

TEXTE NON CODIFIE

.Source :
JOURNAL OFFICIEL

.Nature :
ARRETE

.Date :
28/06/2002

.Numéro :

.Date de publication :
29/06/2002

.Objet :
Arrêté portant approbation d'un avenant à la convention
nationale des médecins généralistes

.Descripteur :

Texte :

Arrêté du 28 juin 2002 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des médecins généralistes

NOR : SANS0222195A

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées et le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales,

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

Arrêtent :

Art. 1er. - Est approuvé l'avenant conclu le 14 juin 2002, annexé au présent arrêté, entre, d'une part, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse centrale de mutualité sociale agricole et la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et, d'autre part, la Fédération française des médecins généralistes.

Art. 2. - Le directeur général de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes au ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées et le directeur des exploitations, de la politique sociale et de l'emploi au ministère de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

A V E N A N T N° 10

A LA CONVENTION NATIONALE DESTINEE A ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE LES MEDECINS GENERALISTES ET LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

L'organisation syndicale représentative des médecins généralistes :

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

Et les caisses nationales d'assurance maladie :

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

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

La Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes, représentée par son président, M. Gérard Quevillon ;

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

conviennent de ce qui suit :

I. - Les partenaires conventionnels arrêtent les dispositions suivantes :

Article 1er

Sous réserve des dispositions du 3 du présent article, les partenaires conventionnels décident de rémunérer à même hauteur l'acte de soins, qu'il soit réalisé au cabinet du médecin (C) ou hors du cabinet (V).

1. A compter du 1er juillet 2002 et jusqu'au 30 septembre 2002, les tarifs des actes de consultation sont fixés comme suit :

ACTES Du 1 ^{er} juillet au 30 septembre 2002	DEPARTEMENTS métropole (en euros)	ANTILLES-GUYANE (en euros)	REUNION (en euros)
Consultation au cabinet : C	20,00	22,00	24,00
Acte de soin hors cabinet : V	20,00 (**)	22,00 (**)	24,00 (**)
Valeur de la majoration de maintien à domicile (3) : Valeur de la majoration de maintien à domicile pour les agglomérations de Paris, Lyon, Marseille	8,00 (**)		
Valeur de la majoration de maintien à domicile pour les autres agglomérations ou communes non agglomérées	6,50 (**)	6,50 (**)	6,50 (**)
Valeur de l'indemnité de déplacement : - agglomération de Paris, Lyon, Marseille et autres agglomérations ou communes non agglomérées (3)	3,50 (**)	3,85 (**)	4,20 (**)
(3) Les agglomérations correspondent à celles définies par l'INSEE dans son dernier recensement. (**) Sous réserve des dispositions du 3 du présent article			

2. A compter du 1er octobre 2002, les tarifs des actes de consultation sont fixés comme suit :

ACTES à partir du 1 ^{er} octobre 2002	METROPOLE (en euros)	DEPARTEMENTS	
		Antilles-Guyane (en euros)	Réunion (en euros)
Consultation au cabinet : C	20,00	22,00	24,00
Acte de soins hors cabinet : V	20,00	22,00	24,00
Valeur de la majoration de déplacement :			
- agglomérations de Paris, Lyon, Marseille et autres agglomérations ou communes non agglomérées (3)	10,00 (**)	10,00 (**)	10,00 (**)

(3) Les agglomérations correspondent à celles définies par l'INSEE dans son dernier recensement.
(**) Sous réserve des dispositions du 3 du présent article

3 En contrepartie de la revalorisation de l'acte de soins, tous les médecins s'engagent conventionnellement à établir leurs prescriptions médicamenteuses en dénomination commune. La revalorisation du tarif de l'acte de soins hors cabinet sera permise par la signature par les parties conventionnelles, au plus tard le 1er juillet 2002, d'un accord de bon usage des soins (AcBUS) hors cabinet portant sur la visite à domicile.

La déclinaison régionale de cet AcBUS d'ici le 1er octobre 2002 permettra de mieux valoriser une « Majoration de déplacement » dans laquelle se fondront la MMD et l'actuelle ID, pour les situations reconnues comme justifiant un soin à domicile.

Article 2

1. Les partenaires conventionnels demandent la création, à compter du 1er octobre 2002, d'une «majoration de déplacement » dans les dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels.
2. Sous réserve de la création de la « majoration de déplacement », les partenaires conventionnels demandent la suppression, à compter du 1er octobre 2002, de l'application de l'indemnité de déplacement pour les médecins omnipraticiens prévue au A de l'article 13 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels.

A défaut, sous réserve de la création de la « majoration de déplacement » et dans l'attente de la suppression de l'application de l'indemnité de déplacement pour les médecins omnipraticiens, les partenaires fixent le montant de l'indemnité de déplacement prévue à l'article unique « Tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires » de l'annexe à la convention nationale à zéro euro à compter du 1er octobre 2002.

3. Sous réserve de la création de la « majoration de déplacement », les partenaires conventionnels demandent la suppression, à compter du 1er octobre 2002, de l'article 14-2 « Majoration de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes » des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels.

A défaut, sous réserve de la création de la « majoration de déplacement » et dans l'attente de la suppression de la « Majoration de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes », les partenaires fixent le montant de cette majoration à zéro euro à compter du 1er octobre 2002.

Article 3

Un accord national de bon usage des soins à domicile sera conclu au plus tard le 1er juillet 2002. Un référentiel de soins à domicile sera défini dans le cadre de cet accord ainsi que les actions nécessaires afin d'agir sur les comportements.

La mise en oeuvre de cet accord doit conduire à une diminution du nombre d'actes de soins hors cabinet.

Dans une deuxième étape, cet AcBUS sera décliné au niveau régional d'ici le 1er octobre 2002 permettant d'étendre le champ d'application de la « majoration de déplacement » aux patients atteints d'une incapacité totale et durable au déplacement selon des critères médico-administratifs, prenant en compte des difficultés d'accès aux soins, qui seront à définir.

Article 4

Il est créé l'article 1er-13 de la convention nationale suivant :

« Article 1er-13

« Prescriptions médicamenteuses

« Les médecins généralistes adhérant à la présente convention s'engagent à rédiger leurs prescriptions médicamenteuses en dénomination commune ou en génériques.

« A titre transitoire, à compter du 1er juillet 2002 et jusqu'au 30 juin 2003, les partenaires conventionnels se fixent comme objectif que :

« - la moyenne nationale des lignes de prescriptions médicamenteuses établies par les médecins généralistes adhérant à la présente convention soit rédigée pour 25 % en dénomination commune ou en génériques ;

« - et au moins 12,5 % des lignes de prescriptions médicamenteuses en moyenne nationale entrent dans le répertoire des génériques. Pour cette fraction, les prescriptions peuvent aussi être rédigées en génériques.

« Chaque médecin généraliste, par son adhésion à la présente convention, s'engage à prescrire de manière à contribuer au respect de cet objectif. »

Article 5

1. A compter du 1er juillet 2002, le titre du paragraphe 2 de l'article 9-1 de la convention nationale est rédigé comme suit :

« Paragraphe 2 : Non-respect des tarifs opposables, des règles de remplissage des feuilles de soins et imprimés en vigueur - non-respect de règles de prescriptions médicamenteuses ».

2. A compter du 1er juillet 2002, le premier alinéa du paragraphe 2 de l'article 9-1 de la convention nationale est complété par la phrase suivante :

« - manqué à ses engagements relatifs à la prescription médicamenteuse fixés à l'article 1-13 de la présente convention. »

3. Durant la phase transitoire visée à l'article 1-13, les mesures prévues au paragraphe 1 de l'article 9-1 ne peuvent être appliquées qu'après avis motivé de la CCPL - dans le mois qui suit sa saisine - et qui peut saisir le CMPL.

Article 6

Au-delà de l'AcBUS sur le bon usage des soins à domicile mentionné à l'article 3 ci-dessus et de l'AcBUS sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge des angines signé par les parties le 15 mai 2002 et annexé au présent avenant, les parties signataires engageront des discussions pour conclure d'autres accords de bon usage des soins ou des contrats de bonne pratique ou de santé publique, aux plans national ou régional. Ceux-ci porteront notamment sur les prescriptions à service médical rendu insuffisant, sur la polymédication des personnes âgées, sur les vaccinations, sur la prise en charge des lombalgies communes, la prescription de médicaments psychotropes ou la prise en charge des conduites addictives...

II. - Modification de l'avenant 8 :

Article 7

Les partenaires conventionnels décident de modifier les articles suivants de l'avenant n° 8 à la convention nationale comme suit.

Article 7-1

L'article 3.1. « Associations de garde et d'astreinte » et l'article 3.2 « Conditions d'exercice des médecins libéraux au sein des associations » de l'avenant 8 sont abrogés et remplacés par les articles suivants :

« Article 3.1

« Dans le cadre du dispositif de permanence des soins organisé conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, et afin d'en améliorer le fonctionnement tant du point de vue des patients que de celui des praticiens, les partenaires conventionnels ont décidé de mettre en place, sur la base du volontariat, une rémunération du médecin d'astreinte désigné par l'autorité compétente.

« Ce dispositif pourra éventuellement faire l'objet d'une modification afin de prendre en compte les évolutions légales et réglementaires, et notamment la parution du décret d'application de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

« Article 3.2

« Article 3.2.1

« L'astreinte rémunérée est celle effectuée la nuit de 20 heures à 8 heures ainsi que le dimanche et les jours fériés de 8 heures à 20 heures.

« Peuvent bénéficier de la rémunération de l'astreinte les médecins désignés par l'autorité compétente chargés d'assurer l'astreinte dans un secteur de permanence des soins.

« Article 3.2.2

« Les partenaires conventionnels se fixent pour objectif de favoriser, en concertation avec l'ensemble des partenaires compétents, une meilleure sectorisation en vue d'améliorer leurs conditions d'exercice et d'assurer la permanence des soins pour l'ensemble des patients.

« Un suivi de la mise en oeuvre du dispositif et, en particulier, à partir de l'existant, du regroupement des secteurs sera assuré par les signataires. Un premier bilan sera réalisé au 30 novembre 2002.

« Article 3.2.3

« Les parties signataires conviennent de l'importance de compléter le dispositif de permanence des soins par le renforcement de la régulation des appels téléphoniques.

« La régulation est organisée en lien avec le Centre 15. Elle suppose la participation des médecins généralistes libéraux. Cette participation fera l'objet d'un financement.

« Ces financements seront gérés au niveau régional par les instances compétentes notamment conventionnelles, en liaison avec les représentants de l'ordre des médecins et de l'Etat. »

Article 7-4

A l'article 3-5 « Mesure immédiate », les mots : « 3 100 secteurs » sont remplacés par les termes : «secteurs existants ».

Article 7-5

1. La première phrase du 3-6 de l'avenant 8 est rédigée comme suit :

« L'instance compétente visée à l'article 3.3.2 est composée ainsi ».

2. Il est ajouté la phrase suivante :

« Les membres de cette instance représentant la profession sont indemnisés selon les règles habituelles fixées par la convention. »

Article 7-6

L'article 6 « La prescription pharmaceutique » de l'avenant 8 est supprimé.

Article 8

Les parties signataires s'accordent pour maintenir la participation des caisses aux cotisations sociales de tous les médecins conventionnés qui respectent, à compter de la signature du protocole d'accord entre les trois caisses d'assurance maladie et les syndicats nationaux représentatifs de médecins, les honoraires conventionnels.

Article 9

Aide à la maintenance

L'aide prévue à l'alinéa 10 de l'article 7 de l'avenant 8 est versée en 2002 à tout professionnel ayant réalisé une FSE en euros entre le 1er mars 2002 et le 30 juin 2002.

Article 10

Adhésion des médecins

La convention ainsi modifiée sera adressée à chaque médecin généraliste qui pourra, s'il le souhaite, choisir de ne pas y adhérer.

Fait à Paris le 14 juin 2002.

Le président de la Fédération française
des médecins généralistes MG France,
Pierre Costes

Le président de la Caisse nationale de l'assurance
maladie des travailleurs salariés,
Jean-Marie Spaeth

La présidente de la Caisse centrale
de mutualité sociale agricole,
Jeannette Gros

Le président de la Caisse nationale d'assurance
maladie des professions indépendantes
Gérard QUEVILLON

A N N E X E I

ACCORD NATIONAL DE BON USAGE DES SOINS

Préambule

On dénombre annuellement en France entre 6 et 9 millions d'angines aiguës, donnant lieu dans 90 % des cas à une prescription d'antibiotiques.

Or, parmi les angines érythémateuses et érythémato-pultacées (90 % des angines aiguës), seule l'angine à streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (SBGA) nécessite un traitement antibiotique systématique.

Ce type d'angine représente 10 à 20 % des angines de l'adulte et 20 à 40 % des angines de l'enfant.

C'est en raison des risques des angines à SBGA et du fait des difficultés de leur diagnostic qu'en pratique courante, en France, pratiquement toutes les angines sont traitées par antibiotiques.

Cette surconsommation d'antibiotiques a pour conséquences :

- les effets indésirables classiques des antibiotiques ;
- le développement des résistances, problème majeur de santé publique.

Il existe des tests de diagnostic rapide (TDR) qui permettent en quelques minutes, lors d'une consultation, d'éliminer un diagnostic d'angine à SBGA.

Les parties signataires souhaitent promouvoir dans le cadre des angines une mise à disposition et une utilisation de ces tests par les médecins généralistes et ainsi favoriser une diminution des résistances aux antibiotiques par une réduction de la consommation d'antibiotiques.

Article 1^{er}

Champ de l'accord

Le présent accord régit les obligations respectives des caisses et des médecins généralistes conventionnés pour la généralisation des tests de diagnostic rapide des angines.

Article 2

Objectifs médicalisés d'évolution des pratiques

Les parties signataires entendent, par cet accord, contribuer à améliorer la qualité de la prise en charge des angines et obtenir ainsi une diminution des résistances aux antibiotiques.

L'objectif opérationnel est d'obtenir des médecins généralistes une utilisation adaptée de ces TDR.

Article 3

Prise en charge des tests

Les caisses prennent en charge sur leur Fonds national de prévention les TDR de l'angine.

Après une procédure d'appel d'offres, le fournisseur de tests retenu est chargé de distribuer les tests aux généralistes qui en font la demande.

Article 4

Actions mises en place

Les parties signataires conviennent qu'il est nécessaire de mettre en place les actions suivantes :

4-1. Formation des médecins à l'utilisation du test

Un accompagnement des médecins par une formation à l'utilisation des tests est souhaitable afin d'obtenir une optimisation des prescriptions d'antibiotiques.

Ces formations sont mises en place par les instances conventionnelles locales.

Elles sont organisées par les associations de formation continue de généralistes.

Un cahier des charges fixant un cadre général et des recommandations sur ces formations est validé par les parties signataires. Les parties signataires conviennent que ces formations impliqueront un expert dans le domaine de l'infectiologie.

Le généraliste qui s'engage dans cette formation recevra, à l'issue de celle-ci, les tests utilisables dans sa pratique. Le renouvellement des tests est effectué par le généraliste par bon de commande adressé à la CPAM.

Une somme de deux millions d'euros est allouée pour l'organisation matérielle de ces formations sur la période 2002, sur le Fonds national d'action sanitaire et sociale.

Cette somme sera répartie entre les CPAM afin qu'elles puissent prendre en charge, selon les modalités fixées dans le cahier des charges, le financement des formations directement auprès des associations de formation.

4-2. Campagnes de communication

Des actions de communication sont nécessaires afin :

- d'inciter les généralistes à participer à cet accord et à s'inscrire aux formations ;
- d'informer les patients sur l'intérêt médical de ces tests.

Ces actions de communication s'intégreront dans la campagne sur le bon usage des antibiotiques menée par les caisses.

Article 5

Indicateurs

Afin de mesurer l'atteinte des objectifs, les partenaires conventionnels conviennent de mettre en place un dispositif permettant notamment :

- de mesurer la participation des généralistes aux formations ;
- de suivre l'utilisation du test par les généralistes et ses conséquences.

Article 6

Durée de l'accord

La durée de cet accord est de trois ans à compter de la date de publication au Journal officiel de l'approbation par les ministres de l'accord.

Il peut être prolongé par la signature d'un avenant.

Article 7

Résiliation de l'accord

L'accord peut être résilié par décision d'une des parties en cas de :

- violation grave et répétée des engagements de l'accord du fait de l'une des parties ;
- modification législative ou réglementaire affectant substantiellement les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec avis de réception à tous les signataires de l'accord. Elle prend effet à l'échéance d'un préavis de deux mois.

Article 8

Application de l'accord

Cet accord s'applique sur l'ensemble du territoire national. Il n'interdit pas la signature d'accords régionaux de bon usage des soins complémentaires sur ce thème.