

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

#### Arrêté du 23 mars 2006 portant approbation de l'avenant n° 12 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes

NOR : SANS0621311A

Le ministre de la santé et des solidarités et le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-5 et L. 162-15,

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Est approuvé l'avenant n° 12 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes approuvée par l'arrêté du 3 février 2005, annexé au présent arrêté, et conclu le 3 mars 2006 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, la Confédération des syndicats médicaux français et l'Alliance intersyndicale des médecins indépendants de France.

**Art. 2.** – Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et des solidarités sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 23 mars 2006.

*Le ministre de la santé et des solidarités,*  
XAVIER BERTRAND

*Le ministre délégué à la sécurité sociale,*  
*aux personnes âgées,*  
*aux personnes handicapées*  
*et à la famille,*  
PHILIPPE BAS

#### A V E N A N T N° 12

#### À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 12 JANVIER 2005

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment l'article L. 162-5 ;

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 12 janvier 2005 publiée au *Journal officiel* du 11 février 2005, ses avenants et ses annexes,

#### *Préambule*

Les partenaires conventionnels constatent, un an après la signature de la convention nationale du 12 janvier 2005, que la mise en œuvre du dispositif de médecin traitant a été un véritable succès qui s'est traduit par une adhésion de plus des trois quarts des assurés.

Le choix des patients s'est porté sur les médecins généralistes, avec 93 % de déclaration de médecins traitants, plaçant la médecine générale au cœur même du dispositif d'organisation des soins. Ainsi, on constate d'ores et déjà une évolution de l'organisation du système de soins ambulatoire, les médecins traitants assurant les soins de premier recours et la coordination des soins, tout en permettant de conserver une liberté d'accès aux médecins spécialistes. Ces derniers sont amenés à se concentrer progressivement sur la prise en charge de soins véritablement spécialisés, permettant une utilisation de leur temps médical plus cohérente avec les évolutions démographiques.

Par ailleurs, la mise en place de la maîtrise médicalisée a permis de diminuer les dépenses injustifiées sur plusieurs postes, notamment les arrêts de travail et certaines classes thérapeutiques, en respectant mieux les

conditions de prise en charge des patients en affection de longue durée. Les économies estimées se montent à 722 millions d'euros, fin décembre 2005, sur la part relevant de la responsabilité des médecins libéraux. Cet effort, qui se traduit par une évolution des dépenses de soins de ville inférieure à 3 %, a participé au respect de l'enveloppe « soins de ville » de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie votée par le Parlement pour l'année 2005. Ainsi, la constatation de ces premiers résultats témoigne de la dynamique engagée à la fois par les médecins libéraux, les assurés et les caisses d'assurance maladie.

Toutefois, les partenaires conventionnels constatent que la mise en œuvre du parcours de soins coordonnés s'est traduite par des modifications substantielles des conditions d'exercice de la médecine libérale, nécessitant d'accompagner ces évolutions, tout particulièrement pour certaines spécialités cliniques et certains modes d'exercice particulier.

Ils rappellent que l'objectif du parcours de soins est aussi de valoriser à la fois les rôles de médecin traitant, médecin correspondant et de médecin consultant et le souci de conserver à ce parcours un caractère médicalisé.

Ils décident de mener une communication adaptée sur l'ensemble des règles de fonctionnement du parcours de soins à la fois auprès des médecins, des caisses locales et des assurés sociaux.

Dans ce contexte, ils s'accordent sur la nécessité de renforcer les actions mises en œuvre dans la réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004.

Ils conviennent en premier lieu de finaliser le déploiement du médecin traitant et de conforter son rôle dans l'organisation du système de soins, prioritairement dans le domaine de la prévention et de la coordination des soins.

Ils proposent d'accompagner les spécialités dont les conditions d'exercice ont été substantiellement modifiées par la mise en place du parcours de soins coordonnés par des mesures structurelles en accélérant la nécessaire valorisation de certains de leurs actes déjà prévue dans la nouvelle Classification commune des actes médicaux et en s'inscrivant dans la perspective de la mise en place de la CCAM clinique prévue dans la convention du 12 janvier 2005.

Ils souhaitent poursuivre sur deux ans la dynamique engagée pour la maîtrise médicalisée sur les thèmes déjà retenus en 2005 et l'élargir à de nouveaux thèmes en 2006 et 2007, dans le souci de permettre, grâce aux économies ainsi dégagées, de favoriser le maintien d'une assurance maladie solidaire et d'améliorer la prise en charge des patients.

Ils s'accordent pour mettre en œuvre les revalorisations prévues à l'article 1<sup>er</sup>-5 de la convention nationale.

Ils réaffirment enfin leur souhait de revaloriser progressivement les conditions d'exercice de la médecine libérale et d'améliorer la prise en charge des soins grâce aux économies dégagées dans le cadre de la maîtrise médicalisée ;

Il est donc convenu ce qui suit :

#### Article 1<sup>er</sup>

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, le rôle du médecin traitant doit être pérennisé, tant dans son action de coordination, en particulier pour les patients atteints d'une affection de longue durée, que dans le cadre de sa mission de prévention et de promotion de la santé.

Dès lors, en cohérence avec les objectifs de la loi de santé publique, les parties signataires conviennent de la nécessité d'engager progressivement les médecins traitants dans des programmes de prévention, en priorité sur les thèmes suivants :

- la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées ;
- le cancer du sein ;
- les facteurs de risque pour la femme enceinte ;
- les risques cardiovasculaires, en premier lieu le diabète ;
- l'obésité chez les jeunes.

Pour l'année 2006, l'UNCAM et les syndicats signataires conviennent que l'action des médecins traitants portera sur la prévention du cancer de sein, sur l'accompagnement des patients diabétiques et sur la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées.

L'action sur la prévention du cancer du sein consiste, pour le médecin traitant, à encourager chacune de ses patientes âgées de 50 à 74 ans à participer au dépistage organisé du cancer du sein coordonné par l'InCa, selon la périodicité recommandée, à assurer, le cas échéant, la coordination avec le médecin gynécologue et à renseigner le dossier médical. Cette action s'appuie sur les travaux de l'InCa, de la Haute Autorité de santé, de l'InVS et de l'OPEPS.

Dans le cadre de leur activité spécifique de coordination des soins et compte tenu des enjeux de santé publique, les médecins traitants sont incités à améliorer la prise en charge de la pathologie diabétique en 2006. Ces actions de coordination des soins et de prévention des complications destinées aux patients diabétiques s'appuient sur les référentiels et recommandations de la Haute Autorité de santé.

L'action de prévention de la iatrogénie médicamenteuse s'adresse prioritairement aux patients de plus de 65 ans consommant de façon répétée sept médicaments et plus, de classes thérapeutiques différentes. L'enjeu n'est pas de diminuer la prescription médicamenteuse mais de s'interroger sur des médicaments redondants ou inadaptés avec risque de iatrogénie pour le patient.

Cette action s'appuie sur les références médicales disponibles, notamment celles issues des travaux de la Haute Autorité de santé et de l'AFSSaPS.

Le médecin traitant est incité, à l'occasion de la consultation de son patient, à examiner les médicaments consommés, à analyser les interactions et les risques, à renseigner le dossier médical et à promouvoir la couverture anti-grippale.

L'assurance maladie s'engage de son côté, et dans l'attente du déploiement du DMP, à mettre à disposition des médecins, courant 2006, avec l'accord de leur patient, les historiques des remboursements facilitant la connaissance des traitements pris en charge.

Le détail de ces programmes et des indicateurs retenus pour suivre la mise en œuvre de ces programmes figure en annexe 1 au présent avenant.

Pour l'année 2007, les partenaires conventionnels conviennent de poursuivre le programme de prévention ci-dessus et de définir de nouveaux thèmes.

## Article 2

L'impact de la mise en place du parcours de soins ayant entraîné, au 31 décembre 2005, pour certaines spécialités ou qualifications, une évolution sensible de leur activité, la mise en œuvre de mesures structurelles d'accompagnement est nécessaire.

Ce constat concerne les spécialités suivantes :

- la dermatologie ;
- l'oto-rhino-laryngologie ;
- la rhumatologie ;
- la médecine physique et de réadaptation ;
- l'endocrinologie ;
- la cardiologie,

et les qualifications suivantes :

- l'allergologie ;
- l'angéiologie.

A cet effet, les parties signataires conviennent, dans le cadre de la refonte de la nomenclature des actes techniques, d'accélérer la progression vers les tarifs cibles de la CCAM technique pour certains actes fréquents insuffisamment valorisés par l'ancienne nomenclature générale des actes professionnels. L'UNCAM s'engage à accélérer l'inscription sur la liste des actes et prestations remboursables de certains actes considérés par les partenaires conventionnels comme susceptibles d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Cela sera notamment le cas de la prise en charge de l'ostéodensitométrie, dans le cadre d'une stratégie globale de prise en charge de l'ostéoporose élaborée par la Haute Autorité de santé.

Les partenaires conventionnels proposent également pour les médecins spécialistes ou qualifiés en médecine physique et de réadaptation la création d'une majoration spécifique applicable aux consultations de prescription de certains types d'appareillages de première mise.

Le détail de ces mesures d'accompagnement figure en annexe 2 au présent avenant. Elles interviendront au 15 avril 2006.

L'activité et les conditions d'exercice des spécialités ou qualifications concernées, ainsi que l'impact des mesures d'accompagnement décrites dans le présent avenant, feront l'objet d'un suivi régulier par les partenaires conventionnels permettant de prendre, le cas échéant, les mesures adaptées.

## Article 3

Les parties signataires se sont engagées lors de la signature de la convention nationale le 12 janvier 2005 à définir annuellement les objectifs et thèmes de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

### Article 3.1

Elles s'accordent en premier lieu pour poursuivre en 2006 les efforts de maîtrise médicalisée portant sur les thèmes de 2005 : prescriptions d'antibiotiques, de statines et d'anxiolytiques/hypnotiques, respect de la réglementation relative à l'ordonnancier bizonne et aux arrêts de travail.

Les parties signataires s'entendent également pour mettre rapidement en œuvre les accords de bon usage des soins relatifs à l'utilisation des anti-agrégants plaquettaires et à la pratique de la coloscopie après polypectomie.

Enfin, la médicalisation de la prescription de transport permettant d'adapter le mode de transport prescrit à l'état de santé du malade et à son degré d'autonomie fera l'objet de discussions avec l'ensemble des professionnels concernés aboutissant à un nouvel engagement de maîtrise, conforté par la mise en œuvre du dispositif réglementaire correspondant.

Dans ce contexte, pour l'année 2006, les parties conviennent des objectifs de maîtrise médicalisée portant sur les thèmes 2005 suivants :

Sous forme d'engagements de maîtrise médicalisée :

- diminution du niveau de consommation des antibiotiques afin de réduire le risque de développement des résistances, optimisation de l'utilisation des antibiotiques de nouvelle génération en les réservant aux

infections graves, relance de la campagne sur le test de diagnostic rapide de l'angine (TDR) : infléchissement en 2006 de 10 % des montants 2005 de la prescription d'antibiotiques permettant d'atteindre l'objectif de - 25 % à l'horizon 2006, défini en 2002 ;

- baisse de 1 % des dépenses liées aux arrêts de travail en 2006 par rapport à l'année 2005 ;
- poursuite de la stabilité en montant des prescriptions des statines par rapport au niveau observé en 2005, de la promotion des génériques de la simvastatine et de la pravastatine ainsi que des faibles dosages, notamment en initiation de traitement ;
- diminution de 5 % des montants de prescriptions d'anxiolytiques et d'hypnotiques en 2006 par rapport à l'année 2005 ;
- respect de la réglementation de l'ordonnancier bizonne et des feuilles de soins notamment pour les médicaments, la biologie et la masso-kinésithérapie : diminution de 4 points du ratio des dépenses en rapport avec une affection de longue durée relativement à l'ensemble des dépenses.

Sous forme d'accords de bon usage de soins (AcBUS) :

- efficacité des prescriptions d'anti-agrégants plaquettaires (AAP) : augmentation d'au moins 3 points du nombre de patients sous aspirine seule ou associée à un autre AAP sur l'ensemble des patients sous AAP ;
- bon usage de la coloscopie après polypectomie : taux de patients ayant bénéficié d'une polypectomie et chez lesquels on observe une (ou plusieurs) nouvelle(s) coloscopie(s) entre les 4<sup>e</sup> mois (inclus) et 24<sup>e</sup> mois suivant la polypectomie inférieur à 0,5 % à 2 ans.

A cet effet, les parties définissent, pour 2006, les nouveaux thèmes et objectifs de maîtrise médicalisée suivants :

Les syndicats de médecins libéraux et l'UNCAM s'engagent à finaliser le projet de protocole d'accord interprofessionnel avec les syndicats nationaux de pharmaciens favorisant le développement de la prescription de médicaments génériques avant le 15 mars 2006.

Le respect des recommandations médicales et des indications thérapeutiques remboursables des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), tout en favorisant la prescription des médicaments au plus faible coût à efficacité thérapeutique identique : baisse de 3 % de l'évolution des dépenses par rapport à l'évolution tendancielle. S'agissant du médicament, un effort additionnel devra porter sur la prescription des médecins dans le répertoire du médicament générique, notamment sur la classe thérapeutique des statines, des IPP et des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et des sartans.

Utilisation d'un référentiel médical permettant d'adapter le mode de transport prescrit à l'état de santé du malade et à son degré d'autonomie : infléchissement des montants tendanciels 2006 des prescriptions de transport correspondant à une croissance de 3 % en 2006.

Pour l'année 2007, les parties conviennent de continuer la maîtrise médicalisée sur les thèmes retenus pour 2005 et 2006 avec les objectifs suivants :

Sous forme d'engagements de maîtrise médicalisée :

- baisse de 5 % des montants 2006 de la prescription d'antibiotiques ;
- poursuite de la stabilité en dépense des prescriptions des statines par rapport au niveau observé en 2006, de la promotion des génériques de la simvastatine et de la pravastatine ainsi que des faibles dosages, notamment en initiation de traitement ;
- diminution de 5 % des montants de prescriptions d'anxiolytiques et d'hypnotiques en 2007 par rapport à l'année 2006 ;
- stabilisation des dépenses liées aux arrêts de travail en 2007 par rapport à l'année 2006 ;
- diminution de 2 points du ratio des dépenses en rapport avec une affection de longue durée relativement à l'ensemble des dépenses ;
- prescription dans le répertoire du médicament générique, notamment sur la classe thérapeutique des statines, des IPP et des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et des sartans ;
- infléchissement de 3 % de la croissance des montants de prescription des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) en 2007 par rapport à l'année 2006 ;
- infléchissement des montants tendanciels 2007 des prescriptions de transport correspondant à une croissance nulle en 2007.

Sous forme d'accords de bon usage de soins (AcBUS) : maintien des objectifs définis pour 2006 :

- efficacité des prescriptions d'anti-agrégants plaquettaires (AAP) : augmentation d'au moins 3 points du nombre de patients sous aspirine seule ou associée à un autre AAP sur l'ensemble des patients sous AAP ;
- bon usage de la coloscopie après polypectomie : taux de patients ayant bénéficié d'une polypectomie et chez lesquels on observe une (ou plusieurs) nouvelle(s) coloscopie(s) entre les 4<sup>e</sup> mois (inclus) et 24<sup>e</sup> mois suivant la polypectomie inférieur à 0,5 % à 2 ans.

Les parties définissent pour 2007 les nouveaux thèmes et objectifs de maîtrise médicalisée suivants :

- infléchissement des montants tendanciels 2007 des prescriptions d'antihypertenseurs notamment en limitant les associations de ces médicaments, infléchissement qui devra se traduire par une croissance de 6 % en 2007 ;

- diminution du nombre d'actes diagnostiques et thérapeutiques redondants pour 30 M€ ; le champ de ces efforts et leur ampleur sera défini par les partenaires conventionnels sur la base des référentiels de la HAS et des travaux de l'observatoire de la CCAM à partir des analyses effectuées sur les actes réalisés dans les différentes régions françaises ;
- diminution de la prescription de location de lits médicalisés au-delà de la première année au bénéfice de l'achat de lits médicalisés.

#### Article 3.2

L'appréciation du respect des objectifs de maîtrise médicalisée tiendra compte le cas échéant des situations d'épidémies graves ayant fait l'objet de mesures particulières des autorités sanitaires sur tout ou partie du territoire national.

Dans un souci d'équité, l'UNCAM veillera, de son côté, à ce que soient associés aux efforts de maîtrise médicalisée les établissements et les prescripteurs hospitaliers.

Enfin, les partenaires veilleront particulièrement à ce que la formation conventionnelle appuie l'atteinte des objectifs de maîtrise définis dans le présent avenant.

#### Article 4

Outre le bénéfice des mesures d'accompagnement prévues à l'article 2 du présent avenant et afin d'encourager la dynamique de maîtrise médicalisée, les parties signataires conviennent de mettre en place, dans le prolongement des dispositions de l'article 1.5 de la convention nationale, les mesures suivantes :

##### Article 4.1

La majoration de coordination, définie aux articles 1.2.2 et 7.2 de la convention nationale, est revalorisée au 31 mars 2006 à hauteur de 1 €, ce qui la porte :

- pour le médecin généraliste correspondant (MCG), à 3 € ;
- pour le médecin spécialiste correspondant (MCS), à 3 € ;
- pour le psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue correspondant (MCS), à 4 €.

Le montant de la MPC applicable pour les patients de moins de 16 ans (« MPJ ») est revalorisé au 31 mars 2006 à hauteur de 1 €, ce qui le porte :

- pour le médecin spécialiste à 5 € ;
- pour le psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue à 6,70 €.

##### Article 4.2

La majoration nourrisson des pédiatres (MNP) définie à l'article 7.7 de la convention nationale est revalorisée au 31 mars 2006 à hauteur de 1 €, ce qui la porte à 3 €.

##### Article 4.3

Afin de valoriser certains actes de médecine générale, les partenaires conventionnels souhaitent créer, au 15 avril 2006, une majoration de 3 € pour les consultations réalisées par le médecin généraliste auprès d'enfants entre leur deuxième et leur sixième anniversaire, lorsqu'elles comportent un interrogatoire, un examen complet, un entretien de conclusions avec la conduite à tenir, les prescriptions préventives ou thérapeutiques ou d'examen complémentaires éventuels et qu'elles donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé. Par dérogation, les médecins du secteur à honoraires différents pourront coter cette majoration dans le cadre de soins délivrés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Cette majoration ne pourra pas se cumuler avec la majoration nourrisson (MNO) ni avec la majoration prévue à l'article 14-4-1 « Forfait pédiatrique du médecin omnipraticien » des dispositions générales de la NGAP.

Cette mesure ne s'appliquera que sous réserve de la publication préalable de la modification de la liste citée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

##### Article 4.4

Après le deuxième alinéa de l'article 7.3 de la convention nationale, est ajoutée la phrase suivante :

« Cette majoration (MCC) pourra être cotée dans les mêmes conditions pour les consultations réalisées auprès des patients de moins de 16 ans. »

Cette majoration est revalorisée au 31 mars 2006 à hauteur de 1 €, ce qui la porte à 3,27 €.

#### Article 5

Les parties prévoient, compte tenu des engagements pris en matière de maîtrise médicalisée pour 2006 et 2007 et de l'engagement des médecins traitants dans les actions de prévention mentionné à l'article 1<sup>er</sup>, de porter au 1<sup>er</sup> août 2006 à 21 euros la valeur de la lettre clé C des médecins généralistes.

## Article 6

Les partenaires s'engagent à suivre attentivement l'évolution des dépenses relevant de l'ONDAM. Dans le cadre de ce suivi et le cas échéant, les partenaires se réuniront afin d'envisager des mesures adaptées pour faire face à un éventuel risque d'intervention des dispositifs prévus à l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale.

## Article 7

En fonction des résultats de la maîtrise médicalisée compatibles avec les équilibres financiers votés par le Parlement dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale, les partenaires conventionnels s'engagent à favoriser, dans le cadre de la réforme de la consultation, la convergence des lettres clés C et CS et la mise en œuvre d'une nouvelle étape de la CCAM technique.

Fait à Paris, le 3 mars 2006.

Pour l'UNCAM :  
F. VAN ROEKEGHEM,  
*directeur général*

Au titre des généralistes :

Pour la CSMF :  
M. CHASSANG,  
*président*

Au titre des spécialistes :

Pour Alliance :  
F. BENOUAICH,  
*président*

Pour la CSMF :  
M. CHASSANG,  
*président*

## ANNEXE 1

## ACTIONS DE PRÉVENTION DU MÉDECIN TRAITANT

1. L'action sur la prévention du cancer du sein s'adresse aux 4 millions de femmes de 50 à 74 ans non incluses actuellement dans le programme de dépistage organisé sur les 8 millions susceptibles d'en bénéficier.

Le programme de dépistage organisé du cancer du sein est coordonné par l'INCA. L'objectif est d'atteindre le taux d'inclusion de 80 % prévu par le plan cancer.

Le médecin traitant, à l'occasion d'une consultation de sa patiente, vérifie son inclusion dans le dépistage organisé et s'assure de l'observance de la périodicité recommandée pour la mammographie, le cas échéant en assurant la coordination avec le gynécologue.

Face à une non-inclusion ou une périodicité inadéquate, il encouragera sa patiente, à l'aide des explications nécessaires, à respecter les modalités prévues pour le dépistage organisé. Il assurera éventuellement son orientation vers la structure de prise en charge de ce dépistage, si nécessaire en cohérence avec l'intervention du gynécologue.

Le médecin traitant dispose des références médicales en vigueur, notamment celles issues des travaux de la Haute Autorité de santé et des travaux épidémiologiques de l'InVS et de l'OPEPS.

L'assurance maladie met à la disposition du médecin traitant, avec l'accord de leur patiente, les historiques des remboursements (dès disponibilité de l'outil) facilitant la connaissance des actes de mammographie pris en charge.

Elle fournit également des plaquettes d'information sur le dépistage organisé du cancer du sein à l'attention des patientes.

Le suivi de cette action de prévention sera réalisé au plan national et local à l'aide de trois indicateurs :

- taux d'inclusion de la population cible dans le programme organisé de dépistage du cancer du sein ;
- taux de femmes de 50 à 74 ans avec acte de mammographie réalisé dans le cadre du dépistage organisé (code CCAM : QEQK004) ;
- taux de femmes de 50 à 74 ans avec acte de mammographie bilatérale (code CCAM : QEQK001), à l'exclusion du dépistage.

2. Rôle du médecin traitant dans la coordination des soins et la prévention des risques cardio-vasculaires des patients diabétiques :

Pour améliorer la prise en charge de la pathologie diabétique, le médecin traitant s'engage à renforcer ses actions pour les patients diabétiques tant dans la coordination des soins que dans la prévention des complications.

La coordination des soins comportera préalablement une actualisation du protocole de soins, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé (à paraître), en concertation avec l'ensemble des médecins correspondants participant à la prise en charge médicale.

Cette étape d'actualisation du protocole de soins inclura l'ensemble des actes et prestations nécessaires au traitement de l'affection et à la prise en compte des co-morbidités. Le médecin traitant s'assurera également que les besoins en matière d'éducation thérapeutique tant comportementale que pour la prise en charge de la maladie sont bien définis.

Il assurera à son niveau ou avec l'appui des spécialistes et des structures adéquates l'éducation thérapeutique de son patient autour d'objectifs définis conjointement (taux d'hémoglobine glyquée, poids, activité physique, réduction des facteurs de risques, etc.).

Le médecin traitant, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé, s'assurera de l'atteinte des objectifs prédéfinis et mettra en œuvre les mesures correctrices éventuellement nécessaires. Il vérifiera l'absence de survenue de nouveaux facteurs de risques et/ou de nouvelles complications.

Le médecin traitant dispose des références médicales en vigueur, notamment celles issues des travaux de la Haute Autorité de santé.

L'assurance maladie met à la disposition du médecin traitant, avec l'accord de leur patient, les historiques des remboursements (dès disponibilité de l'outil) facilitant la connaissance des soins et prestations pris en charge.

Elle lui fournit également la liste des structures susceptibles de prendre en charge l'éducation thérapeutique du patient ainsi que toutes les plaquettes d'information sur la prise en charge et la prévention du diabète à l'attention des patients.

Cette action sera suivie au plan national et local à l'aide d'indicateurs spécifiques issus des recommandations de la Haute Autorité de santé.

Par exemple :

- taux d'hémoglobine glyquée pour la population concernée ;
- nombre de patients de la population concernée ayant bénéficié d'une consultation d'ophtalmologie annuelle ;
- nombre de patients de la population concernée ayant bénéficié d'un électrocardiogramme de repos annuel ;
- nombre de patients de la population concernée ayant bénéficié d'une microalbuminurie annuelle.

3. L'action de prévention de la iatrogénie médicamenteuse s'adresse aux patients de plus de 65 ans repérés prioritairement, compte tenu des risques encourus, par 10 délivrances médicamenteuses dans l'année avec 7 médicaments différents ou plus par délivrance.

Parmi les 10 millions de personnes de plus de 65 ans, environ 1,5 million entrent dans ce champ (indicateur de référence de la population cible), ce qui représente en moyenne 30 patients par an et par médecin traitant.

Lorsque ces patients consultent, le médecin traitant réalise une revue de médicaments lui permettant de lister les médicaments consommés (prescription de tous les médecins consultés et auto-médication du patient), d'analyser les interactions médicamenteuses et de prendre les mesures nécessaires, le cas échéant, pour adapter les prescriptions, en concertation avec les médecins correspondants concernés. Il assure la sensibilisation de son patient sur les risques encourus et renseigne le dossier médical avec les résultats de cette revue de médicaments.

Par ailleurs, afin de limiter des prescriptions supplémentaires, le médecin traitant s'assure annuellement de la couverture antigrippale de son patient.

Le médecin traitant dispose des références médicales en vigueur, notamment celles issues des travaux de la Haute Autorité de santé et de l'AFSSaPS. Un programme d'évaluation des pratiques professionnelles sur le thème de la iatrogénie médicamenteuse est également disponible auprès de la Haute Autorité de santé.

L'assurance maladie met à la disposition du médecin traitant, avec l'accord de leur patient, les historiques des remboursements (dès disponibilité de l'outil) facilitant la connaissance des traitements pris en charge.

Elle fournit également des plaquettes d'information sur la iatrogénie médicamenteuse destinées au patient.

Cette action de prévention sera suivie au plan national et local, avec un retour d'information au médecin traitant.

Ce suivi sera réalisé, dans un premier temps, avec l'indicateur de référence de la population cible et deux indicateurs de qualité étudiés sur la population du médecin traitant entrant dans le champ de l'action :

- taux de patients avec benzodiazépines à demi-vie longue prescrites ;
- taux de patients avec vasodilatateurs cérébraux prescrits.

Le taux de vaccination antigrippale de la population de 65 ans du médecin traitant sera également suivi et fera l'objet d'un retour d'information auprès de celui-ci.

## ANNEXE 2

MESURES D'ACCOMPAGNEMENT POUR LES SPÉCIALITÉS  
ET QUALIFICATIONS DÉFINIES À L'ARTICLE 2 DU PRÉSENT AVENANT

## 1. Modifications de la liste des actes et prestations

Les mesures proposées dans cet article ne pourront s'appliquer, le cas échéant, que sous réserve de la publication préalable de modifications de la liste citée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

## 1.1. Dermatologie

Les partenaires conventionnels proposent les modifications de la liste des actes et prestations suivantes :  
Création d'une majoration pour les « *actes d'exérèse de naevi cellulaires ou de tumeurs cutanées malignes* » réalisés en cabinet, assortie de recommandations sur les conditions d'exécution.

Le montant de cette majoration est fixé, sous forme d'un supplément de charge en cabinet, à 10 €.

Introduction à la liste d'un acte nouveau orienté vers la prise en charge de patients ayant des antécédents de lésion maligne cutanée :

« *Dermatoscopie pour surveillance de lésion à haut risque* » (QZQP001), à l'exclusion de : *dermatoscopie réalisée au cours d'une consultation*.

Les partenaires conventionnels fixent le tarif de cet acte à 100 % du tarif cible issu de sa hiérarchisation.

La hiérarchisation proposée permettrait d'établir un tarif cible égal à 54,10 €.

Cet acte fera l'objet d'une prise en charge sous conditions (indications...).

## 1.2. Oto-rhino-laryngologie

Les partenaires conventionnels proposent la mesure suivante :

Extension de l'application des modificateurs J et K aux actes de chirurgie otologique (y compris la plastie d'oreilles décollées), de méatotomie, d'amygdalectomie et d'adénoïdectomie (ablation des végétations) pour les praticiens concernés.

## 1.3. Médecine physique et de réadaptation

Les partenaires conventionnels proposent l'introduction à la liste des actes et prestations de trois actes nouveaux orientés vers la prise en charge des malades polydéficients.

Ces actes sont les suivants :

- « *Analyse métrologique de la posture, de la locomotion et/ou des gestuelles chez un patient polydéficient* » (PEQP002) ;
- « *Analyse instrumentale de la cinématique de la marche* » (NKQP001) ;
- « *Analyse tridimensionnelle de la marche sur plate-forme de force* » (NKQP003).

Les partenaires conventionnels fixent les tarifs respectifs de ces actes à 100 % des tarifs cibles issus de leur hiérarchisation.

La hiérarchisation proposée permettrait d'établir des tarifs cibles respectivement égaux à :

- PEQP002 : 65,11 € ;
- NKQP001 : 65,11 € ;
- NKQP003 : 156,42 €.

Ces actes feront l'objet d'une prise en charge sous conditions (indications...).

Par ailleurs, les partenaires conventionnels proposent l'inscription à la liste des actes d'une majoration pour les consultations de prescription de certains types d'appareillages de première mise, par les médecins spécialistes ou qualifiés en médecine physique et réadaptation, répondant à la définition suivante :

Consultation pour prescription d'un appareillage de première mise pour :

- prothèse du membre supérieur (LPP titre II, chapitre VII, section I, rubrique A) ;
- prothèse du membre inférieur (LPP titre II, chapitre VII, section II, rubrique A) ;
- orthopédie du tronc (LPP titre II, chapitre VII, section III, rubrique A, sauf appareils TR12, TR23, TR24, TR25, TR27, TR59, TR79 du paragraphe 1) ;
- fauteuil roulant à propulsion par moteur électrique (LPP ; titre IV, chapitre 1, rubrique B) ;
- fauteuil roulant verticalisateur (LPP, titre IV, chapitre I<sup>er</sup>, rubrique C).

Cette prescription d'appareillage doit comporter toutes les précisions utiles à sa bonne exécution et notamment la référence à l'un des appareils inscrits à la liste des produits et prestations (LPP).

Cette majoration pour consultation de prescription d'appareillage, MTA, est cotée pour les patients de seize ans et plus, uniquement dans le cadre du parcours de soins coordonnés, hors acte de consultant. Elle n'est donc pas cumulable avec le DA. Elle est en revanche cumulable, le cas échéant, avec la MCS et la MPC.

Par dérogation, pour les patients de moins de seize ans, la MTA peut être cotée et cumulée le cas échéant avec le montant de la MPC applicable pour ces patients (« MPJ »).

Son montant est fixé à 20 €.

#### 1.4. Angéiologie

Les partenaires conventionnels proposent une modification de la liste des actes et prestations pour les actes ci-dessous :

- « *Séance de sclérose de varice du membre inférieur, par injection intraveineuse transcutanée sans guidage* » (EJNF002) ;
- « *Séance de sclérose de veine du membre inférieur, par injection intraveineuse transcutanée avec guidage échographique* » (EJNJ001).

Il sera précisé que ces actes feront l'objet d'une prise en charge sous conditions.

#### 1.5. Endocrinologie

Les partenaires conventionnels proposent la création d'une majoration pour certaines consultations par un médecin spécialiste en endocrinologie dans les situations suivantes en coordination avec le médecin traitant :

##### 1. Diabète inaugural ou compliqué insulino-dépendant ou insulino-requérant.

Cette consultation concerne les patients :

- diabétiques de type 1 :
  - lors de la première consultation après hospitalisation pour acidocétose révélatrice d'un diabète de type 1 ;
  - lors de la première consultation pour adaptation du protocole d'insulinothérapie dans les suites d'une affection ayant déstabilisé la maladie ;
- diabétiques de type 2 insulino-requérant ou devenant insulino-requérant :
  - lors de la première consultation après hospitalisation pour complication viscérale du diabète ;
  - lors de la première consultation après hospitalisation pour affection intercurrente ayant déstabilisé la maladie ;
  - lors de la ou des consultations pour mise en œuvre de l'insulinothérapie chez un patient non contrôlé par antidiabétiques oraux et mesures hygiéno-diététiques.

Au cours de cette consultation, le praticien devra notamment :

- recueillir et prendre connaissance des éléments constituant le dossier médical (histoire de la maladie, compte-rendu d'hospitalisation, faits nouveaux depuis la sortie d'hospitalisation ou depuis le dernier contact, approche de la maladie, comorbidités, examens complémentaires, carnet de surveillance...);
- réaliser une information du patient centrée sur la maladie et son évolution, l'insulinothérapie, l'autosurveillance, les mesures hygiéno-diététiques, le suivi à court et moyen terme du diabète, les interférences médicamenteuses, les prescriptions ;
- synthétiser le dossier et informer directement et par courrier le médecin traitant et autres correspondants ;
- remettre au patient un compte-rendu de consultation ainsi que des documents pédagogiques.

Cette majoration est fixée à 10 €.

##### 1. Première consultation pour les endocrinopathies complexes suivantes :

- thyroïdite, maladie de Basedow ;
- cancer thyroïdien ;
- hypothyroïdie, nodulaire ou induite par l'iode, avec complications ;
- pathologie hypothalamo-hypophysaire ;
- pathologie du métabolisme hydrique ;
- pathologie des glandes surrénales ;
- pathologie des glandes parathyroïdes ;
- tumeur endocrine de l'ovaire ;
- tumeur endocrine du pancréas ;
- affection pluri-endocrinienne.

Au cours de cette consultation, le praticien devra notamment :

- recueillir et prendre connaissance des éléments constituant le dossier médical ;

- réaliser une information du patient centrée sur la maladie et son évolution, les interférences médicamenteuses, les prescriptions ;
- synthétiser le dossier et informer directement et par courrier le médecin traitant et autres correspondants ;
- remettre au patient un compte-rendu de consultation.

Cette majoration est fixée à 10 €.

## 2. Progression vers les tarifs cibles de la CCAM technique

### 2.1. Oto-rhino-laryngologie

Les partenaires conventionnels conviennent de la progression vers les tarifs cibles des actes ci-dessous :

- « *audiométrie tonale avec tympanométrie* » (CDQP015) ;
- « *audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie* » (CDQP002) ;
- « *endoscopie de la cavité nasale et du rhinopharynx (cavum), par voie nasale* » (GAQE001),

correspondant à une revalorisation respectivement de 100 %, 66 % et 66 % de l'écart entre les tarifs actuels de ces actes et leurs tarifs cibles et permettant d'atteindre des tarifs respectivement fixés à :

- CDQP015 : 40,81 € ;
- CDQP002 : 51,96 € ;
- GAQE001 : 30,34 €.

### 2.2. Rhumatologie

Les partenaires conventionnels conviennent de l'accession aux tarifs cibles des actes ci-dessous :

- « *injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage* » (MZLB001) ;
- « *injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage* » (NZLB001) ;
- « *injection thérapeutique péridurale d'agent pharmacologique sans guidage* » (AFLB007) ;
- « *infiltration thérapeutique d'articulation vertébrale postérieure, par voie transcutanée sans guidage* » (LHLB001) ;
- « *infiltration thérapeutique du nerf médian dans le canal carpien* » (AHLB006),

correspondant à une revalorisation de 100 % de l'écart entre les tarifs actuels de ces actes et leurs tarifs cibles et permettant d'atteindre des tarifs respectivement fixés à :

- MZLB001 : 26,13 € ;
- NZLB001 : 30,82 € ;
- AFLB007 : 44,90 € ;
- LHLB001 : 34,17 € ;
- AHLB006 : 29,48 €.

### 2.3. Allergologie

Les partenaires conventionnels conviennent de l'accession au tarif cible de l'acte ci-dessous :

« *Séance d'injection d'extrait allergénique à concentration donnée pour désensibilisation spécifique, par voie sous-cutanée* » (FGLB001),

correspondant à une revalorisation de 100 % de l'écart entre le tarif actuel de cet acte et son tarif cible et permettant d'atteindre un tarif fixé à 12,34 €.

### 2.4. Angéiologie

Les partenaires conventionnels conviennent de la progression vers les tarifs cibles des actes ci-dessous :

- « *séance de sclérose de varice du membre inférieur, par injection intraveineuse transcutanée sans guidage* » (EJNF002) ;
- « *séance de sclérose de veine du membre inférieur, par injection intraveineuse transcutanée avec guidage échographique* » (EJNJ001) comprenant le guidage,

correspondant à une revalorisation de 100 % de l'écart entre les tarifs actuels et les tarifs cibles et permettant d'atteindre des tarifs respectivement fixés à :

- EJNF002 : 18,93 € ;
- EJNJ001 : 37,46 €.