Approche bibliographique de l'impact économique des références médicales opposables

Stephanie David

▶ **To cite this version:**

Stephanie David. Approche bibliographique de l'impact économique des références médicales opposables. Sciences pharmaceutiques. 1999. dumas-01617619

HAL Id: dumas-01617619

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01617619

Submitted on 16 Oct 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UFR de Pharmacie
UNIVERSITÉ Grenoble Alpes
BIBLIOTHÈQUES UNIVERSITAIRES Grenoble Alpes
UNIVERSITÉ Grenoble Alpes
Grenoble INP

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

B.U.M. GRENOBLE
D 115 039069 9

2e exemplaire

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : 1999 **N° d'ordre :** 7031

Approche bibliographique de l'impact économique des Références Médicales Opposables.

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN PHARMACIE
DIPLOME D'ETAT

Stéphanie DAVID

[Données à caractère personnel]

BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE GRENOBLE MÉDECINE - PHARMACIE

[Données à caractère personnel]

Thèse soutenue publiquement le : 07 juillet 1999. **A :** 18 H 00

Devant le jury composé de :

Mme Martine DELETRAZ-DELPORTE	Président du jury
Mme Pierrette GOUSSE	Médecin conseil
Mme Elsa ZADOROJNI	Docteur en pharmacie

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : 1999 **N° d'ordre :**

Approche bibliographique de l'impact économique des Références Médicales Opposables.

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN PHARMACIE
DIPLOME D'ETAT

Stéphanie DAVID

[Données à caractère personnel]

Thèse soutenue publiquement le : 07 juillet 1999. **A :** 18 H 00

Devant le jury composé de :

Mme Martine DELETRAZ-DELPORTE	Président du jury
Mme Pierrette GOUSSE	Médecin conseil
Mme Elsa ZADOROJNI	Docteur en pharmacie

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté — M. le Professeur P. DEMENGE

Vice Doyen — M. le Professeur J. CALOP

PROFESSEURS DE PHARMACIE

ALARY	*Josette*	*Chimie Analytique*
BAKRI	*Abdelaziz*	*Pharmacie Galènique*
BENOIT-GUYOD	*Jean-Louis*	*Chimie Toxicologie et Eco-toxicologie*
CALOP	*Jean*	*Pharmacie Clinique et Bio-technique*
CUSSAC	*Max*	*Chimie Thérapeutique*
DECOUT	*Jean-Luc*	*Chimie Générale*
DEMENGE	*Pierre*	*Physiologie/Pharmacologie*
DROUET	*Emmanuel*	*Microbiologie-Immunologie*
FAVIER	*Alain*	*Biochimie*
GOULON	*Chantal*	*Physique-Pharmacie*
GRILLOT	*Renée*	*Parasitologie*
LECLERC	*Gérard*	*Chimie Organique*
MARIOTTE	*Anne-Marie*	*Pharmacognosie*
ROCHAT	*Jacques*	*Hygiène environnement Droit et Economie Pharmaceutiques*
ROUSSEL	*Anne-Marie*	*Biochimie*
SEIGLE-MURANDI	*Françoise*	*Botanique et Cryptogamie*
STEIMAN	*Régine*	*Biologie Cellulaire*
WOUESSIDJEWE	*Denis*	*Pharmacie Galénique*

REMERCIEMENTS :

Je vous remercie Mme Delétraz-Delporte d'avoir accepté la présidence de ce jury, pour votre écoute, votre gentillesse, pour tout le temps consacré ainsi que pour l'aide apportée afin de mener ce travail à son terme.

Je vous remercie aussi Mme Goussé pour votre accueil et pour vos nombreux conseils tout au long de la rédaction.

Merci à Elsa, d'avoir accepté en toute amitié de relire mon travail et d'être ici aujourd'hui.

Je remercie Mr Tardieu, médecin chef du Service Médical de Grenoble qui m'a autorisé l'accès aux documents relatifs aux RMO, ainsi que tous les membres du Service Médical qui m'ont aidé dans mes recherches ainsi qu'à mieux comprendre leur travail.

A ma maman qui m'a soutenue tout au long des mes études,

A Romain qui m'a secondée, épaulée et supportée pendant la rédaction de ce travail,

A Bénédicte et Eric,

A Christiane et Patrick,

A mon père et Monique,

A Iago…..

APPROCHE BIBLIOGRAPHIQUE DE L'IMPACT ECONOMIQUE DES REFERENCES MEDICALES OPPOSABLES.

INTRODUCTION 5.

PREMIERE PARTIE : LES REFERENCES MEDICALES OPPOSABLES : GENESE D'UN DISPOSITIF NOVATEUR. 7.

1.EXAMEN DE LA SITUATION GENERALE DE LA SANTE. 7.

1.1.La position de la santé dans le monde. 7.
1.1.1.Généralités. 7.
1.1.2.Le marché du médicament dans les pays industrialisés. 8.

1.2.Un examen de la situation en France. 10.

2.ETAPES FONDAMENTALES DE L'EVOLUTION DE LA PROTECTION SOCIALE EN FRANCE. 11.

2.1.Encadrement du médecin libéral avant 1970. 11.

2.2.Les conventions médicales nationales. 14.
2.2.1.Première convention nationale (1971-1976). 14.
2.2.2.Troisième convention nationale (1980-1985). 15.
2.2.3.Quatrième convention nationale (1985-1990). 16.

2.3.Génèse du concept de maîtrise médicalisée des dépenses. 16.
2.3.1.Avantages d'une maîtrise médicalisée des dépenses. 17.
2.3.2.Cinquième convention nationale (1990-1992). 20.

2.4.Cadre juridique et conventionnel de la maîtrise médicalisée. 22.
2.4.1.Loi du 4 janvier 1993 (dite loi Teulade). 22.
2.4.2.Plan Veil de juin 1993. 24.
2.4.3.Sixième convention nationale (1993). 25.
2.4.3.1.Signataires. 26.
2.4.3.2.Objectifs et innovations. 26.
2.4.3.3.Mise en œuvre de la maîtrise. 27.
2.4.4.Septième convention nationale (1998). 30.
2.4.4.1.Les parties signataires. 30.
2.4.4.2.Objectifs et innovations. 31.

3.LA PROCEDURE D'ELABORATION DES REFERENCES MEDICALES OPPOSABLES. 34.

3.1.Définition. 34.

3.2.Elaboration des RMO. 35.
3.2.1.Les premières RMO. 35.
3.2.1.1.Les documents initiaux. 35.
3.2.1.2.Les experts. 35.
3.2.1.3.La rédaction. 36.
3.2.2.La méthodologie adoptée pour les RMO suivantes (jusqu'en 1998). 37.
3.2.3.Actualisation des RMO (au niveau de la convention du 04.12.98). 38.

3.3.Opposabilité. 39.

3.4.Le suivi des références médicales opposables. 41.
3.4.1.Codage et recueil de l'information (1993). 41.
3.4.2.Méthodologie d'examen de la situation des médecins. 43.
3.4.2.1.L'initiative de l'examen. 43.
3.4.2.2.Sélection des médecins. 43.
3.4.2.3.Procédure d'élaboration. 44.
3.4.2.4.Critères d'opposabilité. 44.
3.4.2.5.Examen par le CMPL et prononcé éventuel de sanctions. (article 20 de la convention de 1993). 48.
3.4.2.6.Les sanctions prévues et les recours. 48.
3.4.3.Modifications survenues lors de la convention de 1998. 50.
3.4.3.1.Critères d'opposabilité. 50.
3.4.3.2.Sanctions prévues. 51.

DEUXIEME PARTIE : EVALUATION ECONOMIQUE DES RECOMMANDATIONS MEDICALES OPPOSABLES. 52.

1.LE SUIVI CONVENTIONNEL DES RMO. 52.

1.1.Méthode d'observation de la pratique. 52.
1.1.1.Examen et suivi des médecins. 52.
1.1.2.Les étapes de travail et les critères utilisés. 54.
1.1.3.La sélection des médecins. 54.
1.1.4.La collecte des prescriptions médicales. 55.
1.1.5.La requête pour la sortie d'archives. 56.
1.1.6.Les critères de tri des ordonnances. 56.

1.2.Notion « d'unités de recherche » UR et « d'unités de non-respect » UNR. **57.**
1.2.1.La formulation pour chaque référence médicale opposable. **57.**
1.2.2.Les documents de saisie des résultats et la décision d'action. **59.**
1.2.2.1.La fiche de dénombrement par médecin observé. **59.**
1.2.2.2.La fiche de recueil par bénéficiaire. **59.**
1.2.2.3.La fiche de synthèse. **60.**

1.3.La décision prise à la suite de l'observation initiale. **60.**

1.4.L'échange confraternel dans le suivi des RMO sur 10 jours. **61.**
1.4.1.Les moyens de recherche des informations complémentaires. **61.**
1.4.1.1.La recherche d'information auprès du médecin prescripteur. **61.**
1.4.1.2.La recherche auprès du patient. **62.**

2.ANALYSE QUANTITATIVE DES PRATIQUES MEDICALES. **62.**

2.1.Analyse quantitative des pratiques médicales nationales et régionales observées par les services médicaux en 1997. **62.**
2.1.1.La réalisation du bilan quantitatif. **62.**
2.1.2.Bilan de l'observation des pratiques des professionnels de santé au regard des RMO au 31. 12. 97. au niveau national. **63.**
2.1.2.1.Pratique individuelles. **63.**
2.1.2.2.Pratique collectives. **63.**
2.1.3.Bilan de l'observation des pratiques professionnelles au niveau de la région Rhône-Alpes. **66.**

2.2.Bilan de l'impact économique national des Références Médicales Opposables. (enquête du CREDES 1996). **67.**
2.2.1.Données du CREDES. **67.**
2.2.1.1.Materiels et méthodes. **67.**
2.2.1.1.1.Materiels. **68.**
2.2.1.1.2.Méthodes. **68.**
2.2.1.2.Attitude du médecin devant une prescription. **68.**
2.2.1.3.Les différents types de références. **69.**
2.2.1.4.Méthodes de calcul. **69.**
2.2.1.5.Les limites de la mesure des effets des RMO. **70.**

2.2.2.Résultats. 71.
2.2.2.1.Exemple :les références relatives à la prescription des antibiotiques. 71.
2.2.2.2.Texte de la référence. 71.
2.2.2.3.Période d'observation. 72.
2.2.2.4.Méthode utilisée. 72.
2.2.2.5.Estimation du nombre de séances pour affections ORL et respiratoires courantes. 72.
2.2.2.6.Estimation du nombre de séances pour affections ORL et respiratoires courantes comportant des céphalosporines. 74.
2.2.2.7.Incidence financière de la référence. 75.
2.2.2.8.Exemple : la prescription de corticoïdes lors de traitements antibiotiques pour affections ORL ou respiratoires courantes. 78.
2.2.2.8.1.Estimation du nombre de séances avec antibiothérapie et corticoïdes. 78.
2.2.2.8.2.Incidence financière de la référence. 79.
2.2.2.9.Evaluation des effets de substitution des antibiotiques. 80.
2.2.3.Bilan financier pour 1994. 81.
2.2.3.1.Texte des références citées. 81.
2.2.3.2.Bilan quantitatif. 82.
2.2.3.3.Bilan financier. 84.
2.2.4.Bilan financier pour 1995. 85.
2.2.4.1.Bilan quantitatif. 85.
2.2.4.2.Bilan financier. 86.

2.3.Discussion sur l'impact économique des RMO. 86.

3.DISCUSSION. 87.

CONCLUSION. 89.

BIBLIOGRAPHIE. 91.

ANNEXES. 93.

SERMENT DES APOTHICAIRES.

INTRODUCTION

En matière de prestations, les besoins de santé et les ressources disponibles ne s'équilibrent pas spontanément. En pratique, alors que les besoins augmentent régulièrement (vieillissement de la population, essor de technologies médicales nouvelles et onéreuses...), les ressources restent limitées. De plus, comparativement à d'autres pays industrialisés, les performances sanitaires réalisées par la France sont convenables, compte tenu du pourcentage du PIB consacré à la santé.

Au cours des dernières années, le problème de la régulation des dépenses de santé s'est donc posé de façon de plus en plus aiguë. Des politiques de maîtrise ont dû être mises en œuvre pour ne pas voir exploser le système actuel français de protection sociale.

Nous verrons au niveau de la médecine ambulatoire, les différentes réformes mises en place par le gouvernement depuis 1970 afin de réguler les dépenses de santé. A partir de cette date, l'économie française n'était plus en plein essor et le gouvernement ne pouvait plus s'acquitter des sommes générées par le système français des prestations sociales et médicales. Il a fallu alors réaffecter les ressources disponibles vers les postes de dépenses les plus importants. Un nouveau concept a alors vu le jour : celui d'éduquer les principaux acteurs de la santé à n'utiliser qu'à bon escient les techniques nouvelles mises à leur disposition ainsi qu'a participé de façon active à la maîtrise de l'économie de santé.

Nous ne parlerons dans ce travail que des dispositions mises en place au niveau de la médecine ambulatoire, sans aborder celles concernant la médecine hospitalière, car la réglementation à ce niveau est plus longue à mettre en œuvre.

Les recherches bibliographiques pour la réalisation de ce travail ont été effectuées jusqu'en septembre 1998. La convention signée le 04 décembre 1998 figure cependant dans la partie relative à l'approche théorique des RMO pour l'illustrer. Mais la convention trop proche, ne sera pas analysée dans notre deuxième partie relatant les études d'impact économique.

La mise en place d'éléments de régulation des dépenses de santé s'est faite après de longues négociations. Ce n'est qu'en 1993 qu'une loi et une Convention Nationale prévoit une maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie, notamment grâce à des critères médicaux d'un caractère unique : **les Références Médicales Opposables (RMO).** Ces RMO sont des modèles établis dont le but est de promouvoir la qualité des soins donnés par les médecins libéraux, et de réguler les pratiques médicales en sanctionnant celles jugées injustifiées voire dangereuses.

Après l'instauration de ce système révolutionnaire à plusieurs égards en mars 1994,il est intéressant de voir comment ces normes ont été respectées au niveau national.

Ce travail a pour objectif de fournir au lecteur (supposé ne pas être un spécialiste de l'économie de la santé ni a fortiori du dispositif des références médicales opposables) un support pour la compréhension de ce dispositif, de sa genèse à la mise en application pratique, accompagné d'une réflexion sur les difficultés actuelles et les perspectives envisageables.

Nous verrons dans un premier temps les points importants inscrits dans les conventions successives afin d'obtenir une maîtrise médicalisée des dépenses de santé et plus particulièrement, la convention signée le 04/01/93 avec la genèse d'un dispositif novateur : Les recommandations médicales rendues opposables.

La rédaction, la mise en place et le rôle de ces recommandations dans le suivi des pratiques de prescriptions des médecins libéraux, ainsi que les outils nécessaires à ce suivi seront étudiés également.

Dans une deuxième partie, nous analyserons les sanctions appliquées à la suite des observations du service médical depuis la mise en place des RMO ainsi que l'impact économique de celles-ci au regard de certaines familles médicamenteuses.

Pour cela, nous ferons appel a plusieurs enquêtes nationales et régionales.

PREMIERE PARTIE : LES REFERENCES MEDICALES OPPOSABLES : GENESE D'UN DISPOSITIF NOVATEUR.

1.UN EXAMEN DE LA SITUATION GENERALE DE LA SANTE.

1.1.La position de la santé dans le monde.

1.1.1.Généralités.

La santé est une des préoccupations majeures de tout être humain, qui cherche à se maintenir dans la meilleure condition physique et psychologique possible, afin de mener au mieux sa destinée individuelle, en tirant le meilleur profit de son environnement.

Il s'agit de l'une des motivations fondamentales de l'homme, comme se nourrir se vêtir, se loger et travailler pour subvenir à ses besoins vitaux.

Le recours aux soins pour l'amélioration d'un niveau de santé est réparti de manière très inégale à travers le monde, tant en termes de qualité que surtout en termes de quantité. La disparité entre pays « riches » et pays « pauvres » est encore plus forte dans ce domaine, l'indicateur n'étant plus la mesure de la richesse nationale par le P.I.B (ou le P.N.B.), mais la part de cette richesse consacrée aux dépenses de santé.

Tableau n° I : La répartition des richesses et des dépenses de santé dans le monde en 1992. [9]

Région du monde	Population en millions d'habitant	% population totale	Dépense de santé en francs et par habitant	PNB en milliard de francs	% des dépenses de santé	% du PNB
AFRIQUE	506	9,6%	119	2.550	0,7%	2,4%
INDE	857	16,3%	105	1.800	1,0%	5,0%
CHINE	1.090	20,8%	55	1.850	0,7%	3,2%
ASIE (hors inde et chine)	690	13,2%	304	6.850	2,5%	3,0%
AMERIQUE LATINE	450	8,6%	522	10.950	2,8%	2,1%
MOYEN ORIENT	506	9,6%	385	8.600	2,3%	2,3%
EUROPE DE L'EST	345	6,6%	710	14.250	2,9%	1,7%
TOTAL PARTIEL	4.444	84,7%		46.850		
EUROPE DE L'OUEST ET USA	806	15,3%	9.300	99.500	87,1%	7,5%
TOTAL	5.250	100%		146.350		

Les pays occidentaux consacrent ainsi, à richesse comparable, environ trois fois plus de ressources à la santé que le reste du monde, avec 87% du total des dépenses mondiales de la santé pour une population qui représente 15% de la population totale.

Pour essayer de donner une définition au concept de la santé, il est possible de retenir la formulation de l'O.M.S. :

« La santé est non seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, mais un état complet de bien-être physique, mental et social. »

Dans nos sociétés développées, l'accès au soins de santé est reconnu comme l'un des droits fondamentaux de la personne humaine qu'une collectivité nationale se doit de garantir à chacun de ses membres.

Ainsi la santé prend, au-delà du caractère individuel, une dimension sociale.

En effet, la société donne forme et contenu à la maladie, à travers la représentation des individus, les conceptions culturelles et le mode de prise en charge.

La question de fond est donc de savoir quel système de santé retient une société (et dans le cas particulier qui nous intéresse, la société française) ainsi que d'en définir les principes de gestion et les propositions de solutions aux problèmes rencontrés afin qu'il puisse perdurer et tenir les objectifs que les responsables politiques du pays lui ont assignés.

1.1.2.Le marché du médicament dans les pays industrialisés.

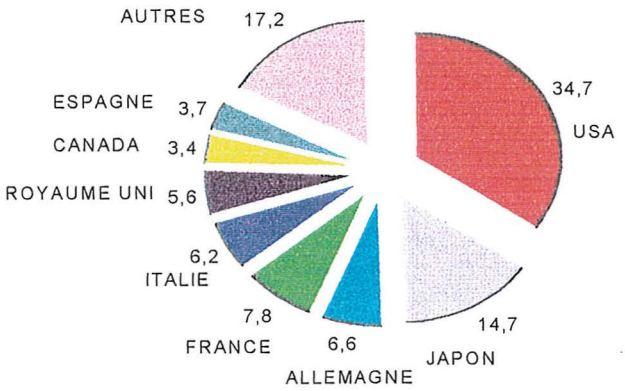
Parmi les biens à examiner dans le secteur de la santé, le médicament occupe une place importante. Le marché du médicament est particulièrement développé dans les pays industrialisés, en atteignant en 1994 la somme de 1220 milliards de francs, contre 300 milliards de dollars (1800 milliards de francs) aujourd'hui.

Tableau n° II : Le marché du médicament en 1994 dans les pays industrialisés. [8]

PAYS	Valeur en milliards De francs	Part du total en %	Croissance Annuelle moyenne De 1988 à 1994
USA	424	34,7%	13%
JAPON	124	14,7%	8%
ALLEMAGNE	81	6,6%	8%
FRANCE	95	7,8%	10%
ITALIE	76	6,2%	11%
ROYAUME UNI	69	5,6%	8%
CANADA	41	3,4%	13%
ESPAGNE	45	3,7%	12%
AUTRES (hors pays de l'Est)	210	17,2%	9%
TOTAL	1220	100%	9%

Un graphique illustrant le tableau ci-dessus permet une meilleure vue sur le marché du médicament au niveau mondial.

<u>Figure n° I :</u> Répartition en pourcentage du marché du médicament dans les pays industrialisés.



Les progrès de la médecine en général, et de la pharmacie en particulier, ont notablement contribué à l'accroissement de la longévité humaine, aux côtés d'une amélioration considérable de l'hygiène et de l'alimentation.

Le médicament a également permis un progrès sensible de la qualité de la vie : lutte contre la douleur, traitement de pathologies bénignes mais invalidantes, report de l'acte chirurgical, suppressions d'effets secondaires d'autres traitements plus lourds.

Les perspectives du marché pharmaceutique semblent a priori excellentes pour plusieurs facteurs.

Le vieillissement de la population dans les pays riches génère des besoins de santé, mais surtout les générations successives consomment de plus en plus de biens de santé.

Sous la pression continue de l'offre en médicaments nouveaux, la demande croit inexorablement. Mais l'offre au niveau des pays développés n'est pas uniquement thérapeutique, elle est aussi commerciale. La multiplication de traitements souvent comparables sur les pathologies de fortes prévalences entraîne une pression commerciale sur le médecin prescripteur et sur le patient, génératrice de consommations parfois peu justifiées.

La progression rapide du nombre de médecins dans les pays industrialisés a également contribué à la croissance de la prescription.

Dans les pays développés, la demande de santé est fortement solvabilisée par les systèmes d'assurance maladie et de manière générale, le besoin de santé croit avec le développement. Tandis que l'état sanitaire dans les pays du Tiers Monde est affligeant.

B.U. - GRENOBLE - MÉD.

1.2.Un examen de la situation en France.

La situation de la France est devenue progressivement préoccupante pour les pouvoirs nationaux. Le système français permettant une médecine pour tous ne pouvait plus continuer à fonctionner comme par le passé.

La France se place aujourd'hui au 3ème rang pour la part de la richesse nationale qu'elle consacre à la santé.

Autant que le niveau des dépenses de santé atteint en France, c'est la dynamique de progression qui surprend : sur trente ans (1960-1990) le taux de croissance annuel atteint en francs constants 4,7% en France contre 3,4% en Allemagne et 2,2% au Royaume Uni. Sur une longue période, ce rythme est quasiment double de la croissance économique. Les tensions sur le financement de la dépense de santé trouvent là leur explication statistique immédiate.

La France a consacré une part croissante de sa richesse nationale aux dépenses de santé : 4,2% du PIB en 1960, 8,9% en 1990, la barre des 10% étant désormais atteinte.

De 1970 à 1973, les prestations sociales ont connu une augmentation moyenne de 6,5% par an, comparable à celle du revenu de la nation. La situation est donc restée équilibrée.

De 1973 à 1979, le taux d'augmentation est resté du même ordre de grandeur, mais le revenu national a chuté, à cause notamment des effets du premier choc pétrolier. Dans ces conditions, la part relative des prestations sociales est passée de 18,3% en 1973 à 22,8% en 1979.

De 1980 à 1990, dans un contexte de stagnation économique, la part des prestations sociales s'est stabilisée autour de 27% du revenu national.

De 1990 à 1993, un nouveau mouvement d'augmentation a été observé, jusqu'à atteindre 30% du revenu national.

A partir de 1993, le taux d'augmentation se révèle plus faible que celui des années précédentes. Cette évolution traduit l'impact des actions menées depuis plusieurs années pour maîtriser la croissance de certains postes.

La consommation médicale totale a cru à un rythme élevé et continue de progresser. Elle atteint 12015 francs par habitant en 1996 dont 2216 francs pour le seul poste « médicaments ». Au sein de la consommation de soins et de biens médicaux, les médicaments représentent un poste relativement stable, en légère progression.

2.Etapes fondamentales de l'évolution de la protection sociale en France.

2.1.Encadrement du médecin libéral avant 1970.

La protection sociale française est ambiguë car elle cherche à concilier deux systèmes dont les fondements sont antagonistes : médecine libérale et financement socialisé.

De fait, le médecin est longtemps resté très libre de ses actes, n'étant soumis à d'autre contrôle que celui exercé par une régulation uniquement axée sur les tarifs, et facilement contournable par la hausse des volumes d'activité.

Avant 1930, le médecin est un expert libre dans ses décisions et dans la détermination de la rémunération de ses actes. La protection sociale des ouvriers contre la maladie et les accidents du travail est assurée par des mutuelles dont l'adhésion est facultative.

La loi du 30 avril 1930 institue un système d'assurances sociales obligatoires pour les salariés de l'industrie et du commerce à revenus modestes, pour la prise en charge des risques de maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès. Des syndicats professionnels de médecins et les caisses d'assurances passent des conventions locales fixant un tarif qui sert de base de remboursement. Mais ce tarif n'est pas opposable aux praticiens, et en l'occurrence sans rapport avec les tarifs appliqués.

1945 est l'année décisive qui voit la structuration d'un système de solidarité nationale obligatoire, socialisant le risque sanitaire dans l'élan de reconstruction et de solidarité correspondant à la libération et la fin de la seconde guerre mondiale : il s'agit du régime général de sécurité sociale.

Sa mission est de :

« Garantir les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature, susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain. Elle couvre également les charges de maternité et les charges de famille. Elle assure, pour toute autre personne et pour les membres de sa famille résidant sur le territoire français, la couverture des charges de maladie et de maternité ainsi que les charges de famille.

Elle assure le service des prestations d'assurances sociales, d'accidents du travail et maladies professionnelles, des allocations vieillesse ainsi que le service des prestations familiales. » (art.L.111-1 du code de la sécurité sociale.)

Le concept directeur est de tendre à l'égalité d'accès en matière de soins de santé.

Le principe fondamental de fonctionnement repose sur la **solidarité nationale**, de la part des actifs envers les inactifs (retraite ou invalidité, mais sans inclure le chômage pris en charge par un autre dispositif), et de la part des bien-portants envers les malades.

Prévu par les ordonnances du 4 et du 19 octobre 1945, c'est un compromis qui vise à conserver le caractère libéral des professions de santé tout en étendant le système de protection sociale à tous.

La prise en charge des dépenses de santé est partielle puisque le ticket modérateur, en laissant à l'assuré une part du financement, se veut déjà régulateur des dépenses de santé.

Les libertés médicales sont préservées :

« Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin. » (art.L.162.2 du Code de la Sécurité Sociale)

Elles ne sont pas cependant absolues. En matière de liberté de prescription, notamment, le principe d'économie que doivent suivre les praticiens est clairement énoncé par l'article L.162.4 du Code de la Sécurité Sociale :

« Les médecins sont tenus, dans toutes leurs prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement. »

Cette même règle est en outre formulée par l'article 9 du code de déontologie médicale de 1970 :

« Le médecin doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. »

Les conventions prévues par ces ordonnances de 1945 sont destinées à organiser les rapports entre les médecins et les caisses d'assurance maladie, et définissent de façon contractuelle les obligations des deux parties. Mais elles sont départementales, non obligatoires, et concernent principalement la fixation des tarifs. Ceux- ci devraient servir de base de remboursement, mais varient d'un département à l'autre. Les conventions signées sont rares et, de ce fait, mal respectées.

Deux lois de 1946 étendent la couverture des risques à l'ensemble de la population et retirent aux assurances privées la réparation des accidents de travail pour les intégrer à la sécurité sociale.

Le décret du 12 mai 1960 conserve les principes généraux de l'ordonnance de 1945 : (cf. art. L.162.2 du code de la Sécurité Sociale), avec le libre choix du médecin par le malade, le paiement direct des honoraires, le remboursement par la caisse et la fixation des tarifs par des conventions signées entre syndicats professionnels et caisses.**[5].**

Ce décret augmente aussi, la capacité d'intervention des autorités de tutelle et précise le rôle respectif des conseils d'administration et celui des agents de direction.

Le système conventionnel prévu par ce décret est rendu efficace par des aménagements importants :

-plafonds tarifaires fixés par arrêté interministériel et meilleurs contrôles,

-conventions départementales qui doivent respecter les clauses d'une convention type annexée au décret du 12 mai 1960,

-obligation d'inscrire les honoraires perçus sur la feuille de maladie,

-possibilité d'adhésion individuelle à la convention type en cas de refus du syndicat de signer une convention,

-création d'un régime d'assurance maladie propre aux praticiens, avec participation financière des caisses aux cotisations (de même pour le risque vieillesse),

-création d'instance de concertation paritaire départementale compétente pour sanctionner les médecins en cas de non-respect des règles conventionnelles.

Ce système remporte un vif succès : 88 % des médecins y adhèrent.

Compte tenu de la portée exclusivement tarifaire de ce système conventionnel, et de la croissance des dépenses médicales susceptible de remettre en cause à terme le paiement à l'acte, voire les fondements de la médecine libérale, le corps médical se montre favorable au principe d'une convention nationale. En effet, malgré la plus grande rigidité des obligations qu'elle comporte, elle semble le mieux à même de garantir la pérennité de l'exercice.

Les ordonnances de 1967 servent de base à l'organisation du système actuel : On trouve quatre ordonnances qui organisent la séparation des risques (vieillesse, maladie, famille) et qui prévoient que chaque branche doit être financièrement équilibrée, qui introduisent le paritarisme au sein des conseils d'administration, les administrateurs étant désignés par leur organisation respective.

Trois caisses nationales autonomes sont créées :

La CNAMTS Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

La CNAVTS Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés.

La CNAF Caisse Nationale d'Allocations Familiales.

Des organismes communs aux différentes caisses sont mis en place :

L'URSSAF, (Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales), dans chaque département, collectent les cotisations versées par les entreprises.

L'ACOSS, (Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale), qui est un établissement public national chargé de la gestion de la trésorerie des trois risques (famille, maladie, vieillesse) et met à la disposition des caisses (primaires, régionales et d'allocations familiales) les fonds nécessaires pour servir les prestations.

L'UCANSS, (Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociale), est chargée de traiter les problèmes communs aux différentes branches, notamment en matière de personnel.

2.2. Les conventions médicales nationales.

Les conventions concrétisaient jusqu'en 1971 l'entente entre caisses d'assurance maladie et syndicats médicaux au niveau départemental.

A partir de 1971, il s'agit d'accords bipartites nationaux, dont les réajustements périodiques portant sur les problèmes de rémunération des médecins et de volume de prescription font perdurer, tant bien que mal, le fonctionnement du système de sécurité sociale, malgré l'accroissement permanent des dépenses d'assurance maladie.

2.2.1.Première convention nationale (1971- 1976)

C'est d'abord la loi du 3 juillet 1971 qui bouleverse le système conventionnel par de nombreuses innovations :

-les conventions départementales deviennent nationales et s'imposent aux médecins, sauf à ceux qui s'en dégagent volontairement,

-les caisses nationales des régimes agricoles et des professions des travailleurs non salariés peuvent s'associer à la convention,

-la notion de convention négociée remplace celle de la convention type ; son application est subordonnée à une approbation par arrêté ministériel.

Jusqu'à la loi du 10 juillet 1975, les conventions doivent être signées par toutes les organisations syndicales représentatives. A partir de juillet 1975, la signature d'une seule suffit, ce qui évite le blocage du système conventionnel par un seul syndicat.

Cette loi est suivie en octobre 1971 par la première convention médicale nationale, qui présente comme points principaux :

-la participation des caisses au financement des avantages sociaux des médecins conventionnés,

-la possibilité de dépassement des tarifs (révisés après approbation par arrêté ministériel),

-la création d'organes de concertation : les commissions médico-sociales paritaires départementales et nationales,

-la régulation à l'entrée des études de médecine avec l'instauration du Numerus Clausus,

-et surtout l'amélioration du système d'information et des capacités de contrôle des caisses, avec les Tableaux Statistiques d'Activité des Praticiens (TSAP).

Les TSAP sont réalisés tous les semestres par les caisses pour chaque médecin. Ils indiquent la nature et le nombre d'actes réalisés, ainsi que la nature et le coût des prescriptions réalisées.

Puisque la persuasion ne suffit plus à maîtriser l'inflation des dépenses de santé, les TSAP sont conçus comme un outil plus coercitif de régulation et d'autodiscipline. En cas d'écart par rapport à la moyenne de comparaison (par rapport à un groupe de praticiens de même discipline, de même circonscription de caisse primaire, dans la même période), les praticiens sont avertis, convoqués par la commission paritaire, et risquent le déconventionnement en cas de récidive.

Cette tentative de régulation de l'offre va échouer pour plusieurs raisons. Le système d'information est inadéquat. On manque de données sur la clientèle du praticien, et par conséquent sur les besoins et la demande de soins, ainsi que sur la pratique du médecin, la clinique du malade (symptôme, diagnostic) ainsi que les procédures techniques mises en œuvre.

Les TSAP avaient plus une vocation d'aide à un contrôle quantitatif des prestations fournies qu'un caractère qualitatif.

La comparabilité des tableaux statistiques est peu fondée. La demande est très irrégulière, la moyenne des volumes d'activité est très variable selon les circonscriptions. Il est donc arbitraire d'utiliser des données si hétérogènes pour définir un seuil à partir duquel seront effectués des contrôles sélectifs susceptibles d'amener des sanctions. Ce seuil est une moyenne de comparaison dénuée de toute valeur concrète, qui ne traduit ni la demande ni la qualité des soins. Elle est pourtant utilisée pour comparer les activités des médecins. Lorsqu'ils sont convoqués par les instances conventionnelles, les praticiens s'opposent aux sanctions en invoquant le caractère particulier de leur clientèle.

Il s'agit tout de même du premier outil utilisé par les caisses d'assurance maladie afin de rationaliser les dépenses de santé. Mais la manière employée pour diminuer le nombre de prescriptions sans regarder leur bien fondé n'a pas permis la régulation attendue des dépenses de soins.

2.2.2.Troisième convention nationale (1980-1985)

Lors de l'accord conventionnel de 1976, le rôle économique des organes de concertation est accentué, car il devient nécessaire d'étudier les incidences du coût de l'assurance maladie sur le système de soins.

Cette tendance s'affirme encore dans la convention signée en mai 1980. Celle- ci propose notamment :

- la recherche d'une maîtrise concertée des dépenses de santé, avec un système d'enveloppe globale. Les objectifs de dépenses fixés sont compatibles avec la situation financière de l'assurance maladie ;
- l'évaluation et le contrôle du bon usage des soins par les Comités Médicaux Paritaires Nationaux et Locaux (CMPN et CMPL). Dans chaque région, les CMPL sont composés paritairement de trois représentants des syndicats médicaux et d'un médecin conseil de chacun des trois régimes d'assurance maladie (voix délibératives), ainsi que d'un représentant du conseil de l'Ordre, et d'un représentant du médecin conseil régional du régime général (voix consultatives).

Ces CMPL ont un double rôle. Ils doivent étudier les TSAP, et sont dotés d'un pouvoir de sanction qui va jusqu'à la mise hors convention par la caisse primaire d'assurance maladie. Ils doivent aussi établir des actions de bon usage des soins.

- la création du secteur II,
-la définition du rôle du service médical. Le médecin conseil est un épidémiologiste, qui doit participer au bon usage des soins,
- la formation médicale continue, que les caisses nationales peuvent aider à financer.
- la liberté d'exercice médical est toujours réaffirmée dans le préambule à la convention.

2.2.3. Quatrième convention nationale (1985-1990)

Dans le cadre de cette convention nationale, et pour la première fois, l'essentiel de l'effort porte sur la « *maîtrise concertée de l'évolution des dépenses* », associé à un « *meilleur usage des soins et du système de santé* », dans un constant souci de se rapprocher le plus possible « *de la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement* ».

La convention fait appel au sens de la responsabilité de chacun, et se réfère à l'article L.162.4 du code de la sécurité sociale. Elle insiste également sur l'importance de la formation continue.

Le contexte économique est préoccupant, les déficits de diverses branches de la protection sociale, notamment la branche assurance maladie, s'accentuent. Du fait de sa position d'ordonnateur de dépenses socialisées, le médecin libéral est au cœur du problème.

Le taux d'évolution des prestations maladie (régime général) est quasiment double de celui du produit intérieur brut. Ceci se traduit par une accumulation de soldes négatifs pour l'assurance maladie. Si la branche maladie du régime général n'a connu que quatre années déficitaires de 1980 à 1990, elle n'a plus obtenu de soldes positifs depuis 1989. L'ampleur du déficit s'est considérablement accrue depuis 1993 pour atteindre - 39,7 milliards de francs en 1995.

2.3.Genèse du concept de maîtrise médicalisée des dépenses.

L'histoire des « *relations entre médecins et régimes d'assurance maladie est marquée par la recherche constante, entrecoupée de crises et de ruptures fracassantes, de compromis permettant de dépasser l'antinomie structurelle qui existe entre une profession qui veut demeurer libre et indépendante, et des régimes d'assurance maladie désireux de remplir au mieux leur mission de dispensateur de sécurité devant la maladie et confrontés à l'accroissement des dépenses de santé.* » (Ch. Prieur, 1976)

Cette notion de coût de la santé et de maîtrise des dépenses apparaissait déjà dans la convention de 1976, et n'a fait que s'affirmer dans les suivantes.

2.3.1.Avantages d'une maîtrise médicalisée des dépenses.

Comme le montre Anne-Marie BROCAS **[4]**, seule une politique de maîtrise des dépenses s'appuyant sur une régulation de l'offre est efficace et acceptable pour équilibrer les comptes de l'assurance maladie, puisque les nombreuses tentatives de régulation de la demande n'ont pas pu rétablir durablement l'équilibre entre recettes et dépenses de l'assurance maladie.

La croissance des dépenses de santé est de 7 à 8% par an, ce qui s'explique par un double phénomène :

- une augmentation rapide des quantités de biens et de services distribués, que ce soit le nombre de consultations médicales, d'analyses ou de boîtes de médicaments délivrées ;
- une déformation continue de la structure de la dépense au profit des biens et des services les plus onéreux tels qu'actes techniques de spécialistes, investigations radiologiques ou biologiques de plus en plus sophistiquées, médicaments coûteux.

Les dépenses de santé sont financées pour les trois quarts par la sécurité sociale. Le régime général de la sécurité sociale, régime des salariés des secteurs privé et public notamment, assure la plus grande part de ce financement.

On trouve en effet, les régimes suivants :

Le Régime Général proprement dit (salariés du commerce et de l'industrie) qui effectue environ 80% des prestations et représente 80% de la population protégée.

La Mutualité Sociale Agricole (salariés et exploitants agricoles) qui effectue environ 8% des prestations et représente 6% de la population protégée.

Le Régime Autonome des Travailleurs non salariés non agricoles

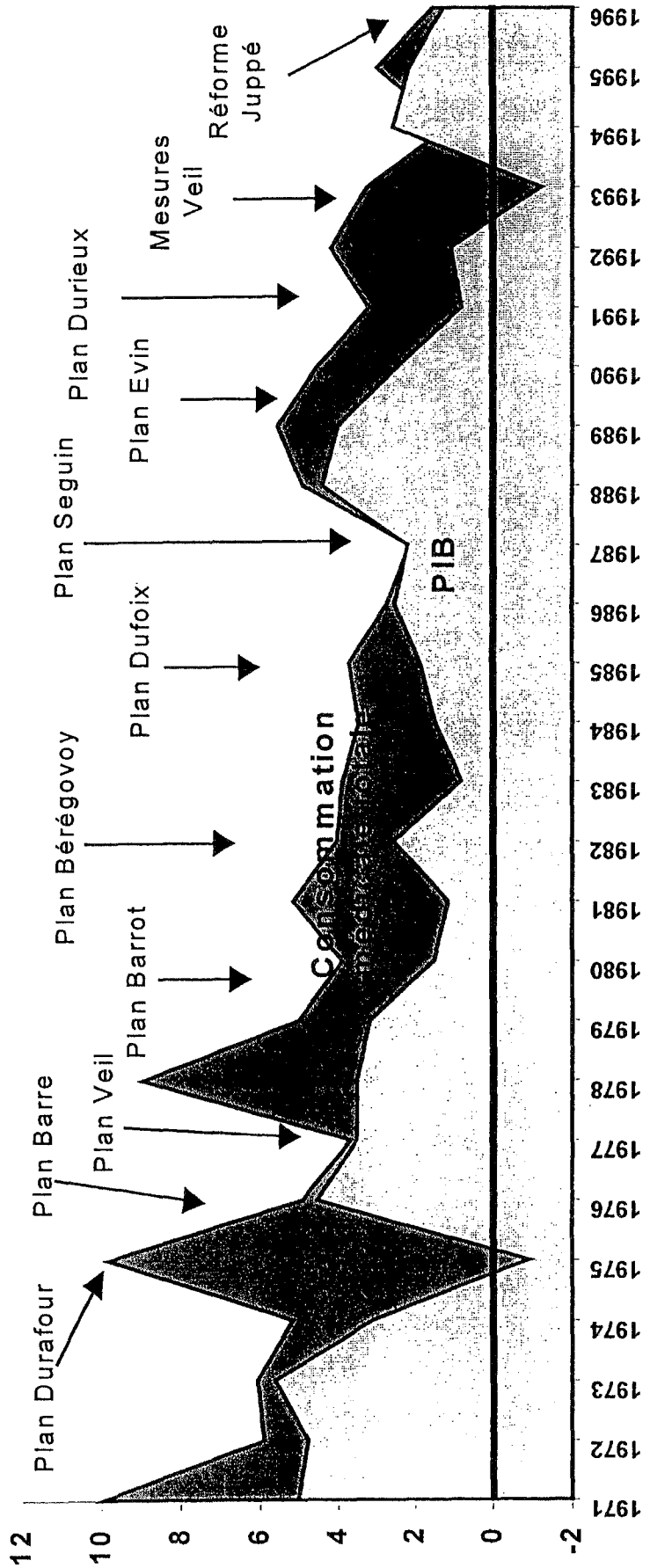
Des régimes spéciaux ou particuliers (Le régime des fonctionnaires, SNCF, Mines, militaires, marins, RATP, clercs de notaires, Banque de France, Compagnie des eaux, Chambre de commerce de Paris, Cultes, Français de l'étranger) qui effectuent 7% des prestations pour 8% de la population protégée.

Face à des charges qui augmentent de 7 à 8% par an, les recettes dont dispose le régime général connaissent un rythme d'évolution beaucoup plus lent, de l'ordre de 3 à 6% par an. Les cotisations qui constituent l'essentiel de ces ressources évoluent en effet parallèlement comme la masse salariale qui leur sert d'assiette (croissance de 3% en cas de conjoncture économique déprimée, de 6% si la conjoncture est faste).

Quel que soit le contexte économique, la branche maladie du régime général est structurellement déficitaire.

Depuis 1975, de nombreux « plans » se sont succédés pour améliorer cette situation, en tentant d'agir sur la demande de soins. La figure suivante permet de visualiser les différents plans mis en place par le gouvernement depuis 1971 jusqu'en 1996.

Figure n°2 : Evolution du PIB et de la consommation médicale totale en fonction des plans menés par les gouvernements de 1971 à 1996.



Les outils de régulation de la demande qu'est la hausse des cotisations sociales et la baisse des taux de remboursement ne rééquilibrent que temporairement les comptes de la sécurité sociale et présentent de nombreux inconvénients.

Augmenter les prélèvements sociaux risque de compromettre l'emploi ou d'annuler le pouvoir d'achat des salariés. Si les cotisations sont à la charge des employeurs, elles alourdissent le prix du travail et pénalisent les salariés les plus vulnérables, c'est à dire les moins qualifiés. A la charge des employés, elles frappent les faibles salaires plus durement que les salaires élevés. La hausse des cotisations n'est pas un mode pertinent de rééquilibrage des comptes de l'Assurance Maladie.

Une baisse des taux de remboursement procure une économie immédiate mais n'a aucun effet durable sur le rythme d'évolution de la dépense. En effet, près de 85% des ménages disposent d'une couverture maladie complémentaire qui va, à plus ou moins long terme, compenser la baisse du remboursement. Cette baisse n'incite donc pas le consommateur à modérer ses dépenses. Seuls sont touchés les ménages les plus défavorisés qui ne bénéficient pas d'une couverture complémentaire.

En ce qui concerne les professions de santé, l'inflation des dépenses leur profite inégalement. Depuis 15 ans pour tenter d'équilibrer les comptes de l'Assurance Maladie, le gouvernement exerce un contrôle strict des tarifs et des prix dans le secteur de la santé. Les plans successifs, du plan Durafour au plan Seguin, ont manié alternativement le gel ou la baisse des prix, et la modification des barèmes tarifaires, touchant indifféremment tous les professionnels sans considérer la diversité réelle des pratiques et des situations. Ces plans ont été impuissants à infléchir durablement le rythme d'accroissement des dépenses.

En effet, la pression exercée sur les prix est plus que compensée par la dérive des volumes d'activité et de vente, par les reports vers les biens et les services les plus coûteux. Pour le médecin ou l'industriel du médicament français, la faible rémunération unitaire est compensée par l'allongement de la durée de travail, la multiplication des actes, l'inflation des quantités distribuées. Il en résulte un taux de rentabilité inégal et parfois faible du secteur de la santé, défavorable à l'investissement, à la recherche et à la modernisation.

En revanche, une maîtrise des dépenses de santé s'appuyant sur une régulation de l'offre de soins ouvre des perspectives d'équilibre durable pour la Sécurité Sociale et favorise un développement harmonieux du système de santé.

Cette maîtrise des dépenses de santé est d'autant plus justifiée que la prodigalité un peu désordonnée de notre système de santé ne bénéficie ni aux malades ni aux professions de santé. Il est certain qu'une consommation médicale excessive ou mal adaptée gaspille des ressources humaines et financières, par définition rares, et surtout peut être dangereuses, car aucun traitement médical n'est anodin.

Il serait donc souhaitable de freiner l'accroissement des dépenses de santé sans rationner les soins, mais en mettant en œuvre une gestion plus stricte, en assurant une meilleure adéquation aux besoins, ce qui est probablement favorable aux malades.

Une maîtrise de l'évolution des dépenses fondée sur une meilleure gestion du système, avec une revalorisation régulière des prix compensant la baisse des volumes est en conséquence plus favorable aux professions de santé qu'une dérive incontrôlée, ponctuée de plans de restriction tarifaires.

Cette maîtrise est de plus la seule alternative à une régulation administrative ou budgétaire, introduisant, des taux d'évolution et une enveloppe globale des dépenses de santé, tant redoutée des médecins libéraux qui y voient la menace de leurs libertés.

2.3.2.Cinquième convention nationale (1990-1992)

A partir de l'analyse ci-dessus, le gouvernement, en concertation avec les caisses nationales d'assurance maladie et les professions de santé, décide en 1990 d'engager une politique de maîtrise de l'évolution des dépenses. La convention de mars 1990 s'inscrit tout à fait dans cette logique, qui figurait déjà en intention dans la précédente convention de 1985.

On note à cette époque, pour la sécurité sociale, un solde de plus en plus déficitaire.

Tableau n° III : Evolution du solde déficitaire des comptes de l'assurance maladie depuis 1991. (source : Commission des comptes de la sécurité sociale. (14.10.1994).

En Milliards de francs	1991	1992	1993	1994
Recettes	950,0	1.003,3	1.027,5	1.061,6
Dépenses	966,6	1.018,6	1.084,0	1.116,1
Evolution		+5,4%	+6,4%	+3%
Déficit	16,3	15,3	56,5	54,5
Déficit cumulé	16,6	31,9	88,4	142,9

Le déficit du régime général de la sécurité sociale s'élevait à 12,9 milliards de francs en 1998 contre 35,1 milliards en 1997.

Tableau n° IV : Solde déficitaire des comptes de l'Assurance Maladie depuis 1995. [11]

En Milliards de Francs	1995	1996	1997	1998
Déficit	39,7	35,8	13,9	4,9
Déficit cumulé	94,2	130,0	143,9	148,8

La population française est devenue consommatrice de soins. Il était alors devenu indispensable de mettre en œuvre un système de régulation des dépenses de santé où les prescripteurs et les consommateurs auraient un rôle fondamental à jouer. L'idée d'impliquer le patient dans l'économie de santé a été alors mise en avant. Des campagnes d'information ont été diffusées afin de montrer au consommateur qu'il pouvait obtenir une médecine de qualité sans « consommer » larga manu du soin.

Pour faire passer ce message, le gouvernement diffusa plusieurs annonces publicitaires sur la « surconsommation » de spécialités pharmaceutiques et de soins en général puis mettra en place le carnet de santé remplacé par la carte sésam-vitale.

La convention de 1990 est signée par un seul syndicat, le FMF (Fédération des Médecins de France). Les thèmes majeurs qu'elle aborde sont :

-la maîtrise conventionnelle de l'évolution des dépenses de santé.

Pour la première fois apparaît la notion de régulation chiffrée des dépenses, qui s'appuie sur des contrats locaux d'objectifs déclinant au niveau local des références médicales nationales.

17 Références Médicales Nationales sont retenues par les parties signataires comme pouvant infléchir globalement les dépenses de 3,6%. Elles sont complétées par des Recommandations Médicales Nationales, établies et diffusées à l'ensemble des médecins par le Comité Médical Paritaire National.

- la formation médicale continue (FMC)

Pour la première fois, les médecins peuvent être indemnisés lorsqu'ils suivent des sessions de FMC, s'ils sont conventionnés et participent à une action de formation accréditée de 2 jours au moins. Les thèmes de formation sont définis par les partenaires sociaux. Le financement est assuré à la fois par les caisses nationales et par les médecins.

- le gel du secteur II

Tout médecin exerçant sous le régime des honoraires différents (secteur II) s'engage à effectuer un quart de ses actes au tarif opposable ou en actes gratuits.

Les médecins du secteur I ne pourront plus accéder au secteur II pendant 2 ans.

- la maîtrise de la démographie médicale.

La maîtrise de la démographie médicale est un enjeu majeur pour le système de soins. Aussi les signataires encouragent-ils toute politique visant à limiter la croissance prévisible des effectifs médicaux par :

la régulation à l'entrée des études médicales avec un Numerus Clausus mis en place en 1970,
la reconversion des médecins,
la cessation anticipée d'activité (MICA).

Lors des avenants ultérieurs, les préoccupations de maîtrise des dépenses et le refus d'un système de régulation strictement financière sont réaffirmés. Des orientations se dégagent :

-prévoir le montant des dépenses médicales, grâce à des contrats locaux d'objectifs,

-réduire la part d'actes et de prescriptions qui altèrent la qualité des soins.

Pour cela, les mécanismes de régulation de la croissance des dépenses se basent sur la détermination des stratégies médicales les plus efficientes. Car comme le dit R.Launois[7], « *la montée en charge du poste santé dans le budget des ménages susciterait moins d'interrogations si on était certain du bien- fondé des décisions médicales qui en sont à l'origine (...) Aujourd'hui il est devenu évident pour tous, médecin compris, que certaines décisions médicales sont entachées d'arbitraire.* »

Une politique nationale d'évaluation des pratiques diagnostiques et thérapeutiques doit permettre l'élaboration de références de pratiques médicales, elles-mêmes indispensables pour établir les contrats locaux d'objectifs médicalisés. Ces références ne sont pas conçues pour être opposables aux médecins.

Cette convention ne sera pas appliquée, car elle est annulée le 10 juillet 1992 par le Conseil d'Etat. Mais elle a ouvert de nouveaux axes de négociation.

2.4.Cadre juridique et conventionnel de la maîtrise médicalisée.

Les négociations engagées par le gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie et les professionnels de la santé reprennent sur un nouveau projet de loi, qui prévoit cette fois une maîtrise des dépenses basée sur des critères médicaux et sur la concertation avec les professions de santé. La loi est votée, le 4 janvier 1993, puis le plan d'économie de l'assurance maladie est présenté par le ministère Veil. C'est dans ce double cadre que s'inscrit la sixième convention nationale médicale.

2.4.1.Loi du 4 janvier 1993 (dite loi Teulade).

C'est une loi « *relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie* ».

La loi actualise le système contractuel régissant les soins de ville et d'hospitalisation privée grâce aux accords annuels de maîtrise.

Alors que les accords antérieurs entre caisses et professions de santé concernaient surtout la fixation des tarifs unitaires, qui était ensuite approuvée par l'Etat en fonction de la situation des finances sociales, le champ des négociations est maintenant élargi. Par ces accords de maîtrise, les parties signataires partagent avec l'Etat la responsabilité de fixer des enveloppes financières prévisionnelles pour chaque secteur de santé : médecins généralistes et spécialistes libéraux. Le taux d'évolution de ces enveloppes se rapproche des taux de croissance des recettes de l'assurance maladie. Il est prévu que la modération des volumes d'activité aura pour contrepartie des revalorisations tarifaires.

La fixation du taux d'évolution tient compte « *des caractéristiques de la population, du progrès technique et médical, des maladies nouvelles et des conjonctures épidémiques, de la démographie médicale* ». (article L.162.6.1 du code de la sécurité sociale).

Pour les médecins de ville et les infirmiers libéraux, la loi du 4 janvier 1993 prévoit que les enveloppes prévisionnelles sont arrêtées par des annexes annuelles aux conventions respectives entre caisses et organisations représentatives des deux professions, après approbation du gouvernement.

La loi introduit de nouvelles structures professionnelles, destinées à faciliter la participation des producteurs de soins à la gestion des nouveaux dispositifs : les **unions professionnelles de médecins libéraux**.

Celles-ci sont élues au niveau régional par l'ensemble des praticiens libéraux. Elles doivent favoriser les discussions, ouvertes à tous les médecins, afin de les associer à la gestion et à l'évaluation des nouveaux dispositifs de maîtrise.

D' après L. Dubouis **[6]**, ces unions sont amenées à jouer un rôle important dans l'autodiscipline de la profession médicale.

La loi prévoit un système d'information codé.

Pour affiner la détermination des besoins sanitaires et des objectifs financiers, il est nécessaire d'avoir des données sur les besoins de la population et sur l'activité des diverses professions de santé. Or, actuellement, on dispose de très peu d'informations puisque les TSAP sont inaptes à générer des données médicalisées.

La loi introduit la notion de régulation médicalisée des dépenses.

« *La voie d'une régulation médicalisée de la dépense correspond à l'intérêt des malades comme à celui des professionnels concernés.* » (S. Veil, 1993)

Cette régulation de l'offre s'appuie sur plusieurs piliers :

1) la définition de norme de qualité des soins ainsi que le contrôle de leur respect.

Chaque année, les organisations représentatives des médecins et les caisses définissent, dans l'annexe à la convention, des références Médicales Nationales dont l'application devrait permettre de réaliser les objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses.

Une référence médicale est un référentiel qui détermine la bonne pratique professionnelle dans des cas bien définis. La convention de 1990 avait déjà prévu de telles références. La loi du 4 janvier 1993 les rend maintenant opposables à chaque praticien, et organise, en cas de non-respect de ces références, un système de sanctions financières, décidées et mises en œuvre par les instances conventionnelles locales sous le contrôle des instances nationales.

L'annexe à la convention d'autres professionnels de la santé contient également des normes de qualité de soins, exprimées en seuil d'activité (nombre maximal d'actes par an) et sanctionnées financièrement. L'enveloppe globale est fixée chaque année au niveau de la convention en fonction des évolutions de l'année précédente.

2)L'adaptation des barèmes de tarifs.

Des échelles de tarifs équitables constituent un bon facteur de modération des dépenses, favorisant ainsi les bonnes pratiques et donc la qualité des soins. Après les actes infirmiers, les actes de biologie et le secteur de l'hospitalisation privée, c'est le secteur médical qui devrait connaîtreune rénovation des nomenclatures tarifaires d'après la nouvelle convention.

3)la gestion de la démographie médicale et de l'offre hospitalière.

En matière de santé, il semble que l'offre de soins crée en grande partie la demande. Des professions ou des structures pléthoriques génèrent des gaspillages. Elles rendent difficile la maîtrise des dépenses alors même qu'elles n'améliorent pas significativement l'état de santé de la population.

Le numerus clausus à l'entrée des études médicales a légèrement baissé depuis la convention de 1990.

Par ailleurs, la loi du 4 janvier 1993 autorise l'instauration d'un fond de reconversion des médecins.

4)des garde-fous financiers.

Les garde-fous financiers prévus par la loi du 4 janvier 1993 concernant les médecins et les infirmiers consistent en revalorisations tarifaires négociables chaque année. Ces deux professions sont ainsi incitées à modérer l'évolution de la dépense en assurant le respect de bonnes pratiques professionnelles, faute de quoi les tarifs ne pourraient augmenter.

Enfin, la loi du 4 janvier 1993 institue un système semblable pour les actes des praticiens exerçant en établissements d'hospitalisation privée.

2.4.2.Plan Veil de juin 1993.

Le plan d'économie de l'assurance maladie proposé par le ministère Veil représente une véritable intrusion de l'Etat dans le cadre conventionnel, puisqu'il impose une obligation de résultat : les efforts menés par les praticiens dans le cadre conventionnel doivent se traduire par une réduction chiffrée des dépenses générées. ce plan préconise des économies de :

-10,8 milliards de Francs auprès des assurés sociaux

Le ticket modérateur augmente de 5%, sur tous les postes sanitaires pris en charge, le 01.08.93 ;

Le forfait journalier augmente de 5 Francs, le 01.08.93 et passe de 50 à 55 Francs.

Un ordonnancier bizone pour les affections de longue durée exonérée est crée le 26.08.93, afin de promouvoir le respect de la dissociation entre soins relatifs à la maladie exonérante et ceux relatifs à des affections intercurrentes.

-3,8 milliards de Francs auprès des hôpitaux et cliniques, moyennant un faible taux d'évolution du budget global, et la restructuration des moyens dans le cadre de la loi hospitalière du 31 juillet 1991.

-3 milliards de Francs par l'élaboration d'une nouvelle politique industrielle du médicament et par les révisions de la nomenclature générale des actes professionnels.

-10,7 milliards de Francs grâce aux professionnels libéraux de santé et à travers la signature de la 6ème convention.

Il faut constater que si tous les acteurs de santé sont sollicités, l'effort d'économie demandé aux assurés est équivalent à celui que devront fournir les médecins libéraux pour ce qui est de la médecine ambulatoire.

2.4.3.Sixième convention médicale nationale (1993)

La sixième convention médicale nationale est le fruit de longues négociations. Elle comble un vide conventionnel de plus d'un an.

Cette convention s'inscrit dans la ligne tracée par la loi du 4 janvier 1993. En effet, conformément aux textes législatifs, elle prévoit :

- la fixation des objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales,
- l'application de références médicales opposables à chaque médecin libéral,
- la mise en œuvre des contrats locaux de maîtrise dans chaque circonscription de caisse.

2.4.3.1.Signataires

L'arrêté ministériel du 25 novembre 1993 (J.O. du 26.11.93) approuve cette sixième convention, destinée à organiser pour quatre ans, les rapports entre médecins libéraux et caisses d'assurance maladie. Elle est signée :

D'une part, par deux des quatre syndicats médicaux représentatifs :
*la Confédération des Syndicats Médicaux Français présidée par le Dr Maffioli, pour les généralistes et les spécialistes,
*le Syndicat des Médecins Libéraux présidé par le Dr Cabrera, pour les spécialistes,
*la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés présidée par le Dr Mallet,
*la Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole présidée par M. Amis.

Il est à noter que la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles a signé l'accord ultérieurement, en décembre 1993.

2.4.3.2.Objectifs et innovations.

Dans le préambule, les parties signataires déclarent « *poursuivre les objectifs suivants :*

-garantir à tous les assurés sociaux l'accès à des soins de qualité,

-garantir à tous les assurés sociaux un haut niveau de prestation, en excluant toute discrimination dans le niveau de remboursement,

-maintenir la forme libérale de l'exercice de la médecine,

-respecter le libre choix du malade et la liberté de prescription du médecin.

Elles contribuent, chacune pour ce qui la concerne, à la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses médicales, tout en développant une médecine de qualité.

Pour répondre à ces objectifs, (...), les parties signataires décident :

- de mettre en application la maîtrise médicalisée, contractualisée et décentralisée de l'évolution des dépenses médicales par l'application des références médicales opposables,

- d'adapter la pratique médicale, en particulier par la mise en œuvre du dispositif de coordination et de continuité des soins et la maîtrise des dépenses,

- de respecter un équilibre conventionnel garantissant aux assurés sociaux un libre accès aux soins,

- de développer la formation médicale continue conventionnelle. »

Les innovations de la sixième convention portent sur trois points :

*le concept de maîtrise médicalisée des dépenses générées par les médecins libéraux est affiné, avec d'une part la fixation d'un objectif prévisionnel annuel d'évolution des dépenses concernant tant les honoraires et rémunérations que les prescriptions, et d'autre part un encadrement individuel des pratiques médicales, fondé sur le seul critère de la pertinence médicale des actes et des prescriptions ;

*la procédure de coordination des soins, opérée par un médecin traitant détenteur du dossier médical de chaque malade, est proposée pour la première fois. Elle devrait concourir à la maîtrise des dépenses en influant le comportement des malades, puisque le respect de la procédure conditionne le remboursement des soins. La loi du 18 janvier 1994 prévoit une mise en œuvre progressive de ce dispositif ;

*la création d'un secteur optionnel, qui préserverait l'équilibre conventionnel actuel tout en permettant une évolution ultérieure. Ce secteur sera ouvert aux médecins dont la pratique médicale est plus économe d'actes et de prescriptions, et leur accordera en contrepartie une meilleure rémunération.

2.4.3.3.Mise en œuvre de la maîtrise.

La régulation de l'activité des médecins organisée par la loi du 4 janvier 1993 et par la nouvelle convention médicale s'appuie sur un double mécanisme :

L'un est collectif : respect pour les médecins d'un objectif d'évolution des dépenses médicales, qui conditionnent la revalorisation de leurs honoraires,

L'autre est individuel : respect des règles de bonnes pratiques médicales, les Références Médicales, opposables à chacun des médecins et sanctionnables financièrement.

La maîtrise s'effectue à deux niveaux, conformément aux dispositions de la loi du 4 janvier 1993 et à l'article 13 de la sixième convention :

Au niveau national aura lieu l'élaboration des objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses de santé et des RMO,

Au niveau local seront développés les contrats locaux de maîtrise des dépenses.

Les objectifs prévisionnels sont notés annuellement au niveau de l'article 16 de la convention.

Au niveau national, pour la première fois, la profession a accepté de tenir compte du contexte économique dans son activité médicale, et de traduire dans un objectif prévisionnel annuel des dépenses, le niveau de participation à la maîtrise de ces dépenses demandé aux généralistes et aux spécialistes.

Chaque année avant le 15 décembre, les parties signataires fixent par annexe à la convention les objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales pour l'année suivante, et, éventuellement, les revalorisations tarifaires des médecins.

Les objectifs concernent les dépenses « présentées au remboursement » dans l'ensemble des régimes d'assurance maladie et pour l'ensemble des risques. Ces dépenses sont la somme des remboursements réels effectués par les régimes et des sommes correspondant au ticket modérateur qui reste à la charge de l'assuré. En revanche, les dépassements d'honoraires des médecins du secteur II (à honoraires libres) en sont exclus.

Ces objectifs visent tant les honoraires des généralistes et des spécialistes exerçant en médecine libérale que leurs prescriptions.

La méthode de détermination des objectifs est fondée sur :

-l'évaluation de l'impact des références médicales opposables (RMO),

-la prévision d'un taux d'évolution des dépenses relatives aux actes et prescriptions des praticiens libéraux (prévision élaborée par la commission des Comptes de la sécurité sociale).

Les objectifs tiennent donc compte de nombreux éléments :

RMO, démographie, vieillissement, maladies et conjonctures épidémiques, progrès technique et médical, etc,....Ils permettent « *d'assurer une juste rémunération des actes médicaux ainsi que la nécessaire optimisation des pratiques médicales et la maîtrise de l'évolution des volumes au regard des références médicales.* » (article 16).

Les objectifs nationaux des dépenses de santé fixés chaque année par le gouvernement et publiés dans l'avenant n° 5 à la convention médicale ont été, pour 1994 de 3,4%, de 3,0% en 1995 pour être de 1,7% en 1997 et de 2,1% en 1998. Ces objectifs portent sur les honoraires et prescriptions des généralistes d'une part et, sur ceux des spécialistes d'autre part.

En contrepartie, on note une augmentation des dépenses de l'assurance maladie de 1,9% en 1997 et de 2,3% en 1998 d'après la commission des comptes, mais le gouvernement continue de tabler sur un retour à l'équilibre pour 1999.

Ces objectifs traduisent l'implication de la profession dans la maîtrise des dépenses de santé, car de leur réalisation dépendent les revalorisations tarifaires pour l'année suivante.

Les parties signataires dresseront un constat annuel d'application du dispositif de maîtrise, comprenant :

-le fonctionnement des instances conventionnelles,
-la réalisation de l'objectif prévisionnel, et éventuellement les raisons de dépassement (épidémies, techniques nouvelles...).
-le suivi des RMO, (articles 14 et 15).

Le dispositif de maîtrise repose sur les recommandations de bonne pratique, et sur les références médicales opposables, rattachées à un thème médicalisé.

Les thèmes médicaux concernent une pathologie, une technique médicale, une thérapeutique. A terme, c'est l'ensemble des disciplines médicales qui doit être harmonieusement couvert et balisé. Les normes doivent quant à elles être régulièrement actualisées.

Les recommandations de pratique clinique (RPC) sont des règles de bonne pratique rappelant, clarifiant et mettant en ordre des notions médicales de base connues et éprouvées par la communauté scientifique, et destinées à aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés. Elles contribuent à l'émergence progressive de nouvelles références.

Les références médicales permettent, à partir de critères scientifiques reconnus, de définir les soins et prescriptions qui sont médicalement inutiles, redondants voire dangereux pour un patient dans une situation donnée, et de fixer des fréquences d'utilisation. Elles participent à l'amélioration de la qualité des soins. Elles pourront avoir une influence sur l'appréciation de la responsabilité médicale des acteurs de santé. Comme elles sont basées sur l'état des connaissances scientifiques, elles sont donc une contrainte de l'exercice de la médecine en santé publique.

Les références médicales sont rendues opposables à chaque médecin libéral, ce qui signifie « *qu'un praticien dont les soins et les prescriptions s'avéreront anormaux - extérieurs à la norme- pourra encourir des sanctions financières sur le fondement de ces références mêmes* ».**[2]**

Si les références médicales contiennent dans leur définition les éléments d'opposabilité aux professionnels, il est de la seule responsabilité des parties signataires, sur avis du Comité Médical Paritaire National (CMPN), d'officialiser cette opposabilité par la publication annuelle de la liste des références médicales opposables (RMO).

Les RMO constituent donc pour les médecins libéraux une révolution, puisque leur but est de faire évoluer les comportements vers la qualité des soins, et que leur opposabilité a des implications financières sur le prescripteur.

De plus, la promotion de la qualité des soins passe par l'élimination d'abus et, par voie de conséquence, par une meilleure utilisation des ressources. C'est ce qui confère aux RMO leur dimension économique et un grand intérêt dans la régulation des dépenses de santé.

L'adoption de cet outil représente un véritable changement de logique et un authentique progrès dans la politique de régulation en médecine ambulatoire.

L'évaluation nationale de l'application des RMO est indispensable pour modifier ou réadapter le système, pour fixer les objectifs prévisionnels de dépenses. Elle se fait en deux étapes (art; 19):

-les bilans locaux d'évaluation sont transmis aux parties signataires en vue d'établir, avec l'aide du comité médical paritaire national (CMPN), un bilan national;

-les parties conventionnelles évaluent l'impact des RMO sur les dépenses médicales, en faisant :

-le bilan national de la maîtrise médicalisée

-l'analyse des écarts éventuels par rapport aux objectifs qualitatifs et financiers

-la détermination des actions correctrices à apporter dans le cadre conventionnel, s'il y a lieu.

Au niveau local, on trouve les contrats locaux de maîtrise des dépenses. (art. 16,17,18,19).

Ils sont obligatoirement conclus dans chaque circonscription de caisse (et aujourd'hui au niveau de chaque département) par les partenaires locaux de la convention médicale, dans le cadre des Commissions Conventionnelles Paritaires Locales (CCPL) et après consultation des Comités Médicaux Paritaires Locaux (CMPL).

« *Le contrat local de maîtrise est l'instrument essentiel d'un approfondissement progressif de la maîtrise médicalisée et de l'amélioration continue de son observance par les praticiens et les patients.* » (art. 17).

Le rôle des instances conventionnelles locales sont les suivants :

-élaborer les mesures de suivi des RMO considérées comme utiles au plan local,
-émettre un avis circonstancié sur l'impact des RMO,
-à partir de l'observation des pratiques locales, définir des recommandations locales et en évaluer l'impact,
-définir et évaluer l'impact de références médicales localement opposables après validation méthodologique par le CMPN,
-proposer aux parties signataires, à partir du point précédent, de nouvelles références médicales susceptibles de devenir nationalement opposables,
-consacrer à l'information des praticiens et des patients sur la maîtrise médicalisée une fraction de produit des retenues financières versées pour non-respect des RMO.

Les bilans locaux annuels comprennent d'une part les avis circonstanciés sur l'impact local des RMO, d'autre part l'évaluation des recommandations et références locales. Ils sont dressés par les commissions conventionnelles paritaires locales, et sont envoyés par elles aux parties signataires afin de réaliser un bilan national.

2.4.4. Septième convention nationale (04 décembre 1998).

Cette dernière convention des médecins généralistes a été signée le 04 décembre 1998 et publiée au Journal Officiel le 05 décembre 1998. Elle intervient après une longue période de vide juridique compensé par l'adoption d'une convention minimum signée le 10 juillet 1998, suite à l'annulation de la convention du 28 mars 1997.

Elle a été signée pour une durée de quatre ans à compter de la publication de l'arrêté d'approbation, sauf dénonciation six mois au moins avant sa date d'échéance par les parties signataires.

2.4.4.1. Les parties signataires.

Les parties signataires de cette convention sont d'une part :

-La Fédération Française des Médecins Généralistes, MG France, représentée par son président, M. Bouton,

et d'autre part,

-les Caisses Nationales d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, représentée par son président M. Spaeth;

-la caisse centrale de Mutualité Sociale Agricole, représentée par sa présidente, Mme. Gros.

2.4.4.2. Objectifs et innovations.

« *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.(...) 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 de qualité. C'est pourquoi ils définissent (...) le contenu d'une option de continuité de soins ouverte à tous les assurés et tous les médecins généralistes.* » (Préambule convention 1998)

Dans le préambule de cette convention, les parties signataires déclarent poursuivre les objectifs fixés lors de la dernière convention, à savoir :

- garantir à tous les assurés sociaux l'accès à des soins de qualité,
- réduire ou diminuer les dépenses inutiles, voire dangereuses, afin de mieux prendre en charge des dépenses de santé ou de prévention insuffisamment couvertes.

Mais un changement dans la manière d'atteindre ces objectifs ainsi que ceux fixés comme prioritaires apparaît. En effet, on note plusieurs idées novatrices qui ne sont ici que citées en exemple, mais qui sans doute vont devenir prédominantes. On peut remarquer ceci dès les toutes premières phrases du préambule de cette convention, en notant la « *recherche de la qualité des soins* » faisant intervenir non plus seulement le praticien mais aussi le malade comme acteur à part entière.

La suite du document montre les grands axes que veut promouvoir le gouvernement au niveau du système de santé actuel par le biais de cette convention :

1-« *garantir des exigences de qualité* (...). *Elles portent autant sur les moyens, les procédures diagnostiques ou thérapeutiques, que sur la manière dont ils sont mis en œuvre et sur les résultats.* »
Pour aider le médecin à cela, les parties signataires entendent développer la formation professionnelle conventionnelle et l'évaluation.

2-mettre en place une meilleure coordination des soins.
« *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.* »

Les parties signataires veulent privilégier ces nouvelles formes de prises en charge de la santé en développant l'option conventionnelle Médecin référent.

Un médecin généraliste peut demander à tout moment son adhésion au système de médecin référent. Pour cela, il doit suivre une charte de qualité de médecin référent notée en annexe II de la présente convention.

- le médecin doit attester d'une activité minimale, correspondant à un nombre d'actes calculé sur l'année civile précédente, de 1500 actes pour une activité libérale à temps complet.
- 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 de l'option. Ce seuil est établi par le CMPL compte tenu des caractéristiques locales.
- 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 prévus pour les consultations et les visites, il assure la permanence et la continuité des soins. En dehors des jours et heures 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.
- 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.
- Le médecin référent s'engage à faire bénéficier à ses patients adhérant à l'option des tarifs conventionnés, en s'interdisant l'usage des dépassements.
- Le médecin référent s'engage à faire bénéficier son patient adhérent de la procédure de dispense d'avance de frais.

Les parties signataires veulent « souligner l'importance et l'intérêt de cette évolution fondamentale du système de santé français. »

3- Les parties signataires s'engagent à développer les actions de santé publique par les médecins généralistes et notamment dans le cadre de l'option médecin référent.

4- L'utilisation de la micro-informatique communicante devient un outil au service des malades et des médecins afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. La télétransmission des feuilles de soins devient une obligation légale et pour cela une aide financière est apportée aux médecins généralistes pour l'achat des systèmes informatiques.

5- « *Les parties signataires ne se fixent pas pour objectif de faire diminuer les dépenses d'assurance maladie. C'est une recherche d'une meilleure qualité de soins qui prédomine.* »**La maîtrise des dépenses de soins n'est pas une fin en soi...**

Au niveau du préambule de cette convention, on note des innovations importantes du système de santé actuel :

-Le médecin généraliste devient le pivot, « *le socle* » du système de santé et on retrouve à ce niveau la notion de filière de soins pour permettre un meilleur suivi des patients et éviter ainsi la « thérapie itinérante.» On ne se trouve pas loin du système allemand avec le passage obligé chez un médecin généraliste, pour avoir accès à une consultation spécialisée. Il faut noter tout de même que cette idée se trouve au niveau de la convention des médecins généralistes tandis que les spécialistes sont toujours en vide juridique après l'annulation de leur convention de 1997.

-Tout médecin généraliste peut choisir l'option conventionnelle de médecin référent qui l'obligera à suivre une charte en échange de compensation pécuniaire. Ici, on peut se demander si demain, le médecin référent ne deviendra pas salarié de l'assurance maladie. En effet, tout assuré peut souscrire un acte d'adhésion formalisant son engagement auprès d'un médecin référent librement choisi. La durée de l'adhésion est d'un an renouvelable. En contrepartie des obligations définies, le médecin référent reçoit une rémunération forfaitaire annuelle par patient fixée à 150 Francs. On peut noter à ce niveau une chose fondamentale : la disparition au niveau de ce préambule de la notion de liberté de prescription. Aujourd'hui le médecin a un choix de prescription dans le cadre des recommandations émises par des conseillers scientifiques.

-Enfin, même si la qualité des soins devient prioritaire et que l'économie des dépenses de santé n'est pas une fin en soi, on peut réfléchir sur le fait que le CCPN regarde annuellement les objectifs fixés par les comptes de la sécurité sociale. Si ceux ci sont dépassés, des sanctions financières sont prévues.

3.LA PROCEDURE D'ELABORATION DES REFERENCES MEDICALES OPPOSABLES

Les références médicales opposables sont mises en place pour contribuer à la réalisation des objectifs prévisionnels.

« *Les parties signataires de la convention de 1993 sont convenues de la nécessité de maîtriser médicalement l'évolution des dépenses médicales pour contribuer au financement du progrès médical pour tous et à l'amélioration de la qualité des soins.* ».

Pour ce qui est de la convention de 1998, cette conception de recherche de qualité de soins par une meilleure coordination des soins ainsi que par la mise en place de médecin référent, passe aussi par les Recommandations Médicales Opposables.

3.1.Définition des RMO.

« *L'ambition de la régulation médicalisée est d'essayer de réconcilier l'économie et le médical, de faire en sorte que les considérations économiques soient basées, non sur la manipulation des prix et des taux, mais sur l'analyse en profondeur des pratiques médicales, et rentrent dans la logique de l'exercice médical.* » (Cl.Le Pen).**[3]**

« *La proposition de mise en place de références médicales dans le cadre conventionnel d'une maîtrise médicalisée des dépenses de l'assurance maladie découle naturellement de ce mouvement.(...) La question des variations inexpliquées de la pratique médicale est moins connue en France qu'aux Etats- Unis où de multiples travaux (...) ont permis de mettre en évidence la grande variabilité du jugement et des pratiques en médecine.* » (Dr J.F. Armogathe).**[3]**

De plus, si les aides à la décision médicale ont toujours existé, fondées sur les conduites habituelles du plus grand nombre de praticiens, la validité des précepts de cette démarche traditionnelle est aujourd'hui fortement remise en question. L'augmentation exponentielle des connaissances et des possibilités d'action médicale complique la prise de décision. En termes de santé publique, les bénéfices individuels et collectifs ont tendance à diminuer à mesure qu'augmentent les coûts, les risques et les effets indésirables des actes médicaux. L'élaboration de recommandations et de références médicales est donc un progrès voire une nécessité pour améliorer l'efficacité et le coût des soins.

Les références sont donc clairement :

-un guide de décision médicale.

S'appuyant sur des bases scientifiques à haut niveau de preuve, elles définissent l'inutile, le risque iatrogène et visent à « *éradiquer l'arbitraire, à éliminer les choix incohérents, à réduire l'incertitude et l'aléatoire au profit de la rigueur et de l'objectivité qui se révèle indispensable pour appréhender et pouvoir promouvoir la qualité totale des soins* » dans un contexte de ressources limitées.**[12]**

-un élément économique dans la maîtrise des dépenses de santé.

La meilleure utilisation des ressources allouées aux besoins de santé jugés légitimes est le corollaire d'une médecine de qualité, débarrassée des pratiques inutiles ou contestées.

3.2.Elaboration des RMO.

3.2.1.Les premières RMO.

Pour 1994, les parties signataires de la convention de 1993 s'engageaient à arrêter et à soumettre à l'approbation des Pouvoirs Publics avant le 15 décembre 1993 l'annexe conventionnelle définissant les premières références médicales nationalement opposables. Une première liste de 24 thèmes médicaux est fixée en annexe de cette convention, de façon à ce que chaque discipline médicale soit concernée par au moins deux thèmes représentant une part significative de son activité.

3.2.1.1.Les documents initiaux.

Pour chaque thème ont été rédigés :

-une présentation du thème et de sa problématique,
-un argumentaire sous forme de questions / réponses.

Cette rédaction repose sur une relecture de la littérature scientifique. Celle-ci a été conduite dans le but bien précis de clarifier et de mettre en ordre quelques notions de base, connues et éprouvées, en essayant de dégager l'utile de l'inutile. Ces notions sont destinées aux médecins de ville qui rencontrent une clientèle plus proche de la bonne santé que des maladies caractérisées.

Elle a porté sur 668 références bibliographiques telles qu'ouvrages d'experts de notoriété reconnue, articles de presse médicale internationale des cinq dernières années, travaux de Sociétés Savantes, conférences de consensus, recommandations...

Cette revue n'a pas cherché à établir le niveau de preuve scientifique de tel ou tel point, mais s'est appuyée sur les rapports d'observation et les opinions d'auteurs dont la notoriété, la compétence sont reconnues pour chaque thème, en considérant que leurs publications traduisaient l'état actuel des connaissances et de la recherche.

La multiplicité des ouvrages et articles consultés a permis de confronter les opinions et de ne retenir que les notions de base admises à ce jour par la majorité des auteurs.

3.2.1.2.les experts.

Chaque partenaire a librement choisi les experts auxquels il soumettait ces documents, ainsi que les modalités de travail avec eux.

Cependant, les experts devaient expliciter leur avis sur la présentation et l'argumentaire : pertinence de la question, de la réponse, motif de désaccord, critique, suggestion...

Ces experts ont été nombreux et de provenances diverses : secteur hospitalo-universitaire, secteur libéral (généralistes, spécialistes), sociétés scientifiques. Toutes les disciplines concernées par les thèmes étaient représentées.

Le groupe technique composé de médecins représentant les partenaires conventionnels a travaillé au recueil et à l'analyse des avis des experts sur la présentation et sur les questions/réponses. Cette analyse a été conduite méthodiquement, en comptant pour chaque élément le nombre d'accords, de désaccords, de réserves apportées, et en enregistrant les formulations suggérées ainsi que les compléments souhaités.

3.2.1.3.La rédaction.

Après analyse et synthèse des réponses des experts, ont été rédigés pour chaque thème une présentation et un argumentaire nouveau, avec des formulations mieux adaptées, des précisions et des clarifications. Seules les notions consensuelles ont été retenues.

Pour chaque thème, l'argumentaire a donné lieu à un Résumé-Recommandations dégageant les notions de base, claires, applicables en pratique et validées, d'un bon usage des soins. Ce résumé précise aussi ce qui est utile ou inutile dans le cadre de ce bon usage.

De ce résumé a été extrait les références standards qui sont proposées au comité Médical Paritaire National (CMPN) pour l'élaboration des critères d'opposabilité. Ces références standards sont pour chaque thème les notions les plus consensuelles. Elles correspondent à des situations explicites, claires et précises. Elles revêtent donc la forme négative, et indiquent pour une situation donnée les actes qu'il n'y a pas lieu de pratiquer ainsi que les prescriptions dangereuses ou inutiles.

Certaines ont également un contenu positif, puisqu'elles précisent les fréquences d'utilisation de certains soins et de certaines prescriptions.

Exemples:

Thème I : Prescription des anti- inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

1 « *.Il n'y a pas lieu et il peut être dangereux, d'associer deux AINS par voie générale* ».

Thème IX: DNID

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.* »

Les recommandations pour la pratique clinique (RPC) complètent les références pour suggérer au médecin, en plus de ce qu'il ne doit pas faire, ce qu'il lui est recommandé. Les recommandations comme les références relèvent de la même démarche méthodologique scientifique et professionnelle : identifier les pratiques médicales, qu'elles soient conseillées (appropriées) ou déconseillées (inutiles/dangereuses), pour tendre vers une qualité optimale des soins.

Le principe de renvoi aux experts pour validation avait été retenu dès le début. Il a été appliqué, selon les partenaires, au stade ultime de l'élaboration des références standards comme aux stades précédents. C'est dans ce contexte que les partenaires conventionnels ont également soumis à l'ANDEM (Agence Nationale Pour le Développement de l'Evaluation Médicale) les références médicales établies. Après une analyse de chaque texte (commentaire et références) à l'aide d'une grille de lecture et de l'avis de son conseil scientifique, l'ANDEM a donné un avis favorable pour un tiers des références qui lui avait été proposées. Pour un autre tiers, l'agence a suggéré des modifications. Enfin, le dernier tiers a dû être reconsidéré. Ces remarques ont été totalement prises en compte par les parties signataires, le groupe technique ayant travaillé au recueil et à l'analyse des avis ainsi qu'à leur intégration dans les documents définitifs.**[1]**

3.2.2.La méthodologie adoptée pour les RMO suivantes (jusqu'en 1998).

Les partenaires conventionnels, syndicats médicaux et médecins conseils représentant les caisses d'assurance maladie, ont tenu à préciser que les délais impartis tant par la loi que par la convention n'ont pas permis, pour cette première année 1993, de suivre une méthodologie préétablie, en particulier pour le choix des thèmes, et qu'en conséquence le travail présenté a dû suivre une procédure d'exception.

Afin que succède à cette procédure d'exception une méthode de qualité caractérisée par la rigueur scientifique et la transparence, les partenaires de la convention ont officiellement saisi l'ANDEM le 2 juin 1994, pour élaborer les recommandations et références médicales sur trente thèmes cliniques qu'ils avaient au préalable identifié.

Afin d'honorer cette demande, et forte de son expérience dans le domaine de l'évaluation des stratégies et des technologies médicales, l'ANDEM a proposé une méthode spécifique, rapide mais rigoureuse, qui a été acceptée par les partenaires conventionnels. La procédure est décrite ci- dessous :

Le CMPN a été sollicité pour préciser les questions attenantes aux thèmes.

Les sociétés scientifiques ont été consultées pour recenser les travaux réalisés antérieurement, et identifier les personnes susceptibles de pouvoir collaborer à l'élaboration des références médicales.

Pour chaque thème, l'ANDEM a constitué un groupe de travail regroupant 10 à 15 personnes de diverses compétences, pour lequel la parité du mode d'exercice (spécialistes et non-spécialistes, CHU et CHG, libéraux spécialistes et généralistes) ainsi que la répartition géographique ont été prises en compte. L'Agence du Médicament a fait partie du groupe pour les thèmes où le médicament était un des éléments de la stratégie thérapeutique.

Un président dirigeait chaque groupe de travail et collectait l'ensemble des avis, un chargé de projet collaborant directement avec le président a rédigé le document final. Un représentant de l'ANDEM a assisté chaque groupe, s'assurant de la cohérence de la méthode de travail et exerçant une fonction de conseil auprès du chargé de projet.

Une recherche bibliographique exhaustive sur 5 ans a été réalisée par le service de documentation de l'ANDEM pour identifier les recommandations de pratique clinique, les conférences de consensus ainsi que les revues de synthèse.

La bibliographie a été analysée par le chargé de projet et par le président du groupe, formés aux méthodes de lecture critique de la littérature médicale. A partir de grilles de lecture appréciant la qualité méthodologique et le niveau de preuve scientifique, ils ont retenu les documents appropriés.

Sur la base de cette analyse critique de la littérature, le groupe de travail a proposé, lorsque c'était possible, des recommandations basées sur un niveau d'évidence scientifique ou sur un accord professionnel fort. Le texte élaboré a été soumis à un groupe de lecture pour être validé.

Ce groupe de lecture/validation avait composé de 20 à 40 personnalités compétentes exerçant dans divers secteurs d'activité, et extérieures au groupe de travail. Il était chargé de l'analyse critique du document final à partir d'une grille de lecture, afin notamment d'apprécier la lisibilité, la faisabilité et l'applicabilité du texte des références. Ses avis ont été transmis au président et au chargé de projet, et ont servi à modifier le document final par le groupe de travail avant validation.

Les membres du conseil scientifique de l'ANDEM ont relu tous les textes, ont émis remarques et suggestions pour l'avenir.

Ces différents travaux, rendus le 30 novembre 1994, ont donné 28 synthèses et ont impliqué près de 1200 personnes.

Après une première vague de 65 RMO parues en 1994, 147 RMO ont suivi en 1995, dans des avenants successifs à la convention. Chaque vague de RMO reprend les anciennes qui sont actualisées en fonction de l'évolution de l'état des connaissances et des observations du terrain, et s'enrichit d'une nouvelle série de RMO.

3.2.3.Actualisation des RMO (au niveau de la convention du 04.12.98).

« *Les parties signataires déterminent, chaque année, et sur proposition du Comité Médical Paritaire National (CMPN), les thèmes médicaux, qu'elles transmettent respectivement à l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé (ANAES) et à l'agence du médicament, en vue de l'élaboration de recommandations et de références médicales.* »

L'ordonnance du 24 avril 1996 a crée l'ANAES. Cet établissement public, placé sous la tutelle du ministre de la santé, succède partiellement à l'ANDEM (Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale) qui est dissoute. Un décret du 7 avril 1997 précise l'organisation de cette agence. Il s'agit tout d'abord, de l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles, aussi bien dans le secteur hospitalier que dans celui des soins de ville, mais aussi de donner leurs accréditations aux établissements de santé publics ou privés.

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

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

Figurent en annexe 1 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. » (Art. 4-4 de la convention nationale des médecins généralistes du 4 décembre 1998).

Il est indispensable d'actualiser les normes au fur et à mesure de l'évolution de la science et des techniques. Cette actualisation se fait tant au niveau du contenu des RMO (précisions, révision...) que de l'extension de leur champ d'application (nouveaux thèmes...)

La liste des RMO n'est donc pas immuable et fait d'ailleurs l'objet chaque année d'une annexe à la convention médicale.

Parallèlement à l'élaboration des nouvelles références, le CMPN a donc entrepris la relecture des 63 RMO jusqu'alors en vigueur pour prendre en compte les observations et suggestions exprimées par des médecins de diverses instances (CMPL, sociétés savantes, réunions publiques).

3.3.opposabilité.

La notion d'opposabilité est présentée au niveau de l'article 14 de la convention de 1993.

Les méthodes incitatives douces basées sur la diffusion et la communication des recommandations de pratique clinique par le CMPN semblent avoir échoué. L'impact de ces RPC issues de la convention médicale de 1990 sur la pratique médicale est controversé.

Il fallait donc modifier profondément la pratique médicale. C'est le rôle des références médicales.

« *Les parties signataires de la convention médicale, après avis du comité médical paritaire national, arrêtent une liste de références médicales qu'elles rendent ainsi opposables dans le cadre conventionnel à la pratique habituelle de chaque praticien en tenant compte de la nécessaire efficience des soins et, s'il y a lieu, de la spécificité de son exercice.* » (art. 14 §3).

L'opposabilité aux médecins implique de la part de ceux-ci le respect des référentiels scientifiques dans leur exercice médical, sous peine de sanction financière. Car la modification des comportements est bien plus significative s'il existe des mécanismes d'incitation individuelle positive, ou négative comme ici la sanction.

La loi du 4 janvier 1993 traite du contenu des conventions conclues entre les organisations syndicales de médecins et les caisses d'assurance maladie. Le nouvel article L.162.6.1. du code de la sécurité sociale introduit par cette loi précise que, chaque année, une annexe à la convention fixe « *les références médicales nationales qui concourent à la réalisation des objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales.* »

Signée le 21 octobre 1993, approuvée par un arrêté du 25 novembre 1993, la convention nationale institue des références médicales opposables, dans le but d'assurer la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

A la manière des conventions signées selon le droit du travail, entre les partenaires sociaux avec généralement le contrôle et/ou l'instigation de l'Etat, la convention lie tout médecin, qu'il soit ou non membre d'un syndicat professionnel signataire, qu'il soit ou non syndiqué.

Mais cette opposabilité ne remet pas en cause le libre arbitre du praticien dans son appréciation de la pathologie, du diagnostic et de la prescription. Il reste libre de ne pas suivre une référence s'il estime que l'exigence d'un cas particulier prévaut sur les indications de la norme générale. Il doit seulement pouvoir justifier ses décisions devant ses confrères du CMPL.

Il est possible d'observer plusieurs types d'attitudes fréquentes des médecins face à l'évaluation de la pratique professionnelle qui leur est proposée :

Une attitude traditionaliste d'un certain nombre qui estime avoir déjà suffisamment à faire avec leur tâche quotidienne, et ne veule pas s'impliquer.

Une attitude de participation de ceux qui préfèrent être partie prenante dans les processus décisionnels. Une attitude hyper professionnalisante de ceux qui veulent bien d'une évaluation médicale, mais uniquement si elle est l'affaire exclusive des médecins. En tout état de cause, leur participation aux actes d'évaluation est une réponse nécessaire aux problèmes actuels du système de soins.

Une attitude de refus manifeste.

Les arguments pour justifier une attitude de refus sont classiquement les suivantes :

L'existence d'un risque de manipulation des résultats de l'évaluation en fonction des intérêts des promoteurs, du fait de l'existence de certaines lacunes méthodologiques.

L'existence d'une tentative par les autorités de tutelles d'imposer des objectifs strictement économiques, ce qui correspondrait à un rationnement et non pas une rationalisation.

L'existence de biais dans la conduite et la présentation des résultats des études coût/efficacité soutenues directement par l'industrie pharmaceutique.

L'évaluation économique engendre des contraintes collectives contradictoires avec l'éthique classique de défense inconditionnelle de l'intérêt d'un malade particulier.

3.4.le suivi des références médicales

Nous verrons à ce niveau le suivi des références médicales opposables tel que cela a été écrit au niveau de la convention de 1993, puis nous verrons quelles modifications ont été apportées depuis et notifiées dans la dernière convention signée le 04 décembre 1998.

Il est d'une *« absolue nécessité de suivre la consommation médicale rentrant dans le cadre des RMO. »* (art. 15 de la convention.), bien sûr pour contrôler et sanctionner le manquement aux références, mais surtout pour évaluer les pratiques médicales et permettre l'évolution des RMO et donc l'avenir de la maîtrise médicalisée des dépenses.

3.4.1.Codage et recueil de l'information (1993).

Un suivi efficace des références implique la capacité des caisses d'assurance maladie à identifier les pratiques correspondant aux références : actes, prescriptions et, s'il y a lieu, pathologies auxquelles ils se rapportent.

La loi du 4 janvier 1993 et la 6ème convention prévoient en conséquence un codage des actes, prescriptions médicales et pathologies diagnostiquées. Ce codage va permettre la véritable et nécessaire évaluation de l'activité médicale, il en est même la clé, faute de quoi la bonne application de la maîtrise médicalisée est compromise.

Un décret d'application de la loi est publié au J.O. du 17 mai 1995 codifié dans l'article R.161-29 du code de la sécurité sociale précise que le codage des actes et prestations dispensées aux assurés sociaux ainsi que des pathologies diagnostiquées *« a pour finalité :*

1.Et tant qu'il concerne les actes et prestations, le remboursement de ceux-ci ;

2.L' application et le suivi des conventions conclues avec les professionnels de santé ;

3.L' amélioration des conditions d'exercice du contrôle, notamment médical, des actes et prestations ;

4.Le développement des actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaire ainsi que la réalisation d'études épidémiologiques et l'évaluation du système de santé. »

L'article R.161-31 du code de la sécurité sociale confirme la mise en œuvre d'un traitement automatisé, et spécifie que le remboursement des prestations par l'assurance maladie sera impérativement subordonné au *« recueil et à la conservation des données concernant les assurés sociaux ou leur ayants droits relative aux actes effectués et aux prestations servies. »*

La protection du secret professionnel et la fiabilité des données médicales doivent être assurées.

C'est donc la garantie de la *« confidentialité des données transmises et traitées. »* comme le précise l'article R 161-32 du code de la sécurité sociale.

Ce décret sur le codage doit être suivi de proposition de traitement à la commission nationale informatique et liberté (CNIL). Ces propositions doivent être agréées par la CNIL. La parution d'arrêtés gouvernementaux permettra alors l'entrée en vigueur du codage. L'avis favorable a été émis par la CNIL le 04/06/96 et publié au Bulletin Juridique de l'UCANSS le 05/11/96.

En attendant, l'avenant n°1 à la convention prévoit un système de signalement temporaire par les médecins :

-R : acte ou prescription dans le champ des références.
-HR : Hors Références.
-B : prescription d'analyse biologique.
-T : prescription de médicament.
-E: Prescription d'endoscopie, d'électroencéphalogramme, d'électrocardiogramme et d'électromyogramme.
-X : acte d' imagerie médicale.

Ce signalement temporaire a été simplifié après la parution de l'avenant n°5 à la convention, pour se réduire aux indications R ou HR.

La surveillance de la présence du signalement (code R ou HR) à utiliser par les médecins conventionnés pour signifier que leurs actes et prescriptions sont ou non dans le champs des références médicales opposables incombe aux services administratifs (CPAM).

Il ne peut s'agir que d'un examen quantitatif, sans possibilité pour ces services de reconnaître le caractère d'adéquation du signalement, cette opération présentant des éléments d'analyse médicale.

Cette mesure vise à mesurer le niveau d'acceptation du dispositif, en rappelant éventuellement à l'ordre les médecins récalcitrants qui, tout en voulant continuer à bénéficier des avantages de la Convention Médicale, s'obstineraient à n'effectuer aucun signalement.

Il est à noter qu'un médecin qui effectuerait de façon délibérée un signalement systématiquement inadapté (par exemple toujours HR) serait aussi repéré et son comportement serait assimilé à un refus de signalement.

Les sanctions sont prévues, et les CPAM peuvent, dans les cas graves, entamer une procédure de déconventionnement.

L'examen de l'adéquation du signalement entre le code utilisé par le médecin et la réalité de la situation clinique est confié au Service Médical.

Il est en effet demandé aux prescripteurs d'indiquer le plus correctement possible la situation de sa prescription (simplement dans le cadre des références médicales opposables, ou hors de ce cadre), selon l'analyse qu'il en a fait lui-même.

Il est admis qu'il puisse y avoir des différences d'interprétation, voire des erreurs. En fait, la nature du signalement indiqué n'est pas dans sa conception, un critère de sélection pour l'examen de la pratique médicale.

A tort, certains opposants au dispositif ont voulu, à un certain moment, argumenter que le signalement correspondait à une auto- dénonciation pour le médecin. Il convient simplement qu'il en soit fait un usage honnête.

Une utilisation systématique du code HR quelle que soit la situation réelle correspondrait à une volonté délibérée d'obstruction ou de décrédibilisation du dispositif.

Les objectifs fixés et les méthodologies utilisées ne mettent pas l'accent, à ce jour, sur ce type de contrôle, qui devrait porter sur l'ensemble des médecins prescripteurs pour avoir une signification. La démarche choisie est d'intégrer ce critère d'adéquation du signalement aux contrôles effectués sur le respect du contenu des références médicales opposables.

3.4.2.Méthodologie d'examen de la situation des médecins.

Le service médical des caisses d'assurance maladie est chargé du suivi des pratiques médicales. Une méthodologie d'observation s'est progressivement construite, préconisée par le CMPN et retenue par les parties signataires à l'intention des CMPL, dans un esprit de transparence.

Cette méthodologie vise à éviter certains dérapages, certaines maladresses constatées quand les observations ont débuté. Elle veut promouvoir une certaine pédagogie des médecins conseils, qui ne cherchent plus de manière isolée les cas de non-respect, mais souhaitent appréhender la pratique globale du médecin et éventuellement les prescriptions systématiques.

3.4.2.1.L'initiative de l'examen.

L'initiative de l'examen revient :

-à l'un des syndicats de médecins signataires,
-à l'un des services médicaux des caisses signataires,
-ou à plusieurs de ces partenaires (conformément à l'esprit conventionnel).

3.4.2.2.Sélection des médecins.

Les critères de la sélection des praticiens doivent être explicites. Sont préconisés :

-un choix aléatoire (tirage au sort effectué anonymement pendant une séance de CMPL)
-un choix à partir des critères statistiques.

De plus, si au détours d'un contrôle traditionnel ou d'une enquête des services médicaux, ceux-ci constatent des éléments susceptibles de donner lieu à un suivi de l'activité des médecins libéraux dans le cadre des RMO, les médecins conseils initialisent l'examen de leur situation, et en informent le CMPL lors la réunion suivante.

3.4.2.3.Procédure d'observation.

Les services médicaux des caisses analysent le suivi des pratiques médicales sur 10 jours.

Si aucun élément ne laisse présumer un non-respect des RMO, l'étude est arrêtée. Un bilan des ces situations restées anonymes est présenté régulièrement au CMPL par les services médicaux. Par contre, si les services médicaux trouvent des éléments justifiant la poursuite de l'étude, celle-ci continue et pourra atteindre une durée maximale de 2 mois. Le CMPL est averti du nombre de médecins suivis (mais pas des noms), et reçoit une synthèse des documents justifiant la poursuite. Les services médicaux prennent contact alors avec les médecins concernés. La procédure d'observation se fait en toute objectivité et sans jugement sur le bien fondé des pratiques.

Le service médical peut donc commencer ses études sans qu'il soit nécessaire ou obligatoire d'en informer au préalable le prescripteur. Ceci permet d'éviter une modification de circonstance dans le comportement du médecin dont la pratique médicale est observée. Si la méthode de recueil de documents choisie touchait le flux quotidien des dossiers présentés aux CPAM pour le remboursement.

3.4.2.4.Critères d'opposabilité.

Même si légalement les références deviennent opposables dès la publication de leur arrêté d'approbation au Journal Officiel (J.O), et qu'aucun professionnel de santé n'est sensé ignorer la loi et les dispositions particulières le concernant, il peut se révéler souhaitable de ne les mettre en œuvre qu'après une campagne d'information importante.

On évite ainsi les critiques classiques « de prise en embuscade ».

Mais il ne faut pas trop tarder non plus car la profession médicale est certainement attentive aux actions menées par les caisses et le Service Médical. Une carence serait vite connue, commentée et exploitée sur le terrain en particulier par les professionnels les moins convaincus du bien-fondé du dispositif mis en place. Il est en effet important d'exploiter au maximum « l'effet d'annonce » et de le maintenir crédible.

L'impact qualitatif et quantitatif des recommandations formulées dans les références médicales opposables peut être mesuré quelques mois après leur diffusion.

Une situation idéale serait de disposer d'une enquête de pratique effectuée en phase préalable à la mise en œuvre de ces références.

Dans certains cas, l'absence d'impact peut correspondre à une mauvaise identification du problème, une implication insuffisante des professionnels concernés, une diffusion incorrecte ou certaines positions de refus affirmé d'une partie des professionnels de santé.

Les mesures coercitives peuvent être considérées comme l'alternative temporaire, en attendant une meilleure sensibilisation des praticiens aux contraintes scientifiques et socio-économiques actuelles.

Les mesures incitatives et éducatives sont à favoriser pour garantir le long terme.

Les parties signataires sont conscientes que les conditions d'opposabilité et de sanctions devront être réexaminées et ajustées pour tenir compte de l'expérience acquise.

En application de l'article 20 de la Convention Médicale, il appartient au Comité Médical Paritaire Local, et le cas échéant au Comité Médical Paritaire National, de vérifier la bonne application des références médicales opposables.

Pour ce qui est de la convention de 1993, l'avenant n°1 a la convention est paru au journal officiel le 24 mars 1994. Il fixe une liste de 65 RMO et les critères d'opposabilité .

Les critères d'opposabilité appliqués sont au nombre de trois :

1- «*L'observation de la pratique habituelle du praticien concerné sur une période d'une durée de 2 mois pour l'ensemble des références ; le service médical devra fournir au CMPL les dates de point de départ et de fin de la période d'observation du médecin, le nombre de dossiers examinés par référence, ainsi que les raisons de son choix (utilisation des données dont dispose le Service Médical, enquête aléatoire...)*».

2- *« La constatation d'un nombre minimum de cas de non-respect d'une ou plusieurs références médicales. »*

3- *« L'importance numérique des anomalies décelées par référence au cours de la période d'observation ».*

« conformément à l'article 14§5 de la convention, la retenue financière calculée par le CMPL selon les barèmes figurant en annexe III tient compte de l'indice de gravité ou d'inutilité médicale, de l'importance numérique des cas de non respects de la références et de son incidence financière. »

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

Nous retrouvons le détail des coefficients affectés pour chaque indice de gravité médicale et pour chaque indice d'importance numérique :

A- <u>La constatation d'un nombre minimum de ces « non-respects » d'une ou plusieurs références médicales opposables.</u>

Ce nombre minimum varie en fonction de l'indice de gravité médicale et/ou d'inutilité médicale de la référence concernée :

- L'indice de gravité médicale **1,5** correspond à des prescriptions à risque iatrogène pour lesquelles le nombre de cas de non-respect par référence ne saurait excéder deux cas.

- L'indice de gravité médicale **1** correspond à des actes ou des prescriptions dont l'indication médicale n'est pas observée et pour lesquelles le nombre de cas de non-respect par référence ne saurait excéder huit.

- L'indice de gravité médicale **0,5** correspond à des actes inutiles et pour lesquelles le nombre de cas de non-respect par référence ne saurait excéder douze.

NB :Le nombre de cas de non-respect a été modifié lors de la dernière convention signée le 4 décembre 1998 et on a alors à présent respectivement pour les indices de gravité médicale 1,5, 1, et 0,5 un nombre de cas de non-respect de un, trois, et six à ne pas dépasser.

B- <u>L'importance numérique des anomalies décelées :</u>

Par référence :

-Indice d'importance numérique **1,5** : Les anomalies sont très fréquentes, c'est à dire supérieures au triple des nombres correspondants aux trois indices de gravité définis au A.

-Indice d'importance numérique **1** : Les anomalies sont nombreuses, c'est à dire supérieurs au double, mais inférieurs ou égales au triple des nombres correspondants aux trois indices de gravité définis au A.

-Indice d'importance numérique **0,5** : Les anomalies sont rares c'est à dire inférieurs ou égales au double des nombres correspondants aux trois indices de gravité définis au A.

ou par sommation des anomalies constatées pour toutes les références observées dans le cas où le seuil susvisé n'aurait été dépassé pour aucune référence. Le nombre total de non-respect observés ne saurait excéder 15, ce chiffre ne pouvant être atteint par la prise en compte de plus de cinq 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.

C- L'incidence financière du non-respect de la référence.

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.

Tableau n° IV : Dénombrement des cas d'anomalie et possibilité de sanction financière par le Comité Médical Paritaire Local au niveau de la convention de 1993.

Indice de gravité médicale	Nombre de cas nécessaires pour la transmission au CMPL	Indice d'importance numérique	Nombre de cas observés	Indice d'incidence financière	Possibilité de pénalité exprimée en mois de cotisations sociales
1,5	2	0,5	Moins de 4	1	0,7500
				1,25	0,9375
				1,5	1,1250
		1	De 4 à 6	1	1,5000
				1,25	1,8750
				1,5	2,2500
		1,5	Plus de 6	1	2,2500
				1,25	2,8125
				1,5	3,3750
1	8	0,5	Moins de 16	1	0,5000
				1,25	0,6250
				1,5	0,7500
		1	De 16 à 24	1	1,0000
				1,25	1,2500
				1,5	1,5000
		1,5	Plus de 24	1	1,5000
				1,25	1,8750
				1,5	2,2500
0,5	12	0,5	Moins de 24	1	0,2500
				1,25	0,3125
				1,5	0,3750
		1	De 24 à 36	1	0,5000
				1,25	0,6250
				1,5	0,7500
		1,5	Plus de 36	1	0,7500
				1,25	0,9375
				1,5	1,1250

3.4.2.5.Examen par le CMPL et prononcé éventuel de sanctions (article 20 de la convention 1993).

A l'issu de la période de 2 mois d'observation et lorsque la pratique médicale du praticien n'est pas conforme aux dispositions conventionnelles, le CMPL est saisi par le service médical et le praticien concerné en est informé.

Le Comité Médical Paritaire Local est la seule instance désignée par la Convention Médicale pour instruire les dossiers des praticiens et prononcer éventuellement des sanctions.

Le Comité Médical Paritaire Local, saisi par l'une des parties signataires (syndicat médical ou Assurance Maladie au travers de son Service Médical), vérifie en particulier le respect de la durée d'observation définie, apprécie la pratique habituelle du praticien concerné et constate l'existence ou non d'une ou plusieurs anomalies et en évalue l'impact financier, ainsi que la gravité appréciée médicalement.

Le praticien concerné est simultanément informé pour respecter ses droits de défense et pourra fournir au Comité Médical Paritaire Local tout élément justificatif de sa pratique.

Il n'est pas prévu dans les textes que le médecin auditionné puisse se faire assister par un autre confrère représentant d'un syndicat. La démarche a été tentée par le syndicat MG France et le Comité Médical Paritaire National a été saisi de la question.

Dans les quinze jours qui suivent l'audition, et au plus tard dans les quarante cinq jours suivant la saisine, le Comité Médical Paritaire Local doit prendre sa décision. A défaut, la décision sera prise par le Comité Médical Paritaire National dans les trente jours suivant sa propre saisine.

Les arrêtés d'approbation ont été inscrits dans la loi, ce qui fournit le support légal aux sanctions prévues pour non-signalement ou non-suivi des références médicales opposables.

3.4.2.6.Les sanctions prévues et les recours.

Les articles 14§5 et 20 de la Convention Médicale Nationale prévoient les modalités de suivi du respect des références médicales opposables.

Un coefficient d'incidence financière (1ou 1,25 ou 1,5) a été affecté à chaque référence en fonction du coût estimé des actes, prescriptions et traitements correspondants (peu onéreux, onéreux, très onéreux).

En cas de non-respect d'une ou plusieurs références, le Comité Médical Paritaire Local procède au calcul du montant de la retenue financière, dont l'unité correspond à un mois du montant de la participation des caisses primaires au financement des cotisations sociales du praticien concerné, s'il exerce dans le secteur à honoraires opposables (« conventionné »), ou à un montant équivalent s'il exerce dans le secteur à honoraires non opposables (« conventionné à honoraires libres »).

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

PENALITE FINANCIERE = Montant d'1 mois de cotisation sociale

X

Indice de gravité médicale

X

Indice d'importance numérique

X

Indice d'incidence financière

Un mois de cotisations sociales représente en moyenne 5.300 F pour un généraliste. Le Comité Médical Paritaire Local peut, lors d'un premier constat de non-respect, proposer le sursis de toute retenue financière ainsi calculée et inférieure à 1 mois de cotisations.

Pour un praticien ayant bénéficié d'une mesure de sursis, le non-respect renouvelé d'une ou plusieurs références, entraîne en sus de la nouvelle sanction, l'application de la retenue ayant bénéficié du sursis. Il est à noter que l'avenant n° 5 (arrêté du 3 mars 1995) apportera une limitation en indiquant que la retenue financière ne pourra excéder un trimestre de cotisations, par période d'observation, toutes références médicales confondues (mesure valable pour l'année 1995).

Les sanctions prévues à l'article 35 de la Convention Médicale Nationale sont, après la mise en œuvre de toutes les étapes de la procédure :

La suspension de toute ou partie de la participation des caisses au financement de leurs cotisations sociales pour les médecins à honoraires opposables, ou à une somme équivalente pour les médecins à honoraires libres.

Mais aussi :

-La suspension du conventionnement.
-Le déconventionnement.

Il existe la possibilité d'un appel suspensif auprès du Comité Médical Paritaire National sur une décision du Comité Médical Paritaire Local, dans un délai de huit jours après notification.

Le Comité Médical Paritaire National dispose d'un délai de quinze jours à compter de la réception de l'appel pour y faire droit et se prononcer.

Au vu de la décision prise la CPAM procédera à la notification, par lettre envoyée en recommandé avec accusé de réception, du montant de la retenue financière.

Le niveau de recours reste le Comité Médical Paritaire National, avec éventuellement ensuite d'autres procédures d'ordre conventionnel en cas de non-exécution de la part du praticien sanctionné (hypothèse de déconventionnement).

3.4.3.Modifications survenues lors de la convention de 1998.

L'initiative de l'examen ainsi que la sélection des médecins observés n'a pas évolué depuis la dernière convention.

Pour ce qui est de la procédure d'observation par le Service Médical des pratiques médicales, elles seront vues plus en détail ultérieurement au niveau de l'analyse des bilans régionaux des CMPL et des services d'assurance maladie.

3.4.3.1. Critères d'opposabilité.

La Cour des Comptes, dans le cadre de l'étude des dispositifs conventionnels mis en place pour réguler les dépenses de santé, note que « *l'autodiscipline médicale ne suffit pas à rendre les références médicales opposables suffisamment efficaces.* ». **[10]**

Elle conclut donc de « *la nécessité de l'action contentieuse dont la charge revient aux services de contrôle des caisses d'assurance maladie* » et constate « *qu'un certain nombre d'obstacles s'opposent à un contrôle performant* ».

La Cour des Comptes déplore notamment l'existence de seuils d'opposabilité « initialement élevés ». Chaque RMO, était, jusqu'à la dernière convention, affectée d'un coefficient qui limitait le nombre de violations et prévoyait l'application d'une sanction à partir d'un nombre de cas de non-respect pouvant aller jusqu'à 12 actes inutiles.

Selon elle, ces seuils ont conduit « *à priver de sanctions des pratiques répréhensibles, mais qui restaient en dessous du seuil* ».

En second lieu, la Cour regrette que le contrôle soit réduit à un petit nombre de RMO plus facilement contrôlables que d'autres. Elle estime que plusieurs échelons du service médical de la CNAM ont déjà écarté de leur contrôle les deux tiers des RMO.

Au niveau de la dernière convention, le seuil d'opposabilité correspondant au nombre de cas de non-respect nécessaire pour la transmission au CMPL a donc été abaissé. On trouve donc le tableau suivant aujourd'hui pour le calcul de la sanction financière :

Tableau n°V : Dénombrement des cas d'anomalie et possibilité de sanction financière par le CMPL au niveau de la convention de 1998.

Indice de gravité médicale	Nombre de cas nécessaires pour la transmission au CMPL	Indice d'importance numérique	Nombre de cas observés	Indice d'incidence financière	Possibilité de pénalité exprimée en mois de cotisations sociales
1,5	1	0,5	Moins de 2	1	0,7500
				1,25	0,9375
				1,5	1,1250
		1	De 2 à 3	1	1,5000
				1,25	1,8750
				1,5	2,2500
		1,5	Plus de 3	1	2,2500
				1,25	2,8125
				1,5	3,3750
1	3	0,5	Moins de 6	1	0,5000
				1,25	0,6250
				1,5	0,7500
		1	De 6 à 9	1	1,0000
				1,25	1,2500
				1,5	1,5000
		1,5	Plus de 9	1	1,5000
				1,25	1,8750
				1,5	2,2500
0,5	6	0,5	Moins de 12	1	0,2500
				1,25	0,3125
				1,5	0,3750
		1	De 12 à 18	1	0,5000
				1,25	0,6250
				1,5	0,7500
		1,5	Plus de 18	1	0,7500
				1,25	0,9375
				1,5	1,1250

3.4.3.2.Sanctions prévues.

Lors de la convention de 1993, la sanction pouvait aller jusqu'au déconventionnement en cas de non-respect. Au niveau de la dernière convention, seules des pénalités financières pourront sanctionner le médecin.

On retrouve surtout une recherche de communication envers les médecins afin de les impliquer dans cette recherche de maîtrise des dépenses.

DEUXIEME PARTIE : EVALUATION ECONOMIQUE DES RECOMMANDATIONS MEDICALES OPPOSABLES.

L'évaluation économique des références en 1995-1996 comporte deux volets :

L'analyse du bilan régional et national, réalisé par les Comités Médicaux Paritaires Locaux et les services médicaux de l'assurance maladie et l'interprétation des données brutes chiffrées permet de dégager des comportements médicaux.

L'analyse de différentes enquêtes régionales ou nationales portant sur l'impact économique des références médicales opposables au niveau de la prescription médicamenteuse.

1.LE SUIVI CONVENTIONNEL DES RMO.

Les références médicales opposables ont été mises en place en mars 1994. Selon la convention, l'objectif principal du dispositif de maîtrise médicalisée est de modifier les comportements dans le sens de la qualité. Pour s'assurer de l'efficacité de la politique de maîtrise par le biais des références, la convention prévoit de mesurer leur impact sur la politique médicale, d'abord au niveau local avant de réaliser une synthèse nationale. Il appartient au Comité Médical Paritaire Local de vérifier la bonne application des références médicales à partir des critères d'opposabilité définis dans l'avenant n°1 de la convention de 1993.

1.1.Méthode d'observation de la pratique.

La méthode d'observation de la pratique suit les recommandations du Comité Médical Paritaire National (CMPN), selon lesquelles :

-l'initiative du choix de l'examen, ainsi que ses motifs doivent être explicites,

-les durées d'observation s'échelonnent de dix jours (voire vingt) à deux mois (durée maximale prévue par les textes pour appliquer les critères d'opposabilité).

1.1.1.Examen et suivi des médecins.

Le suivi complet sur deux mois de la pratique médicale d'un médecin libéral peut représenter un travail très volumineux. Si l'on retient l'indication que le niveau moyen pour chaque médecin est voisin de 5000 actes par an, avec la plupart du temps rédaction d'une ordonnance, deux mois d'activité correspondent à environ 800 ordonnances.

Il n'est pas judicieux de vouloir absolument manipuler autant de documents, surtout si la pratique médicale se révèle ensuite conforme aux références médicales opposables.

Aussi, en posant comme hypothèse préalable que la qualité de la pratique médicale d'un professionnel est une caractéristique stable sur les périodes considérées, il a été décidé de définir une première étape d'examen, d'une durée réduite.

Le choix d'une durée de dix jours est apparu raisonnable (soit une réduction au cinquième environ, avec cependant un minimum de 150 ordonnances pour garder une signification). Il peut être nécessaire de prolonger sur vingt ou trente jours la première observation de la pratique médicale en rapport avec les références médicales opposables.

Ce choix méthodologique correspond à une décision propre au Service Médical pour réaliser au mieux la mission particulière qui lui est confiée. Ce choix n'est pas critiquable car il respecte complètement les garanties conventionnelles des médecins. Il s'agit en fait d'établir une observation réduite indicative de ce qu'il sera possible d'obtenir dans un suivi complet sur deux mois. Cette méthodologie ne porte aucun préjudice au médecin :

-ou bien la pratique médicale est conforme aux références médicales opposables et la période d'observation lui est complètement indifférente,

-ou bien la pratique médicale présente des éléments variables et l'observation est poursuivie sur une période de deux mois conformément aux dispositions conventionnelles, pour se révéler alors comme susceptible d'être soumises ou non au Comité Médical Paritaire Local.

Il est aussi possible de définir deux situations concernant la population des médecins dont la pratique médicale est observée au regard des références médicales opposables :

Médecin « examiné » : Médecin dont la pratique a été observée sur une durée de dix jours au moins et de deux mois au plus, avec un minimum de 150 ordonnances. L'observation initiale peut ainsi être de dix jours, vingt jours (ce qui représente 1/3 de la durée maximale d'observation et donc plus représentatif que les résultats obtenus sur dix jours) ou plus.

Médecin « suivi » : Médecin dont la pratique a été observée à partir des mêmes éléments sur une période de deux mois.

Un médecin « suivi » a été auparavant dans la situation d'un médecin « examiné ».

La poursuite de l'observation correspond à une décision prise au vu des résultats obtenus.

1.1.2.Les étapes de travail et les critères utilisés.

Seront examinées ici les étapes de travail utilisées dans l'échelon local du service médical, pour mener à bien la mission de suivi du respect du contenu des références médicales opposables qui lui a été confiée.

L'objectif est de fournir aux instances conventionnelles ainsi qu'aux niveaux hiérarchiques de l'assurance maladie, une information validée permettant d'apprécier l'efficacité qualitative du dispositif des références médicales opposables, dans la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Il faut clairement réaffirmer l'option essentiellement pédagogique du dispositif, comme le fait le médecin conseil national, responsable hiérarchiquement du service médical.

1.1.3.La sélection des médecins.

Les médecins dont la pratique médicale sera observée peuvent être choisis selon plusieurs critères :

(en gardant à l'esprit qu'il a été demandé par le Médecin Conseil National, que la totalité des médecins libéraux concernés soit examinée sur cinq ans).

*Tirage au sort : (option usuelle et indiquée dans la presse professionnelle par le Médecin Conseil National). Compte tenu de la charge de travail engendré par ce type de suivi, il est souhaitable, voire impératif d'éliminer le tirage aléatoire des modes de choix du praticien au profit d'un ciblage le plus éclairé possible.

*Signalement préalable, sur un praticien connu pour sa pratique médicale particulière.

*Médecin à exercice particulier.

*Au vu des résultats des indicateurs statistiques dont disposent les caisses primaires. (TSAP ou RIAP).

*Par contre, il n'y a pas de relation a priori avec l'adéquation au codage utilisé par les médecins (R ou HR).

Un médecin qui s'abstiendrait de tout codage ou qui utiliserait de façon exclusive le code HR (ce qui correspond à la même démarche) pourra faire l'objet d'un signalement de la part des services administratifs de la CPAM.

Ce codage mentionné à l'article 4§3 de la convention de 1997 et qui était un préambule au véritable codage des prescriptions pharmaceutiques qui est en ce moment même en train de se mettre en place à Grenoble, n'apparaît plus nécessaire dans la convention de 1998.

1.1.4.La collecte des prescriptions médicales

La sélection administrative des dossiers est réalisée **par chacun des trois régimes**.

Il s'agit de repérer les décomptes comprenant au moins un acte et /ou prescription liquidés durant la période de recueil (deux mois de liquidation).

En ce qui concerne les sections mutualistes liquidant les dossiers pour le compte du régime général, la sélection des dossiers ne peut être que manuelle ; afin d'obtenir une meilleure qualité du recueil, une action de sensibilisation pourra être entreprise en direction de ces sections mutualistes, sachant toutefois qu'aucune vérification de l'exhaustivité n'est possible et que dans certains échelons les mutuelles représentent jusqu'à 30% de la liquidation du régime général.

Au niveau de la sécurité sociale, deux méthodes de collectes sont possibles :

-Une collecte dans le flux des documents parvenant à la CPAM (ordonnances avec feuilles de soins présentées au remboursement).

-Une collecte, sur requête informatique, des documents sur lesquels ont été effectuées les opérations de remboursements (liquidation) et déjà archivées.

La base de donnée des prescriptions dépend des outils utilisés par le service médical de l'Assurance Maladie. En effet, pour ce qui est de la collecte dans le flux de documents, le service médical dispose des prescriptions envoyées à la CPAM mais aussi celles gérées par les mutuelles. Par contre pour ce qui est de la méthode par sortie d'archives, le service médical ne dispose dans ce cas que des prescriptions gérées par la CPAM.

La méthode de collecte par requête de sortie d'archives nécessite une très bonne coordination entre le service médical et les services administratifs de la CPAM.

Il existe un caractère relativement ancien de la prestation qui entraîne un risque d'oubli de la situation clinique par le médecin.

A l'expérience cette deuxième méthode se révèle bien être la plus efficace.

Son inconvénient majeur reste un décalage important dans le temps entre le moment de l'acte médical et celui de l'étude des documents, avec une évolution possible de la situation clinique.

Il faut bien évidemment s'être assuré que sur la période de recherche, le médecin n'est pas absent ou remplacé. En effet, la pratique d'un remplaçant n'engage pas le titulaire du cabinet médical, la pratique professionnelle étant strictement personnalisée.

1.1.5.La requête pour la sortie d'archives.

Par l'utilisation du numéro d'exercice professionnel du praticien, il est possible de formuler une requête pour accéder à la base de données du Système Informatique de l'Assurance Maladie (SIAM).

Cette situation du traitement informatisé d'une liste à caractère nominatif entre dans le champ de la loi du 6 janvier 1978 (informatique et liberté) qui prévoit une déclaration préalable auprès du secrétariat de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL) ainsi que l'information de la personne concernée.

Déclaration du « thème 27 » (recherche sur archives de professionnels de santé).
Information anonyme du CMPL.
Information du médecin concerné à la phase d'exploitation.
Il faut savoir que la CNIL a accordé une autorisation permanente aux caisses de l'assurance maladie pour une série précise de thèmes de recherche.

Ainsi, au lieu de se lancer d'emblée dans une observation de deux mois de la pratique médicale d'un praticien, il est possible de se limiter à un certain nombre d'ordonnances archivées comportant au moins une prescription de médicament (c'est à dire à laquelle a été associé un remboursement de pharmacie), avec ensuite l'extension formelle sur deux mois si les résultats obtenus se révèlent significatifs (analyse en nombre suffisant).

1.1.6.Les critères de tri des ordonnances.

Les critères de tri des ordonnances recueillies reposeront sur le libellé des médicaments prescrits. Ne seront retenues que les prescriptions comportant au moins une spécialité pharmaceutique concernée par les références médicales opposables.

Le praticien conseil, et plus particulièrement le pharmacien conseil peut dans son examen de l'ordonnance (et des vignettes présentes sur les feuilles de soins) utiliser une liste de spécialités pharmaceutiques concernées par les références en vigueur.

Cette liste, au départ élaborée par le pharmacien conseil de l'échelon local, a ensuite été vérifiée, redeveloppée et standardisée dans sa présentation par l'échelon national du Service Médical, qui en assurera la mise à jour, en tenant compte des publications au Journal Officiel des arrêtés ministériels fixant ou complétant la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux.

Une disquette informatique reprenant le contenu de cette liste s'est révélé être le meilleur support, fiable et pratique, avec un logiciel qui permet, par l'interrogation sur les premières lettres d'une spécialité de connaître immédiatement sa position (concerné ou pas) au regard des références médicales opposables en vigueur.

Cet outil, très pratique de mise en œuvre, peut être utilisé dans une première étape de tri par toute personne du service médical, y compris les agents de secrétariats dans certains services médicaux.

1.2.Notions « d'Unités de Recherche » UR et « d'Unités de non-Respect » UNR.

Les Unités de Recherche (UR) et les Unités de non-Respect (UNR) sont les unités de dénombrement utilisés par le service médical au cours de l'observation de la pratique des médecins libéraux prescripteurs.

L'Unité de Recherche UR : (prescriptions ou actes entrant dans le champ des références), doit permettre de fournir de façon objective et reproductible à tous, l'élément élémentaire à observer pour chaque référence médicale opposable, (exemple d'une ordonnance comportant au moins un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS).

L'unité de non-respect UNR : (actes ou prescriptions comportant des anomalies par rapport aux RMO), doit permettre la mise en évidence d'une anomalie et prend donc pour objet, soit le patient au regard de la thérapeutique instituée par le médecin, soit le contenu de la prescription lorsqu'il s'agit de terme de fréquence ou de répétition.(exemple d'une ordonnance comprenant l'association de deux AINS).

Ce libellé se comprend en terme de concept et d'analyse et en aucun cas en terme de jugement, qui n'appartient qu'au comité médical paritaire local sur les dossiers qui sont présentés.

Le rapprochement, dans chaque référence entre l'UR et l'UNR doit correspondre autant que possible, à une réalité clinique.

1.2.1. La formulation pour chaque référence médicale opposable.

Pour l'aide à l'analyse médicale des dossiers, le médecin conseil a en sa possession une aide pour chaque thème.

On a par exemple :

Thème 1993-I : « Prescription des anti-inflammatoires non stéroïdiens (A.I.N.S.) »

RMO n°1 : « *il n'y a pas lieu et il peut être dangereux d'associer deux AINS par voie générale* ».

-Ordonnance avec prescription d'un AINS (UR).

-Ordonnance avec prescription de deux AINS (UNR).

Modalités de la recherche du non-respect :

Sur pièces, après regroupement des différentes prescriptions d'un même malade.

NB : si le nombre de non-respect atteint le seuil nécessaire (2) pour que le dossier soit présenté au C.M.P.L., mais reste faible, notamment pour rapport au nombre de prescriptions, il est nécessaire de rechercher, par examen de la fiche médicale ou du malade, tout facteur pouvant aggraver le risque iatrogène lié à cette prescription (voir argumentaire : âge, altération de la fonction rénale, antécédents digestifs, prescription au long cours, interactions médicamenteuses…).

<u>Thème1993- II</u> : Prescription des antibiotiques en pratique courante.

RMO n°1 : *« il n'y a pas lieu d'utiliser en première intention, une association amino-pénicillines-inhibiteurs des bêta-lactamases ».*

-UR : Ordonnance où association amino-penicillines-inhibiteur des bêta lactamases.

-UNR : Patient sans facteur de risque, chez lequel elle a été prescrite en première intention, pour une infection respiratoire saisonnière.

RMO n°2 *: « il n'y a pas lieu d'utiliser les fluoroquinolones systémiques. »*

-UR : Ordonnance où est prescrit une fluoroquinolone systémique.

-UNR : Patient sans facteur de risque, chez lequel la fluoroquinolone a été prescrite en 1ère intention, pour une infection respiratoire saisonnière.

Au moment du tri, il faut que le médecin conseil apprécie le caractère systématique de la prescription c'est à dire, l'utilisation régulière de la même classe d'antibiotiques ou l'utilisation de classes différentes d'antibiotiques.

Pour pouvoir affirmer qu'on est en présence d'une UNR, le médecin conseil se base sur une analyse qui comporte quatre étapes au maximum et se faisant soit au niveau des archives, soit avec les personnes intéressées :

<u>Les ordonnances archivées :</u>

En premier lieu, le médecin conseil recherche au niveau de l'ordonnance, s'il y existe des facteurs de risques qui vont permettre à la prescription de sortir du champ des RMO.

Pour cela, il faut connaître l'âge du patient (inférieur à 2 ans ou supérieur à 65 ans) et s'il existe des traitements associés. Par exemple, retrouver dans les dossiers archivés du patient, si le traitement prescrit est une antibiothérapie de première intention ou bien s'il existait une autre prescription médicale d'antibiothérapie antérieure à celle sélectionnée ou trouver sur la prescription médicale une mention d'une modification de traitement.

Le médecin conseil devra aussi vérifier si les 2 produits inscrits sur l'ordonnance ne sont pas prescrits pour deux pathologies différentes et concomitantes. Par exemple, si on retrouve une prescription d'AINS pour une affection autre que celle justifiant l'antibiothérapie. Ex : prendre en cas de douleur... ou, on peut trouver une durée de prescription plus prolongée des anti-inflammatoires que celle de l'antibiothérapie.

<u>La fiche médicale</u> :

Pour certains malades, une fiche médicale existe au niveau du service médical pouvant permettre au médecin conseil de conclure à l'existence de facteurs de risque pour un malade en particulier. Ces fiches sont renseignées grâce aux prescriptions arrivant aux caisses primaires pour ces malades au moment de la demande de remboursement. Les classes thérapeutiques utilisées permettent de connaître les pathologies soignées.

Le contact avec le patient :

Le contact se fait par convocation du patient au service médical.

En cas de non-respect, il y a nécessité d'examen précis du patient (interrogatoire, examen clinique) avec rédaction d'une observation détaillée précisant :

-l'affection traitée en décrivant si nécessaire la symptomatologie et l'évolution.

-l'absence de facteur de risque.

-les traitements associés de l'affection en cause et des autres affections présentées.

Le contact avec le médecin :

Au niveau de la décision ou du non-respect, le service médical peut intervenir à tout moment auprès du médecin traitant ou avec le patient pour justifier la bonne application des RMO.

1.2.2. Les documents de saisie des résultats et la décision d'action.

1.2.2.1. La fiche de dénombrement par médecin observé.

Il s'agit d'un document élaboré pour comptabiliser manuellement toutes les archives et documents sur lesquels le travail a été effectué, cette fiche restera avec les documents.

Elle comporte :

-Un numéro séquentiel d'identification.

-Un nombre total d'ordonnances examinées.

-La date de la première et dernière prescription.

-Un dénombrement d'unités de recherche, par thème et par référence.

1.2.2.2. La fiche de recueil par bénéficiaire.

Cette fiche spécifique d'un patient, est à réalisation obligatoirement manuelle.

Il n'est pas possible, sauf autorisation particulière de la CNIL et avec l'information de la personne, de réaliser un fichier informatique qui comporterait des éléments de pathologie ou d'autres éléments personnels concernant le patient.

Cette fiche de recueil est réalisée dés qu'il y a une interrogation sur le respect d'une référence médicale, par contre le constat immédiat du respect dispense de la réalisation de cette fiche.

Elle reprend, outre les caractéristiques du bénéficiaire, la date de prescription, les modalités de recueil des compléments d'information (sur pièces, sur personne, courrier au médecin traitant etc...).

Elle précise, en conclusion, le dénombrement d'unités de non-respect dans chaque référence médicale, ainsi que leur total pour l'ensemble des références médicales étudiées.

1.2.2.3. La fiche de synthèse.

Dans une étape ultérieure, le médecin conseil établit une fiche de synthèse concernant le praticien dont la pratique a été observée.

Sur la base des ordonnances étudiées, la durée correspondante doit être précisée.

Dans un tableau récapitulatif, avec pour chaque référence l'indication du seuil d'opposabilité, le bilan est effectué pour le total des unités de référence et des unités de non-respect, ce qui permet de calculer un taux global de non-respect. (UNR / UR).

1.3. La décision prise à la suite de l'observation initiale.

Au vu des résultats obtenus, les décisions suivantes peuvent alors être envisagées :

- Une décision de ne pas prolonger la recherche.

Si les résultats de l'observation se révèlent conformes aux exigences des références médicales opposables ou alors non conformes mais de façon suffisante pour préjuger que le seuil va être dépassé, on considèrera que l'ensemble de la pratique médicale du praticien est conforme. Il ne sera pas utile de prolonger sur deux mois l'examen de suivi.

Un échange confraternel est toujours possible pour apporter quelques commentaires supplémentaires. Le médecin est informé, quels que soient les résultats.

- Une décision de suivi complet pendant deux mois.

Lorsque la pratique médicale s'est révélée en contradiction avec les références médicales, il est, pour des raisons de respect de la procédure conventionnelle, nécessaire de poursuivre l'observation sur une durée complète de deux mois.

Si les résultats sont confirmés (ou amplifiés) dans le sens du non-respect, la transmission du dossier au CMPL par le service médical devient techniquement possible.

1.4. L'échange confraternel dans le suivi des RMO sur 10 jours.

Cet échange confraternel constitue l'acte indispensable de l'Activité d'Expertise de Santé Publique (AESP) dans le suivi individuel des RMO sur dix jours.

L'objectif général est « de participer à la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé en amenant le praticien à s'interroger sur sa pratique et donc à engager une réflexion sur les RMO et une démarche de Maîtrise Médicale des Dépenses de Santé (MMEDS)».

Le médecin conseil doit aussi envoyer une lettre de confirmation.

1.4.1. Les moyens de recherche des informations complémentaires.

Lorsque le suivi se prolonge sur 2 mois, le médecin conseil peut avoir besoin de renseignements complémentaires afin d'argumenter sur le suivi ou non des références médicales. Pour cela, deux moyens sont mis à sa disposition. Il peut s'adresser au médecin prescripteur ou bien convoquer le patient.

1.4.1.1. La recherche d'information auprès du médecin prescripteur.

L'entretien téléphonique réalisé par le médecin conseil présente l'avantage de la relation au regard des devoirs déontologiques confraternels, mais reste difficile de réalisation.

Ainsi, les réponses fournies pourront être très évasives, voire stéréotypées.

Une autre option peut être utilisée, celle du courrier adressé au médecin prescripteur qui présente les mêmes avantages et inconvénients que la communication téléphonique, avec l'hypothèse positive que le médecin pourra trouver un moment pour répondre.

Le potentiel pédagogique est probablement plus puissant, le médecin pouvant mieux réfléchir sur sa pratique. Il n'est pas à exclure non plus certaines formes de justification systématique selon un argumentaire bien élaboré à l'avance.

Un document écrit constitue néanmoins un support exploitable dans de bonnes conditions et reste à privilégier.

La simple analyse de l'ordonnance est rarement suffisante pour obtenir un résultat satisfaisant. Il est alors possible d'envisager l'utilisation d'un questionnaire concernant d'une part le patient, et d'autre part le médecin prescripteur dont la pratique médicale est observée.

1.4.1.2. La recherche auprès du patient.

L'avantage apparent réside dans une standardisation de la question posée et une analyse facilitée, à condition de s'être assurée d'une bonne compréhension des questions (fiche test) par les patients, et sous réserve d'un taux de réponse suffisant.

Il n'y a en effet aucune relation directe entre ce questionnaire et les réponses fournies d'une part, et une décision médicale d'attribution de certaines prestations particulières d'autre part (expertise médico-sociale).

Il apparaît donc finalement que cette option de s'adresser directement à l'assuré soit une démarche à ne pas privilégier et à n'utiliser qu'en dernier ressort lorsque les autres moyens se sont révélés inefficaces. Celle-ci n'est d'ailleurs pas utilisée à Grenoble sauf dans le cas où un contentieux a été engagé entre le CMPL et un médecin.

2. Analyse quantitative des pratiques médicales.

2.1.Analyse quantitative des pratiques médicales nationales et régionales observées par les services médicaux en 1997.

2.1.1.La réalisation du bilan quantitatif.

Un praticien conseil, est particulièrement désigné pour établir les tableaux de bord adéquats pour certains dénombrements :

-Le nombre de médecins dont la pratique a été observée depuis le départ de l'opération à une date donnée, ainsi que leur répartition en fonction de leur discipline.

On note alors leur répartition en :

- Nombre dont l'observation est en cours.

- Nombre dont l'observation est terminée.

On sépare :

Les médecins examinés. (Pratique médicale observée pendant au moins dix jours mais moins de deux mois).

Les médecins suivis. (Pratique médicale observée pendant deux mois).

On a pour les médecins suivis leur répartition en :

-Nombre de médecins ayant dépassé un ou plusieurs seuils d'opposabilité de référence médicale, donc susceptibles d'être présentés au CMPL.

-Nombre de médecins n'ayant pas atteint le(s) seuil(s) d'opposabilité.

2.1.2. Bilan de l'observation des pratiques des professionnels de santé au regard des RMO au 31. 12. 97. au niveau national.

Ce bilan des RMO a été élaboré à partir des requêtes bimestrielles effectuées par les services médicaux à partir du 1er septembre 1997.

Au 31 décembre 1997 et au niveau national,

-**3428** médecins libéraux ont fait l'objet d'une observation par le service médical dans le cadre d'une requête individuelle ou collective soit 3% des médecins libéraux pour la France entière.

-**94%** des observations, généralistes et spécialistes confondus, sont sur l'initiative du service médical (93% pour les généralistes, 96% pour les spécialistes). A moindre mesure, le CMPL a donc pris l'initiative dans 6% des observations.

2.1.2.1. Pratiques individuelles.

On note :

-**1725** pratiques individuelles dont :

-**588** observations en cours, (34%)

-**1137** observations terminées (66%)

Sur les 1137 observations terminées, 915 concernaient des médecins généralistes (80%) et 222 des spécialistes (20%).

2.1.2.2. Pratiques collectives.

Les observations collectives ont porté sur **1703** médecins libéraux dont :

-**228** omnipraticiens,

-**328** spécialistes,

-**1147** toutes spécialités confondues

Pour les spécialistes, les observations ont porté en plus grand nombre sur les spécialistes suivants :

-Radio diagnostic et imagerie médicale (41%)

-Dermatologie et vénérologie (13%)

-Psychiatrie générale (9%)

-Gynécologie obstétrique (7%)

Les références par ordre décroissant pour lesquelles une UR a pu être identifiée sont les suivantes:

-Par les omnipraticiens :

-Hypnotiques et anxiolytiques.

Thème IV-3. :« *Il n'y a pas lieu de prescrire des anxiolytiques et/ou hypnotiques sans tenir compte des durées de prescriptions maximales réglementaires (incluant la période de sevrage) et sans réévaluation régulière. Les durées de prescriptions 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) ».

-AINS.

Thème I-8. :« *Il n'y a pas lieu d'associer un AINS par voie générale à l'aspirine prise à dose supérieure à 500mg/jour ou de l'associer à un autre AINS, même à doses antalgiques* ».

-AINS.

Thème I-7 : « *Il n'y a pas lieu de prescrire un AINS par voie intramusculaire au-delà des tous premiers jours de traitement, la voie orale prenant le relais. (la voie parentérale ne diminue pas le risque digestif, comporte des risques spécifiques et n'est pas plus efficace au-delà de ce délai)* ».

-Hypnotiques et anxiolytiques.

Thème IV-1. « *Il n'y a pas lieu, dans le traitement de l'anxiété, d'associer deux anxiolytiques (benzodiazépine ou autre)* ».

-Antibiotiques.

Thème II-3. « *Il n'y a pas lieu d'utiliser les céphalosporines de deuxième et troisième génération* ».

-Par les spécialistes :

-Hypnotiques et anxiolytiques.

Thème IV-3. (voir ci-dessus)

-Examens préopératoires.

Thème XVIII-3.

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

« *Il n'y a pas lieu de faire une radiographie thoracique* ».

-Acné.

Thème XXIX-3.

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

« *Il n'y a pas lieu, du fait du risque tératogène, de débuter 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* ».

-Neuroleptiques.

Thème XXXI-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* ».

Les actions qui ont découlées de ces observations ont pour 639 d'entre-elles fini en entretiens ou échanges confraternels dont 268 confirmés par une lettre d'information.

On compte 6 retenues financières sur 16 dossiers présentés au CMPL.

On remarque donc qu'au plan national, les échanges confraternels pour la promotion du suivi des RMO sont majoritaires, bien devant les sanctions qui pourraient être prises à l'encontre des médecins par le CMPL.

<u>Tableau n°VI :</u> Nombre de médecins avec UNR (en ordre décroissant) pour la période du 01/09/97 au 31/12/97. (source : Service Médical de Grenoble).

THEME	Numéro de thème	Numéro de référence	UR nombre total (nombre d'ordonnances sélectionnées)	UNR nombre total (nombre de non respects)	Médecin avec UR	Médecin avec UNR	% UNR/ UR
Hypnotiques et anxiolytiques	4	3	18.635	1126	702	268	6,04
Hypnotiques et anxiolytiques	4	1	11.927	631	748	252	5,29
Vasodilatateurs	45	2	3.943	311	398	116	7,89
Vaso-actifs	22	2	3.984	203	449	99	5,10
Hypnotiques et anxiolytiques	4	5	8.038	313	425	88	3,89
Antibiotiques	2	4	2.608	217	378	81	8,32

2.1.3. Bilan de l'observation des pratiques professionnelles au niveau de la région Rhône-Alpes.

Au 31/12/97,

-**<u>108</u>** médecins libéraux ont fait l'objet sur leur pratique individuelle d'une observation par le service médical au niveau de la région Rhône-Alpes, (contre 1725 médecins au niveau national).

On note au niveau généralistes :

-**8** observations en cours (11%)

-**68** observations terminées (89%)

Au niveau des spécialistes :

-**6** observations en cours (19%)

-**26** observations terminées (87%)

Au niveau de la région,

-**13** praticiens (généralistes et spécialistes confondus) ont eu un entretien ou un échange confraternel avec le médecin conseil du service médical.

-**57** praticiens, ont eu un entretien ou un échange confraternel confirmé par une lettre d'information, **14** ont seulement reçu une lettre d'information.

-**1** médecin a reçu une lettre de mise en garde.

-**8** médecins ont reçu une lettre de mise en garde après un échange confraternel.

2.2.Bilan de l'impact économique national des Références Médicales Opposables.(enquête du CREDES,1996).

Pour connaître l'efficacité économique des références médicales opposables, c'est à dire voir si les médecins les respectent et en quelles proportions et si celles-ci sont appliquées durablement, le Centre de Recherche et d'Etude et de Documentation en Economie de Santé a fourni en 1996 une étude très attendue par le gouvernement.

Ce travail, résumé ci-dessous avec les résultats obtenus sur le thème correspondant aux prescriptions d'antibiotiques, permet une approche de l'impact économique des RMO lors de leurs premières années d'exploitation.

Nous verrons donc dans cette partie, l'évaluation de l'impact sur la prescription médicale au niveau du thème relatif à l'antibiothérapie, puis dans un deuxième temps, l'effet économique global pour l'année 1994 et le premier semestre de 1995.

2.2.1.Données du CREDES. Enquête de 1996.

2.2.1.1.Materiels et méthodes.

Ce travail a été effectué par le CREDES (Centre de Recherche et d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé) à partir des données de l'enquête permanente sur la prescription médicale, réalisée par IMS-France. Il montre au plan national les économies effectivement réalisées suite à la mise en place des références médicales opposables. Le résumé de cette enquête effectué ci dessous permet une approche de l'impact économique des recommandations médicales opposables dans un but de maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

2.2.1.1.1.Matériels.

Cette enquête porte annuellement sur un échantillon de 2300 à 3200 praticiens, représentatif des médecins généralistes ou spécialistes exerçant en pratique libérale en France métropolitaine, entre décembre 1991 et août 1995.

Sont exclus des champs de l'enquête les chirurgiens, anesthésistes, biologistes et radiologues ainsi que tous les médecins qui ne prescrivent pas de médicaments allopathiques (acupuncteurs exclusifs, homéopathes exclusifs etc...).

2.2.1.1.2.Méthodes.

Chaque médecin est enquêté pendant sept jours consécutifs et fournit, pour chaque patient examiné, les renseignements suivants :

-caractéristiques socio-démographiques,
-lieu de la séance,
-diagnostic ou motif de la séance,
-un duplicata de l'ordonnance délivrée au patient.

Au total, ce sont, suivant les années, de 154000 à 218000 ordonnances qui ont pu être examinées.

2.2.1.2.Attitude du médecin devant une prescription.

La limitation de la prescription de certains médicaments par des mesures telles que les références médicales opposables entraînent différentes conséquences directes ou indirectes.

Ainsi le médecin qui se trouve confronté à la restriction de prescription d'un médicament a le choix entre trois attitudes:

-Il passe outre la référence médicale et il décide de prescrire quand même le médicament concerné. S'il répète cette attitude trop souvent, il s'expose alors à devoir justifier son attitude et encourt le risque de sanctions financières.

-Il estime que le traitement de l'affection est inutile et il ne prescrit rien.

-Enfin, il estime que l'état de santé de son patient, le contexte familial, social..., justifient la poursuite d'un traitement et il cherche alors à substituer le médicament visé par la référence par un autre dont les effets sont voisins ou identiques.

2.2.1.3.Les différents types de références.

Il existe deux sortes de références sur les spécialités pharmaceutiques :

-Type I : « Il n'y a pas lieu de prescrire tel médicament dans une pathologie précise. »

On peut prendre comme exemple les références 1993-II.1 à 3 sur la prescription de certains antibiotiques dans les affections ORL ou respiratoires courantes.

-Type II : « Il n'y a pas lieu de prescrire 2 médicaments appartenant à une même classe thérapeutique. »

L'exemple en est la limitation de la double prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (Références 1993-I).

Suivant le type de références, les effets directs des RMO seront soit la diminution de la prescription des produits de la classe incriminée, soit la réduction du nombre de double prescription des produits de cette classe. (Effets directs).

Dans le cas des références limitant la double prescription de produits, d'une classe donnée, les effets indirects peuvent consister en une réduction de l'ensemble de la prescription de la classe par sensibilisation des médecins à la prescription de ces produits. (Effets indirects).

2.2.1.4.Méthodes de calcul.

Pour les références de type I, reprenons l'exemple de la référence 1993-II,1 à 3.

-L'économie potentiellement réalisable est égale au coût de la prescription de ces antibiotiques dans les affections ORL et respiratoires courantes. L'économie potentielle est mesurée par rapport à l'année précédant l'entrée en vigueur de la référence.

-Le montant économisé sur les classes d'antibiotiques visés par la référence, est la somme des prescriptions qui auraient du être faites avec un antibiotique visé par la référence.

Les prescriptions qui auraient du être faites sont le cumul des séances sans prescriptions et des séances avec prescription d'un antibiotique non visé par la référence.

Le montant représente ce qui n'a pas été dépensé dans la classe visée par la référence.

Sur les classes qui n'ont pas été visées par la référence, on observe un coût supplémentaire, lié à la substitution par un autre antibiotique. Ce coût supplémentaire est obtenu en valorisant ces prescriptions par le coût moyen des traitements des antibiotiques non visés par les références.

EFFET REEL = EFFET DE CLASSE (Baisse des coûts sur la classe visée par la référence.) **- COÛT SUBSTITUTION** (coût supplémentaire sur les autres classes lié à la substitution.)

Pour les références de type II, reprenons l'exemple de la référence 1993-I.

-L'économie potentiellement réalisable est égale au coût supplémentaire lié à la prescription d'un deuxième AINS. L'économie potentielle est mesurée par rapport à l'année précédant l'entrée en vigueur de la référence.

Dans ce type de référence, on considère qu'il n'y a pas de substitution avec une autre classe ; on fait l'hypothèse que les personnes qui étaient traitées par deux produits de la même classe, le sont maintenant avec un seul. La substitution, se fait donc à l'intérieur de la même classe.

S'il y a glissement de la prescription vers des produits plus onéreux, dans la classe incriminée, celui-ci est pris en compte par la valorisation du traitement. En effet, le surcoût est valorisé par la différence entre le prix des simples prescriptions (qui peut avoir augmenté par glissement) et le prix des doubles prescriptions.

L'effet réel de la référence, c'est à dire le montant économisé sur la classe des AINS est égal au nombre de doubles prescriptions qui n'ont pas été effectués, valorisées au surcoût moyen de la double prescription.

Le nombre de doubles prescriptions non effectuées est estimé en faisant la différence entre le nombre attendu et le nombre observé de double prescriptions.

2.2.1.5.Les limites de la mesure des effets des RMO.

Pour les références de type I :

*La mesure de l'effet de la référence est imparfaite, car toute modification de prescription, notamment le transfert vers une autre classe, est attribuée à l'effet de la référence. Or, il se peut que l'apparition de nouveaux produits dans une classe fasse que, d'eux même, les médecins abandonnent la classe visée pour prescrire ces nouveaux produits.

*La mesure de substitution prend en compte uniquement les classes thérapeutiques dont l'effet est proche ou identique ; ainsi l'étude considère qu'un antibiotique est remplacé par un autre antibiotique. Mais on peut penser que dans quelques cas les médecins vont substituer l'antibiotique concerné par un autre produit (un antibiotique local, de l'homéopathie, ou tout autre chose.)

Pour les références de type II :

*L'hypothèse de départ, à savoir la substitution d'une double prescription par une simple prescription dans la même classe, fait abstraction de la possibilité pour le médecin de changer de classe de produit.

*Les médecins peuvent prescrire deux produits appartenant à la classe visée, sur deux ordonnances, à huit jours d'intervalle par exemple. Cette double prescription n'est pas prise en compte puisque les données ne permettent pas de suivre les patients.

*La mise en place d'une référence sur une classe de médicaments peut entraîner une modification du comportement des prescripteurs. Ceux-ci sont en effet sensibilisé à l'utilisation de ces produits et peuvent donc diminuer la fréquence globale de leurs prescriptions. Cet effet minimise légèrement les résultats obtenus.

Enfin pour toutes les références, les effets à moyen et à long terme et en particulier le bénéfice en terme de santé publique ne sont pas mesurables.

2.2.2. Résultats.

2.2.2.1. Exemple : les références relatives à la prescription des antibiotiques.

2.2.2.2.Texte de la référence.

Il s'agit du thème 1993-II concernant la prescription des antibiotiques en pratique courante. Elle comprend 5 références que nous traiterons successivement. Le texte de la référence précise de plus un champ d'application particulier :

« Ces références s'appliquent aux affections des 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, que sont les rhinites, rhino- pharyngites, bronchites aiguës, trachéites et laryngites, lorsqu'elles sont justifiables d'une antibiothérapie,

-les angines non récidivantes,

-les pneumopathies aiguës chez l'adulte sain. »

Référence 1 *« Il n'y a pas lieu d'utiliser une association amino-pénicilline-inhibiteur des bêta-lactamases ».*

Référence 2 *« Il n'y a pas lieu d'utiliser les fluoroquinolones systémiques. »*

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

Référence 4 *« Il n'y a pas lieu d'associer à l'antibiothérapie par voie générale, des corticoïdes, en dehors des laryngites striduleuses de l'enfant ».*

Référence 5 *« Il n'y a pas lieu d'associer à l'antibiothérapie par voie générale, des anti- inflammatoires non- steroïdiens, sauf composante inflammatoire et/ou algique importante. »*

Ces références sont entrées en vigueur en mars 1994 (arrêté du 22 mars 1994). Elles ont été annoncées dès le mois de janvier au moment de la signature de l'avenant n° 1 à la convention nationale des médecins d'octobre 1993, le 6 janvier 1994.

2.2.2.3.Période d'observation.

La période d'observation s'étend de février 1992 à août 1995. La période « avant la référence » se situe entre mars 1992 et février 1994 et la période « après la référence » inclut donc la période mars 1994 à août 1995.

Compte tenu des variations saisonnières des pathologies et de la consommation médicale, les comparaisons ne peuvent se faire que d'une année sur l'autre qu'à période similaire. Or pour 1995, le CREDES dispose des données jusqu'au mois d'août inclus. Les périodes retenues pour les comparaisons sont donc d'une part les semestres de mars à août, pour les années de 1992 à 1995 et d'autre part, les années complètes 1992, 1993 et 1994.

Soulignons que les mois de mars à août, seuls disponibles pour 1995, ne sont pas les plus propices pour étudier les affections ORL ou respiratoires courantes.

2.2.2.4.Méthode utilisée.

L'étude sélectionne les personnes souffrant de ces affections courantes, et élimine celles pour lesquelles le médecin a déclaré un facteur de risque ou un terrain particulier, de même que celles qui ont des otites, des sinusites, des épiglottites, ou des brochiolites aiguës associées.

Les médicaments retenus appartiennent aux classes des « pénicillines à large spectre », des « fluoroquinolones » et des « céphalosporines ».

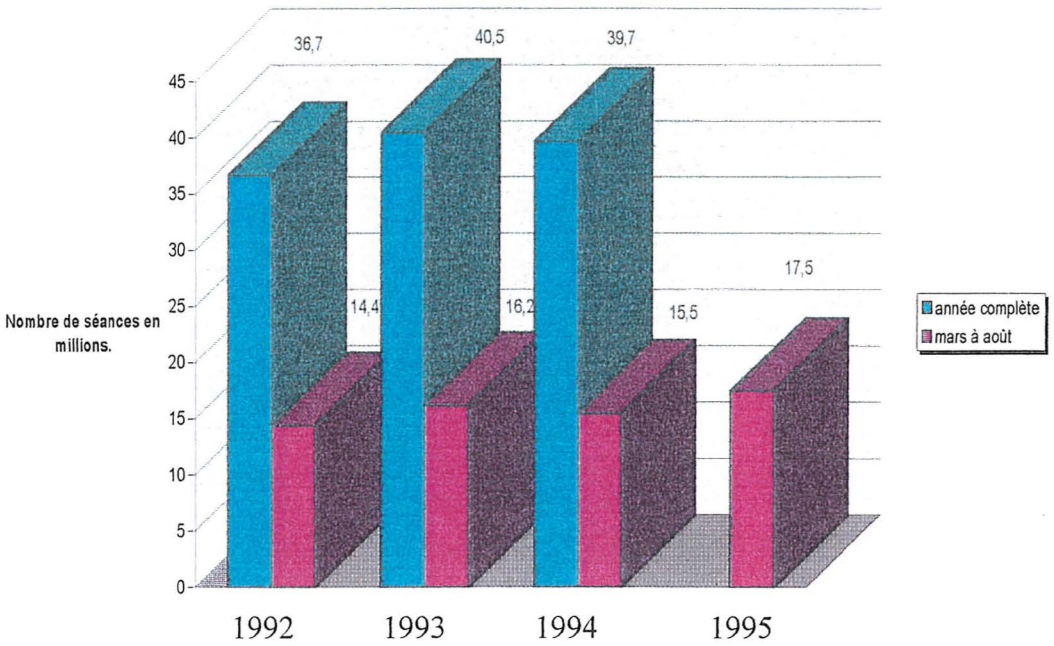
L'analyse des coûts a été effectuée en francs courants. Entre 1992 et 1995, les prix des médicaments ont peu évolué.

2.2.2.5.Estimation du nombre de séances pour affections ORL et respiratoires courantes.

En 1992, on note **36,7** millions de séances de médecins, en 1993 une augmentation importante avec **40,5** millions et **39,7** millions en 1994.

Entre le mois de mars et août 1994 et la même période en 1995, la croissance semble reprendre avec 13% de hausse.

Figure n°3 : Nombre de séances pour affection ORL ou respiratoire courante pour les années 1992 à 1995.



Quelle que soit l'année, 90% des séances sont réalisées par des médecins généralistes.

Les séances pour affections ORL ou respiratoires courantes traitées par antibiotiques évoluent parallèlement.

En 1992, **24 millions de séances** étaient suivies d'antibiothérapie, soit 27% du total. L'année suivante les médecins ont réalisé **27 millions de séances** de ce type et en 1994, **26 millions**.

La répartition des infections ORL et respiratoires courantes est stable, de 71 à 73% pour les affections ORL et de 27 à 29% pour les affections respiratoires (principalement des bronchites).

Tableau n°VII : Pourcentage de séances pour affections ORL ou respiratoires courantes suivies d'une antibiothérapie.

	Nombre de séances pour affection en millions	Nombre de séances suivies d'une antibiothérapie en millions	% de séances	% affections ORL	% affections respiratoires
1992	36,7	24	64,5	72	28
1993	40,5	27	66,6	71	29
1994	39,7	26	65,5	73	27
1995				73	27

2.2.2.6.Estimation du nombre de séances pour affections ORL et respiratoires courantes comportant des céphalosporines.

En 1992, **2,6 millions de séances** de médecins pour affection ORL et respiratoire courante comportent une prescription de céphalosporines de 2ème ou 3ème génération.(C2C3G).

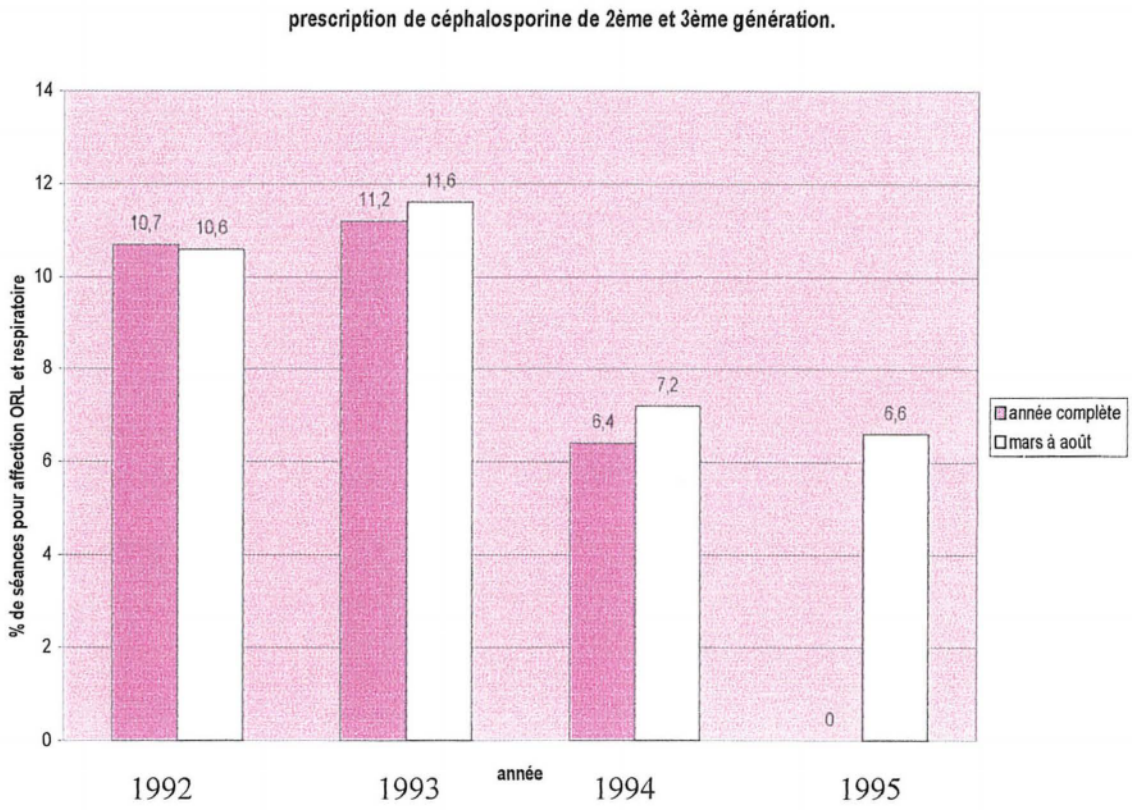
En 1993, ce nombre est passé à **3 millions**, puis à **1,7 millions** en 1994, soit une baisse de 45% à partir de l'application de la référence.

Entre mars et août 1994 et la même période en 1995, le nombre de prescription de ces produits augmente à nouveau de 7% en passant de **743.000** séances pour 6 mois en 1994 à **794.000** pour 6 mois en 1995.

Tableau n°VIII :Pourcentage de séances pour affections ORL ou respiratoires courantes suivies d'une antibiothérapie par C2G ou C3G.

		Nombre de séances pour affections (en millions)	Nombre de séances suivies d'une antibiothérapie (en millions)	Nombre de séances suivies d'une antibiothérapie par C2GC3G.
Année complète	1992	36,7	24	2.600.000
	1993	40,5	27	3.000.000
	1994	39,7	26	1.700.000
Mars à août	1994			743.000
	1995			794.000

Figure n°4 : Pourcentage de séances pour affections ORL ou respiratoires courantes suivies d'une antibiothérapie par C2G ou C3G.



2.2.2.7.Incidence financière de la référence.

Dans ces références de type I où la prescription de produits est entièrement limitée, l'économie potentiellement réalisable est égale au coût total de la prescription des céphalosporines de 2ème ou 3ème génération dans les infections ORL ou respiratoires courantes, soit si on se base sur l'année 1993, **595** millions de francs.

* Evolution 1993-1994 :

Le coût total des céphalosporines de 2ème et 3ème génération est passé de **595 millions de francs** en 1993 à **335 millions de francs** en 1994, soit un écart de **260 millions de francs**.

Outre l'effet direct de la référence, cette baisse inclut celle du nombre de séances réalisées pour ces affections, baisse de 2,1% chez les généralistes. Si on applique cette diminution au nombre de diagnostic traité par céphalosporine de 2ème et 3ème en 1993, soit 2,92 millions de séances, on s'attend pour 1994 à obtenir 2,86 millions de séances donnant lieu à un traitement par ces antibiotiques.

Or, ce nombre s'établit à 1,6 millions, soit une différence de 1,26 millions de séances.

Si on valorise ces séances par le coût d'un traitement par ces produits en 1994 (203 francs), on obtient une somme de 254 millions de francs, correspondant à l'effet direct de la référence chez les généralistes.

Le même calcul appliqué aux spécialistes aboutit à évaluer à 7,7 millions, la baisse du coût de la prescription de ces produits chez ces médecins.

Pour l'ensemble des médecins, en 1994, la baisse directe des coûts liée à l'introduction de la référence sur les céphalosporines de 2ème et 3ème génération est donc de 254 + 7,7 = **262 millions de francs.**

Bien entendu il faut rappeler que cette baisse obtenue sur cette classe précise, n'entraîne pas forcément une économie globale sur la prescription. En effet, chez les patients qui ont besoin d'un traitement antibiotique, les médecins vont substituer aux céphalosporines d'autres antibiotiques (effet indirect).

Au total, l'écart de 259 millions de francs observé sur le coût de la prescription des céphalosporines de 2ème et de 3ème génération entre 1993 et 1994 est presque entièrement lié à l'effet de la référence.

* Evolution 1994-1995 :

Entre 1994 et 1995 (mars à août), le coût total des céphalosporines de 2ème et 3ème génération a augmenté de **17,4 millions de francs**, passant de **146 à 163 millions de francs.**

Cependant, malgré une augmentation du nombre de diagnostic de 17% chez les généralistes, la baisse directe des coûts observée sur cette classe du fait de la référence atteint 15 millions de francs. En revanche chez les spécialistes, le nombre de séances avec prescription de ces produits semble augmenter et entraîne pour ces médecins une hausse des coûts de 3 millions de francs.

Pour l'ensemble des généralistes et spécialistes, en 1995 et sur 6 mois, on peut évaluer la baisse directe des coûts à **12 millions de francs**.

Au total, entre 1994 et 1995, pour les mois de mars à août, on observe une hausse de 17 millions de francs du coût des céphalosporines de 2ème et 3ème générations. Cette hausse résulte de trois phénomènes :

-Une diminution des coûts de 12 millions de francs liée à la référence,

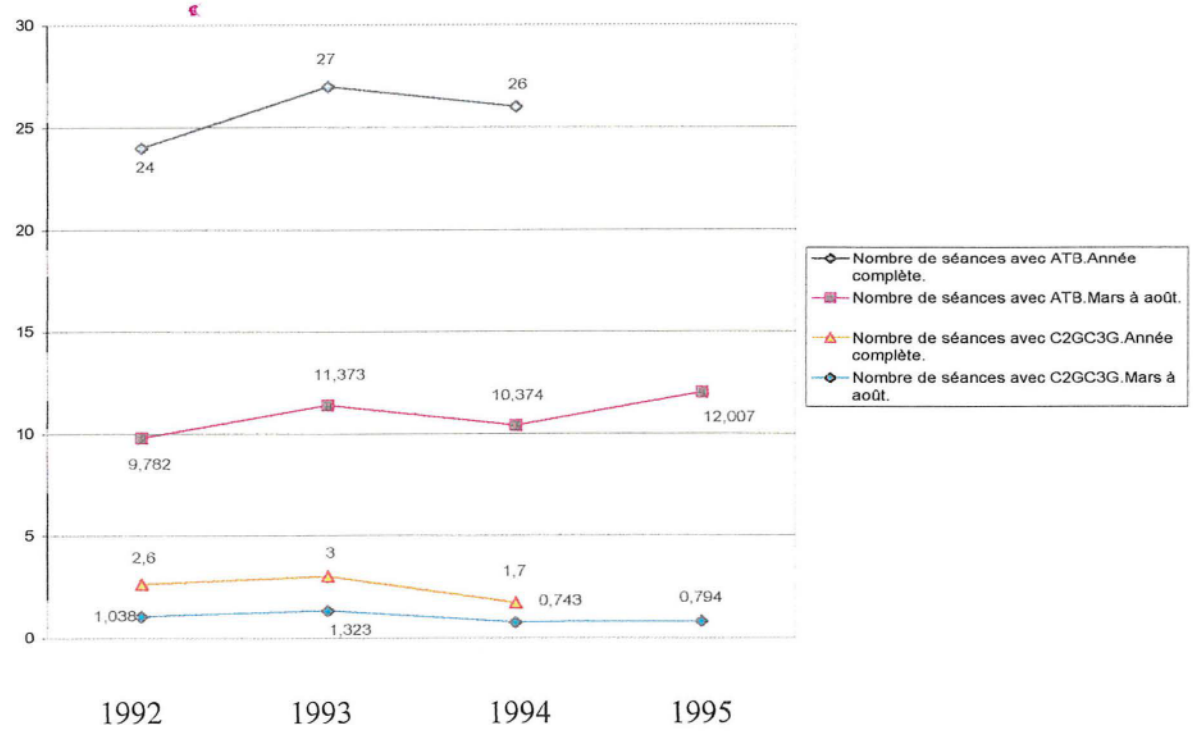
-Un effet masqué par une dépense de 21 millions de francs, liée à la hausse du nombre de diagnostics,

-Un coût supplémentaire de 8 millions de francs dû à la progression du prix du traitement.

Tableau n°IX : Récapitulatif de l'effet de la référence au niveau économique.

	Année complète		Mars à août	
	1993	**1994**	**1994**	**1995**
Nombre de séances avec ces diagnostics (en milliers)	40.516	39.669	15.517	17.532
Nombre de séances avec ces produits	3.045	1.675	743	794
% de séances avec ces produits	7,5%	4,2%	4,8%	4,5%
Prix unitaire d'un traitement	195	200	196	205
Coût total de ces produits (en millions de francs)	595 MF	335 MF	146 MF	163 MF
Evolution du coût de ces produits	Baisse de :	259 MF 43,6%	Hausse de :	17 MF 11,9%
Répercussions financières hors prix et diagnostics Effet direct RMO	Baisse de :	262 MF	Baisse de :	12 MF
Répercussion de l'évolution des prix des traitements	Hausse de :	15 MF	Hausse de :	8 MF
Répercussion de l'évolution des diagnostics	Baisse de :	13 MF	Hausse de :	21 MF

Figure n°5 : Récapitulatif de l'effet de la référence au plan économique.



2.2.2.8.Exemple :la prescription de corticoïdes lors de traitements antibiotiques pour infections ORL ou respiratoires courantes.

2.2.2.8.1.Estimation du nombre de séances avec antibiothérapie et corticoïdes.

En 1992, on dénombre **1,7 millions de séances** de médecins réalisées pour infection ORL ou respiratoires courantes traitées par antibiotiques qui comportent en plus une prescription de corticoïdes.

En 1993, ce nombre passe à **2 millions**, puis à **1,6 millions en 1994**, soit une baisse de 19%, ramenant le nombre de corticoïdes en 1994 à son niveau de 1992.

Entre mars à août 1994 et la même période en 1995, le nombre de prescription de ces produits augmente à nouveau de 22%.

Au total sur 100 séances de ce type, 7 sont suivies d'un traitement par corticoïdes en 1992, 7,3 en 1993 et 6,2 en 1994. En 1995, ce sont encore 5,9% des séances qui comportent un traitement corticoïdes associé.

Quelle que soit l'année, entre 86 et 89% de ces prescriptions sont réalisées par des généralistes.

2.2.2.8.2.Incidence financière de la référence.

L'économie potentiellement réalisable est au maximum égale au coût total de la prescription des corticoïdes dans les infections ORL ou respiratoires courantes traitées par antibiotiques, soit si l'on se base sur l'année 1993, **94 millions de francs.**

Pour évaluer l'économie effectivement réalisée après l'introduction de la référence, entre 1994 et 1995, on admet en premier lieu que le nombre de personnes traitées par corticoïdes aurait évolué de la même manière que le nombre total de personnes traitées par les antibiotiques pour ces affections.

* Evolution 1993-1994 :

Le coût total de ces produits est passé de **94 millions de francs** en 1993 à **77 millions de francs** en 1994, soit une baisse de **17 millions de francs**.

Outre l'effet direct de la référence, cette baisse inclut celle du nombre de séances traitées par antibiotiques, baisse de 3%. Si on applique cette diminution aux 1,73 millions de séances de 1993, on s'attend pour 1994 à obtenir 1,64 millions. Or ce nombre s'établit à 1,42 millions, soit une différence de 254.000 séances.

Si on valorise ces séances par le coût moyen d'un traitement en 1994 (48 francs), on obtient une somme de **12 millions de francs**, correspondant à l'effet de la référence chez les généralistes.

Le même calcul appliqué aux spécialistes aboutit à évaluer à **1,5 millions de francs.**

Pour l'ensemble des médecins, en 1994, la baisse des coûts liée à l'introduction de la référence sur les corticoïdes est de **13,7 millions de francs.**

La baisse du nombre de diagnostics entraîne elle une diminution des coûts de **3,8 millions de francs**.

A l'inverse, l'augmentation du prix moyen du traitement entraîne une dépense supplémentaire de **569.000 francs**.

*Evolution 1994-1995 :

Entre 1994 et 1995 (mars à août), le coût total des corticoïdes a augmenté de **8 millions de francs ;**

L'augmentation du nombre de diagnostics de 17% chez les généralistes engendre un coût supplémentaire de **4 millions de francs** ; la hausse des coûts moyens des traitements entraîne un coût de **1,4 millions de francs** ; il n'y a aucune économie directe, liée à la référence mais par contre une augmentation de la prescription des corticoïdes de **2,7 millions de francs.**

2.2.2.9.Evaluation des effets de substitution des antibiotiques.

La limitation de la prescription de certains antibiotiques par les références médicales opposables entraîne pour bon nombre de patients la prescription d'antibiotiques appartenant à des classes non visées par les références. C'est ce que l'on appelle la substitution.

En effet, les RMO relatives à l'antibiothérapie dans les affections considérées, si elles limitent l'utilisation des céphalosporines 2ème et 3ème génération, des fluoroquinolones et des amino-pénicillines avec bêta-lactamases, n'empêchent en rien les praticiens de prescrire un autre antibiotique. Dans ce cadre, ces RMO ne recouvrent pas les avis des conférences de consensus ou ceux des experts, qui recommandent de limiter la prescription de l'antibiothérapie, dans ces affections, le plus souvent d'origine virale.

*conséquences financières pour 1994 :

On note que :

-la prescription d'antibiotiques visés par les RMO en 1994 concerne 3,2 millions de séances et représente **662 millions de francs.**

-le nombre de séances avec prescription d'un antibiotique non visé par les références médicales et qui ne proviennent pas d'une substitution est estimé à **21 millions** et représente, en 1994, **2115 millions de francs**.

-le nombre de séances sans prescription peut être estimé à **469000**. Ces séances, qui auraient été suivies d'une prescription d'un antibiotique visé par les références, ont donc permis une économie sur ces médicaments de **82 millions de francs**.

-le nombre de séances donnant lieu à une substitution par un autre antibiotique est estimé à 1,8 millions de séances. Cette substitution entraîne deux phénomènes :

Une baisse des coûts sur les antibiotiques visés par les RMO égale à **356 millions de francs.** Cette baisse est calculée en valorisant le nombre de séances substituées par le coût moyen d'un antibiotique des classes visées par les RMO.

Un coût supplémentaire de **183 millions de francs** sur les classes qui ne sont pas visées par la référence, coût lié à la prescription d'un autre antibiotique. Ce coût est obtenu en valorisant ces substitutions par le coût moyen des traitements des antibiotiques non visés par la référence.

Au total, la baisse de coût sur les classes visées par la référence, résulte de la somme, valorisée au coût moyen d'un antibiotique visé par les références, des séances sans prescription et des séances avec substitution. Le cumul de ces baisses pour les C2C3G, les fluoroquinolones et l'association amino-penicillines/inhibiteurs des bêta-lactamases est égal à **438 millions de francs.**

Le coût de la substitution est de **183 millions de francs**, comme nous venons de le dire et par conséquent, l'effet global de la référence peut être estimé à **255 millions de francs.**

*conséquences financières pour 1995 :

Pour l'année 1995, on peut effectuer le même type de calculs :

La baisse des coûts des antibiotiques dont la prescription est limitée est égale à **13 millions de francs**.

Le coût de la substitution est de **31 millions de francs**.

Au total, la baisse des coûts obtenue sur les antibiotiques est entièrement masquée par le coût de la substitution.

Il n'y a pas d'économie supplémentaire liée à la référence puisque la différence entre la baisse des coûts sur la classe et la substitution se solde par une **hausse de 18 millions de francs.**

2.2.3.Bilan financier pour 1994.

2.2.3.1.Texte des références citées.

On retrouve à ce niveau les textes des références citées dans l'analyse ci-dessous tel qu'ils sont rédigés dans l'annexe de la convention.

Thème 1993-I.

Référence 1 :

« Il n' y a pas lieu et il peut être dangereux d'associer deux AINS par voie générale. »

Thème 1993-IX.

Référence 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. »

Référence 9 :

« Il n'y a pas lieu chez le sujet de plus de 70 ans, d'utiliser des sulfamides hypoglycémiants à durée de ½ vie longue.(carbutamide, chlorpropamide) »

Thème 1993-XV.

Référence 3 :

« Il n'y a pas lieu de commencer un traitement antihypertenseur par plus d'un principe actif antihypertenseur, association de diurétiques exceptée, dans une hypertension légère non compliquée. »

Thème 1993-XXIII.

Référence 1 :

« il n'y a pas lieu d'associer ou de prescrire simultanément deux anti-ulcéreux. »

Référence 3 :

« il n'y a pas lieu de prescrire des anti-ulcéreux dans les gastrites chroniques. »

Thème 1993-XXIV.

Référence 1 :

« il n'y a pas lieu d'associer deux vaso-actifs ou plus, dans l'indication artériopathie des membres inférieurs. »

Thème 1994-IX.

Référence 3 :

« il n'y a pas lieu, dans le traitement d'entretien de la psychose, d'associer deux neuroleptiques à visée antipsychotique. »

Thème 1994-XXI.

Référence 2 :

« il n'y a pas lieu d'utiliser l'association de deux médicaments ou plus pour traiter les troubles mictionnels de l'hypertrophie prostatique bénigne. »

2.2.3.2.Bilan quantitatif.

Parmi les RMO étudiées, les cinq références sur les antibiotiques concernent à elles seules, 82% des prescriptions visées. Viennent ensuite les références sur les anti-ulcéreux dans les gastrites, 7%, celles relatives aux sulfamides à demi-vie longue et aux biguanides dans le diabète, 5%, et celle concernant la double prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, 4%. Les champs d'action potentielle des autres références, représentent chacun moins de 1% de toutes les actions visées. Certains d'ailleurs n'existent pratiquement pas comme ceux visés par les deux références sur les hypolipidémiants.

On constate que 44% de l'objectif visant à réduire la prescription de céphalosporines de 2ème ou de 3ème génération dans les infections ORL ou respiratoires courantes a été atteint.

Trois autres références ont produit d'importants effets dès la première année. Il s'agit des références sur les fluoroquinolones et les associations amino-pénicillines/inhibiteurs des bêta-lactamases, dont le taux de réussite est de 38%, de celle sur la double prescription des anti-inflammatoires non stéroïdiens, 37%, et de celle sur la double prescription des sulfamides hypoglycémiants, 31%.

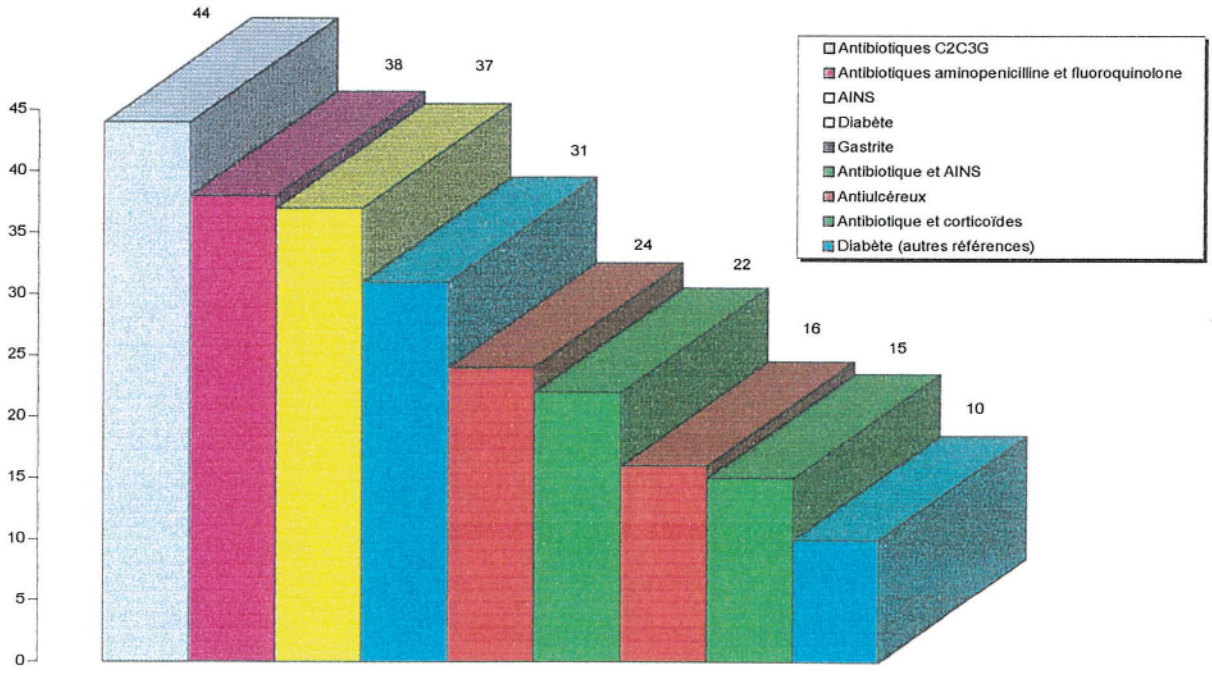
Trois références ont un taux de « réussite » compris entre 22 et 24%. Il s'agit de la limitation de la prescription d'anti-ulcéreux dans les gastrites, de la limitation de la double prescription d'anti-ulcéreux et de celle d'anti-inflammatoires non stéroïdiens dans les affections ORL ou pulmonaires courantes traitées par antibiothérapie.

Enfin, deux références ont un taux de réussite relativement limité entre 10 et 15%. Il s'agit de la prescription de corticoïdes dans les infections ORL et des 2 autres références sur le diabète (sulfamides à demi-vie longue et biguanides).

Quant à la référence sur l'hypertension artérielle débutante, elle est très peu suivie(3%).

Au total, sur l'ensemble des modifications de comportement liées aux références médicales en 1994, 58% sont dues aux trois références sur l'antibiothérapie : celle relative à la prescription de C2C3G et celles concernant les fluoroquinolones et l'association amino-pénicillines/inhibiteurs des bêta-lactamases. La référence sur la prescription des anti-inflammatoires associés à l'antibiothérapie, bien qu'ayant moins été observée, représente tout de même 21% de ces modifications. Au total, ces quatre références regroupent 79% des prescriptions modifiées.

Figure n°6 :Taux de « réussite » des RMO en pourcentage de prescriptions modifiées.



2.2.3.3.Bilan financier.

Globalement, sur les classes thérapeutiques visées par les références de type I, on estime la baisse des coûts sur ces seules classes à 554 millions de francs et n'intègre pas les coûts induits par les prescriptions de substitution. Le coût supplémentaire dû aux substitutions peut être estimé à 223 millions de francs. Au total, la mise en place des références de type I a permis d'obtenir une diminution globale des coûts de **321 millions de francs.**

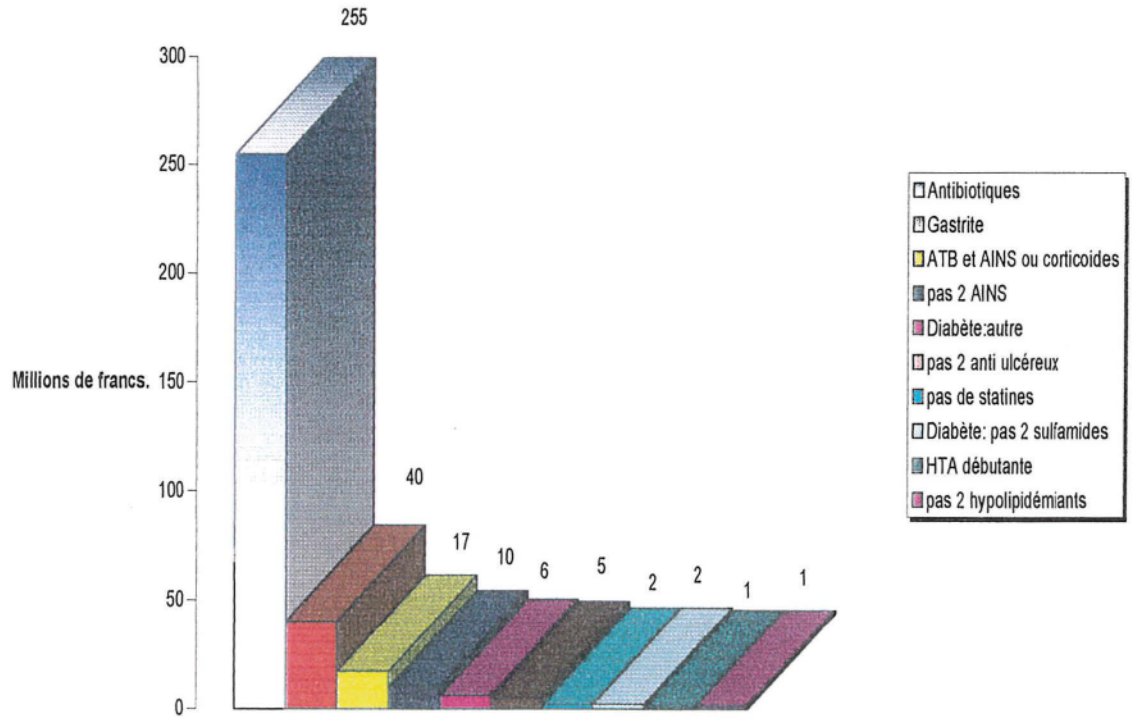
Pour les références de type II une baisse des coûts de **16 millions de francs** a été obtenue.

Au total, la baisse globale des coûts imputable aux effets des RMO peut être estimée en 1994 à 337 millions de francs, dont plus de trois quarts sont dus à trois références sur l'antibiothérapie.

En terme financier, le bilan global de l'année 1994 est relativement modeste puisqu'il ne représente que **0,5% du coût total de la prescription pharmaceutique** des médecins.

En conclusion, on peut dire que 29% des objectifs visés par ces RMO ont été atteints dès la première année d'application, ce qui a permis de réaliser une économie de **337 millions de francs**.

Figure n°7 : Economie globale réalisée pour l'année 1994.



Pour une première année d'application, ce résultat peut être considéré comme relativement positif. En effet, les RMO ont pour objectif de modifier des attitudes thérapeutiques, pour certaines, pratiquées depuis de longues années par les médecins, et auxquelles leurs patients sont habitués, pour d'autres, acquises depuis moins longtemps, mais pour lesquelles la pression de laboratoires pharmaceutiques, voire aussi des patients, est sans doute très forte.

Il aurait donc été illusoire, étant données toutes les pressions et les difficultés auxquelles sont confrontés les médecins pour appliquer ces textes, d'espérer obtenir à très court terme un résultat maximal de ces RMO.

2.2.4.Bilan financier pour 1995.

2.2.4.1.Bilan quantitatif.

Nous ne disposons pour l'année 1995 que de 6 mois d'observation (semestre de mars à août) pour juger de la poursuite de l'effet de RMO. Cette période de 6 mois est trop courte, d'autant que ce semestre, est un semestre estival, au cours duquel on relève peu de pathologies infectieuses. Or, comme nous l'avons vu, l'essentiel des effets à ces références concerne ce type de pathologie.

Quoiqu'il en soit, par rapport au semestre équivalent de 1994, on constate que dans les pathologies ORL et pulmonaires courantes, une baisse de 12% des coprescriptions d'AINS associés aux antibiotiques, de 6% des prescriptions de céphalosporines de $2^{ème}$ et $3^{ème}$ génération et de 3% des prescriptions de fluoroquinolones ou de l'association amino-pénicilline/inhibiteur des bêta-lactamases.

En revanche, on n'observe plus aucun effet supplémentaire de la RMO relative à la coprescription de corticoïdes dans ces affections traitées par antibiotiques. On peut se demander pour ces affections, si les facteurs allergiques, fréquents lors de ces périodes, ne peuvent pas expliquer l'absence d'effet de la référence. C'est également le cas de la double prescription d'anti-inflammatoires, qui augmente de 12%. De même, on n'observe pas d'effet supplémentaire de la référence sur la prescription d'anti-ulcéreux dans les gastrites. Pour cette dernière référence, très contestée, les médecins ne font qu'anticiper, en 1995, la décision de retrait de cette référence, prenant effet en 1996.

La RMO relative à la double prescription d'anti-ulcéreux permet, au cours du semestre d'observation de diminuer cette pratique de 53% par rapport au semestre précédent. Enfin, la double référence sur la prescription de biguanides et de sulfamides à ½ vie longue dans le diabète non insulino-dépendant permet d'obtenir une diminution de 8% de ces prescriptions.

Les autres pratiques mises en cause par les références sont très peu observées, et leurs variations sont donc difficilement interprétables.

En conclusion, au cours du semestre mars à août 1995, pour les trois références ayant entraîné la plus grande partie des économies réalisées en 1994, (références sur les céphalosporines, sur les fluoroquinolones et sur les amino-pénicillines/inhibiteurs des bêta-lactamases), la baisse de la fréquence de prescription dans les infections ORL et pulmonaires courantes se poursuit, mais à un rythme moins rapide.

Pour les 6 premiers mois de 1995, on constate que 36 % de l'objectif visant à réduire la double prescription des antiprostatiques dans l'indication adénome de la prostate a été atteint.

Deux autres références commencent à produire un effet : Il s'agit de celle sur la double prescription de neuroleptiques dans le traitement d'entretien des psychoses, dont le taux de réussite en 6 mois est de 17% et de celle de la double prescription de vaso-actifs dans l'artériopathie des membres inférieurs (10%).

La référence sur la double prescription de benzodiazépines n'a permis d'atteindre que 8% de l'objectif visé et celle des hypnotiques n'a obtenu aucun résultat pour les 6 mois d'étude de 1995. Il faut toute fois souligner que le sevrage de ces produits peut être difficile à réaliser et qu'il est probablement trop tôt pour affirmer que ces références n'auront pas d'effet.

2.2.4.2.Bilan financier.

Les références entrées en vigueur en 1993 et surtout celles concernant les antibiotiques n'ont pas permis d'effectuer une économie en 1995. On note que les classes d'antibiotiques visées par les références sont moins prescrits, et les classes non visées par les références (macrolides en particulier) ont joué un rôle de substitution.

Globalement, sur les classes thérapeutiques entrées en vigueur en mars 1995, on estime l'économie obtenue sur 6 mois à 25 millions de francs.

A noter, que presque la moitié de cette économie est à mettre au compte de la référence sur les prostatiques.

2.3.Discussion sur l'impact économique des RMO.

L'enquête réalisée par le Centre de Recherche et d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) nous montre l'impact économique des Recommandations Médicales Opposables entrées en vigueur en mars 1993 à 1995, pour l'année 1994 et le premier semestre 1995.

On note pour la totalité des références, une économie estimée à 337 millions de francs pour 1994, ce qui ne représente que 0,5% du coût total de la prescription pharmaceutique des médecins. Pour 1995, il n'y a que peu de diminution supplémentaire des prescriptions au cours des 6 mois d'observation. Pour les références entrées en vigueur en 1995, le recul pour porter un jugement sur leur taux de réussite n'est que de 6 mois, ce qui semble beaucoup trop court, car la plupart de ces références concernent des traitements de pathologies chroniques.

3.Discussion.

Les évaluations réalisées à partir de RMO c'est à dire d'un des seuls outils existant à ce jour et permettant d'analyser la prescription pharmaceutique, nous amènent à faire quelques remarques générales sur le dispositif des références médicales opposables.

Il faut souligner d'abord les difficultés de la mesure, liées à la définition des champs d'application des différentes références. Quel que soit l'outil d'observation, il ne peut être qu'imparfait et seul le médecin reste juge de l'état clinique de son patient au moment de la prescription. Ainsi par exemple, il est précisé dans la référence relative à la prescription des anti-inflammatoires non stéroïdiens dans les infections ORL ou respiratoires courantes traitées par antibiothérapie, que ces médicaments sont inutiles, sauf composante algique ou inflammatoire importante. Il est illusoire de penser mesurer de manière précise, même au cas par cas, la validité de ces critères de prescription.

Cette remarque trouvée au niveau des conclusions de l'enquête du CREDES a aussi été citée par les médecins conseil du Service Médical de Grenoble, qui ont certaines difficultés, lors des contrôles du suivi des RMO, à prouverle non suivi d'une référence. C'est pour cela, comme nous l'avons vu au niveau de l'analyse des pratiques médicales par les services médicaux, qu'il est nécessaire pour les médecins conseil de réunir des informations complémentaires auprès du prescripteur lui-même et du patient, afin de pouvoir argumenter sur le suivi des recommandations médicales.

En amont de la mise en place de références médicales, si l'on souhaite obtenir des effets économiques immédiats et tangibles, il apparaît nécessaire de chercher à modifier des comportements suffisamment fréquents pour obtenir des économies conséquentes. Actuellement, certaines références visent à modifier des attitudes pratiquement inexistantes, et d'autres au contraire des habitudes très fréquentes. Les conséquences économiques à court terme de ces deux types de références ne seront pas du même ordre de grandeur.

Cependant, même sans retombées économiques directement et immédiatement mesurables, les conséquences à moyen et long terme de certaines références relatives à des comportements peu fréquents, peuvent avoir des effets bénéfiques tant en termes économiques qu'en terme de santé publique.

Par ailleurs, la mise en place d'un grand nombre de références dont certaines concernent très peu de praticiens amène à se demander si le fait de mettre au même niveau des comportements rares et fréquents ne conduits pas à transmettre aux cliniciens un message « flou ». La multiplication de références touchant des pratiques quasi inexistantes risque en effet de rendre l'ensemble du dispositif inopérant. Si certaines attitudes thérapeutiques sont rares, alors que la pathologie concernée est fréquente, nombre de praticiens les considéreront comme des erreurs de prescriptions. Ne se sentant pas concernés, ils risquent donc de ne pas tenir compte de l'ensemble des références.

Le Comité Médical Paritaire Local (CMPL), au niveau de chaque circonscription, est chargé après enquête du service médical recherchant le non respect des références médicales opposables de statuer sur les sanctions prises envers les médecins responsables.

On note surtout qu'une action de communication, soit individuelle, soit collective a été mise en place par les services médicaux pour faire connaître aux prescripteurs les références et leur objectif. Souvent, ces campagnes d'information sont utilisées avant les sanctions afin de sensibiliser les médecins.

Les sanctions ne sont en fait utilisées qu'en dernier recours. L'objectif principal étant d'impliquer le médecin dans une médecine de qualité (mais aussi dans une maîtrise des dépenses de santé) en lui apprenant à arrêter certaines habitudes inutiles voire dangereuses.

L'effet des actions de communication a d'ailleurs été effectué par la CPAM et le service médical du département du Var après une enquête publiée en février 1998.

Pour évaluer l'effet des actions de communication à l'égard des médecins libéraux par la CPAM et le service médical, plusieurs groupes ont été constitués en fonction des actions de communication dont ils ont bénéficié (action de communication individuelle ou collective). Au total, cette étude montre que l'action de contrôle a été plus efficace que l'effet induit par l'évolution spontanée du respect des RMO par les médecins libéraux. Elle a été d'autant plus efficace qu'elle était doublée d'une action de communication.

Ainsi, en répondant aux questions des praticiens et en leur mettant en évidence les thèmes qui doivent être suivis en priorité, on implique le prescripteur dans la recherche d'une prescription de qualité, ce qui est l'objectif essentiel de la nouvelle politique conventionnelle.

CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR : **DAVID** Stéphanie.

TITRE: **APPROCHE BIBLIOGRAPHIQUE DE L'IMPACT ECONOMIQUE DES RECOMMANDATIONS MEDICALES OPPOSABLES.**

Le système de protection sociale français est à la fois généreux quant aux prescriptions offertes et généralisé à la quasi-totalité de la population. Mais les dépenses de santé n'ont cessé de croître. Depuis les années 1970, le déséquilibre entre recettes et dépenses est permanent. Maintenant la crise puis la récession économique requièrent des initiatives pour réguler un marché de soins qui s'est emballé, en particulier du fait du vieillissement de la population et des progrès médicaux et qui est fortement encouragé par l'existence d'un tiers payant.

La régulation de l'offre médicale se concrétise par des efforts de maîtrise des dépenses hospitalières et ambulatoires. Sur ce dernier point, la loi du 4 janvier 1993 propose des objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales. De plus, la responsabilité financière du médecin pourra être engagée, non pas pour dépassement de ces objectifs collectifs, mais seulement pour non-respect des références médicales qui s'imposent à lui.

Ces références sont l'outil principal de mise en oeuvre de la régulation, tant au niveau national (pour fixer les objectifs) que local (application à chaque médecin).

Selon L. Dubouis, « *la régulation des dépenses de santé ne s'effectue pas au détriment de la qualité des soins mais grâce à une meilleure information et à une plus forte responsabilisation de la profession médicale(...) Et le succès dépendra largement de la capacité d'accord des acteurs conventionnels.* »

Le premier bilan de l'impact des RMO au niveau national fait apparaître l'appropriation du principe des références par les médecins de ville avec une certaine économie qui n'est hélas due qu'au suivi d'un petit nombre de références. A l'heure actuelle, l'économie engendrée par le suivi des références médicales est moins importante que prévu. L'objectif devient une imbrication à long terme dans les pratiques quotidiennes favorisée par la politique de communication du service médical.

Pour que les médecins libéraux adhèrent totalement et définitivement au principe des références médicales opposables, et pour que le succès de la maîtrise médicalisée, il serait souhaitable que le champ d'application du dispositif soit étendu à la pratique des médecins prescripteurs salariés, et surtout à l'exercice hospitalier.
Dans ce dernier domaine, l'opacité du système d'information et le mode des pratiques médicales rendent problématique la mise en place de références.

L'impact des RMO dans la maîtrise médicalisée est subordonné à leur suivi et donc au codage des actes, des prescriptions et des pathologies. Un progrès a été réalisé avec la parution du décret du 6 mai 1995 relatif à ce codage. L'arrêté du 2 novembre 1995 annonçant le codage des prescriptions de pharmacie par un code barre, apposé sur chaque boîte de médicament en remplacement de la traditionnelle vignette, constitue une nouvelle avancée pour optimiser le fonctionnement du système. Aujourd'hui, le codage des actes se met en place progressivement. Lorsque ce système sera totalement opérationnel, cela permettra aux caisses de suivre chaque médecin et chaque prescription réalisée. Pour ce qui est de la vignette, bien que celle-ci ne soit plus obligatoire sur les factures subrogatoires pour bénéficier du remboursement des spécialités par la CPAM, elle figure encore sur l'emballage.

La maîtrise médicalisée reste *« la règle »* et les RMO prennent toute leur importance puisque depuis les propositions du Premier Ministre Alain Juppé, dans le cadre du « *développement des instrument de bonne pratique médicale, les références médicales opposables seront étendues et pérennisées* », souhait que la dernière convention de décembre 1998 a entériné.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le

LE DOYEN

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER - GRENOBLE 1 - FACULTÉ DE MÉDECINE
FACULTÉ DE MÉDECINE

P. DEMENGE

LE PRESIDENT DE THESE

PROFESSEUR

BIBLIOGRAPHIE

I. Textes officiels

- Code de la Sécurité sociale, Dalloz, 1993.
- Code de la Sécurité Sociale, Dalloz, 1998.
- Convention médicale nationale, J.O. du 26 novembre 1993.
- Avenant n°1 à la convention médicale, J.O. du 24 mars 1994.
- Avenant n°5 à la convention médicale, J.O. du 5 mars 1995.
- Décret relatif au codage des actes, J.O. du 7 mai 1995.
- Convention médicale nationale, J.O. du 5 décembre 1998.
- Les références médicales opposables. Impact sur la prescription pharmaceutique, CREDES, mars 1996, n°1116.

II. Articles et ouvrages

1. **Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM)**
   Recommandation et références médicales.
   Tome 1 et 2, 1995.
2. **ATIAS Ch.**
   Les références médicales opposables : révolution ou continuité ?
   Rev. Droit Sanit. Soc.,31, Janv-mars 1995 :21-30.
3. **BOITEUX A., ARMOGATHE J.F.**
   Tout savoir sur les références médicales, les médicaments. Les références médicales, quelles conséquences ?
   Ed. PR International et le groupe Quotidien Santé, 1994.
4. **BROCAS A.M.**
   La maîtrise des dépenses dans le secteur de la santé après la loi du 4 janvier 1993
   Rev. Droit Soc. (Brux.),n°3, mars 1993 :235-243.
5. **DALIGAND L.**
   Abrégé de la Sécurité Sociale.
   Masson,1991 :1-3
6. **DUBOUIS L.**
   La maîtrise des dépenses de santé et la loi du 4 janvier relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie.
   Rev. Droit Sanit. Soc. Juin-sept.1993.
7. **LAUNOIS R.**
   Qu'est-ce que la régulation médicalisée ? in « Evaluation et régulation »
   John Libbey Eurotext, Paris, 1993 :7-24.
8. **LEVY D.**
   Guide annuel 1992-1993. L'économie de la santé 1992.
   Les chroniques du Quotidien du Médecin, Paris, 1992.
9. **MEHL R.**
   L'économie de santé : une révolution radicale.
   Quot Pharm 1994 ;9 :36-37.
10. **ROUDEN C.**
    La cour des comptes juge sévèrement l'application de la maîtrise médicalisée.
    Quot. Med. 1997, 6126 :6.

11. **ROUDEN C.**
Le déficit du régime général serait limité à 12,9 milliards en 1998.
Quot. Med. 1998, 6280 :3.

12. **TABOULET F.**
Cadre réglementaire et conventionnel des limites économiques relatives à la prescription de spécialités pharmaceutiques en médecine libérale.
Mem. DESS, Droit de la santé, Bx, 1993.

ANNEXES

Convention Nationale des médecins généralistes. 25 novembre 1993.	**Annexe I.**
Avenant n°1 à la convention nationale. Janvier 1994.	**Annexe II.**
Convention Nationale des médecins généralistes. 4 décembre 1998.	**Annexe III.**
Fiche de suivi des médecins au niveau du Service Médical.	**Annexe IV.**
Bilan du suivi des RMO au plan national Nombre de médecins étudiés, RMO le plus souvent rencontrées).	**Annexe V.**

Annexe I.

Convention Nationale des médecins généralistes.
25novembre 1993.

CONVENTION NATIONALE

Octobre 1993

DESTINÉE A ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

Entre :

d'une part,

Les organisations syndicales représentatives de médecins généralistes suivantes :

la Confédération des Syndicats Médicaux Français,
représentée par son président, Monsieur le Docteur Maffioli

Les organisations syndicales représentatives des médecins spécialistes suivantes :

la Confédération des Syndicats Médicaux Français,
représentée par son président, Monsieur le Docteur Maffioli

le Syndicat des Médecins Libéraux,
représenté par son président, Monsieur le Docteur Cabrera

et

d'autre part,

Les caisses nationales d'assurance maladie :

la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés,
représentée par son président, Monsieur Mallet

la Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole,
représentée par son président, Monsieur Amis

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 modifié du code de la sécurité sociale, elles sont convenues le 21 octobre 1993 des termes de la convention qui suit.

SOMMAIRE

		Pages
PRÉAMBULE		9
TITRE I	**- PRINCIPES GÉNÉRAUX**	11
	Champ d'application	11
	Des conditions du partenariat	11
TITRE II	**- DÉLIVRANCE DES SOINS AUX ASSURÉS SOCIAUX**	13
	Principe du libre choix	13
	Délivrance des soins	14
	Feuilles de soins	14
	Rédaction des ordonnances	17
	Paiement des honoraires	19
TITRE III	**- SECTEUR CONVENTIONNEL**	21
	Secteur à honoraires opposables	21
	Secteur à honoraires différents	22
	Secteur optionnel	23
	Fiscalité	23
TITRE IV	**- MAITRISE MÉDICALISÉE DE L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES**	24
	Principes de la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses	24
	Mise en œuvre de la maîtrise	24
	Elaboration des références médicales opposables	25
	Suivi des références médicales	27
	Fixation des objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales	28
	Contrats locaux de maîtrise médicalisée d'évolution des dépenses médicales	29
	Evaluation locale	31
	Evaluation nationale de l'application des références médicales opposables	31
	Procédures de mise en œuvre de l'opposabilité des références médicales	31
TITRE V	**- ADAPTATION DE LA PRATIQUE MÉDICALE**	33
Section 1	- suivi médical du malade	33
Chapitre 1	- de la coordination et de la continuité des soins	33
Chapitre 2	- suivi des malades atteints d'une affection de longue durée exonérante	36
Section 2	- soins coordonnés à domicile	37
Section 3	- Participations aux urgences	38
Section 4	- Plateaux techniques	39

TITRE VI - FORMATION MÉDICALE CONTINUE CONVENTIONNELLE 39
Du financement de la formation médicale continue conventionnelle 39
Des objectifs de la formation médicale continue conventionnelle 40
De l'évaluation des actions de formation médicale continue conventionnelle 41

TITRE VII - PARTENARIAT CONVENTIONNEL 42
Section 1 - les instances de concertation 42
Chapitre 1 - les instances nationales 42
Secrétariat permanent des Parties Signataires 42
Comité médical paritaire national 43
Groupes techniques nationaux 45
Chapitre 2 - les instances locales 45
la commission conventionnelle paritaire locale 45
le comité régional d'observation 50
le comité médical paritaire local 51
Section 2 - non respect des règles conventionnelles 55
non respect des tarifs et des dispositions conventionnelles 55
Dispositions diverses 57
Cas de condamnation par l'ordre ou les tribunaux 58

TITRE VIII - DES TARIFS D'HONORAIRES 59
De la valeur des tarifs 59
Du constat annuel 59
De la révision des tarifs d'honoraires 59

TITRE IX - RÉGULATION DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE 60

TITRE X - DURÉE ET CONDITIONS D'APPLICATION DE LA CONVENTION 61
Durée de la convention 62
Notification de la convention et du choix du médecin 62
Résiliation de la convention 63

ANNEXE I - Tarifs d'honoraires pour les soins dispensés aus assurés 65
ANNEXE II - Tarifs d'honoraires pour les soins applicables au 1er juillet 1994 68
ANNEXE III - Application des articles 14, 16 de la convention 69
Chapitre 1 - Références médicales nationales opposables 69
Chapitre 2 - Objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales pour 1994 70

PRÉAMBULE

Les Parties Signataires décident de poursuivre les objectifs suivants :

- garantir à tous les assurés sociaux l'accès à des soins de qualité,
- garantir à tous les assurés sociaux un haut niveau de prestations, en excluant toute discrimination dans le niveau de remboursement,
- maintenir la forme libérale de l'exercice de la médecine,
- respecter le libre choix du malade et la liberté de prescription du médecin.,

Les Parties Signataires se déclarent conscientes des difficultés économiques résultant de la conjoncture et de leurs conséquences sur les recettes de l'assurance maladie.

Elles contribuent, chacune pour ce qui la concerne, à la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses médicales tout en développant une médecine de qualité.

Pour répondre à ces objectifs, en liaison avec les autres professions de santé, les Parties Signataires décident :

- de mettre en application la maîtrise médicalisée, contractualisée et décentralisée de l'évolution des dépenses médicales par l'application des références médicales nationales opposables,
- d'adapter la pratique médicale, en particulier par la mise en oeuvre du dispositif de coordination des soins et de continuité des soins dans le but d'améliorer la qualité des soins et la maîtrise des dépenses,
- de respecter un équilibre conventionnel garantissant aux assurés sociaux un libre accès aux soins,
- de développer la formation médicale continue conventionnelle.

Les Parties Signataires considèrent que les différentes disciplines médicales doivent trouver dans le dispositif conventionnel les conditions nécessaires à l'exercice de leur profession et les moyens de participer pleinement à l'évolution du système de soins.

Dans le cadre de cette évolution, elles décident de mettre en oeuvre par l'adaptation de la pratique médicale les moyens d'une revalorisation de l'exercice de la médecine générale.

De plus, elles décident de rechercher les conditions propres à assurer le développement des plateaux techniques d'exploration et d'intervention en médecine ambulatoire, dans le strict respect des accords de chirurgie ambulatoire conclus entre les caisses d'assurance maladie et les syndicats représentatifs des établissements de santé privés.

Les Parties Signataires reconnaissent la nécessité, préalablement à la conclusion des accords entre les établissements de santé privés et les caisses d'assurance maladie, d'une concertation entre les représentants des praticiens exerçant en hospitalisation privée et les caisses d'assurance maladie.

Titre I

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Article 1 : Champ d'application

La présente convention régit les rapports entre les caisses et les médecins légalement autorisés à exercer en France dans les conditions fixées par le titre 1er du livre IV du Code de la Santé Publique et qui pratiquent une activité à titre libéral.

Article 2 : des conditions du partenariat

La réalisation des conditions d'un partenariat conventionnel étroit et permanent, dans une confiance réciproque, est une condition indispensable au succès des ambitions conventionnelles.

Ce partenariat doit être fondé sur les principes suivants :

- il doit permettre à la profession médicale organisée, dans le respect de son autonomie, d'assumer pleinement ses différentes missions au service des assurés sociaux et ses responsabilités en ce qui concerne la qualité des soins, l'évaluation, la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses, et la formation médicale continue conventionnelle,

- il doit préserver tant l'indépendance d'exercice des médecins conventionnés et les règles de la déontologie médicale, notamment le secret médical dans l'intérêt des patients, que l'exécution par les caisses de leur mission de service public,

- il doit être décentralisé : il convient de promouvoir un véritable partenariat permettant une mise en application au niveau local du dispositif conventionnel.

Son succès nécessite :

- une application réelle des textes conventionnels par chacun des partenaires et, particulièrement la mise en place et le

fonctionnement effectif des instances conventionnelles et des divers groupes de travail prévus par ces textes, ainsi que le respect des délais de remise de leurs conclusions,

- le respect par chacun des engagements souscrits,

- une coopération étroite des partenaires et une réflexion commune sur l'ensemble des données tant médicales qu'économiques, indispensables à la gestion de la convention.

Les syndicats médicaux et les caisses d'assurance maladie conjuguent leur action dans le respect de leur responsabilité respective, pour assurer la collecte et l'étude des informations concernant l'évolution des dépenses médicales, la consommation de soins, l'épidémiologie et les conditions économiques de l'exercice médical.

Les caisses nationales s'engagent à informer annuellement les syndicats médicaux signataires des objectifs des enquêtes nationales qu'elles entendent faire diligenter conjointement par leurs services médicaux pour l'application de la présente convention au cours de l'année considérée. En contrepartie, les syndicats s'engagent à favoriser la participation des médecins à ces enquêtes, dés lors qu'ils auront été informés au préalable de la méthodologie de ces enquêtes.

Ces dispositions ne font pas obstacle aux enquêtes qu'entendent mener les caisses pour leur propre compte, conformément aux missions qui leur sont confiées par le code de la sécurité sociale.

Dans le cadre des contrôles qu'ils effectuent, les praticiens conseils s'abstiennent d'informer le malade que son médecin traitant est l'objet de ces contrôles.

- la conclusion de clauses locales permettant d'adapter la vie conventionnelle aux caractéristiques géographiques particulières et de favoriser les initiatives locales indispensables. Celles-ci sont soumises à validation des Parties Signataires.

- une intervention commune des partenaires conventionnels auprès des Pouvoirs Publics dès lors que l'évolution de la vie conventionnelle la rend nécessaire.

Toutes les règles, interprétations et modalités d'application de la présente convention qui sont arrêtées d'un commun accord, sont diffusées sous signature conjointe des Parties Signataires, pour être opposables.

Les caisses nationales signataires s'engagent à ne pas mettre en place une médecine de caisse, ni définir, sans accord préalable avec les syndicats signataires, les conditions d'une éventuelle ouverture des centres de soins du régime minier.

Titre II

DÉLIVRANCE DES SOINS AUX ASSURÉS SOCIAUX

Article 3 : 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 discrimination entre tous les médecins placés sous le régime de la présente convention.

Toutefois, si l'assuré fait appel, sans motif justifié sur le plan des techniques médicales, à un médecin qui ne réside pas dans la même agglomération ou, à défaut, dans l'agglomération la plus proche, les caisses ne participent pas aux dépenses supplémentaires qui peuvent résulter de ce choix.

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 leur situation par rapport aux secteurs conventionnels.

Les caisses font connaître aux assurés, conformément à l'article L 145.2 du Code de la Sécurité Sociale, les sanctions comportant interdiction pour un médecin de donner des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie, ainsi que les éventuelles mesures de déconventionnement.

De leur côté les médecins doivent informer leurs patients de leur situation au regard de la présente convention, notamment de leur choix de secteur tarifaire, au moyen d'un affichage explicite dans leur salle d'attente.

Article 4 : Délivrance des soins

Les consultations médicales sont données au cabinet du praticien sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état de santé.

Les médecin 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.

Conformément aux dispositions de l'article L 162.4 du code de la sécurité sociale les médecins observent, dans tous leurs actes et prescriptions, la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement.

Les médecins se proposent également de faire un bon usage des soins en s'attachant à faire correspondre au mieux les actes médicaux et les prescriptions à l'état de chaque malade.

Article 5 : Feuilles de soins

§ 1 Imprimés nationaux

Les médecins s'engagent à n'utiliser que les feuilles de soins, autres imprimés ou documents homologués par le ministère de tutelle, fournis par les caisses - ou d'un modèle agréé par celles-ci. Lorsque ces imprimés ne sont pas préidentifiés (imprimés AT, cures thermales...), les praticiens doivent y reporter leur identification nominale et codée.

Les caisses nationales signataires s'engagent à consulter les organisations médicales signataires préalablement à toute création ou modification d'imprimés.

§ 2 Adaptation aux nouvelles techniques

Pour faciliter les relations entre les médecins et les caisses, les Parties Signataires considèrent qu'elles doivent s'adapter à

l'évolution des moyens de communication et prendre en compte l'usage des nouvelles techniques, notamment informatiques.

L'utilisation de nouvelles techniques de transmission des informations dans le cadre conventionnel devra faire l'objet, le cas échéant, d'un avenant conventionnel.

Les Parties Signataires s'interdisent de mettre en oeuvre toute technique nouvelle de recueil ou de transfert des données (visant notamment à remplacer les feuilles de soins) sans information préalable de l'ensemble des partenaires conventionnels. Le cas échéant, le bilan de telles expériences leur est communiqué.

§ 3 Cotation des actes et codages

Lors de chaque acte médical, le médecin porte sur la feuille de soins toutes les indications utiles correspondant à cet acte, telles que prévues par les articles R 162.52 et R.321.1 du Code de la Sécurité Sociale et la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et notamment le code correspondant à l'acte et à la pathologie dans les conditions fixées par la législation et la réglementation en vigueur.

Les Parties Signataires s'engagent chacune pour ce qui la concerne à faciliter la mise en oeuvre des codages dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur selon les principes suivants :

1. les praticiens sont tenus de coder leurs actes conformément au code de la sécurité sociale. Ces informations sont destinées aux organismes d'assurance maladie.

2. les praticiens transmettent également ces données aux organismes de traitement créés ou agréés par la profession médicale. Le financement de ces organismes relève de la responsabilité de la profession médicale.

3. les organismes d'assurance maladie sont tenus de transmettre aux unions professionnelles toutes les données issues du traitement des informations codées qu'elles soient agrégées ou individuelles. Celles-ci sont obligatoirement non nominatives pour ce qui concerne les patients. De même, les organismes de traitement évoqués à l'alinéa 2 sont tenus de transmettre, dans les mêmes conditions, les données issues de leur traitement aux caisses d'assurance maladie.

A titre transitoire, elles décident de mettre en oeuvre un codage spécifique et temporaire des actes pouvant relever des références médicales nationales dans les conditions précisées à l'article 15.

La prestation des soins doit être mentionnée au jour le jour dans la limite de la période de validité de la feuille de soins.

En aucun cas la feuille de soins ne doit être conservée par le médecin, à l'exception des situations de paiement différé prévues à l'article 7, paragraphe 2.

§ 4 Arrêt de travail

Le praticien indique s'il y a lieu et lorsqu'il s'agit de l'assuré lui-même, le dernier jour de l'arrêt de travail qu'il juge médicalement nécessaire. Il indique également sur le volet confidentiel destiné au médecin conseil, en accord avec le malade, le motif médical ou le diagnostic.

§ 5 Honoraires

Le médecin est tenu d'inscrire, sur la feuille de soins l'intégralité des honoraires demandés à l'assuré correspondant aux actes d'investigation et de traitement, y compris ceux hors nomenclature à l'aide de la mention HN

Il ne donne l'acquit, par une signature manuscrite portée dans la colonne prévue à cet effet, que pour les actes qu'il a accomplis personnellement et pour lesquels il a perçu des honoraires, réserve faite des dispositions relatives à la dispense d'avance des frais (article 7, paragraphe 2).

§ 6 Personnel salarié du médecin

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

- les feuilles de soins, sur lesquelles 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 engage sa responsabilité sur l'application, par l'auxiliaire médical, des cotations de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et des tarifs conventionnels en vigueur.

§ 7 Situation du remplaçant

Le remplaçant du médecin placé sous le régime de la présente convention est tenu de se conformer à l'ensemble du dispositif conventionnel. Il est informé de ses obligations par le médecin remplacé.

Le médecin remplacé s'interdit toute activité médicale dans le cadre conventionnel durant cette période.

Le remplaçant adopte la situation du remplacé, à l'exception du DP, au regard des secteurs conventionnels visés au titre III de la convention sauf en ce qui concerne sa situation au regard des avantages sociaux .

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, dans le pavé d'identification prévu à cet effet sur les différents imprimés de facturation.

Les Parties Signataires conviennent de la nécessité de mettre en oeuvre des moyens permettant d'identifier et de suivre l'activité des remplaçants.

Le remplaçant est tenu de faire connaître aux caisses, son numéro d'inscription à l'Ordre de son département s'il y a lieu ainsi que son adresse personnelle et celle du cabinet professionnel dans lequel il assure son activité de remplaçant.

Article 6 : Rédaction des ordonnances

Le médecin formule ses prescriptions sur une ordonnance portant de façon lisible son nom, son adresse, sa discipline et son numéro d'identification. Les prescriptions sont formulées quantitativement et qualitativement avec toute la précision possible, notamment en ce qui concerne la durée du traitement.

Lorsque le patient est atteint d'une affection de longue durée exonérante en application du code de la sécurité sociale, le praticien

utilise obligatoirement l'ordonnancier bi-zone lorsqu'il établit une prescription en rapport avec l'affection de longue durée ou lorsqu'au cours d'une même séance il établit une prescription en rapport avec l'affection de longue durée et une prescription relative à une affection intercurrente.

Lorsque la prescription de médicaments correspond à un traitement d'une durée supérieure à un mois, le médecin doit expressément mentionner sur l'ordonnance, le nombre de renouvellements nécessaires par période maximale d'un mois, dans la limite de six mois de traitement conformément à l'article R 5 148 bis du code de la santé publique.

Le manquement aux dispositions des alinéas 1, 2 et 3 du présent article peut entraîner l'application de l'une des sanctions prévues à l'article 35 de la présente convention.

L'ordonnance est établie en double exemplaire. L'un est la propriété du malade, l'autre est communiqué aux caisses selon des modalités déterminées par voie réglementaire.

Le médecin formule sur des ordonnances distinctes les prescriptions :

1. de médicaments,

2. de produits ou d'objets que le malade doit se procurer chez des fournisseurs différents,

3. de soins à effectuer par des auxiliaires médicaux,

4. d'examens de laboratoire.

Le médecin ne peut utiliser des ordonnances dont l'impression est pré-établie. Cette disposition ne s'applique ni aux modalités pratiques de préparation à un examen ou d'administration de traitement, ni aux prescriptions diététiques.

En cas d'établissement d'une ordonnance, le médecin, porte la lettre "O" dans la colonne prévue, à cet effet, sur la feuille de soins.

En cas d'ordonnances multiples, il porte les indications "O2", "O3".

Article 7 : Paiement des honoraires

§ 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 les médecins attestent qu'ils ont été dispensés et honorés.

Pour les assurés bénéficiaires d'actes dispensés à titre gratuit, le médecin porte, sur la feuille de soins, la mention "acte gratuit".

§ 2 *Modalités particulières*

a) 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 imprimé de facturation groupée.

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.

b) Actes réalisés dans le secteur libéral d'un établissement public de santé

L'ensemble des actes dispensés, dans le secteur libéral d'un établissement public de santé, avec ou sans hébergement à l'exclusion des soins externes, ainsi que le montant correspondant aux frais sont facturés individuellement.

Le médecin temps plein hospitalier qui exerce une activité libérale, dans le cadre de la présente convention ou dans le cadre

du secteur privé hospitalier, au sein d'un établissement public, avec ou sans hébergement à l'exclusion des soins externes, opte, en application de l'article 8 du décret n° 87.944 du 25 novembre 1987 pour la perception de ses honoraires par ledit établissement.

Les Parties Signataires locales ont communication du compte rendu de la commission de suivi de l'activité libérale des praticiens hospitaliers des établissements relevant de leur circonscription.

c) Dispense de l'avance des frais

L'assuré peut régler le médecin de la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie, au moyen d'un titre de paiement appelé titre-médecin. Cette modalité est applicable aux cas suivants :

- Actes de spécialités dont le coefficient inscrit à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (ou la somme des coefficients pour les actes effectués au cours d'une même séance) est égal ou supérieur à :

    - 50 pour les actes en K ou KC,
    - 70 pour les actes en Z,

Cette exigence de seuil est supprimée pour les malades exonérés du ticket modérateur ou assimilés.

L'assuré règle au praticien le montant du ticket modérateur et les dépassements autorisés.

- Des accords locaux préalablement soumis à l'approbation des Parties Signataires peuvent être conclus pour permettre la pratique d'autres formes de dispense d'avance des frais notamment pour les actes d'urgences, les soins coordonnés à domicile, et pour les soins destinés aux patients en situation de précarité.

Titre III

SECTEURS CONVENTIONNELS

Les Parties Signataires affirment qu'il est de leur responsabilité conventionnelle de garantir à tous les assurés la liberté d'accéder à des soins de qualité, à tarifs opposables.

Article 8 : Secteur à honoraires opposables

§ 1 Fixation des honoraires

Les médecins, exerçant dans le secteur à honoraires opposables, s'engagent à respecter les tarifs fixés en annexe de la présente convention.

Le médecin s'interdit tout dépassement en dehors des cas ci-après :

- circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade .

  L'indication du dépassement est portée sur la feuille de soins avec la mention DE.

  Le praticien doit informer le malade du montant du dépassement et de son motif.

  Dans tous les cas, le dépassement indiqué sur la feuille de soins, porte sur l'acte principal effectué par le praticien et non sur les frais accessoires.

- médecin bénéficiaire d'un droit permanent à dépassement

  Les médecins titulaires du DP, sous l'empire de conventions précédentes, conservent ce droit.

  Dans ces deux situations, le médecin fixe ses honoraires avec tact et mesure conformément à l'article 70 du code de déontologie médicale.

§ 2 Participation des caisses au financement des avantages sociaux

En contrepartie de l'engagement conventionnel des médecins et sous réserve des dispositions de l'article 35, les caisses participent dans le cadre de la réglementation en vigueur au financement des cotisations d'assurance maladie, des allocations familiales et de l'avantage supplémentaire vieillesse.

En ce qui concerne l'avantage supplémentaire vieillesse, soucieuses d'assurer la pérennité du régime, les Parties Signataires s'engagent à participer au groupe de travail mis en place sous la responsabilité de l'IGAS sur la réforme de l'avantage supplémentaire vieillesse associant tous les financeurs du régime et l'Etat. Ce groupe de travail est chargé de dégager, avant la fin de l'année 1993, les propositions à même de permettre l'adaptation et la sauvegarde du régime en tenant notamment compte des nécessités suivantes :

- réorganisation institutionnelle,
- cohérence avec les régimes de retraite des autres professions,
- renforcement de la contributivité des actifs,
- déconnexion des lettres-clés servant au calcul respectif des contributions et des prestations.

Les dispositions appliquées à la date d'entrée en vigueur de la convention concernant l'avantage supplémentaire vieillesse le resteront jusqu'à parution d'un nouveau texte réglementaire.

Une information sur les résultats financiers du régime d'assurance maladie des praticiens conventionnés sera présentée chaque année aux Parties Signataires.

Les Parties Signataires conviennent de proposer des aménagements à apporter au régime de l'assurance maternité.

Article 9 : Secteur à honoraires différents

Les médecins exerçant dans le secteur à honoraires différents ont la possibilité de dépasser les tarifs conventionnels, avec tact et mesure, conformément à l'article 70 du code de déontologie.

1. Les praticiens, qui à la date d'application de la présente convention sont autorisés à pratiquer des honoraires différents conservent ce droit.

2. Les médecins qui, à compter de la date d'application de la présente convention, s'installent pour la première fois en exercice libéral et sont titulaires des titres énumérés ci-après : ancien chef de clinique des universités - assistant des hopîtaux, 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 n° 84.131 du 24 février 1984, peuvent opter pour le secteur à honoraires différents.

Article 10 : Secteur optionnel

Les Parties Signataires conviennent d'examiner les conditions d'un nouvel équilibre conventionnel en étudiant la création d'un secteur optionnel destiné à remplacer progressivement les deux secteurs existants, valorisant les actes intellectuels et promouvant dans l'activité quotidienne la qualité des soins et la maîtrise médicalisée.

Un avenant à la convention précisera, au plus tard dans les 9 mois suivant l'entrée en vigueur de la présente convention, les modalités d'application de ce dispositif et notamment les conditions dans lesquelles les praticiens relevant du secteur optionnel pourront bénéficier d'un supplément d'honoraires remboursable et s'affilier à la CANAM pour le risque maladie.

Article 11 : Fiscalité

Les caisses s'engagent à communiquer chaque année, et si possible avant le 31 janvier, aux praticiens exerçant sous le régime de la présente convention le montant global des honoraires qu'elles sont tenues de déclarer à l'administration fiscale et d'une manière générale à adresser aux médecins les documents identiques à ceux remis à l'administration fiscale.

Titre IV

MAITRISE MÉDICALISÉE DE L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES

Les Parties Signataires sont convenues de la nécessité de maîtriser médicalement l'évolution des dépenses médicales et définissent ci-après les modalités de mise en oeuvre de cette maîtrise.

Article 12 : Principes de la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses

La maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses contribue au financement du progrès médical pour tous et à l'amélioration de la qualité des soins.

Y concourent :

- Les références médicales nationales qui participent à la réalisation des objectifs prévisionnels, et qui sont opposables à chaque praticien,
- Les contrats locaux de maîtrise,
- Les objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales portant respectivement sur l'activité des médecins généralistes et des médecins spécialistes, tant en ce qui concerne les honoraires et rémunérations que les prescriptions,
- La coordination des différents intervenants du système de soins.

Article 13 : Mise en oeuvre de la maîtrise

Le dispositif de maîtrise est mis en oeuvre à deux niveaux, conformément aux dispositions de la loi du 4 janvier 1993 :

- le niveau national où sont élaborés les références médicales opposables et les objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses qui concourent à la réalisation de la maîtrise médicalisée,
- le niveau local où sont passés les contrats locaux de maîtrise des dépenses.

Article 14 : Elaboration des références médicales opposables

§ 1 Thèmes médicaux

Les Parties Signataires déterminent des thèmes médicaux. Ces derniers peuvent concerner une pathologie, une technique ou un traitement.

Une première liste de 24 thèmes médicaux est fixée en annexe de la présente convention. Elle sera complétée avant le 15 décembre 1993 de façon à ce que chaque discipline médicale soit concernée par au moins deux thèmes représentant une part significative de son activité.

§ 2 Recommandations

Les recommandations sont des propositions de bonnes pratiques ou de stratégie diagnostique ou thérapeutique 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.

Ces recommandations sont validées par des experts choisis conventionnellement, et à partir d'un cahier des charges arrêté par les Parties Signataires.

§ 3 Références médicales opposables

Les références médicales concourent à la maîtrise médicalisée par la recherche permanente de la qualité des soins.

Les références médicales sont d'une part des critères scientifiques reconnus permettant notamment de définir les soins et prescriptions médicalement inutiles, d'autre part des fréquences d'utilisation par patient de certains soins et prescriptions.

Les références médicales sont validées par des experts choisis par les Parties Signataires et à partir d'un cahier des charges arrêté par elles.

Les Parties Signataires de la convention médicale, après avis du comité médical paritaire national, arrêtent une liste des références médicales qu'elles rendent ainsi opposables dans le cadre

conventionnel à la pratique habituelle de chaque praticien en tenant compte de la nécessaire efficience des soins et s'il y a lieu, de la spécificité de son exercice.

Cette liste de références médicales nationalement opposables peut être élargie à des nouvelles références élaborées par les instances conventionnelles locales et proposées par elles aux Parties Signataires.

Par ailleurs, dans le cadre du contrat local de maîtrise, les instances conventionnelles locales peuvent mettre en place des références médicales qui deviennent localement opposables après validation méthodologique par le comité médical paritaire national.

De même, les Parties Signataires estiment nécessaire d'élaborer des références médicales opposables à partir des données de l'AMM et des recommandations que constituent les fiches de transparence.

Le contenu des références médicales opposables figure dans l'annexe conventionnelle annuelle établie avant le 15 décembre de chaque année.

Pour 1994, les Parties Signataires s'engagent à arrêter et soumettre à l'approbation des Pouvoirs Publics, avant le 15/12/93, l'annexe conventionnelle définissant les références médicales nationales opposables, afférentes aux 24 thèmes visés au paragraphe 1 ci-dessus.

§ 4 Mesure de l'impact des références médicales opposables

En vue de la fixation des objectifs visés à l'article 16, les Parties Signataires évaluent l'inflexion des dépenses prévisionnelles attendue de l'application des références médicales opposables qu'elles ont arrêtées.

§ 5 Modalités de calcul de la retenue financière

Pour chaque référence médicale opposable, les Parties Signataires déterminent concomitamment une échelle des retenues financières visées à l'article L 162.6.3 du Code de la Sécurité Sociale. Ces retenues tiennent compte du coût et de la gravité appréciée médicalement, des anomalies éventuellement constatées.

Pour chaque référence, si l'échelle précitée ne peut faire l'objet d'un accord conventionnel, la retenue financière est égale au coût des anomalies constatées.

En cas d'anomalies d'une importance particulière ou de récidives dans les conditions définies par le comité médical paritaire national, des sanctions complémentaires à la retenue financière peuvent être appliquées sous forme de suspension du conventionnement ou de déconventionnement.

Article 15 : Suivi des références médicales

Les Parties Signataires constatent l'absolue nécessité de suivre la consommation médicale rentrant dans le cadre des références médicales opposables. A cet effet et compte tenu notamment des délais nécessaires à la mise en oeuvre du codage généralisé des actes, prestations, et pathologies, prévu par la loi du 4 janvier 1993, elles décident de mettre en oeuvre un codage spécifique et temporaire des actes pouvant relever des références médicales nationales selon les modalités suivantes :

1. Les praticiens sont tenus de coder sur les imprimés de facturation conformément au code de la sécurité sociale les actes dont la liste figurera en annexe rentrant dans le cadre des références médicales nationales.

2. Ils transmettent également ces données aux organismes de traitement créés ou agréés par la profession médicale. Le financement de ces organismes relève de la responsabilité de la profession médicale.

3. Le codage des prescriptions lié à l'application des références médicales sera mis en place dans le cadre d'accords passés entre l'assurance maladie et les professionnels concernés.

4. Les régimes d'assurance maladie sont tenus de transmettre aux unions professionnelles toutes les données issues du traitement qu'elles soient agrégées ou individuelles. Celles-ci sont non nominatives pour ce qui concerne les patients. De même, les organismes de traitement évoqués à l'alinéa 2 sont tenus de transmettre dans les mêmes conditions les données issues de leur traitement aux caisses d'assurance maladie.

5. Le présent dispositif cessera d'être opposable à quiconque dès la mise en vigueur du codage définitif prévu par la loi du 4 janvier 1993.

6. Les Parties Signataires s'accordent pour assurer la permanence de ce dispositif dans l'attente du codage généralisé de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale. A cet effet, elles demanderont que l'agrément de la convention soit accompagné des textes législatifs ou réglementaires reprenant les droits et obligations ci-dessus définis.

Article 16 : Fixation des objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales

Chaque année avant le 15 décembre, les syndicats médicaux signataires et les caisses nationales d'assurance maladie fixent par annexe à la convention pour l'activité des médecins généralistes et spécialistes libéraux les objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales prévus par l'article L 162.6.1 du Code de la Sécurité Sociale pour l'année suivante. Ces objectifs concernent d'une part les honoraires et rémunérations correspondant à une activité libérale conventionnelle des médecins, y compris les frais accessoires, et d'autre part les prescriptions.

Pour définir ces objectifs, les Parties Signataires s'appuient :

- d'une part sur l'évaluation de l'impact des références médicales opposables

  Cette évaluation est fondée sur :

  - l'évaluation locale de l'application durant l'année antérieure des références médicales opposables réalisées par les instances conventionnelles nationales

  - l'avis circonstancié émis par les instances conventionnelles locales sur l'impact des référence médicales opposables

  - la prise en compte des nouvelles références médicales opposables retenues par les instances conventionnelles nationales.

- d'autre part sur la définition d'un taux d'évolution référentiel des dépenses médicales conformément aux critères définis à l'article L 162.6.1, paragraphes 1 et 3 du code de la sécurité sociale.

Elles en déduisent les objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses en tenant compte des accords de régulation passés avec les autres professions de santé.

Ces objectifs tiennent donc compte :

- des références médicales opposables,
- de la démographie générale,
- du vieillissement de la population,
- des maladies nouvelles et des conjonctures épidémiques,
- de la démographie médicale,
- de la coordination des différents intervenants du système de soins et les transferts qui en découlent,
- du progrès technique et médical,
- des accords de régulation conclus avec les autres professions de santé.

Ils s'inscrivent dans la démarche de l'ensemble des professions de santé visant à améliorer les pratiques professionnelles et la qualité des soins.

Dans le respect de cette cohérence, les objectifs permettent d'assurer une juste rémunération des actes médicaux ainsi que la nécessaire optimisation des pratiques médicales et la maîtrise de l'évolution des volumes au regard des références médicales.

A défaut de signature avant le 15 décembre ou d'approbation avant le 31 décembre de l'annexe conventionnelle, fixant les objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses, les objectifs prévisionnels et les tarifs en vigueur sont reconduits jusqu'à l'approbation d'une telle annexe et pour une période ne pouvant excéder une année.

Par dérogation aux dispositions du 1er alinéa du présent article, les objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales pour l'année 1994 sont annexés à la présente convention.

Article 17 : Contrats locaux de maîtrise médicalisée d'évolution des dépenses médicales

Dans un délai maximum de six mois suivant l'entrée en vigueur de la convention ou de l'annexe annuelle fixant les objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales et les références médicales opposables, les partenaires locaux de la convention

médicale, dans le cadre des commissions conventionnelles paritaires locales et après consultation des comités médicaux paritaires locaux, sont tenus de conclure dans chaque circonscription de caisse un contrat local de maîtrise de l'évolution des dépenses médicales.

Le contrat local de maîtrise est l'instrument essentiel d'un approfondissement progressif de la maîtrise médicalisée et de l'amélioration continue de son observance par les praticiens et les patients.

A ce titre, par le contrat local de maîtrise, les instances conventionnelles locales :

1. élaborent les mesures de suivi des références médicales nationalement opposables qui sont considérées comme utiles au plan local,

2. émettent un avis circonstancié sur l'impact local des références médicales opposables,

3. peuvent définir les recommandations locales tirées de l'observation des pratiques locales et en évaluent l'impact,

4. peuvent définir des références médicales qui ne deviennent localement opposables qu'après validation méthodologique par le comité médical paritaire national, et en évaluent l'impact,

5. proposent, à partir de leur évaluation des recommandations et références médicales locales, aux Parties Signataires de nouvelles références médicales susceptibles de devenir nationalement opposables,

6. affectent une fraction du produit des retenues financières définies à l'article 14, paragraphe 5 qui leur est allouée à l'amélioration de l'information des praticiens et des patients sur la maîtrise médicalisée.

Les commissions conventionnelles paritaires locales adressent, dans les quinze jours suivant leur signature, leurs contrats locaux de maîtrise aux Parties Signataires nationales qui formulent, le cas échéant, des observations.

Article 18 : Evaluation locale

Chaque commission conventionnelle paritaire locale dresse un bilan annuel concernant d'une part, les avis circonstanciés sur l'impact local des références médicales opposables et d'autre part, l'évaluation des recommandations et références médicales locales prévues à l'article 17.

Article 19 : Evaluation nationale de l'application des références médicales opposables

1. Les bilans locaux sont envoyés par les commissions conventionnelles paritaires locales aux Parties Signataires nationales dans les quinze jours suivant leur réalisation en vue de permettre l'établissement, avec le concours du comité médical paritaire national, d'un bilan national.

2. Les parties conventionnelles nationales évaluent l'impact des références médicales opposables sur les dépenses médicales tous régimes.

Cette évaluation comporte :

- le bilan national de la maîtrise médicalisée,

- l'analyse des écarts éventuels par rapport aux objectifs qualitatifs et financiers

- la définition des actions correctrices à entreprendre dans le cadre conventionnel.

Article 20 : procédures de mise en oeuvre de l'opposabilité des références médicales

§1 Au vu des critères d'opposabilité des références médicales visés à l'article 14 paragraphe 3, du recueil et du traitement des données conventionnellement définies, l'examen d'une situation comportant potentiellement des anomalies par rapport aux références médicales opposables et concernant un praticien traitant est réalisé à l'initiative d'au moins un des partenaires des instances conventionnelles locales. Le comité médical paritaire local en est saisi et le praticien intéressé en est simultanément informé.

Le comité médical paritaire local instruit le dossier et vérifie notamment le respect des durées significatives d'observation propres à chaque référence médicale opposable dans la pratique habituelle du praticien en cause. A la demande de ce dernier, il procède à son audition dans les 30 jours suivant sa saisine initiale.

Dans les 15 jours suivant l'audition et au plus tard dans les 45 jours suivant sa saisine initiale, il prend sa décision : celle-ci constate ou non l'existence, et le coût de l'anomalie, ainsi que sa gravité appréciée médicalement, conformément à l'article 14, paragraphe 5.

A défaut de décision dans les 45 jours précités, ses compétences sont exercées par le comité médical paritaire national qui se prononce, dans les 30 jours au plus tard suivant sa saisine du dossier.

En cas de partage des voix au sein d'un comité médical paritaire local ou du comité médical paritaire national, un second vote est de droit, la voix du président est alors prépondérante.

§ 2 Au vu du constat du comité médical paritaire local, la caisse primaire notifie, par lettre recommandée avec accusé de réception, le montant de la retenue financière exigible au praticien traitant suivant les modalités fixées par l'article L 162.6.3 du code de la sécurité sociale. Le ou les montant(s) exigible(s) 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 montant(s) exigible(s) sur une année civile visé(s) à l'alinéa précédent ne peuvent 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 au praticien et simultanément aux syndicats médicaux signataires et aux deux caisses des autres régimes. Le praticien peut faire appel de cette décision devant le comité médical paritaire national dans un délai de 8 jours suivant la notification de la décision. Cet appel est suspensif. Le comité médical paritaire national dispose de 15 jours à compter de la réception de l'appel pour y faire droit et se prononcer.

§ 3 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.

TITRE V

ADAPTATION DE LA PRATIQUE MÉDICALE

Section 1 - Suivi médical du malade

Les Parties Signataires considèrent que l'amélioration de la qualité des soins et la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses médicales implique la responsabilisation du malade, dans le cadre d'une adaptation de la pratique médicale favorisant la coordination et la continuité des soins ainsi qu'un meilleur suivi des malades atteints d'une affection de longue durée exonérante.

CHAPITRE I

De la coordination et de la continuité des soins

Article 21 :

* La coordination des soins représente une contribution essentielle à l'amélioration permanente de la qualité de soins. Elle participe à la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses.

  Cette contribution implique complémentarité et coordination entre les différents acteurs du système de soins et principalement médicaux qu'ils exercent en établissements de soins, centres de santé ou en cabinets, qu'ils soient généralistes ou spécialistes.

La définition des rôles et missions de chaque acteur, en particulier médecins généralistes et spécialistes, et une prise de conscience par le patient de l'intérêt de la coordination et du dossier médical pour sa santé sont des conditions nécessaires au développement de la coordination.

***

* La continuité des soins repose sur la mise en place d'un dossier médical du patient. Il est l'un des éléments essentiels de la coordination des différents acteurs du système de santé.

Ce dossier médical est nécessaire à l'amélioration de la qualité des soins dans l'intérêt du patient. C'est un élément indispensable de santé publique.

Ce dossier est la propriété du patient, il est couvert par le secret médical. Il permet de réaliser la synthèse médicale, diagnostique et thérapeutique, ainsi qu'un véritable suivi médical du patient afin d'éviter, entre autres, les risques d'interactions médicamenteuses ou de redondance et d'adopter une démarche préventive et prospective en vue de la délivrance de soins médicalement utiles au meilleur coût.

Le principe du dossier médical unique est unanimement admis par les partenaires conventionnels.

Les partenaires conventionnels estiment que le médecin généraliste a vocation naturelle à mettre en oeuvre le dossier médical et en assurer le suivi.

Les parties conventionnelles déclarent que ce dispositif n'entravera pas le libre accès aux spécialistes ni aux généralistes.

Outre les éléments apportés par le médecin généraliste, le patient lui même et l'ensemble des intervenants, ce dossier comprend tous les comptes rendus des actes, les prescriptions ainsi que les conclusions s'y rapportant et les interventions réalisées en secteur hospitalier privé ou public dans le respect des droits du patient.

Le contenu du dossier est codé dans le respect des lois et règlements en vigueur.

Tout médecin, généraliste, spécialiste, médecin conseil des caisses, a l'obligation d'informer les patients concernés par les dispositions relatives au dossier médical.

Le contenu du dossier médical type et du dossier reflet type sont établis en concertation entre les syndicats médicaux signataires et les services médicaux des caisses. Ils sont arrêtés et diffusés par les Parties Signataires après avis de la Direction Générale de la Santé.

Les caisses fournissent au patient le dossier reflet.

Chaque patient concerné détient personnellement un dossier reflet de son dossier médical, destiné à l'information des divers intervenants. A cet effet, chaque intervenant porte sur ce dossier les actes et prescriptions effectués ainsi que les conclusions s'y rapportant qui sont transmises simultanément au médecin détenteur du dossier médical. La présentation de ce dossier, matériellement attestée par le médecin consulté, lors de chaque acte, conditionnera la prise en charge de ces actes afférents par l'assurance maladie.

Le dossier reflet est accessible à tout moment aux médecins conseils pour l'accomplissement de leurs missions.

Les partenaires conventionnels s'accordent pour retenir une approche pragmatique de la systématisation progressive du dossier médical.

Ce principe s'appliquera donc par étapes à des populations définies conventionnellement par avenant au-delà des dispositions arrêtées par la présente convention, à l'exception des enfants jusqu'à 15 ans qui bénéficient déjà du carnet de santé de l'enfant. Les conditions de généralisation de son emploi seront définies conventionnellement.

Dans le cadre du présent accord conventionnel, ce dossier médical est constitué au profit des personnes atteintes de polypathologie. La polypathologie, nonobstant les dispositions du code de la sécurité sociale afférentes aux seules polypathologies invalidantes, est définie pour l'application des dispositions du présent chapitre, par un état pathologique résultant d'au moins 2 affections constaté par tout médecin et nécessitant un suivi médical pendant 6 mois.

Chaque patient choisit librement le médecin généraliste auquel il confie la tenue de son dossier médical

Le médecin assurant la continuité des soins réalise une consultation annuelle de synthèse honorée 2 C. Le double de cette

synthèse est transmis par le patient aux services médicaux des caisses dans le mois qui suit.

Tout médecin acceptant de tenir le dossier médical d'un patient doit s'engager à assurer de façon effective la permanence des soins.

Les dispositions relatives à la mise en place, au contenu et à l'utilisation du dossier médical doivent faire l'objet de mesures réglementaires et légales précisant en particulier les devoirs respectifs de chacun des intéressés et les règles relatives aux manquements à leurs obligations, ainsi que la limitation de l'emploi du dossier médical aux seuls objets du présent chapitre.

CHAPITRE 2

Suivi des malades atteints d'une affection de longue durée exonérante

Article 22 :

Soucieuse d'améliorer la qualité des soins, et le suivi des malades atteints d'une affection de longue durée exonérante, les Parties Signataires conviennent d'aménager le protocole inter-régimes d'examen spécial (PIRES), pour le transformer en document de diagnostic, de traitement de l'affection exonérante et de son évolution.

A cet effet, les Parties Signataires créeront par avenant et sous réserve de modification de la réglementation deux documents :

- l'un détenu par le praticien qui fait la demande d'exonération, dont le double sera destiné au médecin conseil, ou protocole inter-régimes d'examen spécial, définira exactement les motifs de la demande d'exonération : données administratives et médicales permettant d'établir un diagnostic précis, les évolutions prévisibles de la maladie, le traitement à prévoir.

- l'autre, ou carnet de soins détenu par le malade comportera, outre les informations administratives et médicales relatives à la (ou les) affection(s) exonérante(s) telles que prévues dans le PIRES, tous les examens, prescriptions, ainsi que les conclusions s'y

rapportant. Ce dernier document sera utilisé pendant toute la durée de l'exonération, par le malade et présenté lors de chaque consultation pour l'information du praticien. Celui-ci devra par ailleurs y inscrire tous les actes, prescriptions, investigations et conclusions en rapport avec l'affection exonérante, dans le cadre du traitement préconisé par le praticien qui a initié la demande d'exonération ainsi que les soins liés à une affection intercurrente.

Ce document sera tenu à la disposition des services médicaux des caisses sur leur demande.

Les Parties Signataires conviennent que le médecin généraliste est le plus à même d'assurer la continuité des soins pour ces malades.

En l'absence de médecin généraliste choisi par le patient atteint d'une seule affection justifiant l'exonération de longue durée, cette continuité est assurée par le médecin traitant, spécialiste de cette affection.

Les caisses s'engagent à envoyer au médecin traitant, sur sa demande, aux échéances prévues, le document permettant de prolonger ou non la reconnaissance de l'affection de longue durée.

L'avenant précisera le contenu, les modalités de mise en place ainsi que les droits et obligations de chacun.

Les Parties Signataires décident d'étudier les aménagements à apporter aux dispositifs de suivi médical du malade prévu dans la présente section au bénéfice des patients multi-consultants.

Section 2 - Soins coordonnés à domicile

Article 23 : Soins coordonnés à domicile

Les Parties Signataires en recherchant l'accord des partenaires locaux décident de mettre en place sur 15 sites une expérimentation des soins coordonnés à domicile au profit des personnes âgées souffrant de pathologies aigües dont la liste aura été établie en commun entre les Parties Signataires.

Ces expérimentations se dérouleront dans les conditions définies dans le cadre d'un accord national définissant :

- le champ d'application
- les personnes âgées, leurs pathologies
- les modalités d'agrément de l'association expérimentatrice
- les modalités de financement et de facturation
- le suivi médical et l'évaluation
- la durée de l'expérimentation....

Cet accord détermine les conditions dans lesquelles seront engagées, suivies, financées et évaluées ces expérimentations.

Section 3 - Participation aux urgences

Article 24 : Participation aux urgences

Une convention nationale tripartite entre les Parties Signataires et le Ministre de Tutelle fixe les principes de la participation des médecins à l'urgence médicale : participation au fonctionnement des centres de réception et de régulation des appels et réponse sur le terrain. Elle détermine les modalités de financement.

Une convention locale permettant les adaptations de la convention nationale, négociée avec l'ensemble des partenaires concernés (hôpitaux, caisses, médecins et autres partenaires locaux), définit les conditions de mise en place de la participation des médecins à la régulation, et à la réponse sur le terrain ainsi que les modalités de financement adaptées aux besoins locaux. Ces conventions locales sont soumises à l'approbation des Parties Signataires et du Ministre de Tutelle et doivent faire l'objet d'une évaluation, dont la méthodologie et le financement sont fixés préalablement à la mise en place du dispositif.

Les Parties Signataires décident que les sites expérimentaux sont pérennisés à la date de mise en vigueur de la présente convention sur la base des conventions conclues entre les partenaires locaux.

Section 4 - Plateaux techniques

Article 25 : Plateaux techniques

Les Parties Signataires conviennent de rechercher une procédure appropriée à l'étude des tarifs d'honoraires afférents aux actes médicaux nécessitant l'utilisation d'un plateau technique important, pour mieux prendre en compte son coût et l'investissement nécessaire.

Titre VI

FORMATION MÉDICALE CONTINUE CONVENTIONNELLE

Les Parties Signataires rappellent que la formation médicale continue porte sur l'entretien des connaissances, l'évolution des techniques et des pratiques diagnostiques et thérapeutiques, ainsi que des pathologies, sur l'économie de la santé et sur la formation des représentants des médecins à la vie conventionnelle.

Elles se félicitent des acquis obtenus par l'application des dispositions de la convention de mars 1990 relatives à la formation médicale continue conventionnelle.

Elles considérent que l'efficacité du dispositif de formation médicale continue conventionnelle peut encore être amélioré et décident à cette fin d'adopter les dispositions suivantes.

Article 26 : Du financement de la formation médicale continue conventionnelle

- Le financement de la formation médicale continue conventionnelle, assis sur un prélèvement calculé à partir de la masse des honoraires médicaux et constituant la contribution conventionnelle des médecins est gérée exclusivement par les syndicats médicaux signataires, le fonds d'assurance formation de la profession médicale étant maître d'œuvre.

  Le taux de cette contribution est fixé à 1,60 ‰ de l'ensemble des honoraires opposables perçus par les médecins exerçant sous le régime de la convention au titre de la pénultième année. Elle est

versée, chaque année, par douzième par les caisses nationales le fonds d'assurance formation de la profession médicale : pour chaque caisse nationale, l'assiette visée ci-dessus est prise en compte à hauteur de la part respective que leur régime représente dans les dépenses d'assurance maladie au titre des honoraires médicaux.

- Le financement de l'indemnisation des médecins stagiaires, constituant la contribution des caisses est géré exclusivement par les caisses nationales signataires de la présente convention.

  Le taux de cette contribution est fixé à 1,85 ‰ de l'ensemble des honoraires opposables perçus par les médecins exerçant sous le régime de la convention au titre de la pénultième année. L'indemnité quotidienne de formation est forfaitaire. Sa valeur moyenne est fixée à 15 C et peut être modulée en fonction de la durée de la formation.

Article 27 : Des objectifs de la formation médicale continue conventionnelle

La formation médicale continue est un élément essentiel de la qualité et du bon usage des soins, elle concourt à la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses.

Afin d'atteindre pleinement ces objectifs, les Parties Signataires conviennent de tenir 4 fois par an un comité paritaire, dont la composition est fixée dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article 32.1.

Ces réunions permettront :

- d'échanger toutes informations utiles sur les thèmes de formation définis par les syndicats médicaux et sur les critères d'indemnisation des médecins stagiaires définis par les caisses,

- de décider des thèmes de formation médicale continue conventionnelle ouvrant droit à indemnisation,

- d'arrêter le programme d'évaluation prévu à l'article 28.

Elles acceptent, par ailleurs, la présence d'observateurs de l'autre partie auprès de leurs propres instances chargées de la formation médicale continue conventionnelle.

Pour la réalisation de ce programme annuel de formation, les syndicats signataires confient au fonds d'assurance formation de la profession médicale la charge du lancement d'un appel d'offre au niveau national et au niveau régional auprès de l'ensemble des organisateurs de formation médicale continue.

Chaque année et au plus tard le 30 septembre, le fonds d'assurance formation de la profession médicale transmet aux Parties Signataires réunis en comité paritaire, la liste des actions retenues après l'avis scientifique et pédagogique du comité d'expert que les syndicats signataires ont reconnu.

Article 28 : De l'évaluation des actions de formation médicale continue conventionnelle

Les actions de formation font l'objet d'une évaluation interne et d'une évaluation externe.

1. L'évaluation interne :

   Celle-ci est confiée au comité d'expert prévu au dernier alinéa de l'article 27. Elle est financée par le fonds d'assurance formation de la profession médicale.

2. L'évaluation externe :

   Elle est assurée par appel d'offre, son financement est paritairement à la charge des syndicats médicaux signataires d'une part et des caisses signataires d'autre part.

   Les résultats de ces deux évaluations sont intégralement communiqués à chaque partie signataire.

Elles décident enfin de demander aux Pouvoirs Publics que soient adoptés les dispositifs législatifs et/ou réglementaires à même d'assurer la responsabilité exclusive de chaque partie sur le domaine de compétence précité et d'assurer la pérennisation des présentes dispositions.

TITRE VII

PARTENARIAT CONVENTIONNEL

Section 1 - Les Instances de concertation

CHAPITRE 1

Les instances nationales

Article 29 : Secrétariat permanent des Parties Signataires

Les Parties Signataires exercent leur rôle de décision, d'orientation 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 conviennent, d'une part, d'organiser, des réunions consacrées au suivi de l'activité conventionnelle et d'autre part, de mettre en place un secrétariat technique permanent composé de représentants, désignés par chacune des caisses nationales et des organisations syndicales médicales signataires, qui accomplissent les tâches qui leur sont confiées par les Parties Signataires.

Le secrétariat permanent est composé paritairement de représentants des caisses et des syndicats signataires. Il se réunit 1 fois par trimestre ou à la demande d'au moins deux Parties Signataires.

Le secrétariat permanent assure la continuité de la vie conventionnelle. Il prépare les séances des Parties Signataires et en assure le secrétariat. Il veille à la diffusion et au suivi des décisions qui y sont prises. Il assure la liaison entre les diverses instances nationales et locales, et est informé de toutes les délibérations et décisions de celles-ci.

Son fonctionnement est assuré alternativement, par période d'un an, par un syndicat médical signataire et une caisse d'assurance maladie.

La présidence est assurée alternativement par période d'un an par un représentant d'un syndicat de médecins signataire et une caisse nationale d'assurance maladie.

Article 30 : Comité médical paritaire national

1. Composition

Il est institué un comité médical paritaire national composé paritairement d'une délégation des caisses et d'une délégation des syndicats signataires.

La section professionnelle est composée paritairement de représentants des syndicats signataires de la convention nationale représentatifs d'une part des médecins généralistes et d'autre part des médecins spécialistes.

Dans l'attente des résultats des élections aux unions professionnelles, généralistes et spécialistes disposeront chacun de six sièges, qui seront attribués en nombre égal à chaque syndicat signataire de la convention et représentatif d'une part des généralistes et d'autre part des spécialistes.

Après les élections aux unions professionnelles, et dans un délai d'un mois suivant la publication de leurs résultats, la composition de la section professionnelle sera révisée comme suit :

- le nombre total des sièges de cette section sera fixé à 8.
- chaque syndicat représentatif, d'une part des généralistes et d'autre part des spécialistes, signataire de la présente convention bénéficiera d'un siège.
- le nombre de sièges restants sera attribué en utilisant le quotient électoral constitué par le nombre de voix exprimées au niveau national, divisé par le nombre de sièges restant à pourvoir, la répartition des restes s'effectuant à la plus forte moyenne.

Les régimes d'assurance maladie, signataires de la convention, désignent le nombre de médecins-conseils nécessaire pour assurer une composition paritaire au comité.

Un représentant du Conseil National de l'Ordre des Médecins, ainsi qu'un médecin-conseil désigné par le régime général, sont invités à participer aux travaux du comité national avec voix consultative.

Les représentants des organisations syndicales médicales ont droit à une indemnité de vacation et à une indemnité de déplacement dans les mêmes conditions que celles prévues pour les commissions conventionnelles paritaires locales.

2. Rôle

- En qualité de conseiller médical des Parties Signataires, il donne un avis sur les conditions de réalisation des actions décidées par celles-ci.
- Il assure un rôle de conseil, de coordination, de proposition et d'information auprès des comités médicaux paritaires locaux.
- Il exerce par ailleurs toutes les missions qui lui sont confiées dans le cadre du titre IV de la convention et à ce titre :
  - émet un avis sur la liste des références médicales nationales opposables présentées aux Parties Signataires (article 14, paragraphe 3)
  - valide le cas échéant la méthologie ayant conduit les instances conventionnelles locales à mettre en place des références médicales locales (article 14, paragraphe 3)
  - participe à l'élaboration du bilan national dressé par les Parties Signataires à partir des bilans locaux envoyés par les commissions conventionnelles paritaires locales
  - se substitue le cas échéant aux comités médicaux paritaires locaux dans toutes leurs compétences en cas de carence de ces derniers (article 34)
- Dans le cadre de la procédure de mise en oeuvre de l'opposabilité des références médicales visée à l'article 20, il instruit les dossiers qui lui sont transmis en appel.

  Il définit les conditions dans lesquelles les anomalies d'une importance particulière ou la récidive peuvent donner lieu à sanctions complémentaires telles que prévues à l'article 14, paragraphe 5.
- De même, il émet un avis sur tous les dossiers qui lui sont transmis par la commission nationale de conciliation visée à l'article 36.

3. Fonctionnement

La section professionnelle et la section sociale désignent chacune un président choisi parmi leurs membres.

Le président de la section professionnelle et de la section sociale assurent à tour de rôle, par période d'un an, la présidence du comité médical paritaire national.

Les décisions sont prises à la majorité des 2/3 des voix dans chacune des sections le composant.
En cas de partage des voix, il est procédé à un deuxième vote. La voix du président est alors prépondérante.

Article 31 ***Groupes techniques nationaux***

Il est institué auprès des Parties Signataires un comité de suivi statistique composé paritairement de représentants des caisses et des syndicats médicaux signataires. Il se réunit chaque trimestre.

Il est chargé de rassembler et d'étudier les informations concernant l'évolution des dépenses de santé, d'assurance maladie, de la consommation de soins, ainsi que celle de l'activité et des conditions économiques de l'exercice médical.

Le secrétariat permanent des Parties Signataires est par ailleurs habilité à constituer en tant que de besoin des groupes de travail paritaires techniques. Il définit leur mission et leur durée de fonctionnement.

CHAPITRE II

Les Instances locales

Article 32 : ***La commission conventionnelle paritaire locale***

Il est institué une commission conventionnelle paritaire locale dans chaque circonscription de caisse primaire, composée paritairement des représentants des caisses et des syndicats signataires de la convention.

1. Composition

- section professionnelle

Dans l'attente du résultat des élections aux unions professionnelles des médecins, généralistes et spécialistes disposeront chacun de six sièges, qui seront attribués en nombre égal à chaque syndicat signataire de la convention régulièrement constitué au plan départemental et représentatif d'une part des généralistes et d'autre part des spécialistes.

Après les élections aux unions de médecins, et dans le délai d'un mois suivant la publication de leurs résultats, la composition de ladite section professionnelle sera revue comme suit :

- le nombre total de sièges de la section sera fixé à 8, soit 4 représentants des généralistes et 4 représentants des spécialistes

- la répartition des sièges s'opèrera en utilisant le quotient électoral constitué par le nombre de voix exprimées dans chaque département divisé par le nombre de sièges à pourvoir, la répartition des restes s'effectuant à la plus forte moyenne

- section sociale

La section sociale comprend dans l'attente des résultats aux élections des unions professionnelles:

- 12 représentants désignés par les caisses du département (ou de la circonscription) relevant des caisses nationales signataires de la convention.

Les membres de la section sociale sont désignés à raison de :

. 6 pour la C.P.A.M., 4 pour la M.S.A., 2 pour la C.M.R.

Après les élections aux unions professionnelles, le nombre de sièges de la section sociale sera fixé à 8 et répartis ainsi :

. 4 pour la C.P.A.M., 2 pour la M.S.A., 2 pour la C.M.R.

Une répartition différente des sièges au sein de la section sociale peut être adoptée après accord entre les représentants locaux des trois régimes d'assurance maladie.

La qualité de membre d'une profession de santé en exercice est incompatible avec celle de représentant d'un organisme d'assurance maladie.

Les organisations syndicales locales, ainsi que les caisses peuvent désigner chacune, dans les mêmes conditions que leurs représentants titulaires un nombre de représentant suppléant égal au nombre desdits titulaires.

Les membres suppléants ne siègent aux séances qu'en l'absence d'un des représentants titulaires appartenant à la même organisation syndicale ou à la même caisse.

Chaque section est assistée d'un nombre maximum de 6 conseillers avec voix consultative parmi lesquels figurent pour la section sociale : le Directeur et le Médecin Conseil de chaque régime ou leurs représentants.

En cas de vacance de poste les parties intéressées pourvoient au remplacement de celui-ci dans les 2 mois.

La section professionnelle et la section sociale désignent chacune un président choisi parmi leurs membres. Le président de la section professionnelle et de la section sociale assurent, à tour de rôle, par période d'un an, la présidence et la vice-présidence de la commission conventionnelle paritaire locale.

A la demande de la commission conventionnelle paritaire locale ou à la demande conjointe du président et du vice-président, toute personne considérée comme expert peut être convoquée à une réunion de la commission. Elle ne participe à la commission que pour le point de l'ordre du jour où sa compétence a été requise.

Les représentants des syndicats professionnels membres de la commission conventionnelle paritaire locale perçoivent une indemnité de déplacement dans les conditions prévues pour les administrateurs de caisses et une indemnité de vacation. Cette dernière est égale à 6 C. par réunion.

La commission conventionnelle paritaire locale doit être mise en place 2 mois au plus tard après l'entrée en vigueur de la convention.

3. Rôle

- La commission conventionnelle paritaire locale assure le bon fonctionnement de la convention par une collaboration permanente des caisses et des syndicats médicaux.

- Elle s'efforce en conséquence de régler toute difficulté concernant l'application de la convention.

- Elle prend en compte les avis formulés à sa demande par le comité médical paritaire local, sur l'évolution de la consommation des soins dans la circonscription ainsi que tous autres éléments d'information disponibles : études statistiques, relevés collectifs d'activité et de prescriptions collectifs, statistiques clientèle.

- A cet effet, les caisses mettent à la disposition des membres de la commission dans la mesure de leur possibilité et à leur demande, tous éléments d'information statistiques nécessaires à leur travaux. Elle charge un groupe de travail permanent composé paritairement, d'analyser ces documents.

- Dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses, elle est tenue de conclure dans chaque circonscription de caisse un contrat local de maîtrise de l'évolution des dépenses médicales dans les conditions fixées par l'article 17 de la convention et à ce titre :

  - élabore des mesures de suivi des recommandations médicales nationales opposables considérées comme prioritaires au plan local
  - émet un avis sur l'impact local des recommandations médicales nationales opposables
  - peut définir des recommandations locales
  - peut définir des références médicales locales
  - fait des propositions de recommandations et de références aux Parties Signataires
  - informe les praticiens et les patients sur la maîtrise médicalisée.

- Chaque année elle dresse un bilan local de l'application de la maîtrise et l'adresse aux Parties Signataires.

- La commission adresse également aux Parties Signataires un procès-verbal de chacune de ses séances ainsi qu'un rapport annuel d'activité.

- Enfin, elle exerce toute attribution fixée par les articles relatifs au non respect des tarifs et des dispositions conventionnelles.

4. Fonctionnement de la Commission

La commission conventionnelle paritaire locale se réunit en tout lieu qu'elle choisit à cet effet.

Le secrétariat administratif est assuré par un membre de l'une des sections après accord de la commission.

La commission conventionnelle paritaire locale fixe en fin de séance, la date et l'ordre du jour de la réunion suivante.
L'ordre du jour ainsi défini est établi par le président et le vice-président.
L'inscription d'une question à l'ordre du jour réclamée au moins 15 jours avant la réunion suivante, par la majorité d'une des deux sections, est de droit.

Les convocations sont adressées par le secrétariat aux membres de la commission au moins 10 jours francs, sauf urgence, avant la date de la réunion, accompagnées de la documentation y afférente.

La commission conventionnelle paritaire locale se réunit chaque fois qu'il est nécessaire et au moins 5 fois par an.
La réunion est de droit si elle est demandée par le président, le vice-président ou à la majorité de l'une ou l'autre des sections.

La C.C.P.L. se prononce à la majorité des 2/3 des voix exprimées dans chacune des sections la composant.
En cas de partage des voix, une 2éme vote est de droit immédiatement, la voix du président est alors prépondérante.

En cas de carence constatée notifiée au secrétariat permanent des Parties Signataires, (relative à la mise en place, au fonctionnement et à l'absence de prise de décisions), les caisses exercent durant cette période les missions au lieu et place des commission conventionnelle paritaire locale.

Les délibérations de la commission conventionnelle paritaire locale font l'objet de procès-verbaux conservés au secrétariat administratif et signés par le président et le vice-président de la commission ou à défaut, par un membre de chacune des sections ayant pris part à la réunion.

Ces procès-verbaux sont adressés aux membres de la commission, titulaires et suppléants et sont soumis pour approbation lors de la réunion suivante.

Article 33 : Le comité régional d'observation

Il est institué un comité régional d'observation dans chacune des circonscriptions visée par le décret n° 67.966 du 27 octobre 1967.

Il est mis en place à l'initiative des instances paritaires locales dans le trimestre qui suit l'entrée en vigueur de la présente convention.

1. Composition

Le comité régional d'observation, émanation des commissions conventionnelles paritaires locales, est composé paritairement d'une section professionnelle et d'une section sociale .

2. Attributions

Le comité régional d'observation est chargé :

- d'analyser l'évolution des dépenses médicales de la région, sous le double aspect des honoraires et des prescriptions

- de suivre l'activité de certaines spécialités médicales, en raison de leur faible poids au niveau local. Cette action est menée en étroite concertation avec les commissions conventionnelles paritaires locales du lieu d'implantation de ces professionnels

- d'assurer toute autre mission qui lui sera confiée par les instances conventionnelles

Il informe les commissions conventionnelles paritaires locales de la circonscription de l'ensemble de ses travaux et transmet un bilan annuel d'activité au secrétariat des Parties Signataires.

Article 34 : Le comité médical paritaire local

1. Composition

Le comité médical paritaire local institué par la convention est composé d'une délégation des caisses et d'une délégation des syndicats signataires désignée dans les mêmes conditions que celles visées à l'article 30 de la convention:

Un représentant du Conseil de l'Ordre des médecins, ainsi que le Médecin Conseil Régional du régime général ou son représentant, sont invités à participer aux travaux du comité avec voix consultative.

Les organisations syndicales ainsi que les services médicaux des caisses peuvent désigner chacune, dans les mêmes conditions que leurs représentants, un nombre de représentant suppléant égal au nombre desdits titulaires.

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

Le comité médical paritaire local invite chaque fois qu'il est nécessaire, les directeurs des caisses d'assurance maladie. Il les reçoit également, à leur demande, pour l'étude d'un problème précis.

Le comité médical paritaire local délibère hors de la présence des experts et des directeurs.
Le comité médical paritaire local est mis en place dans les 2 mois qui suivent l'entrée en vigueur de la présente convention.

Présidence

La section professionnelle et la section des médecins conseils élisent l'une et l'autre un président choisi parmi leurs membres. Ces présidents assurent à tour de rôle, par période d'un an, la présidence et la vice-présidence du comité médical paritaire local.

Indemnités de vacation

Les représentants des syndicats médicaux perçoivent une indemnisation sur la base de 6 C par séance et une indemnité de déplacement dans les conditions prévues pour les administrateurs de caisses.

2. Rôle

- Le comité médical paritaire local est le conseiller médical de la commission conventionnelle paritaire locale et à ce titre émet des avis sur les conditions de réalisation des actions décidées par celle-ci.

- Il instruit les dossiers présentés par les services médicaux des caisses ou par les syndicats médicaux et réalise toute étude qu'il peut initier.

- Il est consulté sur le contrat local de maîtrise de l'évolution des dépenses avant sa conclusion et propose à la commission conventionnelle paritaire locale toute information qu'il juge utile de diffuser aux médecins et aux patients.

- Dans le cadre de la mise en oeuvre de l'opposabilité des références médicales, le comité médical paritaire local instruit les dossiers des praticiens qui lui sont transmis en vérifiant notamment le respect des durées significatives d'observation propres à chaque référence médicale opposable dans la pratique habituelle du praticien en cause, puis statue.

- Il se prononce sur le cas des praticiens qui n'ont pas respecté les régles conventionnelles définies à l'article 35, paragraphes 3 et 4 dont les cas lui sont signalés par les parties conventionnelles locales.

- Il procède à l'analyse des relevés individuels d'activité et de prescriptions (RIAP) des praticiens. Ces relevés sont établis par les caisses primaires d'assurance maladie pour chaque praticien. Ils font apparaître la nature et le nombre d'actes réalisés ainsi que la nature et le coût des prescriptions remboursées et les statistiques "clientèle". Ces données sont adressées par les caisses à chaque médecin au moins deux fois par an. Elles sont couvertes par le secret professionnel.

- Il présente un rapport d'activité annuel au comité médical paritaire national et transmet régulièrement à la commission conventionnelle paritaire locale ses constats sur l'évolution des pratiques médicales individuelles et locales.

3. Fonctionnement

Le comité médical paritaire local se réunit en tout lieu qu'il choisit à cet effet.

Le secrétariat est assuré par un médecin choisi par le comité.

Réunion

Le comité se réunit chaque fois qu'il est nécessaire et au moins 10 fois par an.

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

L'ordre du jour établi par le président et le vice-président est adressé par le secrétariat avec la convocation et la documentation au moins dix jours francs avant la date de la réunion. Dans la mesure du possible, la date de la séance suivante est fixée à la fin de chaque réunion.

En cas de carence du comité résultant soit de la non installation du comité dans les 2 mois suivant l'entrée en vigueur de la convention, soit de son refus de se réunir ou de délibérer, ses compétences sont exercées par le comité médical paritaire national .

Délibération

Le comité médical paritaire local ne peut statuer que si au moins la moitié des médecins de chaque section est présente.

En cas d'absence de quorum - plus de 2 fois consécutives - du fait de l'une ou l'autre des sections, la section intéressée est invitée à prendre toute disposition pour remédier à la situation. Si aucune solution n'est intervenue dans les 2 mois suivant le constat, le comité médical paritaire national supplée et statue au lieu et place du comité médical paritaire local jusqu'au rétablissement du fonctionnement de la section.

En cas d'empêchement de représentants des caisses et syndicats, membres désignés au comité médical paritaire local, et sous réserve du respect du quorum, ces derniers peuvent déléguer leur vote aux représentants présents de leur caisse et syndicat respectif.

Les membres du comité médical paritaire local sont soumis au secret des délibérations.

Dans le cadre de l'application des paragraphes 3 et 4 de l'article 35, la carence répétée du prononcé de l'avis du comité médical paritaire national ne peut faire obstacle à la poursuite de l'une des procédures engagées à l'initiative de la section sociale ou de la section médicale.

Conditions de vote

Les délibérations du comité médical paritaire local sont prises à la majorité des 2/3 des voix exprimées dans chacune des sections le composant.

En cas de partage des voix au sein d'un comité médical paritaire local, un second vote est de droit, la voix du président est alors prépondérante.

Les délibérations portant sur les paragraphes 3 et 4 de l'article 35 de la convention font l'objet d'un vote à bulletins secrets. Elles sont adoptées à la majorité absolue des membres du comité médical paritaire local.

Pour les délibérations du comité médical paritaire local ne relevant pas des alinéas 3 et 4 de l'article 35, en cas d'absence d'avis, partage des voix inclus, le président prend avis de la commission conventionnelle paritaire locale avant de soumettre à nouveau la question litigieuse à une seconde délibération du comité médical paritaire local.

Procès-verbaux

Les délibérations du comité médical paritaire local font l'objet à chacune de ses séances d'un procès-verbal conservé au secrétariat et signé par le président et le vice-président. Le procès-verbal est adressé aux membres du comité et à leurs suppléants. Il est soumis à l'approbation des membres du comité médical paritaire local à la séance suivante, et est communiqué au comité national paritaire national.

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

Section 2 - non respect des règles conventionnelles

Article 35 : Non respect des tarifs et des dispositions conventionnelles

§ 1 mesures encourues

En cas de non respect par une caisse des dispositions conventionnelles, les partenaires conventionnels locaux peuvent saisir les Parties Signataires.

Lorsqu'un médecin ne respecte pas les dispositions de la convention, il peut, après mise en oeuvre des procédures prévues à la présente section, encourir les mesures suivantes :

- suspension de tout ou partie de la participation des caisses, au financement de ses cotisations sociales pour les médecins à honoraires opposables,

- 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 décision du conseil de l'ordre ou en cas d'abus du droit conventionnel à dépassement, constaté par les parties conventionnelles.

- contribution financière pour les médecins à honoraires différents,

- suspension du conventionnement avec ou sans sursis, déconventionnement

• Les suspensions de conventionnement sont de 1, 3, 6 mois ou 1 an, suivant l'importance des griefs. Elles peuvent être assorties d'un sursis sans confusion des mesures précitées en cas de nouvelle suspension.

  La suppression du conventionnement peut également, dans des cas exceptionnels, être prononcée pour la durée de la convention. Toute suspension du conventionnement supérieure à 1 mois entraîne la suspension de la participation des caisses au financement des cotisations sociales du médecin pour une durée égale à celle de la mise hors convention.

• Les sanctions financières sont forfaitaires et modulables en fonction de l'importance des fautes :

- La suspension de tout ou partie de la participation des caisses au financement des cotisations est de 1, 3, 6, 12 mois. Elle peut concerner la totalité des avantages sociaux ou porter seulement sur la cotisation maladie ou allocations familiales ou avantage supplémentaire vieillesse.

- La contribution financière des praticiens exerçant dans le secteur à honoraires différents est d'un montant équivalent à tout ou partie de la participation que supporteraient les caisses au financement de leurs cotisations sociales s'ils étaient en secteur à honoraires opposables.

§ 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:

1. appliqué des tarifs supérieurs aux tarifs opposables en dehors des cas autorisés,

2. manqué aux dispositions relatives notamment 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 prévus à l'article 5, paragraphe 3.

Dans les cas énumérés aux points ci-dessus, les caisses doivent au préalable communiquer leurs constatations au médecin concerné qui dispose d'un délai d'un mois 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 caisses en informent simultanément les syndicats médicaux, représentés dans les instances conventionnelles, qui peuvent donner leur avis dans le même délai.Les caisses notifient leur décision au médecin concerné dans un délai de 15 jours suivant l'expiration du délai d'un mois.

§ 3 Non respect répété de la nomenclature générale des actes professionnels et du codage, du tact et mesure, abus de droits à dépassements autorisés, des règles de formulation des

ordonnances, de l'ordonnancier, non respect répété des règles de coordination et de continuité des soins, ou de suivi des malades atteints d'une affection exonérante.

Dans les cas précités, une ou des caisses ou un ou plusieurs syndicats transmettent le relevé de leurs constatations au comité médical paritaire local.

Dans le mois suivant la transmission du relevé par la caisse ou le syndicat, le comité médical paritaire local communique au médecin les motifs de la plainte, l'informe des procédures pouvant être suivies à son encontre. Il l'invite à faire connaître ses observations dans les 15 jours qui suivent cette notification et s'il y a lieu, lui adresse une mise en garde. Le médecin peut, à sa demande, être entendu et se faire assister par un médecin de son choix.

En cas de non respect des dispositions de la nomenclature, le comité médical paritaire local peut avant toute décision et dans les délais visés ci-dessus saisir pour avis le comité médical paritaire national.

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 comité médical paritaire local, pris dans un délai d'un mois, lui notifier une des mesures prévues au paragraphe 1 du présent article.

§ 4 non respect des références médicales opposables.

Les dispositions du présent paragraphe sont développées aux articles 14 et 20 de la présente convention relatif à la mise en place et au suivi des références médicales opposables.

Article 36 : Dispositions diverses

Les décisions prises en application de l'article 35 s'appliquent un mois après la date de leur notification au praticien concerné.

Elles sont portées à la connaissance de la commission conventionnelle paritaire locale et du secrétariat permanent des Parties Signataires en même temps qu'à l'intéressé.

Dans un délai d'un mois après notification, le praticien peut saisir pour toute mesure de mise hors convention, prise en application de l'article 35, la commission nationale de conciliation :

- composée d'un représentant de chaque caisse nationale lorsqu'elle émet un avis sur des décisions prises en application du paragraphe 2 de l'article 35,

- composée paritairement de représentants des caisses nationales et des syndicats signataires, lorsqu'elle émet un avis en application des paragraphes 3 et 4 de l'article 35.

Cette commission dont le secrétariat est assuré par la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés notifie ses conclusions auprès de la caisse qui a pris la décision dans un délai de deux mois après sa saisine. Elle sollicite l'avis du comité médical paritaire national qui l'exprime dans un délai d'un mois après sa saisine lorsque les motifs du déconventionnement relèvent des paragraphes 3 et 4 de l'article 35.

Cet appel est suspensif et doit être formé auprès de la commission précitée dans le mois suivant la date de notification de la mesure.

Le praticien dispose, par ailleurs, d'un recours de droit commun.

Les caisses conservent le droit de recourir au contentieux du contrôle technique, en application des articles L. 145-1 et suivants du code de la sécurité sociale et à la mise en oeuvre de l'article L 133-4 du même code.

Article 37 : Cas de condamnation par l'ordre ou les tribunaux

Lorsque le Conseil Régional ou National de l'Ordre des médecins a prononcé une peine d'interdiction de donner des soins aux assurés sociaux ou d'exercer la médecine à l'égard d'un médecin, celui-ci se trouve placé hors convention pour une des durées prévues à l'article 35, paragraphe 1 à compter de la date d'application de la condamnation.

En cas de condamnation définitive d'un médecin par les tribunaux pour fraude ou escroquerie dans ses rapports avec la sécurité sociale, les caisses lui notifient dans les conditions prévues à l'article 35, leur décision de le placer hors convention pour une des durées prévues à l'article 35, paragraphe 1 à compter de la date d'application de la condamnation.

Titre VIII

DES TARIFS D'HONORAIRES

Article 38 : De la valeur des tarifs

Les tarifs d'honoraires pour les soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit sont fixés dans une annexe à la convention.

Article 39 : Du constat annuel

Avant le 15 novembre de chaque année, les Parties Signataires établissent un constat qui comporte pour l'année précédente et l'année en cours :

- un bilan du fonctionnement des instances conventionnelles

- un bilan des contrats locaux de maîtrise médicalisée : mise en oeuvre et réalisation

- un bilan relatif à l'application des références médicales nationales et à leur impact en terme financier

- une analyse des écarts des dépenses constatées par rapport aux objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses.

Pour 1994, les Parties Signataires établissent un constat intermédiaire en juin.

Article 40 : De la révision des tarifs d'honoraires

1. Les revalorisations tarifaires sont, au même titre que les autres dispositions du présent texte, un élément de l'équilibre conventionnel.

   Les Parties Signataires conditionnent donc l'élaboration des échéances tarifaires annuelles au constat qu'elles dresseront, d'un commun accord, préalablement à chaque échéance, du respect des obligations qu'elles se sont fixées :

- la mise en place et le fonctionnement des instances conventionnelles,

- la réalisation des objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales pour les généralistes d'une part (honoraires et prescriptions) et pour les spécialistes d'autre part (honoraires et prescriptions).

2. Avant le 15 décembre de chaque année, les Parties Signataires transmettent aux Ministres compétents une annexe qui fixe pour l'année suivante :

   a. les objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales mentionnés à l'article 16,

   b. les tarifs des honoraires, des rémunérations et des frais accessoires,

   c. les références médicales nationales qui concourent à la réalisation des objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales.

Les dispositions de cette annexe entrent en vigueur après approbation du Ministre concerné.

A défaut d'accord entre les Parties Signataires ou de non approbation ministérielle, les tarifs en vigueur son reconduits.

Titre IX

RÉGULATION DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

Article 41 : Régulation de la démographie médicale

La régulation médicalisée de l'évolution des dépenses de santé doit s'accompagner de la maîtrise de la démographie médicale qui doit s'effectuer selon les orientations suivantes:

§ 1 *le numérus clausus et la répartition des postes entre résidents et internes*

Les Parties Signataires s'engagent à proposer les mesures susceptibles d'optimiser la répartition des filières d'internat en fixant notamment le nombre de postes offerts par spécialités, en fonction des besoins, et en modulant les postes offerts à l'internat dans les différentes régions en fonction de la démographie médicale.

§ 2 *la réorientation*

Les partenaires conventionnels participent à la définition d'une politique de réorientation compte tenu notamment de ses répercussions éventuelles sur les modalités d'exercice des praticiens libéraux.

§ 3 *la cessation anticipée d'activité*

Les Parties Signataires confirment leur volonté de promouvoir la cessation anticipée d'activité des médecins et de voir proroger et aménager le dispositif prévu par la loi du 5 janvier 1988 au minimum pour la durée de la convention.

§ 4 *la reconversion.*

Les Parties Signataires reconnaissent l'intérêt d'encourager la reconversion des médecins libéraux vers d'autres professions notamment au travers un financement de projets individuels assuré conjointement par des contributions de l'Etat, des caisses d'assurance maladie et des médecins en activité.

Les conditions d'attribution d'une aide financière à la reconversion qui sera subordonnée à tout renoncement à l'exercice d'une activité médicale nécessitant une inscription à l'ordre des médecins, feront l'objet d'un avenant à la présente convention et feront l'objet d'une évaluation au terme de deux ans de fonctionnement.

Titre X

DURÉE ET CONDITIONS D'APPLICATION DE LA CONVENTION

Article 42 : Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée de 4 ans ; elle est renouvelable, par tacite reconduction, par périodes de même durée, sauf dénonciation, 6 mois au moins avant sa date d'échéance, par les Parties Signataires. La dénonciation peut être faite, soit par décision conjointe de deux caisses nationales dont la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, soit par décision d'au moins une organisation syndicale de médecins

généralistes et d'une organisation syndicale de médecins spécialistes, signataires de la convention, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Les Parties Signataires dressent tous les deux ans au cours du second semestre de l'année un bilan général de l'application de la convention. Elles apprécient la situation en fonction, notamment, des modalités nouvelles introduites dans la convention nationale ; elles décident des aménagements éventuels à apporter au dispositif conventionnel.

Article 43 : Notification de la convention et du choix du médecin

§ 1 Notification

Les caisses primaires d'assurance maladie du régime général, agissant pour le compte de tous les organismes relevant des caisses nationales signataires, adressent dans le mois suivant l'entrée en vigueur de la convention, à chaque médecin, exerçant en totalité ou en partie sous forme libérale, dont le domicile professionnel est situé dans leur circonscription, le texte de la présente convention, par lettre recommandée avec avis de réception, celle-ci étant présentée dans les conditions fixées par l'administration de la Poste.

§ 2 Adhésion

La convention est applicable à l'ensemble des médecins libéraux. Si le praticien souhaite ne pas exercer sous le régime de la présente convention, il le notifie aux caisses dans le mois qui suit l'entrée en vigueur de la convention ou à la date de sa première installation.

Ce document est envoyé par lettre recommandée avec accusé de réception.

Dans un délai d'un mois suivant la réception de la convention ou suivant la date de sa première installation et, après avoir pris connaissance des droits et obligations conventionnels :

- le médecin qui choisit de pratiquer des honoraires différents conformément à l'article 9 de la convention fait connaître son choix à la caisse primaire de son lieu d'exercice professionnel principal. Celle-ci en informe les caisses des autres régimes.

Cette adhésion est valable pour l'ensemble des régimes gérés par les caisses nationales signataires et pour la durée de la convention.

Tout médecin exerçant sous le régime de la convention, peut sortir du champ d'application de la convention. Il informe la caisse primaire du lieu d'implantation de son cabinet principal. Il ne pourra à nouveau bénéficier des dispositions conventionnelles qu'au moment de l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention ou du renouvellement de la convention en vigueur.

Article 44 Résiliation de la convention

La présente convention peut être résiliée, soit par une décision conjointe des caisses nationales signataires, soit par une décision conjointe des organisations médicales signataires, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception :

- pour violation grave et répétée des engagements conventionnels du fait de l'une des parties,

- en cas de modifications législatives ou réglementaires, mettant en cause les principes fondamentaux qui gouvernent l'exercice de la profession médicale dans ses rapports avec les régimes d'assurance maladie, ou de modifications des mesures tendant à inciter les médecins à exercer sous le régime de la présente convention.

Elle peut également être résiliée, dans le cas où l'une ou l'autre des Parties Signataires considère que l'économie du dispositif a porté gravement atteinte à ses intérêts, ou encore, si les conditions de fonctionnement du système sont substantiellement différentes de la situation enregistrée au début de la convention.

La résiliation prend effet à l'échéance d'un préavis de deux mois à compter de l'envoi de la lettre recommandée.

Lorsqu'une seule des organisations médicales signataires exprime sa volonté de résilier la convention pour un des motifs ci-dessus cités, cette décision a pour seul effet de lui retirer sa qualité de Partie Signataire de la présente convention sous réserve que subsistent en qualité de signataires, un syndicat représentatif des médecins généralistes et un syndicat représentatif des médecins spécialistes.

ANNEXE I

Les tarifs d'honoraires pour les soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit sont fixés comme suit :

1 - Départements métropolitains	**valeur actuelle en francs**	**valeur au 01.11.93 en francs**
- Consultation au cabinet		
. du médecin omnipraticien	100,00	
. du médecin spécialiste	140,00	
. du médecin psychiatre	210,00	
- Visite au domicile du malade		
. du médecin omnipraticien	105,00	110,00
. du médecin spécialiste	130,00	135,00
. du médecin psychiatre	200,00	205,00
- Forfait d'accouchement		
. simple	1000,00	1060,00
. gémellaire	1160,00	1220,00
- Forfait thermal	420,00	
- Lettre-clé KC *(actes de chirurgie et de spécialité)*	13,50	
- Lettre-clé K *(autres actes de spécialités)*	12,40	
- Lettre-clé SPM	14,10	
- Lettre-clé Z		
. électro-radio + gastro-entér.	10,35	
. rhumato + pneumophtisio.	9,50	
. autres spécial. et omni	8,10	
- Lettre-clé P	1,76	
- Valeur de la majoration de dimanche *(1)*	110,00	
- Valeur de la majoration de nuit	150,00	
- Valeur de l'indemnité kilométrique		
. plaine	2,50	
. montage et haute montagne	3,50	
. à pied ou à skis	20,00	
- Valeur de l'indemnité de déplacement		
. agglomérations de Paris, Lyon, Marseille *(2)*	30,00	
. autres agglomérat. ou communes non agglomérées	20,00	

Par ailleurs, les Parties Signataires décident de consacrer la revalorisation de la lettre-clé KC inscrite dans la convention de mars 1990 à une refonte de la nomenclature des actes chirurgicaux qui entrera en vigueur au 1er avril 1994.

---

(1) La majoration s'applique à partir du samedi midi pour la visite

(2) Les agglomérations correspondent à celles définies par l'INSEE dans son dernier recensement

2 - Départements ANTILLES-GUYANE	Valeur actuelle en francs	valeur au 01.11.93 en francs
- Consultation au cabinet		
. du médecin omnipraticien	110,00	
. du médecin spécialiste	154,00	
. du médecin psychiatre	231,00	
- Visite au domicile du malade		
. du médecin omnipraticien	115,50	121,00
. du médecin spécialiste	143,00	148,50
. du médecin psychiatre	220,00	225,50
- Forfait d'accouchement		
. simple	1000,00	1060,00
. gémellaire	1160,00	1220,00
- Forfait thermal	420,00	
- Lettre-clé KC *(actes de chirurgie et de spécialité)*	13,50	
- Lettre-clé K *(autres actes de spécialités)*	12,40	
- Lettre-clé SPM	14,10	
- Lettre-clé Z		
. électro-radio + gastro-entér.	10,35	
. rhumato + pneumophtisio.	9,50	
. autres spécial. et omni	8,10	
- Lettre-clé P	2,02	
- Valeur de la majoration de dimanche *(1)*	110,00	
- Valeur de la majoration de nuit	150,00	
- Valeur de l'indemnité kilométrique		
. plaine	2,75	
. montage et haute montagne	3,85	
. à pied ou à skis	22,00	
- Valeur de l'indemnité de déplacement	22,00	

(1) La majoration s'applique à partir du samedi midi pour la visite

3 - Départements DE LA REUNION	valeur actuelle en francs	valeur au 01.11.93 en francs
- Consultation au cabinet		
. du médecin omnipraticien	120,00	
. du médecin spécialiste	168,00	
. du médecin psychiatre	252,00	
- Visite au domicile du malade		
. du médecin omnipraticien	126,00	132,00
. du médecin spécialiste	156,00	162,00
. du médecin psychiatre	240,00	246,00
- Forfait d'accouchement		
. simple	1000,00	1060,00
. gémellaire	1160,00	1220,00
- Forfait thermal	420,00	
- Lettre-clé KC *(actes de chirurgie et de spécialité)*	13,50	
- Lettre-clé K *(autres actes de spécialités)*	12,40	
- Lettre-clé SPM	14,10	
- Lettre-clé Z		
. électro-radio + gastro-entér.	10,35	
. rhumato + pneumophtisio.	9,50	
. autres spécial. et omni	8,10	
- Lettre-clé P	2,11	
- Valeur de la majoration de dimanche *(1)*	110,00	
- Valeur de la majoration de nuit	150,00	
- Valeur de l'indemnité kilométrique		
. plaine	3,00	
. montage et haute montagne	4,20	
. à pied ou à skis	22,00	
- Valeur de l'indemnité de déplacement	24,00	

(1) La majoration s'applique à partir du samedi midi pour la visite

ANNEXE II

Tarifs d'honoraires applicables à compter du 1er juillet 1994

LETTRES-CLES	Départements Métropolitains	Antilles-Guyane	Réunion
C	105,00 F	115,50 F	126,00 F
CS	145,00 F	159,50 F	174,00 F
C psy	215,00 F	236,50 F	258,00 F
Z électro-radio + gastro-entéro.	10,75 F	10,75 F	10,75 F
Z rhumato + pneumophtisio.	9,90 F	9,90 F	9,90 F
Z autres spéciali. et omni.	8,50 F	8,50 F	8,50 F
P	1,84 F	2,12 F	2,21 F

ANNEXE III

Application des articles 14, 16 de la convention

CHAPITRE 1

Références médicales nationales opposables - Liste des thèmes

Prescription des anti-inflammatoires non stéroïdiens (A.I.N.S.)
Prescription des antibiotiques en pratique courante
L'imagerie dans l'arthrose et les algies rachidiennes communes
Prescription de Benzodiazépines (B.Z.D)
Prescription du dosage immunologique de B.H.C.G.
Bilans biologiques
Examens biologiques au cours de la grossesse
Surveillance de la contraception orale
Diabète non insulino-dépendant (D.N.I.D.)
Echographie au cours de la grossesse normale
L'Electromyogramme (E.M.G.) en pratique courante
Endoscopies digestives
Pratique de frottis cervicaux pour le dépistage du cancer du col
Prescription du dosage des hormones thyroïdiennes chez l'adulte
Prise en charge de l'hypertension artérielle (H.T.A.) essentielle légère à modérée, non compliquée
Prise en charge des hypercholestérolémies chez l'adulte
Prescription du dosage du magnésium
Dosage des marqueurs tumoraux en dépistage
Prescription pluri-médicamenteuse chez la personne âgée
Examens préopératoires en chirurgie courante
Sciatique vertébrale commune
La mammographie dans le dépistage individuel du cancer du sein
Prescription des anti-ulcéreux
Prescription des vaso-actifs

CHAPITRE 2

Objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales pour 1994

Pour l'année 1994, l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales est, conformément aux dispositions de l'article 16 de la convention nationale, fixé à 3,4 %.

Cet objectif prend en compte la décélération des dépenses devant résulter de l'application des références médicales opposables, évaluée à 10,7 milliards de francs des dépenses remboursées ce qui correspond à 3,03 % des dépenses présentées au remboursement des régimes d'assurance maladie, dont le montant s'établit sur la base des prévisions de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale à 352,64 milliards de francs, hors dépenses hospitalières et de soins dentaires.

L'objectif ainsi fixé porte sur les honoraires et prescriptions des généralistes d'une part et les honoraires et prescriptions des spécialistes d'autre part.

Annexe II.

CONVENTION NATIONALE

Janvier 1994

Avenant n°1

à la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les médecins libéraux et les caisses d'Assurance Maladie

DESTINÉE A ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

AVENANT N° 1

A LA CONVENTION NATIONALE DESTINEE A ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE LES MEDECINS LIBERAUX ET LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

En application des articles 14, 15 et 20 de la convention médicale, les Parties Signataires :

I. complètent conformément à l'article 14, la liste des thèmes tels qu'ils figurent à l'annexe III, chapitre 1 de la convention médicale.

II. arrêtent la liste des références médicales nationales applicables pour 1994.

III. définissent les critères d'opposabilité des références médicales.

I
LISTE DES THEMES SUPPLEMENTAIRES

1/ Immuno-histochimie en anatomo pathologie
2/ Cholécystectomie
3/ Hystérectomie
4/ Explorations et chirurgie du genou
5/ Prothèse de hanche
6/ Tumeurs cutanées
7/ Acné
8/ E.E.G.
9/ Prescription des neuroleptiques
10/ Suivi des psychotiques
11/ Laser en ophtalmologie
12/ Implants oculaires
13/ Pontage coronarien
14/ Endartériectomie
15/ Chirurgie de la surdité
16/ Drains transtympaniques
17/ Prise en charge du reflux gastro-oesophagien chez l'enfant
18/ Anomalies dentaires
19/ Anomalies des inclinaisons dento-alvéolaires
20/ Anomalies des rapports des maxillaires
21/ Traitement de l'adénome prostatique
22/ Traitement du cancer de la prostate
23/ E.F.R. (épreuves fonctionnelles respiratoires)

II
LISTE DES REFERENCES MEDICALES ARRETEES PAR LES PARTIES SIGNATAIRES LE 15 DECEMBRE 1993

N° thèmes	Thèmes	Nb références
I	Prescription des anti-inflammatoires non stéroïdiens	1
II	Prescription des antibiotiques en pratique courante	5
III	Imagerie dans l'arthrose rachidienne et les algies rachidiennes communes	2
VI	Bilans biologiques systématiques	12
VII	Examens biologiques au cours de la grossesse	1
IX	Diabète non isulino-dépendant (D.N.I.D.)	9
X	Surveillance échographique au cours de la grossesse normale	1
XII	Endoscopies digestives	3
XIV	Prescription du dosage des hormones thyroïdiennes chez l'adulte	4
XV	Prise en charge de l'H.T.A. essentielle légère, non compliquée	5
XVI	Prise en charge des hypercholestérolémies (HC) chez l'adulte	6
XVII	Prescription du dosage du magnésium sérique ou globulaire	2
XX	Les examens préopératoires	9
XXII	Mammographie dans le dépistage individuel du cancer du sein	2
XXIII	Prescription des anti-ulcéreux	3

THEME N° I :

PRESCRIPTION DES ANTI-INFLAMMATOIRES NON STEROIDIENS (A.I.N.S.) (1)

REFERENCE STANDARD RETENUE PAR LE COMITE MEDICAL PARITAIRE NATIONAL POUR L'ELABORATION DE CRITERES D'OPPOSABILITE

I. Il n'y a pas lieu et il peut être dangereux, d'associer deux A.I.N.S. par voie générale.

1 A.I.N.S. : aspirine non incluse

THEME N° II :

PRESCRIPTION DES ANTIBIOTIQUES EN PRATIQUE COURANTE

REFERENCES STANDARD RETENUES PAR LE COMITE MEDICAL PARITAIRE NATIONAL POUR L'ELABORATION DE CRITERES D'OPPOSABILITE

En excluant les otites aigües et les sinusites aigües, ces références s'appliquent aux infections respiratoires saisonnières rencontrées en pratique quotidienne chez des patients sans facteurs de risques particuliers.

1. Il n'y a pas lieu d'utiliser, en première intention, l'association amino-pénicillines - inhibiteurs 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 troisième génération, en première intention.

4. Il n'y a pas lieu d'associer à l'antibiothérapie générale, des corticoïdes.

5. Il n'y a pas lieu d'associer à l'antibiothérapie générale, des A.I.N.S. sauf composante inflammatoire et/ou algique importante.

THEME N° III :

IMAGERIE DANS L'ARTHROSE RACHIDIENNE ET LES ALGIES RACHIDIENNES COMMUNES

REFERENCES STANDARD RETENUES PAR LE COMITE MEDICAL PARITAIRE NATIONAL POUR L'ELABORATION DE CRITERES D'OPPOSABILITE

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 commune.

2. Il n'y a pas lieu de demander ou de pratiquer un scanner et/ou une IRM devant une lombalgie aigüe ou un lumbago d'effort.

THEME N° VI :

BILANS BIOLOGIQUES SYSTEMATIQUES

REFERENCES STANDARD RETENUES PAR LE COMITE MEDICAL PARITAIRE NATIONAL POUR L'ELABORATION DE CRITERES D'OPPOSABILITE

Chez un patient asymptomatique, sans antécédents pathologiques ou facteurs de risques 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 (2)

1. numération des plaquettes,
2. magnésium sérique,
3. ionogramme, ou natrémie, et/ou kaliémie, et/ou réserve alcaline,
4. hormones thyroïdiennes,
5. hémoglobine glycosylée,
6. apolipoprotéines,
7. marqueurs tumoraux,
8. ferritine,
9. phosphatases alcalines,
10. électrophorèse des protides,
11. profils protidiques,
12. examen cyto-bactériologique des urines.

---

2 Liste d'examens retenus du fait de la fréquence de leur prescription

THEME N° VII :

EXAMENS BIOLOGIQUES AU COURS DE LA GROSSESSE

REFERENCE STANDARD RETENUE PAR LE COMITE MEDICAL PARITAIRE NATIONAL POUR L'ELABORATION DE CRITERES D'OPPOSABILITE

Il n'y a pas lieu, chez une femme sans antécédents précis, sans facteurs de risques, sans terrain pathologique et sans signes d'appel cliniques ou biologiques, de prescrire d'autres examens que les examens rendus obligatoires par la loi (3)

---

3 Examens rendus obligatoires par la loi

- albuminurie et glycosurie 7 fois (avant fin 3ème mois, au cours des 4ème, 5ème, 6ème, 7ème, 8ème et 9ème mois)
- dépistage de la syphilis, rubéole, toxoplasmose 1 fois (avant fin 3ème mois)
  - mention particulière pour la toxoplasmose si immunité non acquise, sérologie à répéter jusqu'à 7 fois (au cours des 4ème, 5ème, 6ème, 7ème, 8ème et 9ème mois)
- groupe sanguin (A, B, O) :
  - avant fin 3ème mois, si la patiente ne possède pas de carte de groupe complète avec deux déterminations
  - au 9ème mois, 2ème détermination si nécessaire
- recherche d'anticorps irréguliers (à l'exclusion des anticorps dirigés contre les antigènes A et B chez les femmes à rhésus négatif ou précédemment transfusées 3 fois (avant la fin du 3ème mois, au cours des 6ème et 9ème mois)
  - si recherche positive identification et titrage
- dépistage de l'antigène HBS 1 fois (au cours du 6ème ou 8ème mois)
- numération globulaire 1 fois (au cours du 6ème mois)
- le VIH est systématiquement proposé

THEME N° IX:

DIABETE NON-INSULINO-DEPENDANT (D.N.I.D.)

REFERENCES STANDARD RETENUES PAR LE COMITE MEDICAL PARITAIRE NATIONAL POUR L'ELABORATION DE CRITERES D'OPPOSABILITE

1. Il n'y a pas lieu de commencer un traitement médicamenteux en l'absence de critères de diagnostic suffisants (glycémie à jeun > 1,40 g/l à 2 reprises, ou glycémie post-prandiale > 1,80 g/l, la glycémie à jeun, étant comprise entre 1 g et 1,40 g/l).

2. Il n'y a pas lieu, chez un sujet sans facteur de risques et/ou sans perturbations constatées de la glycémie, d'effectuer un dosage de l'hémoglobine glycosylée dans un but de dépistage.

3. Il n'y a pas lieu de prescrire une hyperglycémie provoquée orale quand la glycémie à jeun est > à 1,40g/l.

4. Il n'y a pas lieu de prescrire une hyperglycémie provoquée orale chez la personne de plus de 70 ans, quel que soit le chiffre de la glycémie.

5. Il n'y a pas lieu de prescrire une hyperglycémie provoquée orale comme examen de surveillance d'un diabétique.

6. Il n'y a pas lieu de doser l'hémoglobine glycosylée plus d'une fois tous les 3 mois dans la surveillance d'un patient atteint de D.N.I.D.

7. Il n'y a pas lieu, car contre-indiqué par l'Autorisation de Mise sur le Marché, de prescrire de la Metformine, sans avoir vérifié la fonction rénale au préalable, sans surveillance régulière de la créatinine sérique.

8. Il n'y a pas lieu, car contre-indiqué par l'Autorisation de Mise sur le Marché, de prescrire de la Metformine en cas d'insuffisance rénale, d'insuffisance cardiaque ou respiratoire, d'infarctus du myocarde récent.

9. Il n'y a pas lieu, car contre-indiqué par l'Autorisation de Mise sur le Marché, chez le sujet de plus de 70 ans, de commencer un traitement par les sulfamides hypoglycémiants, sans réduire les posologies initiales et sans utiliser des sulfamides à 1/2 vie courte.

THEME N° X:

SURVEILLANCE ECHOGRAPHIQUE AU COURS DE LA GROSSESSE NORMALE

REFERENCE STANDARD RETENUE PAR LE COMITE MEDICAL PARITAIRE NATIONAL POUR L'ELABORATION DE CRITERES D'OPPOSABILITE

(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 3 échographies ne sont pas indispensables).

Il n'y a pas lieu de demander ou de pratiquer (4) plus de 3 échographies dans la surveillance d'une grossesse normale, c'est-à-dire hors grossesse à risque et hors grossesse pathologique.

---

4 pour ce thème, le verbe pratiquer ne recouvre que les auto-prescriptions

THEME N° XII:

ENDOSCOPIES DIGESTIVES

REFERENCES STANDARD RETENUES PAR LE COMITE MEDICAL PARITAIRE NATIONAL POUR L'ELABORATION DE CRITERES D'OPPOSABILITE

1. Il n'y a pas lieu en dehors des cas très particuliers où il existe une contre-indication à l'endoscopie haute, où il existe une orientation clinique vers une sténose oesophagienne, ou vers un diverticule oesophagien, d'effectuer en première intention, un transit oeso-gastro-duodénal avant une endoscopie haute.

2. Il n'y a pas lieu, devant un ulcère duodénal devenu asymptomatique après le traitement d'attaque, et hormis les cas particuliers que sont l'ulcère compliqué, la nécessité de reprendre ou de poursuivre un traitement par AINS, corticoïdes, anticoagulants, d'effectuer une endoscopie pour contrôler la cicatrisation (*).

3. Il n'y a pas lieu, devant un reflux gastro-oesophagien sans oeso-phagite, ou avec oesophagite stade I, dont la symptomatologie a bien répondu au traitement, d'effectuer une endoscopie de contrôle.

* Au contraire de l'ulcère gastrique qui lui nécessite un contrôle endoscopique de la cicatrisation

THEME N° XIV:

PRESCRIPTION DU DOSAGE DES HORMONES THYROIDIENNES CHEZ L'ADULTE

REFERENCES STANDARD RETENUES PAR LE COMITE MEDICAL PARITAIRE NATIONAL POUR L'ELABORATION DE CRITERES D'OPPOSABILITE

1. Il n'y a pas lieu de prescrire un dosage des hormones thyroïdiennes 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.

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 2 fois par an.

THEME N° XV:

PRISE EN CHARGE DE L'HTA ESSENTIELLE LEGERE, NON COMPLIQUEE

REFERENCES STANDARD RETENUES PAR LE COMITE MEDICAL PARITAIRE NATIONAL POUR L'ELABORATION DE CRITERES D'OPPOSABILITE

1. Il n'y a pas lieu devant une HTA légère (140 à 180 mmHg pour la systolique et/ou 90 à 105 mmHg pour la diastolique) non compliquée, en l'absence de signes d'orientation clinique ou biologique vers une HTA secondaire, de faire en première intention, des explorations radiologiques, ultrasoniques, endocriniennes ou isotopiques à visée étiologique.

2. Il n'y a pas lieu d'instituer un traitement médicamenteux antihypertenseur avant de s'être assuré de la permanence d'une HTA légère, non compliquée, telle que définie ci-dessus à au moins 3 consultations espacées sur une période d'au moins 2 mois.

3. Il n'y a pas lieu de commencer un traitement antihypertenseur par plus d'un seul médicament, dans une HTA légère non compliquée, telle que définie ci-dessus.

4. Il n'y a pas lieu, dans une HTA légère, non compliquée telle que définie ci-dessus, quand le contrôle de l'HTA est satisfaisant, de répéter à titre systématique l'ECG plus d'une fois par an, sauf en cas de symptomatologie nouvelle.

5. Il n'y a pas lieu quand le contrôle d'une HTA est satisfaisant et quand il n'y a pas d'HVG avérée, ou de pathologie cardiaque associée, d'effectuer des échocardiogrammes.

THEME N° XVI:

PRISE EN CHARGE DES HYPERCHOLESTEROLEMIES (HC) CHEZ L'ADULTE

REFERENCES STANDARD RETENUES PAR LE COMITE MEDICAL PARITAIRE NATIONAL POUR L'ELABORATION DE CRITERES D'OPPOSABILITE

En l'absence de pathologie pouvant interférer avec les lipides, ou d'augmentation du poids

1. Il n'y a pas lieu, chez un patient jeune (homme < 50 ans, femme < 60 ans), sans facteurs de risque (5) et dont les résultats d'une première mesure, après 12 heures de jeûne du cholestérol et des triglycérides, sont normaux, de répéter ce dosage (6) avant 5 ans.

2. Il n'y a pas lieu, chez un homme après 50 ans, sans facteurs de risque et dont les résultats d'une première mesure, après 12 heures de jeûne du cholestérol et des triglycérides, sont normaux, de répéter ce dosage (6) avant 3 ans.

3. Il n'y a pas lieu, chez une femme après 60 ans, sans facteurs de risque et dont les résultats d'une première mesure, après 12 heures de jeûne du cholestérol et des triglycérides, sont normaux, de répéter ce dosage (6) 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 6 mois, une fois les objectifs atteints et stabilisés.

Médicaments hypolipidémiants

5. Il n'y a pas lieu d'associer plusieurs molécules ayant les mêmes propriétés.

6. Il n'y a pas lieu de prescrire des statines dans une hypertriglycéridémie endogène pure.

5 Facteurs de risque signes évocateurs de maladie artérielle - HTA notamment - sexe masculin, 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 de la fratrie - antécédents familiaux de troubles lipidiques, dépôts lipidiques superficiels - xanthèmes tendineux ou cutanés, xanthélasma, hyperuricémie.

6 dosage mesure à jeun après 12 heures de jeûne, du cholestérol total et des triglycérides.

THEME N° XVII:

PRESCRIPTION DU DOSAGE DU MAGNESIUM SERIQUE OU GLOBULAIRE

REFERENCES STANDARD RETENUES PAR LE COMITE MEDICAL PARITAIRE NATIONAL POUR L'ELABORATION DE CRITERES D'OPPOSABILITE

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 aigüe, de brûlures étendues...

2. Il n'y a pas lieu de doser le magnésium sérique ou globulaire en cas de spasmophilie ou de symptomatologie clinique associant fatigabilité, hyperexcitabilité neuro-musculaire et anxiété.

THEME N° XX:

LES EXAMENS PREOPERATOIRES

REFERENCES STANDARD RETENUES PAR LE COMITE MEDICAL PARITAIRE NATIONAL POUR L'ELABORATION DE CRITERES D'OPPOSABILITE

Dans le cadre de la chirurgie courante (7), 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 risques, de prise de médicaments pouvant interférer avec l'anesthésie et/ou l'acte chirurgical, d'anomalies de l'examen clinique

1. Il n'y a pas lieu de faire un ECG avant l'âge de 40 ans chez l'homme.
2. Il n'y a pas lieu de faire un ECG avant l'âge de 50 ans chez la femme.
3. Il n'y a pas lieu de faire une radiographie thoracique.
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 transaminases et des tests hépatiques.

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 3 mois précédents.

7 Sont exclues de ce cadre les interventions de chirurgie lourde telles que neurochirurgie, chirurgie cardiaque et pulmonaire, chirurgie artérielle, chirurgie carcinologique (ORL, digestive, urologique), chirurgie hépâto-biliaire, orthopédie lourde (prothèse totale, scoliose), polytraumatisme, chirurgie urologique de remplacement ou de reconstruction.

THEME N° XXII:

MAMMOGRAPHIE DANS LE DEPISTAGE INDIVIDUEL DU CANCER DU SEIN

REFERENCES STANDARD RETENUES PAR LE COMITE MEDICAL PARITAIRE NATIONAL POUR L'ELABORATION DE CRITERES D'OPPOSABILITE

Le dépistage individuel concerne des femmes asymptomatiques, c'est-à-dire dont l'examen clinique est normal sans pathologie bénigne du sein connue et suivie, sans antécédents familiaux de cancer du sein (principal facteur de risque).

1. Il n'y a pas lieu, en l'absence d'orientation fournie par la mammographie, d'associer à celle-ci une échographie systématique.

2. Il n'y a pas lieu, en présence de facteurs de risque, de répéter une mammographie qui s'est révélée normale, plus d'une fois l'an.

THEME N° XXIII:

PRESCRIPTION DES ANTI-ULCEREUX (8)

REFERENCES STANDARD RETENUES PAR LE COMITE MEDICAL PARITAIRE NATIONAL POUR L'ELABORATION DE CRITERES D'OPPOSABILITE

1. Il n'y a pas lieu d'associer ou de prescrire simultanément deux anti-ulcéreux.

2. Il n'y a pas lieu, dans l'ulcère duodénal, de prolonger le traitement à doses d'attaque, plus de 6 semaines, sauf en cas de persistance des symptômes.

3. Il n'y a pas lieu de prescrire des anti-ulcéreux dans les gastrites chroniques.

8 Anti-ulcéreux : ce vocable recouvre les différentes classes d'anti-ulcéreux, à l'exclusion des anti-acides

III
CRITERES D'OPPOSABILITE DES REFERENCES MEDICALES OPPOSABLES

1°/Principes

L'objectif primordial de ce système de maîtrise médicalisée vise à modifier les comportements dans le sens de la qualité.

Les parties signataires entendent privilégier pour la mise en oeuvre des critères d'opposabilité des références médicales une démarche pédagogique qui s'appuiera notamment sur une large diffusion des références et sur des campagnes d'information auprès des médecins et des assurés.

En application de l'article 20 de la Convention, il appartient aux CMPL, et, le cas échéant, au CMPN, de vérifier la bonne application des références médicales à partir des critères d'opposabilité définis au présent avenant.

Les parties signataires sont conscientes que les conditions d'opposabilité et de sanction d'un dispositif de références médicales opposables, qui constitue une innovation profonde dans le système de santé, devront être réexaminées et, le cas échéant, ajustées pour tenir compte de l'expérience acquise au cours d'une première année d'application.

Dans cet esprit, elles procèderont à un bilan en deux étapes dont l'une sera réalisée à l'issue du premier semestre, et l'autre à la fin de l'année 1994.

Elles considèrent par ailleurs qu'un suivi efficace du dispositif des références médicales opposables doit être mis en place le plus rapidement possible, impliquant à la fois les professionnels et les caisses.

Dans l'attente du codage prévu par la loi du 4 janvier 1993, les praticiens s'engagent ainsi à signaler sur les imprimés de facturation et sur les ordonnances que l'acte et/ou la prescription effectué(e) (s) s'inscrit(vent) ou non dans la liste des références dressée par les parties signataires dans l'annexe II du présent avenant. Pour cela, ils portent pour l'acte et pour chacune des prescriptions effectuées l'une des mentions suivantes :

R : acte ou prescription entrant dans le champ d'application d'une référence (et/ou d'un thème précis)
HR : hors application des RMO

Dès lors que l'acte et/ou la prescription est (sont) réalisé (e) (s) dans le champ d'application d'une référence ou d'un thème précis (R), le praticien précise également au moyen d'une indication complémentaire si cet acte ou cette prescription est en relation avec :

B : la biologie
E : une endoscopie, un E.C.G., un E.M.G., un E.E.G.
T : une thérapeutique médicamenteuse
X : une imagerie médicale

Exemple :

R X : signifie qu'une prescription d'imagerie médicale a été effectuée dans le champ concerné par une référence

2°/Les critères d'opposabilité

Ces critères sont au nombre de trois :

a) l'observation de la pratique habituelle du praticien concerné sur une période d'une durée de 2 mois pour l'ensemble des références ; le service médical devra fournir au CMPL les dates de

point de départ et de fin de la période d'observation d'un médecin, le nombre de dossiers examinés par référence, ainsi que les raisons de son choix (utilisation des données dont dispose le service médical, enquête aléatoire...)

b) la constatation d'un nombre minimum de cas de non respect d'une ou plusieurs références médicales.

Ce nombre minimum varie en fonction de l'indice de gravité médicale et/ou d'inutilité médicale de la référence concernée :

- L'indice de gravité médicale 1,5 : correspond à des prescriptions à risque iatrogène pour lesquelles le nombre de cas de non respect ne saurait excéder deux.

- L'indice de gravité médicale 1 : correspond à des actes ou des prescriptions dont l'indication médicale n'est pas observée et pour lesquels le nombre de cas de non respect ne saurait excéder huit.

- L'indice de gravité médicale 0,5 : correspond à des actes inutiles (bilan ou surveillance excessifs) et pour lesquels le nombre de cas de non respect ne saurait excéder douze.

c) L'importance numérique des anomalies décelées par référence au cours de la période d'observation définie au présent article :

- Indice d'importance numérique 0,5 : les anomalies sont rares, c'est-à-dire inférieures ou égales au double des nombres correspondant aux 3 indices de gravité définis au 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 3 indices de gravité définis au b),

- Indice d'importance numérique 1,5 : les anomalies sont très fréquentes, c'est-à-dire supérieures au triple des nombres correspondant aux 3 indices de gravité définis au b).

3°/L'examen par le CMPL et le prononcé éventuel de sanctions

Au vu des critères d'opposabilité définis ci-dessus le Comité Médical Paritaire Local est saisi, et le praticien concerné en est simultanément informé.

Le Comité Médical Paritaire Local instruit le dossier, vérifie notamment le respect de la durée d'observation définie ci-dessus, apprécie la pratique habituelle du praticien concerné et constate ou non l'existence et le coût de l'anomalie, ainsi que sa gravité appréciée médicalement.

En cas de non respect d'une ou plusieurs références, il estime le montant 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 à un montant équivalent s'il exerce dans le secteur à honoraires non opposables.

Conformément à l'article 14 § 5 de la convention, la retenue financière calculée par le CMPL selon les barèmes figurant en annexe III tient compte de l'indice de gravité ou d'inutilité médicale, de l'importance numérique des cas de non-respect de la référence et de son incidence financière.

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 : 1 mois de cotisations sociales x indice de gravité médicale x indice d'importance numérique x indice d'incidence financière

Exemple :

non respect très fréquent (indice 1,5) d'une référence médicale de gravité 1 (non observation de l'indication médicale) à incidence financière peu onéreuse (indice 1) = 1 mois x 1,5 x 1 x 1 = soit 1 mois et demi.

Le CMPL peut, lors d'un premier constat de non-respect, proposer le sursis de toute retenue financière ainsi calculée et inférieure à un mois. Pour un praticien ayant bénéficié d'une mesure de sursis, le non-respect d'une ou de plusieurs références médicales afférentes au ou aux thèmes concernés par cette précédente mesure entraîne en sus de la nouvelle sanction l'application de la retenue ayant donné lieu à sursis.

Dans le cadre du présent avenant et pour la première année d'application, la retenue financière ne pourra excéder un trimestre de cotisations par période d'observation toutes RMO confondues.

4°/ Les indices de gravité ou d'inutilité médicale et incidence financière des références

Thème	Référence	Indice de gravité ou d'inutilité médicale	Incidence financière
I -	1	1,5	1
II -	1	1	1,25
II -	2	1	1,25
II -	3	1	1,25
II -	4	1	1
II -	5	1	1
III -	1	1	1,5
III -	2	1	1,5
VI -	1	0,5	1
VI -	2	0,5	1
VI -	3	0,5	1
VI -	4	0,5	1,25
VI -	5	0,5	1,25
VI -	6	0,5	1,25
VI -	7	0,5	1,25
VI -	8	0,5	1,25
VI -	9	0,5	1
VI -	10	0,5	1,25
VI -	11	0,5	1,25
VI -	12	0,5	1
VII -	1	0,5	1,25
IX -	1	1	1,5
IX -	2	1	1,25
IX -	3	1	1
IX -	4	1	1
IX -	5	1	1
IX -	6	0,5	1,25
IX -	7	1,5	1
IX -	8	1,5	1
IX -	9	1,5	1
X -	1	0,5	1,25

Thème	Référence	Indice de gravité ou d'inutilité médicale	Incidence financière
XII -	1	1	1,5
XII -	2	1	1,5
XII -	3	1	1,5
XIV -	1	1	1,25
XIV -	2	1	1,25
XIV -	3	1	1,25
XIV -	4	0,5	1,25
V -	1	1	1,25
XV -	2	1	1,5
XV -	3	1	1
XV -	4	0,5	1,25
XV -	5	1	1,5
XVI -	1	0,5	1
XVI -	2	0,5	1
XVI -	3	0,5	1
XVI -	4	0,5	1
XVI -	5	1	1,25
XVI -	6	1	1,25
XVII -	1	1	1
XVII -	2	1	1
XX -	1	0,5	1,25
XX -	2	0,5	1,25
XX -	3	0,5	1
XX -	4	1	1
XX -	5	0,5	1
XX -	6	0,5	1
XX -	7	0,5	1
XX -	8	1	1,25
XX -	9	1	1,25
XXII -	1	1	1,25
XXII -	2	1	1,25
XXIII -	1	1	1,25
XXIII -	2	0,5	1,25
XXIII -	3	0,5	1,25

Fait à Paris, le

L'Organisation syndicale représentative des médecins généralistes

La Confédération des Syndicats Médicaux Français

Docteur MAFFIOLI

Les Organisations syndicales représentatives des médecins spécialistes

Le Syndicat des Médecins Libéraux

Docteur CABRERA

La Confédération des Syndicats Médicaux Français

Docteur MAFFIOLI

Les Caisses Nationales d'Assurance Maladie

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

Monsieur MALLET

La Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole

Monsieur AMIS

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie et Maternité des Travailleurs Non Salariés des Professions Non Agricoles

Monsieur RAVOUX

Annexe III.

Convention Nationale des médecins généralistes. 4 décembre 1998.

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 mala-

die 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 n° 7 relative à la ferritine sous le thème n° 6 : « Bilans biologiques systématiques » ;
– toutes les références inscrites sous le thème n° 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 MÉDECINS GÉNÉRALISTES

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 :

PRÉAMBULE DE LA CONVENTION GÉNÉRALISTE

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 l libre choix des patients en leur ouvrant un accès aux soins fondé su la continuité des soins et leur participation active, au même titre qu les médecins à une démarche qualité. C'est pourquoi ils définissen par la présente convention le contenu d'une option de continuité de 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 e 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 malade 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 œuvre 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 œuvre 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 n° 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 adhérant 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 œuvre 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'efficience 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 œuvre 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 œuvre 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 œuvre 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 (2°, *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.

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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
1	1	1
2	1	1
3	0,5	1,25

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 fibrate, 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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
1	1	1,25
2	1	1,25
3	1,5	1,25
4	0,5	1,25
6	1	1,25
7	1	1,25

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 récidive 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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
1	0,5	1,25
2	0,5	1,25
3	0,5	1,25
4	0,5	1,25

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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
1	0,5	1,25
2	0,5	1,25
4	1	1,25
6	1,5	1,25

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 × indice de gravité médicale × indice d'importance numérique × 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 (11°) 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 œuvre 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 ordinale 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 œuvre 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 œuvre de la télétransmission des feuilles de soins, un dispositif transitoire de gestion de la dispense d'avance des frais papier est mis en œuvre 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 œuvre 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 œuvre 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 œuvre 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 13° 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 agrée 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 agrée 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 ne membres :

Trois médecins généralistes désignés par la conférence pe manente de médecine générale ;

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

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

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

Les conseils scientifiques procèdent notamment à la validati scientifique et pédagogique des projets de formation et de leur év luation, et émettent un avis sur l'agrément des organismes de form tion.

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

Article 6-5

Agrément des organismes de formation

Les organismes de formation de médecins généralistes qui sou haitent participer aux actions de formation professionnelle conve tionnelle déposent leur dossier de demande d'agrément auprès d CPN-FPC dans le cas d'organismes à champ d'action national, auprès des CPR-FPC pour les organismes à champ d'action régiona ou départemental.

Ce dossier comporte notamment les éléments permettant d'appr cier l'ancienneté, la compétence et l'aptitude de l'organisme candi dat à mettre en œuvre les actions de formation professionnell conventionnelle ainsi que leur évaluation.

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

L'agrément est accordé par le CPN-FPC ou le CPR-FPC sur avi 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'articl L. 162-5-2, le montant de la contribution annuelle affectée à la for mation professionnelle conventionnelle, pour la période courant d 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 présent convention au 30 juin 1999, ce montant est fixé à 30 millions d francs.

Cette contribution est versée à l'OGC suivant les modalités préci sées 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 chaqu année le montant de la contribution aux actions de formation profes sionnelle conventionnelle concernant les médecins généralistes au niveau national et au niveau régional, compte tenu notamment de l 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 13° 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 œuvre toutes mesures destinées à améliorer la qualité et l'efficience 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 (2°) 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 (1) ;
– 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 ;

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

- 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 influer 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 œuvre 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 (11°) 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 (11°) 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 œuvre 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 œuvre 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 œuvre 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 (1), 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.

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

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 œuvre 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 la 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 (1), 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 :

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

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-tenue 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.

Article 8-7

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 œuvre de ces actions ; elle met en œuvre, le cas échéant, les actions prioritaires types fixées par la CCPN.

Elle organise avant la mise en œuvre 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 œuvre 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 (1), 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-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 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 œuvre 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.

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

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

ANNEXE I

RÉFÉRENCES MÉDICALES OPPOSABLES GÉNÉRALISTES. – 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-duodénal, 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 intramusculaire (**) 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 antiagrégeante 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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
1	1	1
2	1	1
4	1	1
5	1,5	1
6	1,5	1
7	1	1
8	1	1
9	1,5	1
10	1,5	1
11	1	1

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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
1	1	1,25
2	1	1,25
3	1	1,25
4	1	1
5	1	1

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 paracliniques 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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
1	0,5	1,5
2	0,5	1,5

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 débuter 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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
1	1	1
2	1	1
3	1	1
4	1	1

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 fœtale.

Indice médical et incidence financière de la référence du thème 5

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
3	0,5	1

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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
2	0,5	1
4	0,5	1,25
5	0,5	1,25
6	0,5	1,25
7	0,5	1,25
8	0,5	1
9	0,5	1,25
10	0,5	1,25
11	0,5	1

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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
1	0,5	1
2	0,5	1

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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
1	0,5	1,5
2	0,5	1,25
3	0,5	1
4	0,5	1
5	0,5	1,25
6	1,5	1
7	1,5	1
8	1,5	1
9	1,5	1
10	1	1

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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
1	0,5	1,25

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 œuvre 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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
4	0,5	1,5

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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
1	0,5	1,25
2	0,5	1,25
3	0,5	1,25
4	0,5	1,25

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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
1	0,5	1,25
2	1	1,5
3	1	1
4	0,5	1,25
5	0,5	1,5
6	0,5	1
7	0,5	1,25

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) :

CATÉGORIE DE PATIENTS ayant une élévation du LDL cholestérol	VALEUR d'instauration du traitement diététique	VALEUR cible	VALEUR D'INSTAURATION du traitement médicamenteux	VALEUR cible
Prévention primaire des hommes de moins de 45 ans ou femmes non ménopausées n'ayant aucun autre facteur de risque.	≥ 2,20 (5,7) (++)	< 1,60 (4,1)	Pas d'indication en première intention	
Prévention primaire des hommes de moins de 45 ans ou femmes non ménopausées n'ayant aucun autre facteur de risque après échec de la diététique.			≥ 2,20 (5,7) (++) malgré une diététique suivie pendant 6 mois	< 1,60 (4,1)
Prévention primaire des sujets ayant un autre facteur de risque.	≥ 1,60 (4,1)	< 1,60 (4,1)	≥ 1,90 (4,9)	< 1,60 (4,1)
Prévention primaire des sujets ayant au moins deux autres facteurs de risque.	≥ 1,30 (3,4)	< 1,30 (3,4)	≥ 1,60 (4,1)	< 1,30 (3,4)
Prévention secondaire des sujets ayant une maladie coronaire patente.	≥ 1,30 (3,4)	≤ 1,00 (2,6)	≥ 1,30 (3,4) malgré une diététique suivie pendant 3 mois	< 1,00 (2,6)

(*) 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 × Tg) ;

2. Valeurs molaires : LDL Chol = Chol total – (HDL Chol + 0,37 × 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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
1	0,5	1
2	0,5	1
3	0,5	1
4	0,5	1
5	0,5	1

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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
1	0,5	1

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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
1	0,5	1,25
2	0,5	1,25
3	0,5	1,25
4	0,5	1,25
5	0,5	1,25
6	0,5	1,25

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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
4	0,5	1
5	0,5	1
6	0,5	1
7	0,5	1
8	0,5	1,25
9	0,5	1,25

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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
1	0,5	1,25
2	0,5	1,25
3	0,5	1,25
4	0,5	1,25

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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
2	0,5	1,25

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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
1	0,5	1

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 préopératoire.
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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
1	1	1

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 nævus.

Indice médical et incidence financière des références du thème 28

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
1	0,5	1
2	0,5	1

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 débuter un traitement de l'acné par isotrétinoïne, sans avoir vérifié qu'il n'y a pas de grossesse en cours par un test qualificatif 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 qualificatif 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-
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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
2	1,5	1,25
3	1,5	1
4	1,5	1
5	1,5	1
6	0,5	1
7	1,5	1,25
8	1,5	1
9	1,5	1,25

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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
1	1	1
2	1	1
3	1	1

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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
3	0,5	1

38. Indications des explorations dans le diagnostic et le suivi du reflux gastro-œsophagien (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 œsophagien 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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
1	0,5	1,25
2	0,5	1,25
3	0,5	1,25

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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
1	0,5	1
2	0,5	1

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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
1	1,5	1,5
4	1	1,25
5	1	1

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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
1	0,5	1,25
2	0,5	1,25

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 lymphœdème 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 pharmaco-thérapeutiques citées dans le Vidal.

Indice médical et incidence financière des références du thème 46

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
2	0,5	1
3	0,5	1
4	0,5	1

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.

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 β 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 μ3 avant 2 ans, < 73 μ3 entre 2 et 6 ans, < 80 μ3 entre 6 et 14 ans et chez l'adulte).

Indice médical et incidence financière des références du thème 52

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
1	0,5	1
2	0,5	1
3	0,5	1
4	0,5	1
5	1	1
6	0,5	1

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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
1	0,5	1,25
2	0,5	1,25
3	0,5	1,25
4	0,5	1,25
5	0,5	1,25
6	0,5	1,25
7	0,5	1,25
8	0,5	1,25

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 PaO_2 supérieure à 60 mmHg, ou une saturation en O_2 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 PaO_2 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 cœur 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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
4	0,5	1,5
5	0,5	1,25

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 méniscectomie 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 dérobements 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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
1	0,5	1,25
2	0,5	1,25
3	0,5	1,25
4	0,5	1,25
5	0,5	1,25
6	0,5	1,25
7	0,5	1,25

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 œuvre entre chaque examen une procédure de désinfection conforme aux normes édictées.

(**) Haut risque : antécédent familial au premier degré (mère, père, frère, sœur) de cancer colo-rectal.

(***) Opacification radiologique ou endoscopie digestive basse.

Indice médical et incidence financière des références du thème 60

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
1	0,5	1,5
2	0,5	1,5
3	0,5	1,5
4	0,5	1,5
5	0,5	1,5

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 manœuvre 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'examinateur.

Indice médical et incidence financière des références du thème 61

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
1	0,5	1,25
2	0,5	1,25
3	0,5	1,25

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 cytoponction, 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

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
1	0,5	1,25
2	0,5	1,25
3	0,5	1,25
4	0,5	1,25

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.

Indice médical et incidence financière des références du thème 63

RÉFÉRENCE	INDICE MÉDICAL	INCIDENCE financière
1	1,5	1,5
2	1,5	1,5
3	1	1,5
4	1	1,25

ANNEXE II

CHARTE DE QUALITÉ DU MÉDECIN RÉFÉRENT

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 adhérant à l'opition 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 élaboré, 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 œuvre 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 À LA CONVENTION NATIONALE LIANT LES CAISSES NATIONALES ET LES ORGANISATIONS DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Article unique

Tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires

Les tarifs sont fixés comme suit :

ACTES	DÉPARTEMENTS		
	Métropolitains (en francs)	Antilles-Guyane (en francs)	Réunion (en francs)
Consultation au cabinet : C	115,00	126,50	138,00
Visite au domicile du malade : V	110,00	121,00	132,00
Forfait d'accouchement :			
– simple	1 160,00	1 160,00	1 160,00
– gémellaire	1 220,00	1 220,00	1 220,00
Forfait thermal	420,00	420,00	420,00
Lettre-clé KC (actes de chirurgie et de spécialité)	13,70	13,70	13,70
Lettre-clé KE (actes d'écho, de doppler)	12,60	12,60	12,60
Lettre-clé K (autres actes de spécialité)	12,60	12,60	12,60
Lettre-clé SPM (1) :			
– SCM (soins conservateurs médecins)	15,20	15,20	15,20
– ORT (orthodontie)	14,10	14,10	14,10
– PRO (prothèses)	14,10	14,10	14,10
Lettre-clé Z :			
– Z3	8,70	8,70	8,70
Lettre-clé ZN (actes médecine nucléaire)	10,95	10,95	10,95
Lettre-clé PRA	2,90	2,90	2,90
Valeur de la majoration de dimanche (2)	125,00	125,00	125,00
Valeur de la majoration de nuit	165,00	165,00	165,00
Valeur de la majoration d'urgence	125,00	125,00	125,00
Valeur de l'indemnité kilométrique :			
– plaine	4,00	4,40	4,80
– montagne et haute montagne	6,00	6,60	7,20
– à pied ou à skis	30,00	33,00	36,00
Valeur de l'indemnité de déplacement :			
– agglomération de Paris, Lyon, Marseille (3)	35,00		
– autres agglomérations ou communes non agglomérées	25,00	27,50	30,00

(1) En application de l'arrêté du 26 avril 1995 portant éclatement de la lettre-clé SPM.
(2) La majoration s'applique à partir du samedi midi pour la visite.
(3) Les agglomérations correspondent à celles définies par l'INSEE dans son dernier recensement.

Décret n° 98-1070 du 27 novembre 1998 relatif aux modalités de cumul de certains minima sociaux avec des revenus d'activité (rectificatif)

NOR : *MESS9823643Z*

Rectificatif au *Journal officiel* du 28 novembre 1998, page 17953 :

1° 1re colonne, article 5, deuxième ligne, au lieu de : « ... cinq alinéas... », lire : « ... six alinéas... » ;

2° Deuxième colonne, 12e et 13e ligne :

Au lieu de :

« ... précédent. Il en va de même lors de chacune des trois révisions trimestrielles ultérieures. »,

Lire :

« ... précédent pour tenir compte des situations où le cumul intégral antérieur n'a pas atteint trois mois.

« Ces revenus sont ensuite affectés d'un abattement de 50 % pour la liquidation de l'allocation des trois trimestres de droit suivant la deuxième révision trimestrielle. » ;

3° Deuxième colonne, 16e et 17e ligne :

Au lieu de :

« ... l'abattement mentionné à l'alinéa précédent demeure... »,

Lire :

« ... le préfet peut décider le maintien de l'abattement en faveur de bénéficiaires dont la situation au regard de leur parcours d'insertion le nécessite. L'abattement est alors... » ;

4° Deuxième colonne, de la 19e ligne à la 27e ligne :

Au lieu de :

« ... 750 heures, si l'intéressé est titulaire d'un contrat d'insertion ou justifie être engagé dans un parcours d'insertion professionnelle.

Annexe IV.

Fiche de suivi des médecins au niveau du Service Médical.

QUESTIONNAIRE

SUIVI RMO 2 mois

Docteur.....

Nom **N° dossier** |__|__|__|

NIR |__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|__| |__|__|

Acte ou PM du |__|__| |__|__| |__|__|

Dossier examiné **sur pièce** |__| **sur personne** |__|

Numéro thème	Numéro référence	Référence à étudier	AVIS R = référence respectée ou hors champ référence NR = non respect de la référence

NB : - En cas de non respect une observation détaillée doit être rédigée au dos du questionnaire. La pièce correspondante doit être conservée.

- En cas d'avis "R" motiver succintement la position.

BILAN D'ETAPE

Numéro thème	Numéro référence	Seuil conventionnel	Nombre UR			Total UR	Référence utile
			RG	MSA	PI		
I	1	2					
II	1 2 3 4 5	8					
III	1 2	8					
VI	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	12					
VII		12					
- - - - - - - - - - - - - - - -	- - -						

TABLEAU de BORD

Docteur .....

Ce tableau ne concerne que les références désignées "utiles" lors du bilan d'étape

Numéro thème	Numéro référence	Seuil Conven-tionnel	Nombre UR RG	Nombre NR RG	Nombre UR PI+MSA	Poursuite recueil information médicale

Poursuite recueil information médicale :

oui= nombre non respect RG+nombre UR PI+MSA > seuil conventionnel
non = nombre non respect RG+ nombre UR PI+MAS $\leq$ seuil conventionnel

CANEVAS DOSSIER CMPL

1 : Nom, adresse et spécialité du médecin

2 : Raison du choix

3 : Période d'observation du |__|__| |__|__| |__|__| au |__|__| |__|__| |__|__|

4 :Tableau renseigné à partir du bilan d'étape et des questionnaires
(concerne donc toutes les références pour lesquelles au moins une UR a été repérée)

Numéro thème	Numéro référence	Nombre UR RG+PI+MSA	Seuil Conventionnel	Nombre R	Nombre NR

5 : Pour chaque cas de non respect :
- l'archive correspondante
- le questionnaire et l'argumentation médicale la plus solide possible

6 : Pour chaque référence où le nombre de cas de non respect dépasse le seuil conventionnel, rechercher un éventuel systématisme.

SYNTHESE DE L'AESP
Régime Général

1 : Nom, adresse et spécialité du médecin :

2 : Mode de ciblage :

3 : Période d'observation du |__|__| |__|__| |__|__| au |__|__| |__|__| |__|__|

4 : Nombre PM ou actes transmis : PH :
B :
K :
Z :

5 : Nombre total d'UR repérées :

6 : Nombre de patients (= nombre questionnaires) :

7 : Nombre de patients examinés :

Numéro thème	Numéro référence	Nombre UR	Nombre R	Nombre NR

Ce tableau concerne toutes les références pour lesquelles le SM a repéré au moins une unité de recherche.

8 : Commentaires éventuels :

SUIVI DOCTEUR .....

N° dossier |__|__|__|

Nom
NIR |__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|__| |__|__|__|

Acte ou PM du |__|__| |__|__| |__|__|
Dossier examiné sur pièce |__|
sur personne|__|

Numéro thème	Numéro référence	Avis MC avant échange confraternel (1)	Avis MC après échange confraternel (2)

(1) Avis médecin conseil avant l'échange confraternel
HR : hors champ référence
R : respect de la référence
NR : non respect de la référence
I : information insuffisante pour décision.

(2) Avis médecin conseil après l'échange confraternel
HR : hors champ référence
R : respect de la référence
NR : non respect de la référence
NRN : non respect de la référence, non reconnu par le médecin libéral.

NB : Si avant l'échange confraternel l'avis du médecin conseil est "non respect de la référence" ou "information insuffisante", argumentation et/ou questions à poser sont à formuler au dos de la grille.

TABLEAU DE SYNTHESE
(faisant office de rapport d'AESP)

Nom et spécialité du médecin		
Méthode de ciblage du médecin		
Mode de sélection administrative des dossiers		
Durée du suivi en journées de liquidation		
Nombre de PM ou actes transmis	. PH . B . K . Z	
Nombre total d'unités de recherche (UR)		
Nombre total des patients concernés par au moins une UR		
Nombre d'UR évoquées avec le médecin	pour non respect	
	pour information insuffisante	

Après avoir renseigné le tableau figurant à la page suivante commentaires éventuels :

Numéro thème	Numéro référence	Nombre UR	Nombre R	Nombre NR + NRN	Nombre NR + NRN calculé par extrapolation sur 2 mois de liquidation totale (RG+mutuelles + autres régimes)

MODELE DE LETTRE POUR CONFIRMER UN ECHANGE CONFRATERNEL DE SUIVI 10 JOURS

Mon cher confrère,

Je vous remercie pour l'accueil que vous avez bien voulu me réserver le .....

Il s'agissait d'un échange confraternel qui faisait suite à un examen de votre activité dans le cadre des références médicales opposables.

On peut rappeler ici éventuellement les points forts de l'entretien...

Au-delà des contraintes engendrées pour vous par cette étude, je suis persuadé que vous adhérez pleinement à cette démarche de Maîtrise Médicalisée de l'Evolution des Dépenses de Santé qui passe par la nécessité d'appliquer des références médicales.

Je reste à votre disposition pour évoquer toute difficulté nouvelle que vous pourriez rencontrer dans l'application du dispositif conventionnel et vous prie de croire à l'expression de mes sentiments confraternels les meilleurs.

Docteur
Médecin-conseil chef

N.B. : Sauf dans le cas où l'importance des anomalies, l'extrapolation, le déroulé de l'entretien ont fait programmer un suivi sur 2 mois pour présentation au CMPL, il n'y a aucune raison d'indisposer le médecin en lui laissant entendre qu'il risque d'y avoir un suivi.

Annexe V.

Tableau I

Les médecins étudiés
Répartition des observations
en cours et terminées - par région
Pourcentage

		GENERALISTES					SPECIALISTES				
REGIONS	Total Général (G+S)	Total Généralistes	observations en cours	%	observations terminées	%	Total Spécialistes	observations en cours	%	observations terminées	%
BORDEAUX	81	62	16	*26%*	46	*74%*	19	4	*21%*	15	*79%*
CLERMONT - FD	3	0	0		0		3	0		3	
DIJON	36	32	11	*34%*	21	*66%*	4	2	*50%*	2	*50%*
LILLE	459	418	168	*40%*	250	*60%*	41	10	*24%*	31	*76%*
LIMOGES	86	65	13	*20%*	52	*80%*	21	11	*52%*	10	*48%*
LYON	108	76	8	*11%*	68	*89%*	32	6	*19%*	26	*81%*
MARSEILLE	85	75	30	*40%*	45	*60%*	10	7	*70%*	3	*30%*
MONTPELLIER	7	5	4	*80%*	1	*20%*	2	2	*100%*	0	*0%*
NANCY	105	86	34	*40%*	52	*60%*	19	9	*47%*	10	*53%*
NANTES	127	117	24	*21%*	93	*79%*	10	1	*10%*	9	*90%*
ORLEANS	122	97	54	*56%*	43	*44%*	25	8	*32%*	17	*68%*
PARIS	90	69	5	*7%*	64	*93%*	21	12	*57%*	9	*43%*
RENNES	60	19	3	*16%*	16	*84%*	41	8	*20%*	33	*80%*
ROUEN	19	15	3	*20%*	12	*80%*	4	2	*50%*	2	*50%*
STRASBOURG	65	58	12	*21%*	46	*79%*	7	3	*43%*	4	*57%*
TOULOUSE	256	109	15	*14%*	94	*86%*	147	99	*67%*	48	*33%*
LES ANTILLES	16	16	4	*25%*	12	*75%*	0				
LA REUNION	0	0					0				
FRANCE ENTIERE	1 725	1 319	404	*31%*	915	*69%*	406	184	*45%*	222	*55%*

Bilan RMO au 31.12.97
observations terminées

Nombre de médecins étudiés par région
Période du : 01/09/97 au 31/12/97

REGIONS	Nbr de médecins étudiés généralistes et spécialistes au 31.12.97 Observations terminées	Nbr de Généralistes	%	Nbr de Spécialistes	%
BORDEAUX	61	46	75%	15	25%
CLERMONT - FD	3	0	0%	3	100%
DIJON	23	21	91%	2	9%
LILLE	281	250	89%	31	11%
LIMOGES	62	52	84%	10	16%
LYON	94	68	72%	26	28%
MARSEILLE	48	45	94%	3	6%
MONTPELLIER	1	1	100%	0	
NANCY	62	52	84%	10	16%
NANTES	102	93	91%	9	9%
ORLEANS	60	43	72%	17	28%
PARIS	73	64	88%	9	12%
RENNES	49	16	33%	33	67%
ROUEN	14	12	86%	2	14%
STRASBOURG	50	46	92%	4	8%
TOULOUSE	142	94	66%	48	34%
LES ANTILLES	12	12	100%	0	
LA REUNION	0	0		0	
FRANCE ENTIERE	1137	915	80%	222	20%

Répartition selon la nature de l'action (ordre décroissant)
Généralistes et Spécialistes confondus

Par région

Nature de l'Action effective	Nombre	Bordeaux	Clermt-Fd	Dijon	Lille	Limoges	Lyon	Marseille	Montpellier	Nancy	Nantes	Orléans	Paris	Rennes	Rouen	Strasbourg	Toulouse	Les Antilles	La Réunion
SM-ENTRETIEN OU ECHANGE CONFRATERNEL	371	14		2	71	48	13	3		18	36	39	4	11	8	28	76		
SM-ENTRETIEN OU ECHANGE CONFIRME PAR LETTRE D'INFORMATION	268	23	3	5	11	8	57	20		4	35	10	54		1	9	28		
SM-LETTRE D'INFORMATION	204	1		6	58	6	14	6		21	6	8	1	34	1	6	36		
AUTRES ACTIONS	108	2		4	55			13	6	6	16	1	2		2	1			
SM-LETTRE DE MISE EN GARDE	89	4			72		1	3		2	5	1				1			
SM-SANS SUITE	72	7		3	10	4	2	3		4	7	2	12	4		4	10		
SM-ENTRETIEN CONFIRME PAR LETTRE DE MISE EN GARDE	67	12		3	14		8			5	6					3	16		
CONV. PS-SANS SUITE	6	5								1									
SM/CPAM-RETENUE FINANC. NON RESPECT. ART.L.162-12-16 CODE SS(RMO) APRES ACTION INTERMEDIAIRE INSTANCES CONVENTIONNELLES	6			1	3					2									
SM/CPAM-ENTRETIEN CONJOINT CONFIRME PAR LETTRE D'INFORMATION	3											1					2		
SM/CPAM-ENTRETIEN CONJOINT CONFIRME PAR LETTRE DE MISE EN GARDE CONJOINTE	2																2		
SM/CPAM-LETTRE DE MISE EN GARDE CONJOINTE	1										1								
CMR-SANS SUITE	1										1								
SM/CPAM-RETENUE FINANC. NON RESPECT. ART.L.162-12-16 CODE SS(RMO) APRES ACTION INTERMEDIAIRE CMR	1										1								
CONV.PS-LETTRE D'INFORMATION	1								1										
CONV.PS-LETTRE DE MISE EN GARDE	1														1				
CONV.PS-PAS DE SANCTION FINANCIERE	2								1	1									
SM/CPAM-LETTRE D'INFORMATION CONJOINTE	0																		
CONV.PS-LETTRE D'INFORMATION + LETTRE DE MISE EN GARDE	0																		

Période du 01/09/97 au 31/12/97

Références les plus rencontrées selon : Le Nbr de MEDECINS avec UNR (en ordre décroissant)
AESP INITIALES

PERIODE DU : 01/09/1997 AU : 31/12/1997

Thème	N° DU THEME	N° DE REF.	SEUIL	UR (Nb total)	UNR (Nb total)	Médecins avec UR	Médecins avec UNR	% UNR / UR	% méd.UNR/méd.UR
Hypntiques et anxiol	4	3	6	18635	1126	702	268	6,04	38,18
Hypntiques et anxiol	4	1	6	11927	631	748	252	5,29	33,69
Vaso-dilatateurs	45	2	6	3943	311	398	116	7,89	29,15
Vaso-actifs	22	2	6	3984	203	449	99	5,10	22,05
Hypntiques et anxiol	4	5	6	8038	313	425	88	3,89	20,71
Antibiotiques	2	4	6	2608	217	378	81	8,32	21,43
Veinotoniques	46	4	6	4646	115	411	74	2,48	18,00
AINS	1	8	1	6660	119	536	73	1,79	13,62
Hypntiques et anxiol	4	2	6	6582	133	669	73	2,02	10,91
Antibiotiques	2	3	6	3274	300	433	67	9,16	15,47
Antibiotiques	2	1	6	2693	177	344	54	6,57	15,70
AINS	1	7	1	2962	78	217	45	2,63	20,74
Hypntiques et anxiol	4	4	6	8220	159	420	44	1,93	10,48
Antibiotiques	2	5	6	2390	129	335	43	5,40	12,84
Vaso-dilatateurs	45	1	6	2424	60	276	31	2,48	11,23
Anti-dépresseurs	47	1	6	1423	64	220	30	4,50	13,64
Vaso-actifs	22	1	6	6202	53	288	26	0,85	9,03
AINS	1	4	6	2868	77	295	24	2,68	8,14
DNID	8	7	1	2772	38	449	25	1,37	5,57
Neuroleptiques	31	3	6	636	35	230	23	5,50	10,00
Anti-ulcéreux	21	1	6	4106	35	613	22	0,85	3,59
Adénome prostatique	42	2	6	887	27	286	22	3,04	7,69

Bilan RMO au 31.11.1995

Vision d'ensemble

Régions	Nbr cumulé de médecins observés à partir du 1er au 31.10.95	Nbr cumulé de médecins observés à partir du 1er au 31.11.95	Médecins observés depuis le 31.10.95	% d'observés depuis le 31.10.95	% d'observés au 31.11.1995 par rapport au nb de médecins de la région (chiffres au 31.12.1994)	Nbr d'observations terminées	% Col.5/2	Nbr de médecins suivis	% Col.6/5	Nbr de médecins >seuils	% Col.7/6
	Col.1	Col.2	Col.3=2-1	Col.3/2	Col.4	Col.5		Col.6		Col.7	
Bordeaux	976	1119	143	13%	18%	934	83%	178	19%	51	29%
Clermont - Fd	380	436	56	13%	18%	327	75%	44	13%	6	14%
Dijon	410	741	331	45%	16%	502	68%	229	46%	21	9%
Lille	1153	1208	55	5%	13%	926	77%	53	6%	11	21%
Limoges	497	542	45	8%	13%	380	70%	44	12%	11	25%
Lyon	614	631	17	3%	6%	499	79%	28	6%	2	7%
Marseille	1643	1878	235	13%	15%	1457	78%	72	5%	14	19%
Montpellier	383	582	199	34%	11%	351	60%	50	14%	5	10%
Nancy	430	456	26	6%	10%	320	70%	52	16%	10	19%
Nantes	650	746	96	13%	15%	604	81%	15	2%	2	13%
Orléans	478	526	48	9%	14%	324	62%	53	16%	7	13%
Paris	1145	1246	101	8%	5%	658	53%	219	33%	13	6%
Rennes	370	391	21	5%	8%	303	77%	6	2%	1	17%
Rouen	767	908	141	16%	18%	648	71%	59	9%	16	27%
Strasbourg	685	739	54	7%	15%	464	63%	117	25%	18	15%
Toulouse	342	411	69	17%	7%	253	62%	54	21%	4	7%
Antilles	236	225	-11	-5%	21%	157	70%	1	1%	0	0%
La Réunion	66	71	5	7%	8%	44	62%	4	9%	2	50%
France Entière	11225	12856	1631	13%	11%	9151	71%	1278	14%	194	15%

Les médecins observés
Répartition des différents stades

REGIONS	En cours	Terminés										TOTAL
		médecins examinés						médecins suivis			Nbr	
		10j	20j	30j	40j	50j	Nbr	> seuil	< seuil	Nbr		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11=7+10	12 = 1+11
BORDEAUX	185	662	57	11	3	23	756	51	127	178	934	1 119
CLERMONT - FD	109	236	34	10	0	3	283	6	38	44	327	436
DIJON	239	264	5	4	0	0	273	21	208	229	502	741
LILLE	282	707	81	50	18	17	873	11	42	53	926	1 208
LIMOGES	162	213	61	51	2	9	336	11	33	44	380	542
LYON	132	314	26	110	9	12	471	2	26	28	499	631
MARSEILLE	421	1 224	16	78	10	57	1385	14	58	72	1 457	1 878
MONTPELLIER	231	290	8	3	0	0	301	5	45	50	351	582
NANCY	136	193	57	12	4	2	268	10	42	52	320	456
NANTES	142	567	15	6	1	0	589	2	13	15	604	746
ORLEANS	202	136	120	14	1	0	271	7	46	53	324	526
PARIS	588	411	4	14	5	5	439	13	206	219	658	1 246
RENNES	88	277	2	1	17	0	297	1	5	6	303	391
ROUEN	260	273	130	11	5	170	589	16	43	59	648	908
STRASBOURG	275	306	5	3	2	31	347	18	99	117	464	739
TOULOUSE	158	170	18	7	2	2	199	4	50	54	253	411
ANTILLES	68	122	10	11	10	3	156	0	1	1	157	225
LA REUNION	27	32	2	2	4	0	40	2	2	4	44	71
FRANCE ENTIERE	3 705	6 397	651	398	93	334	7 873	194	1 084	1 278	9 151	12 856

Les médecins examinés
Répartition selon les motifs du choix

REGIONS	Motif du choix										
	Indicateur statistique	%	Aléatoire	%	SM	%	Repérage lors étude collective	%	sur document télétransmis	%	TOTAL
BORDEAUX	154	20%	519	69%	83	11%	0	0%	0	0%	756
CLERMONT - FD	68	24%	183	65%	32	11%	0	0%	0	0%	283
DIJON	48	18%	171	63%	43	16%	11	4%	0	0%	273
LILLE	191	22%	484	55%	116	13%	62	7%	20	2%	873
LIMOGES	77	23%	207	62%	5	1%	6	2%	41	12%	336
LYON	125	27%	159	34%	137	29%	50	11%	0	0%	471
MARSEILLE	14	1%	693	50%	677	49%	0	0%	1	0%	1385
MONTPELLIER	104	35%	140	47%	57	19%	0	0%	0	0%	301
NANCY	36	13%	179	67%	40	15%	11	4%	2	1%	268
NANTES	29	5%	538	91%	22	4%	0	0%	0	0%	589
ORLEANS	17	6%	244	90%	5	2%	0	0%	5	2%	271
PARIS	87	20%	177	40%	162	37%	13	3%	0	0%	439
RENNES	108	36%	184	62%	5	2%	0	0%	0	0%	297
ROUEN	141	24%	296	50%	126	21%	26	4%	0	0%	589
STRASBOURG	71	20%	250	72%	3	1%	21	6%	2	1%	347
TOULOUSE	31	16%	75	38%	73	37%	15	8%	5	3%	199
LES ANTILLES	2	1%	113	72%	41	26%	0	0%	0	0%	156
LA REUNION	0	0%	40	100%	0	0%	0	0%	0	0%	40
FRANCE ENTIERE	1303	17%	4652	59%	1627	21%	215	3%	76	1%	7873

Serment des Apothicaires

Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

TITRE

APPROCHE BIBLIOGRAPHIQUE DE L'IMPACT ECONOMIQUE DES REFERENCES MEDICALES OPPOSABLES.

RESUME

Depuis les années 1970 et la crise économique, le déséquilibre entre les recettes et les dépenses n'a cessé de croître au sein du système de protection sociale Français. Les gouvernements successifs ont donc cherché à stabiliser les dépenses de santé qui, du fait du vieillissement de la population et des progrès médicaux, ne pouvaient que continuer à augmenter.

Les premières conventions entre les caisses d'assurance maladie et les professionnels de la santé ont donc été signées, avec pour premier objectif, une diminution du nombre d'actes suivie par les TSAP et une régulation de la population médicale par la mise en place du numerus clausus à l'entrée des études. Ces mesures n'ont eût qu'un effet provisoire, c'est pourquoi, pour réduire les dépenses, le gouvernement a choisi de diminuer la participation des caisses aux remboursements des assurés sociaux.

La convention signée en octobre 1993 fait apparaître une idée nouvelle, qui sera reprise dans les conventions successives : Celle d'une recherche de qualité de soins par le biais des Références Médicales Opposables. Ces Références rendues opposables aux médecins doivent permettre de réduire les dépenses inutiles voire dangereuses, et ainsi de pouvoir prendre en charge des dépenses de santé insuffisamment couvertes.

Le rôle des services médicaux est de vérifier le respect des RMO. Lorsque le seuil de non-respect est dépassé, le service médical transmet le dossier au Comité Médical Paritaire Local qui pourra sanctionner pécuniairement le médecin.

Aujourd'hui, le nombre de médecins sanctionnés est relativement bas car une politique d'explication de l'utilité des RMO est mise en place par les services médicaux.

Pour ce qui est de l'impact économique des RMO, celles-ci ont permis une économie substantielle la première année de mise en œuvre, imputée seulement à quelques-unes de ces références.

Bien que l'économie réalisée ne représente que 0,5% des dépenses totales de l'assurance maladie, le gouvernement continue aujourd'hui avec le même objectif :la recherche d'une médecine de qualité et la réduction des dépenses de santé. Un des moyens retenu est l'implication des médecins prescripteurs par le biais du suivi des Références Médicales Opposables, renforcé par une politique de communication engagée par les services médicaux.

MOTS CLES

Recommandations médicales – Economie de la santé – Conventions médicales
Références Médicales Opposables (RMO)