



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

# CONVENTION MÉDICALE MULTILATÉRALE

**08 FÉVRIER 2024**

# MÉTHODE ET OBJECTIF DE CETTE MULTILATÉRALE (1/2)

- L'activité des médecins libéraux est aujourd'hui encadrée par le **règlement arbitral du 30 avril 2023**, valable jusqu'en 2028.
- Au regard des enjeux en matière d'accès aux soins, le Gouvernement a toutefois décidé de rouvrir rapidement les discussions conventionnelles. Les enjeux sont clairs : **il s'agit d'offrir à chaque assurés social un égal accès à un système de santé d'excellence et de réduire les inégalités sociales de santé**. A ce titre, la lettre de cadrage du 16 octobre 2023 fixe **4 objectifs** au directeur de l'UNCAM :
  - Renforcer l'attractivité de la médecine libérale pour augmenter l'offre médicale ;
  - Améliorer l'accès aux soins de la population ;
  - Renforcer la qualité et la pertinence du système de santé ;
  - Transformer les modes de rémunérations.
- **Une nouvelle méthode** a également été fixée afin que les deux parties conventionnelles aient davantage de chances de trouver un terrain d'accord. A ce titre, **14 groupes de travail thématiques** ont été organisés au cours desquels les 6 syndicats représentatifs ont pu exposer leurs attentes et réagir aux données issues des bases statistiques de l'assurance maladie, envoyées en amont des réunions pour permettre aux médecins de prendre pleinement connaissance de ces analyses. L'**UNOCAM** et les **représentants des jeunes** médecins ont également pleinement participé à ces travaux.
- Par la présente réunion, **l'Assurance Maladie souhaite exposer aux médecins libéraux sa proposition** sur l'ensemble des sujets ouverts par cette négociation
- Cette proposition de l'Assurance Maladie ouvrira **une seconde séquence de négociations**, qui prendra la forme de **bilatérales avec chacune des organisations syndicales** afin de préparer une nouvelle multilatérale de négociation qui se tiendra la première quinzaine mars.

# MÉTHODE ET OBJECTIF DE CETTE MULTILATÉRALE (2/2)

- Dans cette proposition, l'Assurance Maladie confirme qu'elle est prête à financer une **revalorisation de la consultation du médecin généraliste à 30 €**, afin de renforcer **l'attractivité de la profession**. L'Assurance Maladie détaillera également des dispositions propres à chacune des **spécialités cliniques et techniques**, ainsi que des mesures d'amélioration de l'articulation entre le 1er et le 2d recours. Elle exposera enfin le cadre de la méthode de réforme de la CCAM.
- Ces évolutions tarifaires ne seront mises en œuvre que si elles **s'accompagnent d'autres évolutions en faveur de l'amélioration de la santé de la population** contenues dans la proposition globale de l'Assurance Maladie.
- Elles s'accompagneront tout d'abord d'une **refonte ambitieuse des modalités de rémunérations**, visant à renforcer le rôle du médecin traitant. A ce titre, **un forfait médecin traitant individualisé** selon les caractéristiques du patient et intégrant la qualité de son **parcours de prévention** est proposé. Le forfait structure et la ROSP seront supprimés au profit de ce nouveau forfait médecin traitant. Les médecins qui le souhaiteront pourront, en groupe, être rémunérés sous une forme **intégralement forfaitaire**.
- Des avancées devront pouvoir être garanties en termes d'**accès aux soins de la population**, notamment pour trouver un médecin traitant, avoir recours à la médecine spécialisée, et bénéficier d'une permanence des soins performante. Enfin, un programme d'action ambitieux sur **la qualité et la pertinence des soins** devra mobiliser conjointement médecins libéraux et Assurance Maladie au service de la santé publique et de la sobriété dans l'utilisation de notre système d'assurance maladie.
- Au regard de **l'investissement massif dans la médecine libérale** que l'Assurance Maladie est prête à réaliser, elle souhaite que la convention **fixe des objectifs collectifs clairs et mesurables en faveur de l'accès, de la qualité et de la pertinence des soins**. Elle propose qu'un rendez-vous conventionnel soit programmé fin 2025 pour établir un premier bilan de l'impact de la convention en faveur des patients et du système de santé et de vérifier que celle-ci a les effets escomptés.
- L'Assurance Maladie souhaite que les partenaires conventionnels puissent s'accorder au plus vite sur un texte conventionnel. **Il y aura toutefois un accord sur tout, ou il n'y aura d'accord sur rien.**

# RAPPEL DES PRINCIPAUX ELEMENTS DE LA LETTRE DE CADRAGE

Notre objectif commun : garantir à chacun un égal accès à un système de santé de qualité et réduire les inégalités de santé

## ATTRACTIVITÉ

**L'attractivité de la médecine libérale, afin que davantage de jeunes médecins s'installent et s'engagent dans le suivi d'une patientèle au long cours, en vue de renforcer l'offre de soins sur le territoire**

- Augmentation de la rémunération du médecin au-delà du montant de revalorisation arrêté par le règlement arbitral (rémunération de l'activité clinique et rémunération de l'activité technique dont la nomenclature est en cours de refonte par le HCN).
- Amélioration des conditions d'exercice professionnel (accompagnement au travail aidé et à l'exercice de groupe, simplification administrative, facilitation de l'exercice mixte, modalités de travail en établissement pour les médecins concernés)
- Réduction des déséquilibres de rémunération entre spécialités médicales

## PERTINENCE ET QUALITÉ DES SOINS

**La pertinence et la qualité des soins dans un contexte de très forte dynamique des dépenses de santé**

- Investissement dans la prévention et dans la qualité des parcours des patients atteints de pathologies chroniques
- Pertinence des prescriptions et réduction des actes et consommations de soins inutiles ou redondants
- Sobriété et décarbonation du système de santé
- Leviers concrets pour garantir la pertinence des prescriptions

## ORGANISATION DES SOINS

**L'évolution du rôle de médecin traitant et la structuration de la médecine spécialisée afin de répondre aux enjeux du vieillissement et de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques**

- Consolidation du rôle du médecin traitant dans la prise en charge globale des patients (pathologies chroniques, soins non programmés, prévention et santé publique, etc.)
- Organisation de la médecine spécialisée, notamment par la structuration des équipes de spécialistes, pour assurer partout et de manière pérenne une prise en charge adaptée, pertinente et précoce, et améliorer la réponse de second recours

## EVOLUTION DES MODALITES DE REMUNERATION

**Evolutions des modalités de rémunération des médecins pour répondre aux enjeux d'attractivité, de pertinence, de coordination et de prise en charge globale des patients complexes**

- Ouverture à de nouvelles formes de rémunérations et diversification des modèles de financement
- Simplification des différentes rémunérations forfaitaires existantes

# RAPPEL DES QUATRE ORIENTATIONS POUR LA NOUVELLE CONVENTION

- **Soutenir l'attractivité de la médecine libérale pour augmenter l'offre médicale**
- **Refondre, diversifier et simplifier les modes de rémunération et de financement de la médecine ambulatoire**
- **Améliorer l'accès territorial et financier aux soins via une organisation du système de santé repensée**
- **Améliorer la pertinence et la qualité des soins**

# 01.

**SOUTENIR L'ATTRACTIVITÉ DE LA MÉDECINE  
LIBÉRALE POUR AUGMENTER L'OFFRE MÉDICALE**

# SOUTENIR L'ATTRACTIVITÉ DE LA MÉDECINE LIBÉRALE

- 1 Revaloriser les **consultations cliniques** en priorisant la relation du patient avec son médecin traitant
- 2 Investir sur **les consultations de second recours et d'expertise** pour fluidifier le parcours des patients et structurer la gradation des soins (parcours patient entre le premier et le second recours).
- 3 Tirer les conséquences **des déséquilibres de rémunérations entre spécialités médicales**, et corriger ces écarts en prenant en compte les **besoins spécifiques des spécialités concernées** (de l'usage de la téléconsultation à certains cumuls d'actes)
- 4 Rémunérer **la fonction de médecin traitant**, en tenant compte de la complexité du patient et du temps consacré à son suivi (forfait médecin traitant).
- 5 Tirer les conséquences de **la refonte de la CCAM par le Haut Conseil à la Nomenclature** qui devrait être stabilisée d'ici fin 2024 / début 2025
- 6 Limiter les **démarches et les tâches administratives** qui incombent actuellement aux médecins (téléservices, démarches dématérialisées, etc.) et faire entrer le numérique dans les usages.
- 7 Accompagner et faciliter **le travail aidé, l'exercice de groupe et l'exercice pluriprofessionnel**

# REVALORISER LA CONSULTATION CLINIQUE EN PRIORISANT LA RELATION DU PATIENT AVEC SON MÉDECIN TRAITANT

Cible :

**G**  
**30 €**



**Rappel du périmètre de la G :**  
C + MMG hors téléconsultations

**La médecine générale traitante tient un rôle central dans le système de soins** : elle assure le suivi médical de l'ensemble de la population.

**Or, notre système de santé est aujourd'hui confronté à un « effet ciseau »** avec une baisse de la démographie médicale et une augmentation de la patientèle âgée et en ALD - qui va s'amplifier dans les prochaines années, avant un retour progressif à la normale avec les effets de l'augmentation du numerus clausus et de sa suppression.

Cela a pour conséquence une **augmentation des patients n'ayant pas de médecin traitant et pour les médecins libéraux des situations d'épuisement professionnel et de dégradation de leurs conditions d'exercice.**

**Cette situation, inédite, est toutefois surmontable en redonnant à la médecine libérale les moyens – organisationnels, humains et financiers – de faire évoluer leurs pratiques.**

Cette cible tarifaire correspond à une **augmentation majeure des moyens financiers accordés aux médecins généralistes traitants.** Elle constitue un **choc d'attractivité libérale** devant inciter les jeunes médecins à s'installer plus nombreux et plus rapidement et les autres médecins à augmenter ou à maintenir leur activité pour les plus anciens.

Sujets complémentaires de négociation :

- L'enjeu de l'attractivité de la médecine généraliste traitante demeure *l'attractivité relative* par rapport à d'autres types d'exercice dans lesquels des médecins généralistes peuvent s'engager. Se pose donc la question du périmètre de la consultation bénéficiant de cette revalorisation (effecteurs, lieu et modalités d'exercice, etc.) ;
- Le calendrier de montée en charge de cette revalorisation ;

## INVESTIR SUR LES CONSULTATIONS DE SECOND RECOURS ET D'EXPERTISE POUR FLUIDIFIER LE PARCOURS DES PATIENTS ET STRUCTURER LA GRADATION DES SOINS

Cible :

APC

60€

**La médecine spécialisée est essentielle dans l'offre de soins**, elle doit être soutenue pour renforcer l'accès à l'expertise médicale et plus généralement l'accès aux soins pour l'ensemble de la population.

Afin de renforcer l'accès à l'expertise médicale, il est proposé :

- de **revaloriser l'avis ponctuel de consultant (APC/APY)** à la **demande du médecin traitant** ;
- d'ajuster **le périmètre** de cet avis

Il est proposé d'inscrire la possibilité de **facturer un APC** lorsqu'un patient a besoin d'être vu en consultation dans les 10 jours **après une télé-expertise** demandée par le médecin traitant.

**Cette revalorisation inédite vise non seulement à renforcer l'attractivité de la médecine spécialisée mais également à renforcer le lien médecin traitant – médecin de recours.**

Sujets complémentaires de négociation :

- Périmètre des professionnels concernés, notamment selon leur secteur d'exercice ;
- Fréquence de cotation par patient.

## TIRER LES CONSÉQUENCES DES DÉSÉQUILIBRES DE RÉMUNÉRATIONS ENTRE SPÉCIALITÉS MÉDICALES, ET CORRIGER CES ÉCARTS EN PRENANT EN COMPTE LES BESOINS SPÉCIFIQUES DES SPÉCIALITÉS CONCERNÉES

### Pédiatres

- Examens obligatoires
  - Avec **certificat (COE) → 60€**
- Autres examens obligatoires
  - **0 à 2 ans (COH) → 50€**
  - 2 à 6 ans → 35€
  - > 6 ans → inchangé
- Tous les certificats et comptes-rendus issus des consultations obligatoires de l'enfant devront progressivement être dématérialisés
  
- **Autres consultations**
  - **0-2 ans → 40€**
  - 2 à 6 ans → 35€
  - > 6 ans → inchangé
  
- **Création d'une consultation de recours au pédiatre** valorisée à **60€ sur adressage** de la PMI, de la médecine scolaire, d'une sage-femme ou d'un orthoptiste.

Face aux **enjeux majeurs sur la santé des enfants**, en lien avec les 1000 jours et les Assises de la pédiatrie, la convention doit garantir à tous les enfants un parcours de santé de qualité et améliorer l'accompagnement des enfants aux besoins particuliers.

Les consultations obligatoires avec certificat (COE) et sans certificat (COH) pour les moins de 2 ans seront revalorisées

La place de l'expertise du pédiatre doit être également reconnue en particulier en second recours.

## TIRER LES CONSÉQUENCES DES DÉSÉQUILIBRES DE RÉMUNÉRATIONS ENTRE SPÉCIALITÉS MÉDICALES, ET CORRIGER CES ÉCARTS EN PRENANT EN COMPTE LES BESOINS SPÉCIFIQUES DES SPÉCIALITÉS CONCERNÉES (DE L'USAGE DE LA TÉLÉCONSULTATION À CERTAINS CUMULS D'ACTES)

### Psychiatres

- **Téléconsultation des psychiatres :**
  - Seuil spécifique de téléconsultations en psychiatrie : 40% (et dérogation locale possible sans dépasser les 50%)
- **Revalorisation de la consultation des psychiatres**
  - **57€** au lieu de 51,70€
- **Revalorisation pour la pédo-psychiatrie**
  - Majoration pour les enfants **(MP) à 10€** (contre 3€ aujourd'hui)
  - Majorations des consultations en présence de la famille, pour enfant présentant une pathologie psychiatrique grave **(MAF et MPF) à 25€** (contre 20€ aujourd'hui)

La pression de la **demande de soins en santé mentale** n'a jamais été aussi forte notamment chez les plus jeunes, les difficultés aussi importantes.

Ces propositions réaffirment une politique forte de promotion et de prévention en santé mentale en proposant des revalorisations significatives pour les psychiatres libéraux.

## TIRER LES CONSÉQUENCES DES DÉSÉQUILIBRES DE RÉMUNÉRATIONS ENTRE SPÉCIALITÉS MÉDICALES, ET CORRIGER CES ÉCARTS EN PRENANT EN COMPTE LES BESOINS SPÉCIFIQUES DES SPÉCIALITÉS CONCERNÉES (DE L'USAGE DE LA TÉLÉCONSULTATION À CERTAINS CUMULS D'ACTES)

### Gériatres

- Majoration de la **consultation des gériatres à 40€**

### Médecins MPR

- Majoration de la **consultation des MPR** (initiation et réévaluation d'un programme de soins) **à 40€**
- **Extension de la consultation EPH\* aux MPR**  
*\*Consultation de suivi de l'enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neuro-sensoriel sévère nécessitant un suivi régulier*

### Gynécologues médicaux

- Majoration de la **consultation des gynécologues médicaux à 40€**

### Endocrinologues

- Consultation spécifique endocrinologie (**MCE**) : **60€** (contre 53,50€ aujourd'hui)

**3**

## TIRER LES CONSÉQUENCES DES DÉSÉQUILIBRES DE RÉMUNÉRATIONS ENTRE SPÉCIALITÉS MÉDICALES, ET CORRIGER CES ÉCARTS EN PRENANT EN COMPTE LES BESOINS SPÉCIFIQUES DES SPÉCIALITÉS CONCERNÉES

### Nouvelles dérogations sur le cumul consultation + actes CCAM

*Modèle de la colposcopie (avenant 9)*

<b>Cumul dans le droit commun (supplément de 15€)</b>	<b>Endocrinologues</b>	KCQM001	Échographie transcutanée de la glande thyroïde
	<b>Rhumatologues et MPR</b>	NZJB001, MZJB001 NZJB002, MZJB002 NZLB001, MZLB001 LHLB001	Évacuation de collection articulaire / Ponction d'une articulation du membre inférieur ou supérieur  Infiltrations articulations membre supérieur ou inférieur / articulation vertébrale
	<b>Gynécologues et MG</b>	JKLD001 JKGD001 JKKD001	Pose, ablation par voie vaginale et changement d'un dispositif intra-utérin

## TIRER LES CONSÉQUENCES DE LA REFONTE DE LA CCAM PAR LE HAUT CONSEIL DES NOMENCLATURES QUI DEVRAIT ÊTRE STABILISÉE D'ICI FIN 2024 / DÉBUT 2025

### CCAM

- Préparer la future CCAM en parallèle des travaux du Haut Conseil des Nomenclatures
  - **Groupe de travail conventionnel** démarrant **dès signature de la convention** visant à proposer une réactualisation des coûts de la pratique **d'ici la fin de l'année 2024**
- Revaloriser les actes de la CCAM
  - A court terme, en **revalorisant la totalité de la nomenclature à hauteur de +1ct sur le point travail**
  - En **sanctuarisant** en sus dès cette convention **une enveloppe définie de revalorisation de la CCAM**, qui sera débloquée pour financer l'avenant à la convention médicale qui interviendra à l'issue des travaux du HCN (enveloppe fermée).

# ACCOMPAGNER ET FACILITER LE TRAVAIL AIDÉ, L'EXERCICE DE GROUPE ET L'EXERCICE PLURI-PROFESSIONNEL

À fin janvier 2024, l'objectif de **6 000 contrats** a été atteint : la dynamique s'étant **accélérée** depuis le règlement arbitral de 2023 !

- 1 Ouverture de la possibilité d'avoir un assistant médical additionnel pour les MG**
  - Ouvrir la possibilité d'avoir un 2<sup>e</sup> contrat en option ½ ou 1 ETP pour les médecins ayant rempli les objectifs pour un assistant médical en option 1 ETP
- 2 Assouplissement des conditions pour les médecins âgés de plus de 67 ans**
  - Pour les médecins âgés de plus de 67 ans, leur demander uniquement un maintien de leur patientèle dans les objectifs du contrat
- 3 Proposition de l'extension des missions des assistants médicaux**
  - Ouvrir les réflexions sur l'extension des missions (dont actes techniques) pour les assistants médicaux selon le profil – possibilité pour les profils infirmiers de réaliser certains actes
- 4 Assouplissement des conditions pour les médecins nouvellement installés**
  - Pour les médecins nouvellement installés, dès lors que le médecin atteint le p50, les nouveaux objectifs doivent être atteints dans les 2 ans (et non 1 an)
- 5 Proposition de mutualisation des contrats d'assistants médicaux**
  - Dans le cadre d'un exercice regroupé, favoriser la mutualisation des assistants médicaux entre les médecins et éventuellement le portage par une structure.
- 6 Augmentation du montant de l'aide pérenne versée aux médecins**
  - **+ 5% de l'aide versée** (années 1, 2 et suivantes)

**Rappel :**  
**Le soutien financier est pérenne**

# ACCOMPAGNER ET FACILITER LE TRAVAIL AIDÉ, L'EXERCICE DE GROUPE ET L'EXERCICE PLURI-PROFESSIONNEL

	Montants maximaux de l'aide selon le scenario			
	1/2 ETP		1 ETP	
	Montants actuels	Nouveaux montants	Montants actuels	Nouveaux montants
1 <sup>ère</sup> année	18 000 €	19 000 €	36 000 €	38 000 €
2 <sup>e</sup> année	13 500 €	14 000 €	27 000 €	28 000 €
3 <sup>e</sup> année et suivantes	10 500 €	11 000 €	21 000 €	22 000 €
<b>Montant majoré 3<sup>e</sup> année et suivantes :</b> → Pour les médecins ayant les patientèles les plus importantes : Médecins ayant une patientèle les situant entre [P90 et P94] <sup>4</sup>	12 500 €	13 000 €	25 000 €	26 000 €
<b>Montant fixe quelle que soit l'année :</b> → Pour les médecins ayant une patientèle ≥ P95.	18 000 €	19 000 €	36 000 €	38 000 €

# 02.

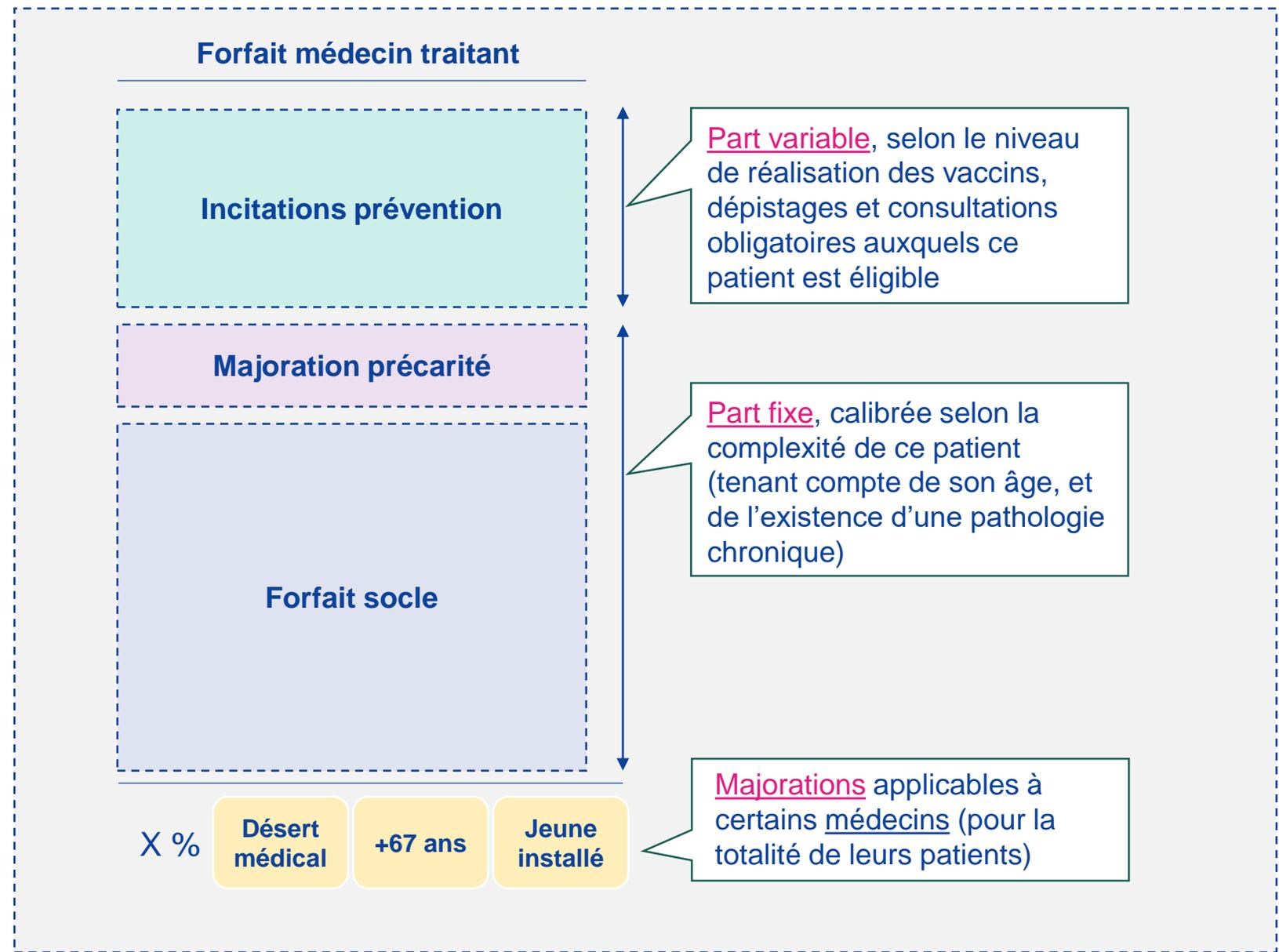
**REFONDRE, DIVERSIFIER ET SIMPLIFIER LES  
MODES DE RÉMUNÉRATION ET DE FINANCEMENT  
DE LA MÉDECINE AMBULATOIRE**

# REFONDRE ET SIMPLIFIER LES MODES DE RÉMUNÉRATION

- 1** Faire du « **forfait médecin traitant** » la rémunération forfaitaire socle du médecin traitant (*paiement selon les caractéristiques du patient, indépendamment du nombre d'actes et de consultations réalisées dans l'année*)
- 2** **Refondre les rémunérations sur objectifs, en particulier sur la santé publique** : moins d'objectifs, plus de transparence sur les modalités de calcul des indicateurs et le niveau d'atteinte des objectifs, un retour d'information plus dynamique, un outillage des médecins sur les données relatives à leurs patientèles
- 3** **Simplifier les rémunérations forfaitaires** afin de les rendre plus lisibles et plus directement liées aux pratiques et à leurs évolutions, **en particulier sur les enjeux numériques**
- 4** Repenser **les aides à l'installation** pour rendre l'installation et le maintien dans les zones fragiles plus incitatifs
- 5** Etudier **les possibilités de mutualisations entre plusieurs médecins travaillant ensemble, prioritairement l'embauche d'un** assistant médical
- 6** Tirer les enseignements des expérimentations en cours en lien avec l'article 51 **relatives au financement collectif à la capitation**, en mettant *ab initio* en place les garde-fous contre la financiarisation de ces modèles
- 7** Identifier les **missions spécifiques des médecins** (santé publique, permanence des soins, recherche, vaccination, maîtrise de stage pour toutes les spécialités, soins palliatifs) y compris pour des missions en établissements.

# FAIRE DU « FORFAIT MÉDECIN TRAITANT » LA RÉMUNÉRATION FORFAITAIRE SOCLE DU MÉDECIN TRAITANT

Création d'un forfait unique annuel, individualisé par patient



# FAIRE DU « FORFAIT MÉDECIN TRAITANT » LA RÉMUNÉRATION FORFAITAIRE SOCLE DU MÉDECIN TRAITANT

- **Le forfait médecin traitant** : un forfait unique calibré annuellement au titre de chaque patient, individualisé selon les caractéristiques de ce patient (indépendamment du niveau de consommation de soins du patient et de l'activité du médecin).
- Le forfait médecin traitant reprend en socle le FPMT. **Le forfait structure et la ROSP sont supprimés.**
  - Le forfait médecin traitant comprend une majoration pour les patients bénéficiant de la C2S (+5 €)
  - Une part variable est calculée selon le niveau de réalisation des vaccins, dépistages et consultations obligatoires auxquels le patient est éligible (+ 5€ par indicateur)
  - Des majorations applicables pour certains médecins (exercice en ZIP, médecins qui poursuivent leur activité au-delà de 67 ans, jeunes installés)
- **Bascule d'une logique « par patientèle » à une logique « par patient »**
  - Chaque patient C2S est comptabilisé dans la rémunération du médecin traitant
  - **Affichage des indicateurs par patient dans un tableau de bord nominatif** construit à partir des données du SNDS permettant au médecin d'opérer un suivi fin de chacun de ses patients → cohérence entre les données restituées et la rémunération ; remplace l'envoi des listes de patients non-dépistés
  - **Valorisation de chacun des indicateurs par patient, de façon cumulative** → + 5 € pour chaque indicateur « validé » au 31/12 de l'année N
  - **Valorisation des indicateurs en supplément de la base forfaitaire FPMT** → logique de « bonus » par patient

# FAIRE DU « FORFAIT MÉDECIN TRAITANT » LA RÉMUNÉRATION FORFAITAIRE SOCLE DU MÉDECIN TRAITANT

Forfait socle

Patient	Montant actuel	OPTION 1	OPTION 2
+ 80 ans ET en ALD	70€	80€	100€
+ 80 ans OU en ALD	46€	55€	60€
75-79 ans	5€	15€	15€
7 à 74 ans	5€	5€	5€
Moins de 2 ans	6€	15€	15€
2 à 6 ans	6€	6€	6€
Patients non vus dans l'année	N/A	N/A	5€

# FAIRE DU « FORFAIT MÉDECIN TRAITANT » LA RÉMUNÉRATION FORFAITAIRE SOCLE DU MÉDECIN TRAITANT

						Incitations prévention	
<b>SIMONE Nina</b>	Né(e) le	<b>25/02/2023</b>	NIR 2600975100201	RG		MgC ●	COE M8/J9 ●
<b>GARBO Greta</b>	Né(e) le	<b>09/02/2009</b>	NIR XXXXXXXXXXXXXXX	RG	C2S	HPV ●	
<b>POLLACK Sidney</b>	Né(e) le	<b>01/04/1972</b>	NIR XXXXXXXXXXXXXXX	RG	En ALD	Grippe ● COVID ● PneumoC ● DOCCR ● MRC ● HbA1C ●	
<b>CAPRA Franck</b>	Né(e) le	<b>10/08/1941</b>	NIR 2600975100201	RG	En ALD	Grippe ● COVID ● PneumoC ● Dep. diab. ● MRC ●	



Nina a 18 mois.  
Elle est à jour de ses vaccins et de ses examens obligatoires.

→ Valorisation de son suivi annuel pour son MT : **25 €**



Sidney a 52 ans. Il est diabétique et vient juste d'être accepté dans la patientèle médecin traitant d'un jeune installé  
Il est à jour de son dépistage du cancer colorectal, et a réalisé ses examens biologiques annuels (Hb1ac et MRC). Il ne s'est en revanche pas fait vacciner.

→ Valorisation de son suivi annuel pour son MT : **90 €**



Greta a 15 ans. Elle est bénéficiaire de la C2S.  
Elle a bien été vaccinée contre le HPV entre 11 et 14 ans.

→ Valorisation de son suivi annuel pour son MT : **15 €**



Franck a 83 ans et habite un désert médical. Il souffre d'une insuffisance cardiaque.  
Il est à jour de son vaccin contre les infections à pneumocoques, et a réalisé 2 des 3 démarches annuelles recommandées (vaccination contre la grippe, vaccination contre le covid, dépistage de la maladie rénale chronique).

→ Valorisation de son suivi annuel pour son MT : **150 €**

# REFONDRE LES RÉMUNÉRATIONS SUR OBJECTIFS, EN PARTICULIER SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Thème	Indicateur	Population cible (à affiner)
<u>Vaccination</u>	<b>Vaccin Grippe</b> : 1x/an (en continu)	≥65 ans OU en ALD*
	<b>Vaccin Covid</b> : 1x/an (en continu)	≥65 ans OU en ALD*
	<b>Vaccin pneumocoque (23-valent)</b> : rythme des rappels à définir**	Adultes ET en ALD*
	<b>Vaccin ROR</b> : 2 doses reçues depuis la naissance (1 fois)	Enfants de 2 ans
	<b>Vaccin méningocoque C</b> : au moins 1 dose reçue depuis la naissance (1 fois)	Enfants de 1 an
	<b>Vaccin HPV</b> : 2 doses reçues depuis les 11 ans (1 fois)	Enfants de 15 ans
<u>Dépistage</u>	<b>DO cancer colorectal</b> : à faire tous les 2 ans (en continu pendant 24 ans)	Hommes + Femmes de 50 à 74 ans inclus
	<b>DO cancer du sein</b> : à faire tous les 2 ans (en continu pendant 24 ans)	Femmes de 50 à 74 ans inclus
	<b>DO cancer du col de l'utérus</b> : rythme selon l'âge*** (en continu pendant 40 ans)	Femmes de 25 à 65 ans inclus
	<b>Dépistage du diabète par glycémie à jeun</b> : à faire tous les 3 ans (en continu)	≥45 ans ET en ALD*
	<b>Dépistage de la MRC par Albuminurie + Créatininurie + Créatininémie</b> : 1x/an (en continu)	Adultes ET en ALD*
<u>Suivi</u>	<b>Suivi du diabète par dosage HbA1c</b> : 2x/an (en continu)	ALD diabète
	<b>Consultation obligatoire de l'enfant donnant lieu à un certificat de santé</b> : J8, M9 (1 fois)	Enfants de 1 an
	<b>Consultation obligatoire de l'enfant donnant lieu à un certificat de santé</b> : M24 (1 fois)	Enfants de 2 ans
	<b>Examen bucco-dentaires annuel</b> : 1x/an (en continu pendant 14 ans)	Enfant de 3 à 17 ans inclus

\***ALD** : la liste des ALD concernées dépend de l'indicateur (cf. tableau en annexe, à affiner)

\*\***Vaccin pneumocoque** : délais entre les rappels chez l'adulte à définir (recos HAS : « au moins 5 ans entre chaque injection »)

\*\*\***DOCCU** : Cytologie à faire tous les 3 ans entre 25 et 29 ans inclus, puis test HPV tous les 5 ans à partir de 30 ans

## SIMPLIFIER LES RÉMUNÉRATIONS FORFAITAIRES : UNE DOTATION À L'ÉQUIPEMENT ET À L'USAGE DU NUMÉRIQUE RESSERRÉE

### VOLET 1 – 280 points

- Être équipé d'un logiciel à jour : Ségur certifié, LAP HAS certifié, SESAM VITALE certifié
- Taux FSE
- Taux d'utilisation des principaux téléservices (AAT, déclaration MT, protocoles de soins ALD) aux standards définis

### VOLET 2 – 140 points (20 points par indicateur)

- Certificat médical ATMP en ligne
- Déclaration simplifiée de grossesse
- Prescription électronique de transport
- Usage de l'appli carte vitale
- Ordonnances numériques
- Usage MSS
- Alimentation DMP

- 420 points au total
- Suppression définitive de 5 indicateurs (horaires, codage, services aux patients, équipements et vidéo-transmission, exercice coordonné) et réaffectation de la totalité des crédits sur le forfait médecin traitant et les aides aux assistants médicaux
- 2 indicateurs relevant de la participation aux enjeux du territoire (participation au SAS et maître de stage universitaire) pour lesquels des rémunérations spécifiques seront proposées

# 4

## IDENTIFIER LES MISSIONS SPÉCIFIQUES DES MÉDECINS EN MATIÈRE DE SOINS PRIMAIRES

- 1 **La valorisation de la fonction de maître de stage**
- 2 **La participation au SAS avec inscription sur la plateforme SAS, tout en simplifiant l'indicateur**
- 3 **La participation à la recherche ambulatoire**

**+ Autres missions rémunérées en dehors du champ conventionnel** (PDSA, valorisation forfaitaire des professionnels de santé libéraux ou exerçant en centre de santé participant à l'activité hospitalière en plus de leur activité libérale, médecin correspondant SAMU, PDSES, vacation vaccination, certificat de décès PDSA-zone sous dense, maître de stage des universités, installation en zone sous-dense CDE, contrat démographique, aide à l'investissement immobilier, rémunération IVG, expertise judiciaire, article 51, RDV prévention, etc.)

## UNE RÉMUNÉRATION ALTERNATIVE À LA PATIENTÈLE POUR LES GROUPES DE MÉDECINS VOLONTAIRES

Les médecins qui le souhaiteront pourront, en groupe, être rémunérés sous une forme **intégralement forfaitaire**

- ➔ Forfait médecin traitant « intégral » se substituant à la totalité de leur rémunération (forfait médecin traitant + tarification à l'activité)
- Une option de rémunération innovante : choix de recevoir en une fois le montant de la consommation annuelle de soins de médecine générale d'un patient suivi (capitation intégrale avec une rémunération totalement indépendante du nombre d'actes par patients)
- Possibilité de choisir la taille de la patientèle pour laquelle ça s'applique (toute la patientèle, la patientèle chronique, certaines pathologies chroniques)
- Contrairement à l'expérimentation PEPS, rémunération des seuls médecins ; possibilité également de prédéfinir les modalités de répartition de la rémunération au sein du groupe de médecin.
- Dispositif ouvert aux médecins volontaires, travaillant en équipe dans un lieu unique (pas nécessairement en MSP) et avec d'autres professionnels (a minima un infirmier)
- Cahier des charges à définir entre partenaires conventionnels notamment pour préciser les conditions de détention des cabinets de groupe afin d'empêcher tout phénomène de financiarisation

# 03.

**AMÉLIORER L'ACCÈS TERRITORIAL ET  
FINANCIER AUX SOINS VIA UNE ORGANISATION  
DU SYSTÈME DE SANTÉ REPENSÉE**

# AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS TERRITORIAL ET FINANCIER

- 1 Renforcer le rôle du médecin traitant et **permettre à chaque patient d'y avoir accès** pour réduire les inégalités de santé
- 2 **S'accorder sur les objectifs collectifs partagés entre l'Assurance maladie et les médecins libéraux en matière d'accès aux soins**
- 3 Favoriser la collaboration entre les médecins et **les autres professions de santé pour atteindre ces objectifs**
- 4 Soutenir les médecins ayant des **files actives** et des « **patientèles médecin traitant** » **importantes**,
- 5 Favoriser le déploiement **d'équipes de soins spécialisées**, en charge d'organiser le second recours sur leurs territoires pour fluidifier les parcours des patients et l'articulation avec le premier recours et les services hospitaliers, et évaluer leur efficacité.
- 6 **Renforcer l'offre de soins dans les déserts médicaux, en rendant** l'installation et le maintien dans les zones fragiles plus incitatifs, et en incitant à la réalisation de **consultations « avancées »** pour couvrir tous les territoires, (sans oublier les territoires atypiques)
- 7 Poursuivre la dynamique de **réduction des restes à charge**, impulsée notamment par l'OPTAM et l'OPTAM-CO

## ENGAGEMENTS CONVENTIONNELS COLLECTIFS EN FAVEUR DE L'ACCÈS AUX SOINS SUR LA PÉRIODE DE LA CONVENTION

1. Stabiliser la part de patients ALD sans médecin traitant au seuil frictionnel de **2%** dès 2025
2. Augmenter le nombre de primo-installé en médecine générale de **+5% par an**
3. Maintenir le nombre de consultations/actes cliniques annuel moyen des médecins généralistes à au moins **5 000 par an**
4. Augmenter la patientèle médecin traitant moyenne du MG de **+2% par an**
5. Augmenter la file active moyenne des médecins libéraux de **+2% par an**
6. Raccourcir le délai moyen d'accès aux spécialistes
7. Augmenter le nombre de contrats assistants médicaux pour atteindre 10 000 contrats en 2025 et **+ 10% par an** à compter de 2026
8. **100%** du territoire couvert par la PDSA et le SAS
9. Augmenter le nombre de médecins qui s'affilient à l'OPTAM de **5% par an**
10. Augmentation de l'installation des médecins dans les zones sous dotée de **7% par an**

Ces objectifs collectifs (suivis de manière consolidée pour l'ensemble de la profession, et partagés avec l'Assurance Maladie) portent sur la durée de la convention (jusqu'à 2027).

Ces objectifs collectifs sont déclinés en moyennes annuelles afin de faciliter des points d'étapes réguliers qui viseront à garantir que les évolutions constatées permettent bien d'atteindre ces objectifs partagés. Ces analyses seront partagées dans le cadre d'un observatoire conventionnel de l'accès aux soins

En cas de détérioration de ces indicateurs, les partenaires conventionnels devront se concerter pour ajuster et ajouter des dispositifs en faveur de l'accès aux soins.

# ENJEUX SOINS NON PROGRAMMES - PDSA

**Travaux à mener entre partenaires conventionnels et en lien avec l'Etat pour renforcer la continuité des soins = la réponse aux besoins de soins non programmés et pendant les périodes de PDSA autour des priorités suivantes:**

- Augmenter les patientèles MT pour permettre à plus de patients d'accéder à des soins en journée
- Accompagner le déploiement du SAS partout sur le territoire permettant de répondre à l'ensemble des demandes de soins non programmés en journée et ainsi éviter un déport sur les horaires PDSA
- Consolider sur l'ensemble des territoires le fonctionnement de la PDSA

## **Sur le champ plus particulier de la PDSA**

- Cibler prioritairement la première partie de la PDSA (« début » de nuit de semaine) où la demande est la plus forte
- Examiner les zones blanches en première partie de nuit (5% des zones) pour poser le diagnostic et identifier les réponses possibles en lien avec le Ministère en charge de la santé et les ARS
- Anticiper les tensions sur les zones tendues et préparer les réponses
- Soutenir les solutions innovantes et qui fonctionnent sur les territoires
- Examiner les évolutions des règles tarifaires qui seraient nécessaires

## FAVORISER L'EXPERTISE DE SECOND RECOURS

### Renforcer l'accès rapide à un spécialiste sur adressage par le médecin traitant

- Extension du délai de la MCU : **passage de 48h à 4 jours**

### La télémedecine comme levier d'accès à un avis spécialisé de recours

- Prise en compte des seules téléconsultations pour le seuil des 20% (exclusion des actes de télé-expertise et télé-surveillance)
- Favoriser le déploiement de la télé-expertise :
  - Revalorisation de la **TLE → 23€**
  - Ouvrir **l'avis ponctuel de consultant après une télé-expertise** (lorsque l'avis rendu en TLE conduit à la nécessité d'une consultation d'expertise avec le patient, **dans les 10 jours**)

### Favoriser le développement des équipes de soins spécialisés

- Un **crédit d'amorçage de 40 000 euros**, à l'acceptation de la lettre d'intention simplifiée, afin de pouvoir rédiger le projet de santé.
- Une **dotation annuelle dès la première année entre 50 000 et 100 000 euros pour les missions socles** en fonction de la taille (selon le nombre de PS par ex.), puis complément en fonction des missions optionnelles

## FAVORISER L'EXPERTISE DE SECOND RECOURS

### Conditions

- **Périmètre géographique** : l'ESS doit couvrir un périmètre continu géographique, *a minima*, **départemental** (avec une cible possible régionale pour les ESS arrivées à maturité), non déjà couvert par une ESS de la même spécialité, sur lequel sont présents au moins 10 médecins de la spécialité concernée
- **Seuil minimal d'adhérents à l'ESS** : l'ESS doit réunir au moins **20%** des professionnels de la spécialité concernée du territoire qu'elle couvre, à terme l'ESS doit avoir une cible d'intégration de la d'au moins **50 %** des spécialistes de la spécialité concernée présents sur son territoire

### Financement

- Le financement d'une ESS s'effectue selon **deux dotations** :
  - Un **crédit d'amorçage de 40 000 euros**, à l'acceptation de la lettre d'intention simplifiée, afin de pouvoir rédiger le projet de santé.
  - Une **dotation annuelle dès la première année entre 50 000 et 100 000 euros pour les missions socles** en fonction de la taille (selon le nombre de PS par ex.), puis complément en fonction des missions optionnelles
- Un suivi régulier de la montée en charge du dispositif est proposé, afin d'ajuster le cas échéant les modalités d'accompagnement financier de ces équipes, notamment pour prendre en compte la diversité de leurs tailles

## DES MESURES SPÉCIFIQUES POUR SOUTENIR LES MÉDECINS INSTALLÉS EN ZONES SOUS-DENSES ET LES MÉDECINS SÉNIORS

- 1 **Pour les primo-installés**, majorer le FPMT pour renforcer l'envie de s'installer en libéral (en ZIP)
  - **Majorer de 30%** le FPMT pendant 2 ans post-installation (en ZIP)
  - **Aide ponctuelle de 10 000€** pour les primo-installés (en ZIP) et de **5 000€** pour les primo-installés en ZAC
  
- 2 **Pour les médecins installés en ZIP**, majorer le FPMT pour renforcer leur en activité dans ces zones
  - **Majorer de 10%** le FPMT tant que le médecin exerce en ZIP
  
- 3 **Pour les médecins âgés de plus de 67 ans**, majorer le FPMT pour les inciter à maintenir leur activité
  - **Majorer de 10%** le FPMT tant que le médecin reste en exercice

## DES MESURES SPÉCIFIQUES À CERTAINES ZONES GÉOGRAPHIQUES

### 1 Création d'une MD « Montagne »

En métropole et DROM

- 10€ → 15€

### 2 Revalorisation des IK en montagne et dans les DROM :

Métropole :

- IK montagne : 0,91€ → 1€

DROM

- IK plaine : 0,67€ → 0,75€ en Guadeloupe/Martinique  
0,73€ → 0,80€ en Guyane, Réunion, Mayotte

- IK montagne : 1,01€ → 1,20€ en Guadeloupe/Martinique  
et 1,10€ → 1,30€ en Guyane, Réunion, Mayotte

Guyane : extension des IK pied/ski aux déplacements en pirogue

### 3 Proposition de simplification des règles sur les IK : suppression de l'abattement de 1/2km

# VERS UN OPTAM-ACO ET UN AJUSTEMENT DES MOYENNES RÉGIONALES POUR L'OPTAM

- ① Dans un objectif d'homogénéisation des pratiques tarifaires des professionnels exerçant au bloc opératoire, **il est proposé d'ouvrir aux anesthésistes l'OPTAM-CO qui deviendrait l'OPTAM-ACO.**
- ② **Création d'un nouveau modificateur de 8% dédié aux anesthésistes de S1 et S2 OPTAM-ACO (en remplacement de la prime OPTAM actuelle pour les anesthésistes)**
- ③ **Revalorisation de + 10 points des modificateurs K et T liés à l'OPTAM et l'OPTAM-ACO**  
*modificateur K (S1/S2 OPTAM-CO) : +20% → +30%*  
*modificateur T (S2 OPTAM) : +11,5% → +21,5%*
- ④ **Pour les nouveaux installés, l'objectif OPTAM et OPTAM-ACO est fixé :**
  - ✓ au minimum au niveau du taux moyen de dépassement de la région ayant le taux le plus bas majoré de 10 points
  - ✓ au maximum au niveau du taux moyen de dépassement de la région ayant le taux le plus haut minoré de 5 points

**+ Travailler à l'ajustement des périodes de référence**

## Exemples

Gastroentérologues (OPTAM)		
	Taux de dépassement	
Île-de-France	35,2%	30,2%
Bretagne	5,2%	15,2%

Chirurgiens (OPTAM-ACO)		
	Taux de dépassement	
Île-de-France	47,9%	42,9%
Bretagne	16,7%	26,7%

# 04.

## RENFORCER LA PERTINENCE ET LA QUALITÉ DES SOINS

# AMÉLIORER LA QUALITÉ ET LA PERTINENCE DES SOINS

- 1** Favoriser la **pertinence des prescriptions**, pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients, garantir le juste soin et limiter la redondance des actes en veillant à la juste allocation de la dépense publique
- 2** S'accorder sur une **dizaine de programmes de pertinence**, appuyés sur des référentiels scientifiques et accompagnés d'objectifs chiffrés, partagés entre partenaires conventionnels
- 3** Identifier les **leviers** qui permettront de sécuriser la juste prescription des produits de santé, des arrêts de travail, des transports sanitaires et des soins ambulatoires prescrits..
- 4** Inventer de **nouveaux mécanismes vertueux d'incitation financière** à une prescription de qualité (incitations collectives & individuelles)
- 5** **Valoriser les comportements de sobriété** dans la prescription de médicaments, dans un triple objectif de santé publique, de réduction de l'empreinte carbone du système de santé et de soutenabilité financière de l'assurance maladie.
- 6** S'accorder sur la nécessité de **corriger les atypies de pratiques** par rapport aux référentiels scientifiques, et sur les modalités d'accompagnement des professionnels concernés, tout en tenant compte l'hétérogénéité de certaines situations cliniques.
- 7** **Lutter collectivement contre les pratiques frauduleuses** d'une minorité de praticiens et protéger la médecine libérale des dérives du système (financiarisation, centres de santé déviants, sites frauduleux...).

# LES PROGRAMMES D'ACTION PARTAGES AUTOUR D'OBJECTIFS COLLECTIFS

- **La convention fixe une liste de programme d'actions partagées sur lesquels :**
  - les médecins s'engagent collectivement à faire évoluer leurs pratiques de prescription pour répondre aux enjeux d'une part, de pertinence au regard des référentiels partagés et des ITR et d'autre part, de sobriété environnementale et économique
  - l'assurance maladie s'engage quant à elle à déployer les actions d'information des prescripteurs pour diffuser les référentiels les bonnes pratiques et une offre de service dynamique pour accompagner les prescripteurs dans leur quotidien
- **Ces programmes à forts enjeux en matière de santé publique et pour la pérennité du système seront affectés d'objectifs de déploiement clairs et chiffrés sur la période de la convention. Ils feront l'objet de points d'étape réguliers qui pourront aboutir à des ajustements quant aux cibles et aux mesures correctrices à mettre en place.**
- **Sobriété des prescriptions de médicaments afin de réduire leur impact carbone**

# ENJEU ENVIRONNEMENTAL DANS LA CONVENTION SOBRIÉTÉ DES PRESCRIPTIONS DE MÉDICAMENTS AFIN DE RÉDUIRE LEUR IMPACT CARBONE



- Parmi les émissions carbone du système de santé (8% des émissions nationales), **50% sont les produits de santé** dont 29% pour le médicament (14,5M T CO2)
  - Emissions de Gaz à Effet de Serre émises de l'extraction de la matière première nécessaire aux principes actifs, aux excipients, aux solvants ou aux emballages, à la sortie d'usine des produits prêts à être vendus en pharmacie de ville ou d'hôpital. Elles incluent les émissions liées à l'utilisation d'énergie des processus industriels (énergie de chauffage, électricité).
- Objectif de la stratégie nationale bas carbone : **réduire de 75 % nos émissions de gaz à effet de serre (GES) d'ici 2050**
- Afin de participer à l'atteinte de cet objectif, créer un dispositif permettant à la fois d'informer les médecins généralistes sur leur prescription de médicament par rapport à la pratique nationale et de sensibiliser à la sobriété dans la prescription de médicaments.



# DES ENGAGEMENTS RÉCIPROQUES POUR RÉPONDRE À CES ENJEUX

De l'Assurance  
Maladie

- ① **Mise à disposition d'informations**  
Accessibilité des référentiels de bonne pratique, retours sur la pratique
- ② **Communication sur les enjeux de pertinence**  
Communications ciblées auprès des PS et des patients
- ③ **Mise à disposition d'outils efficaces**  
Outils numériques efficaces pour l'accompagnement de la prescription

Des médecins  
conventionnés

- ① **Des prescriptions aux meilleurs standards de pertinence**  
Respect des indications remboursables, des référentiels de bonnes pratiques lorsqu'ils existent, ...
- ② **Sobriété des prescriptions**  
Moins de sur stockage de médicaments (ex : paracetamol), moins d'actes inutiles
- ③ **Utilisation renforcée des outils numériques et qualité de la prescription**  
Prescriptions dématérialisées des arrêts de travail, déploiement de l'ordonnance numérique, vigilance sur les éléments réglementaires de la prescription etc

# DES ENGAGEMENTS APPLIQUÉS À 15 OBJECTIFS COMMUNS DE PERTINENCE (1/3)

Champ	Assiette	Objectif
IJ	16 Md€	1. Accroître la pertinence des prescriptions d'arrêts de travail et ralentir l'évolution de la dépense de 2% par an en agissant auprès des 3 parties prenantes (employeurs, assurés, prescripteurs)
PRODUITS DE SANTE	0,4 Md€	2. Lutter contre l'antibiorésistance en diminuant la consommation d'antibiotiques de 10% dès 2025 et de 25% à horizon 2027 et pour rejoindre la moyenne européenne
	7,7 Md€	3. Au vu du risque iatrogénique, diminuer le nombre de patients polymédiqués (6,7M de patients chez les + 65 ans) pour lutter contre la iatrogénie médicamenteuse, dans un double objectif de diminution globale de la polymédication et d'attention spécifique sur les hyper-polymédiqués : réduire de 20 % le nombre de patients polymédiqués
	1,2 Md€	4. Informer sur les indications recommandées définies par la HAS et le ministère et donc accompagner les prescriptions médicales dans les ITR pour atteindre 100% de prescriptions conformes (NR/ou ITR) en utilisant les outils d'accompagnement renforcé à la prescription de l'assurance maladie
	1,1 Md€	5. Favoriser le développement des biosimilaires lors des renouvellements mais aussi lors des primo prescriptions par les spécialistes libéraux en particulier en ophtalmologie, gastroentérologie, rhumatologie, dermatologie : atteindre 80 % de pénétration des biosimilaires

## DES ENGAGEMENTS APPLIQUÉS À 15 OBJECTIFS COMMUNS DE PERTINENCE (2/3)

Champ	Assiette	Objectif
PRODUITS DE SANTE	0,3 Md€	6. Compte des risques liés à la consommation d'opioïdes, limiter le recours aux <b>analgésiques</b> de niveaux 2 et 3 à risque de dépendance, en les classant en assimilés stupéfiants et diminuer de 10 % les volumes d'analgésiques prescrits et délivrés,
	1,3 Md€	7. Compte tenu du gaspillage important de <b>dispositifs médicaux</b> dits du quotidien et des impacts environnementaux liés, en renforcer la pertinence de la prescription et de la délivrance (bandelettes glycémiques, compléments nutritionnels oraux et pansements post-chirurgie): ajuster les prescriptions en nombre et en type de CNO et pansements post chirurgie au plus près des besoins et diminuer ainsi leur dépense de 5 % et faire respecter le seuil réglementaire de 200 bandelettes/an pour la totalité des patients
	1,2 Md€	8. Favoriser en première intention du traitement l'apnée du sommeil l'usage des orthèses d'avancée mandibulaires, dans le cadre des recommandations scientifiques : augmentation des initiations <b>d'orthèses d'avancées mandibulaires (OAM)</b> de 30 % à terme en s'appuyant notamment sur les dernières recommandations de la société française de pneumologie
	0,3 Md€	9. Au vu des risques iatrogéniques et de la forte déconnexion entre les ITR et les prescriptions, recentrer les prescriptions d'IPP sur les indications pertinentes au regard des recommandations : Diminuer les prescriptions inutiles d'IPP dans les différentes classes d'âges par la réduction importante pour les enfants < 2 ans chez qui ils entraînent un risque d'infection, la baisse de la prescription chez les moins de 65 ans avec AINS et la baisse de la durée au-delà de 8 semaines chez les +65 ans se traduisant par une baisse de 20% de prescription chez l'adulte et réduction de la prescription chez l'enfant aux seules indications recommandées par la HAS

# DES ENGAGEMENTS APPLIQUÉS À 15 OBJECTIFS COMMUNS DE PERTINENCE (3/3)

Champ	Assiette	Objectif
PRESCRIPTIONS NON MÉDICAMENTEUSES	1,1 Md€	10. Diminuer les actes d'imagerie redondants et inutiles et améliorer la pertinence en renforçant les actions déjà engagées (lombalgie, radiographie de thorax, ASP, crâne) et en accompagnant des la pertinence de la prescription sur la base des dernières recommandations HAS sur d'autres pathologies/actes (gonalgie, scapulalgie, cervicalgie)
	9,3Md€	11. Renforcer la pertinence et accompagner la qualité des prescriptions des actes infirmiers
	4,6 Md€	12. Au regard de l'impact environnemental des transports sanitaires et de la nécessaire recherche d'adéquation du mode de transport à l'état de santé du patient, renforcer la pertinence de la prescription de transports en limitant le nombre de transports en ambulance et en systématisant la prescription de transports partagés (sauf exception liée à l'état de santé du patient)
	5 Md€	13. Réduire drastiquement les remboursements d'examens biologiques inutiles en diminuant d'au moins 90% le nombre de ces actes dans le cadre d'une liste à définir entre les partenaires et qui contiendra a minima la vit D, TSH, groupe sanguin, ferritinémie, VS
AUTRE	/	14. Renforcer le respect de l'ordonnance bizona [Près de 12 millions de personnes sont bénéficiaires du dispositif des ALD <sub>1-30</sub> ]
	/	15. Assurer le dépistage des maladies cardio-vasculaires et associées chez les personnes à risque (diabète, MRC, BPCO, SCC, IC, cancer) pour favoriser l'entrée précoce dans le parcours de soins

# FOCUS - ARRÊTS DE TRAVAIL

## Assurance maladie

- **Informier :**
  - La **datavisualisation** de son profil de prescription
  - Permettre au médecin d'avoir accès à **l'historique des arrêts de travail** de son patient
  - Etablir des référentiels concertés avec la profession sur les pathologies pour lesquelles ces derniers sont pertinents
- **Accompagner :**
  - Actions fortement renforcées à l'endroit des **entreprises et des employeurs** (contrôles)
  - Accompagnement lors de **l'installation** des jeunes médecins sur le thème des IJ (ex. **règle du week-end**)
- **Outiller :**
  - Compléter sur Amelipro **les motifs d'AAT** en incluant l'attente d'un examen complémentaire
  - Déploiement d'un **service « SOS IJ »** pour que les médecins puissent solliciter l'aide de l'AM sur des cas complexes (y.c. addictologie, invalidité, harcèlement au travail, etc.)
  - Contrôle de la mesure de la limitation à 3 jours des arrêts de travail prescrits en **téléconsultation** (hors MT)
  - Expertiser la question de l'orientation lorsque cela est pertinent versu du télétravail **télétravail**
  - Possibilité pour le médecin de signaler à **l'Assurance Maladie** un employeur

## Médecins conventionnés

- **Prescrire aux meilleurs standards de pertinence**
  - Respecter globalement (au niveau de sa patientèle) les **référentiels** de prescriptions sur les durées
- **Respecter le principe de sobriété des prescriptions**
  - Respecter un cadre conventionnel défini par les partenaires conventionnels sur les **MSO/MSAP** (sous-jacents statistiques de ciblage, process et modalités de recours, exceptions, etc.)
- **Respecter les qualités techniques des prescriptions**
  - Systématisation de **l'arrêt de travail en ligne**

→ **Accroître la pertinence des prescriptions et ralentir l'évolution de la dépense de 2% par an**

# ACCOMPAGNEMENT DE LA DYNAMIQUE DES GROUPES D'ANALYSE DE PRATIQUE

## Soutien financier de l'Assurance Maladie à la dynamique des groupes d'analyse de pratique

### Dispositif :

- 10 à 15 MG se réunissant 10 fois par an autour d'un animateur sur une thématique spécifique à chaque fois différente

### Devront être définis les :

- Critères d'éligibilité :
  - ✓ Tous les groupes d'analyse de pratique suivant le référentiel défini par la HAS
  - ✓ Tous les MG d'un territoire sous réserve d'un accord collectif
- Les modalités d'appui à ces groupes d'analyse de pratique:
  - appui à la préparation des thématiques retenues (données, informations pertinentes),
  - appui à la coordination et à l'animation des groupes
  - indemnisation des médecins participant

# CALENDRIER

- Prochaine multilatérale : 1<sup>ère</sup> quinzaine de mars
- D'ici là, cycle de bilatérales avec l'ensemble des syndicats.