

Le médecin référent dans la convention 2005

1.1.1. Cas des praticiens ayant adhéré à l'option médecin référent

Les parties signataires conviennent que la nécessité de privilégier la mise en place du médecin traitant conduit à réexaminer la situation des options conventionnelles, notamment de l'option médecin référent. Ainsi, l'article L 162-5-3 du code de la sécurité sociale, dispose que lorsque "l'assuré désigne un médecin traitant autre que son médecin référent, ce dernier, pour ce qui concerne cet assuré, perd les avantages relatifs à l'adhésion à cette option conventionnelle. L'assuré perd également cet avantage".

Les parties signataires conviennent que, pour cette option, les contrats d'adhésion des assurés ne pourront plus faire l'objet que d'un renouvellement à compter de la date d'entrée en vigueur du présent texte, dans l'objectif d'une convergence des deux dispositifs d'ici l'année 2006 ; les conditions de cette convergence seront fixées dans le cadre d'un accord conventionnel au plus tard le 15 novembre 2005. Cet avenant abordera notamment la question du tiers payant pour les patients en bénéficiant.

Dans l'attente de l'accord évoqué ci-dessus, les dispositions issues des textes conventionnels précédents sont reprises dans l'annexe tarifaire pour les praticiens médecins référents à la date d'entrée en vigueur de la présente convention et pour ceux de leurs patients ayant adhéré à l'option. Par contre, aucune nouvelle adhésion de praticien ni de patient ne pourra être demandée à compter de l'entrée en vigueur de la présente convention.

Par ailleurs, la rémunération globale du médecin traitant au titre de ses missions et notamment de son activité de coordination ne peut pas se cumuler avec la rémunération forfaitaire du médecin référent. Dès lors, si le montant de la rémunération forfaitaire médecin référent est inférieur aux rémunérations spécifiques globales du médecin traitant, sera versé en complément au praticien le différentiel entre les deux rémunérations.

1.2. L'OPTION CONVENTIONNELLE MEDECIN REFERENT

La présente convention prévoit au paragraphe 1.1.5. que les modalités pratiques de la convergence des dispositifs "Médecin Traitant" et "Médecin Référent", feront l'objet d'un avenant au plus tard le 15 novembre 2005. Dans l'attente, les dispositions issues des textes conventionnels précédents sont reprises ci-après pour les praticiens médecins référents à la date d'entrée en vigueur de la présente convention et pour ceux de leurs patients ayant adhéré à l'option. En revanche, aucune nouvelle adhésion de praticien ni de patient ne pourra être demandée à compter de l'entrée en vigueur de la convention.

1.2.1. Extrait de la convention nationale des médecins généralistes du 26/11/98 parue au JO du 05/12/98

"Chapitre V

Les Parties signataires considèrent que la coordination des soins est un élément essentiel de l'amélioration du système de soins.

Conformément aux dispositions de l'article L. 162-5 (11o) du code de la sécurité sociale, elles conviennent de définir les conditions particulières d'exercice destinées à assurer la coordination des soins par les médecins généralistes qui le souhaitent et rempliront un rôle de médecin référent auprès de ceux de leurs patients qui en auront fait le choix.

Au travers de cette option, les Parties signataires entendent favoriser :

- la qualité des soins ;*
- la prévention et les actions de santé publique ;*
- le suivi médical et la continuité des soins ;*
- l'amélioration des conditions d'accès aux soins ;*
- l'optimisation des dépenses de santé.*

Les Parties signataires sont conscientes des exigences de qualité qu'implique cette nouvelle forme de délivrance des soins, tant pour les médecins que pour les patients adhérents. Elles sont conscientes aussi que sa mise en oeuvre et son fonctionnement exigeront l'effort et l'attention particulière des organismes nationaux et locaux d'assurance maladie.

Section 1 Organisation de l'option

Article 5-1 Adhésion de l'assuré

Article 5-1-1 Acte d'adhésion

Tout assuré ou tout ayant droit âgé de seize ans ou plus a la possibilité de s'engager dans une démarche qualité fondée sur la continuité et la coordination des soins. A cette fin, il souscrit un acte d'adhésion formalisant son engagement auprès d'un médecin référent librement choisi. Cet engagement est transmis par l'assuré à sa caisse, qui vérifie notamment sa situation au regard de l'ouverture des droits.

Cet acte d'adhésion est conforme à un modèle type fixé par la CCPN.

Article 5-1-2 Durée de l'adhésion

La durée de cette option est d'un an renouvelable ; elle peut être transférée sur un autre médecin référent, dans les mêmes conditions que la décision initiale. Sauf cas exceptionnel et justifiable, ce transfert ne peut s'effectuer qu'au moment du renouvellement de l'option.

Son renouvellement fait l'objet d'une démarche expresse entre l'adhérent et sa caisse d'affiliation.

La caisse informe, le cas échéant, le médecin du non-renouvellement de l'adhésion de son patient.

Article 5-2 Adhésion du médecin

Article 5-2-1 Situation du médecin

Sous réserve des lois d'amnistie, le praticien qui adhère à l'option doit n'avoir subi aucune condamnation ordinaire ou professionnelle devenue définitive et comportant interdiction d'exercer la médecine ou de donner des soins aux assurés sociaux, déconventionnement ou suspension de conventionnement, dans les cinq années qui précèdent son adhésion.

Article 5-2-2 Conditions d'exercice du médecin

Les conditions d'exercice du médecin doivent être adaptées aux nouvelles responsabilités du médecin référent dans le domaine de la continuité et de la coordination des soins et permettre d'améliorer la qualité des soins et les conditions d'accès aux soins.

Dans cette perspective, le médecin doit exercer l'essentiel de son activité dans le cadre de la médecine générale et satisfaire aux conditions d'activité figurant aux articles 1er et 2 de la charte de qualité du médecin référent figurant en annexe II.

La condition d'exercice de l'activité dans le cadre de la médecine générale s'apprécie au regard d'un taux minimum de 75 % de l'activité en actes cotés en C ou V.

Article 5-2-3 Acte d'adhésion

Les médecins généralistes formalisent, auprès de la caisse du lieu d'implantation de leur cabinet principal, leur entrée dans l'option par le biais d'un formulaire dont le modèle est fixé par la CCPN. Ce formulaire rappelle les termes de la charte d'engagement professionnel.

Toutefois, le médecin peut renoncer à l'option et, dans ce cas, il doit assurer jusqu'à leur terme le suivi des malades qui l'ont choisi comme référent. Il en informe expressément la caisse par écrit.

Après information du patient, le médecin peut dénoncer, avant son échéance, le contrat conclu avec ce dernier. Il en informe la caisse par écrit.

Article 5-3 Charte de qualité

En adhérant à la présente option, le médecin référent décide d'assurer les garanties professionnelles et de respecter les engagements de compétence et de transparence mentionnés dans la charte de qualité de l'annexe II.

Le respect des garanties professionnelles est vérifié chaque année comme critère de renouvellement de l'option.

Le respect des engagements de compétence et de transparence peut être apprécié à tout moment par les instances conventionnelles. Il conditionne le maintien dans l'option.

Article 5-4 Engagements et droits des patients

Le patient choisit une démarche qualité fondée sur la continuité et la coordination des soins. En adhérant, il accepte la transparence et la complétude des données médicales le concernant.

Les coordonnées du médecin référent figurent sur son carnet de santé.

Article 5-5 Recours de première intention

L'assuré adhérent a un recours exclusif au médecin référent pour toute demande de soins de première intention.

Il s'engage à ne pas consulter un autre médecin généraliste, sauf urgence, changement momentané de résidence, ou autre situation exceptionnelle.

Lorsque la situation le justifie, il fait appel à des spécialistes qu'il choisit en concertation avec son médecin référent.

Le service médical peut vérifier les raisons qui ont amené le patient à ne pas respecter ses engagements et, le cas échéant, le placer hors de l'option. La notification de la sortie de l'option est assurée par la caisse, qui en informe le médecin.

De même, si le médecin référent constate que le patient adhérent ne respecte pas l'esprit et la portée de cette option, il lui signifie sa décision de rompre le contrat et en informe la caisse.

Article 5-6 Document médical de synthèse

L'assuré adhérent demande au médecin référent de tenir son document médical de synthèse, dans le respect des dispositions relatives au secret médical.

La transmission des informations figurant dans le document médical de synthèse aux autres médecins qu'il serait amené à consulter sur indication du médecin référent est soumise à son accord.

Il signale à tous les médecins qu'il est amené à consulter l'existence de ce document. Tout médecin consulté adhérent à la présente convention transmet au médecin référent, conformément au code de déontologie et pour des raisons de transparence, le compte rendu de leur intervention.

Il atteste cette démarche sur la feuille de soins. En adhérant à l'option, l'assuré s'engage à demander une telle transmission pendant toute la durée de son adhésion. L'assuré adhérent demande à tous les autres médecins consultés de respecter les mêmes formalités.

Le patient produit à chaque consultation son carnet de santé, sauf cas d'urgence ou force majeure. Il demande à tout médecin consulté d'y inscrire les informations pertinentes dans le respect de la déontologie.

Article 5-7 Prévention

L'assuré adhérent prend en compte, dans l'intérêt de sa santé, les recommandations de son médecin référent en matière de prévention et dépistage.

Section 2 Avantages conférés par l'adhésion

Article 5-8 Rémunération forfaitaire

En contrepartie des obligations définies dans la charte de qualité, le médecin référent perçoit une rémunération forfaitaire annuelle par patient. Elle est versée par la caisse d'affiliation du patient.

Cette rémunération est fixée à 150 F pour les adhésions formulées au cours de l'année 1999. Avant le 1er juin 1999, un avenant conventionnel fixera le montant d'une majoration de cette somme, modulée selon des critères conformes aux objectifs qui figurent dans la charte de qualité, ainsi que, le cas échéant, selon la zone géographique d'exercice.

La somme due au titre de cette rémunération forfaitaire est versée pour moitié au vu de l'acte d'adhésion conjoint du médecin et de son patient. La deuxième moitié est versée à son échéance, sauf dans les cas où l'option a été interrompue en cours d'année pour quelque motif que ce soit.

Pour les groupes de médecins référents et dans les cas de mise en commun de tout ou partie des honoraires (SCM, SCP, SEL), la rémunération forfaitaire peut être versée à un compte désigné en commun par l'ensemble des médecins référents du groupe médical.

Article 5-9 Application de la dispense d'avance des frais

Le versement de la part des honoraires due aux médecins référents par l'organisme de prise en charge est assuré par la procédure de dispense d'avance des frais. La feuille de soins ou son support électronique est transmise par le médecin à la caisse d'affiliation du patient, sous réserve des dispositions du dernier alinéa.

Les assurés ayant choisi un médecin référent peuvent bénéficier de cette procédure de dispense d'avance des frais pour les actes réalisés par ce médecin et concernant leurs ayants droit âgés de moins de seize ans et figurant sur leur carte d'assuré social.

Dans le cas d'un groupe de médecins référents avec mise en commun des documents médicaux de synthèse, organisation commune de permanence et de continuité des soins, l'assuré adhérent bénéficie de la dispense d'avance des frais quand il est amené à faire appel à un autre médecin référent du groupe en l'absence de son médecin référent.

Les caisses s'engagent à émettre l'ordre de virement de la facturation dans un délai maximum de huit jours à compter de la réception par celles-ci des feuilles de soins ou de leurs supports électroniques. S'il s'avérait, pour des circonstances exceptionnelles que le règlement des honoraires aux praticiens soit impossible ou s'il devait excéder le délai susvisé, les parties signataires pourraient suspendre temporairement la procédure de dispense d'avance des frais et autoriser les praticiens à percevoir directement leurs honoraires.

Cette dispense d'avance des frais est étendue aux actes réalisés par des médecins spécialistes qui se déclarent " correspondants " d'un médecin référent, pratiquent les tarifs du secteur 1, dont le nom est transmis aux organismes d'assurance maladie par un médecin référent.

Pour les patients non exonérés du ticket modérateur pour des raisons médicales ou sociales et qui bénéficient d'une couverture complémentaire, les caisses chercheront à favoriser par le biais d'accords conclus avec les régimes complémentaires les conditions permettant aux patients d'être également dispensés du règlement direct du ticket modérateur.

Les caisses mettront en oeuvre les modalités de centralisation des envois des feuilles de soins papier lorsqu'un tel envoi ne s'oppose aux dispositions du chapitre II.

Article 5-10 Plate-forme de services

Les Parties signataires mettent en place, au niveau local, sous réserve d'un nombre suffisant de médecins référents et de patients adhérents, une plate-forme de services.

Cette plate-forme, au service des assurés adhérents, assure un accueil téléphonique de conseil et d'orientation médicale.

Elle est notamment destinée à être appelée en cas d'absence du médecin référent.

Elle assure également, au service du médecin référent, un service d'aide technique, administrative et médicale.

La CCPN ou, le cas échéant, les CCPL en assurent le suivi et l'évolution des fonctionnalités.

Section 3 Engagements de l'assurance maladie

Article 5-11 Procédures d'adhésion et de renouvellement de l'option conventionnelle

Article 5-11-1

Les CPAM, agissant pour le compte des autres régimes, envoient à chaque médecin généraliste dans le mois qui suit l'agrément de la convention le texte conventionnel accompagné d'un document de communication présentant le dispositif de l'option médecin référent.

Le formulaire de levée d'option est inclus dans l'envoi de la convention.

Le médecin qui désire adhérer à l'option fait retour du formulaire à la CPAM. Sans réponse de celle-ci au médecin dans les quinze jours, cette adhésion est réputée acquise.

La CPAM met librement à disposition des régimes complémentaires, des assurés et des partenaires conventionnels locaux la liste et les coordonnées des médecins adhérant à l'option.

Article 5-11-2

La CPAM met à la disposition des médecins référents les formulaires d'adhésion des patients. Ces formulaires comportent quatre volets, l'un est conservé par le médecin référent, deux sont adressés respectivement par l'adhérent à sa caisse d'affiliation et à son régime complémentaire éventuel, le dernier étant conservé par l'adhérent.

Les formulaires d'adhésion sont acheminés en tant que de besoin sur la demande des médecins référents, avec un premier envoi qui ne peut être inférieur à 50 exemplaires.

Sans réponse de la part de la caisse d'affiliation dans un délai de quinze jours, l'option est réputée ouverte pour le patient. Le refus d'enregistrement éventuel est motivé et porté simultanément à la connaissance du médecin et du patient.

Il en est de même, dans les quinze jours qui suivent l'échéance annuelle de l'option, en cas de refus de prolongation de l'option pour un patient.

Article 5-12 Gestion de la dispense d'avance de frais

Article 5-12-1 Disposition transitoire

Dans l'attente de la mise en oeuvre de la télétransmission des feuilles de soins, un dispositif transitoire de gestion de la dispense d'avance des frais papier est mis en oeuvre par les organismes locaux.

Ce dispositif comprend la mise à disposition des médecins référents du département :

- d'une adresse unique par médecin pour l'envoi des feuilles de soins ;
- d'une procédure de règlement a priori de la part remboursable des honoraires.

Article 5-12-2

En ce qui concerne les patients non exonérés du ticket modérateur pour des raisons médicales ou sociales et disposant d'une couverture complémentaire, les organismes locaux recherchent et mettent en oeuvre les accords techniques, nécessaires au plan local, permettant d'assurer en un seul ou plusieurs flux l'intégralité du règlement dû au médecin référent.

Article 5-12-3

Les dispositions de l'article 5-12 sont mises en oeuvre avant l'acheminement des actes d'adhésion des patients, et au plus tard trois mois après l'entrée en vigueur de la présente convention. Elles conditionnent l'ouverture de l'option aux assurés de la circonscription de caisse considérée.

Les CCPL en apprécient l'effectivité avant le lancement de la campagne de communication locale.

Article 5-13 Communication et information

Article 5-13-1 Communication

Conscientes de l'effort qui devra être entrepris afin d'informer tant les médecins que les assurés des différents aspects et avantages de cette option, les Parties signataires définissent chaque année en CCPN un plan de communication sur ce thème. Ce plan précise le calendrier et les moyens consacrés aux différentes campagnes d'information et de sensibilisation.

Article 5-13-2

Des documents de communication à destination des patients sont établis par la CCPN. Ils sont adressés en nombre suffisant à chaque médecin référent afin d'être mis à disposition de ses patients.

Les caisses déterminent les modalités d'information et de sensibilisation des assurés et des médecins généralistes les mieux adaptées (messages, réunions publiques, usage des média locaux).

Les CCPL veillent à l'ensemble des opérations de communication. Elles proposent le budget des différentes actions et leur calendrier de réalisation.

Article 5-13-2

Les organismes locaux de l'assurance maladie mettent en place un système d'information permettant la diffusion ou le retour d'information sur chaque médecin référent. Ce retour s'effectue sur support informatique.

Il comprend des informations générales spécifiques aux médecins référents telles que :

- l'information sur le nombre de médecins ou de patients inscrits dans l'option dans la circonscription ;
- le nom des nouveaux médecins généralistes entrés dans l'option à même d'organiser la permanence ou la continuité des soins ;
- les informations à destination des médecins référents issues des commissions paritaires locales ou nationale ;
- les nouvelles recommandations ou nouveaux référentiels destinés aux médecins référents.

Article 5-14 Aide administrative

Les organismes locaux mettent en oeuvre un accompagnement personnalisé des médecins référents, avec comme règle de base " Un médecin référent, un correspondant administratif personnel, un médecin conseil correspondant ".

Ces derniers l'assistent pour assurer le bon fonctionnement de l'option.

Le correspondant administratif contacte le médecin référent lors de son entrée dans l'option.

Le médecin référent et le médecin conseil peuvent se rencontrer à l'initiative de l'un ou de l'autre pour toute question ayant trait à l'amélioration et à la coordination des soins. Pour qu'ils puissent assurer leur mission de façon coordonnée, les caisses et les échelons locaux du service médical veilleront à ce que les correspondants assistent les mêmes groupes de médecins référents."

1.2.2. Annexe II de la convention nationale des médecins généralistes du 26 novembre 1998 : Charte de Qualité du Médecin Référent

"Section 1 Garanties professionnelles

Article 1^{er} Condition d'activité liée à la qualité des soins

A titre de critère d'entrée dans l'option, et de maintien dans celle-ci, le médecin doit attester avant son entrée dans l'option d'une activité minimale, correspondant à un nombre d'actes en C + V, calculé sur l'année civile précédant l'année de l'adhésion à l'option, de 1 500 actes pour une activité libérale à temps complet. Les médecins installés depuis moins de deux ans ainsi que ceux ayant momentanément réduit leur activité de 10 % au minimum au profit d'une autre activité médicale, prescriptive ou non, sont dispensés du respect de ce seuil.

Article 2 Seuil de qualité

Le médecin référent s'engage à respecter un seuil maximal annuel d'activité correspondant au nombre d'actes au-delà duquel les partenaires conventionnels estiment qu'il n'est plus possible d'assurer une médecine de qualité, compte tenu des responsabilités nouvelles qui s'attachent à l'adhésion à l'option.

Ce seuil, calculé en nombre d'actes en C + V sur l'année qui précède le renouvellement de l'option, est établi par les CMPL compte tenu des caractéristiques locales. Lorsque le seuil excède 7 500 actes, il est soumis pour aval au CMPN qui détermine les conditions de son évolution.

En l'absence d'accord local, ce seuil est fixé par le CMPN.

Article 3 Permanence et continuité des soins

Le médecin référent apporte à son patient une réponse organisée à sa demande de soins. Pendant les jours et heures d'ouverture de son cabinet prévues pour les consultations et les visites, il assure la permanence et la continuité des soins.

En dehors des heures et jours d'ouverture de son cabinet, le médecin référent s'engage à prendre les dispositions nécessaires pour que le patient bénéficie à tout moment d'une réponse adaptée à ses besoins. Il s'assure que les patients bénéficient des services d'un système de permanence des soins et d'urgence auquel il participe et auprès duquel il obtient, dans le respect du code de déontologie, les données médicales issues du recours éventuel de son patient à ce système. Il en informe le patient.

Dans les cas où le médecin exerce seul, il propose au patient adhérent un médecin le remplaçant durant ses absences, avec lequel il entretient les relations nécessaires à la coordination des soins, notamment grâce au document médical de synthèse informatisé.

Le médecin référent établit les relations partenariales nécessaires à une bonne coordination des soins pour les patients, tant avec les spécialistes qu'avec les services hospitaliers et les équipes médico-sociales.

Article 4 Exercice de groupe

Afin d'améliorer les conditions de la permanence et de la continuité des soins, les parties signataires conviennent de favoriser l'exercice en groupe des médecins référents.

Dans le cadre d'un groupe de médecins référents, les seuils définis aux articles 1er et 2 pourront être appréciés sur l'activité équivalent temps plein du groupe, en fonction du nombre de médecins. Les médecins référents exerçant dans ces groupes peuvent assumer collectivement certaines responsabilités nouvelles relatives à l'option, notamment dans les domaines de la continuité des soins, de la tenue du document médical de synthèse ou des activités de prévention.

Article 5 Respect des tarifs conventionnels

Le médecin référent s'engage à faire bénéficier ses patients adhérant à l'option des tarifs conventionnels, en s'interdisant l'usage des dépassements visés aux paragraphes b et c de l'article 1er-11 de la convention nationale.

Article 6 Dispense d'avance des frais

Le médecin référent s'engage à faire bénéficier son patient adhérent de la procédure de dispense d'avance des frais décrite à l'article 5-9 de la convention.

Article 7 Document médical de synthèse

Article 7-1 Tenue du document médical de synthèse

Le médecin référent s'engage à tenir pour le compte de son patient un document médical de synthèse dans lequel il fait figurer toute information utile concernant la santé de son patient. Les rubriques de ce document peuvent être précisées par le CMPN.

Ce document médical, élément essentiel de la qualité et de la coordination des soins, est la propriété du patient, qui peut à tout moment obtenir communication de tout ou partie de ses éléments conformément aux dispositions en vigueur.

Lorsqu'il conseille à son patient de consulter un autre médecin, le médecin référent s'engage à demander à ce dernier les informations médicales nécessaires dans le respect du code de déontologie médicale et dans le respect du droit du malade.

Le médecin référent fait figurer dans ce document les informations médicales nécessaires qui lui sont communiquées par l'ensemble des médecins, notamment hospitaliers, consultés par le patient adhérent.

En cas de changement par le patient de médecin référent, dans les conditions prévues à l'article 5-1-2 de la convention, ce dernier s'engage à transmettre toutes les données médicales utiles en sa possession au nouveau médecin référent désigné par le patient.

Il s'engage en outre à remplir le carnet de santé de son patient conformément à la réglementation en vigueur.

Article 7-2 Informatisation du document médical de synthèse

Ce document médical doit faire l'objet d'une gestion informatisée dans le délai d'un an maximum à compter de l'adhésion à l'option. Le médecin référent s'engage à respecter l'ensemble des dispositions législatives, réglementaires et déontologiques en vigueur.

Avant le 1er mars 1999, les partenaires conventionnels soumettront pour avis à la CNIL et au Conseil supérieur des systèmes d'information en santé les conditions de la sécurisation, du stockage et de la transmission des données qu'ils recommandent.

Article 8 Prescriptions pharmaceutiques

Le médecin référent se tient régulièrement informé de la mise sur le marché des médicaments génériques.

Lorsqu'il existe plusieurs équivalents thérapeutiques ayant la même dénomination commune internationale (DCI), le médecin référent s'engage à prescrire les médicaments les moins onéreux parmi ceux-ci sur la base du guide des équivalents thérapeutiques, régulièrement mis à jour par les partenaires conventionnels réunis au sein de la CCPN, après avis du CMPN, et diffusé par l'assurance maladie.

Le médecin référent s'engage à prescrire les médicaments visés ci-dessus à concurrence d'au moins 15 % de la valeur de sa prescription médicamenteuse totale, dont 5 % au titre des médicaments génériques tels que définis par la réglementation en vigueur. Ces taux pourront être revus par les parties signataires, à l'occasion de l'élaboration de l'annexe annuelle.

Les dispositions du présent article pourront être réexaminées par les parties signataires en cas de modification substantielle de la législation et/ou de la réglementation relatives aux modalités de prescription et de distribution des médicaments et aux systèmes de formation des prix des produits pharmaceutiques.

Section 2 Engagements de compétence et de transparence

Article 9 Dépistage, prévention

Article 9-1 Participation à la prévention

Le médecin référent participe aux actions de prévention que les Parties signataires décident chaque année de promouvoir et, dans les mêmes conditions, à toute enquête ou recueil d'information à caractère épidémiologique, notamment sur l'initiative du réseau national de santé publique.

Article 9-2 Suivi de dépistage et de prévention

Le médecin référent propose à ses patients le bénéfice d'un suivi adapté de dépistage et de prévention. Dans le cadre de la prescription des examens systématiques, notamment de nature préventive, il s'engage au respect des référentiels, établis notamment en fonction de l'âge, du sexe et, le cas échéant, des facteurs de risques, et des conclusions des conférences de consensus validées par les instances scientifiques d'experts (ANAES, Agence du médicament).

Dans les situations de comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, toxicomanie, état suicidaire...), il s'engage à pratiquer une médecine privilégiant écoute et dialogue dans le cadre d'un suivi planifié entre lui-même et le malade.

Article 10 Recommandations, référentiels et plans de soins

Article 10-1 Respect des recommandations de bonne pratique et référentiels

Le médecin référent intègre dans sa pratique les recommandations de bonne pratique en médecine générale et les référentiels élaborés notamment par l'ANAES et l'Agence du médicament.

Article 10-2 Participation à l'évolution des recommandations de bonne pratique

Les médecins référents ont pour vocation de participer à l'évolution des référentiels de bonne pratique, au travers des évaluations qu'ils seront amenés à réaliser, notamment en partenariat avec les services médicaux des caisses, et dans le cadre d'actions financées par le " fonds qualité "

Article 10-3 Élaboration de plans de soins, notamment pour les affections de longue durée

Les Parties signataires engagent une démarche qualité dans le traitement et le suivi de certaines affections particulièrement fréquentes qu'elles déterminent en commun, telles que notamment certaines ALD, et qui constituent un axe privilégié pour la coordination des soins tant en termes d'amélioration de la qualité des soins que de maîtrise médicalisée.

A cette fin, le médecin référent élabore, pour les patients adhérents concernés, un plan de soins prenant en compte les référentiels de bonne pratique élaborés notamment par l'ANAES.

Les Parties signataires conviennent de mettre en place un dispositif permettant le suivi de la mise en oeuvre de cette démarche, notamment en organisant un retour d'information vers le professionnel.

Article 11 Participation à des actions de formation professionnelle conventionnelle

Le médecin référent bénéficie en priorité des actions de formation professionnelle conventionnelle (FPC) prévues par la convention.

Il participe chaque année à des actions de formation professionnelle conventionnelle parmi celles dont les thèmes sont jugés prioritaires pour la pratique de médecin référent. La liste de ces actions est établie annuellement par le CPNFPC.

Article 12 Participation à des évaluations de connaissances et de pratique

Le médecin référent participe chaque année à une action de FPC recommandée par le CPN-FPC ou le CPR-FPC.

Elle comporte un module d'évaluation destiné à être réalisé à l'issue de l'action.

Ce module de connaissance et de bonne pratique porte sur le rôle spécifique du médecin référent dans l'optique de la coordination de l'ensemble des soins, dans une situation pathologique ou pour une catégorie de patients déterminée.

Ce module d'évaluation, élaboré par l'organisme de FPC responsable de l'action, est joint au projet d'action et fait l'objet d'une validation scientifique et d'un agrément dans les mêmes conditions que l'ensemble du projet.

Le prestataire de FPC communique les résultats du module d'évaluation aux participants. Il invite le médecin référent qui n'aurait pas satisfait à cette évaluation à participer dans les trois mois à une action du même type, dont le succès conditionne son maintien dans l'option conventionnelle.

A l'issue de chaque campagne de FPC, les organismes de FPC transmettent le bilan général de ces modules d'évaluation aux conseils scientifiques concernés.

Article 13 Travail en groupe

Le médecin référent s'engage à rechercher auprès de ses confrères et le cas échéant auprès des acteurs du domaine médico-social, un dialogue critique et constructif sur certaines situations médicales rencontrées."

1.2.3. Extrait de l'Avenant n° 2 de la convention nationale des médecins Généralistes du 26 novembre 1998 (JO du 19/08/00)

Article 2

"I - Dans l'annexe II intitulée « Charte de qualité du médecin référent », le deuxième alinéa de l'article 2 intitulé « Seuil de qualité » est ainsi rédigé :

« Ce seuil, calculé en nombre d'actes en C + V sur l'année civile qui précède le renouvellement de l'option, est fixé à 7 500 actes.

- Exceptionnellement, dans les seules situations limitativement énumérées ci-après et dûment constatées par la CCPL après avis du CMPL sur l'opportunité d'accorder des dérogations au seuil dans le département, ce seuil peut être individuellement fixé à une valeur supérieure, sur demande du médecin concerné à sa demande d'entrée dans l'option, ou à la date d'entrée en vigueur du présent avenant, pour les médecins ayant déjà adhéré :

- activité dépassant le seuil en raison de l'importance numérique de la clientèle et non de la fréquence des actes, constatée sur la base du nombre moyen d'actes par an et par patient, comparée à la moyenne régionale ;

- activité importante liée à la faible densité des médecins généralistes par rapport à la population, dans le canton ;

- activité importante liée à une faible densité des médecins spécialistes libéraux et hospitaliers dans le département entraînant un transfert d'actes vers les médecins généralistes.

Le médecin qui bénéficie d'une dérogation s'engage à ramener son activité à 7 500 actes dans l'année civile qui suit celle de son attribution.

II. - Le troisième alinéa de ce même article est supprimé.

III. - Le paragraphe « Seuil de qualité » de l'acte d'adhésion à la charte de qualité du médecin référent est modifié de manière identique."

1.2.4. Avenant n°5 de la convention nationale des médecins généralistes du 26 novembre 1998 (JO du 06/04/01)

"Chapitre 1: Précisions sur certaines disposition de la Charte de Qualité du médecin

Article 1 Tenue du document médical de synthèse

➤ Pour l'application de l'article 7-1, un document médical de synthèse dont les rubriques ont été précisées par le CMPN est annexé à la convention nationale. Il représente le modèle type que les instances conventionnelles locales sont tenues d'adresser à tous les médecins référents

Dans la rubrique définie comme « plan de prévention personnalisé » figureront les informations relatives aux examens de prévention dispensés au patient. Sauf opposition du patient ces mêmes informations seront mises à disposition du patient, par inscription dans son carnet de santé, en y indiquant notamment le calendrier de répétition de ces examens.

Le médecin référent, dans le respect des règles de la déontologie médicale, communique au service du contrôle médical lorsqu'il le demande le document médical de synthèse".

Article 2 Actions de santé publique et prévention

➤ Les médecins référents sont rendus destinataires, par les caisses primaires et les caisses générales de sécurité sociale, des documents élaborés dans le cadre des campagnes nationales de santé publique financées notamment par le Fonds National de Prévention d'Education et d'Information Sanitaires. Ces documents sont spécifiquement identifiés lorsqu'ils sont adressés au médecin référent.

En application de l'article 9-1 "relatif à la participation à la prévention", il est prévu pour l'année 2001, que les parties signataires conviennent que les médecins référents participent au programme portant sur les vaccinations dans le cadre des actions menées par les fonds nationaux de prévention des Caisses Nationales de l'Assurance Maladie.

➤ Pour l'application de l'article 9- 2 relatif au suivi de dépistage et de prévention,

1. Les médecins référents s'impliquent dans les programmes de dépistage des maladies aux conséquences mortelles évitables arrêtés en application de l'article L 55 du code de la santé publique et retenus par les parties conventionnelles.

Leur implication prend les formes suivantes :

- Ils informent chaque patient adhérent à l'option entrant dans le champ des différents programmes. Cette information concerne à la fois les aspects médicaux (information sur les maladies visées et les risques encourus) mais aussi organisationnels (orientation du patient).
 - Ils participent directement à la réalisation des programmes, chaque fois que sa participation est prévue dans le cadre de l'action considérée et qu'il satisfait aux conditions fixées par voie réglementaire en application de l'article L 55 du code de la santé publique.
 - Ils vérifient à chaque fois que le patient adhérent à l'option s'engage dans un programme (et quel que soit le praticien concerné), qu'il bénéficie de manière régulière des examens de dépistage prévus selon la périodicité définie pour chaque pathologie.
 - Ils indiquent le résultat dans le document médical de synthèse à chaque fois que le patient adhérent à l'option a fait l'objet d'un dépistage organisé (que celui-ci ait été effectué par un confrère ou par lui-même et quel que soit le praticien concerné).
 - Ils répondent dans tous les cas aux sollicitations des instances chargées du pilotage des programmes dans le domaine des enquêtes épidémiologiques retenus par la Commission Conventionnelle Paritaire Nationale.
2. La CCPN peut décider que les médecins référents s'impliquent dans des programmes de dépistage organisé ne relevant pas de l'article L 55 du code de la santé publique dans les conditions fixées ci-dessus. Toutefois, la participation directe du médecin référent à la réalisation d'un tel programme n'est possible que s'il satisfait aux critères de ce programme.
3. La Commission Conventionnelle Paritaire Locale donne toute information utile aux médecins référents sur les programmes de dépistage organisé y compris les programmes ne relevant pas de l'article L 55 du code de la santé publique (mise en place, évaluation etc...) notamment dans le cadre des rencontres locales visées à l'article 4 du présent accord.
- 4 Le médecin référent élabore et tient à jour un plan de prévention personnalisé pour chaque patient adhérent. Ce plan constitue une rubrique du document médical de synthèse.

Les éléments de ce document peuvent être précisés par le CMPN.

Ce plan comprend notamment:

- les recommandations individualisées résultant d'examens périodiques de dépistage des risques du patient,
- le suivi de ces recommandations,
- la situation du patient au regard de sa participation aux campagnes de dépistage organisé ou de prévention placées sous l'égide de l'assurance maladie ou des autorités compétentes de l'Etat.

Les partenaires conventionnels favoriseront l'utilisation par le médecin référent d'outils d'aide informatisée pour l'évaluation de l'importance relative des facteurs de risques individuels en particulier en demandant au CPN-FPC d'intégrer l'utilisation de ces outils dans ses objectifs de formation.

5 Le médecin référent réalise pour ses patients adhérents les examens de santé proposés par les caisses d'assurance maladie lorsque ces dernières confient tout ou partie de leur réalisation aux médecins généralistes libéraux selon les modalités propres à l'organisation de ces examens.

6 Le médecin référent propose le bénéfice des vaccinations faisant l'objet d'une campagne nationale à tous ses patients adhérent à l'option en respectant les protocoles médicaux établis à ce sujet. Il vérifie que ces vaccinations sont réalisées selon la périodicité fixée pour chacune d'entre elles. Par ailleurs, il mentionne ces vaccinations dans le carnet de santé et le document médical de synthèse.

Le médecin référent porte une attention toute particulière aux populations à risque définies par chacune de ces campagnes

Article 3 Evaluation de la pratique du médecin référent dans le cadre de la formation professionnelle conventionnelle

Dans le cadre de l'application de l'article 12 relatif à la participation à des évaluations de connaissance et de pratique, le CPN-FPC est chargé de faire appel à un partenaire extérieur ayant une compétence reconnue dans le domaine de la formation médicale afin d'élaborer des recommandations destinées aux organismes de FPC pour construire ces modules d'évaluation.

Ce travail devra être achevé et présenté au CPN-FPC avant le 30 juin 2001 de manière à intégrer les recommandations dans le cahier des charges pour les formations de l'année 2002.

A partir du 1^{er} janvier 2002, les organismes de FPC devront joindre aux actions dont les thèmes sont jugés prioritaires ce module d'évaluation qui fait l'objet d'une validation scientifique et d'un agrément dans les mêmes conditions que l'ensemble du projet.

Le médecin référent transmet son attestation de participation à une action de formation la CCPL du département dont il dépend par l'intermédiaire de son correspondant administratif. Cette attestation mentionne le résultat du module d'évaluation.

Article 4 Participation à des rencontres entre médecins référents sur des thèmes prioritaires définis en partenariat

Dans le cadre de l'application de l'article 13 relatif au travail en groupe, la participation du médecin référent peut revêtir deux formes : une participation à des rencontres locales ou à un groupe local d'échanges et d'amélioration des pratiques (GLEAP).

► "Participation à des rencontres locales".

Les instances locales, notamment sous la conduite du groupe de suivi de l'option, organisent deux fois par an, des rencontres départementales ou locales, auxquelles les médecins référents participent.

Chaque caisse d'assurance maladie chargée du secrétariat de la commission prend en charge l'organisation des réunions, salle, matériel pédagogique, édition des supports de communication, convocations, diffusion des comptes rendus etc ...

Les réunions ont pour objet :

- d'assurer un retour d'information vers les médecins référents tel que prévu dans l'article 5-13-3, de la convention médicale
- de présenter les campagnes ou les thèmes de prévention retenus par les instances nationales ou décidés en application de l'article 55 du code de la santé publique.
- de présenter les choix des instances locales en terme d'action à mettre en œuvre
- de recueillir en retour toutes informations nécessaires auprès des médecins référents du département, tant en ce qui concerne le fonctionnement administratif que médical, afin d'orienter, de préciser ou d'enrichir les choix et les actions des instances locales.

Les réunions départementales font l'objet de comptes rendus et d'un suivi national. Ce suivi national participe tant à l'alimentation en retour d'information des réunions départementales régulières des référents qu'à l'évaluation nationale du dispositif.

Le suivi des travaux menés, le cas échéant par des groupes locaux, leurs agrégats départementaux, régionaux ou nationaux, font l'objet de publications internes ou externes, de colloques, opérations nationales de communication en tant que de besoins.

► Mise en place de « groupes locaux d'échanges et d'amélioration des pratiques » :

Les parties signataires de la convention s'engagent, dans un délai d'un an, à élaborer un avenant pour expérimenter un dispositif de maîtrise médicalisée, spécifique à l'option « médecin référent », fondé sur la méthode des groupes locaux d'échanges et d'amélioration des pratiques. Ce dispositif, au vu de son évaluation, aura vocation à être généralisé.

Dans ce dispositif, les médecins référents participants choisissent périodiquement un thème d'amélioration de leur pratique. Ils définissent et formalisent eux-mêmes les voies et moyens susceptibles d'optimiser, sur ce thème, leur pratique, dans une démarche de qualité et d'économie. Le choix des thèmes est validé en Comité Médical Paritaire Local.

Article 5 Organisation du cabinet pour assurer la permanence et la continuité des soins

La permanence des soins et la continuité des soins telles que prévues par l'article 3 de la charte de qualité se traduisent de la manière suivante:

- le médecin référent informe son patient de l'organisation au cabinet,
- il participe à un système de garde,
- il assure une continuité effective des soins.

organisation du cabinet et information du patient

L'information du patient concerne:

- les heures d'ouverture et fermeture du cabinet avec les plages horaires de consultations

- les coordonnées téléphoniques du ou des médecin(s) de préférence référent(s) à contacter, en cas d'indisponibilité de sa part
- les coordonnées du service de garde dont il fait partie,
- la possibilité de recourir au centre 15.

Le support de cette information repose sur

- L'inscription de ces informations sur les ordonnances
- L'affichage d'un tableau récapitulatif en salle d'attente
- La remise à ses patients abonnés d'une brochure d'information
- Un affichage sur les données d'urgence, visible de l'extérieur du cabinet en dehors des heures d'ouverture
- Une reprise des éléments utiles sur le dispositif de réponse téléphonique, secrétariat ou répondeur.

Avant le 30 juin 2001, la Commission Conventiennelle Paritaire Nationale élaborera un questionnaire-type reprenant ces éléments, qui sera adressé aux médecins référents. A charge pour ces derniers, de les compléter et de les retourner à leurs caisses de rattachement. Ces informations, régulièrement réactualisées, alimenteront les sites électroniques d'information mis en place par l'assurance maladie.

➤garde

Le médecin référent participe, effectivement, au système de garde mis en place localement dans le respect des dispositions du code de déontologie médicale.

La réalité de sa participation au tour de garde est un des critères de renouvellement de l'option.

Dans le cadre de la continuité des soins, lorsque le médecin référent prend en charge un patient qui a adhéré auprès d'un autre médecin référent, il informe ce dernier avec l'accord du patient de la nature de son intervention.

Chapitre 2 Suivi et contrôle des engagements du médecins référents

Article 6 : modalités de suivi et de contrôle des engagements du médecin référent

Les parties signataires se fixent pour objectif qu'un avenant à la convention portant sur les modalités de suivi et de contrôle des engagements du médecin référent soit conclu dans les conditions fixées à l'article L162-5 du code de la sécurité sociale et approuvé par les ministres concernés soit suivant les modalités fixées par l'article L162-15-2 soit suivant les modalités fixées par l'article L162-15-3 et publié au Journal Officiel de la République Française avant le 31 mai 2001.

« Si cet avenant n'est pas publié au 30 mai 2001 et à compter de cette date le deuxième alinéa de l'article 5-3 de la convention nationale est remplacé par la phrase suivante : « Le respect des garanties professionnelles est vérifié chaque année par les caisses comme critère de renouvellement de l'option ».

1.2.5. Avenant n° 6 de la convention nationale des médecins généralistes (JO du 15 Mars 2002)

Article 1

Afin de préciser les dispositions de l'article 3 de la charte de qualité relatives à la permanence et continuité des soins, les parties conviennent que les médecins référents doivent faire figurer sur leurs ordonnances les jours et heures de consultation ainsi que la mention « En cas d'urgence », suivie du numéro d'appel.

Article 2

Il est ajouté à l'article 8-6 de la convention nationale le paragraphe suivant:

« Délibération, vote, carence et arbitrage dans le cadre du suivi des engagements du médecin référent. »

1. Conditions de vote

Les décisions sont prises conformément aux procédures prévues au b des « conditions de vote » de l'article 8-7 (CCPL) et au b des « conditions de vote » de l'article 8-8 (CMPL) et aux dispositions du 2-3 de l'article 5-15 de la convention nationale.

Si à l'issue des procédures de vote prévues aux articles 8-7 b et 8-8 b aucune majorité ne se dégage, la commission est réputée avoir acquiescé au principe d'une mesure.

Chaque section de l'instance paritaire propose alors l'application d'une des mesures prévues au 3-1 de l'article 5-15 de la convention.

En cas de désaccord, il est procédé à un vote. En cas d'égalité des voix, l'instance paritaire locale retient la moins grave des deux mesures proposées.

2. Arbitrage

Si l'une ou l'autre des sections qui composent l'instance paritaire locale est en désaccord avec la mesure retenue, elle dispose de huit jours à compter de la délibération de l'instance paritaire locale pour saisir la CCPN ou le CMPN en fonction du manquement reproché au médecin.

La section concernée effectue sa demande argumentée auprès du secrétariat de l'instance paritaire locale. Ce dernier transmet le dossier du praticien et la demande de la section au secrétariat de l'instance paritaire nationale correspondante dans un délai de quinze jours à compter de la demande de la section.

L'instance paritaire nationale statue alors conformément aux dispositions du paragraphe: « Les délibérations et le vote dans le cadre de la procédure d'arbitrage prévue pour le suivi et le contrôle des engagements du médecin référent » de l'article 8-1-2.

En cas de saisine de la CCPN ou du CMPN, l'instance paritaire locale est réputée ne s'être pas prononcée.

3. Carence

Dans les cas de carence prévus aux b et c du présent article, le constat de carence est dressé par le secrétariat de l'instance et adressé à l'instance nationale concernée.

Si aucune décision n'est intervenue dans le mois suivant le constat, la section n'étant pas à l'origine de la carence se détermine aux lieux et place de la CCPL ou du CMPL, suivant le cas, quant à l'application de l'une des mesures prévues au 3-1 de l'article 5-15 de la convention et selon les règles fixées au 2-3-1 de ce même article.

Article 3

Il est ajouté à l'article 8-1-2 de la convention nationale le paragraphe suivant:

« Les délibérations et le vote dans le cadre de la procédure d'arbitrage prévue pour le suivi et le contrôle des engagements du médecin référent. »

Lorsque la CCPN ou le CMPN sont saisis par l'une ou l'autre des sections agissant dans le cadre de la procédure d'arbitrage prévue au 2 de l'article 8-6, ils disposent d'un délai de deux mois à compter de la réception de la saisine par le secrétariat de l'instance nationale, pour statuer sur le dossier du praticien. Passé ce délai, la mesure initialement retenue par l'instance paritaire locale est réputée adoptée.

L'instance paritaire nationale concernée réexamine « sur pièces » le dossier et se prononce à la majorité des suffrages exprimés.

En application du 2-3-1 de l'article 5-15, si à l'issue de la procédure de vote aucune majorité ne se dégage, l'instance est réputée avoir acquiescé au principe d'une mesure.

Chaque section de l'instance paritaire nationale propose alors librement l'application d'une des quatre mesures prévues au 3-1 de l'article 5-15 de la convention.

En cas de désaccord, il est procédé à un vote. En cas d'égalité des voix, l'instance paritaire nationale retient la moins grave des deux mesures proposées.

La décision se substitue à celle prise par l'instance paritaire locale. Elle est transmise au secrétariat de cette dernière dans les quinze jours qui suivent la délibération de l'instance nationale.

Article 4

Au paragraphe « Mission » de l'article 8-7 de la convention nationale, il est créé un f ainsi rédigé :

Suivi des règles conventionnelles :

La CCPL instruit et se prononce sur les dossiers individuels présentés par les caisses dans les conditions fixées par les textes conventionnels.

Article 5

Il est ajouté après le dernier paragraphe du b de l'article 8-3-2 de la convention nationale le paragraphe suivant :

de statuer conformément à la procédure d'arbitrage prévue par les textes conventionnels pour le suivi et le contrôle des engagements du médecin référent.

Article 6

Il est ajouté après le dernier paragraphe de l'article 8-4-2 de la convention nationale le paragraphe suivant :

Il statue conformément à la procédure d'arbitrage prévue par les textes conventionnels pour le suivi et le contrôle des engagements du médecin référent.

Article 7

*L'article 5-3 de la convention nationale des médecins généralistes est rédigé de la façon suivante:
« En adhérant à l'option conventionnelle, le médecin référent s'engage à assurer les garanties professionnelles et à respecter les engagements de compétence et de transparence mentionnés dans la charte de qualité figurant à l'annexe II et dans l'avenant n° 5 à la présente convention nationale, selon les dispositions prévues à l'article 5-15 de la présente convention. »*

Article 8

Dans l'annexe II intitulée « Charte de qualité du médecin référent », le deuxième alinéa de l'article 2 : « Seuil de qualité » est remplacé par l'alinéa suivant:

« Ce seuil, calculé en nombre d'actes en C + V sur une période déterminée au 1-2 du I de l'article 5-15 de la convention nationale, est fixé à 7 500. »

Article 9

Dans l'annexe II intitulée « charte de qualité du médecin référent », l'article 1er: « Condition d'activité liée à la qualité des soins » est rédigé comme suit:

« A titre de critère d'entrée dans l'option, le médecin doit attester, avant son entrée dans l'option, d'une activité minimale correspondant à un nombre d'actes en C + V de 1 500 actes pour une activité libérale à temps complet, calculé sur la période qui s'étend du cinquième trimestre civil au deuxième trimestre civil inclus qui précède sa demande d'entrée dans l'option.

De même, comme critère de maintien dans l'option, le médecin référent doit attester, lors du renouvellement de son contrat, d'une activité minimale correspondant à un nombre d'actes en C + V de 1 500 actes, pour une activité libérale à temps complet, calculé sur une période déterminée au 1-2 du I de l'article 5-15 de la convention nationale.

Les médecins installés depuis moins de deux ans ainsi que ceux ayant momentanément réduit leur activité de 10 % au minimum au profit d'une autre activité médicale, prescriptive ou non, sont dispensés du respect de ce seuil. »

Article 10

Il est ajouté au chapitre V : « Option conventionnelle » de l'actuelle convention nationale des médecins généralistes une section 4 intitulée : « Des modalités de suivi et de contrôle des engagements du médecin référent » et un article 5-15 intitulé : « Suivi des engagements du médecin référent ».

« Section 4 « Des modalités de suivi et de contrôle des engagements du médecin référent

« Article 5-15 « Suivi des engagements du médecin référent

« Sans préjudice des dispositions de contrôle individuel mis en oeuvre par les caisses et les services médicaux dans le cadre des textes législatifs et réglementaires, les parties signataires décident de mettre en oeuvre un dispositif spécifique de suivi et d'évaluation, tant collectif qu'individuel, de l'option médecin référent, placé sous la responsabilité des instances paritaires, dont l'objet est d'apprécier la pratique du médecin référent au regard d'une démarche de qualité.

Suivi des engagements du médecin référent

1. Principe

« Le suivi des engagements est effectué par les caisses et le service médical pour le compte des instances conventionnelles.

1.1. La situation du médecin référent prévue aux articles 5-2-1 (situation du médecin) et (conditions d'exercice du médecin) de la convention ainsi que le respect par le médecin référent des engagements de la charte de qualité (annexe II de la convention nationale) peuvent être vérifiés à tout moment par les instances conventionnelles à l'initiative de l'une ou l'autre des parties.

1.2. Ces mêmes engagements sont vérifiés par les instances conventionnelles au moins une fois par an, au moment du renouvellement du contrat du médecin.

Le respect des obligations du médecin référent est alors vérifié sur la période qui s'étend du cinquième trimestre civil au deuxième trimestre civil inclus qui précède le renouvellement.

Lors du premier renouvellement, le respect des obligations du médecin référent est vérifié sur la période qui s'étend sur les deux trimestres civils qui suivent son adhésion.

Dans l'attente de précisions qui seront apportées par les instances conventionnelles nationales, le respect des obligations relatives aux prescriptions médicales (article 8 de la

charte de qualité) ne fait pas l'objet d'un examen lors des renouvellements décidés en 2001, le respect des obligations relatives au dépistage et prévention (article 9 de la charte de qualité) et aux recommandations, référentiels et plans de soins (article 10 de la charte de qualité) ne font pas l'objet d'un examen lors des renouvellements décidés en 2001 et 2002.

De plus, durant cette même période, la vérification lors du renouvellement par les instances paritaires locales du respect des engagements suivants est limitée:

- pour la permanence et continuité des soins (article 3 de la charte de qualité), à la réalité de la participation du médecin référent aux tours de garde;
- pour le document médical de synthèse (article 7 de la charte de qualité), à la réalité de son existence.

1.3. Les obligations conventionnelles relatives à l'activité en C + V des médecins référents sont appréciées à la date de remboursement des soins, dans l'attente de la mise en oeuvre effective d'un suivi en droit constaté.

2. Procédures

2.1. Compétence de la CCPL

Pour tous les engagements du médecin référent, à l'exception de ceux qui sont du ressort du CMPL (article 2-2 ci-dessous), lorsqu'une caisse constate un non-respect par le médecin référent des engagements de la charte de qualité, elle transmet le relevé de ses constatations à la CCPL.

Le médecin référent concerné en est simultanément informé par la caisse par courrier avec accusé de réception.

Le médecin dispose d'un délai de 30 jours à compter de la date de réception du courrier pour présenter ses observations éventuelles ou demander à être entendu par la CCPL. Le médecin peut se faire assister par un médecin de son choix.

Après avoir pris connaissance des observations du médecin ou à défaut de réponse de celui-ci dans le délai de 30 jours suivant la date à laquelle il a reçu les observations de la CPAM, la CCPL se détermine quant à l'application de l'une des mesures prévues à l'article 3-1 ci-dessous et selon les règles fixées au paragraphe 2.3.1 infra.

La CPAM pour le compte de l'ensemble des caisses notifie la décision au médecin concerné dans un délai de trente jours.

2.2. Compétence du CMPL

Lorsque le service du contrôle médical constate un non-respect par le médecin référent des engagements des articles 7 (document médical de synthèse), 9 (dépistage, prévention) et 10 (recommandations, référentiels et plans de soins) de la charte de qualité, il transmet le relevé de ses constatations au CMPL.

Le médecin référent concerné en est informé par le secrétariat du CMPL par courrier avec accusé de réception.

Le médecin dispose d'un délai de 30 jours à compter de la date de réception du courrier pour présenter ses observations éventuelles ou demander à être entendu par le CMPL. Le médecin peut se faire assister par un médecin de son choix.

Après avoir pris connaissance des observations du médecin ou à défaut de réponse de celui-ci dans le délai de 30 jours suivant la date à laquelle l'instance a reçu les constatations du service médical, le CMPL se détermine quant à l'application de l'une des mesures prévues à l'article 3-1 ci-dessous et selon les règles fixées au paragraphe 2.3.1 infra.

Le secrétariat transmet le résultat de la délibération à la CPAM.

La CPAM pour le compte de l'ensemble des caisses notifie la décision au médecin concerné dans un délai de 30 jours.

2.3. Décisions des instances paritaires

2.3.1. Dès lors qu'il est avéré, tout manquement à un engagement prévu par la charte de qualité entraîne l'application d'une des mesures mentionnées à l'article 3-1 du présent texte.

Ainsi, lorsque la caisse ou le service médical constate un manquement du médecin référent à une garantie professionnelle ou un engagement de compétence et de transparence, elle ou il saisit l'instance paritaire compétente.

Dans le cas où l'instance paritaire estime que la règle précisée au premier alinéa du présent article n'a pas à être appliquée, elle se détermine à la majorité simple des voix exprimées selon les procédures décrites aux articles 8-6, 8-7 b (CCPL), 8-8 b (CMPL) et 8-

1-2 (les délibérations et le vote dans le cadre de la procédure d'arbitrage prévue pour le suivi et le contrôle des engagements du médecin référent) de la convention nationale.

2.3.2. En cas de situation de carence :

Il est fait application des dispositions de l'article 8-6 de la convention nationale relatives à la carence dans le cadre du suivi du médecin référent.

3. Mesures encourues

3.1. Les mesures pouvant être prononcées à l'encontre du médecin référent sont, par ordre de gravité croissante, les suivantes :

- a) Avertissement : cette décision ne peut être prise que s'il s'agit d'un premier manquement;
- b) Avertissement assorti de demande de mise en oeuvre de mesures correctives qui peuvent notamment porter sur les engagements non respectés. La décision mentionne le délai dans lequel la ou les mesures correctives doivent être mises en oeuvre;
- c) Non-renouvellement de l'option conventionnelle et suspension de la possibilité d'adhérer à l'option conventionnelle durant un, deux ans ou pour la durée pour laquelle la convention a été conclue, ou éventuellement renouvelée;
- d) Exclusion de l'option conventionnelle pour un, deux ans ou pour la durée pour laquelle la convention a été conclue, ou éventuellement renouvelée.

Lorsqu'un médecin référent a déjà fait l'objet d'une des mesures prévues au a ci dessus, il ne peut être décidé, pour un manquement au même engagement, qu'une des mesures prévues au b, c ou d.

Lorsqu'un médecin référent a déjà fait l'objet de la mesure prévue au b ci-dessus, il ne peut être décidé, pour un manquement au même engagement, qu'une des mesures prévues au c ou d.

Lorsqu'un médecin référent s'est vu notifier une des mesures prévues au paragraphe 1 de l'article 9-1 de la convention nationale des médecins généralistes, la caisse lui notifie sa sortie de l'option pour la durée pour laquelle la convention a été conclue, ou éventuellement renouvelée.

3.2. Procédures de notification des mesures

3.2.1. Ces mesures sont notifiées par la caisse primaire du lieu d'exercice du professionnel agissant pour le compte des caisses des autres régimes au plus tôt neuf jours après la délibération de l'instance locale.

La notification s'effectue par lettre recommandée avec avis de réception. Elle précise la nature du ou des manquements, la date d'effet de la décision. Celle-ci ne peut prendre effet avant le délai d'un mois suivant sa notification.

3.2.2. Lorsqu'un praticien n'est plus médecin référent, soit de son propre fait, soit en raison du non-respect de ses obligations liées à l'option, les caisses doivent en informer par simple courrier tous ses patients optants et uniquement ces derniers, sans préciser les raisons pour lesquelles le praticien n'est plus médecin référent.

Plan de suivi

1. Généralités

Chaque année, les instances conventionnelles nationales peuvent arrêter un plan de suivi portant sur un ou plusieurs thèmes figurant à la charte de qualité.

Chacun des thèmes choisis donne lieu à une méthodologie de suivi, élaborée par les instances conventionnelles nationales, dans les quatre mois qui suivent l'adoption des thèmes. Cette méthodologie prévoit notamment un calendrier, un mode de recueil de l'information, une analyse ainsi que des actions collectives et individuelles auprès des médecins référents.

Au niveau local, la CCPL et le CMPL sont chargés de conduire ce plan de suivi.

La CCPL après avis du CMPL peut également arrêter chaque année un thème supplémentaire, qui peut être reconduit. Ce thème donne lieu à une méthodologie de suivi, élaborée par les instances conventionnelles locales, dans les quatre mois qui suivent l'adoption du thème. Cette méthodologie prévoit notamment un calendrier, un mode de recueil de l'information, une analyse ainsi que des actions collectives et individuelles auprès des médecins référents.

Pour la période 2001/2002, les thèmes arrêtés par les parties conventionnelles nationales sont cités au 2 ci-après.

2. Plan de suivi collectif pour la période 2001-2002

La CCPN choisit pour la période 2001-2002 les thèmes suivants:

Permanence et continuité des soins ;

Les vaccinations à travers le DMS.

3. Rapport d'activité

Une fois par an, un bilan de l'option conventionnelle est réalisé par la CCPL et adressé à la CCPN.

Ce bilan comporte deux parties :

- la première partie concerne le plan de suivi ; il s'agit d'une analyse des informations recueillies pour chaque thème selon la méthodologie définie lors du choix du thème;

- la seconde partie est une analyse globale des actions que les CPAM et les partenaires conventionnels ont menées pour favoriser l'option.

Ce bilan comprend notamment un suivi des dispositifs fonctionnels tels que le nombre d'adhésions, de renouvellements et de sorties de l'option, la gestion de la dispense d'avance des frais, l'aide administrative, la FPC...

Clause de révision

Les dispositions du présent article pourront être réexaminées à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires à l'issue de la première année d'application de l'avenant n° 6 à la convention nationale."

A V E N A N T N° 1 8 du 19 avril 2007 : convergence

Préambule

Le dispositif du médecin traitant place le médecin généraliste au coeur de l'organisation et de la coordination des soins. Les parties signataires se sont attachées à renforcer les missions du médecin traitant, notamment dans le domaine de la prévention, de la permanence des soins et de la formation professionnelle continue.

La convention nationale prévoit la mise en oeuvre d'un dispositif permettant la convergence du médecin traitant et de l'option médecin référent.

A cet effet, les parties signataires souhaitent, par le présent avenant, fixer les modalités de versement d'une indemnité individuelle, proportionnelle et dégressive afin d'assurer cette convergence.

Article 1er

Les dispositions de l'article 1.1.5 « Cas des praticiens ayant adhéré à l'option médecin référent » de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie sont remplacées par ce qui suit :

« Les parties signataires ont convenu de la nécessité de réexaminer la situation des options conventionnelles, notamment celle de l'option médecin référent, afin d'assurer sa convergence avec le dispositif du médecin traitant.

Les parties signataires conviennent d'attribuer, en fonction de la situation de chaque médecin référent concerné, une indemnité forfaitaire proportionnelle et dégressive calculée en fonction du nombre de patients adhérents au médecin référent au 12 février 2005 et selon les modalités définies en annexe au présent avenant.

Par ailleurs, les patients qui ont choisi leur médecin référent comme médecin traitant, et leurs ayants droit continuent de bénéficier de la dispense d'avance des frais. »

Article 2

Les dispositions de l'annexe 8-15 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie relatives à l'option conventionnelle du médecin référent sont abrogées, exceptées celles concernant l'application de la dispense d'avance des frais prévues aux articles 5-9 et 5-12 du chapitre 8-15-1 et article 6 du chapitre 8-15-2, maintenues jusqu'au 31 décembre 2009.

Fait à Paris, le 7 février 2007.

A N N E X E

MODALITÉS DE CALCUL DE L'INDEMNISATION INDIVIDUELLE, FORFAITAIRE ET DÉGRESSIVE

I. - Eléments à prendre en compte dans le calcul

N0 = nombre de patients adhérents au dispositif du médecin référent au 12 février 2005.

N1 = nombre de patients en ALD, adhérents au dispositif du médecin référent, qui l'ont choisi comme médecin traitant au 12 février 2006.

N2 = nombre de patients en ALD pour lesquels le médecin n'était pas médecin référent et qui l'ont choisi comme médecin traitant au 12 février 2006.

II. - Calcul de l'indemnité

$(N0 \times 45,73) - 40(N1 + N2) = Y$.

Si Y est inférieur ou égal à 0 : aucune indemnité n'est due car il n'y a pas perte de ressources.

Si Y est supérieur à 0 : versement d'une indemnité selon les modalités du paragraphe III, du fait de la perte de ressources.

III. - Modalités de versement

L'indemnité fera l'objet de versements annuels, au plus tard le 31 décembre de l'année concernée, et sera réglée comme suit :

- en 2007 : $Y \times 1$;

- en 2008 : $Y \times 0,66$;

- en 2009 : $Y \times 0,33$.