

Textes généraux

Ministère de l'emploi et de la solidarité

Arrêté du 4 décembre 1998 portant approbation de la Convention nationale des médecins généralistes

NOR: MESS9823759A

La ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de l'agriculture et de la pêche, le secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale et le secrétaire d'Etat au budget,

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

Le Conseil national de l'ordre des médecins consulté,

Arrêtent :

Art. 1er. - Sont approuvées la Convention nationale des médecins généralistes ainsi que les annexes I, II et III qui y sont jointes, conclues entre, d'une part, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et, d'autre part, la Fédération française des médecins généralistes.

Sont exclues de l'approbation mentionnée au premier alinéa :

- la référence no 7 relative à la ferritine sous le thème no 6 : « Bilans biologiques systématiques » ;
- toutes les références inscrites sous le thème no 56 : « Sérologie de l'hépatite virale ».

Art. 2. - Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale au ministère de l'emploi et de la solidarité, le directeur général de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes et le directeur du budget au ministère de l'économie, des finances et de l'industrie et le directeur des exploitations, de la politique sociale et de l'emploi au ministère de l'agriculture et

de la pêche 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 4 décembre 1998.

La ministre de l'emploi et de la solidarité,

Martine Aubry

Le ministre de l'économie,

des finances et de l'industrie,

Dominique Strauss-Kahn

Le ministre de l'agriculture et de la pêche,

Jean Glavany

Le secrétaire d'Etat à la santé

et à l'action sociale,

Bernard Kouchner

Le secrétaire d'Etat au budget,

Christian Sautter

CONVENTION NATIONALE

DES MEDECINS GENERALISTES

Entre, d'une part,

Les organisations syndicales représentatives de médecins généralistes suivantes :

La Fédération française des médecins généralistes MG France, représentée par son président, M. Bouton,

Et, d'autre part,

Les caisses nationales d'assurance maladie :

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, représentée par son président, M. Spaeth ;

La Caisse centrale de mutualité sociale agricole, représentée par sa présidente, Mme Gros,

ci-dessous désignées sous le terme les « caisses nationales ».

Les parties ci-dessus énumérées, signataires de la présente convention et de ses annexes, sont désignées sous le terme de « Parties signataires ».

En application de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, elles sont convenues le

des termes de la convention qui suit :

PREAMBULE

DE LA CONVENTION GENERALISTE

Les conventions médicales sont l'instrument privilégié du dialogue entre l'assurance maladie et les médecins libéraux. Elles doivent permettre à toute la population un accès à des soins de qualité reconnus comme tels et médicalement utiles et assurer aux médecins des conditions d'exercice permettant, dans un cadre libéral, de garantir la qualité de la relation entre les médecins et leurs patients.

Les résultats obtenus, au travers des différentes conventions conclues depuis 1971, sont loin d'être négligeables pour les patients comme pour les médecins, en conciliant un exercice libéral de la médecine et une assurance maladie fondée sur la solidarité. Ce bilan s'accompagne toutefois d'une hétérogénéité de la qualité et de l'utilité médicales des soins dispensés, d'une croissance lente et continue des inégalités d'accès aux soins et de disparités de consommations qui ne peuvent être médicalement justifiées. Il s'accompagne aussi d'une lente dégradation des missions des médecins généralistes et des conditions dans lesquelles elles s'exercent au regard de leur fonction essentielle pour l'équilibre du système de soins.

Ces constats élémentaires renvoient aux singularités du système français de soins marqué par un fort cloisonnement des activités de soins ambulatoires et hospitalières, une opacité profonde affectant les données sanitaires et, plus encore, l'absence de démarche qualité impliquant tout autant les patients et les praticiens.

Aussi, les Parties signataires estiment nécessaire de rénover le libre choix des patients en leur ouvrant un accès aux soins fondé sur la continuité des soins et leur participation active, au même titre que les médecins à une démarche qualité. C'est pourquoi ils définissent par la présente convention le contenu d'une

option de continuité des soins ouverte à tous les assurés et tous les médecins généralistes.

Au-delà du choix ainsi offert les Parties signataires ont entendu, par la présente convention, contribuer fortement à la prise en compte des nouvelles données sociales, médicales, économiques et technologiques auxquelles notre système de soins est confronté.

Les exigences de qualité, compétence et transparence

Longtemps implicites dans le secteur de la santé, elles sont désormais réclamées comme des garanties essentielles pour les malades par la société dans son ensemble. Elles concernent les établissements de soins comme chaque médecin. Elles portent autant sur les moyens, les procédures diagnostiques ou thérapeutiques, que sur la manière dont ils sont mis en oeuvre et sur les résultats.

Les Parties signataires entendent aider et accompagner les médecins généralistes dans ces nouvelles démarches, notamment en développant la formation professionnelle conventionnelle et l'évaluation.

La coordination des soins et la médecine d'équipe

L'amélioration des performances sanitaires et économiques de notre système de soins passe par une meilleure utilisation des différentes compétences médicales. La médecine générale constitue le socle du système de santé et la réponse la mieux adaptée pour toute demande de soins de première intention. Elle assure le suivi personnalisé des soins et la synthèse des différents intervenants médicaux dans la continuité. L'adaptation de sa pratique à cette nouvelle définition de ses missions est indispensable au développement tant des filières de soins que des réseaux de soins.

Les Parties signataires entendent d'ores et déjà privilégier ces nouvelles formes de prise en charge de la santé en développant l'option conventionnelle Médecin référent.

Outre les mesures incitatives qui seront définies dans cette option tant pour les patients que pour les médecins, un effort tout particulier sera fait en matière de communication de manière à souligner l'importance et l'intérêt de cette évolution fondamentale de notre système de santé.

Les exigences de santé publique

Au-delà du colloque singulier médecin/malade, fondement de l'art médical, et de l'acte médical curatif, la fonction du médecin généraliste doit être élargie à la prévention collective et individuelle et aux actions de santé publique. Conformément aux nouvelles dispositions législatives, il s'agit aussi d'un élargissement fondamental des missions de l'assurance maladie. Les Parties signataires s'engagent à développer ces activités, notamment dans le cadre de l'option Médecin référent, et à adapter en conséquence le mode de rémunération

des médecins généralistes.

L'utilisation de la micro-informatique communicante

Le secteur de la santé est naturellement concerné par la révolution planétaire que constitue ce nouveau moyen de communication et d'information. Il s'agit d'abord d'un outil au service des malades et des médecins en ce qu'il permet d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et le confort de l'exercice médical.

La télétransmission de la feuille de soins par les médecins est une obligation légale, son développement constituera une application administrative utile mais non exclusive.

Les Parties signataires sont conscientes des craintes que suscitent encore chez une partie des médecins généralistes les différentes applications de ce nouvel outil, notamment pour la préservation du secret médical et de l'indépendance professionnelle. Elles sont conscientes aussi des difficultés techniques et du surcoût lié à la télétransmission.

Par les différentes dispositions de la présente convention, elles entendent faciliter l'informatisation et apporter aux médecins généralistes l'aide financière pérenne appropriée.

La maîtrise des dépenses

La maîtrise des dépenses de soins n'est pas une fin en soi.

C'est le moyen nécessaire à la promotion de la santé, à la préservation de notre système de soins et de protection sociale ainsi qu'à une juste rémunération de l'activité des médecins. Les Parties signataires ne se fixent pas pour objectif de faire diminuer les dépenses d'assurance maladie, mais elles souhaitent faire en sorte que les dépenses inutiles, voire dangereuses, soient réduites ou éliminées afin de mieux prendre en charge des dépenses de santé ou de prévention insuffisamment couvertes.

L'implication économique collective des médecins libéraux prévue par la nouvelle « clause de sauvegarde » ne saurait constituer à elle seule l'outil permettant d'atteindre cet objectif.

Les Parties signataires entendent résolument mettre en oeuvre l'ensemble des évolutions précédemment décrites afin d'éviter l'application éventuelle de ce dispositif d'ultime recours.

Les partenaires conventionnels sont conscients que la prise en compte de ces nouvelles données nécessitera l'effort de tous. Les malades et les médecins généralistes libéraux, mais aussi les organismes nationaux et locaux d'assurance maladie devront, chacun pour ce qui les concerne, modifier des comportements anciens, adapter leur pratique professionnelle ou mettre en place des procédures nouvelles. Mais ce n'est qu'au prix de cet effort commun que pourront être préservées l'indépendance des médecins et une assurance

maladie solidaire.

Chapitre Ier

Délivrance des soins aux assurés sociaux

Article 1er-1

Champ d'application

La présente convention régit les relations entre les caisses d'assurance maladie et les médecins généralistes légalement autorisés à exercer en France et qui pratiquent leur activité à titre libéral.

Article 1er-2

Principe du libre choix

Les assurés et leurs ayants droit ont le libre choix entre tous les médecins légalement autorisés à exercer en France.

Les caisses s'engagent à ne faire aucune distinction entre tous les médecins placés sous le régime de la présente convention, à l'exception de celles prévues par celle-ci.

Pour faciliter le libre choix du praticien, les caisses donnent à leurs ressortissants toutes informations utiles et actualisées sur la situation des praticiens de leur circonscription au regard de la présente convention, notamment sur les tarifs qu'ils sont autorisés à pratiquer, sur les tarifs de remboursement et sur leur éventuelle qualité de médecin référent.

Les caisses font connaître aux assurés les sanctions comportant interdiction pour un médecin d'exercer ou de donner des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie, ainsi que, le cas échéant, les mesures de suspension provisoire ou définitive du conventionnement.

De leur côté, les médecins informent leurs patients de leur situation au regard de la présente convention, ainsi que de leurs tarifs d'honoraires, conformément aux textes en vigueur.

Article 1er-3

Délivrance des soins

Les médecins placés sous le régime de la présente convention s'engagent à faire bénéficier leurs malades de soins consciencieux, éclairés, attentifs et prudents, conformes aux données actuelles de la science et à observer, dans tous leurs actes et prescriptions, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

Article 1er-4

Rédaction des ordonnances

Le médecin porte lisiblement sur l'ordonnance, outre son numéro d'identification, les mentions prévues par la réglementation en vigueur.

Les prescriptions sont formulées quantitativement et qualitativement avec toute la précision souhaitable, conformément à la réglementation en vigueur.

Le médecin formule sur des ordonnances distinctes les prescriptions :

- de médicaments ;
- de fournitures et appareils ;
- de soins à effectuer par des auxiliaires médicaux ;
- d'examens de laboratoire.

Article 1er-5

Documents ouvrant droit au remboursement des prestations

Les médecins s'engagent à n'utiliser que les feuilles de soins, imprimés et documents sur support papier ou par voie électronique conformes aux modèles prévus par la législation ou, à défaut, adaptés et validés par les partenaires conventionnels pour répondre à des besoins locaux après information des Parties signataires ou validés par les Parties signataires pour répondre à des besoins nationaux ou à une expérimentation.

Lorsque ces feuilles de soins, imprimés et documents ne sont pas préidentifiés, les médecins doivent y reporter leur identification nominale et codée.

La réalisation des soins et des prestations doit être attestée conformément à la nomenclature générale des actes professionnels, d'une part, et à la réglementation en vigueur, d'autre part.

Article 1er-6

Facturation des honoraires

Le médecin est tenu de mentionner sur la feuille de soins ou sur tout autre support en tenant lieu l'intégralité des honoraires demandés à l'assuré. Il ne peut facturer lors de la même séance un acte remboursable et un acte hors nomenclature.

Il ne donne l'acquit par sa signature que pour les actes qu'il a accomplis personnellement et pour lesquels il a perçu des honoraires, réserve faite dans ce

dernier cas des dispositions relatives à la dispense d'avance des frais.

Article 1er-7

Facturation des actes

effectués par le personnel salarié du médecin

Lorsque les actes sont effectués par un auxiliaire médical, salarié d'un médecin :

- les feuilles de soins ou les supports, sur lesquels sont portés les actes, doivent permettre l'identification nominale et codée du médecin employeur, suivie de l'identification de l'auxiliaire médical ;
- l'auxiliaire médical atteste la prestation de l'acte et le médecin le paiement des honoraires ;
- la signature du médecin sur la feuille de soins ou tout autre support engage sa responsabilité sur l'application, par l'auxiliaire médical, des cotations de la nomenclature générale des actes professionnels et des tarifs en vigueur ainsi que du code correspondant.

Article 1er-8

Situation du remplaçant

Le remplaçant est tenu de faire connaître aux caisses son numéro d'inscription à l'ordre des médecins de son département ainsi que son adresse personnelle et celle du cabinet professionnel dans lequel il assure son activité de remplacement.

Le médecin remplacé vérifie que le médecin remplaçant remplit bien toutes les conditions nécessaires à l'exercice du remplacement dans le cadre de la présente convention.

Ainsi, il s'engage à porter à la connaissance de son remplaçant les dispositions de la présente convention et à l'informer des droits et obligations qui s'imposent à lui dans ce cadre.

Le médecin remplacé s'interdit toute activité médicale dans le cadre de la présente convention durant son remplacement.

Le remplaçant adopte la situation du remplacé au regard des droits et obligations qui découlent de la présente convention, à l'exception du droit permanent à dépassement (DP) et du régime d'assurance maladie.

Il indique sa situation de remplaçant et son numéro d'inscription à l'ordre des médecins ou, à défaut, le numéro attribué par la caisse à l'emplacement prévu à cet effet sur les différents supports de facturation.

La caisse d'assurance maladie peut en tant que de besoin demander communication du contrat de remplacement.

Le non-respect des références médicales opposables est imputable au médecin remplaçant pour les actes qu'il effectue.

En revanche, au regard de la gestion de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales, l'activité exercée par le remplaçant s'impute sur celle du médecin remplacé.

Article 1er-9

Carnet de santé

Lors de chaque consultation ou visite, le médecin demande au patient communication de son carnet de santé et y reporte les informations dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Article 1er-10

Paiement des honoraires

Paragraphe 1

Principe du règlement direct

Le malade règle directement au médecin ses honoraires. Il n'y a lieu à remboursement de l'assuré que pour les actes inscrits à la Nomenclature générale des actes professionnels pour lesquels le médecin atteste qu'ils ont été dispensés et honorés.

Paragraphe 2

Actes réalisés dans un établissement de santé privé

ne participant pas au service public hospitalier

Pour les actes médicaux effectués dans un établissement de santé privé ne participant pas au service public hospitalier - avec ou sans hébergement -, à l'exclusion des soins externes, l'ensemble des actes dispensés ainsi que le montant correspondant des honoraires sont inscrits sur un support papier ou électronique dit « bordereau de facturation ».

Lorsque le médecin opte pour la dispense d'avance des frais, la part garantie par la caisse peut être versée, selon son choix :

- soit globalement à un médecin, désigné par ses confrères, ou à une société de médecins ou un groupement de médecins, exerçant dans l'établissement ;

- soit individuellement, à chaque praticien.

Paragraphe 3

Accord local spécifique

Des accords locaux, transmis pour information aux Parties signataires, peuvent être conclus pour permettre des formes de dispense d'avance des frais non inscrites dans la convention nationale, notamment pour les actes d'urgence ou pour les soins destinés aux patients en situation de précarité. Il sera procédé, dans ce dernier cas, par les instances locales à un examen préalable de la situation économique et sociale de la circonscription.

Dans le cadre de cet accord, les médecins s'engagent à pratiquer les tarifs d'honoraires conventionnels fixés en annexe.

Tout accord en vigueur est transmis à la CCPN, en vue d'un inventaire général.

Article 1er-11

Tarifs

Les médecins appliquent les tarifs opposables fixés dans l'annexe de la présente convention, sauf dans les trois cas suivants :

a) Application d'un dépassement pour circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade (DE).

Dans ce cas, le praticien informe le malade du montant du dépassement non remboursé par les caisses et lui en explique le motif.

L'indication « DE » est portée sur la feuille de soins.

Le dépassement ne peut porter que sur l'acte principal effectué par le praticien et non sur les frais accessoires ;

b) Application du droit permanent à dépassement (DP) pour les médecins qui en étaient titulaires à la date d'entrée en vigueur de la présente convention ;

c) Application d'honoraires différents par les médecins qui relevaient du secteur à honoraires différents à la date d'entrée en vigueur de la présente convention.

Peuvent également opter pour le secteur à honoraires différents les médecins qui, à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente convention, s'installent pour la première fois en exercice libéral, ou qui se sont installés pour la première fois en exercice libéral entre le 7 juin 1980 et le 1er décembre 1989, et sont titulaires des titres énumérés ci-après acquis dans les établissements publics ou de titres équivalents acquis dans les établissements privés participant au service public hospitalier ou acquis au sein de l'Union européenne :

- ancien chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux ;
- ancien assistant des hôpitaux généraux ou régionaux n'appartenant pas à un CHU ;
- ancien assistant des hôpitaux spécialisés ;
- praticien-chef de clinique ou assistant des hôpitaux militaires ;
- praticien temps plein hospitalier dont le statut relève du décret no 84-131 du 24 février 1984.

S'agissant des titres acquis dans les établissements privés participant au service public hospitalier et ceux acquis au sein de l'Union européenne, leur équivalence aux titres énumérés au paragraphe précédent est appréciée par la CCPL du lieu d'implantation du cabinet principal, après avis de la CCPN. La décision est notifiée par la caisse primaire du lieu d'implantation du cabinet principal du médecin. En tant que de besoin, la CCPN a recours à l'avis des services ministériels compétents ou du Conseil national de l'ordre pour déterminer les équivalences des titres précités.

Pour bénéficier du droit d'appliquer des honoraires différents, le médecin doit :

- déclarer à la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation de son cabinet principal, par lettre recommandée avec avis de réception, dans un délai de deux mois après l'entrée en vigueur de la présente convention ou, si elle est postérieure, dès la date de sa première installation, sa volonté de bénéficier du droit de pratiquer des honoraires différents. A défaut de déclaration dans le délai précité, le praticien applique les tarifs opposables fixés en annexe III ;
- informer par écrit simultanément l'URSSAF dont il dépend de sa décision.

Le médecin qui a choisi, dans les conditions précitées, de pratiquer des honoraires différents peut revenir sur son choix à tout moment et opter pour le secteur à honoraires opposables. Dans ce cas, il en informe la caisse primaire du lieu d'implantation de son cabinet principal. Le praticien ne pourra pas bénéficier à nouveau du secteur à honoraires différents pendant la durée de la présente convention.

Dans les trois situations précédentes, le médecin fixe ses honoraires avec tact et mesure, conformément aux obligations qui résultent du code de déontologie.

Le comité médical paritaire local est saisi des éventuels abus d'usage de ces droits à dépassement.

Article 1er-12

Les Parties signataires conviennent de favoriser l'activité médicale au cabinet du médecin. Dans cette perspective, elles se proposent de poursuivre les travaux qu'elles ont engagés sur la visite en vue de les traduire dans un avenant négocié

à l'occasion de la prochaine annexe annuelle. Ils concernent notamment la définition et le contenu des différentes situations qui amènent le médecin à effectuer des soins au chevet du patient et les rémunérations qui s'y attachent.

Chapitre II

Transmission par voie électronique des documents
nécessaires au remboursement ou à la prise en charge

Article 2-1

Engagement à la télétransmission

Tout médecin adhérent à la présente convention s'engage à offrir le service de la télétransmission des feuilles de soins aux assurés sociaux.

L'engagement s'applique au fur et à mesure que les conditions techniques de sa mise en oeuvre effective sont remplies. Ces conditions font l'objet d'une appréciation et d'un avis motivé, au niveau local, par les instances conventionnelles, au regard notamment du déploiement de Vitale, de la distribution des cartes CPS et de la résolution de l'ensemble des difficultés techniques éventuellement observées.

Article 2-2

Equipement informatique des médecins

Les feuilles de soins électroniques sont élaborées et émises par le médecin et reçues par la caisse conformément aux spécifications Sésam-Vitale.

Paragraphe 1

Les médecins ont la liberté de choix du micro-ordinateur, du modem de télécommunication et de l'imprimante qui composent en partie l'équipement informatique grâce auquel ils effectuent la télétransmission des feuilles de soins électroniques. A défaut, s'ils utilisent un matériel uniquement destiné à la télétransmission de feuilles de soins, ils ont le choix de celui-ci parmi les différents modèles répondant aux spécifications Sésam-Vitale.

Paragraphe 2

Par ailleurs, pour assurer la télétransmission des feuilles de soins électroniques, les médecins ont l'obligation de :

- se doter auprès du GIP « CPS » de la carte de professionnel de santé prévue par l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale ;
- s'assurer auprès de l'organisme compétent que le matériel qu'ils utilisent pour télétransmettre répond globalement aux exigences de conformité requises pour

la sécurisation de la télétransmission, et notamment aux spécifications Sésam-Vitale.

Paragraphe 3

Les médecins ont l'obligation de transmettre les feuilles de soins électroniques, soit directement en se connectant au réseau santé social, soit en se connectant à Internet ou à tout réseau associé au réseau santé social.

Article 2-3

Modalités de fonctionnement normal de la télétransmission Sésam-Vitale

La télétransmission des feuilles de soins électroniques s'applique à l'ensemble des médecins, des assurés et des caisses d'assurance maladie du territoire national selon des règles identiques contenues dans les textes législatifs et réglementaires, notamment complétées des dispositions de la présente convention.

Article 2-4

Traitement des incidents

Paragraphe 1

Dans le but de garantir la continuité du service de la télétransmission des feuilles de soins électroniques, les partenaires conventionnels s'engagent à s'informer réciproquement de tout dysfonctionnement du système et à collaborer pour y apporter une réponse appropriée dans les meilleurs délais.

Absence ou non-fonctionnement de carte

lors de l'élaboration de la FSE

Paragraphe 2

Dans l'hypothèse où une des deux cartes à microprocesseur - carte d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale ou carte de professionnel de santé mentionnée à l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale - est absente ou ne fonctionne pas au moment de l'élaboration de la feuille de soins électronique, ou en cas de dysfonctionnement du lecteur de cartes, une feuille de soins électronique sécurisée ne peut pas être constituée.

Paragraphe 3

Dans ce cas, le médecin peut soit élaborer une feuille de soins sur support papier, soit élaborer une feuille de soins électronique non sécurisée et la télétransmettre, via le réseau de télécommunication qu'il utilise habituellement

pour les télétransmissions de feuilles de soins électroniques, à la caisse gestionnaire de l'assuré selon la procédure de télétransmission IRIS, au format B2, en lui adressant parallèlement la feuille de soins papier correspondante. Dans le cas d'une transmission, à une même caisse d'assurance maladie, d'un ensemble de feuilles de soins électroniques non sécurisées, le médecin peut remplacer les feuilles de soins papier correspondantes par un bordereau récapitulatif conforme aux exigences des articles R. 161-40 et R. 161-41 du code de la sécurité sociale.

Duplicata (dysfonctionnement lors de la transmission des FSE)

Paragraphe 4

En cas d'échec de la réémission d'une feuille de soins électronique dans les conditions décrites à l'article R. 161-47-I du code de la sécurité sociale ou si le médecin n'est pas en mesure pour des raisons indépendantes de sa volonté de transmettre une feuille de soins électronique, le médecin établit de sa propre initiative un duplicata sous forme papier de la feuille de soins électronique.

Paragraphe 5

Pour cela, il utilise une feuille de soins papier conforme au modèle mentionné à l'article R. 161-41 du code de la sécurité sociale clairement signalée comme un duplicata.

Paragraphe 6

En cas de duplicata d'une feuille de soins établie sans dispense d'avance des frais consentie à l'assuré, le duplicata est remis à l'assuré par le médecin après que le médecin l'a signé.

Paragraphe 7

En cas de dispense totale ou partielle des frais consentie à l'assuré, le médecin adresse à la caisse gestionnaire de l'assuré un duplicata de feuille de soins signé par lui-même et si possible par l'assuré. Ce duplicata devra mentionner expressément le motif de sa délivrance. A défaut de cosignature par l'assuré du duplicata, les caisses d'assurance maladie se réservent la possibilité de faire attester par l'assuré la réalité des informations portées sur le duplicata.

Article 2-5

Date d'entrée en vigueur du présent chapitre

Les dispositions du présent chapitre s'appliquent à compter de l'entrée en vigueur d'un avenant que les Parties signataires s'engagent à conclure avant le 1er janvier 1999, fixant notamment une aide pérenne tenant compte du premier versement auquel les médecins ont eu accès en 1997-1998.

Chapitre III

Traitement des informations

Article 3-1

Informations relatives aux dépenses médicales

1. Les caisses nationales d'assurance maladie procèdent à l'information des médecins généralistes au niveau national sur les dépenses médicales. A cet effet, la CNAMTS, en association avec les autres caisses nationales, transmet chaque mois aux organisations syndicales représentatives des médecins généralistes les données relatives aux dépenses médicales. Les données relatives aux dépenses médicales du pénultième mois sont transmises le 15 de chaque mois. Elles sont détaillées par région et par régime et identifient :

- les dépenses remboursables et remboursées en honoraires ;
- les dépenses remboursables et remboursées de prescriptions.

La CCPN définit les ventilations statistiques de ces postes de dépenses qu'elle considère adéquates.

Les caisses transmettent en outre les données relatives aux postes de dépenses entrant dans le champ des soins de ville selon les catégories de prescripteurs.

2. Les unions régionales de caisses d'assurance maladie transmettent, dans chaque région, les données mentionnées au 1 ci-dessus aux sections des unions régionales des médecins libéraux. Elles les transmettent également aux caisses de la région. La caisse qui assure le secrétariat de la CCPL les transmet à la CCPL et au CMPL. Les caisses locales les mettent en outre à disposition de tout professionnel de santé qui en fait la demande. Ces données seront, dès que possible, accessibles aux médecins généralistes par voie électronique.

3. Les caisses d'assurance maladie fournissent à chaque médecin généraliste relevant de la présente convention un relevé individuel trimestriel d'activité et de prescriptions. Ce relevé sera, dès que possible, accessible par voie électronique.

Article 3-2

Evaluation des pratiques en médecine de ville

1. Aux fins d'évaluation des pratiques des médecins généralistes, les données agrégées et individuelles issues du codage des prescriptions des médecins généralistes, rendues anonymes tant au regard du patient qu'à celui du médecin, sont mises à disposition des CCPL et CMPL.

2. Les données anonymisées disponibles dans les systèmes d'information des caisses et relatives aux admissions en ALD sont mises à disposition des CCPL

et CMPL.

3. Les parties conventionnelles déterminent, au niveau national ou local, les conditions de la diffusion auprès des médecins conventionnés des résultats des évaluations des pratiques collectives des médecins généralistes réalisées d'un commun accord.

Chapitre IV

Maîtrise médicalisée des dépenses

Article 4-1

Principe de la maîtrise

La maîtrise médicalisée s'accompagne d'une démarche pédagogique et progressive qui a pour finalité d'infléchir les comportements dans une recherche constante d'amélioration de la qualité. Elle contribue ainsi à améliorer l'efficacité du système de soins.

Les Parties signataires ont conscience des acquis mais aussi de la perfectibilité des dispositifs antérieurs. Aussi entendent-elles s'appuyer sur les outils de maîtrise existants désormais bien connus des médecins, mais aussi les faire évoluer dans le temps, notamment pour mieux les adapter à la réalité de la pratique quotidienne des médecins généralistes.

Article 4-2

Outils de la maîtrise

Les principaux outils de la maîtrise sont :

- la coordination des soins ;
- les recommandations de bonne pratique clinique (RBPC) ;
- les références médicales opposables ;
- les autres référentiels ;
- les indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement des médicaments ;
- les actions thématiques concertées.

La coordination des soins est une condition nécessaire mais non suffisante d'une véritable politique de maîtrise médicalisée. Elle implique que les divers acteurs (médecins généralistes, spécialistes, établissements hospitaliers) assument leurs tâches et coordonnent leurs interventions. L'option conventionnelle mise en oeuvre par la présente convention constitue une première avancée dans cette

direction.

Les recommandations sont des propositions de bonne pratique ou de stratégies diagnostiques ou thérapeutiques établies méthodiquement, améliorables en permanence, destinées à aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés. Les recommandations contribuent à l'émergence progressive de nouvelles références médicales.

Les Parties signataires souhaitent le développement de recommandations de bonne pratique clinique adaptées à la pratique de la médecine générale, en tenant compte de la prévalence spécifique des pathologies.

Les références médicales opposables (RMO) identifient, aujourd'hui, aux termes de l'article L. 162-12-15 du code de la sécurité sociale, des soins et des prescriptions médicalement inutiles ou dangereux. Elles sont établies par l'ANAES à partir de critères scientifiques reconnus et, pour le domaine du médicament, par l'Agence du médicament à partir des évaluations réalisées pour délivrer l'autorisation de mise sur le marché et pour apprécier le service médical rendu.

Des recommandations de bonne pratique clinique établies par l'ANAES ou par l'Agence du médicament accompagnent, pour chaque thème, les références médicales.

Les autres référentiels

Les médecins adhérant à la présente convention respectent les référentiels qui concourent à une pratique médicale de qualité, notamment pour les médicaments, les fiches de transparence, le contenu des AMM, les recommandations du haut comité médical de la sécurité sociale et les travaux réalisés par l'ANAES et l'Agence du médicament.

Article 4-3

Les actions thématiques concertées

Article 4-3-1

Sans préjudice des contrôles engagés par les services médicaux des caisses à leur initiative, les parties signataires de la convention entendent privilégier des démarches pédagogiques et des actions thématiques concertées visant à la modification des comportements diagnostiques et thérapeutiques habituels des médecins en vue de l'amélioration de la qualité des soins et du respect de l'objectif de dépenses médicales.

Ces actions thématiques, d'information, de formation, de suivi et de contrôle portent sur des références, qualifiées de prioritaires par la CCPL, et choisies parmi la liste nationale annexée à la présente convention ou sur le respect des indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement des spécialités

pharmaceutiques.

Les Parties signataires demandent aux CCPL de retenir, sur proposition du CMPL, des thèmes prioritaires pour lesquels une démarche spécifique d'évaluation ou une action d'information des médecins sera engagée avant la mise en oeuvre effective des contrôles et en définir les modalités.

Dans les périodes où aucune priorité n'a été dégagée par la CCPL, une ou plusieurs actions prioritaires types sont fixées par la CCPN sur proposition du CMPN et doivent être mises en oeuvre par les instances locales. Ces thèmes pourront également être privilégiés dans le cadre de la formation professionnelle conventionnelle.

Article 4-3-2

Pour ce qui concerne les médecins référents, les instances conventionnelles favorisent les thèmes prioritaires pour les actions d'évaluation et de contrôle choisis d'un commun accord entre les caisses et les syndicats. Ces thèmes tiennent compte de la publication progressive des recommandations de bonne pratique clinique.

Article 4-4

Procédures d'élaboration

des recommandations et références opposables

Les Parties signataires déterminent, chaque année, et sur proposition du comité médical paritaire national (CMPN), les thèmes médicaux, qu'elles transmettent respectivement à l'ANAES et à l'Agence du médicament, en vue de l'élaboration de recommandations et de références médicales.

Après avoir procédé à l'examen de l'ensemble des références visées à l'alinéa précédent, les Parties Signataires, après avis du CMPN, arrêtent la liste des références médicales qu'elles rendent opposables aux médecins relevant de la présente convention avec les critères d'opposabilité qui s'y rattachent.

Toutes les références médicales établies tant par l'ANAES que par l'Agence du Médicament, à partir des thèmes médicaux sélectionnés par les parties signataires de la présente convention, sont transmises le cas échéant aux parties signataires de l'autre convention médicale nationale.

Les médecins généralistes sont informés de l'ensemble des RMO, celles spécifiques aux généralistes étant identifiées de façon particulière.

Figurent en annexe I à la présente convention les références concernant les médecins généralistes et rendues opposables. Cette annexe est révisée et complétée par de nouvelles RMO au fur et à mesure de leur élaboration dans les conditions précédemment décrites.

Article 4-5

L'examen par le CMPL

des dossiers individuels relatifs aux RMO

Au vu des critères d'opposabilité définis ci-après, du recueil et du traitement des données conventionnellement définies, l'examen de la situation d'un médecin au regard des RMO est réalisé à l'initiative d'au moins un des partenaires des instances conventionnelles locales.

A chacune de ses réunions, le CMPL est informé par le secrétariat du nombre de contrôles engagés et des thèmes concernés, en préservant l'anonymat des médecins concernés.

Le CMPL est saisi des dossiers comportant une présomption d'anomalies sanctionnables, par dépôt dûment constaté au secrétariat, et le praticien concerné en est simultanément informé.

Le service médical fournit au CMPL, pour chaque médecin concerné, les dates de départ et de fin d'observation, le nombre de dossiers par référence pour celle(s) présentée(s) au Comité, ainsi que les raisons de la sélection de chaque médecin (utilisation des données dont dispose le service médical, enquête aléatoire, résultats d'un contrôle thématique...).

Le CMPL instruit le dossier, vérifie notamment le respect de la durée d'observation définie à l'article 4-6 (2o, a), apprécie la pratique du praticien concerné et constate ou non l'existence et le coût de l'anomalie, ainsi que sa gravité appréciée médicalement. A la demande de ce dernier, le comité procède à son audition et rend sa décision au plus tard dans le délai fixé réglementairement. La date de saisine initiale du CMPL et l'information simultanée du professionnel constituent le point de départ de ce délai.

La décision du CMPL constate l'existence ou l'inexistence, et le coût de l'anomalie ainsi que sa gravité appréciée médicalement.

A défaut de décision dans le délai précité, les compétences du CMPL sont exercées par le comité médical régional (CMR).

En cas de partage des voix au sein d'un CMPL, le CMR est saisi.

Sur la base des faits litigieux retenus par le CMPL, le service du contrôle médical propose à la caisse la retenue financière prévue par la présente convention.

La caisse primaire notifie, par lettre recommandée avec avis de réception, le montant de la retenue financière exigible au praticien traitant. Le ou les montants exigibles sur une année civile ne peuvent excéder le montant annuel des cotisations sociales du praticien en cause, prises en charge par l'assurance maladie. Si le praticien a choisi de pratiquer des honoraires différents, le ou les montants exigibles sur une année civile visés à l'alinéa précédent ne peu(ven)t

excéder le montant annuel des cotisations sociales que l'assurance maladie aurait prises en charge si ce praticien exerçait dans le secteur à honoraires opposables.

La décision est signifiée simultanément aux syndicats médicaux signataires représentés au sein de la CCPL et aux caisses des deux autres régimes nationaux. Cette décision peut faire l'objet d'un recours juridictionnel.

Le produit des retenues financières est réparti entre les trois régimes d'assurance maladie. Les caisses peuvent allouer une fraction de ce montant, définie conventionnellement, aux instances locales notamment en vue de l'amélioration de l'information des praticiens et des patients sur la maîtrise.

Les conditions de versement de ces dotations sont définies localement.

Article 4-6

Critères d'opposabilité des références médicales opposables

1. Principes

Il appartient aux CMPL de vérifier la bonne application des références médicales à partir des critères d'opposabilité définis ci-dessous.

Les Parties signataires sont conscientes que les conditions d'opposabilité et de sanction d'un dispositif de RMO doivent être réexaminées et, le cas échéant, ajustées pour tenir compte de l'expérience acquise.

Les critères et indices définissant les conditions d'opposabilité ainsi que le calcul de la retenue financière sont précisés pour chaque RMO dans le document joint en annexe.

2. Les critères d'opposabilité

Ces critères sont au nombre de trois :

- a) L'observation de la pratique du praticien concerné sur une période d'une durée d'activité, présentée au remboursement, de deux mois au maximum pour une, plusieurs ou l'ensemble des références ;
- b) La constatation d'un nombre minimum de cas de non-respect d'une ou plusieurs références.

Ce nombre minimum varie en fonction de l'indice de gravité médicale de la référence concernée :

- indice de gravité médicale 1,5 pour lequel le nombre de cas de non-respect par référence ne saurait excéder un cas ;
- indice de gravité médicale 1 pour lequel le nombre de cas de non-respect par

référence ne saurait excéder trois cas ;

- indice de gravité médicale 0,5 pour lequel le nombre de cas de non-respect par référence ne saurait excéder six cas ;

c) L'importance numérique des anomalies décelées :

Par référence :

- indice d'importance numérique 0,5 : les anomalies sont rares, c'est-à-dire inférieures ou égales au double des nombres correspondant aux trois indices de gravité décrits en b ;

- indice d'importance numérique 1 : les anomalies sont nombreuses c'est-à-dire supérieures au double et inférieures ou égales au triple des nombres correspondant aux trois indices de gravité décrits en b ;

- indice d'importance numérique 1,5 : les anomalies sont très fréquentes c'est-à-dire supérieures au triple des nombres correspondant aux trois indices de gravité décrits en b,

ou par sommation des anomalies constatées pour toutes les références observées dans le cas où le seuil susvisé n'a été dépassé pour aucune référence.

Le nombre total de cas de non-respect observés ne saurait excéder 15, ce chiffre ne pouvant être atteint par la prise en compte de plus de 5 références. L'indice de gravité médicale pris en compte pour le calcul de la sanction est l'indice 1, l'indice d'importance numérique est forfaitairement de 0,5 et le coefficient d'incidence financière est égal à 1.

Article 4-7

Calcul de la retenue

L'unité de calcul de la retenue, mise à la charge du praticien, correspond à un mois du montant de la participation des caisses au financement de ses cotisations sociales, s'il exerce dans le secteur à honoraires opposables ou est titulaire du DP, ou à un montant équivalent, s'il exerce dans le secteur à honoraires différents.

Un coefficient d'incidence financière a été affecté à chaque référence en fonction du coût estimé des actes, prescriptions et traitements correspondants :

- indice 1 : actes, prescriptions et traitements peu onéreux ;

- indice 1,25 : actes, prescriptions et traitements onéreux ;

- indice 1,5 : actes, prescriptions et traitements très onéreux.

La retenue financière est calculée par application de la formule suivante :

- un mois de cotisations sociales x indice de gravité médicale x indice d'importance numérique x indice d'incidence financière.

Chapitre V

Option conventionnelle

Les Parties signataires considèrent que la coordination des soins est un élément essentiel de l'amélioration du système de soins.

Conformément aux dispositions de l'article L. 162-5 (11o) du code de la sécurité sociale, elles conviennent de définir les conditions particulières d'exercice destinées à assurer la coordination des soins par les médecins généralistes qui le souhaitent et rempliront un rôle de médecin référent auprès de ceux de leurs patients qui en auront fait le choix.

Au travers de cette option, les Parties signataires entendent favoriser :

- la qualité des soins ;
- la prévention et les actions de santé publique ;
- le suivi médical et la continuité des soins ;
- l'amélioration des conditions d'accès aux soins ;
- l'optimisation des dépenses de santé.

Les Parties signataires sont conscientes des exigences de qualité qu'implique cette nouvelle forme de délivrance des soins, tant pour les médecins que pour les patients adhérents. Elles sont conscientes aussi que sa mise en oeuvre et son fonctionnement exigeront l'effort et l'attention particulière des organismes nationaux et locaux d'assurance maladie.

Section 1

Organisation de l'option

Article 5-1

Adhésion de l'assuré

Article 5-1-1

Acte d'adhésion

Tout assuré ou tout ayant droit âgé de seize ans ou plus a la possibilité de s'engager dans une démarche qualité fondée sur la continuité et la coordination

des soins. A cette fin, il souscrit un acte d'adhésion formalisant son engagement auprès d'un médecin référent librement choisi. Cet engagement est transmis par l'assuré à sa caisse, qui vérifie notamment sa situation au regard de l'ouverture des droits.

Cet acte d'adhésion est conforme à un modèle type fixé par la CCPN.

Article 5-1-2

Durée de l'adhésion

La durée de cette option est d'un an renouvelable ; elle peut être transférée sur un autre médecin référent, dans les mêmes conditions que la décision initiale. Sauf cas exceptionnel et justifiable, ce transfert ne peut s'effectuer qu'au moment du renouvellement de l'option.

Son renouvellement fait l'objet d'une démarche expresse entre l'adhérent et sa caisse d'affiliation. La caisse informe, le cas échéant, le médecin du non-renouvellement de l'adhésion de son patient.

Article 5-2

Adhésion du médecin

Article 5-2-1

Situation du médecin

Sous réserve des lois d'amnistie, le praticien qui adhère à l'option doit n'avoir subi aucune condamnation ordinaire ou professionnelle devenue définitive et comportant interdiction d'exercer la médecine ou de donner des soins aux assurés sociaux, déconventionnement ou suspension de conventionnement, dans les cinq années qui précèdent son adhésion.

Article 5-2-2

Conditions d'exercice du médecin

Les conditions d'exercice du médecin doivent être adaptées aux nouvelles responsabilités du médecin référent dans le domaine de la continuité et de la coordination des soins et permettre d'améliorer la qualité des soins et les conditions d'accès aux soins.

Dans cette perspective, le médecin doit exercer l'essentiel de son activité dans le cadre de la médecine générale et satisfaire aux conditions d'activité figurant aux articles 1er et 2 de la charte de qualité du médecin référent figurant en annexe II.

La condition d'exercice de l'activité dans le cadre de la médecine générale s'apprécie au regard d'un taux minimum de 75 % de l'activité en actes cotés en

C ou V.

Article 5-2-3

Acte d'adhésion

Les médecins généralistes formalisent, auprès de la caisse du lieu d'implantation de leur cabinet principal, leur entrée dans l'option par le biais d'un formulaire dont le modèle est fixé par la CCPN. Ce formulaire rappelle les termes de la charte d'engagement professionnel.

Toutefois, le médecin peut renoncer à l'option et, dans ce cas, il doit assurer jusqu'à leur terme le suivi des malades qui l'ont choisi comme référent. Il en informe expressément la caisse par écrit.

Après information du patient, le médecin peut dénoncer, avant son échéance, le contrat conclu avec ce dernier. Il en informe la caisse par écrit.

Article 5-3

Charte de qualité

En adhérant à la présente option, le médecin référent décide d'assurer les garanties professionnelles et de respecter les engagements de compétence et de transparence mentionnés dans la charte de qualité de l'annexe II.

Le respect des garanties professionnelles est vérifié chaque année comme critère de renouvellement de l'option.

Le respect des engagements de compétence et de transparence peut être apprécié à tout moment par les instances conventionnelles. Il conditionne le maintien dans l'option.

Article 5-4

Engagements et droits des patients

Le patient choisit une démarche qualité fondée sur la continuité et la coordination des soins. En adhérant, il accepte la transparence et la complétude des données médicales le concernant.

Les coordonnées du médecin référent figurent sur son carnet de santé.

Article 5-5

Recours de première intention

L'assuré adhérent a un recours exclusif au médecin référent pour toute demande de soins de première intention.

Il s'engage à ne pas consulter un autre médecin généraliste, sauf urgence, changement momentané de résidence, ou autre situation exceptionnelle.

Lorsque la situation le justifie, il fait appel à des spécialistes qu'il choisit en concertation avec son médecin référent.

Le service médical peut vérifier les raisons qui ont amené le patient à ne pas respecter ses engagements et, le cas échéant, le placer hors de l'option. La notification de la sortie de l'option est assurée par la caisse, qui en informe le médecin.

De même, si le médecin référent constate que le patient adhérent ne respecte pas l'esprit et la portée de cette option, il lui signifie sa décision de rompre le contrat et en informe la caisse.

Article 5-6

Document médical de synthèse

L'assuré adhérent demande au médecin référent de tenir son document médical de synthèse, dans le respect des dispositions relatives au secret médical.

La transmission des informations figurant dans le document médical de synthèse aux autres médecins qu'il serait amené à consulter sur indication du médecin référent est soumise à son accord.

Il signale à tous les médecins qu'il est amené à consulter l'existence de ce document. Tout médecin consulté adhérent à la présente convention transmet au médecin référent, conformément au code de déontologie et pour des raisons de transparence, le compte rendu de leur intervention. Il atteste cette démarche sur la feuille de soins. En adhérant à l'option, l'assuré s'engage à demander une telle transmission pendant toute la durée de son adhésion. L'assuré adhérent demande à tous les autres médecins consultés de respecter les mêmes formalités.

Le patient produit à chaque consultation son carnet de santé, sauf cas d'urgence ou force majeure. Il demande à tout médecin consulté d'y inscrire les informations pertinentes dans le respect de la déontologie.

Article 5-7

Prévention

L'assuré adhérent prend en compte, dans l'intérêt de sa santé, les recommandations de son médecin référent en matière de prévention et dépistage.

Section 2

Avantages conférés par l'adhésion

Article 5-8

Rémunération forfaitaire

En contrepartie des obligations définies dans la charte de qualité, le médecin référent perçoit une rémunération forfaitaire annuelle par patient. Elle est versée par la caisse d'affiliation du patient.

Cette rémunération est fixée à 150 F pour les adhésions formulées au cours de l'année 1999. Avant le 1er juin 1999, un avenant conventionnel fixera le montant d'une majoration de cette somme, modulée selon des critères conformes aux objectifs qui figurent dans la charte de qualité, ainsi que, le cas échéant, selon la zone géographique d'exercice.

La somme due au titre de cette rémunération forfaitaire est versée pour moitié au vu de l'acte d'adhésion conjoint du médecin et de son patient. La deuxième moitié est versée à son échéance, sauf dans les cas où l'option a été interrompue en cours d'année pour quelque motif que ce soit.

Pour les groupes de médecins référents et dans les cas de mise en commun de tout ou partie des honoraires (SCM, SCP, SEL), la rémunération forfaitaire peut être versée à un compte désigné en commun par l'ensemble des médecins référents du groupe médical.

Article 5-9

Application de la dispense d'avance des frais

Le versement de la part des honoraires due aux médecins référents par l'organisme de prise en charge est assuré par la procédure de dispense d'avance des frais. La feuille de soins ou son support électronique est transmise par le médecin à la caisse d'affiliation du patient, sous réserve des dispositions du dernier alinéa.

Les assurés ayant choisi un médecin référent peuvent bénéficier de cette procédure de dispense d'avance des frais pour les actes réalisés par ce médecin et concernant leurs ayants droit âgés de moins de seize ans et figurant sur leur carte d'assuré social.

Dans le cas d'un groupe de médecins référents avec mise en commun des documents médicaux de synthèse, organisation commune de permanence et de continuité des soins, l'assuré adhérent bénéficie de la dispense d'avance des frais quand il est amené à faire appel à un autre médecin référent du groupe en l'absence de son médecin référent.

Les caisses s'engagent à émettre l'ordre de virement de la facturation dans un délai maximum de huit jours à compter de la réception par celles-ci des feuilles de soins ou de leurs supports électroniques. S'il s'avérait, pour des

circonstances exceptionnelles que le règlement des honoraires aux praticiens soit impossible ou s'il devait excéder le délai susvisé, les parties signataires pourraient suspendre temporairement la procédure de dispense d'avance des frais et autoriser les praticiens à percevoir directement leurs honoraires.

Cette dispense d'avance des frais est étendue aux actes réalisés par des médecins spécialistes qui se déclarent « correspondants » d'un médecin référent, pratiquent les tarifs du secteur 1, dont le nom est transmis aux organismes d'assurance maladie par un médecin référent.

Pour les patients non exonérés du ticket modérateur pour des raisons médicales ou sociales et qui bénéficient d'une couverture complémentaire, les caisses chercheront à favoriser par le biais d'accords conclus avec les régimes complémentaires les conditions permettant aux patients d'être également dispensés du règlement direct du ticket modérateur.

Les caisses mettront en oeuvre les modalités de centralisation des envois des feuilles de soins papier lorsqu'un tel envoi ne s'oppose aux dispositions du chapitre II.

Article 5-10

Plate-forme de services

Les Parties signataires mettent en place, au niveau local, sous réserve d'un nombre suffisant de médecins référents et de patients adhérents, une plate-forme de services.

Cette plate-forme, au service des assurés adhérents, assure un accueil téléphonique de conseil et d'orientation médicale.

Elle est notamment destinée à être appelée en cas d'absence du médecin référent.

Elle assure également, au service du médecin référent, un service d'aide technique, administrative et médicale.

La CCPN ou, le cas échéant, les CCPL en assurent le suivi et l'évolution des fonctionnalités.

Section 3

Engagements de l'assurance maladie

Article 5-11

Procédures d'adhésion et de renouvellement

de l'option conventionnelle

Article 5-11-1

Les CPAM, agissant pour le compte des autres régimes, envoient à chaque médecin généraliste dans le mois qui suit l'agrément de la convention le texte conventionnel accompagné d'un document de communication présentant le dispositif de l'option médecin référent.

Le formulaire de levée d'option est inclus dans l'envoi de la convention.

Le médecin qui désire adhérer à l'option fait retour du formulaire à la CPAM. Sans réponse de celle-ci au médecin dans les quinze jours, cette adhésion est réputée acquise.

La CPAM met librement à disposition des régimes complémentaires, des assurés et des partenaires conventionnels locaux la liste et les coordonnées des médecins adhérant à l'option.

Article 5-11-2

La CPAM met à la disposition des médecins référents les formulaires d'adhésion des patients. Ces formulaires comportent quatre volets, l'un est conservé par le médecin référent, deux sont adressés respectivement par l'adhérent à sa caisse d'affiliation et à son régime complémentaire éventuel, le dernier étant conservé par l'adhérent.

Les formulaires d'adhésion sont acheminés en tant que de besoin sur la demande des médecins référents, avec un premier envoi qui ne peut être inférieur à 50 exemplaires.

Sans réponse de la part de la caisse d'affiliation dans un délai de quinze jours, l'option est réputée ouverte pour le patient. Le refus d'enregistrement éventuel est motivé et porté simultanément à la connaissance du médecin et du patient.

Il en est de même, dans les quinze jours qui suivent l'échéance annuelle de l'option, en cas de refus de prolongation de l'option pour un patient.

Article 5-12

Gestion de la dispense d'avance de frais

Article 5-12-1

Disposition transitoire

Dans l'attente de la mise en oeuvre de la télétransmission des feuilles de soins, un dispositif transitoire de gestion de la dispense d'avance des frais papier est mis en oeuvre par les organismes locaux.

Ce dispositif comprend la mise à disposition des médecins référents du

département :

- d'une adresse unique par médecin pour l'envoi des feuilles de soins ;
- d'une procédure de règlement a priori de la part remboursable des honoraires.

Article 5-12-2

En ce qui concerne les patients non exonérés du ticket modérateur pour des raisons médicales ou sociales et disposant d'une couverture complémentaire, les organismes locaux recherchent et mettent en oeuvre les accords techniques, nécessaires au plan local, permettant d'assurer en un seul ou plusieurs flux l'intégralité du règlement dû au médecin référent.

Article 5-12-3

Les dispositions de l'article 5-12 sont mises en oeuvre avant l'acheminement des actes d'adhésion des patients, et au plus tard trois mois après l'entrée en vigueur de la présente convention. Elles conditionnent l'ouverture de l'option aux assurés de la circonscription de caisse considérée.

Les CCPL en apprécient l'effectivité avant le lancement de la campagne de communication locale.

Article 5-13

Communication et information

Article 5-13-1

Communication

Conscientes de l'effort qui devra être entrepris afin d'informer tant les médecins que les assurés des différents aspects et avantages de cette option, les Parties signataires définissent chaque année en CCPN un plan de communication sur ce thème. Ce plan précise le calendrier et les moyens consacrés aux différentes campagnes d'information et de sensibilisation.

Article 5-13-2

Des documents de communication à destination des patients sont établis par la CCPN. Ils sont adressés en nombre suffisant à chaque médecin référent afin d'être mis à disposition de ses patients.

Les caisses déterminent les modalités d'information et de sensibilisation des assurés et des médecins généralistes les mieux adaptées (messages, réunions publiques, usage des média locaux).

Les CCPL veillent à l'ensemble des opérations de communication. Elles

proposent le budget des différentes actions et leur calendrier de réalisation.

Article 5-13-2

Les organismes locaux de l'assurance maladie mettent en place un système d'information permettant la diffusion ou le retour d'information sur chaque médecin référent. Ce retour s'effectue sur support informatique.

Il comprend des informations générales spécifiques aux médecins référents telles que :

- l'information sur le nombre de médecins ou de patients inscrits dans l'option dans la circonscription ;
- le nom des nouveaux médecins généralistes entrés dans l'option à même d'organiser la permanence ou la continuité des soins ;
- les informations à destination des médecins référents issues des commissions paritaires locales ou nationale ;
- les nouvelles recommandations ou nouveaux référentiels destinés aux médecins référents.

Article 5-14

Aide administrative

Les organismes locaux mettent en oeuvre un accompagnement personnalisé des médecins référents, avec comme règle de base « Un médecin référent, un correspondant administratif personnel, un médecin conseil correspondant ».

Ces derniers l'assistent pour assurer le bon fonctionnement de l'option.

Le correspondant administratif contacte le médecin référent lors de son entrée dans l'option.

Le médecin référent et le médecin conseil peuvent se rencontrer à l'initiative de l'un ou de l'autre pour toute question ayant trait à l'amélioration et à la coordination des soins. Pour qu'ils puissent assurer leur mission de façon coordonnée, les caisses et les échelons locaux du service médical veilleront à ce que les correspondants assistent les mêmes groupes de médecins référents.

Chapitre VI

Formation professionnelle conventionnelle

Conformément aux objectifs mentionnés au 13o de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, les Parties signataires considèrent qu'il est de leur responsabilité de concevoir, promouvoir et financer une formation professionnelle dans le cadre conventionnel (FPC). Cette formation, en ce

qu'elle permet aux médecins généralistes d'adapter leur pratique à un exercice moderne de la médecine générale, concourt à la qualité des soins et à la maîtrise des dépenses.

Elle porte notamment sur les orientations suivantes :

- l'amélioration de la pratique médicale sur les priorités conventionnelles (référentiels) ;
- les questions de santé publique ;
- les questions relatives à l'organisation du système de soins ;
- l'économie de la santé et la prise en compte des conséquences économiques de la pratique médicale ;
- la fonction de médecin référent ;
- l'informatique médicale.

Section 1

Des objectifs et de l'organisation

Article 6-1

Thèmes de formation

Les Parties signataires conviennent qu'il est de leur responsabilité de définir les orientations et thèmes d'actions de la formation professionnelle qu'elles soutiennent dans le cadre conventionnel pour les médecins généralistes.

Article 6-1-1

Avant le 31 août, les parties signataires réunies dans le CPN FPC arrêtent les thèmes qu'elles décident de promouvoir pour l'année suivante et notamment les thèmes recommandés aux médecins référents. Ils sont soumis pour avis au Conseil scientifique national mentionné à l'article 6-4.

Les CPR FPC arrêtent dans les mêmes conditions les thèmes régionaux.

Article 6-1-2

Les Parties signataires mandatent l'organisme gestionnaire conventionnel (OGC) visé à l'article 6-3 pour assurer la diffusion de ce programme annuel de formation auprès des différents organismes de formation agréés.

Article 6-2

Du choix de l'action

Pour la réalisation de ce programme annuel de formation, les Parties signataires confient à l'OGC le lancement de l'appel d'offres auprès de l'ensemble des organismes de formation agréés.

L'ensemble des réponses à l'appel d'offres est déposé auprès de l'OGC et dûment enregistré par une commission d'ouverture des plis.

Pour les organismes de formation dont le champ d'action est national :

- les projets d'action sont ensuite transmis au Conseil scientifique national afin qu'il apprécie la valeur scientifique et pédagogique des actions concernant les médecins généralistes ;
- le CPN FPC agréé les actions qui seront financées, parmi les actions validées par le Conseil scientifique national ;

Pour les organismes de formation dont le champ d'action est régional ou départemental :

- les projets d'action sont ensuite transmis au Conseil scientifique de la région correspondante afin qu'il en apprécie la valeur scientifique et pédagogique ;
- le CPR FPC généraliste agréé les actions que les parties signataires décident de financer parmi les actions validées par le conseil scientifique régional.

Article 6-3

L'organisme gestionnaire conventionnel

L'organisme gestionnaire conventionnel (OGC), doté de la personnalité morale, gère les fonds versés par les caisses nationales d'assurance maladie afin de financer les actions de formation professionnelle conventionnelle et d'indemniser les médecins qui participent à ces actions.

L'OGC est administré par un conseil de gestion composé paritairement de représentants des caisses nationales signataires et de représentants des syndicats médicaux signataires, désignés au prorata des résultats des élections professionnelles.

L'OGC est chargé notamment :

- du lancement des appels d'offre, conformément au cahier des charges défini par le CPN-FPC ;
- de l'enregistrement des projets soumis par les organismes de formation ;
- de la gestion administrative et financière des actions agréées, selon la convention de financement signée avec la CNAMTS pour le compte des caisses

d'assurance maladie signataires de la convention.

Article 6-4

Des conseils scientifiques

Il est créé auprès du CPN FPC un conseil scientifique de neuf membres :

Trois médecins généralistes désignés par la conférence permanente de médecine générale ;

Trois enseignants de médecine générale désignés par la conférence des doyens d'université de médecine, sur proposition des départements de médecine générale ;

Trois médecins généralistes désignés conjointement par les Médecins Conseils Nationaux des caisses signataires.

Il est créé auprès de chaque CPR-FPC un conseil scientifique également de neuf membres désignés dans les mêmes conditions.

Les conseils scientifiques procèdent notamment à la validation scientifique et pédagogique des projets de formation et de leur évaluation, et émettent un avis sur l'agrément des organismes de formation.

Le conseil scientifique national coordonne l'action des conseils scientifiques régionaux.

Article 6-5

Agrément des organismes de formation

Les organismes de formation de médecins généralistes qui souhaitent participer aux actions de formation professionnelle conventionnelle déposent leur dossier de demande d'agrément auprès du CPN-FPC dans le cas d'organismes à champ d'action national, et auprès des CPR-FPC pour les organismes à champ d'action régional ou départemental.

Ce dossier comporte notamment les éléments permettant d'apprécier l'ancienneté, la compétence et l'aptitude de l'organisme candidat à mettre en oeuvre les actions de formation professionnelle conventionnelle ainsi que leur évaluation.

Le dossier comporte également l'adhésion de l'organisme de formation à une charte d'éthique conventionnelle établie par la CCPN.

L'agrément est accordé par le CPN-FPC ou le CPR-FPC sur avis du conseil scientifique compétent.

Section 2

Des financements

Article 6-6

Du financement des actions

Chaque année, les Parties signataires arrêtent, par avenant conventionnel à l'occasion de l'annexe annuelle prévue à l'article L. 162-5-2, le montant de la contribution annuelle affectée à la formation professionnelle conventionnelle, pour la période courant du 1er juillet de l'année en cours jusqu'au 1er juillet de l'année suivante. Pour la période allant de la date d'entrée en vigueur de la présente convention au 30 juin 1999, ce montant est fixé à 30 millions de francs.

Cette contribution est versée à l'OGC suivant les modalités précisées par la convention de financement entre l'OGC et la CNAMTS pour le compte des caisses d'assurance maladie signataires.

Article 6-7

De la répartition du financement

Les Parties signataires réunies en CPN-FPC affectent chaque année le montant de la contribution aux actions de formation professionnelle conventionnelle concernant les médecins généralistes au niveau national et au niveau régional, compte tenu notamment de la démographie médicale.

Section 3

De l'indemnisation de la formation

Les caisses nationales s'engagent à favoriser la participation des médecins généralistes conventionnés aux actions de formation, en permettant le versement à leur profit d'une indemnité de formation.

Article 6-8

Du champ d'application

Les médecins peuvent prétendre au versement d'une indemnité quotidienne pour perte de ressources, sous réserve de remplir les conditions suivantes :

- exercer sous le régime de la présente convention nationale ;
- suivre une action de formation agréée et d'une durée au moins égale à deux journées ouvrables consécutives, titulaire de l'agrément conventionnel visé à la section 2 ci-dessus.

Article 6-9

Du montant de l'indemnisation

Le montant de l'indemnité quotidienne pour perte de ressources est fixé à 15 fois la valeur de la consultation du médecin généraliste (C).

Le montant total de l'indemnisation versée à un médecin ne peut excéder 4 journées par an, ce chiffre étant porté à 6 pour les médecins référents.

Article 6-10

Des modalités de versement de l'indemnité

Les indemnités pour perte de ressources sont versées par l'OGC à chaque médecin au vu d'un justificatif, émis en double exemplaire par l'organisme de formation continue, et comportant les informations suivantes :

- l'identification du praticien ;
- le thème, les lieux et dates de l'action et l'attestation de son agrément dans les conditions visées ci-dessus ;
- la durée de l'action ;
- l'attestation de la participation effective du médecin à l'action de formation ;
- l'évaluation de l'action par le médecin.

Un exemplaire du justificatif est adressé par le médecin à l'OGC, et l'autre au CPN-FPC ou au CPR-FPC suivant qu'il s'agit d'une action à caractère régional ou national, en vue de l'évaluation.

Pour les médecins ayant la qualité de référent, leur adhésion à l'option fait office du contrat mentionné au 13o de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

Article 6-11

Du financement de l'indemnisation par les caisses nationales

La dotation allouée par les caisses nationales au titre de l'indemnisation des médecins conventionnés concernés est versée à l'OGC, selon les modalités prévues par une convention de financement conclue entre cet organisme et la CNAMTS pour le compte des caisses d'assurance maladie signataires.

Section 4

De l'évaluation de la formation professionnelle conventionnelle

Article 6-12

Evaluation de la qualité et du coût des actions

Les Parties signataires réunies au sein du CPN-FPC dressent un bilan des actions de formation promues dans le cadre conventionnel au cours de l'année écoulée.

Les conseils scientifiques national ou régionaux sont chargés de l'évaluation du coût des actions, de la qualité de la formation et des conditions de réalisation des actions par les organismes agréés.

Cette évaluation est réalisée avec l'OGC, qui peut faire appel à des personnalités qualifiées.

Au vu des résultats de cette évaluation, les Parties signataires mettent en oeuvre toutes mesures destinées à améliorer la qualité et l'efficacité de la formation professionnelle conventionnelle. Elles peuvent aussi, après avis des conseils scientifiques, suspendre l'agrément des organismes de formation.

Article 6-13

Evaluation de l'impact de la formation

réalisée dans le cadre conventionnel sur la pratique médicale

Au vu des dispositions de l'article 8 de la loi du 4 janvier 1993, les caisses nationales d'assurance maladie, conjointement avec les syndicats médicaux signataires, confient aux sections généralistes des unions régionales de médecins libéraux le programme d'évaluation de la formation professionnelle conventionnelle qu'ils souhaitent voir mené.

Cette évaluation analyse l'impact de cette formation sur la pratique des médecins généralistes libéraux de la région concernée.

Article 6-14

Le rôle spécifique des organismes de formation professionnelle conventionnelle dans leur participation aux évaluations de connaissance et de pratique des médecins référents est précisé à l'article 12 de la charte de qualité figurant en annexe II de la présente convention.

Chapitre VI bis

Article 6-15

Contribution annuelle à la formation médicale continue

La contribution annuelle des organismes nationaux d'assurance maladie instaurée par l'article L. 367-8 (2o) du code de la santé publique est versée au

fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral selon des modalités définies par le protocole conclu entre la CNAMTS et le FAF-MEL, ou tout autre organisme désigné à cette fin par les autorités compétentes.

Cette contribution, révisable dans le cadre de l'annexe annuelle visée à l'article L. 162-5-2 du code de la sécurité sociale, est fixée pour 1999 à 15 millions de francs.

Article 6-16

De l'indemnisation de la FMC

Les caisses d'assurance maladie indemnisent les médecins participant à une formation validée au sens des articles L. 367-3 et L. 367-5 du code de la santé publique et agréée par les caisses nationales d'assurance maladie. La valeur de l'indemnité quotidienne de formation est fixée à 15 C.

Chapitre VII

Gestion de l'objectif des dépenses médicales

Article 7-1

Principes généraux

Dans le cadre du partenariat, les caisses nationales s'engagent à informer les organisations syndicales signataires, des éléments qui les concernent de la « convention d'objectifs et de gestion » et de ses avenants annuels, et à les consulter avant signature avec l'Etat.

De même, elles s'engagent à ne pas prendre ou soutenir en cours d'année des décisions portant sur les prix, les tarifs ou les nomenclatures de biens et de services entrant dans le montant prévisionnel des prescriptions, qui soient en contradiction avec celui-ci.

Article 7-2

Définition du champ de l'objectif des dépenses médicales

a) L'objectif des dépenses médicales comprend les dépenses remboursables, hors dépassement, engendrées par l'activité des médecins libéraux, pour tous les régimes et pour les trois risques (maladie, maternité, accidents du travail).

Cet objectif concernant d'une part les médecins généralistes et d'autre part les médecins spécialistes, est décomposé en un montant prévisionnel des dépenses d'honoraires et un montant prévisionnel des dépenses de prescriptions.

b) Les postes de dépenses concernés par le champ défini ci-dessus sont :

- pour les honoraires : actes médicaux inscrits à la NGAP, honoraires de

surveillance, forfaits d'accouchement, frais de déplacement des médecins, forfaits de surveillance thermale, autres honoraires, forfaits scanners et IRMN

Il s'agit des forfaits versés au titre des équipements dont l'autorisation a été obtenue par un ou plusieurs médecins libéraux.

;

- pour les prescriptions : actes d'auxiliaires médicaux inscrits à la NGAP, frais de déplacements des auxiliaires médicaux, médicaments, accessoires et pansements, actes de biologie inscrits à la NABM, optique, orthopédie, produits d'origine humaine, cures thermales, frais de transports des malades, indemnités journalières maladie et accidents du travail.

Dans le cadre de l'objectif fixé par la présente convention, seuls sont retenus parmi les postes de dépenses cités ci-dessus ceux concernant les médecins généralistes.

c) Sont exclues du champ de l'objectif des dépenses médicales :

- les dépenses de ville correspondant à des honoraires et des prescriptions qui ne sont pas liées à l'activité des médecins libéraux : honoraires et prescriptions des sages-femmes (sauf soins infirmiers), des chirurgiens-dentistes et des médecins exerçant en centres de santé, prescriptions des médecins hospitaliers publics ;

- les dépenses des associations et structures de prises en charge au titre des forfaits :

- de soins à domicile ;

- de soins courants et de sections de cure médicale des établissements pour personnes âgées ;

- de soins de long séjour ;

- de réadaptation fonctionnelle ;

- de dialyse à domicile ;

- d'insuffisance respiratoire chronique ;

- les dépenses ne résultant pas de la prescription des médecins et qui ne constituent pas des soins de ville :

- les prestations en espèces maternité ;

- les rentes accidents du travail.

Le champ et la méthode de calcul de l'objectif et des montants prévisionnels

d'honoraires et de prescriptions sont en principe constants à l'intérieur de l'exercice et d'un exercice à l'autre.

Les modifications éventuelles font l'objet d'un accord des Parties signataires et donnent lieu à un rebasage des dépenses des exercices précédents en fonction des nouvelles méthodes de suivi.

Les Parties signataires s'engagent à suivre l'activité des médecins libéraux exerçant dans les établissements médico-sociaux, ou dans les services d'accueil et d'urgence des hôpitaux publics, afin qu'il puisse en être tenu compte lors de la fixation annuelle de l'objectif des soins de ville.

Article 7-3

Fixation de l'objectif des dépenses médicales

Conformément à l'article L. 162-5-2-I du code de la sécurité sociale, l'objectif des dépenses médicales, concernant les médecins relevant de la présente convention, est fixé chaque année par annexe à ladite convention, il comprend une provision pour revalorisation d'honoraires.

La fixation de cet objectif s'inscrit dans un contexte médical et social donné, celui-ci pouvant évoluer et influencer sur le niveau des dépenses.

Les caisses s'engagent à tenir compte de la montée en charge de la coordination des soins dans la fixation de la part des dépenses médicales des généralistes dans l'objectif des soins de ville ainsi que de la mise en oeuvre annoncée de la « couverture maladie universelle ».

L'annexe annuelle peut, en outre, conformément à la réglementation en vigueur, déterminer les écarts entre l'objectif des dépenses médicales et le montant des dépenses constaté à partir desquels il est effectivement fait application des dispositions relatives au respect ou au dépassement de l'objectif.

Pour la définition de ces écarts, les facteurs influant sur la demande de soins ainsi que la précision des données issues des systèmes d'information sont pris en compte.

Conformément à l'article L. 162-5-3 (11o) du code de la sécurité sociale, le montant constaté des dépenses médicales est arrêté dans les conditions prévues par l'avenant annuel à la convention d'objectif et de gestion et après avis du secrétaire général permanent de la commission des comptes de la sécurité sociale.

Lors de l'élaboration de l'annexe annuelle qui, sur la base de l'objectif des dépenses de soins de ville, fixe les objectifs prévisionnels en honoraires et prescriptions pour les médecins relevant de la présente convention, les Parties signataires retiennent pour base de discussion l'objectif de l'année précédente.

Article 7-4

Suivi et constats de la réalisation de l'objectif des dépenses médicales

Le suivi et les constats sont effectués en droits constatés ou, à défaut, en prestations liquidées sous réserve que soit neutralisé selon une méthode arrêtée d'un commun accord, l'effet des variations des délais de réception et de traitement des prestations.

Un suivi de l'objectif est assuré mensuellement par la commission conventionnelle paritaire nationale qui analyse l'évolution des dépenses au regard de cet objectif.

Conformément à l'article L. 162-5 (11o) du code de la sécurité sociale, un constat des dépenses est effectué par la CCPN avant la fin juin pour les quatre premiers mois et avant la fin octobre pour huit premiers mois de l'année.

Soucieuses d'éviter le déclenchement en fin d'exercice des procédures de la clause de sauvegarde, les Parties signataires peuvent, au vu de ces constats, décider en cours d'année de mettre en oeuvre les mesures d'adaptation ou de régulation qu'elles jugent nécessaires le cas échéant, par avenant à l'annexe annuelle.

Le constat du niveau de réalisation de l'objectif des dépenses médicales de l'année est effectué nationalement, au plus tard au début du mois de février de l'année suivante.

Article 7-5

Mécanisme applicable en cas de respect de l'objectif des dépenses médicales

Si le montant réalisé des dépenses médicales de l'année est inférieur au montant correspondant à l'objectif défini pour ces dépenses, la différence, calculée conformément à la réglementation en vigueur et compte tenu, le cas échéant, de l'écart fixé par les Parties signataires, est versée au fonds de régulation, à due concurrence de la provision préalablement constituée pour revalorisation d'honoraires.

Article 7-6

De la gestion des sommes affectées au fonds de régulation

Les Parties signataires déterminent dans l'annexe annuelle la part des sommes affectées au financement des actions non reconductibles de modernisation du système de soins. Cette part ne peut être inférieure au montant des sommes

affectées au fonds de régulation au titre des honoraires.

Le choix des thèmes d'actions éligibles sera proposé par les syndicats médicaux signataires.

Les sommes non affectées au financement de ces actions sont mises en réserve. Si les dépenses de l'année suivante sont inférieures à l'objectif, et sous réserve de la réglementation en vigueur, les sommes disponibles sont intégralement affectées à ces actions en sus des sommes figurant dans l'annexe annuelle.

Article 7-7

Mécanisme applicable en cas de non-respect de l'objectif des dépenses médicales

Si le montant réalisé des dépenses médicales de l'année est supérieur au montant des dépenses fixé dans l'annexe annuelle ou le cas échéant à l'écart autorisé, l'ensemble des médecins est redevable d'une contribution conventionnelle, calculée conformément à la réglementation en vigueur.

Du montant du dépassement sont déduites les sommes reversées dans l'année de référence et correspondant à la répétition des indus et aux décisions des comités médicaux régionaux qui y sont relatives.

Article 7-8

Montant de la contribution conventionnelle

Les Parties signataires fixent dans l'annexe annuelle le montant global de la contribution conventionnelle mis à la charge des médecins adhérents à la présente convention, calculé conformément à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, notamment en ce qui concerne les médecins récemment installés.

Article 7-9

Approche globale des enveloppes des dépenses de l'assurance maladie

Les Parties signataires constitueront un groupe de travail conventionnel chargé d'engager les réflexions et expérimentations nécessaires à l'étude et à la mise en oeuvre progressive de la fongibilité des enveloppes.

Elles entendent agir de concert dans le cadre du SNIIRAM et du conseil pour la transparence pour aboutir à une complète connaissance des transferts de charge entre budget global et dépenses de ville.

L'analyse de l'évolution prévisionnelle des dépenses s'effectue selon des méthodes de prévision statistique arrêtées d'un commun accord par la CCPN à la fin de l'exercice précédent.

Chapitre VIII

Instances conventionnelles

Section 1

Instances nationales

Article 8-1

Dispositions communes aux instances nationales

Article 8-1-1

Composition

Les membres titulaires :

Les instances nationales sont constituées paritairement de deux sections de 4 membres chacune :

Section professionnelle

Cette section est composée de 4 représentants du ou des syndicats médicaux signataires de la présente convention. Seuls peuvent siéger dans cette instance les médecins généralistes conventionnés ou ceux bénéficiant de l'allocation de remplacement.

Les sièges sont répartis entre les organisations signataires sur la base des derniers résultats nationaux aux élections aux unions professionnelles de médecins, en utilisant le quotient électoral constitué par le nombre de voix exprimées recueillies nationalement dans le collège des médecins généralistes, divisé par le nombre de sièges à pourvoir, la répartition des restes s'effectuant à la plus forte moyenne et chaque syndicat signataire étant assuré de disposer d'au moins un siège.

La section professionnelle désigne les membres titulaires et suppléants la représentant, au plus tard dans le mois suivant la date de mise en oeuvre de la convention médicale.

Section sociale

Afin d'établir la parité, les caisses nationales désigneront le même nombre de représentants.

Régime général : 2 sièges.

Régime agricole : 1 siège.

Régime des professions indépendantes : 1 siège.

La qualité de membre d'une profession de santé libérale est incompatible avec celle de représentant d'un organisme de sécurité sociale.

Les membres suppléants :

Un nombre identique de suppléants est désigné afin de siéger en l'absence des membres titulaires.

Article 8-1-2

Installation et fonctionnement

L'instance nationale doit être installée dans le mois suivant l'entrée en vigueur de la présente convention.

Réunions et tenue du secrétariat

Les réunions

L'instance nationale se réunit en tant que de besoin et au minimum quatre fois par an.

La réunion est de droit si elle est demandée par le président ou par le vice-président.

L'ordre du jour, cosigné par le président et le vice-président, est adressé par le secrétariat avec la convocation et la documentation au moins 10 jours ouvrés avant la date de la réunion.

La tenue du secrétariat

Les moyens nécessaires au fonctionnement sont mis en place par les caisses.

Sauf avis contraire prévu au règlement intérieur, le secrétariat est tenu par le régime général. Il assure toutes les tâches administratives de l'instance (convocations, relevés de décisions, constat de carence...).

Les délibérations

L'instance nationale ne peut valablement délibérer que si la moitié des membres de chacune des sections est présente ou représentée.

En l'absence de quorum

Le quorum s'entend comme un nombre de membres présents ou représentés au moins égal à la moitié des membres composant chacune des sections.

, une nouvelle réunion est convoquée dans un délai de quinze jours. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de membres présents, sous réserve que la parité soit respectée.

En cas d'absence du titulaire ou du suppléant, une délégation de vote est donnée à un représentant présent de la même section.

Les membres de l'instance nationale sont soumis au secret des délibérations.

Le relevé de décisions

Les délibérations suivies d'un vote font l'objet d'un relevé de décisions.

Il est adressé aux membres de l'instance nationale et à leurs suppléants, puis soumis à l'approbation des membres à la séance suivante. Ce document, signé par le président, est conservé au secrétariat.

La présidence

Les présidents de chacune des deux sections assument, par alternance annuelle, la présidence et la vice-présidence de l'instance nationale.

Le président et le vice-président ne doivent pas appartenir à la même section.

La présidence de plusieurs instances nationales ne peut être assurée simultanément par la même personne.

L'indemnité de vacation

Les représentants des syndicats signataires membres de la section professionnelle perçoivent une indemnité sur la base de 6 C par réunion dans la limite de deux réunions au maximum par jour et une indemnité de déplacement dans les conditions prévues pour les administrateurs de caisses.

Les mêmes dispositions s'appliquent aux médecins qui participent aux groupes de travail créés par les instances conventionnelles à la majorité des deux tiers.

Article 8-2

Dispositions communes

relatives à la carence du CMPN et du CPN-FPC

Les partenaires reconnaissent qu'il y a situation de carence dans les cas suivants :

- défaut d'installation dans le délai imparti ; dans ce cas, la section constituée constate la carence et adresse ce constat à la CCPN, qui assure alors ses missions ;

- dysfonctionnement : non tenue de réunion résultant de l'incapacité répétée (plus d'une fois) des sections soit à fixer une date de réunion, soit à arrêter un ordre du jour commun du fait de l'une ou l'autre section ;

- absence de quorum plus d'une fois à des réunions ayant donné lieu à convocation officielle, du fait de l'une ou l'autre des sections ;

- refus répété (plus d'une fois), par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour ;

- défaut de réponse de la part des instances nationales compétentes à une demande de la CCPN concernant leurs domaines de compétence et en particulier leurs obligations conventionnelles.

Dans ces cas, un constat de carence est dressé. Lorsque la carence résulte du refus de voter un point inscrit à l'ordre du jour, le constat de carence ne porte que sur ce point ; il est transmis à la CCPN, qui se substitue au CMPN ou au CPN-FPC.

Article 8-3

Dispositions spécifiques

à la Commission conventionnelle paritaire nationale

Article 8-3-1

Fonctionnement

Les membres consultatifs :

Chacune des sections peut faire appel à des experts lorsqu'elle le juge utile, dans les conditions qui figurent au règlement intérieur.

Les experts n'interviennent que sur le point de l'ordre du jour où leur compétence a été requise.

Les conditions de vote

Les décisions sont prises à la majorité des suffrages exprimés. Le nombre de votes est calculé abstraction faite des bulletins blancs ou nuls qui n'expriment pas de votes.

En cas de partage égal des voix, la question est portée devant les Parties signataires.

La CCPN adopte, à la majorité des deux tiers, un règlement intérieur qui précise les modalités de son fonctionnement.

La CCPN peut constituer des groupes de travail par décision prise à la majorité des deux tiers.

Article 8-3-2

Missions

Les Parties signataires représentées paritairement au sein de la CCPN exercent leur rôle de décision, d'impulsion et de coordination en assurant le suivi des différents aspects de la vie conventionnelle et la conduite des études nécessaires aux adaptations à lui apporter. Elles mettent en place, à cette fin, les groupes de travail qu'elles jugent nécessaires.

a) Il incombe à la CCPN, en particulier, d'élaborer tous les avenants et annexes nécessaires à la mise en oeuvre et à l'application de la convention dans les conditions prévues par l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. Elle les soumet à la signature des Parties signataires de la convention.

Ainsi :

- elle élabore l'annexe annuelle visée à l'article L. 162-5-2 du code de la sécurité sociale et ce, conformément aux modalités qu'elle fixe ;

- elle soumet aux Parties signataires, sur proposition du CMPN, les thèmes de recommandations et de références qui doivent être transmis à l'ANAES ou à l'Agence du médicament ;

- elle soumet aux Parties signataires, sur proposition du CMPN, parmi les références médicales élaborées par l'ANAES et l'Agence du médicament celles à rendre opposables aux médecins et détermine dans les mêmes conditions les critères d'opposabilité.

b) Par ailleurs, elle exerce son pouvoir de décision sur l'ensemble de son champ de compétences. A ce titre, il lui incombe notamment :

- de déterminer, sur proposition du CPNFPC, les orientations nationales de la FPC ;

- d'analyser les bilans annuels d'activité des instances conventionnelles locales envoyés par les CCPL et ceux préparés par le CMPN ;

- d'élaborer un règlement intérieur type des CCPL qui s'applique en l'absence de règlement adopté par l'instance locale ;

- de suivre l'option conventionnelle visée au chapitre 5 de la présente convention ;

- de fixer sur proposition du CMPN les actions prioritaires types parmi les actions thématiques concertées prévues au chapitre IV de la convention ;
- d'assurer le suivi trimestriel de l'évolution des dépenses médicales, notamment à partir des constats réalisés au niveau local ;
- de prendre toutes les dispositions nécessaires au bon fonctionnement des instances locales ;
- d'émettre un avis destinés aux CCPL sur les équivalences de titres présentés par les praticiens dans le cadre de l'application des textes conventionnels concernant le secteur à honoraires différents.

Les décisions que prend la CCPN dans le cadre du b ci-dessus sont adoptées en formation paritaire à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

c) Suivi statistique :

- elle assure le suivi et l'analyse des données statistiques ;
- elle est destinataire de l'ensemble des données constituant le SNIIRAM ;
- elle définit les études que les Parties signataires entendent mener conjointement dans le cadre conventionnel, notamment à partir du traitement des données issues du codage des prescriptions ;
- elle analyse les résultats des diverses enquêtes et études disponibles ;
- elle est le correspondant du Conseil de la transparence.

Article 8-4

Dispositions spécifiques au Comité médical paritaire national

Article 8-4-1

Composition

Les membres titulaires :

Section sociale

La représentation des caisses est assurée par des médecins-conseils de plein exercice.

Les membres consultatifs :

Un représentant du Conseil national de l'ordre des médecins ainsi qu'un médecin-conseil désigné par le régime général participent de plein droit aux

réunions du CMPN avec voix consultative.

Chacune des sections peut par ailleurs faire appel à des experts lorsqu'elle le juge utile, dans les conditions qui figurent au règlement intérieur.

Les experts n'interviennent que sur le point de l'ordre du jour où leur compétence a été requise.

Article 8-4-2

Fonctionnement

Missions du CMPN :

- en qualité de conseiller médical de la CCPN, le CMPN donne un avis sur les actions ou projets qu'elle lui soumet ;
- il assure un rôle de conseil, de coordination, de proposition et d'information auprès des CMPL ;
- il exerce par ailleurs les missions qui lui sont confiées dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses et à ce titre :
- propose les thèmes des recommandations de bonne pratique et des références médicales à la CCPN ;
- propose à la CCPN la liste des références médicales opposables ;
- élabore à l'intention de la CCPN les critères d'opposabilité des références médicales et les conditions d'application ;
- propose à la CCPN les actions thématiques prioritaires types visées au chapitre IV de la convention ;
- élabore un bilan national à partir notamment des bilans locaux envoyés par les CMPL. Ce bilan est communiqué à la CCPN.

Article 8-5

Dispositions spécifiques au Comité paritaire national de la formation professionnelle conventionnelle

Les membres consultatifs :

Le président de la conférence des présidents de sections généralistes des unions régionales de médecins ou son représentant, le président du Conseil scientifique national et le président de l'organisme gestionnaire conventionnel participent aux réunions du CPN-FPC avec voix consultative.

Chacune des sections peut par ailleurs faire appel à des experts lorsqu'elle le juge utile, dans les conditions qui figurent au règlement intérieur.

Les experts n'interviennent que sur le point de l'ordre du jour où leur compétence a été requise.

Missions

Ces missions sont définies au chapitre VI.

Section 2

Instances locales

Article 8-6

Dispositions communes aux instances locales

Elles sont constituées au niveau de chaque département.

Composition

Les membres titulaires :

L'instance locale est constituée paritairement de deux sections de quatre membres chacune :

Section professionnelle

Cette section est composée de quatre représentants du ou des syndicats médicaux signataires de la présente convention. Seuls peuvent siéger dans cette instance les médecins généralistes conventionnés dans le département concerné ou ceux bénéficiant de l'ADR.

Les sièges sont répartis entre les organisations signataires sur la base des derniers résultats enregistrés dans le département considéré, entre les syndicats départementaux adhérant à l'une des organisations signataires de la présente convention et régulièrement constitués en tant que tels, chacun d'entre eux étant assuré de disposer d'au moins un siège.

Section sociale

Elle est composée de 4 représentants désignés par caisses locales :

Régime général : 2 sièges ;

Régime agricole : 1 siège ;

Régime des professions indépendantes : 1 siège.

La qualité de membre d'une profession de santé libérale est incompatible avec celle de représentant d'un organisme de sécurité sociale.

Les membres suppléants :

Un nombre identique de suppléants est désigné afin de siéger en l'absence des membres titulaires.

Installation

L'instance locale doit être installée dans les deux mois suivant l'entrée en vigueur de la présente convention.

Réunions et tenue du secrétariat

Les réunions

L'instance locale se réunit en tant que de besoin et au minimum quatre fois par an.

La réunion est de droit si elle est demandée par le Président ou par le vice-président, ou par une des sections.

L'ordre du jour, cosigné par le président et le vice-président, est adressé par le secrétariat avec la convocation et la documentation au moins dix jours ouvrés avant la date de la réunion.

La tenue du secrétariat

Les moyens nécessaires au fonctionnement sont mis en place par les caisses.

Sauf avis contraire prévu au règlement intérieur, le secrétariat est tenu par le régime général. Il assure toutes les tâches administratives de l'instance (convocations, relevés de décisions, constat de carence...).

Les délibérations

L'instance locale ne peut valablement délibérer que si la moitié des membres de chacune des sections est présente ou représentée.

En l'absence de quorum

Le quorum s'entend comme un nombre de membres présents ou représentés au moins égal à la moitié des membres composant chacune des sections.

, une nouvelle réunion est convoquée dans un délai de quinze jours. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de membres présents, sous réserve que la parité soit respectée.

En cas d'absence du titulaire ou du suppléant, une délégation de vote est

donnée à un représentant présent de la même section.

Les membres de l'instance locale sont soumis au secret des délibérations.

L'instance locale délibère hors de la présence des experts.

Les conditions de vote

Les décisions sont prises à la majorité des suffrages exprimés. Le nombre de votes est calculé abstraction faite des bulletins blancs ou nuls qui n'expriment pas de votes.

En cas de partage égal des voix, sauf dispositions spécifiques, notamment en cas de vote à bulletin secret, la voix du président est prépondérante.

L'instance locale adopte, à la majorité des deux tiers, un règlement intérieur qui précise les modalités de son fonctionnement.

L'instance locale peut constituer des groupes de travail par décision prise à la majorité des deux tiers.

Le relevé de décisions

Les délibérations suivies d'un vote font l'objet d'un relevé de décisions.

Il est adressé aux membres de l'instance locale et à leurs suppléants, puis soumis à l'approbation des membres à la séance suivante. Ce document, signé par le président, est conservé au secrétariat.

La présidence

Les présidents de chacune des deux sections assument, par alternance annuelle, la présidence et la vice-présidence de l'instance locale.

Le président et le vice-président ne doivent pas appartenir à la même section.

La présidence de plusieurs instances locales ne peut être assurée simultanément par la même personne.

L'indemnité de vacation

Les représentants des syndicats signataires, membres de la section professionnelle perçoivent une indemnité sur la base de 6 C par réunion dans la limite de deux réunions au maximum par jour et une indemnité de déplacement dans les conditions prévues pour les administrateurs de caisses.

Les mêmes dispositions s'appliquent aux médecins qui participent aux groupes de travail créés par les instances conventionnelles à la majorité des deux tiers.

La carence

Les partenaires reconnaissent qu'il y a situation de carence dans les cas suivants :

Situation générale

Les procédures visées dans ce cadre ne concernent pas le suivi individuel des RMO.

a) Non-installation de l'instance, dans le délai de trois mois à compter de la date d'entrée en vigueur de la convention, résultant :

- de l'absence de désignation des membres des instances par l'une ou l'autre section ;
- ou de l'insuffisance du nombre de titulaires ou membres suppléants désignés dans l'une ou l'autre section de l'instance, au regard du nombre de sièges prévu dans le texte conventionnel.

Dans cette situation, la section constituée informe l'instance nationale concernée. Les travaux qui relèvent de l'instance locale sont alors assurés par la section constituée et ce, jusqu'à ce qu'un accord soit trouvé.

b) En cas de dysfonctionnement :

Non-tenu de réunion résultant de l'incapacité répétée (plus d'une fois) des sections de l'instance, soit à fixer une date de réunion, soit à arrêter un ordre du jour commun, soit à atteindre le quorum à une réunion ayant donné lieu à convocation officielle, du fait de l'une ou l'autre section de l'instance.

c) Refus, par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour nécessitant délibération.

Dans les cas a et b, la section à l'origine de la situation de carence est invitée par le président ou le vice-président à prendre toute disposition pour remédier à la situation.

Le constat de carence est dressé par le secrétariat de l'instance. Le constat est adressé à l'instance nationale concernée.

Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à cette instance jusqu'à ce qu'il soit remédié à la situation de carence.

Lorsque la carence résulte du refus de voter un point inscrit à l'ordre du jour c, le constat de carence ne porte que sur ce point.

Dispositions spécifiques à la commission

conventionnelle paritaire locale

Il est créé auprès d'elle un groupe de travail chargé du suivi et de l'application de l'option médecin référent, composé de six médecins généralistes conventionnés et six représentants des caisses.

Les membres consultatifs

Chacune des sections peut, par ailleurs, faire appel à un ou des experts à vocation médicale ou administrative désigné par vote au sein de la section.

Les experts n'interviennent que sur le point de l'ordre du jour où leur compétence a été requise.

Un directeur ou son représentant, si celui-ci n'est pas membre délibératif de la CCPL, et un médecin-conseil de chaque régime ou son représentant sont membres consultatifs de plein droit.

Les conditions de vote

En cas de partage égal des voix :

a) S'il s'agit des travaux de la CCPL, autres que ceux visés en b ci-après, la délibération sur le point litigieux est reportée à une séance ultérieure intervenant au plus tard dans le mois qui suit.

Il est alors procédé à un deuxième vote. La décision est adoptée à la majorité simple des voix exprimées. En cas de nouveau partage des voix, la voix du président est alors prépondérante ;

b) Dans le cadre des procédures liées à un suivi individuel hors RMO, la commission doit se prononcer. Il est procédé à un deuxième vote au cours de la même séance. La décision est adoptée à la majorité simple des voix exprimées.

Les délibérations portant sur les procédures conventionnelles individuelles visées en b font l'objet d'un vote à bulletin secret.

Missions

a) Animation de la vie conventionnelle locale.

La CCPL a pour rôle d'impulser et de coordonner la vie conventionnelle locale et de conduire toutes les études nécessaires à l'adaptation des dispositifs conventionnels.

b) Suivi de la maîtrise médicalisée.

Elle assure le suivi trimestriel des objectifs d'évolution des dépenses médicales.

Dans ce cadre, la commission prend en compte les avis formulés à sa demande par le CMPL sur l'évolution de la consommation des dépenses de soins dans la circonscription ainsi que tous les autres éléments d'information disponibles : études statistiques, relevés collectifs d'activité et de prescriptions, statistiques clientèles.

A cet effet, les caisses mettent à la disposition des membres de la commission dans la mesure de leurs possibilités et à leur demande tous éléments d'informations statistiques nécessaires à leurs travaux, et notamment les statistiques de dépenses mensuelles.

Elle développe toute démarche d'information favorisant la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Conformément aux textes conventionnels, elle choisit sur proposition du CMPL les thèmes des actions concertées sur des références qu'elle qualifie de prioritaires et définit les modalités de mise en oeuvre de ces actions ; elle met en oeuvre, le cas échéant, les actions prioritaires types fixées par la CCPN.

Elle organise avant la mise en oeuvre effective des contrôles portant sur ces thèmes prioritaires une campagne d'information et/ou de formation pour sensibiliser les médecins aux thèmes et aux objectifs retenus.

Elle informe les praticiens du contenu du contrat local de maîtrise et de la démarche entreprise dans ce cadre.

Elle apprécie après avis de la CCPN l'équivalence des titres présentés par les praticiens dans le cadre de l'application des textes conventionnels concernant le secteur à honoraires différents.

c) Suivi des règles conventionnelles.

La commission donne son avis sur les dossiers qui lui sont soumis dans le cadre des procédures conventionnelles visant le non-respect des règles conventionnelles.

d) Collaboration avec le CMPL.

La CCPL est régulièrement informée des travaux du CMPL. Elle peut charger celui-ci de tous travaux ou investigations qui lui seraient nécessaires et recueille son avis en cas de besoin.

e) Rapport d'activité.

Chaque année, elle établit un rapport de son activité pour la CCPN.

Article 8-8

Dispositions spécifiques au comité médical paritaire local

Composition

Les membres consultatifs

Chacune des sections peut par ailleurs faire appel à des experts médicaux désignés par vote au sein de la section.

Les experts n'interviennent que sur le point de l'ordre du jour où leur compétence a été requise.

Un médecin généraliste représentant le conseil départemental de l'ordre participe au CMPL avec voix consultative.

Le CMPL invite chaque fois qu'il est nécessaire les directeurs des caisses d'assurance maladie ou leurs représentants et les reçoit également à leur demande.

Les conditions de vote

En cas de partage égal des voix :

a) S'il s'agit des travaux du CMPL, autres que ceux visés en b et c ci-après, la délibération sur le point litigieux est reportée à une séance ultérieure intervenant au plus tard dans le mois qui suit.

Il est alors procédé à un deuxième vote. La décision est adoptée à la majorité simple des voix exprimées. En cas de nouveau partage des voix, la voix du président est alors prépondérante ;

b) Dans le cadre des procédures liées à un suivi individuel hors RMO, le comité doit se prononcer. Il est procédé à un deuxième vote au cours de la même séance. La décision est adoptée à la majorité simple des voix exprimées ;

c) Dans le cadre des procédures liées au suivi de l'application des RMO, la section sociale dresse un constat qu'elle adresse à la CPAM et au CMR. Ce dernier se substitue au CMPL dans les conditions fixées par le code de la sécurité sociale.

Les délibérations portant sur les procédures conventionnelles individuelles visées en b et c font l'objet d'un vote à bulletin secret.

Cas particulier des carences

dans le cadre du suivi individuel des RMO

A défaut de mise en place du CMPL, en l'absence d'avis du CMPL dans les délais impartis, en l'absence d'avis résultant du partage égal des voix, le service du contrôle médical constate la carence, en avise la caisse primaire et saisit le CMR. Dans ce cas, les attributions du CMPL sont exercées par le CMR.

Missions

a) Conseiller médical de la CCPL :

Le CMPL est le conseiller médical de la CCPL et, à ce titre, émet des avis sur les conditions de réalisation des actions décidées par celle-ci ;

Il tient régulièrement informée la CCPL de ses travaux, et notamment de ses constats sur l'évolution des pratiques médicales individuelles et locales ;

Il est consulté sur les actions thématiques concertées et propose à la CCPL toute information qu'il juge utile de diffuser aux médecins ;

Il exerce toutes les missions qui lui sont confiées dans le cadre de la maîtrise médicalisée, notamment il propose, au vu des constats locaux, des thèmes de recommandations et références médicales au CMPN.

b) Suivi des règles conventionnelles (hors RMO) : il instruit et se prononce sur les dossiers individuels présentés par les services médicaux des caisses dans les conditions fixées par les textes conventionnels.

c) Suivi individuel de l'application des RMO : dans le cadre de la mise en oeuvre de l'opposabilité des références médicales, le CMPL assure l'instruction des dossiers des praticiens dans les conditions fixées par les textes conventionnels et réglementaires.

d) Rapport d'activité : il présente un rapport d'activité annuel au CMPN.

Section 3

Instances régionales

Article 8-9

Comité paritaire régional

de formation professionnelle conventionnelle

Il est institué un comité paritaire régional de la formation professionnelle conventionnelle au niveau de chaque région administrative.

Composition

Les membres titulaires

Cette instance régionale est constituée paritairement de deux sections de quatre membres chacune :

Section professionnelle

Cette section est composée de quatre représentants du ou des syndicats médicaux signataires de la présente convention. Seuls peuvent siéger dans cette instance les médecins généralistes conventionnés ou ceux bénéficiant de l'ADR.

Les sièges sont répartis entre les organisations signataires sur la base des derniers résultats régionaux aux élections aux unions professionnelles de médecins, en utilisant le quotient électoral constitué par le nombre de voix exprimées, recueillies régionalement dans le collège des médecins généralistes, divisé par le nombre de sièges à pourvoir, la répartition des restes s'effectuant à la plus forte moyenne et chaque syndicat signataire étant assuré de disposer d'au moins un siège.

Section sociale

Afin d'établir la parité, les caisses locales désigneront le même nombre de représentants.

Régime général : 2 sièges ;

Régime agricole : 1 siège ;

Régime des professions indépendantes : 1 siège.

La qualité de membre d'une profession de santé libérale est incompatible avec celle de représentant d'un organisme de sécurité sociale.

Les membres suppléants

Un nombre identique de suppléants est désigné afin de siéger en l'absence des membres titulaires.

Les membres consultatifs

Le président de la section généraliste de l'union régionale de médecins ou son représentant, le président du conseil scientifique régional participent aux réunions du CPN-FPC avec voix consultative.

Chacune des sections peut par ailleurs faire appel à des experts lorsqu'elle le juge utile, dans les conditions qui figurent au règlement intérieur.

Les experts n'interviennent que sur le point de l'ordre du jour où leur compétence a été requise.

Installation

Le CPR-FPC doit être installé dans le mois suivant l'entrée en vigueur de la présente convention.

Réunions et tenue du secrétariat

Les réunions

Le CPR-FPC se réunit en tant que de besoin et au minimum quatre fois par an.

La réunion est de droit si elle est demandée par le président ou par le vice-président.

L'ordre du jour, cosigné par le président et le vice-président, est adressé par le secrétariat avec la convocation et la documentation au moins dix jours ouvrés avant la date de la réunion.

La tenue du secrétariat

Les moyens nécessaires au fonctionnement sont mis en place par les caisses.

Sauf avis contraire prévu au règlement intérieur, le secrétariat est tenu par le régime général. Il assure toutes les tâches administratives de l'instance (convocations, relevés de décisions, constat de carence...).

Les délibérations

Le CPR-FPC ne peut valablement délibérer que si la moitié des membres de chacune des sections est présente ou représentée.

En l'absence de quorum

Le quorum s'entend comme un nombre de membres présents ou représentés au moins égal à la moitié des membres composant chacune des sections.

, une nouvelle réunion est convoquée dans un délai de quinze jours. Il délibère valablement quel que soit le nombre de membres présents, sous réserve que la parité soit respectée.

En cas d'absence du titulaire ou du suppléant, une délégation de vote est donnée à un représentant présent de la même section.

Les membres du CPR-FPC sont soumis au secret des délibérations.

Les conditions de vote

Les décisions sont prises à la majorité des suffrages exprimés. Le nombre de votes est calculé abstraction faite des bulletins blancs ou nuls qui n'expriment pas de votes.

En cas de partage égal des voix, la question est reportée à la séance suivante, la voix du président est alors prépondérante.

Le CPR-FPC adopte, à la majorité des deux tiers, un règlement intérieur qui

précise les modalités de son fonctionnement.

Le CPR-FPC peut constituer des groupes de travail par décision prise à la majorité des deux tiers.

Le relevé de décisions

Les délibérations suivies d'un vote font l'objet d'un relevé de décisions.

Il est adressé aux membres du CPR-FPC et à leurs suppléants, puis soumis à l'approbation des membres à la séance suivante. Ce document, signé par le président, est conservé au secrétariat.

La présidence

Les présidents de chacune des deux sections assument, par alternance annuelle, la présidence et la vice-présidence du CPR-FPC.

Le président et le vice-président ne doivent pas appartenir à la même section.

La présidence de plusieurs instances régionales et locales ne peut être assurée simultanément par la même personne.

L'indemnité de vacation

Les représentants des syndicats signataires, membres de la section professionnelle perçoivent une indemnité sur la base de 6C par réunion dans la limite de deux réunions au maximum par jour et une indemnité de déplacement dans les conditions prévues pour les administrateurs de caisses.

Les mêmes dispositions s'appliquent aux médecins qui participent aux groupes de travail créés par les instances conventionnelles à la majorité des deux tiers.

La carence

Les partenaires reconnaissent qu'il y a situation de carence dans les cas suivants :

- dysfonctionnement ;
- non-tenu de réunion résultant de l'incapacité répétée (plus d'une fois) des sections, soit à fixer une date de réunion, soit à arrêter un ordre du jour commun du fait de l'une ou l'autre section ;
- absence de quorum plus d'une fois à des réunions ayant donné lieu à convocation officielle, du fait de l'une ou l'autre des sections ;
- refus répété (plus d'une fois), par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour ;

- défaut de réponse de la part des instances nationales compétentes à une demande du CPR-FPC concernant ses domaines de compétence et en particulier ses obligations conventionnelles.

Dans ces cas, un constat de carence est dressé. Lorsque la carence résulte du refus de voter un point inscrit à l'ordre du jour, le constat de carence ne porte que sur ce point ; il est transmis au CPN-FPC qui se substitue au CPR-FPC.

Missions

Ces missions sont définies au chapitre VI.

Chapitre IX

Non-respect

des dispositions conventionnelles

Article 9-1

Non-respect de la présente convention ou des textes

régissant les rapports entre les médecins et les caisses

Paragraphe 1

Mesures encourues

Lorsqu'un médecin ne respecte pas, dans sa pratique, les dispositions de la présente convention ou les dispositions législatives ou réglementaires qui régissent ses rapports avec l'assurance maladie, il peut, après mise en oeuvre des procédures décrites dans le présent article, encourir les mesures suivantes :

- suspension du droit permanent à dépassement ou suspension du droit de pratiquer des honoraires différents, cette mesure ne pouvant être prononcée qu'en cas de non-respect du tact et de la mesure, après avis du Conseil de l'ordre ou en cas d'abus du droit conventionnel à dépassement, constaté par les partenaires conventionnels ;
- suspension de la ou des participations des caisses à la prise en charge des avantages sociaux pour les médecins appliquant les tarifs fixés en annexe ou titulaires du DP. La suspension de la ou des participation(s) des caisses est de un, trois, six ou douze mois ;
- application d'une contribution financière pour les médecins à honoraires différents, d'un montant équivalent à tout ou partie de la participation annuelle que supporteraient les caisses au financement de leurs cotisations sociales s'ils étaient en secteur à honoraires opposables ;
- suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel, avec ou

sans sursis.

Cette suspension peut être temporaire (un, trois, six mois ou un an) ou prononcée pour la durée d'application de la convention, selon l'importance des griefs.

La mise hors convention de trois mois ou plus entraîne la suppression de la participation des caisses aux avantages sociaux pour une durée égale à celle de la mise hors convention.

Paragraphe 2

Non-respect des tarifs opposables, des règles de remplissage
des feuilles de soins et imprimés en vigueur

Les caisses peuvent appliquer les mesures prévues au paragraphe 1 du présent article à l'encontre de tout médecin ayant de façon répétée :

- appliqué des tarifs supérieurs aux tarifs opposables en dehors des cas autorisés ;
- manqué aux dispositions relatives à l'obligation soit de remplir les feuilles de soins et imprimés en vigueur, soit d'inscrire le montant des honoraires perçus, soit d'inscrire les codes des actes.

Dans les cas énumérés aux points ci-dessus, la caisse primaire, pour le compte des autres caisses, communique simultanément le relevé des constatations au médecin concerné par lettre recommandée avec avis de réception, et aux syndicats médicaux représentés dans les instances conventionnelles. Le médecin dispose du délai d'un mois à compter de la date de notification pour présenter ses observations éventuelles ou être entendu à sa demande par les directeurs des caisses ou leurs représentants. Le médecin peut se faire assister par un médecin de son choix.

Les syndicats médicaux représentés dans les instances conventionnelles peuvent donner leur avis dans le même délai.

La caisse primaire pour le compte des autres caisses notifie la décision au médecin après l'expiration du délai d'un mois par lettre recommandée avec avis de réception.

Paragraphe 3

Non-respect répété de la NGAP, du codage, des règles de formulation
des ordonnances, abus de droit à dépassement autorisé

Dans les cas précités, une ou des caisses ou un ou plusieurs syndicats

transmettent le relevé de leurs constatations au CMPL.

Dans le mois suivant la transmission par la caisse ou le syndicat, le CMPL communique au médecin les motifs de la plainte, l'informe des procédures pouvant être suivies à son encontre. Le CMPL invite le médecin à lui faire connaître ses observations dans les trente jours qui suivent cette notification et s'il y a lieu, lui adresse une mise en garde. Durant ce délai, le médecin peut être entendu à sa demande par le CMPL. Il peut se faire assister par un médecin de son choix.

Si après une nouvelle période de deux mois, à l'issue des délais précédents, les caisses constatent que le médecin persiste dans son attitude, elles peuvent après avis du CMPL pris dans un délai d'un mois, lui notifier une des mesures prévues au paragraphe 1 du présent article.

Paragraphe 4

Non-respect des RMO

Les mesures encourues sont celles prévues au chapitre IV.

Article 9-2

Cas de condamnation par l'ordre ou les tribunaux

Lorsque le conseil régional ou national de l'ordre des médecins a prononcé à l'égard des médecins une sanction devenue définitive qui consiste en une interdiction de donner des soins aux assurés sociaux ou en une interdiction d'exercer, ou

Lorsqu'une juridiction a prononcé à l'égard d'un médecin une peine effective d'emprisonnement, le professionnel se trouve placé de ce seul fait et simultanément hors convention, à partir de la date d'application de la sanction ordinale ou judiciaire et pour une durée équivalente.

Lorsque les faits sanctionnés par une instance ordinale ou judiciaire constituent en outre une infraction au regard des règles conventionnelles, les caisses peuvent entamer à l'encontre du praticien l'une des mesures prévues à l'article 9-1 et dans les conditions qu'il fixe.

Article 9-3

Dispositions générales

Les décisions prises sont notifiées par la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'exercice du professionnel agissant pour le compte des autres régimes, par lettre recommandée avec avis de réception.

Elles précisent la date d'effet de la décision, intervenant au moins un mois à

compter de la date de notification.

Le praticien dispose des voies de recours de droit commun. Pour les décisions portant suspension du conventionnement, la date d'effet visée à l'alinéa précédent est fixée au regard des éventuels recours engagés par le médecin.

Chapitre X

Durée de la convention

et conditions d'adhésion

Article 10-1

Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée de quatre ans à compter de la publication de l'arrêté d'approbation ; elle est renouvelable par tacite reconduction par périodes de même durée, sous réserve d'approbation par arrêté interministériel, et sauf dénonciation, six mois au moins avant sa date d'échéance par les parties signataires. La dénonciation peut être faite soit par décision conjointe d'au moins deux caisses nationales dont la CNAMTS, soit par décision conjointe des organisations syndicales de médecins signataires de la convention, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Article 10-2

Notification de la convention et adhésion du médecin

Paragraphe 1

Notification de la convention

Les caisses d'assurance maladie du régime général agissant pour le compte de tous les organismes relevant des caisses nationales signataires adressent dans le mois suivant la publication de l'arrêté d'approbation de la convention à chaque médecin, exerçant en totalité ou en partie sous forme libérale, dont le cabinet principal est situé dans la circonscription, le texte de la présente convention.

Paragraphe 2

Adhésion à la convention

La convention est applicable à tout médecin qui déclare y adhérer dans le délai de deux mois à compter de la publication de l'arrêté d'approbation de la convention au Journal officiel.

Pour les médecins qui s'installent après cette date, le délai de deux mois court à compter de la date à laquelle ils ont informé la caisse de leur installation par

lettre recommandée avec avis de réception.

Tout médecin peut manifester sa volonté de ne plus être régi par les dispositions de la présente convention par lettre recommandée avec avis de réception adressé à la caisse primaire de son installation. La décision du médecin prendra effet dans un délai de deux mois à compter de la réception de cette lettre par la CPAM. Toute nouvelle demande d'adhésion de ce médecin est subordonnée aux dispositions des deux alinéas précédents.

Paragraphe 3

Choix du secteur tarifaire

En adhérant à la convention, le médecin indique, le cas échéant, à la caisse sa volonté de bénéficier du droit de pratiquer des honoraires différents. A défaut de déclaration dans le délai précité, le praticien applique les tarifs opposables fixés en annexe III. Il informe simultanément l'URSSAF dans les conditions prévues à l'article 1er-11.

Si le médecin opte pour le secteur à honoraires différents, il doit dans les mêmes conditions indiquer le régime d'assurance maladie dont il souhaite relever.

Article 10-3

Résiliation de la convention

La présente convention peut être résiliée soit par décision conjointe d'au moins deux caisses nationales, dont la CNAMTS, soit par décision conjointe des organisations syndicales de médecins généralistes signataires de la convention, dans les cas suivants :

- violation grave des engagements conventionnels du fait de l'une des parties ;
- modification législative ou réglementaire affectant substantiellement les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins, en particulier en ce qui concerne la participation des caisses aux cotisations sociales ;
- modification substantielle des conditions de fonctionnement du système par rapport à la date de la signature de la convention.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec avis de réception à tous les signataires de la convention. Elle prend effet à l'échéance de deux mois après la date de notification au dernier des destinataires.

Fait à Paris, le 26 novembre 1998.

Le président de la Fédération française

des médecins généralistes

MG France,

R. Bouton

Le président de la Caisse nationale

de l'assurance maladie

des travailleurs salariés,

J. Spaeth

La présidente de la Caisse centrale

de mutualité sociale agricole,

J. Gros

A N N E X E I

REFERENCES MEDICALES OPPOSABLES

GENERALISTES. - CONVENTION 1998

Liste des références

Certaines références médicales opposables concernant les médecins généralistes ont été supprimées par les parties signataires ou suspendues (en attente d'une révision de l'ANAES et de l'Agence du médicament).

Les numéros de références qui figurent sans le texte correspondant ne concernent pas les médecins généralistes.

1. Prescription des anti-inflammatoires non stéroïdiens

1. Il n'y a pas lieu de poursuivre un traitement par un AINS lors des rémissions complètes des rhumatismes inflammatoires chroniques et en dehors des périodes douloureuses dans les rhumatismes dégénératifs.

2. Il n'y a pas lieu de poursuivre un traitement par un AINS au-delà d'une période d'une à deux semaines dans les lombalgies aiguës et/ou lombosciatalgies aiguës et dans les rhumatismes abarticulaires en poussée, sans une réévaluation clinique.

3. Supprimée.

4. Il n'y a pas lieu d'associer un anti-ulcéreux (*) à un AINS à dose anti-inflammatoire sans avoir évalué le risque digestif individuel (âge > 65 ans,

antécédents d'ulcère gastro-duodéal, antécédents d'intolérance aux AINS).

5. Il n'y a pas lieu, car dangereux et contre-indiqué, de prescrire un AINS à partir du sixième mois de la grossesse, sauf utilisations obstétricales très limitées.

6. Il n'y a pas lieu de prescrire un AINS à des doses supérieures aux doses recommandées.

7. Il n'y a pas lieu de prescrire un AINS par voie intra-musculaire (**) au-delà des trois premiers jours de traitement, la voie orale prenant le relais.

8. Il n'y a pas lieu d'associer deux AINS par voie générale, y compris l'aspirine (sauf lorsque celle-ci est prescrite à visée anti-agrégante à des doses < 500 mg). Cette recommandation concerne toute la classe des AINS, qu'ils soient prescrits comme antalgiques, antipyrétiques, ou anti-inflammatoires.

9. Il n'y a pas lieu, en raison du risque hémorragique, de prescrire un AINS chez un patient sous anti-vitamine K, ou sous héparine ou ticlopidine.

10. Il n'y a pas lieu, particulièrement chez le sujet âgé, en raison du risque d'insuffisance rénale aiguë, de prescrire un AINS chez un patient recevant un traitement par inhibiteur de l'enzyme de conversion, diurétique ou antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II, sans prendre les précautions nécessaires.

11. Il n'y a pas lieu d'associer un traitement AINS à la corticothérapie, sauf dans certaines maladies inflammatoires systémiques évolutives (lupus érythémateux disséminé, angéites nécrosantes, certaines polyarthrites rhumatoïdes,...).

(*) Le misoprostol et l'oméprazole sont les seuls anti-ulcéreux ayant l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans cette indication.

(**) La voie parentérale ne diminue pas le risque digestif, comporte des risques spécifiques et n'est pas plus efficace au-delà de ce délai.

Indice médical et incidence financière des références du thème 1

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

2. Prescription des antibiotiques en pratique courante

(Infections ORL et respiratoires)

Ces références s'appliquent aux infections de sphères ORL et respiratoires rencontrées en pratique quotidienne chez l'enfant ou l'adulte sans facteur de

risque (*) ni terrain particulier (*), à l'exclusion des otites, sinusites, épiglottites, bronchiolites du nourrisson, dans leurs formes aiguës.

Elles concernent :

- les infections aiguës saisonnières présumées virales : rhinites, rhinopharyngites, bronchites aiguës, trachéites et laryngites, lorsqu'elles sont justiciables d'une antibiothérapie ;

- les angines non récidivantes ;

- les pneumopathies aiguës chez l'adulte sain.

1. Il n'y a lieu d'utiliser une association amino-pénicilline-inhibiteur des bêtalactamases.

2. Il n'y a pas lieu d'utiliser les fluoroquinolones systémiques.

3. Il n'y a pas lieu d'utiliser les céphalosporines de deuxième et de troisième génération.

4. Il n'y a pas lieu d'instaurer un traitement par corticoïdes en association à l'antibiothérapie générale, sauf dans les situations où un oedème inflammatoire peut mettre une fonction vitale en danger.

5. Il n'y a pas lieu d'instaurer un traitement par AINS à dose anti-inflammatoire en association à l'antibiothérapie générale sauf composante inflammatoire importante. L'aspirine et les AINS à doses antalgiques et antipyrétiques ne sont pas concernés.

(*) Facteurs de risque :

1. Dans la rhinopharyngite de l'enfant : otites dans les antécédents, particulièrement lorsqu'elles ont commencé tôt dans la vie de l'enfant, otite séreuse préexistante à la rhinopharyngite ;

2. Dans les pneumopathies communautaires (c'est-à-dire acquises en dehors du milieu hospitalier) :

- soit présence d'au moins deux parmi les facteurs de risque suivants :

- âge supérieur à soixante-cinq ans ;

- comorbidité associée, telle que diabète sucré mal équilibré, insuffisance rénale, insuffisance respiratoire, BPCO, insuffisance cardiaque congestive, hospitalisation antérieure dans l'année, vie en institution, alcoolisme, drépanocytose... ;

- soit présence d'un des facteurs de risque suivants :

- immunodépression : corticothérapie prolongée par voie générale dans les six derniers mois, chimiothérapie anticancéreuse dans les six derniers mois, splénectomie, sida... ;

- étiologie à haut risque : pneumopathie post-grippale ou de déglutition, facteurs d'inhalation, pneumopathie sur obstruction.

Indice médical et incidence financière des références du thème 2

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

3. Imagerie dans l'arthrose rachidienne

et les algies rachidiennes communes

1. Il n'y a pas lieu de demander ou de pratiquer un scanner et/ou une IRM, pour le diagnostic ou la surveillance d'une arthrose rachidienne, en dehors des cas où les données cliniques et/ou para-cliniques et les radios standard font craindre une complication ou une pathologie rachidienne d'une autre nature.

2. Il n'y a pas lieu de demander ou de pratiquer un scanner et/ou une IRM, devant une lombalgie aiguë ou un lumbago d'effort, en dehors des cas où les données cliniques et/ou para-cliniques font craindre une lombalgie symptomatique (*).

(*) Par lombalgie symptomatique, on entend les lombalgies révélatrices d'une pathologie infectieuse, inflammatoire, tumorale ou extra-rachidienne.

Indice médical et incidence financière des références du thème 3

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

4. Prescription des hypnotiques et anxiolytiques

La prescription des hypnotiques et des anxiolytiques doit reposer sur une analyse soigneuse de la situation clinique, en cherchant à séparer ce qui relève des difficultés transitoires et des réactions à une pathologie somatique, de la pathologie psychiatrique confirmée. Elle doit être régulièrement réévaluée et

tenir compte des indications de l'AMM, de la fiche de transparence et de l'arrêté du 7 octobre 1991. Un traitement datant de plusieurs semaines ne doit pas être arrêté brutalement.

Dans le cadre de cette prescription :

1. Il n'y a pas lieu, dans le traitement de l'anxiété, d'associer deux anxiolytiques (benzodiazépine ou autre).
2. Il n'y a pas lieu d'associer deux hypnotiques.
3. Il n'y a pas lieu de prescrire des anxiolytiques et/ou des hypnotiques sans tenir compte des durées de prescription maximales réglementaires (incluant la période de sevrage) et de les reconduire sans réévaluation régulière.

Les durées de prescription doivent être courtes et ne pas excéder :

4 à 12 semaines pour les anxiolytiques ;

2 à 4 semaines pour les hypnotiques (2 semaines pour le Triazolam).

4. Il n'y a pas lieu de prescrire un anxiolytique ou un hypnotique sans débiter par la posologie la plus faible, sans rechercher la posologie minimale efficace pour chaque patient, ni de dépasser les posologies maximales recommandées.

5. Supprimée.

Indice médical et incidence financière des références du thème 4

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

5. Recherche d'hCG

Les tests diagnostiques de grossesse sont : urinaires qualitatifs, plasmatiques qualitatifs, ou plasmatiques quantitatifs.

La dénomination retenue est :

- test qualitatif ou recherche qualitative d'hCG ;
- test quantitatif ou dosage (quantitatif) d'hCG.

1. Supprimée.

2. Supprimée.

3. Il n'y a pas lieu de demander une recherche systématique d'hCG, si la grossesse est suffisamment évoluée pour être diagnostiquée cliniquement, ou si elle a été affirmée par l'échographie.

4. Supprimée.

(*) Les facteurs de risque de GEU sont : antécédents de pathologie inflammatoire pelvienne, la séropositivité à chlamydiae trachomatis, un antécédent de grossesse extra-utérine, la chirurgie tubaire, le tabagisme (20 cigarettes/jour), une grossesse induite, une grossesse débutant sous contraception.

Nota. - Est exclue, vu l'arrêté du 23 janvier 1997 (Journal officiel du 26 janvier 1997), la situation de risque accru de trisomie 21 foetale.

Indice médical et incidence financière de la référence du thème 5

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

6. Bilans biologiques systématiques

Chez un patient asymptomatique, sans antécédents pathologiques ou facteurs de risque particuliers, sans signes d'appel évocateurs et dont l'examen clinique est normal, il n'y a pas lieu notamment en première intention, de demander (*) :

1. Supprimée.

2. Ionogramme, ou natrémie et/ou kaliémie et/ou réserve alcaline.

3. Supprimée.

4. Hémoglobine glyquée.

5. Apolipoprotéines.

6. Marqueurs tumoraux.

7. Ferritine.

8. Phosphatases alcalines.

- 9. Protéinogramme (électrophorèse).
- 10. Profils protéiques.
- 11. Examen cyto-bactériologique des urines.

(*) Liste d'examens retenus du fait de leur fréquence de prescription.

Indice médical et incidence financière des références du thème 6

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

7. Surveillance de la contraception orale (*)

Ces références ne remettent pas en cause le bien-fondé d'un examen clinique annuel.

1. Il n'y a pas lieu, au cours de la surveillance biologique d'une contraception orale, chez une femme de moins de trente-cinq ans, lorsque ni le premier bilan comprenant nécessairement la mesure à jeun de la glycémie, du cholestérol total et des triglycérides plasmatiques, ni les bilans de contrôle effectués trois mois puis douze mois après, n'ont montré d'anomalies, de pratiquer d'autres explorations biologiques.

2. Il n'y a pas lieu, au cours de la surveillance biologique d'une contraception orale, chez une femme de moins de trente-cinq ans, lorsque le premier bilan et les bilans de contrôle effectués trois mois puis douze mois après, n'ont pas montré d'anomalies, de répéter les examens de contrôle plus d'une fois tous les deux ans, en l'absence de faits nouveaux.

(*) Frottis exclu.

Indice médical et incidence financière des références du thème 7

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

8. Diabète non insulino-dépendant (DNID)

1. Il n'y a pas lieu de commencer un traitement médicamenteux en l'absence de critères de diagnostic suffisants (glycémie 1,40 g/l à deux reprises ou glycémie à jeun comprise entre 1,00 g/l et 1,4 g/l et glycémie deux heures après charge orale de 75 g de glucose, 2,00 g/l).
2. Il n'y a pas lieu de prescrire un dosage de l'hémoglobine glyquée dans un but de dépistage.
3. Il n'y a pas lieu de prescrire une hyperglycémie provoquée par voie orale quand la glycémie à jeun est 1,40 g/l à deux reprises.
4. Il n'y a pas lieu de prescrire une hyperglycémie provoquée par voie orale comme examen de surveillance d'un diabétique.
5. Il n'y a pas lieu de doser l'hémoglobine glyquée plus d'une fois tous les trois mois, dans la surveillance d'un patient atteint de DNID : sauf cas particulier.
6. Il n'y a pas lieu d'associer deux sulfamides hypoglycémiants.
7. Il n'y a pas lieu de prescrire un biguanide ou un sulfamide hypoglycémiant :
 - sans avoir vérifié la fonction rénale au préalable ;
 - sans surveillance de la créatininémie.
8. Il n'y a pas lieu de prescrire un biguanide en cas :
 - d'insuffisance rénale ;
 - d'insuffisance cardiaque, respiratoire ou hépatique ;
 - d'infarctus du myocarde récent ;
 - de risque d'ischémie tissulaire aiguë.
9. Il n'y a pas lieu, chez les sujets de plus de soixante-cinq ans, d'utiliser des sulfamides hypoglycémiants de 1/2 vie longue (carbutamide) et des sulfamides présentés dans une forme à libération prolongée (glipizide à libération prolongée).
10. Il n'y a pas lieu, chez les sujets de plus de soixante-cinq ans, de commencer un traitement par sulfamides hypoglycémiants sans utiliser des doses initiales réduites.

Indice médical et incidence financière des références du thème 8

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

=====

9. Surveillance échographique

au cours de la grossesse normale

(Cette référence concerne une prescription maximale. Elle ne préjuge pas de la liberté du clinicien à demander ou pratiquer un nombre inférieur d'échographies, s'il juge que trois échographies ne sont pas indispensables.)

1. Il n'y a pas lieu de demander ou de pratiquer plus de trois échographies - une, par trimestre -, dans la surveillance d'une grossesse normale, c'est-à-dire hors grossesse à risque et hors grossesse pathologique.

Indice médical et incidence financière de la référence du thème 9

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

11. Endoscopies digestives hautes (*)

- 1.
2. Suspendue.
- 3.
4. Il n'y a pas lieu après traitement de la maladie ulcéreuse duodénale, de contrôler par endoscopie la cicatrisation et/ou l'éradication d'*Helicobacter pylori* (**), sauf persistance des douleurs et/ou terrain à risque : antécédents de complications ulcéreuses, nécessité d'un traitement par AINS, anticoagulant,...
- 5.
6. Supprimée.
- 7.
- 8.

(*) Il est impératif de mettre en oeuvre entre chaque examen, une procédure de désinfection de l'endoscope conforme aux normes édictées.

(**)

(***) Au contraire de l'ulcère gastrique, où un contrôle endoscopique est nécessaire.

(****) Supprimé.

Indice médical et incidence financière des références du thème 11

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

12. Les frottis cervicaux en pratique courante

Supprimé dans le règlement conventionnel (Journal officiel du 12 juillet 1998).

13. Prescription du dosage des hormones thyroïdiennes (*)

chez l'adulte

1. Il n'y a pas lieu de prescrire un dosage d'hormone thyroïdienne dans le cadre de bilans biologiques effectués chez des patients asymptomatiques (**).

2. Il n'y a pas lieu, devant un patient pour lequel on recherche une hypothyroïdie suspectée cliniquement, de doser la T3L.

3. Il n'y a pas lieu chez un patient qui reçoit un traitement hormonal substitutif pour une hypothyroïdie, de doser parmi les examens de surveillance la T3L s'il est traité par L-Thyroxine, ou la T4L s'il est traité par triiodothyronine.

4. Il n'y a pas lieu, au cours de la surveillance d'un patient atteint d'une hypothyroïdie, recevant un traitement substitutif, une fois l'équilibre du traitement atteint et en l'absence de pathologie cardio-vasculaire, de répéter les dosages hormonaux plus de deux fois par an.

(*) Par hormones thyroïdiennes, il faut entendre TSH et hormones thyroïdiennes.

(**) Par « patients asymptomatiques », il faut entendre les patients ne présentant pas d'éléments d'orientation vers une pathologie thyroïdienne, tirés des antécédents, de l'interrogatoire, de l'examen clinique ou des résultats d'examens complémentaires.

Indice médical et incidence financière des références du thème 13

=====
Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359
=====

14. Diagnostic et traitement de l'hypertension artérielle
essentielle de l'adulte en dehors de la grossesse

Ces RMO concernent l'hypertension artérielle essentielle de l'adulte, non compliquée, permanente et caractérisée par une pression artérielle diastolique supérieure ou égale à 90 mmHg et inférieure à 110 mmHg et par une pression systolique inférieure à 180 mmHg. Ces RMO concernent aussi la personne âgée de 60 ans à 80 ans, dont la pression systolique est égale ou supérieure à 160 mmHg et inférieure à 180 mmHg et la pression diastolique inférieure à 90 mmHg (hypertension artérielle systolique isolée du sujet âgé).

Ces RMO ne concernent pas les hypertensions artérielles plus sévères.

1. Il n'y a pas lieu, lors de la prise en charge d'une HTA non compliquée et permanente de l'adulte et n'orientant pas vers une HTA secondaire, de prescrire ou de pratiquer d'autres examens lorsque l'interrogatoire, l'examen clinique et les examens complémentaires simples et systématiques sont négatifs ou normaux ; les examens systématiques sont : le dosage à jeun de la kaliémie (sans garrot et sans effort musculaire), de la créatininémie, de la glycémie, du cholestérol total, du HDL-cholestérol et des triglycérides ; la recherche d'une protéinurie, d'une hématurie (bandelettes et quantification si positive) et l'ECG.

2. Il n'y a pas lieu d'instituer un traitement médicamenteux antihypertenseur avant de s'être assuré de la permanence d'une HTA essentielle non compliquée de l'adulte, caractérisée par la présence de chiffres anormalement élevés mesurés deux fois lors de trois consultations successives, espacées sur une période d'au moins trois mois.

3. Il n'y a pas lieu, pour une HTA essentielle non compliquée et permanente de l'adulte, de commencer un traitement antihypertenseur par plus d'un seul principe actif antihypertenseur, sauf association de diurétiques ou toute autre association fixe prévue par l'autorisation de mise sur le marché pour être utilisée en première intention.

4. Il n'y a pas lieu, pour une HTA essentielle non compliquée et contrôlée de l'adulte, de répéter l'ECG réalisé avant la mise en route du traitement plus d'une fois tous les trois ans s'il était initialement normal, sauf en cas de signe d'appel nouveau à l'interrogatoire ou à l'examen clinique.

5. Il n'y a pas lieu, dans la prise en charge d'une HTA essentielle, de prescrire ou de pratiquer une échocardiographie en l'absence de symptômes (douleur

thoracique, dyspnée d'effort) ou d'anomalies de l'examen clinique (souffle cardiaque) ou de l'ECG (troubles de la repolarisation, bloc de branche gauche).

6. Il n'y a pas lieu, au cours du traitement d'une HTA essentielle non compliquée et permanente de l'adulte, de surveiller la pression artérielle plus d'une fois tous les trois mois, sauf si l'objectif tensionnel (pression artérielle inférieure à 140/90 mmHg) n'est pas atteint, ou en cas de survenue de symptômes faisant craindre une complication ou une intolérance au traitement, en particulier l'hypotension orthostatique chez le sujet âgé.

7. Il n'y a pas lieu, au cours du traitement d'une HTA essentielle non compliquée et permanente de l'adulte, de surveiller, en l'absence de traitement pouvant les modifier, la créatininémie et la kaliémie plus d'une fois par an, la glycémie, le cholestérol total, le cholestérol HDL et les triglycérides plus d'une fois tous les trois ans, s'ils étaient initialement normaux.

Indice médical et incidence financière des références du thème 14

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

15. Prise en charge des hypercholestérolémies (HC)

chez l'adulte

En l'absence de pathologie ou de traitement (contraceptifs oraux, notamment) pouvant interférer avec les lipides :

1. Il n'y a pas lieu, chez un patient jeune (homme < 50 ans, femme avant la ménopause), sans dyslipidémie et sans facteur de risque (*), dont les résultats d'une première mesure, après 12 heures de jeûne, du cholestérol total et des triglycérides sont normaux, de répéter ce dosage avant 5 ans.

2. Il n'y a pas lieu, chez un homme après 50 ans, sans facteur de risque et dont les résultats d'une première mesure, après 12 heures de jeûne, du cholestérol total et des triglycérides sont normaux, de répéter ce dosage avant 3 ans.

3. Il n'y a pas lieu, chez une femme après la ménopause, sans facteur de risque et dont les résultats d'une première mesure, après 12 heures de jeûne, du cholestérol total et des triglycérides sont normaux, de répéter ce dosage avant 3 ans.

4. Il n'y a pas lieu, chez les patients, porteurs de facteurs de risque, suivant une thérapeutique hypolipidémiante hygiéno-diététique et/ou médicamenteuse, de répéter les dosages plus d'une fois tous les six mois, une fois les valeurs cibles

(**) atteintes et stabilisées.

5. Il n'y a pas lieu, si une dyslipidémie est dépistée, de prescrire, dans le cadre de l'exploration d'une anomalie lipidique, d'autres examens que le dosage (***) du cholestérol total, du cholestérol HDL (permettant le calcul du LDL cholestérol) et des triglycérides.

(*) Facteurs de risque autres qu'une dyslipidémie : signes évocateurs de maladie artérielle (HTA notamment), diabète sucré, tabagisme, surpoids (surtout avec morphotype androïde, même si le surpoids est modeste), histoire familiale d'athérosclérose prématurée (infarctus du myocarde ou mort subite avant 55 ans, chez un parent direct ou dans la fratrie).

(**) Valeurs du LDL cholestérol (*, +).

Les valeurs sont en g/l (mmol/l) :

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

(*) Valeur retrouvée lors de plusieurs mesures.

(+) On calcule la valeur du LDL cholestérol grâce à une formule simple, la formule de Friedwald, qui nécessite de connaître le cholestérol total, le cholestérol HDL et les triglycérides. La formule de Friedwald modifiée s'écrit ainsi :

1. Valeurs pondérales : $LDL\ Chol = Chol\ total - (HDL\ Chol + 0,16 \times Tg)$;

2. Valeurs molaires : $LDL\ Chol = Chol\ total - (HDL\ Chol + 0,37 \times Tg)$.

(++) Entre 4,1 et 5,7 mmol/L (1,60 à 2,20 g/L) de LDL cholestérol, en prévention primaire chez des sujets sans autre facteur de risque, des conseils hygiéno-diététiques sont nécessaires : encourager l'activité physique, le contrôle pondéral, limiter les apports glucido-lipidiques et la consommation de boissons alcoolisées.

(***) Prélèvement effectué après 12 heures de jeûne.

Indice médical et incidence financière des références du thème 15

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

=====

16. Prescription du dosage du magnésium sérique ou globulaire

1. Il n'y a pas lieu de doser le magnésium sérique ou globulaire en dehors des cas de nettes perturbations cliniques et/ou biologiques.

Les circonstances dans lesquelles ce dosage est utile sont exceptionnelles.

Il peut être parfois utile au cours de la cirrhose décompensée, de l'insuffisance rénale, d'un syndrome de malabsorption intestinale, d'un traitement diurétique prolongé à fortes doses, d'une pancréatite aiguë, de brûlures étendues...

2. Supprimée.

Indice médical et incidence financière de la référence du thème 16

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

17. Marqueurs tumoraux

Marqueurs sériques dans les cancers du sein

1. Il n'y a pas lieu de doser l'antigène Ca 15.3 pour le dépistage, le diagnostic précoce et au stade initial du cancer du sein.

2. Il n'y a pas lieu de doser l'antigène Ca 15.3 après traitement initial d'un cancer du sein en l'absence de signe d'appel.

3. Il n'y a pas lieu de doser l'antigène carcino-embryonnaire (ACE) dans le dépistage, le bilan initial, la surveillance et l'évolution thérapeutique d'un cancer du sein, sauf si les métastases n'expriment pas le Ca 15.3.

Marqueurs sériques dans les cancers colo-rectaux

4. Il n'y a pas lieu de doser l'ACE pour le dépistage ou le diagnostic précoce du cancer colo-rectal dans le bilan initial d'un cancer colo-rectal, dans le suivi thérapeutique d'une reprise évolutive.

5. Il n'y a pas lieu de faire des dosages répétés de l'ACE en post-opératoire d'un cancer colo-rectal.

6. Il n'y a pas lieu de doser l'antigène Ca 19.9 dans le cancer colo-rectal, dépistage y compris.

Indice médical et incidence financière des références du thème 17

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

18. Les examens préopératoires

La consultation préopératoire effectuée par l'anesthésiste-réanimateur est indispensable et son compte rendu doit figurer au dossier. C'est la seule obligation médico-légale. Elle ne se substitue pas à la visite préanesthésique qui doit être effectuée par l'anesthésiste-réanimateur dans les heures précédant le moment prévu pour l'intervention.

Dans le cadre de la chirurgie courante (*), hors urgence, chez des patients de plus de 3 ans et de moins de 55 ans, en l'absence d'antécédents pathologiques précis, de facteurs de risque, de prise de médicaments pouvant interférer avec l'anesthésie et/ou l'acte chirurgical, d'anomalies de l'examen clinique :

- 1.
- 2.
- 3.
4. Il n'y a pas lieu de demander un dosage du cholestérol et des triglycérides.
5. Il n'y a pas lieu de demander un dosage des phosphatases alcalines, des gamma-glutamyl-transpeptidases, du protéinogramme (électrophorèse).
6. Il n'y a pas lieu de demander un ionogramme, ou une natrémie, et/ou une kaliémie, et/ou une réserve alcaline.
7. Il n'y a pas lieu de demander une fibrinémie.
8. Il n'y a pas lieu de demander un dosage de l'antithrombine III.
9. Il n'y a pas lieu de répéter des examens jugés nécessaires, s'ils ont déjà été effectués dans les trois mois précédents.

(*) Sont exclues de ce cadre les interventions de chirurgie lourde telles que neurochirurgie, chirurgie cardiaque et pulmonaire, chirurgie artérielle, chirurgie carcinologique (ORL, digestive, urologique, gynécologique), chirurgie hépato-

biliaire, orthopédie lourde (prothèse totale, scoliose), polytraumatisme, chirurgie urologique de remplacement ou de reconstruction.

Indice médical et incidence financière des références du thème 18

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

19. Lombosciatique commune

Suspendu, en cours d'actualisation.

20. Mammographie et échographie mammaire

en pratique courante

Suspendu, en cours d'actualisation.

21. Prescription des anti-ulcéreux (*)

1. Il n'y a pas lieu d'associer simultanément deux anti-ulcéreux.
2. Il n'y a pas lieu, dans l'ulcère duodénal, de prolonger le traitement anti-ulcéreux à doses d'attaque (prescrit ou non après un traitement d'éradication d'*Helicobacter pylori*) (**), sauf en cas de persistance des symptômes et après réévaluation clinique.
3. Il n'y a pas lieu, dans l'ulcère duodénal, en cas d'éradication d'*Helicobacter pylori*, de prescrire un traitement anti-ulcéreux d'entretien.
4. Il n'y a pas lieu de prescrire des formes injectables d'anti-ulcéreux quand la voie orale est possible.
5. Suspendue.

(*) Anti-ulcéreux : ce vocable recouvre les différentes classes d'anti-ulcéreux tels qu'ils sont définis dans la fiche de transparence. Sont donc inclus : les inhibiteurs des récepteurs H2 à l'histamine, les inhibiteurs de la pompe à protons, les analogues des prostaglandines, le sucralfate, les anti-acides ayant l'indication de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans l'ulcère.

(**) La dose d'attaque est prescrite, selon les médicaments concernés, pendant quatre à huit semaines.

Indice médical et incidence financière des références du thème 21

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

22. Prescription des vaso-actifs (*)

dans l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs

1. Supprimée.

2. Il n'y a pas lieu d'associer deux médicaments de la classe « vaso-dilatateurs et anti-ischémiques » ou plus, dans le traitement de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs symptomatique.

(*) Il s'agit des spécialités regroupées sous le vocable « vaso-dilatateurs et anti-ischémiques », dans les familles pharmaco-thérapeutiques citées dans le Vidal.

Indice médical et incidence financière des références du thème 22

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

25. Hystérectomie

1. Il n'y a pas lieu, en cas de fibrome asymptomatique, de procéder à une prise en charge thérapeutique médicale.

2.

Indice médical et incidence financière des références du thème 25

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

26. Explorations et chirurgie du genou

1. Il n'y a pas lieu, dans les syndromes fémoro-patellaires sans instabilité, ni dysplasie, de réaliser d'autres explorations que l'examen clinique et les radios standard (*), sauf dans un cadre pré-opératoire.

2.

3.

4.

(*) L'examen radiologique de base doit comporter :

- des clichés comparatifs des genoux de face en position debout ;
- un cliché de profil strict, de préférence en faible flexion (20 à 30 %) ;
- une vue axiale des genoux à 30-45° de flexion, quadriceps décontractés ;
- éventuellement, la même vue axiale réalisée avec une rotation externe des pieds pour potentialiser une subluxation externe de la rotule.

Indice médical et incidence financière des références du thème 26

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

28. Tumeurs cutanées

1. Il n'y a pas lieu, chez les patients ayant eu un carcinome cutané, baso ou spino-cellulaire au stade I (tumeur locale), de faire un suivi autre que clinique.

2. Il n'y a pas lieu de pratiquer l'exérèse systématique des naevus.

Indice médical et incidence financière des références du thème 28

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

29. Acné

Ces références concernent le traitement de l'acné par voie générale.

1. Supprimée.

2. Il n'y a pas lieu de prescrire de l'isotrétinoïne en dehors des acnés sévères nodulo-kystiques et conglobata et des acnés résistantes à un traitement classique (*).

3. Il n'y a pas lieu, du fait du risque tératogène, de débiter un traitement de l'acné par isotrétinoïne, sans avoir vérifié qu'il n'y a pas de grossesse en cours par un test qualitatif de grossesse et sans qu'un moyen efficace de contraception ait été instauré un mois avant le début du traitement.

4. Il n'y a pas lieu, du fait du risque tératogène, de poursuivre un traitement de l'acné par isotrétinoïne, sans avoir vérifié qu'il n'y a pas de grossesse en cours par un test qualitatif de grossesse répété tous les deux mois, et sans qu'un moyen efficace de contraception soit poursuivi.

5. Il n'y a pas lieu, du fait du risque tératogène, d'arrêter le moyen efficace de contraception avant la fin du premier mois suivant l'arrêt du traitement par isotrétinoïne (**).

6. Il n'y a pas lieu, dans le traitement de l'acné par isotrétinoïne, de pratiquer d'autres examens (***) que le dosage des transaminases, du cholestérol total et des triglycérides.

7. Il n'y a pas lieu, dans le traitement de l'acné, d'associer les cyclines à l'isotrétinoïne du fait du risque d'hypertension intra-crânienne.

8. Il n'y a pas lieu, dans le traitement de l'acné, de prescrire l'isotrétinoïne à une dose inférieure à 0,5 mg/kg/jour - dose initiale optimale - ou supérieure à 1 mg/kg/jour.

9. Il n'y a pas lieu, dans le traitement de l'acné, d'administrer une dose cumulée de plus de 150 mg/kg d'isotrétinoïne par cure.

(*) L'AMM précise que l'acné est résistante après un traitement classique (traitement antibiotique en association avec des traitements locaux) d'au moins trois mois.

(**) Au terme de cette période, il conviendra de vérifier qu'il n'y a pas de grossesse en cours par un test qualitatif de grossesse pratiqué une semaine après la fin de la contraception, c'est-à-dire cinq semaines après l'arrêt du traitement par isotrétinoïne.

(***) Sauf les examens nécessaires pour répondre aux conditions des références 3, 4, 5 et sauf comorbidité.

Indice médical et incidence financière des références du thème 29

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

31. Prescription des neuroleptiques

1. Il n'y a pas lieu d'administrer d'emblée, à titre préventif, des correcteurs anti-cholinergiques lors de la mise en route d'un traitement neuroleptique, sauf chez les malades à risques (personnes âgées, antécédents de syndrome parkinsonien,...).
2. Il n'y a pas lieu, du fait des dangers potentiels (augmentation du risque des effets secondaires atropiniques), d'associer deux correcteurs anti-cholinergiques.
3. Il n'y a pas lieu, dans le traitement d'entretien de la psychose, d'associer deux neuroleptiques même s'ils sont à polarité distincte, sauf si leur prescription est argumentée et périodiquement réévaluée.

Indice médical et incidence financière

des références du thème 31

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

32. Suivi du traitement des psychoses maniaco-dépressives

1. Supprimée.
2. Suspendue.
3. Il n'y a pas lieu, pour la surveillance d'un traitement par la carbamazépine, de pratiquer à titre systématique d'autres examens biologiques que la surveillance des taux plasmatiques, un hémogramme et un bilan hépatique.

(*) Cette référence concerne le lithium à posologie thymo-régulatrice.

Indice médical et incidence financière

de la référence du thème 32

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

38. Indications des explorations dans le diagnostic et le suivi du reflux gastro-oesophagien (RGO) du nourrisson et de l'enfant

Ces références s'appliquent aux RGO primaires (*) :

1. Il n'y a pas lieu de pratiquer d'investigation préalablement à la mise en route du traitement en cas de RGO non compliqué (histoire typique, développement staturo-pondéral normal).
2. Il n'y a pas lieu de pratiquer, en dehors de l'exploration du malaise du nourrisson, d'enregistrement du pH oesophagien en cas de RGO cliniquement évident, même compliqué, lorsque les complications peuvent lui être attribuées.
3. Il n'y a pas lieu de contrôler par une pH métrie oesophagienne, un RGO qui répond au traitement médical ou qui a guéri spontanément après l'âge de la marche.

(*) A l'exclusion des RGO secondaires, se manifestant par des vomissements récurrents au cours d'affections très diverses (infections chroniques, insuffisances cardiaques, maladies métaboliques et neuro-musculaires, allergies alimentaires, erreurs diététiques, affections chirurgicales telles que la sténose du pylore...).

Indice médical et incidence financière

des références du thème 38

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

42. Traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate

1. Il n'y a pas lieu d'effectuer en première intention une urographie intraveineuse chez un homme sans antécédents urologiques et n'ayant d'autres symptômes

que ceux d'une hypertrophie prostatique bénigne non compliquée.

2. Il n'y a pas lieu d'associer deux médicaments ou plus, pour traiter les troubles mictionnels de l'hypertrophie prostatique bénigne.

Indice médical et incidence financière

des références du thème 42

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

43. Traitement du cancer de la prostate

1. Il n'y a pas lieu de commencer un traitement à visée carcinologique d'un cancer de la prostate, sans un diagnostic certain, affirmé par un examen anatomo-pathologique.

2.

3.

4. Il n'y a pas lieu d'instituer un traitement par analogues de la LHRH chez un patient ayant un cancer non localisé de la prostate et traité au préalable par castration chirurgicale.

5. Il n'y a pas lieu de prescrire en première intention, du diéthylstilbestrol pour traiter un cancer non localisé de la prostate.

6.

Indice médical et incidence financière

des références du thème 43

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

45. Vasodilatateurs, anti-ischémiques et vasculoprotecteurs, veinotoniques (*),

dans la symptomatologie d'une « insuffisance circulatoire cérébrale »

L'insuffisance circulatoire cérébrale recouvre les accidents circulatoires aigus - infarctus cérébraux, accidents ischémiques transitoires - et certaines manifestations centrales et sensorielles réputées ischémiques, dénommées traditionnellement « insuffisance circulatoire cérébrale » chronique.

Cependant, les données physiopathologiques indiquent que les situations d'insuffisance circulatoire cérébrale chronique sont exceptionnelles.

Sont exclus du champ de ce thème la pathologie du vieillissement cérébral autre que vasculaire, les troubles sensoriels isolés, les vertiges isolés et les manifestations ophtalmologiques du vieillissement.

1. Il n'y a pas lieu de prescrire de médicaments appartenant à la famille des « vasodilatateurs et anti-ischémiques » dans la prévention des accidents vasculaires cérébraux ou dans leur traitement, à la phase aiguë ou de récupération des séquelles (**).
2. Il n'y a pas lieu de prescrire plus d'un médicament appartenant à la famille des « vasodilatateurs et anti-ischémiques » (***) .
3. Supprimée.
4. Supprimée.

(*) Il s'agit des spécialités regroupées sous les vocables, d'une part « vasodilatateurs et anti-ischémiques », d'autre part « vasculo-protecteurs et veinotoniques », dans les familles pharmaco-thérapeutiques citées dans le Vidal.

(**) Hormis les médicaments ayant l'indication par leur autorisation de mise sur le marché.

(***) Le bénéfice de leur association n'étant pas établi et compte tenu du risque d'effets indésirables.

Indice médical et incidence financière

des références du thème 45

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

46. Veinotropes (*) dans l'insuffisance veineuse

des membres inférieurs

Le thème recouvre les veinotropes à indications phlébologiques. En sont exclus les indications proctologiques, gynécologiques, ophtalmologiques, le lymphoedème post-mastectomie.

1. Supprimée.
2. Il n'y a pas lieu de prescrire de veinotrope en présence de maladie variqueuse asymptomatique.
3. Il n'y a pas lieu de prescrire de veinotrope pendant plus de trois mois, sauf en cas de réapparition de la symptomatologie fonctionnelle, après l'arrêt du traitement.
4. Il n'y a pas lieu d'associer plusieurs spécialités veinotropes.

(*) Il s'agit des spécialités à tropisme veineux regroupées sous le vocable « vasculo-protecteurs et veinotoniques » dans les familles pharmacothérapeutiques citées dans le Vidal.

Indice médical et incidence financière

des références du thème 46

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

47. Médicaments antidépresseurs

Le traitement médicamenteux d'un patient déprimé n'est qu'un aspect de sa prise en charge, qui comporte d'autres mesures thérapeutiques (psychothérapies interpersonnelles, psychothérapies comportementales,...) et la prise en compte de facteurs sociaux.

Sont exclus de ce thème : les troubles paniques avec ou sans agoraphobie, les troubles obsessionnels compulsifs, l'énurésie de l'enfant, les algies rebelles.

1. Il n'y a pas lieu d'associer systématiquement, en début de traitement, à un antidépresseur :

- un anxiolytique ;
- ou un hypnotique ;

- ou un thymorégulateur ;
- ou un neuroleptique.

Si l'importance de l'anxiété, de l'insomnie, de l'agitation, du risque de levée d'inhibition justifie une coprescription, celle-ci doit être brève et rapidement réévaluée.

2. Il n'y a pas lieu de prescrire, en première intention, plus d'un antidépresseur lors de la mise en route du traitement d'un état dépressif.

3. Il n'y a pas lieu de poursuivre, sans le réévaluer, un traitement antidépresseur plus de six mois après l'obtention de la rémission complète (*) de l'épisode dépressif, sauf en cas d'antécédents d'épisodes dépressifs majeurs caractérisés récurrents et rapprochés.

(*) Rémission complète : période durant laquelle est observée une amélioration d'une qualité suffisante pour que le patient soit considéré comme asymptomatique.

Indice médical et incidence financière
des références du thème 47

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO
n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

48. Hypolipidémiants

1. Il n'y a pas lieu d'instaurer une prise en charge thérapeutique en cas d'hyperlipidémie sans confirmation de l'anomalie lipidique.
2. Il n'y a pas lieu de prescrire des médicaments hypolipidémiants dans les hypercholestérolémies secondaires (*) ou iatrogènes, sans traiter la maladie causale ou sans réévaluer l'intérêt du traitement responsable.
3. Il n'y a pas lieu de prescrire des médicaments hypolipidémiants au cours de la grossesse, sauf en cas d'hypertriglycéridémie majeure.
4. Il n'y a pas lieu de prescrire de médicaments hypolipidémiants en prévention primaire (**), sauf si la diététique hypocholestérolémiante, effectivement menée pendant 3 à 6 mois, se révèle inefficace ; les hypercholestérolémies majeures familiales ne sont pas concernées.

5. Supprimée.

6. Il n'y a pas lieu d'associer plusieurs hypocholestérolémiants de la même classe pharmacologique.

7. Il n'y a pas lieu d'associer statine et fibrates, en raison du risque d'addition des effets indésirables, notamment musculaires, sauf en cas d'hyperlipidémies sévères non contrôlées et associées à un risque vasculaire élevé.

8. Supprimée.

9.

(*) Dyslipidémies secondaires survenant au cours du diabète, de l'hypothyroïdie, du syndrome néphrotique,...

(**) Le terme de prévention primaire est utilisé en l'absence d'affection coronaire et celui de prévention secondaire, chez les malades ayant déjà eu une affection coronaire.

(***) Entre 2 et 4 g/l à jeun il convient de prodiguer des conseils hygiéno-diététiques.

Indice médical et incidence financière des références du thème 48

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

50. Insuffisance veineuse chronique

des membres inférieurs (IVC)

L'IVC regroupe les manifestations cliniques (signes fonctionnels et complications cutanées) liées à la stase veineuse induite par toute perturbation du retour veineux des membres inférieurs. Ses causes les plus connues sont les varices essentielles et les séquelles de thrombose veineuse profonde des membres inférieurs.

1. Il n'y a pas lieu de faire appel à d'autres données que celles de l'interrogatoire, de l'examen clinique et du doppler continu pour poser le diagnostic d'une IVC mineure (*) ou pour la soumettre à un traitement médical, ou à une sclérothérapie. Cependant, dans certains cas (**) l'échodoppler est utile avant de réaliser la sclérothérapie.

2. Il n'y a pas lieu, si la chirurgie est envisagée pour des varices essentielles non

compliquées, ou pour une IVC mineure, de pratiquer d'autres explorations que le doppler continu et l'échodoppler.

3. Il n'y a pas lieu, si la chirurgie est envisagée en présence d'une IVC modérée ou sévère (**), ou de récurrence de varices, de pratiquer en première intention d'autres explorations qu'un échodoppler.

4. Il n'y a pas lieu, pour surveiller une IVC stabilisée, quelle que soit la thérapeutique instaurée, de pratiquer d'autre surveillance que clinique.

(*) IVC mineure (classe 0 et 1) = asymptomatique (varices) ou avec des signes fonctionnels (varicosités malléolaires ou plantaires, oedème vespéral de cheville, piqueté de dermite à la cheville).

(**) Cas de reflux siégeant dans la région poplitée ou quand le doppler continu est insuffisant pour déterminer un reflux saphène interne ou pour s'assurer de l'absence de séquelle d'une thrombose veineuse profonde.

(***) IVC modérée et sévère (classes 2 et 3) = présence de troubles trophiques manifestes (dermo-hypodermite, hypodermite, ulcères ouverts ou cicatrisés).

Indice médical et incidence financière des références du thème 50

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

51. Stérilité du couple

1. Il n'y a pas lieu de prescrire ou de pratiquer des explorations pour un bilan de stérilité, chez un couple ayant des rapports sexuels réguliers sans méthode contraceptive depuis moins d'un an, sauf si la femme a plus de 35 ans, ou a des troubles du cycle patents, ou s'il existe une pathologie de l'appareil génital connue ou suspectée chez l'homme ou la femme.

2. Il n'y a pas lieu, en l'absence de signes cliniques évocateurs d'une cause précise de stérilité, de prescrire ou de pratiquer d'autres investigations, avant de disposer des résultats des examens suivants : établissement d'une courbe de température, étude de la glaire et pratique d'un test postcoïtal de Huhner, spermogramme et spermocytogramme, contrôle des sérodiagnostics de toxoplasmose, rubéole, Chlamydiae trachomatis.

3.

4. Il n'y a pas lieu de procéder à l'induction de l'ovulation sans un bilan

étiologique préalablement réalisé.

5. Supprimée.

6. Il n'y a pas lieu de prescrire un traitement inducteur en cas de taux de FSH franchement et constamment augmenté.

7.

(*) On entend par tentative, un cycle donnant lieu à ponction productive d'ovocyte.

Indice médical et incidence financière des références du thème 51

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

52. Hématologie en pratique courante

Carence martiale

1. Il n'y a pas lieu, pour dépister une carence martiale, de prescrire simultanément un dosage de fer sérique et la ferritinémie (*).

2. Il n'y a pas lieu de prescrire un dosage de fer sérique, en présence d'une ferritinémie basse.

3. Il n'y a pas lieu, en cas d'anémie hypochrome microcytaire par carence martiale, de demander :

- une numération des réticulocytes ;

- un médullogramme.

4. Il n'y a pas lieu de demander en première intention, devant une anémie microcytaire (**), une électrophorèse de l'hémoglobine à la recherche d'une thalassémie hétérozygote, sans s'être assuré de l'absence de carence martiale.

5. Il n'y a pas lieu de prescrire la voie parentérale pour traiter une carence martiale, en raison du risque d'effets indésirables, sauf dans les cas où la voie orale est impossible ou inadaptée (malabsorption sévère, hémodialyse).

6. Il n'y a pas lieu de prescrire par voie orale, une forme galénique de fer destinée à la voie parentérale.

(*) Le dosage de la ferritine sérique est le test le plus sensible et le plus spécifique, sauf s'il existe un syndrome inflammatoire où une ferritinémie normale n'exclut pas une carence martiale.

(**) L'anémie microcytaire est définie par :

- un abaissement de l'hémoglobine (< 130 g/l chez l'homme, < 120 g/l chez la femme non enceinte, < 110 g/l chez la femme enceinte ; chez l'enfant : < 135 g/l à la naissance, < 110 g/l jusqu'à 6 ans, < 120 g/l entre 6 et 14 ans) ;

- une diminution du volume globulaire moyen (VGM) (< 70 micro 3 avant 2 ans, < 73 micro 3 entre 2 et 6 ans, < 80 micro 3 entre 6 et 14 ans et chez l'adulte).

Indice médical et incidence financière des références du thème 52

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

53. Asthme

Suspendu, en cours d'actualisation.

55. Appendicite

Supprimée.

56. Sérologie de l'hépatite virale

L'hépatite aiguë est définie par une élévation (généralement supérieure à 10 fois les valeurs normales) des transaminases, éventuellement précédée d'un syndrome pré-ictérique. Le diagnostic d'hépatite aiguë virale est plus facilement évoqué devant un syndrome typique. Les hépatites aiguës à virus de l'hépatite A, B et C sont souvent asymptomatiques ou peu symptomatiques. Elles doivent être distinguées des autres causes d'élévation des transaminases qui sont par ordre de fréquence décroissante : l'angiocholite, généralement accompagnée de fièvre et de symptômes abdominaux, les hépatites médicamenteuses, les hépatites toxiques (en particulier alcoolique) et l'élévation des transaminases consécutive à une insuffisance cardiaque.

Aussi, la recherche des marqueurs sérologiques des hépatites doit-elle être discutée en fonction des notions cliniques, de l'interrogatoire, des données épidémiologiques et des résultats des examens biologiques.

La qualité des tests sérologiques doit être indiscutable.

L'évolution vers la chronicité concerne 5 à 10 % des cas d'hépatite B et près de 50 % des cas d'hépatite C.

Il n'existe pas d'hépatite chronique A.

1. Il n'y a pas lieu, devant une hépatite aiguë (cytolyse aiguë), d'origine probablement virale, de prescrire ou de pratiquer d'autres examens sérologiques que l'IgM VHA, l'Ag HBs et les IgM anti-HBc, les Ac anti-VHC.

2. Il n'y a pas lieu, pour suivre une hépatite aiguë A dont la surveillance s'appuie sur les seules transaminases, de prescrire ou de pratiquer des examens sérologiques sauf fait clinique particulier (hépatite prolongée ou à rechute...).

3. Il n'y a pas lieu, pour suivre une hépatite aiguë B, mise à part la surveillance des transaminases et du taux de prothrombine en fonction du tableau clinique, de prescrire ou de pratiquer d'autres examens sérologiques qu'une recherche de l'Ag Hbs et de l'Ac anti-HBs, entre 3 et 6 mois après l'épisode aigu.

4. Il n'y a pas lieu, lors d'une suspicion d'hépatite chronique virale (élévation chronique des transaminases ALAT définie par des valeurs supérieures à la normale pendant plus de 6 mois, généralement dans un contexte clinique évocateur), de prescrire ou de pratiquer en première intention d'autres recherches que celles de l'Ag HBs et des Ac anti-VHC.

5. Il n'y a pas lieu, chez les patients atteints d'hépatite chronique B ou d'infection chronique par le VHB et non traités, de rechercher des marqueurs e (Ag HBe, Ac anti-HBe) et l'ADN viral plus d'une fois par an, sauf incident particulier (réascension des transaminases, apparition de signes faisant craindre une réactivation,...).

6. Il n'y a pas lieu de répéter la recherche des Ac anti-VHC pour surveiller l'évolution d'une hépatite chronique C diagnostiquée.

7. Il n'y a pas lieu de rechercher à la naissance et pendant la première année de la vie les Ac anti-VHC chez un enfant né de mère positive pour le VHC.

8. Il n'y a pas lieu de rechercher des marqueurs de l'infection par le virus de l'hépatite Delta, sauf chez les sujets Ag Hbs positifs.

Indice médical et incidence financière des références du thème 56

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

57. Oxygénothérapie à long terme (OLT)

chez les insuffisants respiratoires chroniques

L'OLT consiste en l'inhalation quotidienne, au moins 15 heures par jour, pour une durée supérieure à 3 mois, d'un air enrichi en oxygène, en général par voie nasale et à un débit permettant de maintenir la PaO₂ supérieure à 60 mmHg, ou une saturation en O₂ supérieure ou égale à 90 %.

Elle s'adresse aux insuffisants respiratoires chroniques, c'est-à-dire aux malades ayant une maladie pulmonaire chronique associée à une hypoxémie permanente.

L'oxygénothérapie prescrite dans le cadre de traitements de courte durée (moins de 3 mois) n'entre pas dans le cadre de ce thème.

Selon le tarif interministériel des prestations sanitaires (TIPS) :

- il n'y a pas lieu de prescrire une OLT si la permanence de l'hypoxémie n'a pas été affirmée par 2 mesures concordantes des gaz du sang artériel, séparées par une période d'au moins 3 semaines ;

- il n'y a pas lieu de prescrire une OLT chez un patient ayant une broncho-pneumopathie chronique obstructive si, à distance d'un épisode aigu, la PaO₂ est supérieure à 55 mmHg. Cette limite peut être élargie à 60 mmHg dans les situations suivantes :

- polyglobulie (hématocrite supérieur à 55 %) ;

- hypertension artérielle pulmonaire (avec pression artérielle pulmonaire moyenne supérieure, ou égale à 20 mmHg) ;

- désaturation artérielle nocturne non apnéique ;

- signes cliniques de coeur pulmonaire chronique ;

- il n'y a pas lieu de prescrire une OLT sans indiquer le mode d'administration, la durée quotidienne et le débit de l'oxygénothérapie.

1.

2. Supprimées.

3.

4. Il n'y a pas lieu de prescrire une oxygénothérapie de déambulation à un patient qui se trouve dans l'incapacité de déambuler et/ou dont la mobilité n'est pas améliorée à l'effort sous oxygène et/ou qui est dans l'incapacité de comprendre ou d'accepter l'utilisation du matériel.

5. Il n'y a pas lieu de surveiller les gaz du sang artériel en air ambiant, ou sous oxygène, chez un malade cliniquement stable sous OLT, plus de 2 à 4 fois par an.

Indice médical et incidence financière des références du thème 57

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

58. Masso-kinésithérapie

Dans les lombalgies communes

Les méthodes de masso-kinésithérapie dites à effet antalgique direct sont le plus souvent perçues comme sédatives par le patient, notamment le massage et le réchauffement local. Il n'existe cependant aucune preuve de leur efficacité durable dans le traitement de la lombalgie chronique.

Les méthodes dites à effet antalgique direct ne sont qu'adjuvantes et ne doivent donc pas résumer la séance de masso-kinésithérapie.

Les soins de masso-kinésithérapie ne peuvent qu'être prescrits après une évaluation médicale orientant vers des objectifs thérapeutiques précis et qui seront pris en compte dans l'appréciation des résultats.

1. Il n'y a pas lieu, dans la lombalgie aiguë (*), de prescrire des séances de rééducation fonctionnelle.

2. Il n'y a pas lieu de prescrire en première intention, plus de quinze séances de masso-kinésithérapie dans la lombalgie chronique.

(*) La lombalgie aiguë est définie par une douleur évoluant depuis moins de trois mois et dont l'intensité est telle que l'activité quotidienne personnelle ou professionnelle ne peut être maintenue au même niveau.

Dans les suites de méniscectomie

La RMO ne porte que sur les méniscectomies (interne ou externe) arthroscopiques isolées, non associées à d'autres gestes chirurgicaux, sans laxité du genou opéré centrale ou latérale, et en l'absence de signe radiologique d'arthrose.

3. Il n'y a pas lieu, en l'absence de complication, de prescrire plus de quinze séances de masso-kinésithérapie, à réaliser précocement dans les trois mois qui

suivent une ménisectomie arthroscopique.

Dans le maintien de l'autonomie des personnes âgées

La prescription de soins de masso-kinésithérapie, pour la conservation de l'activité ambulatoire de la personne âgée, ne peut être envisagée qu'après l'élaboration d'objectifs fonctionnels précis.

4. Il n'y a pas lieu de prescrire en première intention, pour la conservation de l'activité ambulatoire de la personne âgée, plus de quinze séances de masso-kinésithérapie. L'évaluation de la progression ou de la stagnation par rapport aux objectifs fixés, et une réévaluation des objectifs le cas échéant, conduiront alors à estimer utile ou non une nouvelle prescription.

Dans le syndrome fémoro-patellaire

Le syndrome fémoro-patellaire est caractérisé par la douleur de la face antérieure du genou majorée par les contraintes imposées à l'appareil extenseur : descente d'escaliers, position assise prolongée, accroupissement. A cette douleur peuvent s'associer les épisodes de dérobolements ou de faux blocages du genou. La définition du syndrome fémoro-patellaire est symptomatique et fonctionnelle.

Ont été exclus du cadre de ce thème les syndromes fémoro-patellaires opérés et les syndromes fémoro-patellaires survenant sur des antécédents de luxation vraie de la rotule.

Ont été exclues du champ d'application de ce thème les techniques de physiothérapie, quelles qu'en soient les modalités.

5. Il n'y a pas lieu de prescrire des séances de masso-kinésithérapie dans les syndromes fémoro-patellaires :

- post-traumatiques contusifs, au cours de la phase aiguë ;
- avec épanchement, tant que celui-ci persiste ;
- dus à des ostéochondrites.

6. Il n'y a pas lieu de prescrire, en première intention, dans le syndrome fémoro-patellaire, plus de quinze séances de rééducation, à raison de deux à trois séances par semaine.

7. Il n'y a pas lieu de prescrire plus de trente séances de masso-kinésithérapie dans l'année pour syndrome fémoro-patellaire.

Indice médical et incidence financière des références du thème 58

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

59. Examens biologiques au cours de la grossesse

Surveillance biologique de la femme enceinte en bonne santé

et sans antécédents pathologiques

Suspendu, en cours d'actualisation.

60. Endoscopies digestives basses (*)

1. Il n'y a pas lieu de demander ou de pratiquer en première intention une coloscopie totale, sauf devant :

- des symptômes évoquant des troubles fonctionnels intestinaux apparus après l'âge de cinquante ans ;
- des signes cliniques suggérant une pathologie organique intestinale ;
- ou en présence de sang occulte dans les selles ;
- ou chez un patient à haut risque (**) de cancer colo-rectal.

2. Il n'y a pas lieu de répéter les explorations morphologiques (***) coliques en l'absence de modification de la symptomatologie clinique et/ou de signe clinique suggérant une pathologie organique.

3. Il n'y a pas lieu de demander ou de pratiquer en première intention une opacification radiologique du côlon sauf dans les situations suivantes :

- contre-indication à la coloscopie ;
- suspicion de perforation ou de fistule ;
- suspicion de sigmoïdite diverticulaire ;
- suspicion d'obstruction ;
- période post-opératoire précoce.

4. Il n'y a pas lieu, après exérèse de polypes hyperplasiques, de demander ou de pratiquer une coloscopie totale, ni dans le cadre d'une surveillance, ni pour compléter systématiquement un examen initial, s'il a consisté en une rectoscopie ou une rectosigmoïdoscopie.

5. Il n'y a pas lieu de pratiquer une coloscopie totale de contrôle plus d'une fois tous les trois ans puis, si l'examen est négatif, plus d'une fois tous les cinq ans, après exérèse de polype adénomateux, en dehors des syndromes de Lynch, de la polypose adénomateuse familiale et des polypes dégénérés.

(*) Il est impératif de mettre en oeuvre entre chaque examen une procédure de désinfection conforme aux normes édictées.

(**) Haut risque : antécédent familial au premier degré (mère, père, frère, soeur) de cancer colo-rectal.

(***) Opacification radiologique ou endoscopie digestive basse.

Indice médical et incidence financière des références du thème 60

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

61. Vertiges chez l'adulte

Stratégies diagnostiques, place de la rééducation vestibulaire

1. Il n'y a pas lieu, en présence d'un vertige positionnel paroxystique bénin (*) avec une manoeuvre de Dix et Hallpike positive (**), de pratiquer ou de demander des investigations complémentaires.
2. Il n'y a pas lieu de pratiquer ou de demander, en cas de vertige isolé, un EEG ou un écho-doppler.
3. Il n'y a pas lieu, en dehors des cas de syndrome vestibulaire déficitaire aigu unilatéral (post-traumatique, post-chirurgical, neuronite vestibulaire), de prescrire une rééducation vestibulaire avant un délai de deux mois, en fonction de l'évolution.

(*) Vertige intense survenant lors des changements de position de la tête, dans des conditions stéréotypées pour un même patient et ne s'accompagnant pas de symptôme cochléaire.

(**) Déclenchement d'un nystagmus, surtout rotatoire, après une latence de cinq ou six secondes, lors du passage brusque de la position assise à la position allongée, tête tournée à droite ou à gauche, le regard fixé sur l'examineur.

Indice médical et incidence financière des références du thème 61

=====
Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359
=====

62. Explorations thyroïdiennes autres que biologiques

1. Il n'y a pas lieu, pour poser le diagnostic positif d'hypothyroïdie, de demander ou pratiquer des examens d'imagerie et une cyto-ponction, sauf en cas de goître augmentant de volume rapidement cliniquement.
2. Il n'y a pas lieu de répéter une scintigraphie thyroïdienne pour un nodule froid qui reste isolé, sauf en cas de survenue d'une hyperthyroïdie.
3. Il n'y a pas lieu, pour poser le diagnostic positif d'hyperthyroïdie, de demander ou de pratiquer en première intention une échographie thyroïdienne.
4. Il n'y a pas lieu de demander ou réaliser en première intention, dans les pathologies thyroïdiennes, une scanographie et/ou une IRM de la thyroïde.

Indice médical et incidence financière des références du thème 62

=====
Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359
=====

63. Indications du traitement chirurgical

des varices essentielles des membres inférieurs

1. Il n'y a pas lieu de réaliser une cure chirurgicale de varices en l'absence de reflux démontré cliniquement, ou avec l'aide d'examens ultrasonores.
2. Il n'y a pas lieu de réaliser un traitement chirurgical de varices essentielles, sans posséder une cartographie anatomique et fonctionnelle des lésions par écho-doppler pulsé.
3. Il n'y a pas lieu d'opérer des varices essentielles d'un même territoire (grande veine saphène ou petite veine saphène) en plusieurs temps.
4. Il n'y a pas lieu de demander ou de réaliser une phlébographie en bilan préopératoire de varices essentielles des membres inférieurs.

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

A N N E X E I I

CHARTE DE QUALITE DU MEDECIN REFERENT

Section 1

Garanties professionnelles

Article 1er

Condition d'activité liée à la qualité des soins

A titre de critère d'entrée dans l'option, et de maintien dans celle-ci, le médecin doit attester avant son entrée dans l'option d'une activité minimale, correspondant à un nombre d'actes en C + V, calculé sur l'année civile précédant l'année de l'adhésion à l'option, de 1 500 actes pour une activité libérale à temps complet. Les médecins installés depuis moins de deux ans ainsi que ceux ayant momentanément réduit leur activité de 10 % au minimum au profit d'une autre activité médicale, prescriptive ou non, sont dispensés du respect de ce seuil.

Article 2

Seuil de qualité

Le médecin référent s'engage à respecter un seuil maximal annuel d'activité correspondant au nombre d'actes au-delà duquel les partenaires conventionnels estiment qu'il n'est plus possible d'assurer une médecine de qualité, compte tenu des responsabilités nouvelles qui s'attachent à l'adhésion à l'option.

Ce seuil, calculé en nombre d'actes en C + V sur l'année qui précède le renouvellement de l'option, est établi par les CMPL compte tenu des caractéristiques locales. Lorsque le seuil excède 7 500 actes, il est soumis pour aval au CMPN qui détermine les conditions de son évolution.

En l'absence d'accord local, ce seuil est fixé par le CMPN.

Article 3

Permanence et continuité des soins

Le médecin référent apporte à son patient une réponse organisée à sa demande de soins. Pendant les jours et heures d'ouverture de son cabinet prévues pour les consultations et les visites, il assure la permanence et la continuité des soins.

En dehors des heures et jours d'ouverture de son cabinet, le médecin référent s'engage à prendre les dispositions nécessaires pour que le patient bénéficie à tout moment d'une réponse adaptée à ses besoins. Il s'assure que les patients bénéficient des services d'un système de permanence des soins et d'urgence auquel il participe et auprès duquel il obtient, dans le respect du code de déontologie, les données médicales issues du recours éventuel de son patient à ce système. Il en informe le patient.

Dans les cas où le médecin exerce seul, il propose au patient adhérent un médecin le remplaçant durant ses absences, avec lequel il entretient les relations nécessaires à la coordination des soins, notamment grâce au document médical de synthèse informatisé.

Le médecin référent établit les relations partenariales nécessaires à une bonne coordination des soins pour les patients, tant avec les spécialistes qu'avec les services hospitaliers et les équipes médico-sociales.

Article 4

Exercice de groupe

Afin d'améliorer les conditions de la permanence et de la continuité des soins, les parties signataires conviennent de favoriser l'exercice en groupe des médecins référents.

Dans le cadre d'un groupe de médecins référents, les seuils définis aux articles 1er et 2 pourront être appréciés sur l'activité équivalent temps plein du groupe, en fonction du nombre de médecins.

Les médecins référents exerçant dans ces groupes peuvent assumer collectivement certaines responsabilités nouvelles relatives à l'option, notamment dans les domaines de la continuité des soins, de la tenue du document médical de synthèse ou des activités de prévention.

Article 5

Respect des tarifs conventionnels

Le médecin référent s'engage à faire bénéficier ses patients adhérent à l'option des tarifs conventionnels, en s'interdisant l'usage des dépassements visés aux paragraphes b et c de l'article 1er-11 de la convention nationale.

Article 6

Dispense d'avance des frais

Le médecin référent s'engage à faire bénéficier son patient adhérent de la procédure de dispense d'avance des frais décrite à l'article 5-9 de la convention.

Article 7

Document médical de synthèse

Article 7-1

Tenue du document médical de synthèse

Le médecin référent s'engage à tenir pour le compte de son patient un document médical de synthèse dans lequel il fait figurer toute information utile concernant la santé de son patient. Les rubriques de ce document peuvent être précisées par le CMPN.

Ce document médical, élément essentiel de la qualité et de la coordination des soins, est la propriété du patient, qui peut à tout moment obtenir communication de tout ou partie de ses éléments conformément aux dispositions en vigueur.

Lorsqu'il conseille à son patient de consulter un autre médecin, le médecin référent s'engage à demander à ce dernier les informations médicales nécessaires dans le respect du code de déontologie médicale et dans le respect du droit du malade.

Le médecin référent fait figurer dans ce document les informations médicales nécessaires qui lui sont communiquées par l'ensemble des médecins, notamment hospitaliers, consultés par le patient adhérent.

En cas de changement par le patient de médecin référent, dans les conditions prévues à l'article 5-1-2 de la convention, ce dernier s'engage à transmettre toutes les données médicales utiles en sa possession au nouveau médecin référent désigné par le patient.

Il s'engage en outre à remplir le carnet de santé de son patient conformément à la réglementation en vigueur.

Article 7-2

Informatisation du document médical de synthèse

Ce document médical doit faire l'objet d'une gestion informatisée dans le délai d'un an maximum à compter de l'adhésion à l'option. Le médecin référent s'engage à respecter l'ensemble des dispositions législatives, réglementaires et déontologiques en vigueur.

Avant le 1er mars 1999, les partenaires conventionnels soumettront pour avis à la CNIL et au Conseil supérieur des systèmes d'information en santé les

conditions de la sécurisation, du stockage et de la transmission des données qu'ils recommandent.

Article 8

Prescriptions pharmaceutiques

Le médecin référent se tient régulièrement informé de la mise sur le marché des médicaments génériques.

Lorsqu'il existe plusieurs équivalents thérapeutiques ayant la même dénomination commune internationale (DCI), le médecin référent s'engage à prescrire les médicaments les moins onéreux parmi ceux-ci sur la base du guide des équivalents thérapeutiques, régulièrement mis à jour par les partenaires conventionnels réunis au sein de la CCPN, après avis du CMPN, et diffusé par l'assurance maladie.

Le médecin référent s'engage à prescrire les médicaments visés ci-dessus à concurrence d'au moins 15 % de la valeur de sa prescription médicamenteuse totale, dont 5 % au titre des médicaments génériques tels que définis par la réglementation en vigueur. Ces taux pourront être revus par les parties signataires, à l'occasion de l'élaboration de l'annexe annuelle.

Les dispositions du présent article pourront être réexaminées par les parties signataires en cas de modification substantielle de la législation et/ou de la réglementation relatives aux modalités de prescription et de distribution des médicaments et aux systèmes de formation des prix des produits pharmaceutiques.

Section 2

Engagements de compétence et de transparence

Article 9

Dépistage, prévention

Article 9-1

Participation à la prévention

Le médecin référent participe aux actions de prévention que les Parties signataires décident chaque année de promouvoir et, dans les mêmes conditions, à toute enquête ou recueil d'information à caractère épidémiologique, notamment sur l'initiative du réseau national de santé publique.

Article 9-2

Suivi de dépistage et de prévention

Le médecin référent propose à ses patients le bénéfice d'un suivi adapté de dépistage et de prévention. Dans le cadre de la prescription des examens systématiques, notamment de nature préventive, il s'engage au respect des référentiels, établis notamment en fonction de l'âge, du sexe et, le cas échéant, des facteurs de risques, et des conclusions des conférences de consensus validées par les instances scientifiques d'experts (ANAES, Agence du médicament).

Dans les situations de comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, toxicomanie, état suicidaire...), il s'engage à pratiquer une médecine privilégiant écoute et dialogue dans le cadre d'un suivi planifié entre lui-même et le malade.

Article 10

Recommandations, référentiels et plans de soins

Article 10-1

Respect des recommandations de bonne pratique et référentiels

Le médecin référent intègre dans sa pratique les recommandations de bonne pratique en médecine générale et les référentiels élaborés notamment par l'ANAES et l'Agence du médicament.

Article 10-2

Participation à l'évolution des recommandations de bonne pratique

Les médecins référents ont pour vocation de participer à l'évolution des référentiels de bonne pratique, au travers des évaluations qu'ils seront amenés à réaliser, notamment en partenariat avec les services médicaux des caisses, et dans le cadre d'actions financées par le « fonds qualité ».

Article 10-3

Elaboration de plans de soins, notamment

pour les affections de longue durée

Les Parties signataires engagent une démarche qualité dans le traitement et le suivi de certaines affections particulièrement fréquentes qu'elles déterminent en commun, telles que notamment certaines ALD, et qui constituent un axe privilégié pour la coordination des soins tant en termes d'amélioration de la qualité des soins que de maîtrise médicalisée.

A cette fin, le médecin référent élabore, pour les patients adhérents concernés, un plan de soins prenant en compte les référentiels de bonne pratique élaborés notamment par l'ANAES.

Les Parties signataires conviennent de mettre en place un dispositif permettant

le suivi de la mise en oeuvre de cette démarche, notamment en organisant un retour d'information vers le professionnel.

Article 11

Participation à des actions de formation professionnelle conventionnelle

Le médecin référent bénéficie en priorité des actions de formation professionnelle conventionnelle (FPC) prévues par la convention.

Il participe chaque année à des actions de formation professionnelle conventionnelle parmi celles dont les thèmes sont jugés prioritaires pour la pratique de médecin référent. La liste de ces actions est établie annuellement par le CPNFPC.

Article 12

Participation à des évaluations de connaissances et de pratique

Le médecin référent participe chaque année à une action de FPC recommandée par le CPN-FPC ou le CPR-FPC.

Elle comporte un module d'évaluation destiné à être réalisé à l'issue de l'action.

Ce module de connaissance et de bonne pratique porte sur le rôle spécifique du médecin référent dans l'optique de la coordination de l'ensemble des soins, dans une situation pathologique ou pour une catégorie de patients déterminée.

Ce module d'évaluation, élaboré par l'organisme de FPC responsable de l'action, est joint au projet d'action et fait l'objet d'une validation scientifique et d'un agrément dans les mêmes conditions que l'ensemble du projet.

Le prestataire de FPC communique les résultats du module d'évaluation aux participants. Il invite le médecin référent qui n'aurait pas satisfait à cette évaluation à participer dans les trois mois à une action du même type, dont le succès conditionne son maintien dans l'option conventionnelle.

A l'issue de chaque campagne de FPC, les organismes de FPC transmettent le bilan général de ces modules d'évaluation aux conseils scientifiques concernés.

Article 13

Travail en groupe

Le médecin référent s'engage à rechercher auprès de ses confrères et le cas échéant auprès des acteurs du domaine médico-social, un dialogue critique et constructif sur certaines situations médicales rencontrées.

ANNEXE III

ANNEXE POUR 1998 A LA CONVENTION NATIONALE LIANT LES CAISSES
NATIONALES

ET LES ORGANISATIONS DE MEDECINS GENERALISTES

Article unique

Tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires

Les tarifs sont fixés comme suit :

=====

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 282 du 05/12/1998 page 18329 à 18359

=====

Source : <http://www.legifrance.gouv.fr/>