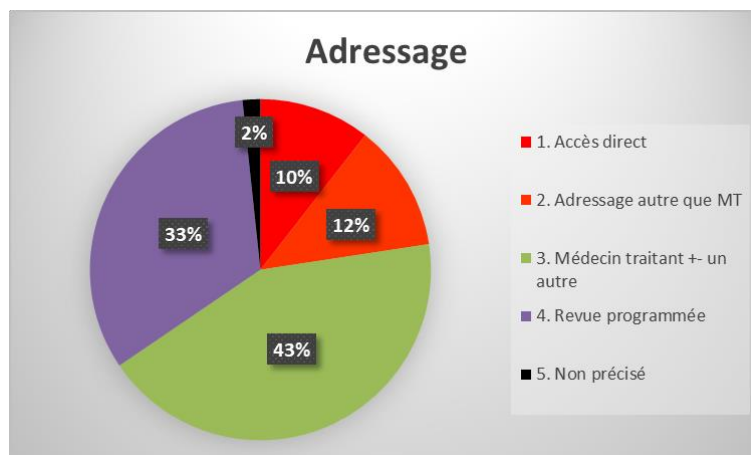
C. L'ADRESSAGE

Pour ce critère, nous nous sommes limités à **4 spécialités à passage obligatoire** par le Médecin traitant : MPR, neurologie, rhumatologie, endocrinologie.

L'adressage implique une intention de parcours. Le questionnaire prévoyait des réponses multiples. Nous en avons simplifié la présentation.

43% des patients vus en consultation sont adressés par le médecin traitant.

22% viennent directement ou adressés par un autre que le médecin traitant.



Un tiers est revu en contrôle programmé par le médecin spécialiste.

Détail :

Adressage	Nbre de consult
Accès direct.	180
Accès direct.Autre médecin généraliste.	1
Accès direct.Médecin traitant.	5
Accès direct.Moi-même (revue programmée).	2
Autre médecin généraliste.	14
Autre spécialiste.	103
Autre.	8
Chirurgien.	79
Chirurgien.Autre spécialiste.	1
Médecin conseil.	1
Médecin traitant.	711
Médecin traitant.Autre médecin généraliste.	1
Médecin traitant.Autre spécialiste.	23
Médecin traitant.Chirurgien.	16
Médecin traitant.Chirurgien.Autre spécialiste.	2
Médecin traitant.Chirurgien.Médecin conseil.Médecin du travail.Autre.	1
Médecin traitant.Chirurgien.Paramédical.	1
Médecin traitant.Médecin conseil.Médecin du travail.	1
Médecin traitant.Médecin du travail.	3
Médecin traitant.Paramédical.	6
Moi-même (revue programmée).	481
Moi-même (revue programmée).Autre spécialiste.	6
Moi-même (revue programmée).Chirurgien.	2
Moi-même (revue programmée).Médecin traitant.	91
Moi-même (revue programmée).Médecin traitant.Autre spécialiste.	3
Moi-même (revue programmée).Paramédical.	2
Paramédical.	9
(vide)	30
Total général	1783

D. « DÉJÀ VU PAR »

Pour ce critère, nous nous sommes limités à **4 spécialités à passage obligatoire** par le Médecin traitant : MPR, neurologie, rhumatologie, endocrinologie.

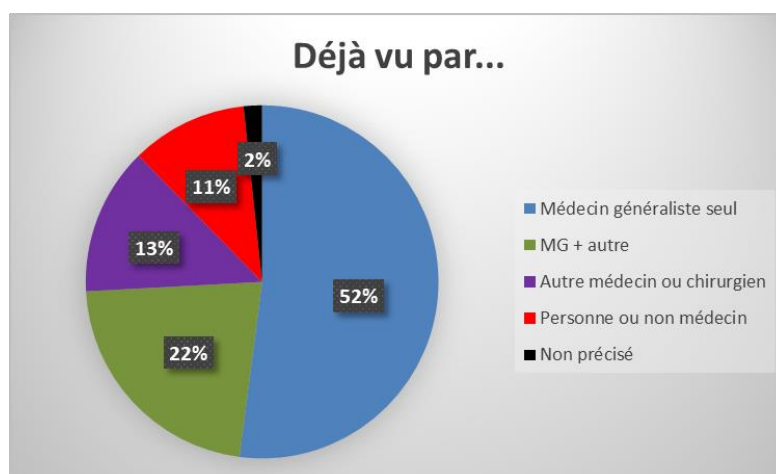
Plusieurs intervenants ont pu voir le patient, sans nécessairement l'adresser au spécialiste.

Il peut y avoir deux situations : soit la prise en charge antérieure n'a pas abouti de manière satisfaisante. Dans ce cas, c'est un critère de difficulté.

Soit la consultation spécialisée s'intègre dans une procédure multidisciplinaire « normale » :

prise en charge de l'obésité morbide, des opérés de l'appareil locomoteur, etc. Dans ce cas, il ne faut pas qu'elle soit pénalisée par la succession des intervenants qui ont tous leur légitimité.

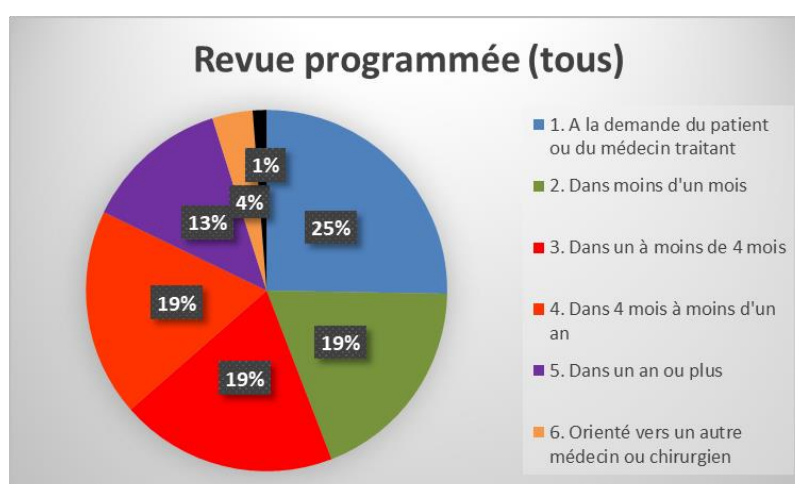
74% des consultants ont été vus par le Médecin traitant, seul ou avec un autre intervenant. Seuls 11% n'ont pas été vus par un autre médecin avant le spécialiste interpellé.



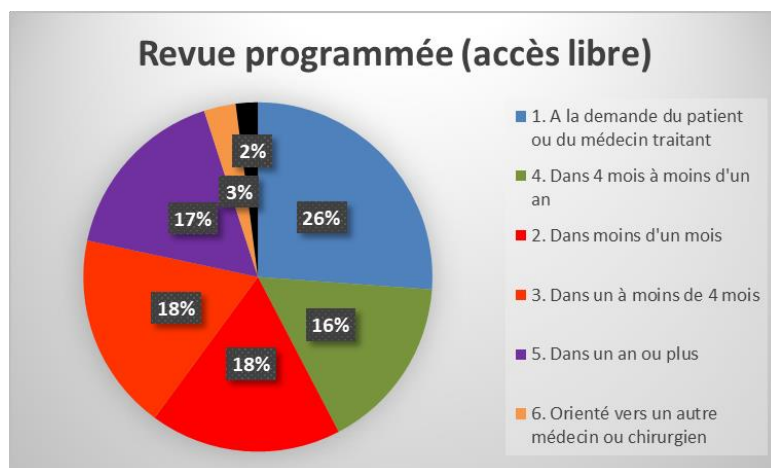
E. CONTRÔLE PROGRAMMÉ

Pour les 8 spécialités de l'étude : un quart des patients n'ont pas besoin d'être revus. Néanmoins, ils ne sont pas tous des « 1ères fois ».

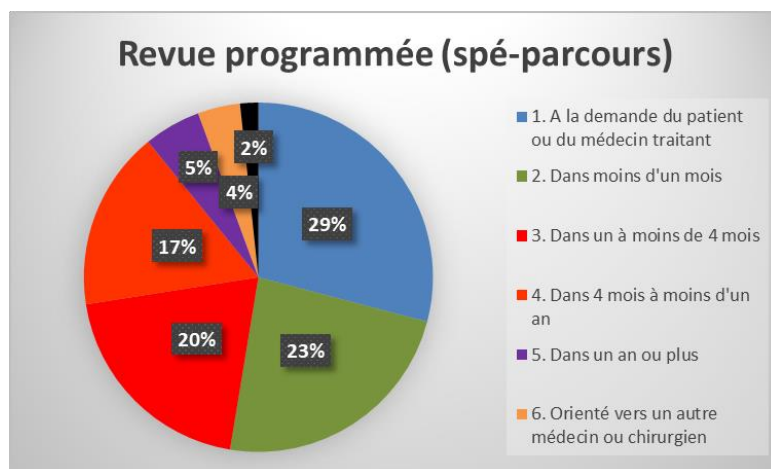
Pour affiner l'analyse, nous avons procédé séparément pour les 4 spécialités à « parcours obligatoire » et pour les spécialités en « accès libre »



Pour les 4 spécialité en « accès libre » :



Pour les 4 spécialités à « parcours obligatoire » :

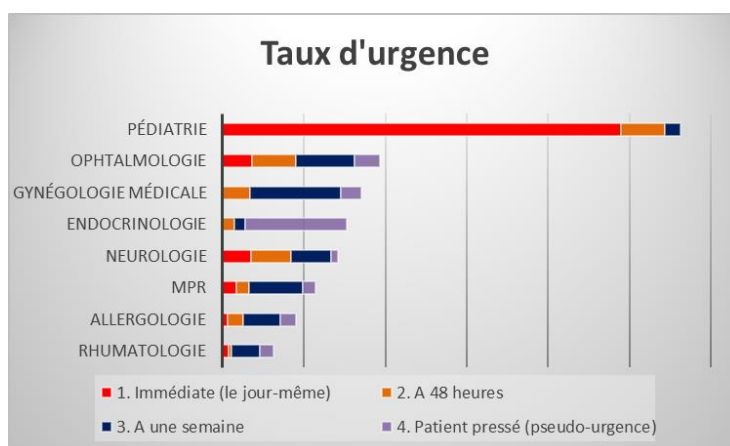


F. LE DEGRÉ D'URGENCE

Sur les huit spécialités de l'étude générale, nous avons calculé le pourcentage des différents degrés d'urgence rapportés au nombre de consultations enregistrés pour chaque spécialité.

Spécialité	1. Immédiate (le jour-même)	2. A 48 heures	3. A une semaine	4. Patient pressé (pseudo-urgence)	Total
Rhumatologie	0,35%	0,17%	1,74%	0,87%	3,13%
Allergologie	0,32%	0,96%	2,25%	0,96%	4,50%
MPR	0,82%	0,82%	3,27%	0,82%	5,72%
Neurologie	1,77%	2,43%	2,43%	0,44%	7,08%
Endocrinologie	0,00%	0,69%	0,69%	6,25%	7,64%
Gynécologie médicale	0,00%	1,71%	5,56%	1,28%	8,55%
Ophtalmologie	1,80%	2,70%	3,60%	1,58%	9,68%
Pédiatrie	24,50%	2,65%	0,99%	0,00%	28,15%
Total général	3,19%	1,46%	2,64%	1,11%	8,39%

La pédiatrie et l'ophtalmologie se trouvent en tête des consultations urgentes. L'échantillon est trop petit pour savoir si l'on peut en tirer des conclusions nationales. Néanmoins, il est intéressant que le terme « urgence » recouvre des réalités bien différentes selon les groupes :



- La pédiatrie est la championne des urgences « immédiates ».
- Les urgences à 24 et 48 heures dominent en pédiatrie, ophtalmologie et neurologie.
- Dans les autres spécialités représentées, la majorité des urgences peuvent se traiter sous une semaine.
- Notez enfin la forte proportion de « patients pressés » en endocrinologie.

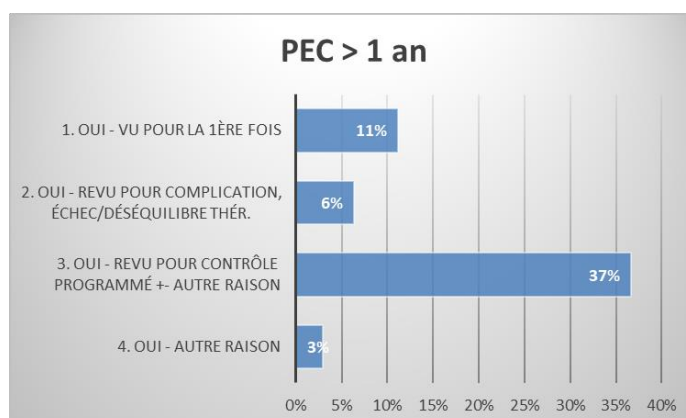
Ce travail montre qu'il est illusoire de vouloir fixer un délai unique aux prises en charge en urgence. Il serait préférable de procéder, spécialité par spécialité ou pathologie par pathologie à des études permettant de cerner les besoins réels et les mesures utiles pour mieux y répondre.

G. PRISE EN CHARGE PRÉVISIBLE SUPÉRIEURE À UN AN

Nous avons adopté une **définition prospective de la chronicité** des affections. Celle-ci est applicable aux patients vus pour la première fois comme aux patients en cours de suivi.

Le taux de chronicité ainsi décompté a été de 1755/3074, soit 57 %.

Le questionnaire était à réponses multiples. 16 combinaisons positives ont été enregistrées. Nous les avons regroupées en quatre groupes pour clarifier la présentation. Certaines complications ou déséquilibres thérapeutiques ont été relevés dans le cadre d'un contrôle programmé. Dans ce cas, nous les avons décomptés comme « complications ou déséquilibre ».



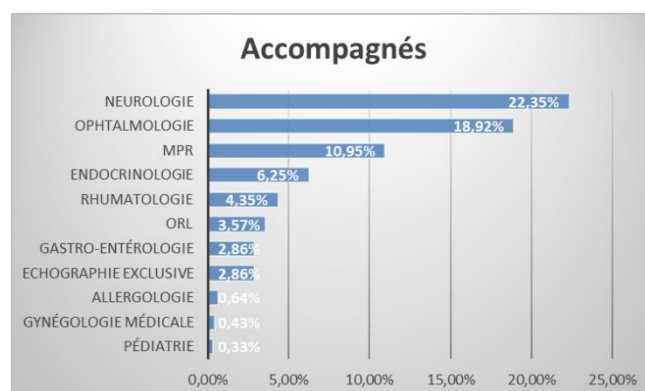
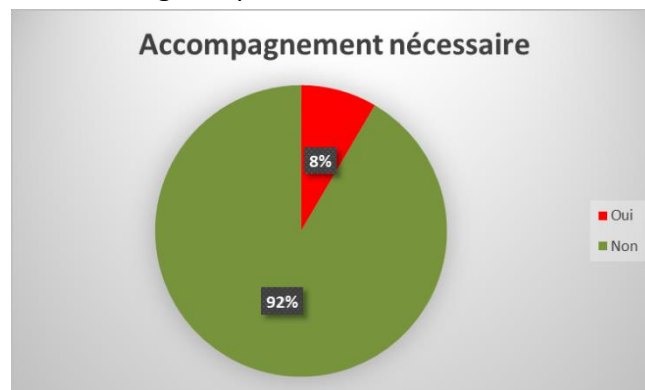
H. ACCOMPAGNEMENT NÉCESSAIRE DU FAIT D'UNE DÉFICIENCE

Nous avons pris ce critère, facilement objectivable, comme indicateur d'un allongement du temps de consultation ou de difficulté de prise en charge du patient.

Huit pour cent des consultants ont besoin d'un accompagnement pour un déficit locomoteur, sensoriel, cognitif, d'un problème linguistique ou de difficultés sociales. Nous avons exclu de ce décompte les déficits visuels transitoires provoqués par l'instillation de dilatateurs pupillaires en vue de l'examen du fond d'œil. En effet, ce n'est pas alors un facteur d'allongement ou de difficulté de la consultation.

Le déficit locomoteur prédomine nettement sur le plan numérique, mais il est souvent cité avec d'autres déficiences.

Les déficits visuels transitoires provoqués par une dilatation pupillaire ont été sortis du décompte



Motif d'accompagnement	 Nbre de consult
Déficit cognitif.	56
Déficit cognitif.Déficit locomoteur.	26
Déficit cognitif.Déficit locomoteur.Difficultés sociales.	3
Déficit cognitif.Déficit locomoteur.Handicap sensoriel (cécité, surdité).	2
Déficit cognitif.Déficit locomoteur.Problème linguistique.	3
Déficit cognitif.Déficit sensoriel permanent (cécité, diplopie sévère...).	1
Déficit cognitif.Déficit sensoriel transitoire (par exemple, dilatation pupillaire).	1
Déficit cognitif.Difficultés sociales.	4
Déficit cognitif.Handicap sensoriel (cécité, surdité).	1
Déficit cognitif.Problème linguistique.Difficultés sociales.	1
Déficit locomoteur.	106
Déficit locomoteur.Déficit sensoriel permanent (cécité, diplopie sévère...).	3
Déficit locomoteur.Déficit sensoriel transitoire (par exemple, dilatation pupillaire).	1
Déficit locomoteur.Difficultés sociales.	2
Déficit locomoteur.Handicap sensoriel (cécité, surdité).	1
Déficit locomoteur.Problème linguistique.	2
Déficit sensoriel permanent (cécité, diplopie sévère...).	4
Difficultés sociales.	13
Handicap sensoriel (cécité, surdité).	6
Non.	2746
Problème linguistique.	16
Problème linguistique.Difficultés sociales.	1
(vide)	38
Total général	3037

VI. Codage effectif

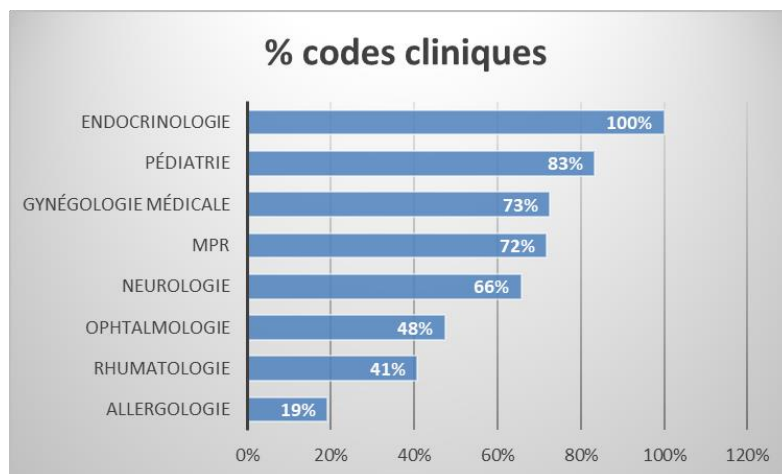
19 actes gratuits, dont 2 de télémedecine, ont été laissés dans la base

A. PART DES CODES CLINIQUES

Les endocrinologues n'ont utilisé aucun code CCAM dans leur activité de consultation.

Le code CCAM correspondait toujours à une activité technique identifiable au sein de la consultation. Néanmoins, le codage technique a été bien souvent utilisé pour pallier l'insuffisance de la rémunération clinique.

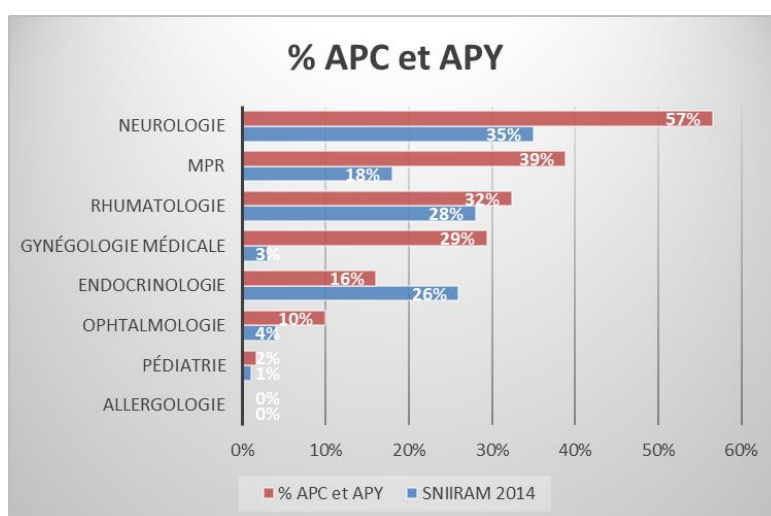
Le cas de l'allergologie est singulier. Elle nécessite à la fois un interrogatoire très approfondi et une série de tests assez chronophages et coûteux en consommables. La pression de la demande, le caractère d'urgence parfois, et l'éloignement de certains patients ont imposé l'habitude de tout faire en un temps. De ce fait, le temps clinique, tout aussi important que le temps technique, n'est pas rémunéré. C'est très préjudiciable à cette spécialité.



B. POURCENTAGE D'APC ET APY SUR CODES CLINIQUES

En faisant abstraction des consultations cotées en CCAM, nous avons rapporté les consultations cotées APC ou APY au total des consultations codées en NGAP.

Ceci a été comparé à l'étude faite sur les bases SNIIRAM 2014 qui rapportait le nombre de consultations C2 et C2,5 au total d'actes NGAP pour les spécialistes en Secteur 1.



Par rapport à 2014, le pourcentage d'APC ou APY a été nettement supérieur chez nos codeurs, dans toutes les spécialités sauf l'endocrinologie. En gynécologie médicale, la différence est apparue majeure

C. DÉTAIL DES COTATIONS

1. Cotations cliniques (NGAP)

Nous avons conservé dans le décompte les cotations cliniques associées à des codes CCAM, comme l'autorise la Convention.

On peut remarquer que certaines cotations ont concentré les codages : CS, CS+MCS+MPC, APC, certaines associations avec des actes techniques.

D'autres ont donné lieu à un grand éparpillement dont la synthèse est assez difficile. On peut douter de la pertinence de ces subdivisions lorsqu'elles ne génèrent que des variations de deux ou trois euros.

2. Cotations CCAM

Elles seront étudiées à part, dans la revue propre à chaque spécialité.

Spécialité	Nbre de consult
Allergologie	
G	54
G + MCG	5
G + MGE	1
Total Allergologie	60
Endocrinologie	
APC	23
CS	82
CS + MCE	2
CS + MCS + MPC	35
CS + MCS + MPC + MCE	1
Total Endocrinologie	143
Gynécologie médicale	
APC	33
APC + JKHD001	10
APC + JKHD	6
APY	1
CS	21
CS + JKHD	11
CS + MCS + MPC	45
CS + PMC + MCS + JKHD001	1
CS + MCS + MPC + JKHD001	24
CS + MCS + MPC X2	1
CS + MCS + MPC + JQQM010	1
CS + MCS + MPC + JQQM018	5
CS + MCS + MPC + JQQM016	6
CS + MCS + MPC + JQQM017	1
CS + JNQM001	4
Total Gynécologie médicale	170
MPR	
APC	168
APC + DE:10	1
APC + DE:24	2
CS	4
CS + MCS + MPC	245
CS + MCS + MPC + F (URGENCE)	1
CS + MCS + MPC + MTA	11
CS + MPC + MTA	4
K20	2
CS + MCS + MPC DEQP003	1
CS + MCS + MPC + MPA	1
Total MPR	440
Neurologie	
APY	164
APY + DE	1
APY + DEQP003	3
CNP	90
CNP + MCS + MPC	39
Total Neurologie	297
Ophtalmologie	
APC	21
CS	84
CS + MCS + MPC	101
CS + MPC	3
CS + MPJ	1
CS + MCS + MPC + AMY10	1
Total Ophtalmologie	211
Pédiatrie	
APC	4
COE	20
CS	18
CS + NFE	1
CS + MCS + MPC	1
CS + MPC	1
CS + NFE	33
CS + NFE + MEP	98
CS + NFE + MEP + MPP	3
CS + NFP	2
CS + NFP + MEP	63
CS + NFP + MEP + MBB	7
CS + NFP + MEP + MPP	1
Total Pédiatrie	252
Rhumatologie	
APC	76
CS	106
CS + DA	1
CS + MCS + MPC	51
CS + MCS DE 40 EURO	1
Total Rhumatologie	235
Total général	1808

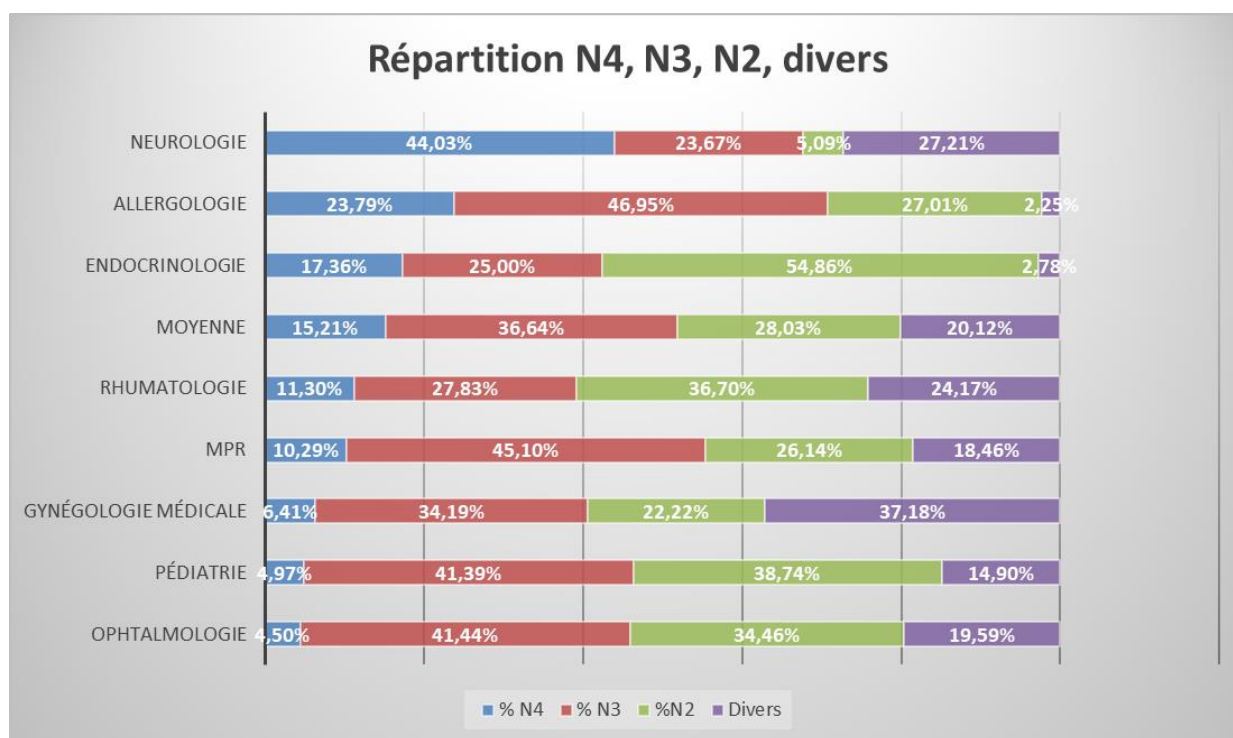
VII. Codage simulé

A. RÉPARTITION DES N4, N3, N2

1. Répartition générale

Le questionnaire comportait quatre options indépendantes : N4 ou N3 (avec différents libellés possibles), N2 (options oui/non) et « consultation + CCAM (réponse en texte libre).

Nous avons décompté les réponses positives aux options N4, N3 et N2. Si les codeurs avaient répondu deux fois, l'une en N, l'autre en CCAM, nous avons décompté le codage en niveau N. Les « divers » ont été déduits par soustraction des codages N2, N3 et N4 du total des consultations.



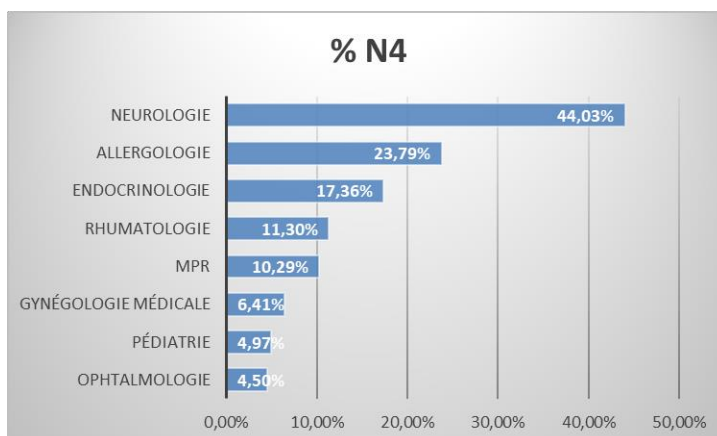
La neurologie s'est distinguée par un décompte élevé de codages N4 et N3. Ceci s'explique par la règle adoptée, qui opère une transposition des cotations APY vers le N4 et des cotations CNP vers le N3. Ceci sera étudié en détail dans un dossier spécifique.

Les allergologues ont codé N4 et N3 un bon nombre de consultations pour lesquels ils souhaitent une association possible avec leurs actes techniques. Ceci fera aussi l'objet d'une étude spécifique.

2. Codages N4

Le nombre de réponses positives pour N4 a été rapporté au total de questionnaires par spécialité.

La moyenne était de 15,5 %. Dans le projet initial présenté en 2016, il était de 10%.

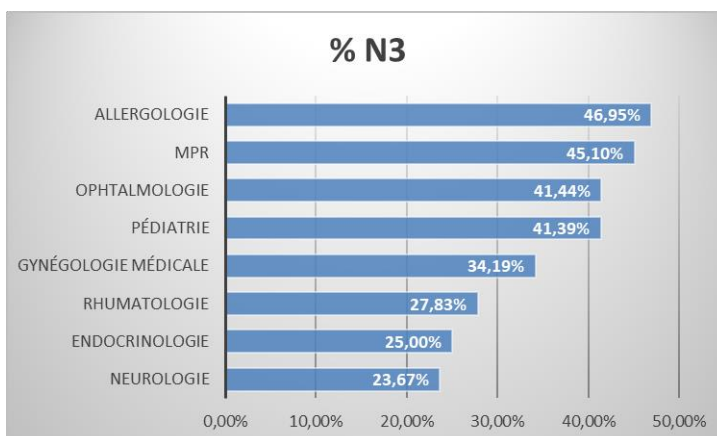


3. Codages N3

La moyenne était de 35%, contre 40% dans le projet initial de 2016.

Les taux d'application ont été plus resserrés que pour les N4. Rappelons que le critère majeur était la « première fois » pour une affection donnée.

Ceci est à rapprocher du rang dans l'épisode de soins et du taux de prises en charge supérieure à un an. Nous le ferons dans les études propres à chaque spécialité.

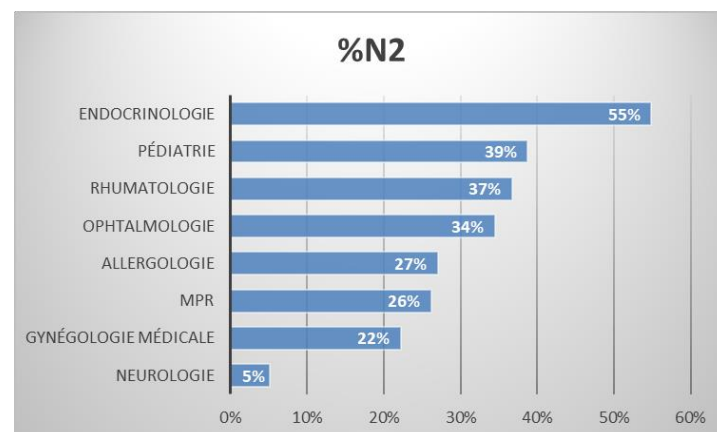


4. N2 = OUI

Moyenne : 29%.

L'endocrinologie qui avait un taux assez élevé de N4 (17%), s'est aussi placée en tête des cotations inférieures N2.

Cela donne une indication sur le mode de fonctionnement dans la spécialité : soit des consultations souvent longues et complexes, soit des révisions assez rapides.



5. Divers

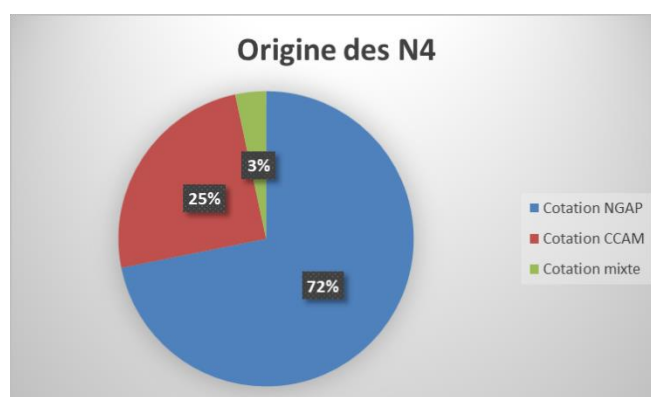
Les « divers » ont été décomptés par soustraction des réponses positives aux différents niveaux et non par décompte de la question « consultation + CCAM ». Cet item est donc difficile à interpréter globalement et demande une analyse plus fine qui sera faite dans l'étude propre à chaque spécialité

B. ORIGINE DES N4

Par une analyse croisée, nous avons rapproché les codages positifs N4 des cotations réellement appliquées sur la feuille de soins.

Nous avons trouvé **69 cotations différentes !**

Plus d'un quart des cotations ont fait appel à la CCAM, alors que le codage N4 indique une prédominance de la dimension clinique de la consultation.

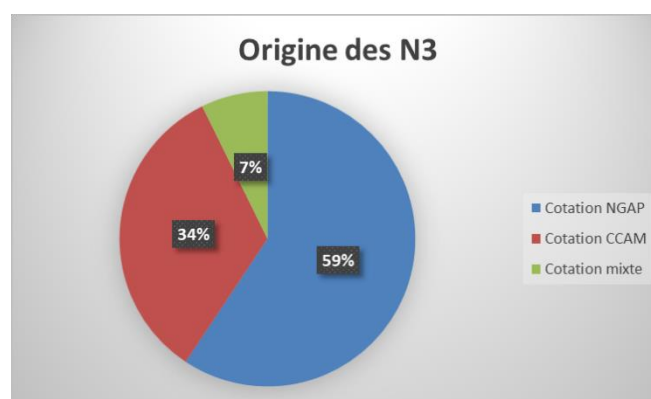


C. ORIGINE DES N3

Cent trente-six cotations ont été transposées en N3 !

- 26 codages NGAP
- 87 codages CCAM
- 18 codages mixtes

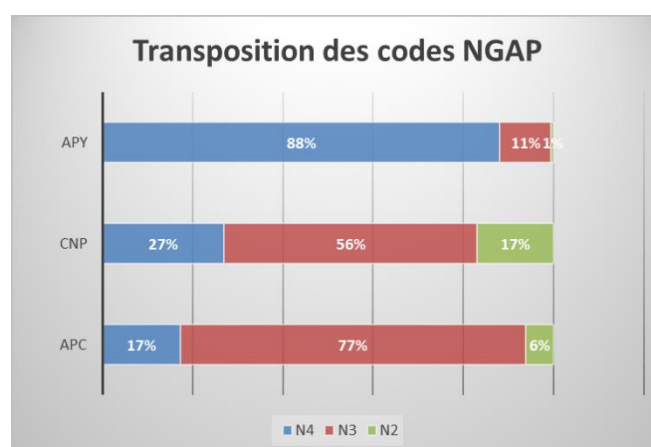
La proportion de codages CCAM ou mixte dépasse les deux tiers des consultations classées en N3.



D. TRANSPOSITION DES COTATIONS NGAP VERS LES NIVEAUX

Nous avons procédé à l'étude inverse : dans **quelles proportions les cotations APY, CNP et APC ont-elles été transposées en niveaux 4, 3 et 2 ?**

- Les codes APY sont restés à 90% en N4 comme prévu.
- Près de la moitié des CNP se sont répartis en N4, mais aussi en N2.
- 17% d'APC ont été promus en N4.
- Une petite proportion de CNP et d'APC ont été déclassés en N2.



VIII. Discussion

Un certain nombre d'autres comparaisons auraient pu être faites à partir des données de l'étude, mais nous avons préféré nous limiter pour conserver une certaine clarté de présentation.

A. LIMITES DE L'ÉTUDE

Les limites de cette étude sont évidentes. Organisée dans laps de temps très court et sans assistance professionnelle, elle n'a pu réunir qu'un nombre limité de spécialités et de volontaires, sur quelques jours de codage seulement.

Les volontaires ont été réunis par le « bouche à oreille », sélectionnant naturellement des médecins particulièrement motivés. On ne peut pas prétendre qu'ils ont été statistiquement représentatifs de l'ensemble du corps médical spécialisé à l'échelle nationale.

Par contre, on peut penser qu'ils étaient représentatifs d'une qualité d'exercice que nous souhaitons promouvoir. **A cet égard, le panel de volontaires ainsi réuni constitue une référence crédible pour notre projet.**

B. INTÉRÊT DE L'ÉTUDE

Cette étude a apporté un début de réponse à des questions qui constituent autant de points de blocage ou de crispation dans les négociations conventionnelles :

- **Comment définir les niveaux de consultation** : des règles simples (N3 pour toutes les premières fois) et un nombre limité de libellés précis dans chaque spécialité ont été rapidement compris et appliqués par les médecins volontaires, sans longue préparation pédagogique préalable. Des critères d'alourdissement de la prise en charge ont été isolés en inter spécialité : 2^{ème} recours spécialisé, nécessité d'un accompagnement du fait d'un handicap locomoteur, cognitif, sensoriel ou linguistique, l'urgence, la nécessité de reconsidérer le diagnostic ou la thérapeutique.
- **Comment se répartissent les consultations dans le temps** : les libellés donnent des indications temporelles assez précises, tout en laissant une certaine souplesse. Les questions de la première partie ont été riches d'informations.
- **Comment définir l'urgence** : nous avons vu que ceci pouvait varier selon les spécialités.

Précédemment, nous avons procédé à une analyse de l'existant à partir des bases SNIIRAM et nous avons projeté un modèle tarifaire général (10% N4, 40% N3, 50% N2) sur le nombre

d'actes NGAP enregistrés. **Notre simulation est de nature à affiner le modèle** tout en vérifiant son applicabilité sur le terrain.

L'étude du codage effectif a fait apparaître **l'extrême complexité du système actuel de tarification** : près de 300 cotations différentes ont été utilisées pour coder quelques 3000 consultations de cette étude. Pour autant, la différenciation des rémunérations n'est pas à la hauteur de cette complexité et le mode de codage n'apporte pas beaucoup d'informations pertinentes sur le plan médico-économique.

Au contraire, le dispositif que nous proposons permet à la fois :

- Une grande simplification du dispositif de rémunération
- Une information précise sur la nature des actes et la pathologie traitée.

Tout en conservant la souplesse de la rémunération à l'acte et une plus grande équité entre médecins, ce dispositif permettrait de fonder une véritable démarche en faveur de la **pertinence** et de la qualité des soins.

Beaucoup de consultations ont été codées avec des cotations techniques CCAM alors qu'elles pouvaient être classées en N3 ou N4. On peut se demander s'il ne serait pas préférable d'inverser le processus en adoptant des **niveaux de rémunération clinique suffisants pour intégrer de manière libre et transparente les « petits actes techniques »** qui pullulent dans la CCAM. Cette dernière pourrait alors être simplifiée et il serait plus aisé de concentrer les discussions à son sujet sur les actes techniques plus lourds.

IX. Conclusion

L'UMESPE a créé un modèle de tarification simple et précis, tenant compte de la dimension temporelle de la prise en charge médicale spécialisée. Pour en apprécier la faisabilité et la pertinence, **nous avons conjugué deux modes d'approche** :

- *Une analyse des pratiques de codage existantes* par une étude des bases SNIIRAM. Sur les données extraites, nous avons projeté notre modèle pour effectuer des estimations budgétaires globales.
- *Une simulation de codage en ligne* : elle a permis de préciser le modèle et de fournir des informations répondant aux questions généralement posées par l'Assurance maladie et destinées à affiner le modèle général.

Nous proposons à l'Assurance maladie d'utiliser ce savoir-faire acquis en quatre ans de travail pour **moderniser la méthodologie des négociations tarifaires**, en les fondant sur des bases plus rationnelles et moins chargées d'idées préconçues.

Il serait possible de collaborer de manière constructive à une analyse régulièrement mise à jour des données SNIIRAM et à une simulation de codage beaucoup plus large selon le modèle que nous avons proposé. A l'heure où l'on parle tant de « big data », ce serait une manière saine de renouveler le dialogue conventionnel en le fondant sur une dynamique d'informations partagées plutôt que sur les crispations et les postures bloquantes.