

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Arrêté du 2 mai 2007 portant approbation de l'avenant n° 23 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes

NOR : SANS0752329A

Le ministre de la santé et des solidarités,

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

Arrête :

Art. 1^{er}. – Est approuvé l'avenant n° 23 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes approuvée par l'arrêté du 3 février 2005, annexé au présent arrêté, et conclu le 29 mars 2007 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, la Confédération des syndicats médicaux français, le Syndicat des médecins libéraux et l'Alliance intersyndicale des médecins indépendants de France.

Art. 2. – Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 2 mai 2007.

PHILIPPE BAS

AVENANT N° 23

À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 12 JANVIER 2005

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment l'article L. 162-5 ;

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 12 janvier 2005 publiée au *Journal officiel* du 11 février 2005, ses avenants et ses annexes,

PRÉAMBULE

Afin de préserver l'accès aux soins et d'améliorer la qualité des soins dispensés et la coordination des soins, la convention nationale du 12 janvier 2005 a mis en œuvre le parcours de soins coordonnés, et a lancé la dynamique de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Elle a été complétée par un accord conclu en mars 2006, fixant des objectifs de maîtrise pour 2006 et 2007.

Les parties signataires, souhaitant renforcer les missions du médecin traitant dans le champ de la prévention, ont retenu en 2006 les thèmes suivants : le cancer du sein, la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées, les facteurs de risque pour la femme enceinte, les risques cardio-vasculaires, en premier lieu le diabète, et l'obésité chez les jeunes.

Ces programmes et thèmes ainsi que leurs objectifs respectifs sont définis aujourd'hui collectivement, l'assurance maladie accompagnant les médecins en leur délivrant une information individualisée sur leur pratique.

Les parties signataires souhaitent poursuivre en 2007 et les années suivantes l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins en renforçant l'implication du médecin traitant dans une démarche d'amélioration de sa pratique, respectueuse des recommandations de la Haute Autorité de santé. Il s'agit d'inciter les praticiens à atteindre des objectifs de santé publique collectifs, déclinés au niveau individuel dans une logique d'accompagnement, en ce qui concerne la prévention du cancer du sein, la vaccination antigrippale chez les personnes âgées et la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées.

D'autre part, les partenaires conventionnels souhaitent mettre en œuvre un programme d'accompagnement des patients diabétiques, en étroite collaboration avec les médecins traitants.

Les parties signataires souhaitent aussi, pour l'année 2008, renforcer la dynamique engagée en matière de maîtrise médicalisée sur les thèmes retenus en 2006 et en 2007, dans le souci de maintenir une assurance maladie solidaire et d'améliorer la prise en charge des patients.

Conscientes du rôle prépondérant du médecin généraliste en matière de maîtrise médicalisée de dépenses de santé, elles réaffirment leur souhait de poursuivre en 2008 l'effort déjà engagé, notamment en s'orientant vers la déclinaison et le retour d'information individuel auprès de chaque médecin eu égard aux objectifs collectifs, et de revaloriser sur trois ans les conditions d'exercice de la médecine générale grâce aux économies dégagées dans ce cadre.

Elles s'accordent sur la mise en œuvre d'une deuxième étape de la CCAM technique.

Les parties signataires s'engagent à consolider le rôle des médecins consultants dans le cadre du parcours de soins.

Les parties signataires proposent également pour les médecins spécialistes de psychiatrie et de pédiatrie, la création de majorations spécifiques applicables à certaines consultations.

Les parties signataires s'entendent, pour les médecins en anatomo-cyto-pathologie, pour créer une majoration conventionnelle provisoire P100 pour le diagnostic histo-pathologique de tumeurs malignes des actes 008. Cette majoration ne pourra être facturée en sus de la majoration 0021.

Pour les spécialistes en médecine interne disposant d'une compétence en diabétologie, les parties signataires s'accordent pour que la majoration MCE leur soit applicable.

Il est donc convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

L'avenant n° 12 à la convention nationale des médecins libéraux a conforté la place du médecin traitant dans l'organisation du système de soins, prioritairement dans le domaine de la prévention et de la coordination des soins. En cohérence avec les objectifs de la loi de santé publique, les parties signataires ont convenu d'engager progressivement les médecins traitants dans les programmes de prévention.

En 2007, les parties signataires souhaitent poursuivre l'ensemble des actions déjà engagées rappelées dans le préambule du présent avenant, et mettre en particulier l'accent sur les thèmes suivants : le dépistage du cancer du sein, la vaccination antigrippale chez les personnes âgées, la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées, et la prévention des risques cardio-vasculaires, en premier lieu le diabète.

Elles conviennent dès lors de décliner et d'assurer un retour d'information individuel auprès de chaque médecin traitant, afin d'améliorer l'efficacité de ces actions de prévention.

Le dépistage précoce du cancer du sein

Chaque année et tous âges confondus, 12 000 femmes meurent d'un cancer du sein en France et 46 000 nouveaux cas sont diagnostiqués.

Pour lutter contre cette maladie, un dispositif permettant un dépistage organisé a été instauré.

Le dépistage organisé (DO) du cancer du sein a été généralisé à tout le territoire français en 2004. Le cahier des charges établi par la direction générale de la santé, mis en place en 2002, actualisé en septembre 2006, propose des modalités de dépistage proches de celles du dépistage individuel. L'examen clinique est systématique, des clichés complémentaires sont faits en cas de besoin, le bilan diagnostique est effectué immédiatement en cas d'images suspectes et la qualité du programme est assurée par la double lecture des mammographies normales et l'évaluation. Le dépistage est coordonné au niveau local par une structure de gestion.

Ce dispositif, coordonné par l'InCA garantit un dépistage de qualité et gratuit pour l'ensemble des femmes de 50 à 74 ans. Il a pour objectif l'inclusion de 80 % de femmes dans le programme.

En 2004, 1,6 million de femmes ont effectué une mammographie de dépistage organisé permettant la détection de 10 640 cancers.

Des études randomisées ont montré que ce dispositif pourrait faire reculer la mortalité de 25 à 30 % si le taux de participation des femmes concernées atteignait 70 %. Or celui-ci, de l'ordre de 45 %, reste encore insuffisant.

En coordination, le cas échéant, avec les médecins spécialistes et en particulier les gynécologues, le médecin traitant a un rôle essentiel :

- à l'occasion d'une consultation de sa patiente, il vérifie son inclusion dans le dépistage organisé et s'assure de l'observance de la périodicité recommandée pour la mammographie ;
- il attire l'attention de la patiente sur les bénéfices d'un dépistage aux âges recommandés en exposant les avantages du dépistage organisé ;
- il développe une information positive sur le dépistage (qui doit s'inscrire parmi les actes naturels de simple surveillance) afin de lever les éventuelles réticences de ses patientes.

Le médecin traitant dispose des références médicales en vigueur, notamment celles issues des travaux de la Haute Autorité de santé, de l'InCA, et des travaux épidémiologiques de l'InVS et de l'OPEPS.

Il est proposé aux médecins traitants de s'engager à accroître le taux de dépistage du cancer du sein par mammographie une fois tous les deux ans des femmes âgées de 50 à 74 ans de leur patientèle, et plus particulièrement dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer du sein.

Le taux global de dépistage est estimé actuellement à 66 %, dont 42 % pour le seul dépistage organisé. Ces taux sont calculés à partir des taux constatés sur douze mois (régime général).

Augmenter de manière individuelle le taux de dépistage global permettra d'atteindre l'objectif collectif de 80 % de femmes dépistées en trois ans. L'augmentation du taux de dépistage doit se faire en privilégiant le dépistage organisé.

L'engagement est donc d'augmenter de 14 points en trois ans le taux de mammographies parmi les femmes âgées de 50 à 74 ans, 10 points dans le cadre du dépistage organisé et 4 points dans le cadre du dépistage individuel.

L'assurance maladie fournira au médecin traitant les outils facilitant le repérage des patientes concernées par le dépistage organisé afin qu'il puisse les inciter à y participer.

Les indicateurs retenus pour le suivi individuel sont :

- ratio du nombre de mammographies dans le dépistage organisé et hors du dépistage organisé rapporté au nombre de femmes dont le médecin est le médecin traitant, âgées de 50 à 74 ans par période de deux ans ;
- ratio du nombre de mammographies réalisées dans le cadre du dépistage organisé rapporté au nombre de femmes dont le médecin est le médecin traitant, âgées de 50 à 74 ans par période de deux ans.

La déclinaison individuelle est précisée au sein de l'annexe 1.

La vaccination antigrippale chez les personnes âgées

La loi de santé publique a fixé comme objectif d'atteindre un taux de couverture vaccinale d'au moins 75 % dans tous les groupes à risque et tout particulièrement celui des personnes âgées de plus de 65 ans.

Le taux de couverture à l'issue de la campagne 2005-2006 était de 63 % pour cette population. Sept millions de personnes de plus de 65 ans sont concernées.

Le médecin traitant doit juger de l'opportunité de la vaccination pour ses patients et est l'interlocuteur privilégié pour les accompagner dans cette démarche.

La grippe et ses fréquentes complications chez la personne âgée expose à l'ajout de médicaments chez des patients déjà souvent polymédiqués. Eviter cet épisode grippal en vaccinant son patient contribue à lutter non seulement contre la morbidité et la mortalité liées à la grippe mais aussi contre les risques de iatrogénie médicamenteuse.

Les médecins traitants s'engagent sur l'objectif d'un taux de couverture antigrippale des patients de plus de 65 ans pour lesquels ils sont médecins traitants d'au moins 75 % conformément à l'objectif de la loi de santé publique, soit une augmentation de 12 points en trois ans. Cet objectif sera décliné (cf. annexe 1) et analysé individuellement et fera l'objet d'un retour d'information personnalisée.

Il s'agit de favoriser la vaccination au cours d'une consultation habituelle ou, en dehors des primo-vaccinations, la réalisation de l'injection par un infirmier en accord avec le médecin traitant.

L'assurance maladie fournira au médecin traitant les outils facilitant la détermination des patients de plus de 65 ans susceptibles d'être vaccinés. Elle accompagnera également les médecins traitants dans cette démarche par le biais d'une communication adaptée auprès des assurés.

La iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées

Actuellement, il est estimé que la iatrogénie médicamenteuse est responsable de 130 000 hospitalisations par an (1), ce qui représente 5 à 10 % des hospitalisations au total. Or, 40 à 60 % de ces événements iatrogènes, qui sont d'origines diverses, sont évitables.

La population des plus de 65 ans est la plus exposée, notamment en raison du nombre important mais souvent nécessaire de médicaments qu'elle consomme. Parmi les 10 millions de personnes âgées de 65 ans ou plus, environ 1,5 million consomment quotidiennement sept médicaments ou plus de classes thérapeutiques différentes, ce qui représente en moyenne 30 patients par an et par médecin traitant (appelées « population âgée polymédiquée »).

(1) Principaux résultats Eneis, P. Michel *et al.*, Risques et qualité 2005, vol. II, n° 3, p. 131-138.

Si, dans cette tranche d'âge, la polymédication est très souvent justifiée, la vulnérabilité des plus de 65 ans aux effets indésirables des médicaments est réelle. La mise en place d'une prévention active des risques liés aux médicaments repose sur plusieurs éléments :

- Questionner à chaque ordonnance sur les médicaments prescrits :

Aucun patient n'a un état de santé statique dans le temps. Toute ordonnance doit ainsi donner lieu à des réévaluations régulières.

Par ailleurs, toute introduction de nouveau traitement doit conduire le médecin à rechercher si chacun des médicaments consommés est toujours nécessaire et compatible avec le nouveau médicament.

- Hiérarchiser les traitements :

La prise en charge des personnes âgées impose de hiérarchiser les symptômes et les pathologies à traiter, en privilégiant ceux qui comportent les risques les plus importants pour le patient.

- Sensibiliser le patient et son entourage sur les risques et lui faire accepter le principe de révision des traitements.

Le médecin traitant constitue le pivot de cette démarche. Le fait que plus de 90 % des assurés de plus de 65 ans aient choisi leur médecin traitant rend la prévention de ce risque plus aisée. Le médecin traitant dispose en effet d'une vision globale de ses patients et de l'ensemble de ses traitements. La dimension préventive du médecin traitant prend ici tout son sens.

Les objectifs collectifs et qualitatifs sont en 2008 dans la population âgée polymédicamenteuse :

- diminution de 10 % du nombre de personnes ayant eu une prescription de benzodiazépine à demi-vie longue (2) ;
- diminution de 10 % du nombre de personnes ayant eu une prescription de vasodilatateur.

Ces objectifs feront l'objet d'un retour individuel d'information auprès des médecins.

L'assurance maladie accompagnera les médecins traitants dans cette démarche par le biais d'une communication auprès des assurés et en agissant auprès des pharmaciens afin de les y sensibiliser.

(2) La demi-vie est le temps nécessaire pour que la concentration plasmatique ou la quantité de médicaments dans l'organisme diminue de 50 %. Un médicament est considéré comme à demi-vie courte lorsque ce temps est inférieur à 20 heures et à demi-vie longue si ce temps est supérieur ou égal à 20 heures.

Les risques cardio-vasculaires et en premier lieu le diabète

En France en 2004, plus de 2 millions de personnes, dont 80 % en ALD 30, sont touchées par le diabète, facteur de risque majeur de complications cardio-vasculaires. Actuellement, le taux d'accroissement moyen en effectif est de 7,5 % par an. L'augmentation de l'incidence du diabète est principalement due à l'augmentation du surpoids et de l'obésité, ainsi qu'au vieillissement de la population.

Selon les résultats disponibles pour 2001-2003 de l'étude réalisée à partir de l'échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques (ENTRED) :

- 93 % des personnes interrogées déclaraient au moins un facteur de risque vasculaire autre que le diabète (tabagisme actuel, hypertension artérielle, hypercholestérolémie), 69 % en déclaraient au moins deux et 31 % au moins trois ;
- 40 % des personnes étaient en surpoids et 34 % étaient obèses ;
- 16 % étaient fumeurs ;
- le niveau d'HbA1c était mal contrôlé ($HbA1c \geq 7\%$) dans plus de la moitié des cas (53 %).

L'objectif est donc de prévenir les risques cardio-vasculaires en améliorant la prise en charge des patients diabétiques si possible avant l'apparition des complications.

Aussi, l'assurance maladie envisage de lancer une expérience pilote d'accompagnement des patients diabétiques, dans laquelle le rôle du médecin traitant sera prépondérant, et à laquelle l'ensemble des médecins spécialistes concernés, seront associés.

Cette implication du médecin traitant donnera lieu à une rémunération forfaitaire annuelle par patient entrant dans le programme. Ce forfait viendra s'ajouter, le cas échéant, à la rémunération spécifique du médecin traitant pour ses patients atteints d'une ALD.

Article 2

Article 2.1

Poursuite des engagements de maîtrise médicalisée

Les parties signataires réaffirment leur engagement dans l'amélioration de l'efficacité des dépenses de santé en poursuivant la démarche de maîtrise médicalisée lancée en 2005.

Pour préserver notre système de soins et garantir l'accès à des soins de qualité pour tous, les partenaires conventionnels ont fait de la maîtrise médicalisée des dépenses une priorité. Grâce aux efforts conjugués des médecins libéraux, des assurés et de l'assurance maladie, la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, a permis de dégager des économies d'un montant de l'ordre de 600 millions d'euros en 2006.

Ce résultat, bien qu'encourageant et appréciable, n'atteint pas totalement l'objectif initialement fixé. De plus, les résultats observés ne sont pas homogènes selon les différents postes de dépenses (arrêts de travail, médicaments, respect des prises en charge à 100 %), selon les régions et selon les médecins. Les efforts doivent donc être accentués dans la perspective de la poursuite de la qualité des soins et du redressement des comptes de l'assurance maladie.

Dans cette optique, les parties signataires s'accordent pour renforcer les efforts de maîtrise médicalisée portant sur les thèmes retenus pour 2007 et pour lesquels les objectifs ont été définis dans l'avenant 12 à la convention nationale des médecins libéraux :

- diminution des prescriptions d'antibiotiques, de statines, d'inhibiteurs de la pompe à protons et d'anxiolytiques/hypnotiques ;
- respect de la réglementation relative à l'ordonnance bizona et aux arrêts de travail ;
- diminution des volumes de certains actes diagnostiques et thérapeutiques ;
- diminution de la prescription de location de lits médicalisés au-delà de la première année chez les patients atteints de pathologies dégénératives ;
- développement de la régulation médicalisée des dépenses de transport en adaptant le mode de transport prescrit à l'état de santé du malade et à son degré d'autonomie conformément au nouveau référentiel médical de prescription publié au JO du 30 décembre 2006.

Pour l'année 2008, les parties conviennent de continuer la maîtrise médicalisée sur les thèmes retenus pour 2007 avec les objectifs suivants :

Sous forme d'engagements de maîtrise médicalisée

Baisse de 5 % des montants 2007 de la prescription d'antibiotiques.

Stabilisation des montants de prescriptions des statines par rapport à l'année 2007.

Baisse de 5 % des montants de prescriptions d'anxiolytiques et d'hypnotiques en 2008 par rapport à l'année 2007.

Baisse de 2 % des montants tendanciels 2008 des prescriptions d'antihypertenseurs.

Baisse de 1 % en volume des indemnités journalières liées aux arrêts de travail par rapport à la tendance 2008.

Transfert de 2,5 points de dépenses en rapport avec une affection de longue durée vers les dépenses sans rapport avec une affection de longue durée.

Baisse de 5 % des volumes de prescription des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) par rapport à la tendance 2008.

Baisse de 5 % des prescriptions de transport par rapport à la tendance 2008 correspondant à une croissance des dépenses de 2 %.

Baisse des volumes de certains actes diagnostiques et thérapeutiques identifiés notamment à la lumière de l'analyse des pratiques réalisée dans le cadre de l'observatoire de la CCAM.

Stabilisation du volume de lits médicalisés en location par rapport à l'année 2007.

Sous forme d'accords de bon usage de soins (AcBUS) (3)

Maintien des objectifs définis pour 2007 :

- efficacité des prescriptions d'anti-agrégants plaquettaires (AAP) : augmentation d'au moins 5 points du nombre de patients sous aspirine seule ou associée à un autre AAP sur l'ensemble des patients sous AAP ;
- bon usage de la coloscopie après polypectomie : taux de patients ayant bénéficié d'une polypectomie et chez lesquels on observe une (ou plusieurs) nouvelle(s) coloscopie(s) entre les quatrième et vingt-quatrième mois suivant la polypectomie inférieur à 0,5% à deux ans.

(3) Avec une mise à jour du référentiel de pratique en fonction des nouvelles données de la science.

Article 2.2

Déclinaisons individuelles des thèmes de maîtrise médicalisée

*Préférer la délivrance de médicaments génériques
et favoriser une juste prescription des IPP dans le répertoire*

Les médicaments génériques ont fortement progressé depuis la mi-2002 – ils sont dorénavant délivrés dans 70 % des cas contre 35 % au début de l'année 2002. En 2006, les médicaments génériques auront permis d'économiser plus de 600 millions d'euros pour une qualité de soins identique.

Toutefois la place des médicaments génériques peut et doit être encore développée en France.

Il est nécessaire que les médecins traitants poursuivent leur engagement en faveur de la plus stricte économie compatible avec l'état du patient :

- en privilégiant, en fonction des besoins du malade, la prescription des médicaments figurant dans le répertoire des génériques, ce qui permet au pharmacien de substituer un générique à un médicament de marque ;
- en encourageant leurs patients à accepter la délivrance des médicaments qu'ils prescrivent en génériques.

Par rapport à ses voisins européens, la France se distingue par une consommation d'inhibiteurs de la pompe à protons parmi les plus fortes. Avec près de 16,9 comprimés par habitant en 2004, les français sont les deuxièmes plus gros consommateurs d'IPP après l'Espagne (19,8) mais loin devant l'Allemagne (10,4 comprimés par habitant en 2004) (4).

Afin de maîtriser la consommation tout en s'assurant du meilleur respect des recommandations médicales, en particulier en évitant l'association systématique d'IPP à des anti inflammatoires pour des patients sans facteurs de risque, les partenaires conventionnels invitent les médecins à mieux adapter leurs prescriptions et à favoriser la prescription dans le répertoire.

Ils fixent un objectif collectif de prescription d'IPP dans le répertoire à 75 % (en nombre de boîtes) pour 2008, et souhaitent apporter un retour d'information sur la participation de chaque médecin à l'atteinte de cet objectif, sur la base d'une déclinaison individuelle telle que proposée au sein de l'annexe 1.

(4) Source : IMS Health 2004.

Les prescriptions d'antibiotiques

Réduire la surconsommation d'antibiotiques est une priorité de l'assurance maladie. Au-delà de son impact économique, la forte consommation française d'antibiotiques se traduit en effet par une diminution de l'efficacité de ces médicaments préjudiciable à la santé publique en raison notamment du développement des résistances aux antibiotiques.

Le programme d'actions mis en place par l'assurance maladie en partenariat étroit avec les médecins a déjà permis de faire baisser de 17 % la consommation d'antibiotiques entre 2002 et 2006.

L'évolution des comportements des patients comme des médecins est sensible mais la consommation d'antibiotiques en France reste encore nettement supérieure en doses définies journalières (DDJ) à celle des autres pays européens. Les efforts doivent donc être poursuivis.

Pour cela le médecin traitant doit veiller à limiter les prescriptions d'antibiotiques aux cas nécessaires et à optimiser l'utilisation des antibiotiques de nouvelles générations en les réservant aux affections graves.

Précisément pour éviter les résistances aux antibiotiques, il faut diminuer l'exposition de la population et donc réduire le nombre de patients traités.

L'indicateur retenu est le taux de patients traités par rapport à la patientèle du médecin. Ce ratio sera comparé au taux de patients traités par antibiotique sur le nombre de patients total au niveau régional. Cette comparaison régionale permet d'éliminer l'effet « épidémie ».

L'objectif individuel vers lequel doit tendre le médecin pour contribuer à l'atteinte de l'objectif collectif, sera donné en pourcentage de patients traités et en nombre de patients traités par antibiotique « évités » tel que précisé au sein de l'annexe 1.

En parallèle, l'assurance maladie poursuit ses actions auprès des médecins pour les accompagner dans leur pratique quotidienne : mise à disposition des tests de diagnostic rapide de l'angine, retours d'informations réguliers et personnalisés sur les prescriptions individuelles, promotion des recommandations des autorités sanitaires, reprise des campagnes de communication grand public.

Le respect de la réglementation de l'ordonnance bizonne

La prise en charge des personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD) représente un enjeu croissant sur le plan sanitaire et économique pour l'assurance maladie. En effet, près de 8 millions de personnes (tous régimes confondus) sont atteintes d'une affection de longue durée. De plus, près de 43 % (contre 36 % en 2000) des dépenses de médicaments concernent des médicaments pris en charge à 100 %, essentiellement au titre d'une affection de longue durée.

Cette croissance de la part des dépenses prises en charge à 100 % est liée à l'augmentation du nombre de patients traités pour ces pathologies lourdes, et à l'augmentation du coût des traitements.

Une meilleure prise en charge des pathologies les plus lourdes implique aussi de veiller au respect des conditions de remboursement afin que seuls les médicaments, actes et prestations liés à l'affection de longue durée soient prescrits et remboursés à 100 %.

Il s'agit d'une des priorités de l'assurance maladie afin de continuer à mieux prendre en charge les maladies les plus graves.

Les premiers résultats des engagements de maîtrise médicalisée confirment un renversement de la tendance et une amélioration de l'utilisation de l'ordonnance bizonne. La part des dépenses prises en charge à 100 % par rapport à la dépense totale des patients en ALD a diminué, par rapport à la tendance antérieure, de 1,3 point en 2005 et de 1,1 point en 2006.

Un objectif sera décliné individuellement suivant la méthode précisée au sein de l'annexe 1. L'objectif est de faire baisser la part des médicaments prescrits à tort à 100 % pour huit pathologies ciblées par l'assurance maladie :

- artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;
- insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves ;
- cardiopathies congénitales graves ;
- diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
- hypertension artérielle sévère ;

- maladie coronaire ;
- insuffisance respiratoire chronique grave ;
- maladie d'Alzheimer et autres démences ;
- affections psychiatriques de longue durée.

Les partenaires conventionnels définissent dès lors des objectifs selon les modalités suivantes :

- indicateur individuel : part des médicaments pris en charge à tort à 100 % dans le total des médicaments pris en charge à 100 % pour leur patientèle atteinte d'une des huit ALD listées ci-dessus. Ce taux s'établit à 9,9 % pour les omnipraticiens sur la période janvier à septembre 2006 ;
- objectif individuel : déclinaison individuelle permettant d'atteindre collectivement une baisse annuelle de 2 points de la valeur de cet indicateur (annexe 1).

Article 3

Les parties conviennent d'établir, avant le 30 septembre 2007, un bilan de la permanence de soins en ville et en établissements pour mettre en œuvre les évolutions nécessaires.

Article 4

Les parties conviennent, compte tenu des engagements fixés respectivement aux articles 1^{er} et 2 du présent texte, de porter, au 1^{er} juillet 2007, à 22 euros la valeur des lettres clés C et V des médecins généralistes exerçant en métropole, à 24,20 euros la valeur des lettres clés C et V des médecins généralistes exerçant en Guadeloupe et à la Martinique, et à 26,40 euros la valeur des lettres clés C et V des médecins généralistes exerçant en Guyane, à la Réunion et à Mayotte.

Article 5

Les parties conviennent de porter en 2008 à 23 euros la valeur de la lettre clé C. Ils prévoient de mettre en œuvre cette revalorisation au 1^{er} juin 2008, en vue de la mise en place de la CCAM clinique, en fonction des marges de manœuvres prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et compte tenu de l'engagement des médecins dans la maîtrise médicalisée et dans la prévention en 2007 et 2008.

Article 6

Les partenaires conventionnels s'entendent pour poursuivre la mise en œuvre de la CCAM en réalisant une deuxième étape de convergence vers les tarifs cibles de la classification commune des actes médicaux (CCAM), en deux phases : 1^{er} juillet 2007 puis 1^{er} janvier 2008. Elle consistera en la revalorisation des actes gagnants de l'ensemble des spécialités qui ne concerne pas pour l'instant les actes des médecins nucléaires, des radiothérapeutes, des médecins radiologues et des cardiologues interventionnels. Concernant les actes de rythmologie, un premier pas vers la CCAM cible sera réalisé au 1^{er} juillet 2007 par une hausse de 11 % du gain correspondant.

Lors de cette seconde étape, les parties s'engagent à revoir ensemble le niveau du supplément de numérisation des actes de radiologie en favorisant le financement de l'archivage des données d'imagerie et leur distribution pour accompagner la nécessaire évolution technologique afin de se conformer aux obligations réglementaires des SROS 3 et en vue de s'intégrer à terme au DMP.

Il sera appliqué au tarif de référence des actes une revalorisation proportionnelle au différentiel initial entre le tarif de référence et le tarif cible supérieur (à l'exception des actes dont la valeur a été d'ores et déjà revalorisée au tarif cible). Le principe est le suivant :

Tarif CCAM revalorisé = tarif 2006 + taux de revalorisation × (tarif cible - tarif de référence).

Le taux de revalorisation s'établit à 15 % à partir du 1^{er} juillet 2007 et à 25 % à partir du 1^{er} janvier 2008.

Cette revalorisation s'applique simultanément à la mise en œuvre des mesures suivantes :

- une baisse de 6,6 % des actes de médecine nucléaire à l'exception des actes de tomographie à émission de positons (TEP), répartie pour moitié entre les deux phases. Le coût de la pratique de cette spécialité sera étudié avant le 31 décembre 2007 par un organisme indépendant choisi par les partenaires conventionnels ;
- pour la cardiologie interventionnelle, une baisse de 10 % de la tarification des actes d'artériographies coronaires et de 2,7 % de celles des actes de dilatation des vaisseaux coronaires, répartie pour moitié entre les deux phases. Le coût de la pratique de cette spécialité sera étudié avant le 31 décembre 2007 par un organisme indépendant choisi par les partenaires conventionnels ;
- pour la radiologie, la fixation du supplément de numérisation à 3,99 euros au 1^{er} juillet 2007 (tarif auquel les modificateurs Y et Z continueront de s'appliquer, ce qui fixe le tarif des radiologues à 4,86 euros).

Pour les radiologues, un accompagnement de l'évolution technologique sera mis en place par la création d'un forfait d'archivage des images médicales, élaboré par une commission technique paritaire. Sa mise en place effective conditionnera l'évolution du tarif de la numérisation au 1^{er} janvier 2008. La maîtrise médicalisée sera renforcée par deux AcBUS sur l'ostéodensitométrie et les radiographies du crâne ainsi qu'un respect du

référentiel d'imagerie publié sous l'égide de la HAS pour, dès 2007, mettre en place des actions de maîtrise médicalisée des actes d'imagerie. Le coût de la pratique de cette spécialité sera étudié avant le 31 décembre 2007 par un organisme indépendant choisi par les partenaires conventionnels.

Article 7

Les parties signataires s'engagent à consolider le rôle des médecins consultants dans le cadre du parcours de soins. Elles examineront notamment les conditions d'exercice des spécialités cliniques qui interviennent comme médecins consultants à travers un aménagement de la nomenclature par la commission de hiérarchisation des actes professionnels lorsque l'avis de consultant requiert un bilan complémentaire.

Article 8

Les parties conventionnelles conviennent de mettre en place une majoration de 10 euros pour les actes de pédopsychiatrie avec consultation familiale dans les deux cas suivants :

- Première consultation avec la famille d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave nécessitant une prise en charge spécialisée d'une durée prévisible au moins égale à un an :

Cette consultation concerne les enfants de moins de 16 ans pris en charge par un psychiatre pour une affection relevant d'une ALD 30.

Il s'agit d'une consultation longue et spécifique, dédiée à l'annonce du diagnostic, où sont expliqués la pathologie, son pronostic et la stratégie thérapeutique en présence des intervenants essentiels du groupe familial.

Au cours de cette consultation, le psychiatre devra notamment :

- réaliser une information des parents, centrée sur la pathologie de l'enfant, les différentes alternatives thérapeutiques, les éléments de pronostic ;
- permettre un dialogue autour de cette annonce ;
- identifier avec les parents, ou leurs substituts, le cas échéant, les facteurs de risque médicaux, psychologiques et sociaux ;
- tenter d'obtenir une alliance thérapeutique avec la famille et évaluer la capacité de soutien de celle-ci ;
- expliciter le déroulement dans le temps de la prise en charge de l'enfant et/ou du groupe familial et définir le rôle éventuel des différents intervenants de l'équipe thérapeutique ;
- synthétiser le dossier et informer directement ou par courrier le médecin traitant et autres intervenants.

- Consultation annuelle de synthèse avec la famille d'un enfant de moins de 16 ans présentant une pathologie psychiatrique :

Cette consultation concerne les enfants de moins de 16 ans pris en charge par un psychiatre pour une affection relevant d'une ALD 30.

Il s'agit d'une consultation longue et spécifique, en présence des intervenants essentiels du groupe familial, dédiée à :

- apprécier l'évolution de la pathologie, de la prise en charge thérapeutique de l'enfant et/ou du groupe familial et expliquer les adaptations thérapeutiques éventuellement nécessaires ;
- réévaluer, le cas échéant, les interactions familiales, l'apparition de facteurs de risque médicaux, psychologiques et sociaux ;
- synthétiser le dossier et informer directement ou par courrier le médecin traitant et autres intervenants.

Ces mesures ne pourront s'appliquer que sous réserve de la publication préalable de modifications de la liste citée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Les parties conventionnelles conviennent également d'aligner le tarif de la visite VNPSY sur celui de la consultation CNPSY.

Article 9

Les parties conventionnelles s'entendent pour revaloriser certaines consultations de prise en charge des enfants particulièrement vulnérables. Ainsi, un supplément de 10 euros sera appliqué à la consultation de synthèse annuelle réalisée par le pédiatre chez un enfant de moins de 16 ans bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ou plusieurs affections de longue durée, en cohérence avec la majoration prévue au point précédent.

Au cours de cette consultation de synthèse annuelle, le praticien devra notamment :

- réaliser un bilan approfondi de son état de santé ;
- faire le point avec l'enfant, sa famille ou le substitut familial sur l'ensemble des problèmes de l'enfant, leur retentissement sur son développement, sa scolarité, les interactions familiales ;
- faire le point sur les interventions éventuelles d'autres professionnels de santé et la coordination des soins.

Cette consultation doit contribuer à l'éducation sanitaire et thérapeutique de l'enfant en impliquant autant que de besoin la famille ou le substitut familial. Elle doit permettre l'établissement éventuel d'un projet d'accueil individualisé (PAI) dans l'objectif de maintien de la scolarisation.

Elle donne lieu à la rédaction d'un compte-rendu conservé dans le dossier du patient dont un double est remis à la famille ou son substitut.

Les parties conventionnelles conviennent aussi d'une majoration spécifique de 5 euros pour l'examen du nourrisson du 8^e jour.

Ces mesures ne pourront s'appliquer que sous réserve de la publication préalable de modifications de la liste citée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 10

Les parties signataires s'entendent, pour les médecins en anatomo-cyto-pathologie pour créer une majoration conventionnelle provisoire P100 pour le diagnostic histo-pathologique de tumeurs malignes des actes 008. Cette majoration ne pourra être facturée en sus de la majoration 0021.

Cette majoration sera libellée de la façon suivante :

0022 Majoration provisoire conventionnelle qui s'ajoute à la cotation de l'acte 0008 uniquement pour les diagnostics histopathologiques portant sur des lésions tumorales malignes.

Les parties signataires s'accordent pour que la majoration MCE soit applicable aux spécialistes en médecine interne disposant d'une compétence en diabétologie.

Ces mesures ne pourront s'appliquer que sous réserve de la publication préalable de modifications de la liste citée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Les parties conventionnelles conviennent de se réunir avant le 31 décembre 2007.

Fait à Paris, le 29 mars 2007.

Pour l'UNCAM :
F. VAN ROEKEGHEM,
directeur général

Au titre des généralistes :

Pour la CSMF :

M. CHASSANG,
président

Pour le SML :

D. CABRERA,
président

Au titre des spécialistes :

Pour Alliance :

F. BENOUAICH,
président

Pour la CSMF :

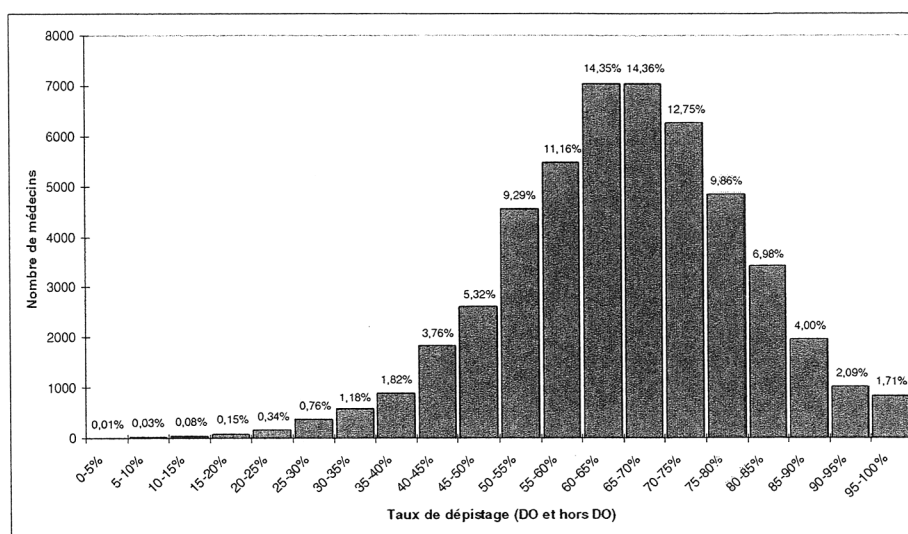
M. CHASSANG,
président

Pour le SML :

D. CABRERA,
président

ANNEXE 1

DÉCLINAISON INDIVIDUELLE DES OBJECTIFS

*Le dépistage du cancer du sein*Répartition des médecins en fonction de leur taux de dépistage
(DO et hors DO)

Les objectifs nationaux relatifs au dépistage du cancer du sein sont :

- une augmentation de 14 points en trois ans, du ratio du nombre de mammographies DO et hors DO rapporté au nombre de femmes dont le médecin est le médecin traitant, âgées de 50 à 74 ans par période de deux ans ;
- une augmentation de 10 points en trois ans, du ratio du nombre de mammographies réalisées dans le cadre du DO rapporté au nombre de femmes dont le médecin est le médecin traitant, âgées de 50 à 74 ans par période de deux ans.

Concernant les objectifs individuels, le principe d'une fonction continue d'objectif permettant l'atteinte de chacun des objectifs nationaux a été utilisé.

Pratiquement deux fonctions ont été déterminées par les contraintes suivantes.

- Concernant l'objectif relatif au dépistage (DO et hors DO), la somme des objectifs est égale à l'objectif national, soit 80 % à trois ans.

Une fonction répondant à ce critère peut être trouvée dans l'ensemble des polynômes d'ordre 2 du type :

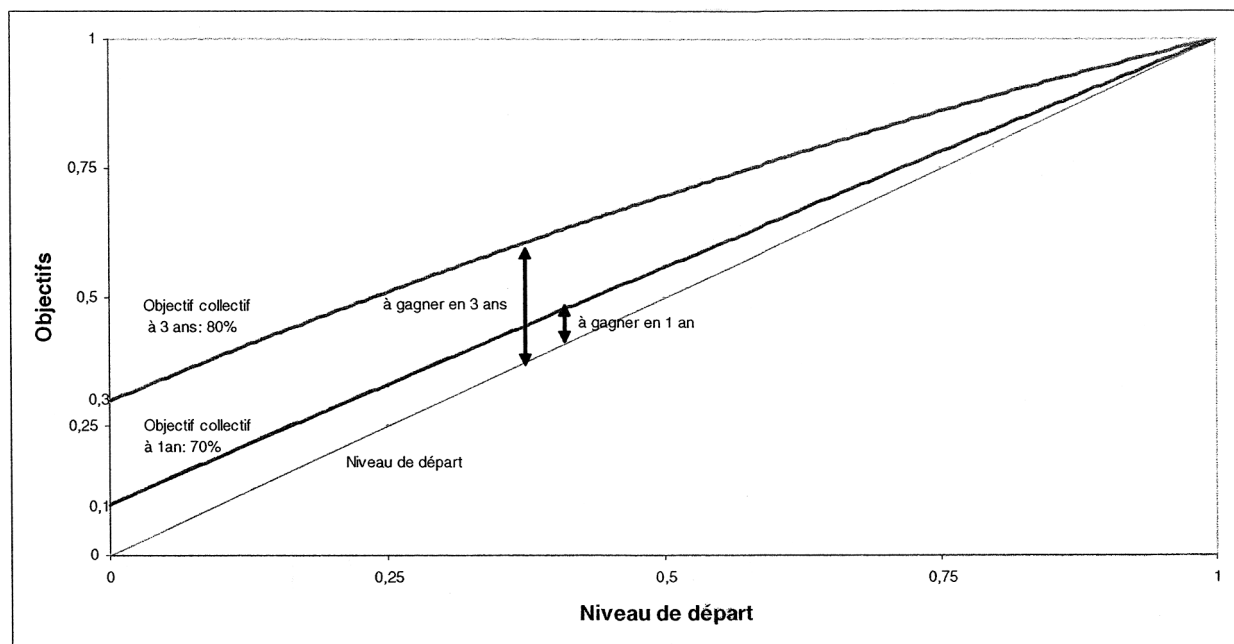
$$p(X) = aX^2 + bX + c$$

où X est le taux de dépistage (novembre 2005-novembre 2006)

où c = 30 % pour l'objectif à 3 ans et c = 10 % pour l'objectif à 1 an

et où a et b sont déterminés tel que P(100 %) = 100 % et que la somme des objectifs = 80 %.

Objectifs relatifs au dépistage du cancer du sein
(organisé et hors organisé) à un et trois ans selon le taux actuel



– Concernant l'objectif relatif au dépistage organisé, la somme des objectifs est égale à l'objectif national, soit 52 % à trois ans.

Une fonction répondant à ce critère peut être trouvée dans l'ensemble des polynômes d'ordre 2 du type :

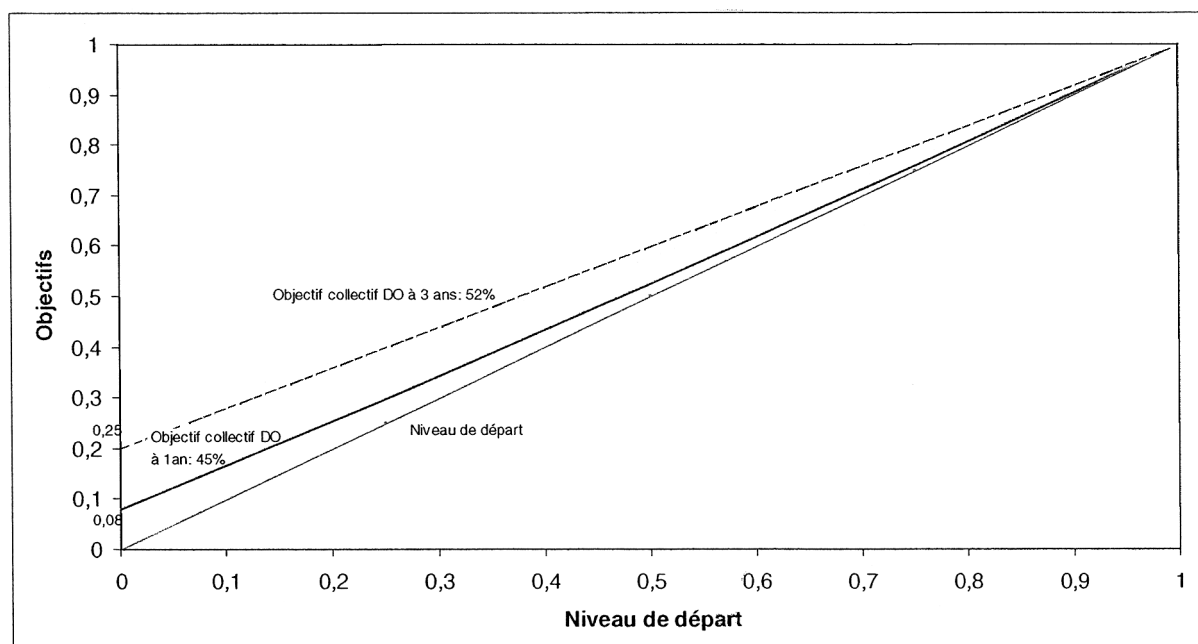
$$p(X) = aX^2 + bX + c$$

où X est le taux de dépistage (novembre 2005-novembre 2006)

où $c = 25 \%$ pour l'objectif à 3 ans et $c = 8 \%$ pour l'objectif à 1 an

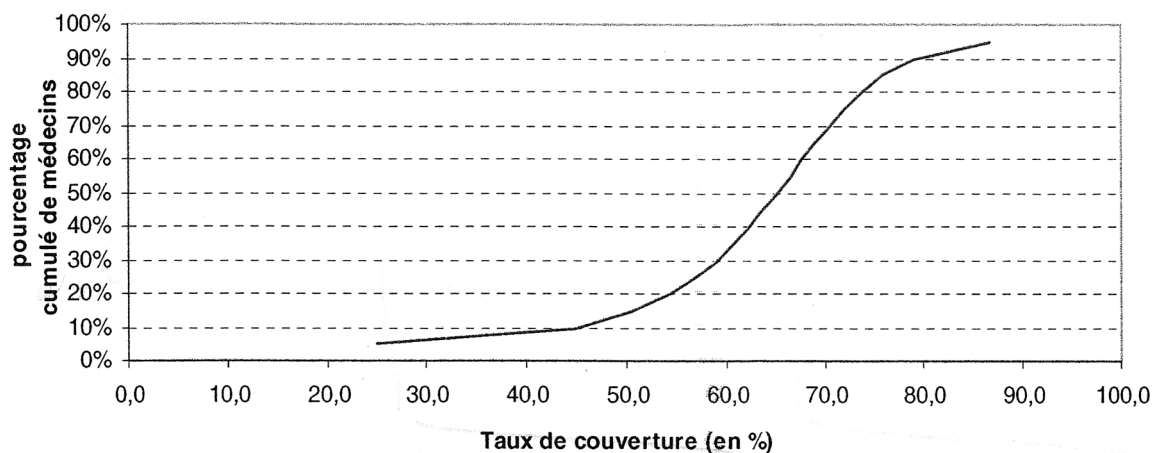
et où a et b sont déterminés tel que $P(100 \%) = 100 \%$ et que la somme des objectifs = 52 %.

Objectifs relatifs au dépistage organisé du cancer du sein
à un et trois ans selon le taux actuel



La vaccination antigrippale

Taux de couverture vaccinale de la grippe chez les 65 ans et plus par médecin traitant généraliste



L'objectif national relatif à la vaccination antigrippale est une augmentation de 12 points en trois ans du taux de couverture vaccinale des patients âgés de plus de 65 ans rapporté au nombre de personnes âgées de plus de 65 ans de la patientèle du médecin traitant.

Concernant les objectifs individuels, le principe d'une fonction continue d'objectif permettant l'atteinte de l'objectif national a été utilisé.

Pratiquement, la fonction a été déterminée par la contrainte suivante :

- la somme des objectifs est égale à l'objectif national, soit 75 % à trois ans.

Une fonction répondant à ce critère peut être trouvée dans l'ensemble des polynômes d'ordre 2 du type :

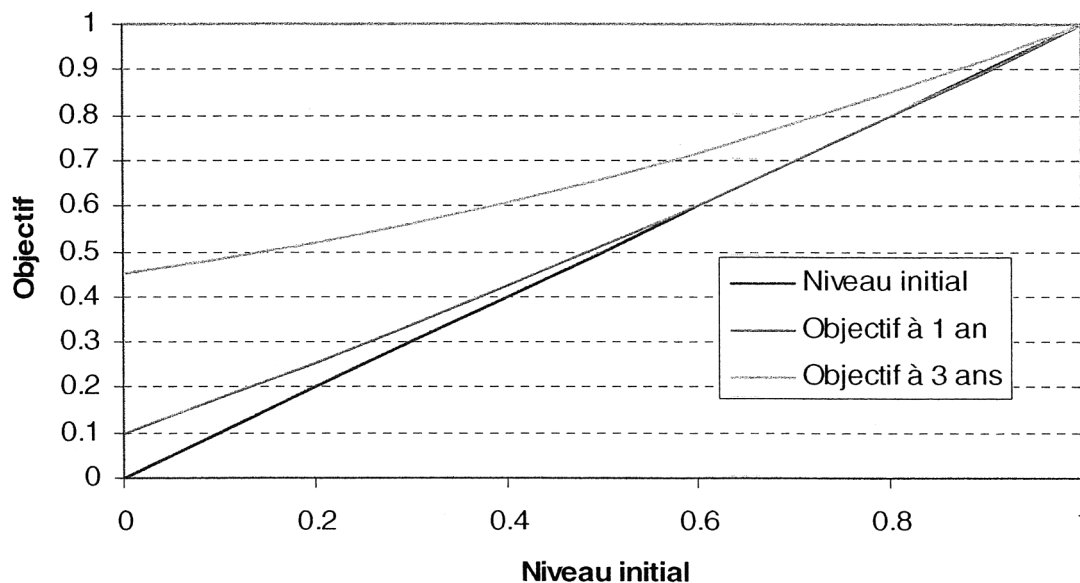
$$p(X) = aX^2 + bX + c$$

où X est le taux de de vaccination

où c = 45 % pour l'objectif à 3 ans et c = 20 % pour l'objectif à 1 an

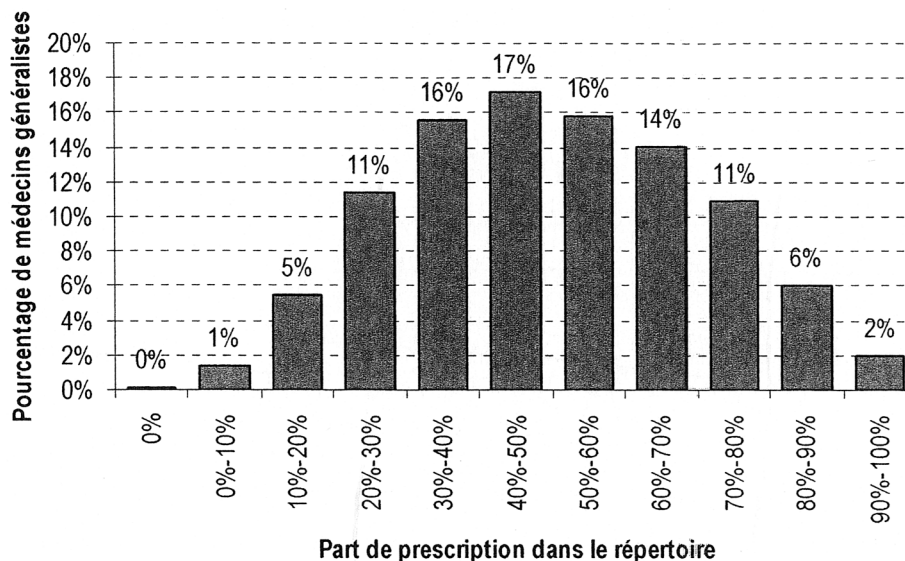
et où a et b sont déterminés tel que $P(100\%) = 100\%$ et que la somme des objectifs = 75 %.

Objectifs relatifs à la vaccination antigrippale
à un et trois ans selon le taux actuel



La prescription d'IPP dans le répertoire

Répartition des médecins en fonction de leur part de prescription d'IPP dans le répertoire (oméprazole + lansoprazole)



Source : CNAMTS, prescription des généralistes en nombre de boîtes sur la période septembre-novembre 2006.

L'objectif national de prescription d'IPP dans le répertoire que les parties signataires décident d'atteindre est de 75 %.

Concernant les objectifs individuels, le principe d'une fonction continue d'objectif permettant un objectif global de 75 % a été choisi.

Pratiquement, cette fonction est déterminée par trois contraintes :

- tous les médecins généralistes se trouvant à un niveau inférieur à 50 % se voient opposer un objectif d'au moins 50 % ;
- les objectifs individuels ne peuvent pas dépasser 85 % hormis pour les médecins qui ont déjà dépassé ce taux et pour lesquels l'objectif est fixé à un taux constant. En effet, des taux de prescription supérieurs reviendraient à une éviction de certains laboratoires ;
- la somme des objectifs est égale à l'objectif national, soit 75 %.

Une fonction répondant à ces critères peut être trouvée dans l'ensemble des polynômes d'ordre 2 du type :

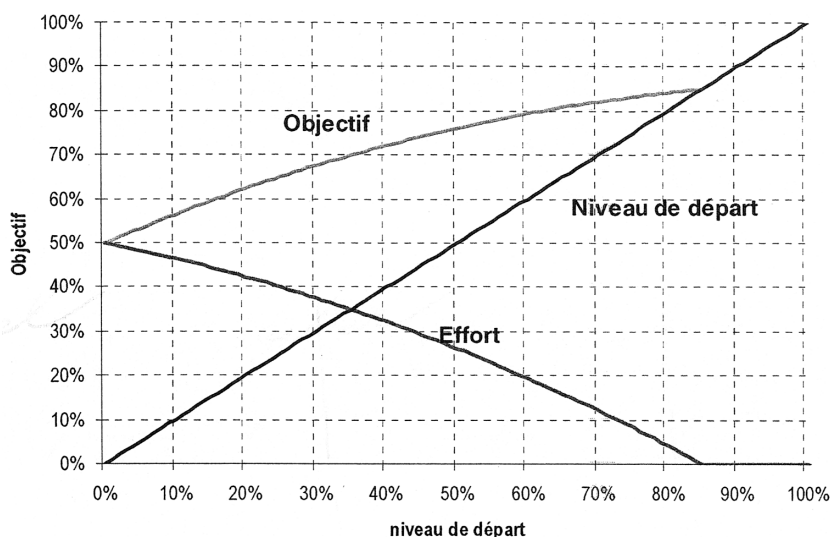
$$p(X) = AX^2 + bX + c$$

où X est le taux prescription dans le répertoire en début de période (septembre-novembre 2006)

où $c = 50 \%$

et où a et b sont déterminés tels que $P(85 \%) = 85 \%$ et que la somme des objectifs = 75 %.

Objectif relatif à la prescription d'IPP dans le répertoire selon le taux actuel

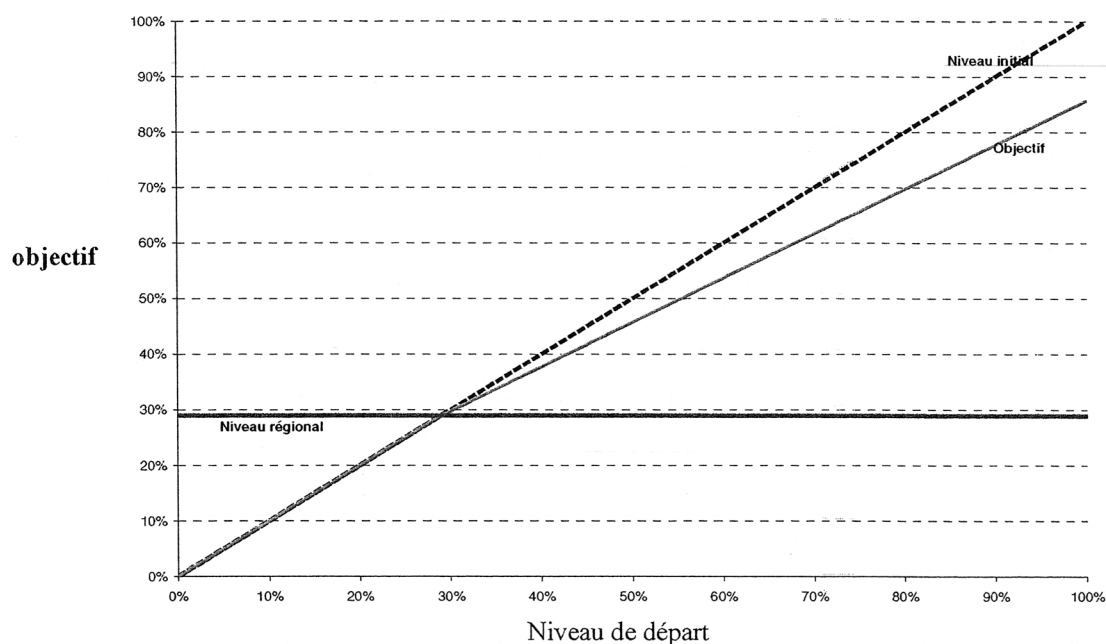


Les antibiotiques

L'indicateur retenu est le taux de patients traités par rapport à la patientèle du médecin. Ce ratio sera comparé au taux de patients traités par ATB sur le nombre de patients total au niveau régional. Cette comparaison régionale permet d'éliminer l'effet « épidémie ».

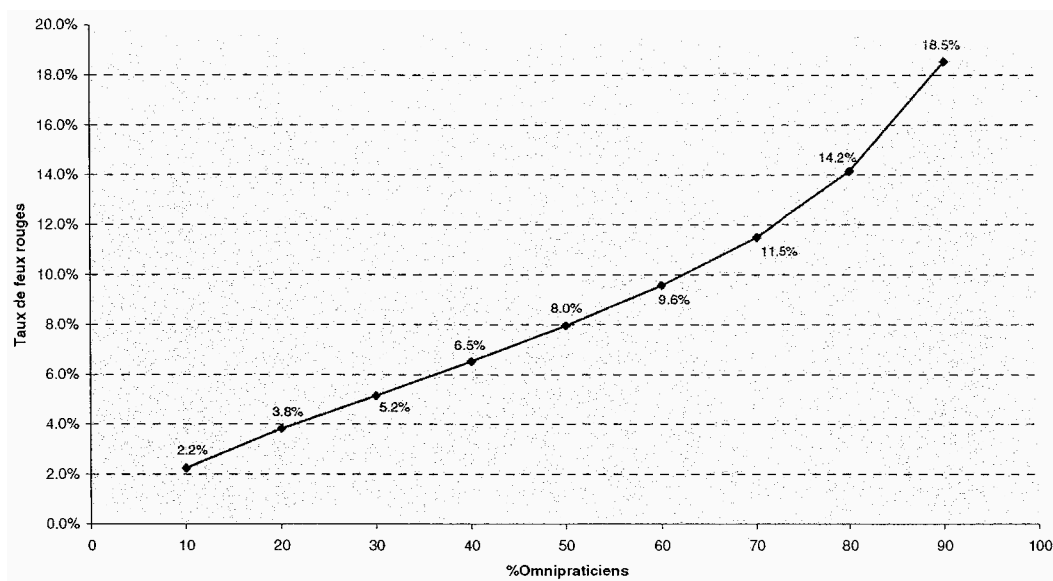
L'objectif du médecin sera donné en pourcentage de patients traités et en nombre de patients traités par ATB « évités ». Le modèle est construit de telle façon que plus le MG est éloigné de la moyenne régionale plus l'effort attendu est grand. L'objectif sera une réduction de l'écart par rapport à la moyenne régionale. Le taux de réfaction par rapport à la moyenne régionale sera calculé de sorte que la somme des objectifs individuels correspondent à l'objectif national.

Objectif relatif aux antibiotiques selon le taux actuel



Les affections de longues durées

Répartition par décile du taux de feux rouges
(janvier-septembre 2006)



L'objectif national relatif aux affections de longue durée est une baisse de 6 points en trois ans de la part des médicaments pris en charge à tort à 100 % dans le total des médicaments pris en charge à 100 % pour la patientèle des médecins traitants atteinte d'une des huit ALD listées à l'article 2.2.

Concernant les objectifs individuels, le principe d'une fonction continue d'objectif permettant l'atteinte de l'objectif national a été utilisé.

Pratiquement, une fonction a été déterminée par la contrainte suivante :

– la somme des objectifs est égale à l'objectif national, soit 2,5 % à trois ans ;

Une fonction répondant à ce critère peut être trouvée dans l'ensemble des polynômes d'ordre 2 du type :

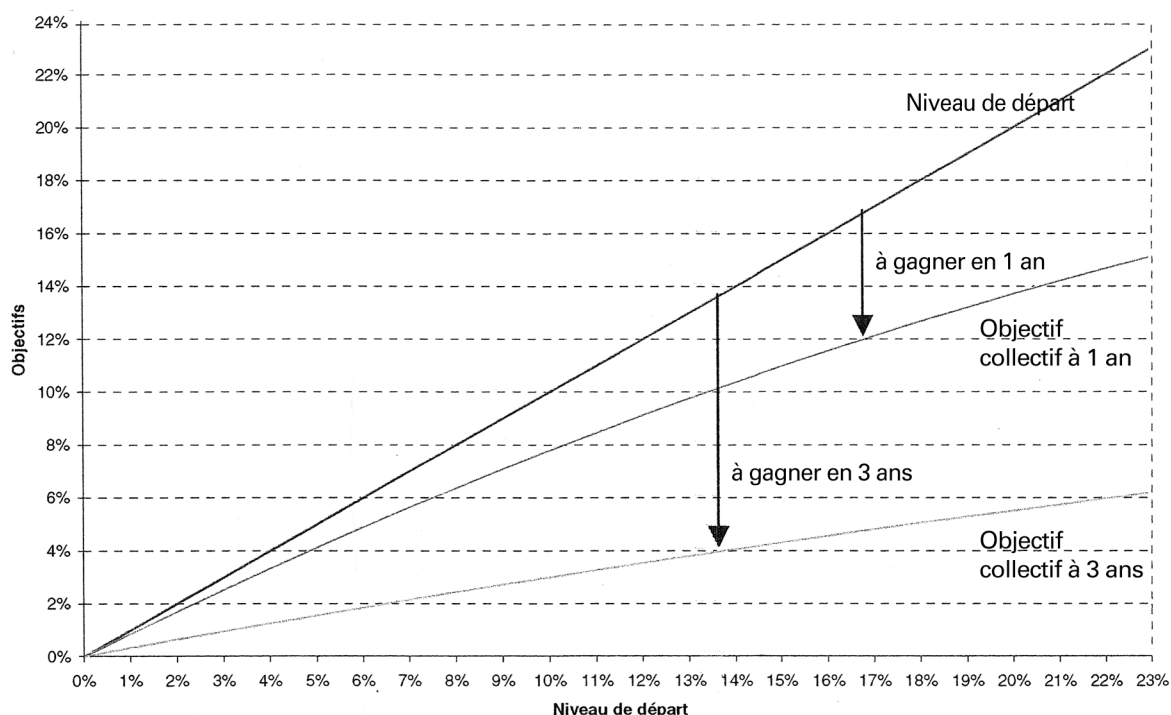
$$p(X) = aX^2 + bX + c$$

où X est la part des médicaments pris en charge à tort à 100 % dans le total des médicaments pris en charge à 100 % pour leur patientèle atteinte d'une des huit ALD

où $c = 0$

et où a et b sont déterminés tels que $P(100\%) = 100\%$ et que la somme des objectifs = 2,5%.

Objectifs relatifs aux ALD à un et trois ans selon le taux actuel



Tableaux des objectifs individuels du dépistage du cancer du sein

Tableau des objectifs individuels en fonction du taux de dépistage (DO et hors DO). Moyenne nationale : 65,9 %.

NIVEAU DE DÉPART (en pourcentage)	OBJ. 1 AN (en pourcentage)	OBJ. 3 ANS (en pourcentage)
0	10,0	30,0
1	10,9	30,9
2	11,9	31,8
3	12,8	32,6
4	13,7	33,5
5	14,7	34,4
6	15,6	35,3
7	16,5	36,1
8	17,5	37,0
9	18,4	37,8
10	19,3	38,7
11	20,2	39,5
12	21,2	40,4
13	22,1	41,2
14	23,0	42,1

NIVEAU DE DÉPART (en pourcentage)	OBJ. 1 AN (en pourcentage)	OBJ. 3 ANS (en pourcentage)
15	23,9	42,9
16	24,9	43,7
17	25,8	44,6
18	26,7	45,4
19	27,6	46,2
20	28,6	47,0
21	29,5	47,8
22	30,4	48,6
23	31,3	49,4
24	32,2	50,2
25	33,2	51,0
26	34,1	51,8
27	35,0	52,6
28	35,9	53,4
29	36,8	54,2
30	37,7	55,0
31	38,6	55,7
32	39,6	56,5
33	40,5	57,3
34	41,4	58,0
35	42,3	58,8
36	43,2	59,5
37	44,1	60,3
38	45,0	61,0
39	45,9	61,8
40	46,8	62,5
41	47,7	63,3
42	48,7	64,0
43	49,6	64,7
44	50,5	65,4
45	51,4	66,2
46	52,3	66,9
47	53,2	67,6
48	54,1	68,3
49	55,0	69,0
50	55,9	69,7
51	56,8	70,4
52	57,7	71,1
53	58,6	71,8
54	59,5	72,5
55	60,4	73,2
56	61,3	73,8
57	62,2	74,5
58	63,1	75,2
59	63,9	75,9
60	64,8	76,5
61	65,7	77,2
62	66,6	77,8
63	67,5	78,5
64	68,4	79,1
65	69,3	79,8
66	70,2	80,4
67	71,1	81,1
68	72,0	81,7
69	72,8	82,3
70	73,7	83,0
71	74,6	83,6
72	75,5	84,2
73	76,4	84,8
74	77,3	85,4
75	78,2	86,0
76	79,0	86,6
77	79,9	87,2
78	80,8	87,8
79	81,7	88,4
80	82,6	89,0
81	83,4	89,6
82	84,3	90,2
83	85,2	90,8
84	86,1	91,3
85	86,9	91,9
86	87,8	92,5
87	88,7	93,0
88	89,6	93,6
89	90,4	94,1
90	91,3	94,7
91	92,2	95,2

NIVEAU DE DÉPART (en pourcentage)	OBJ. 1 AN (en pourcentage)	OBJ. 3 ANS (en pourcentage)
92	93,1	95,8
93	93,9	96,3
94	94,8	96,9
95	95,7	97,4
96	96,5	97,9
97	97,4	98,4
98	98,3	99,0
99	99,1	99,5
100	100,0	100,0

**Tableau des objectifs individuels en fonction du taux
de dépistage organisé (DO). Moyenne nationale : 41,6 %**

NIVEAU DE DÉPART (en pourcentage)	OBJ. 1 AN (en pourcentage)	OBJ. 3 ANS (en pourcentage)
0	8,0	25,0
1	8,9	25,6
2	9,7	26,1
3	10,6	26,7
4	11,5	27,3
5	12,3	27,8
6	13,2	28,4
7	14,1	29,0
8	14,9	29,6
9	15,8	30,2
10	16,7	30,8
11	17,5	31,4
12	18,4	32,0
13	19,3	32,6
14	20,2	33,2
15	21,1	33,8
16	21,9	34,4
17	22,8	35,1
18	23,7	35,7
19	24,6	36,3
20	25,5	37,0
21	26,3	37,6
22	27,2	38,2
23	28,1	38,9
24	29,0	39,5
25	29,9	40,2
26	30,8	40,8
27	31,7	41,5
28	32,6	42,2
29	33,5	42,8
30	34,4	43,5
31	35,3	44,2
32	36,2	44,9
33	37,1	45,5
34	38,0	46,2
35	38,9	46,9
36	39,8	47,6
37	40,7	48,3
38	41,6	49,0
39	42,5	49,7
40	43,4	50,4
41	44,3	51,1
42	45,2	51,9
43	46,1	52,6
44	47,0	53,3
45	47,9	54,0
46	48,9	54,8
47	49,8	55,5
48	50,7	56,3
49	51,6	57,0
50	52,5	57,7
51	53,5	58,5
52	54,4	59,3
53	55,3	60,0
54	56,2	60,8
55	57,1	61,5
56	58,1	62,3

NIVEAU DE DÉPART (en pourcentage)	OBJ. 1 AN (en pourcentage)	OBJ. 3 ANS (en pourcentage)
57	59,0	63,1
58	59,9	63,9
59	60,9	64,6
60	61,8	65,4
61	62,7	66,2
62	63,7	67,0
63	64,6	67,8
64	65,5	68,6
65	66,5	69,4
66	67,4	70,2
67	68,3	71,0
68	69,3	71,9
69	70,2	72,7
70	71,2	73,5
71	72,1	74,3
72	73,1	75,2
73	74,0	76,0
74	74,9	76,8
75	75,9	77,7
76	76,8	78,5
77	77,8	79,4
78	78,8	80,2
79	79,7	81,1
80	80,7	82,0
81	81,6	82,8
82	82,6	83,7
83	83,5	84,6
84	84,5	85,4
85	85,5	86,3
86	86,4	87,2
87	87,4	88,1
88	88,3	89,0
89	89,3	89,9
90	90,3	90,8
91	91,2	91,7
92	92,2	92,6
93	93,2	93,5
94	94,1	94,4
95	95,1	95,3
96	96,1	96,3
97	97,1	97,2
98	98,0	98,1
99	99,0	99,1
100	100,0	100,0

Tableau des objectifs individuels de vaccination antigrippale

NIVEAU DE DÉPART (en pourcentage)	OBJ. 1 AN (en pourcentage)	OBJ. 3 ANS (en pourcentage)
0	20,0	45,0
1	20,5	45,3
2	21,0	45,6
3	21,5	45,9
4	22,0	46,2
5	22,5	46,5
6	23,0	46,8
7	23,5	47,2
8	24,1	47,5
9	24,6	47,8
10	25,2	48,2
11	25,7	48,5
12	26,3	48,9
13	26,8	49,2
14	27,4	49,6
15	28,0	49,9
16	28,6	50,3
17	29,1	50,7
18	29,7	51,1
19	30,3	51,4
20	30,9	51,8
21	31,6	52,2
22	32,2	52,6
23	32,8	53,0

NIVEAU DE DÉPART (en pourcentage)	OBJ. 1 AN (en pourcentage)	OBJ. 3 ANS (en pourcentage)
24	33,4	53,5
25	34,1	53,9
26	34,7	54,3
27	35,4	54,7
28	36,0	55,2
29	36,7	55,6
30	37,4	56,0
31	38,0	56,5
32	38,7	56,9
33	39,4	57,4
34	40,1	57,9
35	40,8	58,3
36	41,5	58,8
37	42,2	59,3
38	43,0	59,8
39	43,7	60,3
40	44,4	60,8
41	45,2	61,3
42	45,9	61,8
43	46,7	62,3
44	47,4	62,8
45	48,2	63,3
46	49,0	63,8
47	49,7	64,4
48	50,5	64,9
49	51,3	65,4
50	52,1	66,0
51	52,9	66,5
52	53,7	67,1
53	54,5	67,7
54	55,4	68,2
55	56,2	68,8
56	57,0	69,4
57	57,9	70,0
58	58,7	70,6
59	59,6	71,2
60	60,4	71,8
61	61,3	72,4
62	62,2	73,0
63	63,0	73,6
64	63,9	74,2
65	64,8	74,8
66	65,7	75,5
67	66,6	76,1
68	67,5	76,7
69	68,4	77,4
70	69,4	78,0
71	70,3	78,7
72	71,2	79,4
73	72,2	80,0
74	73,1	80,7
75	74,1	81,4
76	75,0	82,1
77	76,0	82,7
78	77,0	83,4
79	78,0	84,1
80	78,9	84,8
81	79,9	85,5
82	80,9	86,3
83	81,9	87,0
84	83,0	87,7
85	84,0	88,4
86	85,0	89,2
87	86,0	89,9
88	87,1	90,7
89	88,1	91,4
90	89,2	92,2
91	90,2	92,9
92	91,3	93,7
93	92,3	94,5
94	93,4	95,2
95	94,5	96,0
96	95,6	96,8
97	96,7	97,6
98	97,8	98,4
99	98,9	99,2
100	100,0	100,0

Tableau des objectifs individuels IPP

TAUX INITIAL (en pourcentage)	OBJECTIF (en pourcentage)
0	50
1	50
2	51
3	51
4	51
5	52
6	52
7	52
8	52
9	53
10	53
11	53
12	54
13	54
14	54
15	55
16	55
17	55
18	56
19	56
20	56
21	57
22	57
23	57
24	58
25	58
26	58
27	59
28	59
29	59
30	60
31	60
32	60
33	61
34	61
35	62
36	62
37	62
38	63
39	63
40	63
41	64
42	64
43	65
44	65
45	65
46	66
47	66
48	66
49	67
50	67
51	68
52	68
53	68
54	69
55	69
56	70
57	70
58	70
59	71
60	71
61	72
62	72
63	73
64	73
65	73
66	74
67	74
68	75
69	75
70	76
71	76
72	76
73	77
74	77

TAUX INITIAL (en pourcentage)	OBJECTIF (en pourcentage)
75	78
76	78
77	79
78	79
79	80
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

Tableau des objectifs individuels antibiotiques

Hypothèses : la moyenne régionale est de 29 % (nombre de patients traités par ATB/total patientèle) et le taux de réfraction de l'écart a été fixé à 20 %.

TAUX INITIAL (en pourcentage)	OBJECTIF (en pourcentage)
0	0
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	31
33	32
34	33
35	34
36	35
37	35

TAUX INITIAL (en pourcentage)	OBJECTIF (en pourcentage)
38	36
39	37
40	38
41	39
42	39
43	40
44	41
45	42
46	43
47	43
48	44
49	45
50	46
51	47
52	47
53	48
54	49
55	50
56	51
57	51
58	52
59	53
60	54
61	55
62	55
63	56
64	57
65	58
66	59
67	59
68	60
69	61
70	62
71	63
72	63
73	64
74	65
75	66
76	67
77	67
78	68
79	69
80	70
81	71
82	71
83	72
84	73
85	74
86	75
87	75
88	76
89	77
90	78
91	79
92	79
93	80
94	81
95	82
96	83
97	83
98	84
99	85
100	86

Tableau des objectifs individuels en fonction du « taux de feux rouges » observé sur la période janvier-septembre 2006

NIVEAU DE DÉPART (en pourcentage)	OBJ. 1 AN (en pourcentage)	OBJ. 3 ANS (en pourcentage)
0	0,0	0,0
1	0,9	0,3
2	1,7	0,6

NIVEAU DE DÉPART (en pourcentage)	OBJ. 1 AN (en pourcentage)	OBJ. 3 ANS (en pourcentage)
3	2,5	0,9
4	3,3	1,3
5	4,1	1,6
6	4,9	1,8
7	5,7	2,1
8	6,4	2,4
9	7,1	2,7
10	7,8	3,0
11	8,5	3,3
12	9,1	3,5
13	9,8	3,8
14	10,4	4,1
15	11,0	4,3
16	11,6	4,6
17	12,1	4,8
18	12,7	5,0
19	13,2	5,3
20	13,7	5,5
21	14,2	5,7
22	14,7	6,0
23	15,1	6,2

Pour les omnipraticiens ayant un niveau de départ supérieur à 23 %, leur objectif à 1 an sera de 15,1 % et à 3 ans de 6,2 %.