



**LA CONVENTION
MEDECINS - ASSURANCE MALADIE :
UN NOUVEAU PARTENARIAT
EN FAVEUR DE LA QUALITE DES SOINS**

Dossier de presse

26 juillet 2011

SOMMAIRE

| | |
|--|-------------|
| Communiqué de synthèse | p 3 |
| AXE I – FAIRE PROGRESSER LA QUALITE DES SOINS ET LA PREVENTION | p 5 |
| <hr/> | |
| Fiche 1 : Un tournant majeur pour améliorer la qualité des soins : la réforme de la rémunération au service d’objectifs de santé publique | p 5 |
| Fiche 2 : Favoriser les activités cliniques dans le cadre de la politique de santé publique | p 13 |
| Fiche 3 : Renforcer l’engagement des médecins dans les programmes de prévention et développer de nouveaux modes de prise en charge | p 16 |
| AXE II – CONFORTER L’ACCES AUX SOINS | p 20 |
| <hr/> | |
| Fiche 4 : Améliorer la répartition de l’offre sur le territoire | p 20 |
| Fiche 5 : Développer le tiers-payant au profit des assurés sociaux | p 23 |
| Fiche 6 : Maîtriser les dépassements d’honoraires | p 25 |
| AXE III – MODERNISER ET SIMPLIFIER LES CONDITIONS D’EXERCICE | p 27 |
| <hr/> | |
| Fiche 7 : Accélérer l’informatisation des cabinets médicaux | p 27 |
| Fiche 8 : Simplifier les échanges entre l’Assurance Maladie et les médecins | p 29 |
| ANNEXES | |
| <hr/> | |
| Annexe 1 : Détail des indicateurs « Qualité de la pratique médicale » | p 33 |
| Annexe 2 : L’ASV, enjeux et perspectives | p 45 |
| Annexe 3 : La convention médicale en pratique | p 47 |
| Annexe 4 : L’impact financier de la convention | p 48 |

Paris, le 26 juillet 2011

Convention médecins / Assurance Maladie :

Un nouveau partenariat en faveur de la qualité des soins

Après plusieurs mois de négociations conventionnelles, l'Assurance Maladie et les 3 principaux syndicats représentatifs des médecins (CSMF, SML, MG France) viennent d'aboutir à un accord équilibré et de signer une nouvelle convention qui régira leurs relations pendant les cinq prochaines années.

L'Assurance Maladie se félicite de recueillir pour la 1^{ère} fois une adhésion aussi large de la part des syndicats représentatifs.

Au cœur de ce nouveau partenariat, **trois grandes priorités** :

1. Faire progresser la qualité des soins et la prévention

La convention médicale réforme profondément le mode de rémunération des médecins libéraux en généralisant la rémunération sur objectifs de santé publique.

Ce nouveau dispositif tend à développer la prévention, à améliorer la prise en charge des maladies chroniques et à favoriser l'efficacité et l'organisation du système de soins.

Il s'agit ainsi d'un tournant majeur, pour les patients qui bénéficient d'un meilleur suivi, pour les médecins traitants qui voient leur engagement valorisé, pour l'Assurance Maladie qui investit à bon escient.

Cette nouvelle convention donne également la priorité aux consultations à haute valeur ajoutée médicale, souvent longues et complexes pour le praticien.

A ce titre, **de nouvelles consultations spécifiques sont créées**, témoignant à nouveau de l'investissement des partenaires en faveur de la qualité des soins : visite longue à domicile du médecin traitant pour les patients atteints de maladie d'Alzheimer ou de Parkinson, consultation de dépistage du cancer de la peau, consultation psychiatrique familiale ...

Parallèlement, **certains actes essentiels à la prévention sont mieux valorisés**, notamment le frottis dans la prévention du cancer du col de l'utérus.

2. Conforter l'accès aux soins

Favoriser l'accès aux soins de tous les assurés constitue l'une des priorités fortes des partenaires conventionnels.

Face aux difficultés rencontrées dans certaines zones déficitaires en médecins, deux nouvelles options sont créées pour prolonger et élargir le dispositif existant (avenant 20) : l'option Démographie et l'option Santé Solidarité Territoriale.

Les partenaires conventionnels souhaitent également promouvoir le tiers-payant social au profit des assurés dont les revenus sont modestes ou qui en ont le plus besoin.

De plus, un avenant relatif à la mise en place d'un nouveau secteur d'exercice, destiné à mieux réguler les dépassements d'honoraires en chirurgie, anesthésie et gynécologie-obstétrique, est prévu d'ici le 30 septembre en liaison avec l'UNOCAM.

3. Moderniser et simplifier les conditions d'exercice

Afin de réduire les écarts avec les autres pays en matière d'équipement informatique, les partenaires conventionnels s'engagent à accélérer l'informatisation des cabinets médicaux. **Ainsi, la rémunération sur objectifs intègre un nouveau volet dédié à l'organisation du cabinet et la qualité de service.** Tous les médecins pourront valoriser l'utilisation d'outils de gestion modernes au service de leurs patients : tenue d'un dossier médical informatisé, utilisation d'un logiciel de prescriptions, télétransmission des feuilles de soins.

Pour les médecins traitants, un indicateur spécifique est créé : **la réalisation d'une synthèse annuelle** du dossier patient, facilitant la coordination avec les autres professionnels.

Pour améliorer l'information des assurés, la convention prévoit de plus de compléter le service ameli-direct avec l'indication des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet, qui seront de plus affichées dans les cabinets médicaux.

Cet accord démontre l'intérêt du dialogue entre l'Assurance Maladie et ses partenaires conventionnels. Ces 3 priorités et la volonté partagée des partenaires conventionnels de les concrétiser doivent permettre de mieux organiser le système de soins et de le faire évoluer vers plus de qualité.

Un tournant majeur pour améliorer la qualité des soins : la réforme de la rémunération au service d'objectifs de santé publique

Avec cette convention, l'Assurance Maladie et les médecins s'engagent dans un nouveau partenariat pour améliorer la qualité des soins et la prise en charge des patients.

La diversification des modes de rémunération des médecins est l'un des objectifs majeurs de cette convention qui entend renforcer l'accès aux soins de qualité sur l'ensemble du territoire et accroître l'efficacité du système de soins.

Si le paiement à l'acte reste le socle de la rémunération des médecins, la convention de 2011 marque une évolution vers un mode de rémunération mixte qui comporte trois piliers : **l'acte, le forfait et une rémunération à la performance sur objectifs de santé publique.**

La rémunération sur objectifs de santé publique existe dans plusieurs pays et a d'ores et déjà été initiée en France dans le cadre des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) mis en place en 2009.

Avec cette convention, l'Assurance Maladie et les représentants des médecins franchissent une nouvelle étape décisive en généralisant cette approche tout en l'enrichissant de nouveaux objectifs, portant notamment sur l'informatisation et l'organisation des cabinets.

1. Une évolution encouragée par l'expérience du CAPI

La réforme de 2004 puis la convention de 2005 ont confié un rôle majeur au médecin traitant dans la coordination du parcours de soins et le suivi de ses patients, en particulier en matière de prévention et de suivi des pathologies chroniques.

Dès 2005, la précédente convention fixait en effet des objectifs de progression collectifs sur plusieurs thèmes prioritaires de prévention au regard de la loi de santé publique.

L'action de prévention des médecins traitants a ensuite été renforcée en 2007 avec la **déclinaison individuelle de certains objectifs collectifs**, notamment pour la vaccination antigrippale et le dépistage du cancer du sein¹.

Pour continuer à faire progresser la qualité des pratiques, l'Assurance Maladie a proposé en 2009, aux médecins généralistes qui le souhaitent, de s'engager personnellement dans une véritable action de santé publique à l'échelle de leur patientèle, avec la mise en place des **contrats d'amélioration individuelle des pratiques (CAPI)**.

En avril 2011, **16 000 médecins ont signé un CAPI** avec leur caisse d'Assurance Maladie, soit plus d'1 médecin éligible sur 3.

¹ Avenant n°23 de la convention médicale de 2005, mai 2007. Pour plus d'information sur les résultats de ces actions de prévention, voir dossier de presse « le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention », 22 janvier 2009.

En contrepartie des progrès réalisés, deux tiers des médecins signataires ont perçu une rémunération de 3 100 € en moyenne pour leur 1^{ère} année d'implication. Une rémunération qui reflète l'investissement dans la qualité des soins et l'amélioration des pratiques au bénéfice des patients.

Les résultats observés en juillet 2010² montrent que les praticiens engagés dans le CAPI ont davantage progressé dans la prise en charge de leurs patients, en particulier dans le domaine de la prévention et du suivi des maladies chroniques.

Les 15 indicateurs du CAPI étaient certes issus de la convention médicale de 2005, en lien avec les priorités de santé publique définies par le gouvernement et les avis et référentiels émis par la Haute Autorité de Santé : **prévention, suivi des maladies chroniques, auxquels s'ajoute un axe optimisation des prescriptions.**

Toutefois, les objectifs étaient fixés unilatéralement par l'assurance maladie, ce qui s'est traduit par des réserves de la part de certains médecins et des syndicats représentatifs de la profession.

En réformant et inscrivant ce mode de rémunération sur objectifs de santé publique au sein de la convention médicale, l'assurance maladie et les syndicats signataires acceptent dorénavant de **négoier ensemble les paramètres de cette nouvelle rémunération.**

Désormais, les médecins traitants pourront mieux valoriser leur investissement dans la qualité des soins, le suivi des pathologies chroniques et l'optimisation des prescriptions.

² Voir résultats détaillés enregistrés en juillet 2010 dans dossier de presse, « Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) : une dynamique au bénéfice des patients », septembre 2010.

2. La rémunération sur objectifs de santé publique : une réforme au service de la qualité des soins délivrés aux patients

Dans les pays occidentaux, les systèmes de rémunération des médecins sont très variés mais vont dans le sens d'une diversification croissante avec une part de plus en plus importante des forfaits / de la capitation et la généralisation d'une rémunération sur objectifs.

▪ ***Diversifier la rémunération des médecins : pour quoi faire ? quel intérêt pour les patients ?***

En généralisant la rémunération sur objectifs de santé publique, **l'Assurance Maladie et les partenaires conventionnels décident d'investir sur la qualité des soins pour améliorer la prise en charge des patients, développer la prévention et renforcer l'efficacité du système de soins.**

Cette réforme structurelle, qui introduit un nouveau mode de rémunération en complément du paiement à l'acte et au forfait, correspond à un engagement fort de l'Assurance Maladie et des médecins dans l'amélioration de la qualité des soins.

Elle doit permettre d'inciter les médecins traitants à gérer « en population » le risque santé tout en favorisant les prescriptions les plus économes compatibles avec l'état de santé de leurs patients.

Deux grandes dimensions de la pratique médicale sont concernées par ce dispositif :

- la qualité de la pratique médicale déclinée en trois grands axes : suivi des pathologies chroniques, prévention et efficacité avec l'optimisation des prescriptions,
- l'organisation du cabinet et la qualité de service

▪ ***Quels sont les objectifs / thèmes choisis et sur quels critères ont-ils été retenus ?***

La définition d'indicateurs pertinents constitue l'un des éléments clés pour l'engagement des professionnels et le succès du dispositif.

Les thèmes ont été retenus en fonction des priorités de santé publique et tiennent compte des avis et recommandations émis par la Haute Autorité de Santé ainsi que des recommandations internationales. Ils ont également fait l'objet d'échanges et de discussions avec les médecins lors des négociations conventionnelles.

Concernant « **la qualité de la pratique médicale** », les indicateurs mesurent l'implication des médecins dans trois domaines :

- **la prévention,**
- **le suivi des pathologies chroniques,**
- **l'optimisation des prescriptions.**

Pour chaque thème, les objectifs cibles sont définis sur la base de trois critères : les écarts entre les recommandations des autorités sanitaires et la pratique collective, l'observation de la situation dans les autres pays et celle de l'hétérogénéité entre praticiens.

Les indicateurs pourront être révisés, en fonction de l'évolution des données acquises de la science tandis que des indicateurs complémentaires pourront être intégrés afin d'enrichir le dispositif.

Les thèmes du volet « qualité de la pratique médicale »

▪ **Suivi des pathologies chroniques**

Cet axe comporte 9 indicateurs, avec notamment un renforcement des indicateurs du suivi des patients diabétiques (résultats des dosages sanguins d'hémoglobine glyquée et du taux de LDL cholestérol) afin de mieux respecter les référentiels sanitaires.

○ *Diabète* (8 indicateurs)

- 65% des patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages de l'hémoglobine glyquée³ dans l'année (idem CAPI)
- 90% des patients diabétiques de type 2 dont le résultat du dosage de l'hémoglobine glyquée < à 8,5%*
- 80% des patients diabétiques de type 2 dont le résultat du dosage de l'hémoglobine glyquée < à 7,5%*
- 90% des patients diabétiques de type 2 dont le résultats du dosage de LDL cholestérol est < à 1,5 g*
- 80% des patients diabétiques de type 2 dont le résultats du dosage de LDL cholestérol est < à 1,3 g*
- 80% des patients diabétiques ayant eu une consultation d'ophtalmologie ou un examen du fond d'œil dans les deux ans
- 75% des hommes de plus de 50 ans et femmes de plus de 60 ans traités avec des statines
- 65% des hommes de plus de 50 ans et femmes de plus de 60 ans traités par antihypertenseurs et statines bénéficiant d'un traitement avec de l'aspirine à faible dosage.

- *Hypertension artérielle* : 60% des patients hypertendus ayant une pression artérielle inférieure ou égale à 140/190*.

▪ **Prévention**

Cet axe se décline en 8 indicateurs, 4 nouveaux indicateurs ont été intégrés par rapport au CAPI, témoignant de l'engagement fort des parties conventionnelles sur cet axe.

- *Vaccination contre la grippe saisonnière* :
 - 75% des patients âgés d'au moins 65 ans vaccinés
 - 75% des patients de 16 à 64 ans en ALD vaccinés⁴
- *Dépistage du cancer du sein* : 80% des patientes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie dans les deux ans
- *Dépistage du cancer du col de l'utérus* : 80% des patientes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des trois dernières années
- *Antibiothérapie* : 37% de prescriptions par antibiothérapie pour les patients de 16 à 65 ans hors ALD

Cet indicateur, défini à partir des données actuelles de prescription, correspond à une baisse de 10% du recours aux antibiotiques parmi la population adulte sans pathologies lourdes ou chroniques. L'objectif est de diminuer l'utilisation inappropriée des antibiotiques ainsi que les résistances bactériennes.

³ Dosage permettant de surveiller l'équilibre de la glycémie.

⁴ Indicateurs / termes surlignés et en bleu : nouveaux indicateurs / termes par rapport au CAPI

- *Prévention des risques de iatrogénie médicamenteuse :*
 - réduire à 5% la proportion de patients de 65 ans et plus traités par vasodilatateurs (vs 7% dans le CAPI)
 - réduire à 5% la proportion de ceux traités par des benzodiazépines à demi-vie longue (anxiolytiques ou hypnotiques dont l'élimination est plus lente)
 - limiter à 12% la proportion de patients nouvellement traités par benzodiazépines dont le traitement excède 12 semaines : cet indicateur concerne les initiations de traitement. Il doit permettre de limiter la durée des traitements pour ces médicaments, efficaces mais dont l'utilisation ne doit pas être supérieure à 12 semaines.
- **Optimisation des prescriptions / efficience (7 indicateurs)**
 - *Développer le recours à des médicaments disposant d'un générique :*
 - Antidépresseurs (taux de prescription dans le répertoire : 80%)
 - Antibiotiques (90%)
 - IPP (85%)
 - Antihypertenseurs (65%)
 - Statines (70%)
 - *Hiérarchiser les prescriptions selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé :*
 - Privilégier la prescription des inhibiteurs d'enzyme de conversion (IEC) par rapport à celle des sartans dans l'hypertension artérielle⁵ (65%)
 - Privilégier l'aspirine à faible dosage pour les patients traités par antiagrégants plaquettaires (85%)

* Ces indicateurs sont déclaratifs : les résultats sont communiqués par le médecin.
 Pour plus de détails sur les indicateurs du volet « qualité de la pratique médicale » : cf annexe 1 p 33.

⁵ Cf fiche publiée par la Haute Autorité de Santé en octobre 2009 : « Les inhibiteurs du système rénine-angiotensine dans l'HTA essentielle non compliquée, comment choisir entre IEC et sartans ? »

Un nouveau volet sur l'organisation des cabinets et la qualité de service

Le dispositif de rémunération sur objectifs intègre un nouveau volet, dédié à l'organisation du cabinet et à la qualité de service, dont les indicateurs s'adressent à l'ensemble des médecins, spécialistes et généralistes⁶.

Il s'agit à nouveau de favoriser une dynamique, l'informatisation et la modernisation des cabinets médicaux, pour permettre à la fois un meilleur suivi de la patientèle et une amélioration du service pour les patients.

Dans un rapport de 2008⁷, l'IGAS soulignait en outre que le mode de rémunération sur objectifs de santé publique était très « lié à l'utilisation des nouvelles technologies de l'information qui permettent de gérer des registres de patients, des registres de rappel, [des logiciels] d'aide à la décision ». Le rapport cite l'exemple de certains programmes américains qui ne valorisent pas uniquement des résultats mais aussi l'utilisation de certains outils de gestion de leur patientèle (dossiers informatisés, registres de patients...).

Concrètement, il s'agit par exemple d'encourager une meilleure prescription grâce à **l'utilisation de logiciels de prescription** validés par la Haute Autorité de Santé et ainsi de favoriser la diffusion de bonnes pratiques dans la lignée des conclusions récentes des Assises du Médicament.

Les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet et la qualité de service

- *Tenue du dossier médical informatisé avec saisie de données cliniques permettant le suivi individuel et de la patientèle*
- *Utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié*
- *Informatisation permettant de télétransmettre et utilisation des téléservices*
- *Affichage dans le cabinet et sur le site ameli des horaires de consultation et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients*
- *Volet annuel de synthèse par le médecin traitant du dossier médical informatisé (indicateur dédié médecin traitant)*

Ce volet de la convention valorise particulièrement le rôle du **médecin traitant** dans toute la dimension de son exercice médical et notamment la fonction de **synthèse du dossier médical** qu'il effectue pour ses patients. Le nouveau mode de rémunération comporte en effet un indicateur destiné uniquement au médecin traitant : la **réalisation d'une synthèse annuelle pour chaque patient, à partir d'un dossier médical informatisé et mis à jour**. Cette synthèse permet notamment de planifier la prise en charge des patients avec des calendriers de suivi et la coordination avec les autres professionnels de santé.

⁶ A l'exception de l'indicateur relatif à la synthèse annuelle – cf ci-dessous.

⁷ *Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères*. Pierre-Louis Bras, Dr Gilles Duhamel, Inspection générale des affaires sociales, juin 2008, La Documentation française.

3. Le dispositif en pratique

▪ *Comment mesurer l'implication des médecins ?*

La convention prévoit que ce nouveau dispositif de rémunération sur objectifs entre en vigueur au 1^{er} janvier 2012.

Le dispositif est basé sur un système de points (1 300 au total) attribués à chaque indicateur.

Une part plus importante est accordée au suivi des pathologies chroniques et à la prévention :

- 500 points pour le suivi des pathologies chroniques et la prévention
- 400 pour l'optimisation des prescriptions
- 400 points pour l'organisation du cabinet dont 150 concernant le volet annuel de synthèse du dossier médical informatisé par le médecin traitant

Pour chaque indicateur, le nombre de points correspond à un taux de réalisation de 100% de l'objectif.

La rémunération tient compte **à la fois de l'atteinte des objectifs mais aussi des progrès accomplis**. Pour chaque indicateur sont définis un taux de départ, un objectif intermédiaire et un objectif cible, commun à l'ensemble des médecins.

La valeur du point est fixée à 7 €, avec un total de 1300 points. Pour les médecins qui réaliseront 50% de leurs objectifs (taux moyen constaté pour les signataires du CAPI), la rémunération annuelle se portera à 4 500 € environ.

- Les aspects relatifs à la prévention, le suivi des pathologies chroniques et l'efficacité des prescriptions concernent **dans un premier temps les médecins traitants**. Ces volets sont **susceptibles de s'étendre à d'autres spécialités** par avenants à la convention.
- Le volet « organisation du cabinet et qualité de service » s'adresse **à l'ensemble des médecins**, toutes spécialités confondues, à l'exception de la synthèse annuelle qui ne concerne que le médecin traitant. Ceux-ci doivent, en outre, pour être éligibles à ce volet, atteindre un taux de télétransmission d'au moins 2/3 de leurs feuilles de soins.

Les médecins qui ne souhaiteraient pas bénéficier de cette rémunération complémentaire sur objectifs de santé publique peuvent faire connaître leur choix à leur caisse d'Assurance Maladie dans les trois mois suivant la publication au Journal Officiel de la convention ou les trois mois suivant leur installation pour les nouveaux installés.

▪ **Les actions de l'Assurance Maladie pour faciliter l'implication des médecins**

Le suivi des indicateurs de chaque médecin est fait par l'Assurance Maladie à partir des données de remboursement de ses patients l'ayant déclaré comme médecin traitant, à l'exception des indicateurs déclaratifs qui sont transmis par le médecin.

L'Assurance Maladie s'engage à communiquer à chaque médecin une analyse chiffrée de sa patientèle dans les domaines visés par les objectifs (nombre de patients concernés par indicateurs).

Elle fournira également, au moins trimestriellement, les données nécessaires au suivi de ses indicateurs, à l'exception des indicateurs déclaratifs produits par les médecins eux-mêmes.

Comme pour le suivi du CAPI, pour avoir une information précise et régulièrement mise à jour, les médecins pourront accéder directement au **suivi de leurs indicateurs en ligne**, via leur compte personnalisé sur ameli.fr (Votre Espace Pro).

Ils pourront ainsi connaître l'évolution de leur taux par indicateur, par rapport à leur taux de départ et aux objectifs intermédiaires et cibles.

Ces données seront également disponibles en version papier et remises par les délégués de l'Assurance Maladie.

Par ailleurs, des visites des délégués de l'Assurance Maladie sont prévues durant le second semestre pour présenter aux médecins la nouvelle convention.

Favoriser les activités cliniques dans le cadre de la politique de santé publique

Parallèlement à la rémunération sur objectifs de santé publique, la convention médicale prévoit des dispositions complémentaires dans le cadre de la politique de santé publique : il s'agit de favoriser le développement de certaines activités pour les spécialités cliniques ou techniques (prévention et dépistage, prise en charge de certaines pathologies chroniques).

L'objectif est ainsi de mettre l'accent et d'investir en priorité sur les actes ou consultations à haute valeur médicale et qui nécessitent un investissement en temps plus important de la part du médecin.

1. Soutenir la priorité de santé publique en matière de prévention et de dépistage

▪ **Prévention du cancer du col de l'utérus**

Selon les recommandations de la HAS, le frottis cervico-vaginal constitue le moyen le plus performant de prévention du cancer du col de l'utérus.

Pour favoriser le développement de ce dépistage au sein de la population éligible et atteindre les objectifs fixés dans la loi de santé publique, les médecins auront la **possibilité de coter à 50% cet acte technique réalisé au cours d'une consultation, en complément de celle-ci**. Cette possibilité permettra aussi une meilleure traçabilité de cet indicateur de santé publique.

▪ **Développement des actions de dépistage des cancers cutanés**

Face à l'augmentation régulière du taux d'incidence des cancers cutanés et notamment du mélanome, l'Assurance Maladie et ses partenaires décident de développer les actions de dépistage. En 2006, la Haute Autorité de Santé évaluait en effet à 2,8 millions le nombre de sujets à risque.

Pour favoriser le dépistage et dans le prolongement de la journée de dépistage mise en place depuis plusieurs années par les dermatologues, plusieurs actions vont être mises en œuvre :

- **La création d'une consultation spécifique de dépistage** qui s'adresserait aux patients relevant des critères précisés dans le rapport de la HAS, valorisée à hauteur de 46 €.
- **La valorisation de la biopsie cutanée**, acte de diagnostic important dont le tarif est inférieur à celui de la consultation et qui n'est pas cumulable à celle-ci. Les médecins pourront désormais **cumuler la facturation de la consultation et de la biopsie cutanée afin de développer cette pratique et d'en assurer un meilleur suivi**.

- **La revalorisation du forfait sécurité dermatologie (FSD) à hauteur de 40 €** créé à la suite du rapport de la HAS en 2007 : l'objectif est de valoriser l'environnement technique nécessaire à la pratique de l'exérèse cutanée, majoritairement réalisée en cabinet de ville sous anesthésie locale. Or, cet acte constitue le traitement de première intention des naevus, tumeurs cliniquement suspectes de malignité ou malignes.

- **Assurer un meilleur suivi de la petite enfance à la sortie de la maternité**

Les trois consultations obligatoires prévues actuellement au 8^{ème} jour de l'enfant puis au cours du 9^{ème} mois et du 24^{ème} mois sont trois consultations longues et complexes. La convention permet désormais de mieux prendre en compte l'investissement en temps nécessaire du médecin pédiatre pour ces consultations et leur degré de complexité. **Ces consultations seront revalorisées et portées à 38 € pour les praticiens en secteur 1.**

Parallèlement, l'Assurance Maladie et ses partenaires conventionnels décident de **créer une consultation complémentaire entre la sortie de maternité et le 28^{ème} jour pour le nouveau-né.** Sa valorisation sera similaire à celle des consultations obligatoires : 38 € pour le secteur 1. En effet, les recommandations de la HAS publiées en novembre 2005 préconisent **un examen médical obligatoire dans le premier mois suivant la sortie de maternité.**

Enfin, les partenaires reconnaissent l'investissement en temps et la spécificité des **consultations pour les enfants de 2 à 6 ans** en créant une majoration spécifique complémentaire de 3 € pour les médecins pédiatres exerçant en secteur 1.

2. Améliorer la prise en charge de certaines pathologies lourdes

- **Les patients atteints de maladies neuro-dégénératives et particulièrement ceux atteints de la maladie d'Alzheimer** nécessitent un suivi attentif et une évaluation régulière de leur pathologie.

La convention prévoit la **création d'une consultation spécifique réalisée au domicile des patients** et en présence des aidants. Cette consultation permet au médecin de mieux appréhender la pathologie du patient dans son environnement habituel et de mieux répondre à ses besoins. Cette visite longue et complexe effectuée par le médecin traitant du patient sera valorisée à hauteur de 46 € (soit 2V) et bénéficiera d'un code dédié (VL).

- **Accès rapide au psychiatre sur demande du médecin traitant et prise en charge familiale pour les pathologies de l'enfant :**

Afin d'améliorer l'accès au psychiatre, l'Assurance Maladie et les partenaires conventionnels décident de créer une **consultation de psychiatrie qui interviendrait dans les 48 heures à la demande du médecin traitant.** Pour tenir compte des contraintes liées à cet accès privilégié, cette consultation sera valorisée à hauteur de 55,5 € (soit 1,5 CNPSY).

Parallèlement, la **prise en charge des pathologies psychiatriques chez l'enfant** et en particulier les consultations familiales demandent un investissement en temps important du professionnel. Ce type de consultation en présence de la famille est particulièrement long, que l'enfant soit en ALD ou non, et justifie l'élargissement des conditions d'application de la majoration MPF (Majoration première consultation famille) à l'ensemble des enfants de moins de 16 ans.

Enfin, la visite et la consultation du psychiatre sont revalorisées à hauteur de 37 € (contre 34,30 € précédemment).

- **Pour les patients diabétiques insulino-traités :**
Le rôle de l'endocrinologue est souvent prépondérant pour les patients diabétiques insulino-traités. La convention permet de mieux reconnaître son rôle lors de la prise en charge initiale des patients et lors de la première consultation en cas d'apparition des complications, avec l'élargissement du périmètre de la majoration MCE (10 €).
- **Pour les patients atteints d'insuffisance rénale chronique,** l'objectif est de favoriser le traitement par la dialyse péritonéale et d'améliorer le suivi du patient en créant un acte forfaitaire pour le médecin responsable de la dialyse péritonéale.
- Enfin, les partenaires conventionnels ont souhaité **valoriser la pratique de médecins à exercice particulier** grâce à la mise en place d'un groupe de travail dédié. **La démarche préventive et éducative de la médecine thermique** autour des pathologies articulaires, cardiovasculaires et respiratoires sera encouragée, via **la revalorisation du forfait thermal à 70 €**

Dans un cadre budgétaire contraint, l'Assurance Maladie et ses partenaires conventionnels ont souhaité investir en priorité au profit des actes cliniques sur les consultations à haute valeur médicale ajoutée, les consultations longues et complexes ou en faveur de la prévention.

Les dispositions prises (création ou revalorisation d'actes, possibilité de cumul d'actes et de consultation...) concernent par ailleurs des spécialités cliniques dont les honoraires sont parmi les plus faibles au sein des médecins.

Renforcer l'engagement des médecins dans les programmes de prévention et développer de nouveaux modes de prise en charge

1. L'implication des médecins dans les programmes de prévention

La précédente convention avait mis l'accent sur le rôle du médecin traitant en matière de prévention, notamment dans le cadre de programmes de santé publique comme la vaccination antigrippale, le dépistage des cancers, la prévention de l'obésité chez les jeunes et la prévention du risque cardio-vasculaire.

La nouvelle convention vise à renforcer l'accès à la prévention et aux soins pour que les assurés puissent bénéficier d'actions de prévention tout au long de leur vie.

D'autant que, comme l'a souligné un récent rapport de l'Assurance Maladie⁸, le recours aux programmes de prévention, malgré le remboursement à 100%, est actuellement très hétérogène et globalement moins élevé parmi les populations les moins favorisées.

En 2008, par exemple, la proportion de femmes de 50 à 75 ans n'ayant pas fait de mammographie dans les trois dernières années était de 8% chez les cadres et les professions intellectuelles alors qu'il est de 20% chez les ouvriers. De même, la proportion de femmes de 20 à 65 n'ayant pas eu de frottis varie de 10 à 20-25% selon la catégorie socio-professionnelle.

Ces constats encouragent les partenaires conventionnels à **maintenir et renforcer leurs efforts en matière de prévention** afin notamment de réduire ces écarts. Les programmes de prévention sont poursuivis dans ce sens :

- **dépistage des cancers** (sein, colorectal)
- **prévention des pathologies infectieuses aiguës** : vaccination contre la grippe saisonnière ; vaccination ROR (rougeole, oreillons, rubéole)
- **prévention des complications liées aux pathologies chroniques** : diabète, pathologies cardiovasculaires, pathologies respiratoires,
- **programmes dédiés à certaines populations** : dépistages néonataux dont celui de la surdité, prévention bucco-dentaire chez les enfants et les adolescents (M'T dents), facteurs de risque liés à la grossesse, prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées,
- poursuivre l'action de prévention de l'obésité chez l'enfant

Parallèlement, de nouveaux programmes seront développés pour :

- favoriser une **meilleure observance des calendriers vaccinaux**
- **prévenir les risques liés au tabac chez la femme** tout au long de la vie et particulièrement pendant la grossesse

Dans le cadre de ces programmes, l'Assurance Maladie s'engage à fournir un **retour d'information individuel auprès de chaque médecin traitant** sur les résultats obtenus et leur pratique.

⁸ *Propositions de l'Assurance Maladie sur les charges et produits pour l'année 2012*, présenté au Conseil de la CNAMTS en juillet 2011.

2. Les mesures en faveur de l'accompagnement des patients

Les programmes d'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques ont pour objectif de mieux prévenir les complications liées à ces pathologies et d'améliorer la qualité de vie des patients concernés.

C'est l'ambition de **sophia, le service lancé par l'Assurance Maladie en 2008 pour l'accompagnement des patients diabétiques**, d'abord dans 10 départements pilotes et qui poursuit son déploiement à grande échelle. Aujourd'hui, le programme compte **plus de 120 000 adhérents** dans les 19 départements où il est disponible.

Face au double enjeu médical et économique que représente le diabète en France, la prévention de cette maladie mais aussi de ses complications constitue une priorité en matière de santé publique. La France compte en effet 2,9 millions de personnes diabétiques dont 8 sur 10 sont prises en charge à 100% au titre d'une affection de longue durée.

Le rôle de sophia est aussi d'aider les patients à mieux vivre leur maladie et de les accompagner, en complément du médecin traitant.

Le médecin traitant joue un rôle clé dans le programme sophia. Il est associé à toutes les étapes de la démarche proposée aux patients.

- il est informé en amont de l'accompagnement sophia prévu pour ses patients
- il décide avec son patient de l'entrée dans le dispositif
- il renseigne chaque année un questionnaire médical pour ses patients et en accord avec eux. Les informations contenues dans ce questionnaire permettent d'adapter l'accompagnement proposé et contribuent à évaluer l'efficacité du service. La confidentialité des données et le respect strict du secret médical est garanti par l'Assurance Maladie.

La rémunération du médecin traitant impliqué dans le programme est forfaitaire et annuelle pour l'envoi du questionnaire médical et son renouvellement, à hauteur du montant d'une consultation (C).

Les premiers résultats du service observés sur une année ont montré un premier effet positif et notamment un meilleur suivi des examens recommandés⁹. Intégré dans le plan ministériel d'amélioration de la qualité de vie des malades chroniques, le service sophia va être généralisé sur toute la France d'ici 2013 et sera étendu à d'autres pathologies cardiovasculaires et respiratoires.

Cette démarche d'accompagnement, complémentaire de l'action du médecin traitant, est vouée à évoluer pour passer d'un accompagnement de patients atteints d'une pathologie donnée à une **démarche d'accompagnement plus globale de la personne**, afin de mieux appréhender l'ensemble des pathologies, facteurs de risques et complications qui influent sur sa santé.

⁹ Voir dossier de presse du 10 mars 2011, *100 000 adhérents pour sophia et des premiers résultats encourageants.*

3. Développer le rôle du médecin traitant dans la coordination des soins autour du patient et favoriser le développement de nouveaux modes de prise en charge

Le dispositif du médecin traitant et du parcours de soins coordonné, institué par la précédente convention, favorise la coordination des soins entre professionnels et apparaît comme un facteur d'amélioration de la prise en charge des patients et d'efficacité du système de soins.

La nouvelle convention conforte ce **rôle clé du médecin traitant** dans le parcours de soins des patients, **propose de développer de nouveaux modes d'exercice favorisant l'intervention de plusieurs professionnels de santé** et également d'expérimenter de **nouveaux modes de prise en charge des patients**.

▪ **Conforter le rôle clé du médecin traitant**

La convention réaffirme le rôle central du médecin traitant dans la coordination des soins de ses patients, avec les autres professionnels de santé. Dans ce cadre, il tient à jour, pour chacun de ses patients, le dossier médical qu'il enrichit des données cliniques et paracliniques.

Le nouveau mode de rémunération sur objectifs souligne ce rôle spécifique de coordination en confiant au médecin traitant la réalisation d'une synthèse annuelle du dossier médical. Il inclut à ce titre une part de **rémunération forfaitaire proportionnelle au nombre de patients** qui l'ont choisi comme médecin traitant.

Le médecin traitant joue aussi un rôle central pour les patients atteints d'affections de longue durée. C'est lui qui rédige, en lien avec le ou les spécialistes impliqués, le protocole de soins initial permettant l'ouverture de droit à une prise en charge à 100% pour les soins en lien avec l'ALD. C'est lui qui actualise ce protocole, assure le suivi des patients ainsi que la coordination des soins assurés par les autres professionnels de santé.

Ce rôle lui permet d'établir la synthèse médicale reprenant le projet thérapeutique, le calendrier de suivi, les liens avec les autres professionnels de santé.

Dans ce cadre, le médecin traitant bénéficie depuis 2005 d'une rémunération forfaitaire annuelle de 40 € par an et par patient en ALD.

▪ **Développer des modes d'exercice pluriprofessionnel**

Parallèlement, les partenaires conventionnels souhaitent favoriser le développement de nouveaux modes d'exercice pluriprofessionnel qui permettraient d'améliorer l'accompagnement médico-social des patients et de leurs aidants familiaux.

Il s'agirait notamment de garantir une bonne circulation de l'information, la cohérence des interventions des différents acteurs et d'apporter une aide pour les démarches administratives.

Cet accompagnement pourrait être assuré par différents professionnels de santé ou encore une structure pluriprofessionnelle.

- **Développer de nouveaux modes de prise en charge des patients**

La convention constitue également un levier d'amélioration de l'organisation du système de soins et de la qualité de la prise en charge des patients.

L'Assurance Maladie et ses partenaires conventionnels s'engagent sur la mise en place d'un **nouveau service d'accompagnement du retour à domicile des patients hospitalisés**.

Il s'agit notamment de proposer aux patients un suivi adapté à leur retour à domicile, en particulier pour les sorties d'hospitalisation, et une meilleure coordination de l'ensemble des professionnels de santé. L'objectif étant de **favoriser le mode de prise en charge le plus adapté au patient**, en fonction de son état de santé ou de ses caractéristiques socio-économiques. La démarche répond à un besoin des patients, soucieux de préserver leur autonomie et leur qualité de vie.

Ce type de service est notamment expérimenté depuis mars 2010 dans quelques villes pour accompagner le retour à domicile et le suivi de la mère et de l'enfant par une sage-femme libérale.

En effet, selon une étude de la DREES, publiée en 2008¹⁰, plus de 95% des femmes sont satisfaites de leur suivi de grossesse et du déroulement de leur accouchement, mais **une femme sur cinq émet un jugement négatif sur la préparation de la sortie de maternité**.

Ce service est destiné aux femmes ayant accouché par voie basse et sans complications (pour la mère et pour l'enfant) dont l'éligibilité est déterminée par les professionnels de santé de la maternité selon des critères médicaux. Les mères, qui le souhaitent, bénéficient à leur sortie de maternité d'un suivi personnalisé par une sage-femme libérale de leur choix. La mise en relation, entre la mère et la sage-femme choisie, est facilitée par l'intermédiaire de conseillers de l'Assurance Maladie. Ces derniers sont à la disposition des mères pour répondre à leurs questions.

Des discussions avec les représentants des sages-femmes libérales sont en cours pour définir les conditions de la généralisation de cette expérimentation dans le cadre de leur convention.

Parallèlement, une autre expérimentation est actuellement en cours sur **le retour à domicile après intervention chirurgicale orthopédique**.

D'autres dispositifs pourront être mis en place pour favoriser l'accompagnement et le suivi à domicile de certaines pathologies pour éviter les hospitalisations. Ils pourront s'appuyer sur les nouveaux outils disponibles dans le cadre du déploiement de la télémedecine.

¹⁰ Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement, Etudes et résultats N°660 – septembre 2008 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Améliorer la répartition de l'offre sur le territoire

Favoriser l'accès aux soins de tous les assurés sur le territoire constitue l'une des priorités fortes des partenaires conventionnels. En effet, la convention médicale doit apporter des réponses pour garantir, en coordination avec les pouvoirs publics, l'accessibilité, la continuité et la permanence des soins sur l'ensemble du territoire national.

En 2010, plus de 115 000 médecins libéraux étaient installés en France métropolitaine, soit une densité de 183 pour 100 000 habitants. Si cette densité se situe dans la moyenne des pays européens, elle recouvre d'importantes disparités entre les départements et au sein de chacune de ces zones.

Aujourd'hui, la répartition inégalitaire des professionnels de santé, dont les médecins pose d'ores et déjà des problèmes d'accès aux soins, dans les zones très sous dotées voire sous dotées.

Dans ce cadre, les partenaires conventionnels ont souhaité mettre en place une politique structurante pour privilégier l'implantation des médecins dans ces zones et maintenir l'activité de ceux qui y sont installés.

1. L'option Démographie

L'avenant 20 à la convention médicale de 2005, mis en place en 2007, prévoyait une incitation financière (aide à l'activité) pour les médecins généralistes de secteur 1¹¹, exerçant ou s'installant en zones sous denses.

Le bilan dressé souligne que ce dispositif a eu un effet significatif en permettant de stabiliser l'offre médicale dans ces zones, voire de l'améliorer légèrement. Ainsi, entre 2007 et 2010, les zones déficitaires ont enregistré une augmentation des effectifs de médecins de près de 3% alors que les zones non déficitaires ont connu une stabilisation de leurs effectifs entre 2007 et 2009 et même une décade en 2010.

Toutefois le dispositif nécessitait d'être adapté pour tenir compte de la mise en place des nouveaux zonages et le rendre plus incitatif à l'installation en améliorant son efficience.

Les partenaires conventionnels ont donc souhaité, dans cette nouvelle convention, redéfinir le dispositif existant.

Dans ce cadre, la convention médicale met en place un nouveau dispositif, l'option Démographie, qui pourra être déployée sur le territoire lorsque les Agences Régionales de Santé définiront les nouvelles zones concernées (début 2012).

Les partenaires conventionnels ont souhaité ouvrir cette option à un nombre plus important de médecins, pour favoriser son déploiement et maximiser son impact.

- **L'option Démographie est désormais proposée à tous les médecins libéraux, de secteur 1 et aux médecins de secteur 2 qui s'engagent à appliquer les tarifs**

¹¹ Ainsi que les médecins en secteur 2 avec option de coordination.

opposables dans les zones déficitaires concernées. Elle concerne les médecins s'installant ou déjà installés, qui réalisent au moins 2/3 de leur activité auprès de patients résidant dans la zone.

- **L'option favorise la coordination des soins et les échanges entre professionnels de santé.** Elle s'adresse ainsi :
 - aux médecins exerçant en groupe : il s'agit de professionnels de santé (dont au moins 1 médecin) exerçant dans les mêmes locaux
 - aux médecins membres d'un pôle de santé¹² : il s'agit de professionnels de santé, engagés dans une démarche de collaboration, qui assurent des activités de soins de 1^{er} ou de 2nd recours

Le périmètre de l'option Démographie est ainsi plus large que celui prévu dans l'avenant 20, qui concernait uniquement les médecins généralistes de secteur 1, exerçant en groupe avec au moins un autre médecin généraliste.

- A l'instar de l'avenant 20, le médecin adhérent à cette option s'engage à s'installer dans la zone **pour une durée de 3 ans et à contribuer à la continuité et à la permanence des soins** :
 - Faire appel à des remplaçants ou s'organiser avec un praticien du groupe ou du pôle de santé pour répondre aux besoins de sa patientèle
 - Permettre la réalisation de vacations, au sein du cabinet, de médecins spécialistes ou d'auxiliaires médicaux
 - Participer à la permanence des soins
- En contrepartie, les médecins adhérents bénéficient à la fois d'une aide à l'installation et d'une aide à l'activité, majorée en fonction de leur mode d'exercice :
 - Médecins exerçant en groupe : ils bénéficient d'une aide à l'investissement de 5000 € par an pendant 3 ans et une aide à l'activité représentant 10% de leurs honoraires annuels (consultations et visites) plafonnée à 10 000 € par an.
 - Médecins membres d'un pôle de santé : l'aide à l'investissement s'élève à 2 500 € par an (sur 3 ans) et l'aide à l'activité à 5% de leurs honoraires (consultations et visites) plafonnée à 5 000 € par an.

2. L'option Santé Solidarité Territoriale

La convention médicale introduit un nouveau dispositif, complémentaire à l'option démographique et permettant de répondre à une des difficultés majeures à laquelle les médecins sont confrontés en zone déficitaire : la possibilité de se faire remplacer en cas d'absence.

Pour répondre à cet enjeu, les partenaires conventionnels instituent une forme nouvelle de solidarité territoriale entre praticiens en créant **l'option Santé Solidarité Territoriale**.

Concrètement, les médecins installés dans une zone où les besoins de soins sont satisfaits mais située à proximité d'une zone sous-dotée peuvent désormais apporter de l'aide à leurs confrères en consacrant une partie de leur temps médical à cette zone sous-dotée.

¹² Pôle de santé défini à l'article L 6323-4 du code de la santé publique

- **L'option s'adresse à l'ensemble des médecins libéraux, de secteur 1 ou 2, s'engageant à appliquer les tarifs opposables dans les zones concernées** (zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits).
- Le médecin adhérent s'engage à **exercer au minimum 28 jours par an** dans une zone sous-dotée (cf ci-dessus), pour une durée de 3 ans.
- En échange de son investissement en zone déficitaire, le médecin bénéficie d'une rémunération complémentaire correspond à **10% de son activité (C + V) dans la zone dans la limite d'un plafond fixé à 20 000 €** Cette rémunération prend en compte les investissements éventuellement réalisés.

Dans le cadre des instances paritaires conventionnelles, les deux options mises en place pour améliorer la répartition de l'offre de soins sur le territoire seront régulièrement suivies et évaluées afin d'en évaluer l'impact.

Développer le tiers-payant au profit des assurés sociaux

Pour les assurés qui ont des revenus modestes, éviter d'avoir à faire l'avance des frais favorise l'accès aux soins. Le déploiement de la carte Vitale a aussi contribué à améliorer l'accès aux soins en réduisant de manière significative les délais de remboursements et, aujourd'hui, l'utilisation de la carte Vitale chez un professionnel de santé permet à l'assuré d'être remboursé en moins de 7 jours.

La convention entend **promouvoir le tiers-payant au profit des assurés qui en ont le plus besoin**, pour les soins les plus coûteux et pour les actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins.

1. Développer le tiers-payant social pour les bénéficiaires de l'Aide à la Complémentaire Santé

L'ACS est une aide au financement d'une couverture maladie complémentaire financière à l'achat d'une assurance santé auprès d'un organisme complémentaire (souscrit auprès d'une mutuelle, une société d'assurance ou un institut de prévoyance).

Cette aide concerne toutes les personnes dont les ressources sont faibles mais légèrement supérieures au plafond ouvrant droit à la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire. La fourchette de revenu concernée est entre 630 et 800 € mensuels pour une personne seule, entre 1 330 et 1 680 € pour un couple avec deux enfants.

Le montant de l'ACS varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer et couvertes par le contrat : 100 € pour les jeunes de moins de 16 ans, 200 € pour les personnes âgées de 16 à 49 ans, 350 € par personne âgée de 50 à 59 ans, 500 € pour celles âgées de 60 ans et plus.

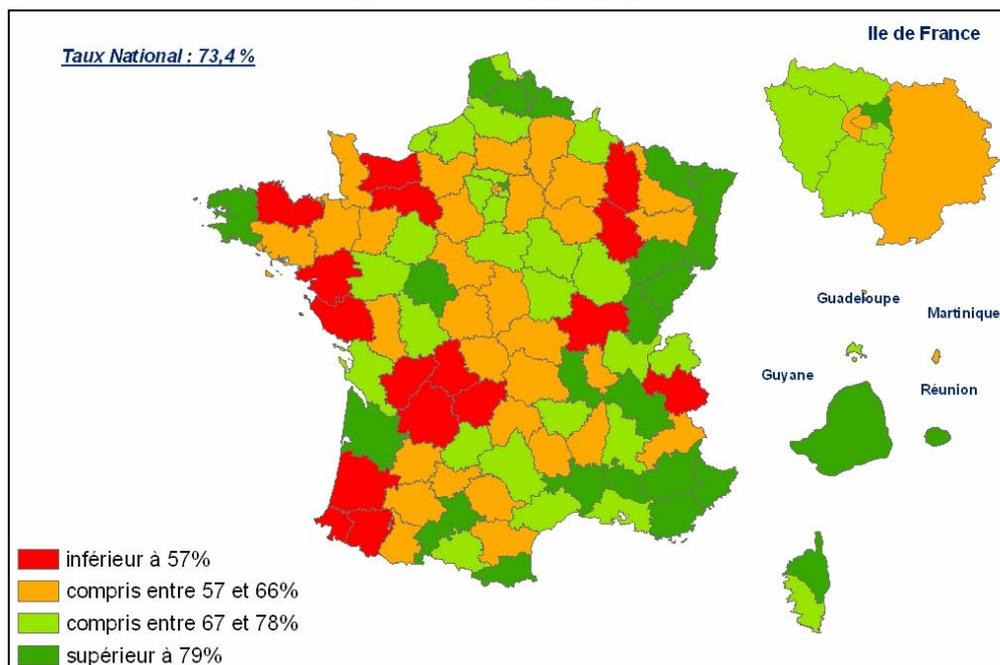
Les bénéficiaires de l'ACS sont dispensés de l'avance des frais pour leurs soins réalisés dans le cadre du parcours de soins coordonné : c'est la procédure dite de « **tiers-payant social** ».

Les assurés concernés et leurs ayants droit reçoivent à leur demande une **attestation de tiers-payant social** de la part des organismes d'assurance maladie dont ils dépendent. Ce document leur permet de ne pas avancer de frais lors de leurs consultations ou de soins dispensés dans le cadre du parcours de soins coordonné. Les médecins disposent aussi de cette information grâce aux télé services de l'Assurance Maladie.

Cependant, on constate que ce dispositif n'est pas systématiquement appliqué aujourd'hui puisque **dans un quart des cas, les assurés bénéficiaires de l'ACS ne se voient pas offrir la dispense d'avance de frais.**

L'Assurance Maladie va donc informer plus largement l'ensemble des médecins, en particulier les médecins traitants, des droits au tiers-payant social.

Evolution du taux de tiers payant social
Bénéficiaires de l'Aide à la Complémentaire Santé
Accès Médecin Traitant
(Données relatives au 1er trimestre 2011)



Au-delà du tiers-payant social pour les bénéficiaires de l'ACS et des cas prévus par la loi, la dispense d'avance de frais s'applique toujours dans les cas suivants :

- actes particulièrement coûteux (dont le tarif est supérieur à 120 €)
- dans le cadre de la permanence des soins, à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel

2. Favoriser le tiers-payant dans certaines situations spécifiques

Au-delà des cas prévus par la loi (CMU-C, accidents du travail,...) et du tiers-payant social à destination des bénéficiaires de l'ACS, **la convention médicale prévoit désormais que les médecins traitants, lorsqu'ils sont confrontés à des patients en difficulté financière, pourront accorder ponctuellement le tiers-payant à d'autres patients qui le nécessiteraient.**

Maîtriser les dépassements d'honoraires

Pour certaines spécialités ou dans certaines zones géographiques, l'existence d'importants dépassements d'honoraires peut générer des difficultés d'accès aux soins ou d'importants restes à charge pour les assurés, notamment les plus modestes.

En 2010, 1 médecin sur 4 en moyenne exerçait en secteur à honoraires libres¹³ et facturait à ce titre des compléments d'honoraires aux tarifs conventionnels. Cette proportion est nettement plus élevée parmi les médecins spécialistes¹⁴ avec plus de 4 médecins sur 10. En outre, les données récentes sur l'installation des jeunes médecins spécialistes montrent une accentuation de ce phénomène : plus de 6 médecins spécialistes sur 10 s'installent dans ce secteur en 2010.

Parallèlement, depuis 1985, le niveau des dépassements d'honoraires des médecins spécialistes n'a cessé de progresser.

Pour les partenaires conventionnels, la maîtrise et la lisibilité des tarifs, ainsi que la prise en charge coordonnée des soins par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire apparaissent nécessaires pour garantir un meilleur accès aux soins.

Les partenaires conventionnels s'accordent pour mettre en place le protocole d'accord tripartite (syndicats représentatifs, Uncam et Unocam) conclu le 15 octobre 2009 pour la création d'un nouveau secteur optionnel.

- Ce nouveau secteur concerne **les médecins de secteur 2 ou titulaires du droit permanent à dépassement** et exerçant en plateaux techniques lourds (chirurgie, anesthésie réanimation, gynécologie obstétrique).
- Les médecins adhérant à ce secteur s'engageront à :
 - **réaliser 30% ou plus de leurs actes au tarif opposable,**
 - **facturer pour les autres actes des compléments d'honoraires inférieurs ou égaux à 50%**¹⁵
 - réaliser un volume d'actes suffisant pour la sécurité des soins
 - remettre au patient une information détaillée et préalable à l'intervention sur ses tarifs, pré et post opératoires
 - s'inscrire dans une démarche de qualité des pratiques professionnelles : mise en œuvre des recommandations de la Haute Autorité de Santé, des outils de suivi sur la pertinence et la qualité des actes.
- *En contrepartie, l'Assurance Maladie participerait au financement des cotisations sociales du praticien, pour l'activité réalisée en tarifs opposables. Par ailleurs, chaque trimestre, elle transmettra aux médecins un document de suivi sur leurs différents engagements, afin de faciliter le suivi de leur activité.*

¹³ Les médecins de ce secteur sont toutefois assujettis au respect du tact et de la mesure.

¹⁴ Hors spécialistes de médecine générale

¹⁵ sur la base de remboursement de l'acte y compris les modificateurs (J et K notamment)

- **Les parties conventionnelles entendent favoriser l'adhésion d'une grande majorité de médecins en secteur 2.** Dans ce cadre, ils se fixent pour objectif d'atteindre à l'issue des 3 ans de durée une offre à tarif opposable et maîtrisé à hauteur de :
 - 80% pour l'anesthésie - réanimation
 - 55% pour la chirurgie

- Les syndicats de médecins signataires et l'Assurance Maladie souhaitent que **les organismes complémentaires prennent en charge les compléments d'honoraires maîtrisés des médecins adhérant au secteur optionnel.**
Ils incitent, par ailleurs, les organismes complémentaires, à informer leurs adhérents et assurés sur les praticiens ayant choisi le secteur optionnel et sur leurs engagements en termes de tarifs et de qualité de pratiques.

L'Unocam (Union nationale des organismes complémentaires d'Assurance Maladie) a confirmé sa volonté de voir aboutir les négociations sur ce nouveau secteur. Dans ce cadre, les parties conventionnelles souhaitent qu'un avenant spécifique soit conclu avant le 30 septembre 2011.

L'UNCAM signera cet accord sous réserve de la prise en charge de ce secteur par les organismes complémentaires.

Accélérer l'informatisation des cabinets médicaux

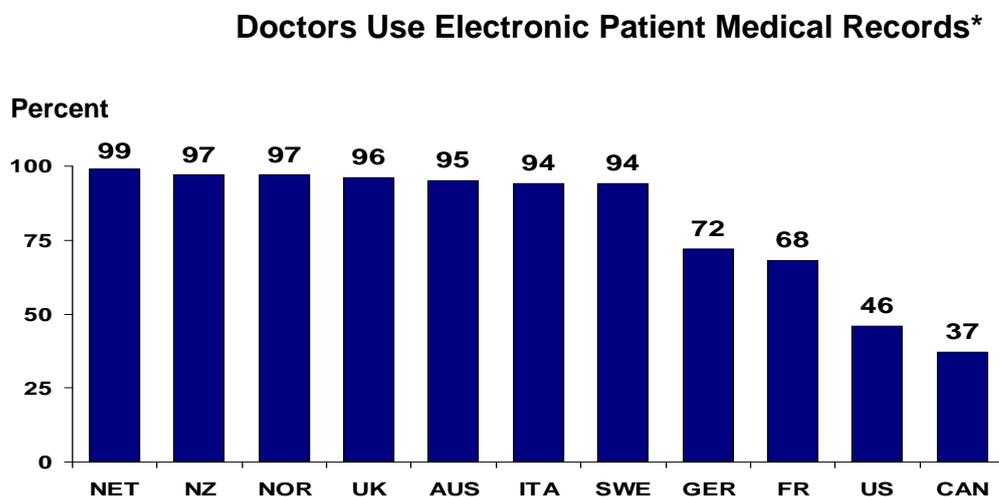
L'informatisation des cabinets médicaux figure parmi les axes prioritaires de la nouvelle convention médicale car elle constitue un levier majeur d'amélioration de la qualité des pratiques. Cette priorité concerne l'ensemble des médecins et des professionnels de santé. Les enjeux sont d'autant plus importants que la France est en retrait au regard d'autres pays européens.

1. Un développement en retrait par rapport à d'autres pays

Selon une enquête internationale¹⁶ menée auprès des médecins généralistes dans onze pays (Allemagne, Australie, Canada, France, Etats-Unis, Italie, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suisse), la France est en décalage en matière d'équipement informatique des médecins.

Seulement 68 % des généralistes français ont recours à des dossiers médicaux électroniques alors que plus de 90% des médecins les utilisent dans 7 des pays interrogés (Pays-Bas, Norvège, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni, Australie, Suède, Italie).

Tableau 1. Proportion de médecins qui utilisent des dossiers médicaux électroniques (or systèmes de facturation)



Source: 2009 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians.

¹⁶ The Commonwealth Fund 2009 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians in Eleven Countries – November 2009

2. Un levier majeur d'amélioration de la qualité de service au bénéfice du patient

L'informatisation et l'utilisation de logiciels adaptés à la pratique médicale constituent un levier majeur d'amélioration de la qualité de service au bénéfice du patient, notamment en ce qui concerne la prescription de médicaments et plus largement l'aide à la décision, les échanges d'informations entre professionnels de santé, le suivi des patients.

L'Assurance Maladie et les partenaires s'engagent à favoriser dans le cadre de la convention et de la mise en place d'une rémunération sur objectifs de santé publique (cf fiche 1 – Axe 1 – p 7) :

- la tenue d'un dossier médical informatisé,
- l'utilisation de logiciels d'aide à la prescription certifiés pour optimiser le suivi des patients et leur prise en charge,
- l'informatisation permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices,
- l'affichage sur le site ameli et dans les cabinets médicaux des horaires de consultation et des modalités d'organisation des cabinets,
- la rédaction d'une synthèse annuelle par le médecin traitant.

Les partenaires conventionnels souhaitent, en outre, mener à terme une réflexion sur la dématérialisation de la prescription.

3. Généraliser la facturation électronique

Les caisses d'Assurance Maladie reçoivent plus de 1,1 milliard de demandes de remboursement chaque année. Plus de 10 ans après la mise en place de la carte Vitale, la dématérialisation des feuilles de soins a permis de simplifier les échanges avec les professionnels de santé et les assurés. L'utilisation de la carte Vitale permet aux assurés d'être remboursés en moins de 7 jours, sans formalités administratives ni coûts d'affranchissement.

C'est la solution majoritairement privilégiée par les professionnels de santé puisque **78% des médecins télétransmettent des feuilles de soins électroniques à leur caisse d'assurance maladie : 80% des généralistes et 74% des spécialistes en 2011**. Ce taux a fortement progressé en deux ans : 75,5% en 2009 pour les généralistes et 64% pour les spécialistes ; 78% en 2010 pour les généralistes et 69% pour les spécialistes.

Pourtant, l'Assurance Maladie reçoit encore près de 110 millions de feuilles de soins papier de la part des médecins. Le traitement d'une feuille de soins papier coûte 6 fois plus cher à l'Assurance Maladie ce qui représente 200 millions d'euros d'économies potentielles.

A travers cette convention, l'Assurance Maladie et ses partenaires s'engagent à généraliser la facturation électronique pour simplifier les échanges des médecins avec leur caisse d'assurance maladie et faciliter les démarches des assurés.

Dans ce cadre, seuls les médecins qui atteignent un taux de télétransmission de 66% au moins peuvent bénéficier de la rémunération complémentaire pour le volet « Organisation du cabinet et qualité de service (cf Fiche 1 – Axe 1).

Simplifier les échanges entre l'Assurance Maladie et les médecins

1 – Poursuivre l'enrichissement et le développement des télé services dédiés aux professionnels de santé.

Dans la convention médicale, l'Assurance Maladie réaffirme sa volonté d'enrichir et de développer de nouveaux services en ligne pour en faire le principal vecteur des démarches médico-administratives des professionnels de santé.

Facteur de gain de temps, d'une meilleure maîtrise des coûts de gestion du système de soins, le recours aux téléservices facilite l'exercice professionnel des médecins.

Par ailleurs, afin d'en améliorer l'usage et l'accès, l'Assurance Maladie s'engage à favoriser leur intégration progressive dans les logiciels métiers.

▪ Des informations administratives disponibles en ligne

Grâce à l'espace professionnel qui leur est dédié sur le site de l'Assurance Maladie ameli.fr (Votre Espace Pro), les médecins peuvent accéder à différents services : droits de leurs patients, liste des patients les ayant choisis comme médecin traitant, commande d'imprimés, de tests de diagnostic rapide pour l'angine, envoi de courriers électroniques à leur caisse primaire de rattachement.

Ils peuvent aussi suivre aussi plus facilement les versements effectués par l'Assurance Maladie.

▪ Les services en ligne dans le nouveau portail « Espace Pro »

Depuis le mois de janvier, l'Assurance Maladie a mis à la disposition des professionnels de santé un nouvel « Espace Pro ».

Résultant de la fusion du compte ameli PS et de l'Espace Pro, ce nouveau portail, plus ergonomique et facile d'utilisation, offre désormais **un accès unique à l'ensemble des services en ligne proposés aux médecins** et professionnels de santé.

Assurance Maladie

Espace pro

Le nouvel espace des professionnels de santé

Déjà inscrit ?

Saisissez votre numéro d'Assurance Maladie

Saisissez votre code d'accès

Code d'accès oublié ou compte bloqué ?

Valider

Pour les utilisateurs de Votre Espace pro

Accès direct à votre compte avec votre carte CPS

>> Info

Des informations pour chaque profession

Vous souhaitez accéder rapidement et directement aux informations générales qui vous concernent, sélectionnez votre profession :

Sélectionner votre profession

Nous avons amélioré votre portail. La hotline est à votre disposition au numéro suivant 0 811 709 710 du lun au vendredi de 8h à 18h.

Votre avis nous intéresse : enquête en ligne

S'inscrire à Espace pro

Demander un accès à Espace pro

Saisissez votre numéro d'Assurance Maladie

Valider

Le protocole de soins électroniques (PSE)

Le médecin traitant joue un rôle pivot dans la coordination de la prise en charge des patients avec les autres professionnels de santé. C'est lui qui rédige le protocole de soins qui ouvre droit à une prise en charge à 100% des soins en rapport avec une affection de longue durée (ALD).

Depuis 2009, les médecins peuvent remplir ce protocole de soins en ligne, le transmettre de manière dématérialisée au service médical de l'Assurance Maladie et ainsi d'obtenir rapidement un retour.

L'avis d'arrêt de travail dématérialisé

Ce service permet de saisir en ligne un avis d'arrêt de travail, de l'adresser sans délai au service médical de l'Assurance Maladie dont dépend le patient et de produire le volet destiné à l'assuré. Il comprend également une aide à la rédaction : données administratives pré-remplies, menus déroulants permettant de choisir le motif d'arrêt de travail adapté, suggestions de durée pré-remplies pour 19 pathologies (ces données sont modifiables afin de s'adapter aux cas particuliers que le professionnel de santé aurait identifiés).

La généralisation de ce service devrait s'achever d'ici fin 2011.

La déclaration en ligne du médecin traitant

Ce service permet d'effectuer en ligne une déclaration de médecin traitant dématérialisée. La validation de la déclaration ou sa modification est télétransmise, en temps réel, à la caisse d'Assurance Maladie du patient.

Aujourd'hui, 95 000 médecins libéraux utilisent leur compte « Votre espace pro ».

2 – Accompagner les médecins dans leur pratique

La simplification des échanges entre l'Assurance Maladie et les médecins réside également dans l'amélioration des relations directes qu'ils entretiennent avec leur caisse de rattachement. A ce titre, la nouvelle convention favorise des échanges personnalisés avec des correspondants identifiés.

- **Un numéro d'appel dédié aux professionnels de santé**

Désormais, les médecins peuvent composer un numéro d'appel non surtaxé qui leur est dédié.

Les demandes ayant trait à la situation et aux droits des patients, les paiements, les rejets et les commandes d'imprimés feront l'objet d'une réponse sans renvoi à un second niveau d'expertise. En revanche, les questions plus spécifiques et techniques, relatives par exemple, à l'application de la convention ou à l'orientation vers le service médical pourront justifier un second niveau d'expertise avec réponse immédiate ou différée.

- **Des échanges avec les praticiens conseils et les délégués de l'Assurance Maladie optimisés**

Afin de mieux prendre en compte les contraintes d'organisation et d'agendas des médecins, la convention médicale propose de **planifier le calendrier de rencontres annuelles avec les praticiens conseils et les délégués de l'Assurance Maladie en début d'année.**

Cette nouvelle organisation leur permettra d'avoir une meilleure visibilité des rencontres prévues au cours de l'année et par conséquent leur permettra de les anticiper et de mieux les préparer, notamment au regard des questions qu'ils souhaitent leur poser. Un suivi des thèmes abordés au fil des visites sera établi.

- **Des conseillers en informatique pour accompagner les médecins**

Chaque caisse dispose désormais de « Conseillers informatiques service » chargés d'accompagner les professionnels de santé et notamment les médecins.

Ceux-ci interviennent à la fois pour les aider au moment de leur informatisation et pour les conseiller sur l'utilisation des différents services proposés par l'Assurance Maladie dans le cadre de la dématérialisation des échanges (outils de facturation par télétransmission, téléservices intégrés ou non à leur logiciel métier).

ANNEXES

I – Suivi des pathologies chroniques

Diabète

Huit indicateurs

Les enjeux : Le diabète est une maladie dont les complications peuvent être sévères. La loi de santé publique de 2004 a inscrit au nombre de ses objectifs relatifs au diabète d'assurer une surveillance conforme aux recommandations de bonne pratique pour 80% des malades diabétiques en 2008 et de réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète notamment des complications cardiovasculaires.

Outre la nécessité d'une prévention et d'un diagnostic précoce de la maladie, les recommandations de bonnes pratiques mettent l'accent sur la recherche de la normalisation glycémique, sur le dépistage précoce des complications, et enfin sur la prévention et la correction des facteurs de risque cardiovasculaire modifiables (hypertension artérielle, anomalies lipidiques, tabagisme, risque thrombotique).

Le diabète est associé à un risque élevé de maladies cardiovasculaires (risque de 2 à 4 fois plus élevé qu'en l'absence de diabète). Une prise en charge volontariste des facteurs de risque cardiovasculaire, dont la dyslipidémie, est nécessaire.

Situation actuelle : En France, selon l'InVS, le nombre de diabétiques traités en France a atteint 2,9 millions en 2009. Des chiffres qui confirment une « véritable épidémie » qui continue de progresser. Entre 2000 et 2009, la prévalence du diabète traité a progressé de 2,6% à 4,4%.

Les indicateurs

1. Le nombre de dosage de l'HbA1c par an

Les enjeux : L'optimisation du contrôle de la glycémie est un aspect fondamental de la prise en charge du diabète. L'amélioration du contrôle de la glycémie réduit le risque de complications micro vasculaires chez les patients atteints d'un diabète de type 1 ou de type 2.

Le suivi du contrôle glycémique du diabète doit reposer sur le dosage de l'HbA1c effectué tous les 3 à 4 mois.

Situation actuelle : Fin 2010, en France, selon les données de la CNAMTS, 44 % seulement des personnes diabétiques suivies par des médecins traitants ont bénéficié de trois à quatre dosages de l'HbA1c dans l'année.

Objectif : que 65 % de patients bénéficient de 3 à 4 dosages d'HbA1c par an

Calcul de l'indicateur : Nombre de patients traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme « médecin traitant » et bénéficiant de 3 à 4 dosages d'HbA1c dans l'année parmi l'ensemble des patients traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ». Le seuil minimal de patients requis pour l'indicateur est de 10.

2. Le résultat du dosage d'HbA1c < 8,5 %

Les enjeux : Les objectifs glycémiques doivent être individualisés; toutefois, chez la plupart des patients atteints de diabète de type 2, le traitement doit viser un taux d'HbA1c d'environ 7,0 % afin de réduire le risque de complications microvasculaires.

Situation actuelle : Selon l'étude Entred en 2007, le taux d'HbA1c moyen était de 7,1% chez les patients diabétiques de type 2.

Objectif : que 90 % de patients diabétiques de type 2 atteignent un taux d'HbA1c < 8.5 %

Calcul de l'indicateur : Nombre de patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme médecin traitant dont les résultats du dosage d'HbA1c sont < 8.5 % parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme médecin traitant. Le seuil minimal de patients requis pour l'indicateur est de 10.

3. Le résultat du dosage d'HbA1c < 7.5 %

Objectif : que 80 % de patients diabétiques de type 2 aient des résultats de dosages d'HbA1c < 7.5 %

Calcul de l'indicateur : Nombre de patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme médecin traitant dont les résultats du dosage d'HbA1c sont < 7,5 % parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme médecin traitant. Le seuil minimal de patients requis pour l'indicateur est de 10.

4. Le résultat du dosage de LDL cholestérol < 1.5 g/l

Les enjeux : Les anomalies lipidiques représentent un facteur important de risque cardiovasculaire dans la population générale et en particulier chez le diabétique de type 2. Une valeur cible de LDL-CT <1.30 g/l est habituellement proposée chez le diabétique. Chez le diabétique à très haut risque (prévention secondaire notamment), on recommande d'abaisser cet objectif à 1 g/l.

Situation actuelle : Selon l'étude Entred, en 2007 la valeur moyenne du LDL cholestérol des sujets diabétiques de type 2 était de 1,06g/l. Environ 18% avaient un LDL cholestérol supérieur à 1,30g/l.

Objectif : que 90 % des patients diabétiques de type 2 aient un résultat de dosage de LDL cholestérol est < 1,5 g/l

Calcul de l'indicateur : Nombre de patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme médecin traitant dont les résultats du dosage de LDL cholestérol est < 1,5 g/l parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme médecin traitant. Le seuil minimal de patients requis pour l'indicateur est de 10.

5. Le résultat du dosage de LDL cholestérol < 1.3 g/l

Objectif : que 80 % des patients diabétiques de type 2 aient un résultat de dosage de LDL cholestérol < 1,3 g/l

Calcul de l'indicateur : Nombre de patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme médecin traitant dont les résultats du dosage de LDL cholestérol est < 1,3 g/l parmi

l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme médecin traitant. Le seuil minimal de patients requis pour l'indicateur est de 10.

6. Surveillance du fond d'œil

Les enjeux : Le dépistage de la rétinopathie a pour objectif de prévenir les complications oculaires du diabète. Plusieurs recommandations françaises et internationales préconisent d'adapter la périodicité du dépistage selon le patient, en retenant, l'absence de rétinopathie diabétique et de facteur de risque, des intervalles de dépistage supérieurs à un an.

Situation actuelle : Selon l'étude Entred, 76% des diabétiques de type 2 ont bénéficié d'un fond d'œil dans les 2 ans.

Objectif : que 80 % des patients bénéficient d'un fond d'œil dans les deux ans.

Le calcul de l'indicateur : nombre de patients traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme médecin traitant et bénéficiant d'une consultation ou d'un examen du fond d'oeil ou d'une rétinographie dans les deux ans rapporté à l'ensemble des patients traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme médecin traitant. Le nombre minimal de patients requis pour l'indicateur est de 10.

7. Prévention cardiovasculaire des patients à haut risque par une statine

Les enjeux : L'introduction d'une statine dans le traitement des malades diabétiques à haut risque cardio-vasculaire (en prévention secondaire ou à risque équivalent), est préconisé quel que soit le niveau du LDL-cholestérol. Cette statine doit avoir montré son efficacité en prévention cardiovasculaire chez le diabétique. En France, seules la simvastatine et l'atorvastatine comportent cette indication dans leur autorisation de mise sur le marché.

Situation actuelle : En 2010 environ 57% des patients diabétiques hypertendus recevaient un traitement par statine.

Objectif : que 75 % de patients diabétiques à haut risque cardiovasculaire soient traités par une statine.

Calcul de l'indicateur : Nombre de patients traités par antidiabétiques dont l'âge est > 50 ans pour les hommes et > 60 ans pour les femmes et traités par antihypertenseurs et statines ayant choisi le médecin comme médecin traitant parmi l'ensemble des patients de mêmes tranches d'âge traités par antidiabétiques et antihypertenseurs ayant choisi le médecin comme médecin traitant. Le seuil minimal de patients requis pour l'indicateur est de 10.

8. Prévention cardiovasculaire des patients à haut risque par l'aspirine faible dose

Les enjeux : En plus des facteurs de risque traditionnels de maladie cardiovasculaire comme le tabagisme, l'hypertension, l'hyperglycémie et la dyslipidémie, l'athérosclérose chez les personnes atteintes de diabète peut être accélérée. L'administration de faibles doses d'aspirine (75 mg à 300 mg) est recommandée chez le diabétique à haut risque cardiovasculaire en prévention primaire en association au traitement hypolipémiant. L'American Diabetes Association, l'American Heart Association et l'American College of Cardiology ont émis en 2010 des recommandations conjointes en faveur du traitement.

Situation actuelle : En 2010 environ 44% des patients concernés étaient traités par aspirine.

Objectif : que 65 % de patients diabétiques à haut risque cardiovasculaires soient traités par aspirine.

Calcul de l'indicateur : Nombre de patients diabétiques dont l'âge est > 50 ans pour les hommes et > 60 ans pour les femmes et traités par antihypertenseurs et statines et bénéficiant d'un traitement par aspirine faible dosage ayant choisi le médecin comme médecin traitant, rapporté à l'ensemble des patients MT diabétiques de mêmes tranches d'âge traités par antihypertenseurs et statines ayant choisi le médecin comme médecin traitant. Le seuil minimal de patients requis pour l'indicateur est de 10.

Hypertension artérielle

Les enjeux : L'hypertension artérielle (HTA) est l'un des principaux facteurs de risque vasculaire. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 62 % des affections vasculaires cérébrales et près de la moitié des cardiopathies ischémiques (notamment des infarctus du myocarde) sont attribuées à une pression artérielle élevée. La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 a fixé un objectif de réduction de la pression artérielle systolique moyenne dans la population afin de contribuer à la réduction du risque cardio-vasculaire. La prévention, la détection et le traitement optimal de l'HTA permettent de réduire le risque vasculaire global. L'HTA peut être traitée par des mesures hygiéno-diététiques et par des traitements pharmacologiques appropriés.

Situation actuelle : L'Etude nationale nutrition santé (ENNS) estime à 31% la prévalence de l'HTA dans la population âgée de 18 à 74 ans résidant en France métropolitaine. Cette étude a montré par ailleurs l'insuffisance du contrôle effectif des chiffres tensionnels. Ainsi, 50,4 % des personnes hypertendues sont traitées, et parmi ces dernières, 50,9 % seulement ont une pression artérielle suffisamment abaissée.

Objectif : que 60 % de patients traités par antihypertenseurs aient une pression artérielle inférieure ou égale à 140/90 mmHg.

Calcul de l'indicateur : nombre de patients médecin traitant traités par antihypertenseurs dont la pression artérielle est inférieure ou égale à 140/90 mmHg, rapporté à l'ensemble des patients médecin traitant traités par antihypertenseurs. Le seuil minimal de patients requis pour l'indicateur est de 20.

II – Prévention

Vaccination contre la grippe saisonnière

Deux indicateurs

1. Chez les sujets de plus de 65 ans

Les enjeux : La grippe saisonnière concerne en moyenne chaque année 2.5 millions de personnes en France. Chez les patients à risque, la vaccination vise à réduire le risque de décès et de complications.

Les personnes âgées sont exposées à un risque accru de complications de la grippe saisonnière, 90% des décès liés à la grippe surviennent chez des personnes âgées de 65 ans et plus. La loi de santé publique a fixé un objectif d'atteinte du taux de couverture vaccinale d'au moins 75% dans tous les groupes à risque dont celui des personnes âgées de plus de 65 ans.

Situation actuelle : A l'issue de la campagne 2010 le taux de couverture atteignait 57 % pour les plus de 65 ans.

Objectif : que 75 % des patients de plus de 65 ans soient vaccinés.

Calcul de l'indicateur : nombre de patients médecin traitant âgés de 65 ans ou plus vaccinés, rapporté à l'ensemble des patients médecin traitant de 65 ou plus. Le seuil minimal de patients requis pour l'indicateur est de 20.

2. Chez les patients en ALD ciblés par la campagne de vaccination

Les enjeux : Les personnes atteintes de certaines maladies chroniques sont particulièrement vulnérables. Le Haut Conseil de la santé publique, dans son avis 2010-2011, insiste sur le risque de formes graves et de décès chez les sujets de moins de 65 ans ayant des facteurs de risque notamment certaines populations en ALD.

Situation actuelle : La couverture vaccinale est de 40,1% en 2010 pour les patients en ALD ciblés par la campagne de vaccination saisonnière annuelle.

Objectif : que 75 % des patients âgés de 16 à 64 ans en ALD concernés soient vaccinés.

Calcul de l'indicateur : nombre de patients médecin traitant âgés de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne de vaccination de la grippe saisonnière et vaccinés, rapporté à l'ensemble des patients médecin traitant âgés de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne. Le seuil minimal de patients requis pour l'indicateur est de 10.

Dépistage du cancer du sein

Enjeux : En France, le cancer invasif du sein est au premier rang de l'ensemble des cancers de la femme avec environ 50 000 nouveaux cas estimés par an. Le cancer du sein est la principale cause de mortalité chez les femmes (près de 11 000 décès par an). La détection précoce améliore le pronostic du cancer et permet des interventions chirurgicales moins mutilantes.

En France, le programme national de dépistage organisé du cancer du sein, généralisé depuis 2004, propose aux femmes de 50 à 74 ans une mammographie bilatérale tous les deux ans, avec seconde lecture et prise en charge intégrale par l'Assurance Maladie. Les femmes ont également la possibilité d'effectuer un dépistage individuel « hors programme ». Le Haut conseil de la santé publique a proposé en avril 2010 des objectifs de 65% de participation au dépistage organisé et de 80% de couverture totale.

Situation actuelle : En 2010, l'Institut national de veille sanitaire (InVS) évalue à 65 % le taux de dépistage global (52,3% dans le cadre du dépistage organisé et environ 10 % de dépistage individuel).

Objectif : que 80% des femmes âgées de 50 à 74 ans aient bénéficié d'une mammographie dans les deux ans.

Calcul de l'indicateur : nombre de patientes médecin traitant âgées de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein, rapporté au nombre de patientes médecin traitant âgées de 50 à 74 ans. Le nombre minimal de patientes requis pour l'indicateur est de 20.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Enjeux : En France, le cancer du col de l'utérus est le douzième cancer chez la femme par sa fréquence et provoque près de 1000 décès par an. Pourtant, il est possible, grâce au dépistage, de détecter des lésions précancéreuses et cancéreuses du col et de pouvoir ainsi mieux soigner voire prévenir l'apparition d'un cancer. Le cancer du col de l'utérus est un cancer de très bon pronostic lorsqu'il est détecté et traité à un stade précoce avec plus de 90% de survie.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus, par frottis cervico-utérin (FCU), est recommandé chez les femmes de 25 à 65 ans tous les 3 ans (après 2 premiers frottis normaux effectués à 1 an d'intervalle). En fonction de l'histoire personnelle de chaque femme, le médecin pourra proposer un suivi plus rapproché. A ce jour, il n'existe pas de programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en dehors d'une expérimentation menée dans 13 départements. L'objectif fixé par la loi de santé publique est d'atteindre un taux de couverture du dépistage de 80 % pour les femmes de 25 à 69 ans.

Situation actuelle : L'estimation du taux de couverture par FCU fondé sur l'analyse de l'échantillon permanent inter régimes des bénéficiaires montrait un taux de 57% sur la période 2006-2008.

Objectif : que 80% des femmes âgées de 25 à 65 ans aient bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années

Calcul de l'indicateur : nombre de patientes médecin traitant âgées de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années, rapporté à l'ensemble des patientes

médecin traitant de plus de 25 à 65 ans. Le nombre minimal de patientes requis pour l'indicateur est de 20.

Antibiothérapie

Les enjeux : Chaque année, au sein des pays de l'Union Européenne, on estime que 25 000 patients meurent d'une infection à des bactéries multi- résistantes vis à vis desquelles les ressources thérapeutiques s'épuisent. Inciter à un usage pertinent de l'antibiothérapie s'inscrit dans les objectifs de santé publique du Plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques. La consommation d'antibiotiques a diminué et 40 millions de prescriptions ont ainsi été évitées depuis 2002. Néanmoins les dernières données révèlent une tendance à la reprise de la consommation d'antibiotiques et parallèlement, la résistance aux antibiotiques de certaines bactéries s'amplifie et menace ainsi l'efficacité de ces médicaments.

Situation actuelle : En France, en 2009, les infections virales (de type bronchite, rhino-pharyngite et syndrome grippal) et l'angine représentent 40% des prescriptions d'antibiotiques en ville. A elles seules, les maladies virales représentent plus du quart des prescriptions d'antibiotiques. Pourtant les antibiotiques sont inutiles dans le traitement de ces infections car ils n'agissent pas sur les virus. Parmi ces infections virales, la bronchite aiguë est celle qui est le plus souvent traitées, alors que les antibiotiques sont, selon les recommandations, non indiqués car inutiles dans cette indication.

En 2009, 76 % des bronchites aiguës et 66% des angines diagnostiquées en ville ont été traitées par antibiotiques. L'angine est la 2ème cause de prescriptions en ville. Dans la plupart des cas elle est virale et le traitement antibiotique est réservé à son origine bactérienne qui est confirmée grâce au Test de Diagnostic Rapide (TDR). Au total, en 2010, on relevait une médiane de 42 prescriptions d'antibiotiques pour 100 patients.

Objectif : maximum 37 prescriptions d'antibiotiques / an pour 100 patients de 16 à 65 ans (hors patient en ALD)

Calcul de l'indicateur : nombre de traitement par antibiotiques pour les patients médecin traitant de 16 à 65 ans et hors patient en ALD, rapporté au nombre de patients médecin traitant de 16 à 65 ans. Le nombre minimal de patients requis pour l'indicateur est de 20 patients

Prévention des risques de iatrogénie médicamenteuse

Trois indicateurs

1. Vasodilatateurs

Enjeux : La France est un des pays européens dont les habitants consomment le plus de médicaments, ce qui augmente le risque d'effets indésirables, particulièrement chez les personnes de plus de 65 ans où ils sont deux fois plus fréquents. Ainsi l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) en 2005 souligne cette fréquence et relève que 10 à 20 % de ces effets indésirables conduisent à une hospitalisation.

La Haute Autorité de santé (HAS) préconise d'éviter les médicaments qui n'ont pas ou plus d'indication. Depuis 2006, la HAS recommande le déremboursement des vasodilatateurs dont le service médical rendu est jugé insuffisant (SMRI) par la Commission de

Transparence. Leur taux de remboursement est ainsi passé en 2010 de 35% à 15%. De plus, l'Afssaps a décidé en 2011, suite à réévaluation du rapport bénéfice/risque des médicaments à base de buflomédil, de suspendre l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) de toutes les spécialités concernées, dans l'attente des résultats de la réévaluation européenne qu'elle a demandée.

Situation actuelle : Fin 2010, 11.5% des patients âgés de plus de 65 ans étaient traités par un vasodilatateur.

Objectif : que 5% maximum des patients âgés de plus de 65 ans soient traités par un vasodilatateur.

Calcul de l'indicateur : nombre de patients médecin traitant âgés de plus de 65 ans traités, rapporté à l'ensemble des patients médecin traitant de plus de 65. Nombre minimal de patients requis pour l'indicateur est de 20.

2. Benzodiazépines à ½ vie longue – Pourcentage de patients de plus de 65 ans traités

Enjeux : En raison de leur efficacité sur l'anxiété et les difficultés d'endormissement, l'usage des benzodiazépines et molécules apparentées est répandu. Les patients âgés de plus de 65 ans en sont de forts consommateurs et sont particulièrement exposés à leurs effets secondaires. Ces médicaments sont effectivement impliqués dans de nombreuses chutes, de fractures, de troubles de la mémoire, de confusions, et d'accident de la voie publique. Chez les personnes âgées, compte tenu du risque d'accumulation augmenté lié au vieillissement des fonctions d'élimination, notamment rénale, les molécules à 1/2 vie courte, c'est-à-dire à élimination rapide, sont à privilégier.

Situation actuelle : Aujourd'hui en France, 1/3 des personnes âgées de plus de 65 ans et près de 40% des plus de 85 ans consomment, de façon régulière, des benzodiazépines et apparentés. Les benzodiazépines sont souvent prescrites de manière inappropriée en France, notamment chez la personne âgée. Fin 2010, 14.7 % des patients de plus de 65 ans consomment des benzodiazépines à 1/2 vie longue malgré les risques majorées d'effets indésirables.

Objectif : que 5% maximum des patients âgés de plus de 65 ans soient traités par une benzodiazépine à ½ vie longue.

Calcul de l'indicateur : nombre de patients médecin traitant âgés de plus de 65 ans traités, rapporté au nombre de patients MT âgés de plus de 65 ans. Le nombre minimal de patients requis pour l'indicateur est de 20 patients

3. Benzodiazépines – Durée de prescription

Enjeux : En raison de leur efficacité sur l'anxiété et les difficultés d'endormissement, l'usage des benzodiazépines et molécules apparentées est répandu. Les patients âgés de plus de 65 ans en sont de forts consommateurs et sont particulièrement exposés à leurs effets secondaires. Ces médicaments sont impliqués dans de nombreuses chutes, fractures, dans la survenue de troubles de la mémoire, de confusions et d'accident de la voie publique. Selon les recommandations, la durée de prescription des benzodiazépines doit être limitée à 4 à 12 semaines selon l'indication.

Situation actuelle : En France, de nombreux travaux soulignent qu'il existe une sur-prescription et une consommation prolongée des benzodiazépines notamment chez la

personne âgée. Tous âges confondus, 15% des traitements initiés au cours du 1er semestre 2010 sont d'une durée supérieure à 12 semaines...

Objectif : que moins de 12% des patients nouvellement traités par benzodiazépine aient un traitement de durée supérieure à 12 semaines.

Calcul de l'indicateur : nombre de patients médecin traitant ayant débuté un traitement par benzodiazépines à partir du 01.01.2012 et d'une durée supérieure à 12 semaines, rapporté au nombre de patients médecin traitant âgés ayant débuté un traitement sur la même période. Le nombre minimal de patients requis pour l'indicateur est de 5.

III – Optimisation des prescriptions / efficience

Prescription dans le répertoire des génériques

Cinq indicateurs

1. Antibiotiques

Les enjeux : Les recommandations relatives à l'antibiothérapie en pratique courante des infections respiratoires identifient les situations relevant d'une antibiothérapie et la nature de l'antibiothérapie recommandée. Quelle que soit la localisation de l'infection, les antibiotiques recommandés appartiennent, sauf cas particulier, à la classe des bêta-lactamines (pénicillines seules ou associées à un inhibiteur de bêta-lactamase, céphalosporines de 2ème ou 3ème génération) ou à la classe des macrolides. Les antibiotiques de ces classes thérapeutiques sont pour la plupart inscrits au répertoire des génériques. Le répertoire des génériques comporte un nombre important d'antibiotiques, permettant une prise en charge de la presque totalité des infections relevant d'une antibiothérapie en ville.

Situation actuelle : Fin 2010, 76.6 % des antibiotiques prescrits étaient dans le répertoire.

Objectif : que 90 % de prescriptions d'antibiotiques soient effectuées dans le répertoire des génériques

Calcul de l'indicateur : Prescription (en nombre de boîtes) d'antibiotiques dans le répertoire des génériques, rapporté à l'ensemble des antibiotiques prescrits (en nombre de boîtes). Le nombre minimal de boîtes requis pour l'indicateur est de 40.

2. Inhibiteurs de la pompe à protons

Les enjeux : Les IPP sont des médicaments très prescrits. Ils ont modifié la prise en charge des pathologies digestives hautes en particulier celle des ulcères gastriques et duodénaux et de l'oesophagite. Les cinq molécules existantes sont l'oméprazole (Mopral® et Zoltum®), le lansoprazole (Lanzor® et Ogast®), le pantoprazole (Inipomp® et Eupantol®), le rabéprazole (Pariet®), l'ésoméprazole (Inexium®). En 2011, seul le rabéprazole (Pariet®) n'est pas générique.

L'évaluation comparative des IPP réalisée en 2009 par la Commission de transparence de la Haute Autorité de Santé permet de conclure à une efficacité comparable de ces produits dans leurs différentes indications, à l'exception de l'oesophagite ulcéreuse.

Situation actuelle : En France, le taux de prescriptions d'IPP dans le répertoire générique est de 87 % en 2011.

Objectif : que 85% des IPP prescrits soient dans le répertoire.

Calcul de l'indicateur : Prescription (en nombre de boîtes) des IPP dans le répertoire des génériques, rapporté à l'ensemble des IPP prescrits (en nombre de boîtes). Le nombre minimal de boites requis pour l'indicateur est de 35.

3. Statines

Les enjeux : Les statines sont la classe d'hypolipémiant la plus souvent utilisée. Les statines commercialisées en France sont (dans l'ordre chronologique de leur mise sur le marché) : simvastatine, pravastatine, fluvastatine, atorvastatine et rosuvastatine. La simvastatine (Zocor®, Lodalés®) et la pravastatine (Elisor®, Vasten®) sont disponibles depuis mai 2005 sous forme de génériques aux dosages de 10, 20 et 40 mg. Les génériques de la fluvastatine (Lescol®, Fractal®) sont eux disponibles depuis 2008, aux dosages de 20 et 40 mg. Ces trois dosages permettent aux médecins d'adapter les posologies aux différentes situations qu'ils rencontrent en pratique clinique.

Situation actuelle : En France, les prescriptions dans le répertoire générique sont peu développées par rapport aux autres pays européens et en diminution sur la période 2006-2010. Ainsi, 41% des prescriptions de statines s'inscrivent dans le répertoire en 2010. La prescription de l'atorvastatine (Tahor®) représente 1/3 des prescriptions de statines et 57 % des prescriptions hors répertoire en 2010. La commercialisation du générique est prévue courant premier trimestre 2012.

Objectif : que 70 % de prescriptions de statines soient effectuées dans le répertoire des génériques

Calcul de l'indicateur : Prescription (en nombre de boîtes) de Statines dans le répertoire des génériques, rapporté à l'ensemble des Statines prescrites (en nombre de boîtes). Le seuil minimal de boites requis pour l'indicateur est de 30.

4. Antihypertenseurs

Les enjeux : Dans la prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle (HTA) essentielle, la réduction du risque cardiovasculaire est avant tout dépendante de la baisse de la pression artérielle, quelle que soit la classe d'antihypertenseurs utilisée.

Dans l'HTA essentielle non compliquée, les 5 classes d'antihypertenseurs majeurs que sont les diurétiques thiazidiques, les bêta-bloquants, les inhibiteurs calciques, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II) ont toutes montré un bénéfice sur la morbi-mortalité cardiovasculaire.

Il existe des molécules inscrites au répertoire des génériques dans toutes les classes thérapeutiques.

Situation actuelle : En France, ces traitements sont prescrits en grand nombre (en 2006, 10,5 millions de personnes étaient traitées en France pour HTA).

Fin 2010, 62% des prescriptions étaient dans le répertoire.

Objectif : que 65 % de prescriptions d'Antihypertenseurs soient effectuées dans le répertoire des génériques

Calcul de l'indicateur : Prescription (en nombre de boîtes) d'Antihypertenseurs dans le répertoire des génériques, rapporté à l'ensemble des Antihypertenseurs prescrits (en nombre de boîtes). Le nombre minimal de boites requis pour l'indicateur est de 30.

5. Antidépresseurs

Les enjeux : Les médicaments antidépresseurs ont des indications limitées et ne constituent qu'un aspect de la prise en charge des sujets présentant des troubles dépressifs ou anxieux. Ils en représentent cependant un élément important. Les médicaments antidépresseurs sont répartis en cinq classes : les imipraminiques, les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO), les inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine (ISRS), les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) et les antidépresseurs ayant un mécanisme pharmacologique différent, regroupés sous le terme d'« autres antidépresseurs ». Le répertoire des génériques comporte un nombre important de médicaments de ces classes thérapeutiques. Ils permettent de répondre à la plupart des situations rencontrées chez les patients suivis en ambulatoire.

Sont recommandés en première intention et inscrits au répertoire des génériques : les ISRS (citalopram, fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine, sertraline), les IRSN (venlafaxine) et les autres antidépresseurs (miansérine, mirtazapine).

Situation actuelle : Pour les anti-dépresseurs, la France connaît une légère décroissance des volumes consommés : -1% par an en moyenne entre 2006 et 2009. Fin 2010, 66 % prescriptions étaient dans le répertoire.

Objectif : que 80 % de prescriptions d'antidépresseurs soient effectuées dans le répertoire des génériques.

Calcul de l'indicateur : Prescription (en nombre de boîtes) d'Antidépresseurs dans le répertoire des génériques, rapporté à l'ensemble des Antidépresseurs prescrits (en nombre de boîtes). Le nombre minimal de boîtes requis pour l'indicateur est de 30.

Hiérarchisation des prescriptions selon les recommandations HAS

Deux indicateurs

1. IEC / sartans

Les enjeux : Cinq classes d'antihypertenseurs sont recommandées par la Haute autorité de santé (HAS) dans l'HTA essentielle non compliquée : les diurétiques thiazidiques, les bêtabloquants, les inhibiteurs calciques et deux classes d'inhibiteurs du système rénine-angiotensine (SRA), les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II ou Sartans). Les IEC ou les Sartans sont préférentiellement recommandés pour les patients diabétiques, en cas d'atteinte rénale ou d'insuffisance cardiaque.

Selon la HAS (2008), les IEC et les Sartans ont une efficacité antihypertensive et une tolérance similaires dans l'HTA essentielle non compliquée. Seule les différencie la survenue d'une toux sèche, plus fréquente sous IEC, mais cédant à l'arrêt du traitement. En revanche, le coût du traitement est en général plus élevé avec un Sartan. Aussi, lorsque le médecin est amené à prescrire un inhibiteur du système rénine-angiotensine pour traiter une HTA essentielle, il est recommandé de prescrire plutôt un IEC qu'un Sartan en première intention et de réserver les Sartans aux patients ayant une toux sous IEC.

Situation actuelle : En France, le recours aux Sartans a fortement progressé depuis l'année 2000, aboutissant à une pratique atypique par rapport à nos voisins européens. La part des Sartans (seuls ou associés) dans la prescription des inhibiteurs du SRA est de 61% fin 2010 en France, alors qu'elle est autour de 40% en Allemagne et au Royaume Uni.

Objectif : que 65 % des patients traités par IEC ou Sartans le soient par IEC.

Calcul de l'indicateur : Prescription d'IEC(en nombre de boîtes) / prescriptions d'IEC et de Sartans (en nombre de boîtes). Le nombre minimal de boites requis pour l'indicateur est de 50.

2. Antiagrégants plaquettaires

Les enjeux : Dans le cadre du traitement général de la maladie athéromateuse et afin de prévenir la survenue d'évènements cardiovasculaires, la Haute Autorité en Santé (HAS) a recommandé en 2007 un traitement au long cours par antiagrégant plaquettaire : aspirine à faible dose (75 à 160 mg/jour) ou clopidogrel (75mg/jour). L'aspirine à faible dose est validée dans la prévention secondaire de l'athérosclérose en général, avec un meilleur rapport coût/bénéfice que celui du clopidogrel, mais son efficacité est moins bien documentée que celle du clopidogrel chez les patients ayant un artériopathie oblitérante des membres inférieurs.

Situation actuelle : De l'analyse des données de l'assurance maladie, il apparaît que 3 à 5 % de la population est concernée par une prescription d'antiagrégant plaquettaire. Le nombre de nouveaux patients susceptibles de relever chaque année de ces thérapeutiques est estimé, pour la France, entre 200 000 et 300 000. En 2010, 81% des patients traités par antiagrégant plaquettaire, étaient traités par aspirine.

Objectif : que 85 % de patients traités par antiagrégants plaquettaires soient traités par aspirine.

Calcul de l'indicateur : nombre de patients médecin traitant traités par aspirine à faible dosage, rapporté à l'ensemble des patients traités par antiagrégants plaquettaires. Le seuil minimal de patients requis pour l'indicateur est de 10.

Annexe 2 : L'ASV (avantage social vieillesse), enjeux et perspectives

L'avantage social vieillesse est une retraite complémentaire pour les professions médicales libérales. Elle représente 40% de la retraite des médecins. Or ce système de retraite est en grande difficulté financière.

La réforme de ses paramètres relève de l'Etat par voie réglementaire. Conscient de l'enjeu pour les médecins, le ministre de la santé a demandé en avril dernier qu'une concertation soit engagée avec les représentants des médecins pour définir les conditions d'un équilibre du régime ; un travail technique a permis d'identifier plusieurs pistes.

L'Assurance Maladie, qui prend en charge une partie des cotisations actuelles des médecins de secteur I est prête, lorsque les conditions de la réforme auront été arrêtées, à participer à la sauvegarde du régime dans des conditions financières maîtrisées

Dans la convention, les représentants syndicaux des médecins et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie réaffirment leur attachement au régime ASV des médecins et à sa pérennisation. La pérennisation de ce régime est un des socles fondamentaux de la convention médicale.

Afin de pérenniser le régime ASV, des efforts importants doivent être réalisés :

- Dans le respect du contrat conventionnel établi, l'Assurance maladie confirme son engagement et réaffirme son attachement à l'ASV ;
- Cotisants, anciens cotisants et retraités participeront conjointement et de manière proportionnée à leur capacités contributives aux efforts de pérennisation de leur régime afin que chacune des générations en bénéficie en cohérence avec le niveau de sa contribution.

Le régime ASV sera réformé cette année, pour une entrée en vigueur en 2012, sur la base des principes suivants :

1. Assurer la pérennité du régime ;
2. Maintenir un niveau de retraite ASV d'environ 40% de la retraite totale d'un médecin ;
3. Instaurer une cotisation proportionnelle aux revenus ;
4. **Confirmer et renforcer la prise en charge des cotisations par l'assurance maladie, qui maintiendra, sur l'ensemble des cotisations proportionnelles et forfaitaires, une prise en charge aux 2/3 pour les médecins de secteur 1 ;**
5. Maintenir le pacte entre les générations via un effort partagé entre cotisants, anciens cotisants et retraités ;
6. Garantir aux jeunes générations un régime pérenne et équilibré pour maintenir l'attractivité de l'exercice libéral ;
7. Lisser dans le temps les efforts pour les rendre progressifs ;
8. Prendre en compte, dans les efforts de la réforme, les situations individuelles, tant en terme de rendements passés que de revenus ;
9. Prendre en compte la situation des conjoints survivants, en prévoyant que la baisse des pensions ne s'appliquera pas aux pensions de réversion liquidées à la date d'entrée en vigueur de la réforme, pour la part des points inférieurs à la pension de réversion moyenne ;
10. Instaurer des clauses de rendez-vous réguliers entre l'ensemble des parties prenantes à la réforme pour s'assurer de la pérennité financière du régime, ce qui permettra le cas échéant de revaloriser plus tôt que prévu les prestations.

Dans l'attente de l'avenant mettant en oeuvre ces réformes, **la participation des caisses au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse** prévu à l'article L. 645-2 du code de la sécurité sociale à la cotisation due par les médecins conventionnés **est fixée à hauteur de 66,66% du montant de la cotisation.**

Annexe 3 – La convention médicale en pratique

L'Assurance Maladie négocie tous les 5 ans une convention avec les syndicats représentatifs des médecins libéraux.

La convention à laquelle adhèrent les médecins qui le souhaitent est négociée au niveau national entre l'UNCAM et les syndicats représentatifs de la profession. Elle est ensuite approuvée par les pouvoirs publics et publiée au Journal Officiel.

▪ Rappel du contexte :

- **Février 2010** : échéance de la convention de 2005 conclue avec les syndicats représentatifs des médecins et saisine d'un arbitre en l'absence d'un accord pour la signature d'une nouvelle convention.
- **Mai 2010** : publication au Journal Officiel du Règlement arbitral chargé de régir les relations entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux en l'absence de convention médicale
- **Septembre 2010** : élections URPS
- **Avril 2011** : orientations du Conseil de l'UNCAM + mandat du collège des directeurs début des négociations avec les syndicats représentatifs des médecins

▪ Quelques chiffres-clés :

- **99,2%¹⁷ des médecins libéraux sont conventionnés.** Leurs patients sont remboursés par l'Assurance Maladie sur la base des tarifs officiels.
- **Secteur 1**
85 613 médecins sont conventionnés en secteur 1 soit un taux de 74%
53 662 médecins généralistes et généralistes à mode d'exercice particulier MEP, soit 88% des généralistes et MEP.
31 951 médecins spécialistes, soit 58.4% des spécialistes
- **Secteur 2**
29 166 médecins sont conventionnés en secteur 2 ou secteur 1 avec DP (autorisés à faire des dépassements) soit un taux de 25,2%
6 572 médecins généralistes et MEP, soit 10,8% des généralistes et MEP
22 322 médecins spécialistes, soit 41,3% des spécialistes
- **896 médecins libéraux ne sont pas conventionnés**, soit 0,8%. Les médecins qui n'ont pas choisi de signer un mode de conventionnement peuvent appliquer librement leurs tarifs. Leurs honoraires sont remboursés à leur patientèle sur la base des tarifs d'autorités qui ont une très faible valeur.

¹⁷ Au 31 décembre 2010

Annexe 4 – Impact financier de la convention

| | |
|--|---|
| Modernisation des cabinets (ensemble des médecins libéraux, soit 110 000 personnes) | 122 M€ |
| Amélioration des pratiques cliniques (médecins traitants) | 83 M€ |
| Synthèse dossier médical (médecins traitants) | 45 M€ |
| Consultations à haute valeur ajoutée (spécialités cliniques et médecine générale) | 113 M€ |
| Démographie (hypothèse doublement des zones) | 23 M€ |
| TOTAL | 85 M € en 2012 301 M € en 2013 |