

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 1^{er} août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016

NOR : SSAS1821639A

La ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics,
Vu le code la sécurité sociale, et notamment ses articles L. 162-5, L. 162-14-1 et L. 162-15,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Est approuvé l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, annexé au présent arrêté, conclu le 14 juin 2018, entre d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, la Fédération française des médecins généralistes (MG), le syndicat « Le BLOC », la Fédération des médecins de France (FMF), le Syndicat des médecins libéraux (SML) et la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF).

Art. 2. – La ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics, 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 le 1^{er} août 2018.

*La ministre des solidarités
et de la santé,*

Pour la ministre et par délégation :

*La chef de service adjointe
à la directrice générale de l'offre de soins,
S. DECOOPMAN*

*Le ministre de l'action
et des comptes publics,*

Pour le ministre et par délégation :
*La directrice de la sécurité sociale,
M. LIGNOT-LELOUP*

ANNEXE

AVENANT N° 6 À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 25 AOÛT 2016

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-5, L.162-14-1 et L.162-15 ;
Vu la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, et notamment ses articles 15 et 54 ;
Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, publiée au *Journal officiel* du 23 octobre 2016, et ses avenants,

Il est convenu ce qui suit, entre :

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM),

Et

La Fédération française des médecins généralistes,

La Fédération des médecins de France,

Le Bloc,

La Confédération des syndicats médicaux français,

Le Syndicat des médecins libéraux.

Préambule

Le déploiement de la télémédecine constitue un enjeu clé pour l'amélioration de l'organisation du système de santé et l'accès aux soins pour tous sur le territoire.

Le recours aux actes de télémédecine devrait ainsi faciliter l'accès aux soins notamment dans les zones sous denses en offre de soins en permettant aux patients d'obtenir une prise en charge et un suivi plus rapides susceptibles dans certaines situations de prévenir certaines hospitalisations et ré-hospitalisations et de diminuer le recours aux urgences.

La télémédecine peut également favoriser le partage d'informations et d'avis entre les professionnels de santé assurant la prise en charge des patients.

Afin de répondre à ces défis majeurs, les partenaires conventionnels souhaitent accompagner l'essor des pratiques de télémédecine sur l'ensemble du territoire et au profit de tous les patients, en inscrivant, dans le droit commun, les actes de téléconsultation et de téléexpertise, conformément aux dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2018, dans le cadre du parcours de soins coordonné.

Afin que le déploiement de la télémédecine s'effectue dans les meilleures conditions possibles, les partenaires conventionnels souhaitent procéder par étapes.

La téléconsultation sera ouverte à l'ensemble des patients au 15 septembre 2018.

Toutefois, les parties signataires conviennent d'ouvrir dans un premier temps la téléexpertise aux patients pour lesquels l'accès aux soins doit être facilité en priorité au regard de leur état de santé ou de leur situation géographique.

Le calendrier de déploiement de la téléexpertise à l'ensemble des patients sera défini avant la fin de l'année 2020, au regard de l'observation du recours aux actes de téléexpertise à l'issue de la première étape.

Les parties signataires conviennent également de procéder à des aménagements des dispositifs démographiques mis en place par la convention nationale, afin de les rendre plus attractifs et par là-même améliorer l'accès aux soins dans les zones sous denses.

En outre, elles souhaitent poursuivre la démarche initiée en 2016 dans la convention médicale visant à valoriser la prise en charge des patients en tenant compte de la complexité des différentes situations cliniques.

Par ailleurs, afin de favoriser l'accès aux soins des patients à des soins spécialisés aux tarifs opposables et réduire le reste à charge, les partenaires conventionnels poursuivent la mise en œuvre de la classification commune des actes médicaux (CCAM) en ajustant de façon progressive les honoraires de certains actes compte tenu de l'évolution des techniques.

Enfin, quelques modifications techniques tenant compte notamment d'un certain nombre d'évolutions législatives et réglementaires sont également réalisées. Ces modifications portent notamment sur le dispositif de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

Article 1^{er}

Le développement du recours à la télémédecine

L'article 28.6 de la convention nationale, intitulé : « Le développement du recours à la télémédecine » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes.

« Article 28.6. Le recours aux actes de télémédecine

L'encouragement au développement des regroupements professionnels et aux échanges d'information et d'avis entre professionnels de santé, notamment avec le déploiement de la télémédecine (téléexpertise et téléconsultation), participe à l'enjeu majeur de l'accès aux soins pour tous.

Face à ce défi, les partenaires conventionnels souhaitent accompagner l'essor des pratiques de télémédecine sur l'ensemble du territoire et au profit de tous les patients en inscrivant, dans le droit commun, les actes de téléconsultation et de téléexpertise, conformément aux dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2018.

Afin que le déploiement de la télémédecine s'effectue dans les meilleures conditions possibles, les partenaires conventionnels souhaitent procéder par étapes.

La téléconsultation sera ouverte au 15 septembre 2018 à l'ensemble des patients après modification de la liste des actes et prestations prévue à l'article 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Le calendrier de déploiement de la téléexpertise à l'ensemble des patients sera défini avant la fin de l'année 2020, au regard de l'observation du recours aux actes de téléexpertise à l'issue de la première étape.

Dans ce cadre, ils conviennent de définir le champ de ces actes et leurs tarifs ainsi que leurs modalités de réalisation et de facturation.

Article 28.6.1. La téléconsultation

Article 28.6.1.1. Champ d'application de la téléconsultation

Définition

Dans le cadre de la présente convention, est entendue comme téléconsultation, la consultation à distance réalisée entre un médecin exerçant une activité libérale conventionnée, dit "téléconsultant", quel que soit son secteur

d'exercice et sa spécialité médicale, et un patient, ce dernier pouvant, le cas échéant, être assisté par un autre professionnel de santé.

L'opportunité du recours à la téléconsultation est appréciée au cas par cas par le médecin traitant et le médecin correspondant.

Patients concernés

L'ensemble des patients peut bénéficier de téléconsultations.

Ils doivent être informés des conditions de réalisation de la téléconsultation et, après avoir reçu ces informations, avoir donné leur consentement préalablement à la réalisation de l'acte.

Parcours de soins et connaissance préalable du patient par le médecin téléconsultant

Les partenaires conventionnels souhaitent que les téléconsultations s'organisent dans le respect du parcours de soins coordonné.

Principe

Les téléconsultations s'inscrivent dans le respect du parcours de soins coordonné, tel que défini dans la présente convention.

Ainsi, pour pouvoir ouvrir droit à la facturation à l'Assurance maladie, les patients bénéficiant d'une téléconsultation doivent être :

- orientés initialement par leur médecin traitant, dans les conditions définies à l'article 18.1 de la convention, quand la téléconsultation n'est pas réalisée avec ce dernier ;
- connus du médecin téléconsultant, c'est-à-dire ayant bénéficié au moins d'une consultation avec lui en présentiel dans les douze mois précédents, avant toute facturation de téléconsultation, afin que celui-ci puisse disposer des informations nécessaires à la réalisation d'un suivi médical de qualité.

Dans le cadre du suivi régulier des patients, le recours à la téléconsultation s'effectue en alternance avec des consultations dites « en présentiel », au regard des besoins du patient et de l'appréciation du médecin, conformément aux dispositions du présent article.

Exceptions

Les exceptions au parcours de soins définies à l'article 17 de la présente convention s'appliquent aux téléconsultations :

- patients âgés de moins de 16 ans ;
- accès direct spécifique pour certaines spécialités (gynécologie, ophtalmologie, stomatologie, chirurgie orale ou en chirurgie maxillo-faciale, psychiatrie ou neuropsychiatrie et pédiatrie).

En outre, l'exigence de respect du parcours de soins coordonné ne s'applique pas aux patients, dès lors qu'ils sont dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

- ne disposent pas de médecin traitant désigné ;
- ou dont le médecin traitant n'est pas disponible dans le délai compatible avec leur état de santé.

Dans ces deux dernières situations, le médecin téléconsultant de premier recours n'a pas nécessairement à être connu du patient (exception au principe de connaissance préalable du patient par le médecin téléconsultant défini dans le présent article). Le recours aux téléconsultations est assuré dans le cadre d'une organisation territoriale dans les conditions définies à l'article 28.6.1.2.

Article 28.6.1.2. La mise en place d'organisations territoriales pour le recours aux téléconsultations sans orientation par le médecin traitant

Dans les situations dérogatoires au parcours de soins coordonné, telles que définies au dernier alinéa de l'article 28.6.1.1, les partenaires conventionnels s'engagent à accompagner la mise en place et la promotion d'organisations territoriales coordonnées.

Ces organisations doivent permettre aux patients :

- d'être pris en charge rapidement compte tenu de leurs besoins en soins ;
- d'accéder à un médecin, par le biais notamment de la téléconsultation, compte tenu de leur éloignement des offreurs de soins ;
- d'être en mesure dans un second temps de désigner un médecin traitant pour leur suivi au long cours et réintégrer ainsi le parcours de soins.

Il peut s'agir de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), d'équipes de soins primaires (ESP), de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), de centres de santé (CDS) ou de toute organisation territoriale qui se proposent notamment d'organiser une réponse en télémédecine de manière coordonnée et ouverte à tous les professionnels de santé du territoire.

Dans ce dernier cas, la commission paritaire locale (CPL) ou régionale (CPR) saisie, valide l'organisation proposée afin de vérifier si celle-ci répond à l'organisation territoriale souhaitée par les partenaires conventionnels dans le cadre des téléconsultations.

Les téléconsultations réalisées dans ce cadre doivent répondre aux conditions définies aux articles 28.6.1 et suivants de la présente convention.

Article 28.6.1.3. Modalités de réalisation de l'acte de téléconsultation

Conditions de réalisation

La téléconsultation est obligatoirement réalisée par vidéotransmission, et dans des conditions d'équipement, d'accompagnement et d'organisation adaptées aux situations cliniques des patients permettant de garantir la réalisation d'une consultation de qualité.

Elle doit également être réalisée :

- dans des lieux permettant la confidentialité des échanges entre le patient et le médecin consultant ;
- dans des conditions permettant de garantir la sécurisation des données transmises (confidentialité, protection des données personnelles, etc.) et la traçabilité de la facturation des actes réalisés, dans les conditions respectueuses des référentiels de sécurité et d'interopérabilité concernant la transmission et les échanges de données.

Les médecins souhaitant recourir aux téléconsultations peuvent se référer utilement aux différents référentiels, cahiers des charges, recommandations encadrant ces conditions de réalisation émanant des autorités ou opérateurs sanitaires ou d'autres autorités publiques.

Compte-rendu de la téléconsultation

L'acte de téléconsultation doit faire l'objet d'un compte rendu établi par le médecin téléconsultant, qu'il archive dans son propre dossier patient, conformément aux obligations légales et réglementaires, et doit être transmis au médecin traitant et au médecin ayant sollicité l'acte.

Un compte rendu doit être, le cas échéant, intégré par le médecin assurant la téléconsultation, quand il n'est pas le médecin traitant du patient, dans le dossier médical partagé (DMP) du patient lorsqu'il est ouvert. Cette intégration s'effectue dans les conditions définies par les articles L. 1111-14 et suivants et R. 1111-30 et suivants du code de la santé publique et relatifs aux conditions d'alimentation du DMP et aux conditions d'accès du patient et des professionnels de santé aux informations présentes dans ce dossier.

Aide à l'équipement

Les parties signataires souhaitent accompagner les médecins qui souhaitent investir dans la mise en place d'outils et d'organisations nouvelles facilitant le recours à la télémédecine.

Dans cette perspective, ils proposent de contribuer aux investissements nécessaires, par la mise en place de deux nouveaux indicateurs du forfait structure, défini à l'article 20 de la présente convention.

Article 28.6.1.4. Modalités de rémunération de l'acte de téléconsultation

Rémunération du médecin téléconsultant

Les partenaires conventionnels considèrent que les actes de téléconsultation sont valorisés dans les mêmes conditions que les consultations dites "en présentiel" (en présence du patient), décrites à l'article 28.1 de la présente convention relatif à la consultation de référence et à l'article 28.2 relatif à la consultation coordonnée, auxquelles elles se substituent. Ces actes sont facturés sous les codes TCG et TC selon la spécialité et le secteur d'exercice du médecin (cf. annexe 1 de la convention médicale).

Les majorations associées à ces consultations s'appliquent dans les mêmes conditions y compris pour la majoration pour le suivi des personnes âgées (MPA), définie à l'article 28.5 de la convention.

Ces actes sont facturés conformément aux dispositions applicables aux secteurs conventionnels, définis aux articles 37 et 38 de la convention.

Ces dispositions entreront en vigueur le 15 septembre 2018, après modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Rémunération du médecin associé à la téléconsultation

Dans le cas où un médecin assiste le patient au moment de la réalisation de la téléconsultation, ce médecin peut facturer une consultation dans les conditions habituelles, parallèlement à la facturation de la téléconsultation par le médecin téléconsultant.

Article 28.6.1.5. Modalités de facturation de l'acte de téléconsultation

Dans le cadre des téléconsultations, le patient étant en principe connu du médecin téléconsultant, les données administratives nécessaires à la facturation sont enregistrées dans le logiciel du médecin.

Dans les cas particuliers, définis à l'article 28.6.1.1, où le médecin téléconsultant ne connaît pas le patient, les données administratives du patient (nom, prénom, NIR et pour les ayants droit, en sus la date de naissance et le rang gémellaire) sont transmises par le médecin traitant au médecin associé à la téléconsultation ou à l'organisation mise en place dans les conditions définies à l'article 28.6.1.2.

En l'absence du patient au moment de la facturation de l'acte par le médecin téléconsultant, un appel au web service ADRI, dans les conditions définies à l'article 60.5.4 de la présente convention, est réalisé, afin de récupérer les données de droits actualisées du patient et ainsi de fiabiliser la facturation.

En outre, le médecin téléconsultant doit mentionner, le cas échéant, dans la feuille de soins, le numéro d'identification du professionnel de santé éventuellement présent auprès du patient.

En l'absence de possibilité de lire la carte vitale du patient, la facturation peut être réalisée en mode SESAM sans vitale, dans les conditions définies à l'article R. 161-43-1 du code de la sécurité sociale.

De manière dérogatoire, dans l'attente de la modification de l'article précité pour intégrer les actes de télémédecine, le médecin a la possibilité de facturer en mode SESAM "dégradé" dans les conditions définies à l'article 61 de la présente convention. Dans ce cadre particulier, le médecin est exonéré de l'envoi des pièces justificatives papier, parallèlement au flux électronique, et ce par dérogation aux dispositions de l'article 61.1.2 de la convention.

Un groupe de travail associant l'UNCAM, l'UNOCAM et les syndicats signataires de la convention sera réuni afin de préciser, avant le 15 septembre 2018, les modalités de facturation et de remboursement des actes de téléconsultation.

Article 28.6.2. La téléexpertise

Article 28.6.2.1. Champ d'application de la téléexpertise

Définition

Dans le cadre de la présente convention, est entendue comme téléexpertise, l'expertise sollicitée par un médecin dit "médecin requérant" et donnée par un médecin dit "médecin requis", en raison de sa formation ou de sa compétence particulière, sur la base d'informations ou d'éléments médicaux liés à la prise en charge d'un patient, et ce, hors de la présence de ce dernier.

Est visé l'ensemble des médecins libéraux conventionnés, quels que soient leur secteur d'exercice et leur spécialité médicale.

Le recours à la téléexpertise est apprécié au cas par cas par le médecin requérant. L'opportunité de sa réalisation relève de la responsabilité du médecin requis.

Patients concernés

Les partenaires conventionnels se fixent pour objectif d'ouvrir la téléexpertise à l'ensemble des patients.

Toutefois, afin que le déploiement de la téléexpertise s'effectue dans les meilleures conditions possibles, ils s'accordent à procéder par étapes.

Ainsi, ils conviennent d'ouvrir, dans un premier temps, la téléexpertise aux patients pour lesquels l'accès aux soins doit être facilité en priorité au regard de leur état de santé ou de leurs situation géographique.

Le calendrier de déploiement de la téléexpertise au profit de l'ensemble des patients sera défini avant la fin de l'année 2020, au regard de l'observation du recours aux actes de téléexpertise à l'issue de la première étape.

Au cours de cette première étape, entrent dans le champ de la présente convention, les téléexpertises réalisées auprès des patients entrant dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

- en affection longue durée (ALD) ;
- atteints de maladies rares telles que définies par la réglementation en vigueur, dans le cadre de l'organisation des centres de référence maladies rares ;
- résidant en zones sous denses, telles que définies à l'article 1434-4 du code de la santé publique et dans lesquelles s'appliquent les aides démographiques conventionnelles ;
- résidant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou dans des structures médico-sociales ;
- détenus visés aux articles L. 381-30 et suivants du code de la sécurité sociale.

Les patients doivent être informés sur les conditions de réalisation de la téléexpertise et avoir donné leur consentement après avoir reçu ces informations

Connaissance préalable du patient par le médecin requis

Pour pouvoir ouvrir droit à la facturation, les patients bénéficiant d'une téléexpertise doivent en principe être connus du médecin requis, afin que celui-ci puisse disposer des informations nécessaires à la réalisation d'un suivi médical de qualité.

Cette connaissance préalable du patient est facultative pour les téléexpertises de niveau 1, telles que définies à l'article 28.6.2.3.

Article 28.6.2.2. Modalités de réalisation de l'acte de téléexpertise

Conditions de réalisation

La téléexpertise doit être réalisée dans des conditions permettant de garantir :

- la confidentialité des échanges entre les médecins ;
- la sécurisation des données transmises (confidentialité, protection des données personnelles, etc.) et la traçabilité de la facturation des actes réalisés ;
- le respect des référentiels de sécurité et d'interopérabilité concernant la transmission et les échanges de données.

L'équipement doit être adapté à l'usage de la téléexpertise avec une couverture des services nécessaires (images, photographies, tracés, etc.).

Les échanges dans le cadre de la téléexpertise entre le médecin requérant et le médecin requis doivent s'appuyer sur le recours à une messagerie sécurisée de santé.

Les médecins souhaitant recourir à la téléexpertise peuvent se référer utilement aux différents référentiels, cahiers des charges, recommandations encadrant ces conditions de réalisation émanant des autorités sanitaires ou d'autres autorités publiques.

Compte-rendu de la téléexpertise

L'acte de téléexpertise doit faire l'objet d'un compte rendu, établi par le médecin requis, conformément aux obligations légales et réglementaires, qu'il archive dans son propre dossier patient et qui doit être transmis au médecin traitant et au médecin requérant ayant sollicité l'acte.

Un compte rendu doit être intégré, le cas échéant, dans le dossier médical partagé (DMP) du patient lorsqu'il est ouvert. Cette intégration s'effectue dans les conditions définies par les articles L. 1111-14 et suivants et R. 1111-30 et suivants du code de la santé publique et relatifs aux conditions d'alimentation du DMP et aux conditions d'accès du patient et des professionnels de santé aux informations présentes dans ce dossier.

Article 28.6.2.3. Niveaux de téléexpertise

Deux niveaux de téléexpertise sont définis :

Un premier niveau de téléexpertise, consistant en un avis donné sur une question circonscrite, sans nécessité de réaliser une étude approfondie d'une situation médicale. En dehors de la prise en compte du contexte clinique, indispensable à toute téléexpertise, l'avis de premier niveau correspond à l'analyse de documents en nombre limité (photographie, résultat d'examen complémentaire isolé, données cliniques y compris pour aider à l'orientation de la prescription, etc.).

Relèvent notamment d'une téléexpertise de niveau 1, les situations et pathologies suivantes :

- interprétation d'une photographie de tympan, ou de pathologie amygdalienne ;
- lecture d'une rétinographie ;
- étude d'une spirométrie ;
- lecture de photos pour une lésion cutanée, pour le suivi d'une plaie chronique d'évolution favorable ;
- titration des Beta bloquants dans l'insuffisance cardiaque, interprétation d'un électrocardiogramme ;
- surveillance cancérologique simple selon les référentiels ;
- ...

Cette liste a vocation à évoluer en fonction des pratiques et des cas d'usages et au regard des recommandations et référentiels (Haute Autorité de santé, Conseils nationaux professionnels – CNP, etc.).

Les partenaires conventionnels conviennent d'enrichir par la voie d'avenants conventionnels, cette liste au regard de ces pratiques, cas d'usages, recommandations et référentiels.

Le contenu des téléexpertises de niveau 1 et leurs modalités de réalisation et de facturation sont définis dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

- Un second niveau de téléexpertise, consistant en un avis circonstancié donné en réponse à l'exposition d'une situation médicale complexe après étude approfondie et mise en cohérence.

En dehors de la prise en compte du contexte clinique qui est indispensable à toute téléexpertise, l'avis de second niveau correspond à l'analyse de plusieurs types de documents.

Relèvent notamment d'une téléexpertise de niveau 2 les situations et pathologies suivantes :

- surveillance en cancérologie dans le cadre de la suspicion d'une évolution ;
- suivi d'une plaie chronique en état d'aggravation ;
- suivi d'évolution complexe de maladie inflammatoire chronique ;
- adaptation d'un traitement anti épileptique ;
- bilan pré chimiothérapie, lors de son initiation ;
- ...

Cette liste a vocation à évoluer en fonction des pratiques et des cas d'usages et au regard des recommandations et référentiels (Haute Autorité de santé, Conseils nationaux professionnels – CNP, etc.).

Les partenaires conventionnels conviennent d'enrichir cette liste par voie d'avenants conventionnels, au regard de ces pratiques, cas d'usages, recommandations et référentiels.

Le contenu des téléexpertises de niveau 2 et leurs modalités de réalisation et de facturation sont définis dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Au terme d'une période d'une année de mise en œuvre, les partenaires conventionnels, conviennent d'identifier en lien avec les recommandations et référentiels de la HAS et des CNP, les actes de téléexpertise qui seraient susceptibles de justifier la création d'un troisième niveau de tarification correspondant à des actes particulièrement complexes.

Article 28.6.2.4. Modalités de rémunération de l'acte de téléexpertise

Les téléexpertises, effectuées entre médecin requérant et médecin requis, peuvent être ponctuelles ou répétées, asynchrones ou synchrones.

Rémunération du médecin requis

Le niveau de valorisation des actes de téléexpertise tient compte :

- du niveau de l'expertise réalisée : premier niveau ou second niveau ;
- et de sa fréquence de réalisation : ponctuelle ou répétée.

Les téléexpertises de niveau 1 sont effectuées de manière ponctuelle ou répétée et sont facturables dans les conditions suivantes :

- 12 euros par téléexpertise ;
- et dans la limite de 4 actes par an, par médecin, pour un même patient.

Les téléexpertises de niveau 2 sont effectuées de manière ponctuelle et sont facturables dans les conditions suivantes :

- 20 euros par téléexpertise ;
- et dans la limite de 2 actes par an, par médecin, pour un même patient.

Les actes de téléexpertise de niveau 1 et 2 sont cumulables pour un même patient dans les limites fixées pour chacun d'entre eux.

L'acte spécifique de téléexpertise au profit des patients admis en EHPAD amenés à changer de médecin traitant et facturable par le nouveau médecin traitant assurant le suivi au long cours du patient, ainsi que par le précédent médecin traitant, correspond à une téléexpertise de niveau 2.

L'ensemble de ces actes de téléexpertise ne peut pas faire l'objet de dépassements d'honoraires.

La mise en oeuvre de ces mesures tarifaires est soumise au délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

Rémunération du médecin requérant

Le travail de coordination du médecin requérant, sollicitant pour une meilleure prise en charge de son patient, une téléexpertise auprès d'un confrère, est valorisé dans les conditions suivantes.

La rémunération est la suivante :

- valorisation par un forfait de 5 € par téléexpertise de niveau 1 et 10 € par téléexpertise de niveau 2 ;
- avec un maximum de 500 € par an pour l'ensemble des téléexpertises requises quel que soit leur niveau.

Le calcul du montant de cette rémunération est réalisé à partir des facturations des actes du médecin requis (le numéro du médecin requérant devant être renseigné dans la facturation de l'acte du médecin requis).

Le versement de ce forfait s'effectue selon une fréquence annuelle.

La mise en oeuvre de ces mesures tarifaires est soumise au délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

Article 28.6.2.5. Modalités de facturation de l'acte de téléexpertise

Dans le cadre des téléexpertises, le patient étant en principe connu du médecin requis, les données administratives nécessaires à la facturation sont enregistrées dans le logiciel du médecin.

Dans les cas où le médecin requis ne connaît pas le patient, les données administratives du patient (nom, prénom, NIR et pour les ayants droit, en sus la date de naissance et le rang gémellaire), sont transmises par le médecin requérant dans les conditions définies à l'article 28.6.1.5.

En l'absence du patient au moment de la facturation de l'acte par le médecin téléconsultant, un appel au web service ADRI, dans les conditions définies à l'article 60.5.4 de la présente convention, est réalisé, afin de récupérer les données de droits actualisées du patient et ainsi de fiabiliser la facturation.

En outre, le médecin requis doit obligatoirement mentionner, dans la feuille de soins, le numéro d'identification du médecin requérant.

En l'absence de possibilité de lire la carte vitale du patient, la facturation peut être réalisée en mode SESAM sans vitale, dans les conditions définies à l'article R. 161-43-1 du code de la sécurité sociale.

De manière dérogatoire, dans l'attente de la modification de l'article précité, pour intégrer les actes de télé médecine, le médecin a la possibilité de facturer en mode SESAM "dégradé" dans les conditions définies à l'article 61 de la présente convention.

Dans ce cadre particulier, le médecin est exonéré de l'envoi des pièces justificatives papier, parallèlement au flux électronique, et ce par dérogation aux dispositions de l'article 61.1.2 de la convention.

Un groupe de travail associant l'UNCAM, l'UNOCAM et les syndicats signataires de la convention sera réuni afin de préciser, avant le 1^{er} novembre 2018, les modalités de facturation et de remboursement des actes des médecins requis.

Article 28.6.3. Suivi des actes de télé médecine

Le déploiement des actes de télé médecine fait l'objet d'un suivi dans le cadre de l'observatoire des mesures conventionnelles prévu à l'article 81 de la convention.

En fonction des résultats observés, les partenaires conventionnels se réservent la possibilité de redéfinir, à partir de 2020, le périmètre, les modalités de réalisation et de tarification des actes de téléconsultation et de téléexpertise.

Ce dispositif sera amené à évoluer, dans la durée, en tenant compte des éléments disponibles quant à l'évaluation des impacts médicaux et économiques liés au déploiement des actes de téléconsultation et de téléexpertise. ».

Article 2

Missions de l'observatoire des mesures conventionnelles

Les dispositions de l'article 81.1 de la convention nationale intitulé « Missions de l'observatoire » sont complétées comme suit. Après les termes : « – l'évolution de la rémunération sur objectifs de santé publique », ajouter les termes : « – le suivi des modalités de réalisation et de facturation des actes de télémedecine ainsi que les impacts médicaux et économiques liés au déploiement des actes de téléconsultation et de téléexpertise. ».

Article 3

La valorisation du forfait structure

L'article 20 de la convention nationale, intitulé « La mise en place d'un forfait structure » est modifié comme suit :

La dernière phrase avant les termes : « Article 20.1 » est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes : « Ce forfait structure est basé sur un total de 250 points pour l'année 2017, 460 points pour l'année 2018 et 735 points pour l'année 2019.

La valeur du point est fixée à 7 euros. ».

L'article 20.2 de la convention nationale intitulé « Deuxième volet du forfait structure : valorisation des différentes démarches et modes d'organisation mis en place pour apporter des services supplémentaires aux patients » est modifié comme suit :

Après les dispositions relatives à l'indicateur 5 sont ajoutées les dispositions suivantes :

« –Indicateur 6 : valoriser le recours à la télémedecine – aide à l'équipement pour vidéotransmission sécurisée

« Cet indicateur mis en place à compter de l'année 2019 est affecté de 50 points pour l'aide à l'équipement pour vidéotransmission sécurisée nécessaire à la réalisation de la téléconsultation, y compris via les abonnements à des solutions techniques dédiées proposées en matière de recours aux actes de télémedecine, etc.

« – Indicateur 7 : valoriser le recours à la télémedecine – aide à l'équipement en équipements médicaux connectés

« Cet indicateur mis en place à compter de l'année 2019 est affecté de 25 points pour l'aide à l'acquisition d'équipements médicaux connectés, utiles à la réalisation d'actes de télémedecine ; la liste de ces équipements sera établie, avant la fin 2018, sur avis de la commission paritaire nationale et actualisée chaque année. »

A l'article 20.2, la phrase : « Ce second volet du forfait est affecté de 75 points en 2017 puis 230 en 2018 puis 380 points en 2019 » est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes :

« Ce second volet du forfait est affecté de 75 points en 2017 puis 230 en 2018 puis 455 points en 2019. »

En outre, l'annexe 12, intitulée « LE FORFAIT STRUCTURE » est supprimée et remplacée par l'annexe 1 du présent avenant.

Article 4

Mesures relatives aux actes cliniques et techniques

Les partenaires conventionnels souhaitent poursuivre la démarche initiée en 2016 dans la nouvelle convention médicale, visant à valoriser la prise en charge des patients, en tenant compte de la complexité des différentes situations cliniques.

Dans ce cadre, ils s'accordent sur les mesures suivantes.

A l'article 28.3.2 concernant la consultation spécifique de prise en charge d'un patient atteint de sclérose en plaques, de la maladie de Parkinson ou d'épilepsie instable valorisée par une majoration « PPN » de 16 euros, les partenaires conventionnels proposent d'élargir cette consultation à d'autres maladies neurodégénératives dans des conditions qui seront définies dans le cadre de l'inscription à la NGAP.

– A la fin de l'article 28.3.1 de la convention, sont ajoutés les termes suivants :

« – consultation annuelle de suivi et de coordination de la prise en charge d'un enfant autiste par un généraliste, un pédiatre ou un psychiatre, dénommée CSE (consultation suivi de l'enfant) réalisée à tarif opposable, qui serait valorisée à hauteur de 46 euros.

Cette valorisation sera mise en œuvre au sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations définies à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. La mise en oeuvre de ces mesures tarifaires est soumise au délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale. »

– A l'article 28.4 intitulé « les consultations très complexes » dans le paragraphe consacré à la consultation initiale d'information et organisation de la prise en charge pour le suivi d'un patient chez qui a été institué un

traitement par biothérapie (MPB) sont ajoutés après les termes : « rhumatologue », les termes : « le dermatologue en cas de psoriasis ».

– A l'article 28.4 après les termes : « l'ensemble de ces valorisations seraient mises en œuvre au 1^{er} novembre 2017 » sont ajoutés les dispositions suivantes :

- « – consultation de repérage des signes de troubles du spectre autistique réalisée par un généraliste ou un pédiatre, à tarif opposable qui serait valorisée à hauteur de 60 euros, dénommée CTE (consultation de repérage des troubles de l'enfant). Cette consultation très complexe serait facturable une seule fois par patient ;
- « – consultation initiale pour anisocorie ou diplopie avec composante paralytique ou ptosis d'origine neurogène réalisée par un ophtalmologue ou un neurologue qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 30 euros, dénommée MIA (majoration pour la consultation initiale pour anisocorie diplopie), dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants.

« Ces valorisations seront mise en œuvre sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations définies à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. La mise en oeuvre de ces mesures tarifaires est soumise au délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale. »

L'avant-dernier paragraphe de l'article 28.4 est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Les partenaires conventionnels proposent d'étendre les indications de la visite très complexe, réalisée par le médecin traitant au domicile du patient, dite "VL", définie à l'article 15.2.3 de la NGAP aux patients en soins palliatifs et aux patients en affection longue durée ou âgés de plus de 80 ans, qui sont vus pour la première fois par le médecin traitant et qui sont en incapacité de se déplacer pour raison médicale. Au-delà, afin de préserver l'accès aux soins à domicile des patients les plus âgés ou en situation de handicap, notamment celles dans l'incapacité de se déplacer, ils conviennent d'examiner les conditions dans lesquelles le champ d'application de la visite très complexe "VL" pourrait être élargi progressivement, dans le courant de la convention en cours, à d'autres situations médicales qui le justifient.

Par ailleurs, les partenaires conventionnels rappellent que la consultation pré-anesthésique, peut donner lieu à la cotation d'un avis ponctuel de consultant, tel défini à l'article 18.B de la NGAP, pour les patients dont l'état clinique est évalué au niveau 3 ou supérieur de la classification de l'American Society of Anesthesiologists (classification ASA).

Enfin, dans l'objectif de favoriser la prise en charge en ville de certains actes réalisables soit en établissement, soit en cabinet de ville, les partenaires conventionnels conviennent d'étudier les conditions dans lesquelles leurs modalités de prise en charge pourraient évoluer. »

Après l'article 29.4 de la convention nationale est ajouté un article 29.5, intitulé « Mise en place de groupes de travail » et rédigé de la manière suivante :

« Les partenaires conventionnels conviennent de mettre en place un groupe de travail sur l'extension du champ d'application du modificateur "O", pour en définir un nouveau périmètre d'ici le 30 septembre 2018. Par ailleurs, ce groupe est chargé d'examiner les demandes portées par les organisations syndicales signataires sur les modifications de la liste des actes éligibles au modificateur J, K et T.

Un groupe de travail sera par ailleurs constitué pour étudier le coût de la pratique des actes médicaux dans les départements régionaux d'outre-mer (DROM) en vue d'une présentation en CPN d'ici la fin de l'année 2018.

Les partenaires conventionnels souhaitent par ailleurs que soit mis en place un alignement de la majoration (coefficient de majoration) pour les tarifs de prise en charge des actes CCAM d'anatomie et cytologie pathologiques (ACP) de Guadeloupe, Martinique et Guyane sur celle applicable à La Réunion. Cette valorisation sera mise en œuvre sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations définies à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. La mise en oeuvre de cette mesure est soumise au délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale. »

Par ailleurs, afin de favoriser l'accès aux soins des patients à des soins spécialisés aux tarifs opposables et réduire le reste à charge, les partenaires conventionnels poursuivent la mise en œuvre de la classification commune des actes médicaux (CCAM) en ajustant de façon progressive les honoraires de certains actes compte tenu de l'évolution des techniques.

L'annexe 26, intitulée « TARIFS DES ACTES DE LA CCAM TECHNIQUE » est modifiée dans les conditions définies, à l'annexe 2 du présent avenant.

Article 5

Annexe tarifaire

L'annexe 1 de la convention nationale, intitulée « TARIFS DES HONORAIRES, REMUNERATIONS ET FRAIS ACCESSOIRES DES MEDECINS GENERALISTES ET SPECIALISTES », est modifiée, pour prise en compte, notamment, des différentes décisions UNCAM relatives à la liste des actes prestations publiées depuis le 24 octobre 2016, date d'entrée en vigueur de la convention médicale. Cette annexe 1 revue figure en annexe 3 du présent avenant.

L'annexe 9, intitulée « MAJORATION D'ACTES SPECIFIQUES A LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES » est modifiée de la manière suivante :

« Dans le tableau, après le terme : "Consultation" est ajouté le terme : "ou Téléconsultation". »

Article 6

L'amélioration de la répartition de l'offre de soins sur le territoire

Les partenaires conventionnels conviennent d'améliorer l'attractivité du contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM) défini à l'article 7 de la convention nationale afin de renforcer l'offre de soins dans les zones sous-denses. Dans ce cadre, ils arrêtent les dispositions suivantes.

– Le premier alinéa de l'article 7.4 de la convention nationale est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Le médecin adhérent au contrat de solidarité territoriale bénéficie d'une aide à l'activité correspondant à 25 % des honoraires tirés de l'activité conventionnée clinique et technique (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires) réalisée dans le cadre du contrat au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés dans l'accès aux soins prévue au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, ou dans des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé dans la limite d'un plafond de 50 000 euros par an. »

– Le premier alinéa de l'article 2.2 de l'annexe 6 de la convention nationale est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« En contrepartie du respect des engagements définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à verser au médecin une aide à l'activité correspondant à 25 % des honoraires tirés de l'activité conventionnée clinique et technique (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires) réalisés dans le cadre du présent contrat (et donc facturée sous le numéro AM spécifique réservé à cette activité) au sein des [*zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins prévue au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique*] [*zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé*] dans la limite d'un plafond de 50 000 euros par an. »

Par ailleurs, les parties signataires souhaitent apporter des précisions dans le texte conventionnel relatives aux dispositions sur les contrats incitatifs démographique.

Les dispositions de l'article 4.1 de la convention nationale intitulé « Objet du contrat » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Ce contrat a pour objet de favoriser l'installation des médecins dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins, par la mise en place d'une aide forfaitaire versée au moment de l'installation du médecin dans lesdites zones, qu'il s'agisse d'une première ou d'une nouvelle installation en libéral, pour l'accompagner dans cette période de fort investissement généré par le début d'activité en exercice libéral (locaux, équipements, charges diverses, etc.). »

Les dispositions de l'article 1.1 de l'annexe 3 de la convention nationale intitulé « Objet du contrat d'installation » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Ce contrat vise à favoriser l'installation des médecins dans les [*zones prévues au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique définies par l'agence régionale de santé et caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins*] [*zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé*] par la mise en place d'une aide forfaitaire versée au moment de l'installation du médecin dans les zones précitées, qu'il s'agisse d'une première ou d'une nouvelle installation en libéral, pour l'accompagner dans cette période de fort investissement généré par le début d'activité en exercice libéral (locaux, équipements, charges diverses, etc.). »

– Par ailleurs, conformément aux dispositions de la convention nationale, l'Agence régionale de santé (ARS) peut décider de majorer les aides forfaitaires pour les médecins adhérent aux contrats démographiques définis par la convention, exerçant dans des zones particulièrement déficitaires en médecin au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Cette majoration est définie dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Jusqu'à présent, le texte conventionnel prévoit que cette modulation bénéficie au maximum à 20 % « des médecins éligibles ».

Les partenaires conventionnels constatant les difficultés rencontrées par les caisses et les ARS dans la mise en œuvre concrète de ces dispositions, pour déterminer, dans les régions, le nombre de médecins éligibles à une telle

modulation, décident que cette dérogation soit désormais accordée « au maximum dans 20 % des zones sous denses » précitées, en lieu et place des 20 % des « médecins éligibles ».

A cet effet, ils s'accordent pour adapter le texte conventionnel en fonction de ce nouveau principe, de la manière suivante :

– S'agissant du contrat type d'aide à l'installation des médecins (CAIM)

Les dernières phrases respectives des articles 4.2 et 4.4 de la convention nationale sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Cette dérogation peut être accordée au maximum dans 20 % des zones définies au 1 de l'article 4.2 de la présente convention. »

La dernière phrase de l'article 1.2 de l'annexe 3 de la convention nationale est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes :

« Cette dérogation peut être accordée au maximum dans 20 % des zones définies comme caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins au sens du présent article. »

La dernière phrase de l'avant dernier alinéa de l'article 2.2 de l'annexe 3 de la convention nationale est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes :

« Cette dérogation peut être accordée au maximum dans 20 % des zones définies comme caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins au sens du présent article. ».

– S'agissant du contrat de transition pour les médecins (COTRAM)

La dernière phrase de l'article 5.4 de la convention nationale est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes :

« Cette dérogation peut être accordée au maximum dans 20 % des zones définies au 1 de l'article 5.2 de la présente convention. »

La dernière phrase de l'avant dernier alinéa de l'article 2.2 de l'annexe 4 de la convention nationale est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes :

« Cette dérogation peut être accordée au maximum dans 20 % des zones définies comme caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins au sens du présent article. ».

S'agissant du contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM)

La dernière phrase de l'article 6.4 de la convention nationale est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes :

« Cette dérogation peut être accordée au maximum dans 20 % des zones définies au 1 de l'article 6.2 de la convention nationale. »

L'avant dernier alinéa de l'article 2.2 de l'annexe 5 de la convention nationale est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Cette dérogation peut être accordée au maximum dans 20 % des zones définies comme caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins au sens du présent article. »

Article 7

Option pratique tarifaire maîtrisée

L'article 41 de la convention est modifié de la manière suivante :

A la fin du paragraphe intitulé « Cas particulier des médecins nouvellement installés ne disposant pas de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention : », sont ajoutées les dispositions suivantes. « Par dérogation ces médecins qui intègrent un groupe ou une structure dans les conditions définies ci-après dans le présent article, peuvent adhérer sur la base des taux retenus pour les membres du groupe (taux définis au regard de la moyenne des taux des médecins du groupe). ».

L'article 50 de la convention est modifié de la manière suivante :

A la fin du paragraphe intitulé « Cas particulier des médecins nouvellement installés ne disposant pas de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention : », sont ajoutées les dispositions suivantes : « Par dérogation ces médecins qui intègrent un groupe ou une structure dans les conditions définies ci-après dans le présent article, peuvent adhérer sur la base des taux retenus pour les membres du groupe (taux définis au regard de la moyenne des taux des médecins du groupe). »

De même les articles 2.1.1 des annexes 18 et 20 de la convention nationale, intitulés « Fixation des engagements », sont modifiés de la manière suivante : Avant les termes : « Pour les médecins exerçant au sein d'un groupe ou d'une structure » sont ajoutées les dispositions suivantes : « Par dérogation ces médecins qui intègrent un groupe ou une structure dans les conditions définies ci-après dans le présent article, peuvent adhérer sur la base des taux retenus pour les membres du groupe (taux définis au regard de la moyenne des taux des médecins du groupe). »

L'article 43 de la convention est modifié de la manière suivante :

Après les mots : « par tacite reconduction », est ajouté un dernier alinéa rédigé comme suit : « Toutefois, en cas de résiliation de l'option par la CPAM dans les conditions définies à l'article 45.2, du fait du non-respect par le médecin de ses engagements, ce médecin ne peut plus prétendre à l'adhésion d'une nouvelle option OPTAM ou OPTAM Co, pour la durée de la convention. »

De même, l'article 5.2 de l'annexe 18, intitulé « Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie », est complété ainsi : au dernier alinéa, après les mots : « *une récupération des sommes versées dans le cadre de l'option au titre de la dernière année* », est ajouté un dernier alinéa rédigé comme suit : « En cas de résiliation de l'option par la CPAM dans les conditions définies à l'article 45.2 de la convention et au présent article, du fait du non-respect par le médecin de ses engagements, ce médecin ne pourra plus prétendre à l'adhésion d'une nouvelle option OPTAM ou OPTAM Co, pour la durée de la convention. »

– L'article 53 de la convention est complété de la manière suivante :

Après les mots : « *par tacite reconduction* », est ajouté un dernier alinéa rédigé comme suit : « Toutefois, en cas de résiliation de l'option par la CPAM dans les conditions définies à l'article 55.2, du fait du non-respect par le médecin de ses engagements, ce médecin ne pourra plus prétendre à l'adhésion d'une nouvelle option OPTAM Co ou OPTAM. »

De même l'article 5.2 de l'annexe 20, intitulé « Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie », est complété ainsi : au dernier alinéa, après les mots : « *une récupération des sommes versées dans le cadre de l'option au titre de la dernière année* », est ajouté un dernier alinéa rédigé comme suit : « En cas de résiliation de l'option par la CPAM dans les conditions définies à l'article 55.2 et au présent article, du fait du non-respect par le médecin de ses engagements, ce médecin ne pourra plus prétendre à l'adhésion d'une nouvelle option OPTAM-Co ou OPTAM, pour la durée de la convention. »

Article 8

Modification de la composition de la section sociale

L'article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2018 prévoit qu'à compter du 1^{er} janvier 2018, la Caisse nationale du régime social des indépendants et les caisses de base du régime social des indépendants prennent la dénomination, respectivement, de « Caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants » et de « caisses locales déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants ».

Dans ce contexte, les partenaires conventionnels conviennent de réadapter les dispositions conventionnelles faisant état de la participation du régime social des indépendants, afin de tenir compte de ladite réforme.

- A l'article 80.1 de la convention nationale, relatif à la « Composition de la commission paritaire nationale » :
- le premier alinéa du paragraphe intitulé « section sociale » est supprimé et remplacé par la phrase suivante. « La section sociale est composée de 12 représentants titulaires de l'UNCAM. » ;
- dans le même article, le paragraphe relatif à la composition de la CPN en « formation médecins », est modifié comme suit.

« En “formation médecins” dans le cadre de la procédure définie à l'article 85 et à l'annexe 24, la CPN est composée exclusivement des médecins de la section professionnelle et de la section sociale, sans le représentant de l'UNOCAM de la manière suivante :

- la section professionnelle de la CPN en formation plénière telle que décrite supra, soit 12 représentants titulaires ;
- la section sociale composée de quatre médecins conseils de l'UNCAM siégeant dans la section sociale de la CPN en formation plénière, possédant chacun 3 voix. ».

A l'article 81.2 de la convention nationale, relatif à la « Composition de l'observatoire », le premier alinéa du paragraphe intitulé « section sociale » est supprimée et remplacée par la phrase suivante : « La section sociale est composée de 12 représentants titulaires de l'UNCAM. ».

A l'article 82.1 de la convention nationale, relatif à la « Composition du CTPPN », le premier alinéa du paragraphe intitulé « section sociale » est supprimée et remplacée par la phrase suivante : « La section sociale est composée de 6 représentants titulaires de l'UNCAM. ».

- A l'article 83.1, de la convention nationale, relatif à la « Composition de la commission paritaire régionale » :
- le premier alinéa du paragraphe intitulé « section sociale » est supprimée et remplacée par la phrase suivante : « La section sociale est composé de 12 représentants titulaires de l'UNCAM. » ;
- dans le même article, le paragraphe relatif à la composition de la CPR en « formation médecins » est modifié comme suit.

« En “formation médecins” dans le cadre de la procédure définie à l'article 85 et à l'annexe 24, la CPR est composée :

- de la section professionnelle de la CPR en formation plénière telle que décrite supra, soit 12 représentants titulaires ;
- de quatre médecins conseils de l'UNCAM siégeant dans la section sociale de la CPR en formation plénière, possédant chacun 3 voix. ».

A l'article 84.1, de la convention nationale, relatif à la « Composition de la commission paritaire locale » :

- le premier alinéa du paragraphe intitulé « section sociale » est supprimée et remplacée par la phrase suivante : « La section sociale est composé de 12 représentants titulaires de l'UNCAM. » ;
- dans le même article, le paragraphe relatif à la composition de la CPL en « formation médecins », est modifié comme suit.

« En “formation médecins” dans le cadre de la procédure définie à l'article 85 et à l'annexe 24, la CPL est composée :

- de la section professionnelle de la CPL en formation plénière telle que décrite supra, soit 12 représentants titulaires ;
- de quatre médecins conseils de l'UNCAM siégeant dans la section sociale de la CPL en formation plénière, possédant chacun 3 voix. ».

L'annexe 23 de la convention nationale définissant le modèle type de règlement intérieur des instances conventionnels est également modifiée comme suit :

– L'alinéa 4, de l'article 1.3, intitulé « Composition des sections » est modifié comme suit : « La section sociale est composée de 12 représentants titulaires de l'UNCAM. ».

– L'alinéa 5, de l'article 2.2, intitulé « Règles de vote », est modifié comme suit :

« Les douze médecins de la section professionnelle disposent chacun d'une voix et les quatre médecins de la section sociale disposent chacun de trois voix. ».

– A l'article 27.2.2 de la convention, la référence faite au régime social des indépendants, dans la partie « patientèle retenue pour le calcul des indicateurs (hors indicateurs déclaratifs) » de la ROSP est supprimée.

– A l'annexe 24 de la convention nationale, définissant la procédure conventionnelle en cas de manquement imputable à un médecin, toutes les dispositions conventionnelles faisant apparaître les termes : « directeur de la CPAM et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM » sont supprimées et remplacées par les termes suivants : « les directeurs des caisses membres de l'UNCAM . »

Article 9

La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)

A l'article 27.2.2 de la convention, le paragraphe intitulé objectifs (intermédiaires et objectifs cibles) est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

- « – des objectifs (objectif intermédiaire et objectif cible), définis à partir :
 - des objectifs de santé publique, lorsque ceux-ci sont précisés par la littérature (volet prévention notamment) ;
 - à défaut, de la distribution par déciles des médecins observée pour chaque indicateur. Dans ce cas, l'objectif intermédiaire est fixé au 3^e décile (pour un indicateur croissant) ou au 7^e décile (pour un indicateur décroissant) et l'objectif cible au 8^e décile (pour un indicateur croissant) ou au 2^e décile (pour un indicateur décroissant) ».

A l'article 27.2.4 de la convention médicale, sont apportées les modifications suivantes :

- à la fin du titre du tableau intitulé « indicateurs de pratique clinique des médecins traitants des patients âgés de seize ans et plus » sont ajoutés les termes : « pour l'année 2017. » ;
- après le tableau intitulé « indicateurs de pratique clinique des médecins traitants des patients âgés de seize ans et plus » est ajouté le tableau suivant.

Indicateurs de pratique clinique des médecins traitants des patients âgés de seize ans et plus à compter de l'année 2018

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	71 %	≥ 89 %	5 patients	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans	58 %	≥ 72 %	5 patients	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	14 %	≥ 49 %	5 patients	30

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT ou d'une consultation de podologie dans l'année	80 %	≥ 95 %	5 patients	20
	HTA	Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	3 %	≥ 8 %	5 patients	30
	Risque CV	Part des patients MT dont le risque cardiovasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines	80 %	≥ 95 %	5 patients	20
		Part des patients MT présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2	38 %	≥ 56 %	5 patients	30
		Part des patients MT traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins 10 dosages de l'INR dans l'année	73 %	≥ 91 %	5 patients	30
Total						220
Prévention	Grippe	Part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	49 %	≥ 61 %	5 patients	20
		Part des patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	27 %	≥ 42 %	5 patients	20
	Dépistage des cancers	Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	62 %	≥ 74 %	5 patientes	40
		Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	52 %	≥ 65 %	5 patientes	40
		Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années	24 %	≥ 55 %	5 patients	55
	Iatrogénie	Part des patients MT > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 (≥ 2) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques)	10 %	3 %	5 patients	35
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	47 %	≤ 30 %	5 patients	35
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	19 %	≤ 9 %	5 patients	35
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	45	20	5 patients	35
		Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique ; céphalosporine de 3 ^e et 4 ^e génération ; fluoroquinolones).	52 %	≤ 32 %	5 patients	35
	Conduites addictives	Part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60 %	≥ 75 %	5 patients	20
		Part des patients MT consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une inter-	60 %	≥ 75 %	5 patients	20

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		vention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier				
Total						390
Efficience	Prescription dans le répertoire	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	84 %	≥ 94 %	10 boîtes	59
		Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	83 %	≥ 90 %	10 boîtes	54
		Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques	35 %	≥ 81 %	10 boîtes	0 (*)
		Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques	26 %	≥ 72 %	10 boîtes	0 (*)
		Indice global de prescription dans le reste du répertoire	59 %	≥ 69 %	10 boîtes	19
	Prescription de biosimilaires	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	5 %	≥ 10 %	10 boîtes	39
	Efficience des prescriptions	Part des patients MT traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquetaires	83 %	≥ 92 %	5 patients	54
		Part des patients MT diabétiques traités par metformine	76 %	≥ 90 %	5 patients	54
		Part des patients MT ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	90 %	≥ 99 %	5 patients	54
Total						333

(*) : indicateur neutralisé pour l'année 2018, dont les points sont répartis sur les indicateurs du même volet, dans l'attente d'être remplacé par de nouveaux indicateurs.

A l'article 27.2.4 de la convention médicalesont apportées les modifications suivantes :

- à la fin du titre du tableau intitulé « indicateurs de pratique clinique des médecins traitants des patients âgés de moins de seize ans » sont ajoutés les termes : « pour l'année 2017. » ;
- après le tableau intitulé « indicateurs de pratique clinique des médecins traitants des patients âgés de moins de seize ans » est ajouté le tableau suivant.

Indicateurs de pratique clinique des médecins traitants des patients âgés de moins de seize ans à compter de l'année 2018

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Asthme	Part des patients MT de 1 à 16 ans présentant un asthme persistant traité par corticoïdes inhalés et/ou anti leucotriènes	43 %	≥ 70 %	5 patients	35
		Part des patients MT de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant ayant eu au moins une EFR annuelle (*)	25 %	≥ 60 %	5 patients	35
Prévention	Obésité	Part des patients MT de moins de 16 ans dont la courbe de corpulence (réalisée à partir de l'IMC) est renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an (**). Déclaratif	80 %	≥ 95 %	5 patients	20
	Vaccination	Part des patients MT de moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR.	50 %	≥ 80 %	5 patients	35
		Part des patients MT de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C	43 %	≥ 83 %	5 patients	35

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
	Antibiorésistance	Part des patients MT de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3 ^e ou 4 ^e génération parmi les patients MT de moins de 4 ans traités par antibiotiques	52 %	≤ 11 %	5 patients	35
		Part des patients MT de 4 ans ou plus traités par céphalosporine de 3 ^e ou 4 ^e génération parmi les patients MT de 4 ans ou plus traités par antibiotiques	31 %	≤ 7 %	5 patients	35
	Dépistage des troubles sensoriels	<i>Part des patients MT de moins d'un an ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs</i> Déclaratif	80 %	≥ 95 %	5 patients	20
	Dépistage des troubles des apprentissages	<i>Part des patients MT de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage des troubles du langage au moyen d'un test adapté (type ERTL4 ou autre)</i> Déclaratif	80 %	≥ 95 %	5 patients	20
	Suivi bucco-dentaire	Part des patients MT de moins de 16 ans visés par le programme MT dents ayant bénéficié d'au moins un examen bucco-dentaire.	69 %	≥ 83 %	5 patients	35
Total						305

A l'article 27.2.4 de la convention médicale, sont apportées les modifications suivantes :

- à la fin du titre du tableau intitulé « indicateurs de pratique clinique des médecins spécialistes en cardiologie et maladies cardio-vasculaires » sont ajoutés les termes : « pour l'année 2017. » ;
- après le tableau intitulé « indicateurs de pratique clinique des médecins spécialistes en cardiologie et maladies cardio-vasculaires » est ajouté le tableau suivant.

Indicateurs de pratique clinique des médecins spécialistes en cardiologie et maladies cardio-vasculaires à compter de l'année 2018

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Améliorer le traitement post IDM	Part des patients avec antécédent d'IDM dans les 2 ans précédents, traités par bêta-bloquants, statines, AAP et IEC ou sartans	26 %	≥ 46 %	5 patients	30
	Améliorer la prise en charge médicamenteuse de l'IC en s'assurant qu'un bêta-bloquant est prescrit	Part des patients atteints d'IC traités par bêta-bloquants et IEC ou sartans	57 %	≥ 74 %	5 patients	35
Prévention	Améliorer la prise en charge médicamenteuse de l'HTA en s'assurant qu'un diurétique est prescrit dans la trithérapie lorsqu'elle est indiquée	Part des patients sous trithérapie anti hypertensive dont un diurétique	64 %	≥ 77 %	5 patients	30
	Améliorer la surveillance biologique des patients sous trithérapie anti hypertensive en s'assurant qu'au moins un dosage annuel de la créatininémie et de la kaliémie est réalisé	Part des patients sous trithérapie anti hypertensive ayant bénéficié d'au moins un dosage de la créatininémie et du potassium dans l'année	88 %	≥ 94 %	5 patients	30
	Augmenter l'utilisation de la MAPA ou de l'auto mesure dans la prise en charge de l'HTA	Part des patients avec au moins une MAPA ou auto mesure de la PA	60 %	≥ 75 %	5 patients	30
	Limiter les traitements par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N – 2	Part des patients traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N et traités l'année N – 2	73 %	≤ 57 %	5 patients	35
	Obtenir un taux de LDL cholestérol inférieur à 1 g/l chez les patients de moins de 85 ans en post IDM	Part des patients de moins de 85 ans en post IDM ayant un taux de LDL cholestérol inférieur à 1 g/l	65 %	≥ 80 %	5 patients	30
Efficience	Augmenter la proportion d'antihypertenseurs prescrits dans le répertoire des génériques	Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	84 %	≥ 93 %	10 boîtes	60

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil	Nombre de points
	Augmenter la proportion de statines prescrites dans le répertoire des génériques	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	89 %	≥ 98 %	10 boîtes	60
Total						340

A l'article 27.2.4 de la convention médicale, sont apportées les modifications suivantes :

- à la fin du titre du tableau intitulé « indicateurs de pratique clinique des médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie » sont ajoutés les termes : « pour l'année 2017. » ;
- après le tableau intitulé « indicateurs de pratique clinique des médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie » est ajouté le tableau suivant.

Indicateurs de pratique clinique des médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie à compter de l'année 2018

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Améliorer la surveillance par imagerie des patients opérés d'un cancer colorectal	Part des patients ayant eu, au moins une fois tous les 6 mois, un acte d'imagerie la première année post chirurgicale pour CCR	63 %	≥ 86 %	5 patients	30
	Améliorer la surveillance par dosage biologique (ACE) des patients opérés d'un cancer colorectal	Part des patients ayant eu, au moins une fois tous les 3 mois, un dosage de l'ACE la première année post chirurgicale pour CCR	15 %	≥ 40 %	5 patients	30
	Améliorer le suivi biologique (protéinurie) des patients atteints de maladie inflammatoire chronique (MICI) traités par 5-ASA	Part des patients atteints de MICI, traités par 5-ASA au long cours, ayant bénéficié d'au moins un dosage par an de la protéinurie	24 %	≥ 60 %	5 patients	30
	Améliorer le suivi biologique (NFS-plaquettes) des patients atteints de MICI traités par Azathioprine	Part des patients atteints de MICI, traités par Azathioprine au long cours, ayant bénéficié d'au moins 3 dosages par an de NFS et plaquettes	63 %	≥ 86 %	5 patients	30
Prévention	Améliorer la surveillance par coloscopie des patients après exérèse ou mucosectomie de un ou plusieurs polypes par coloscopie totale	Part des patients ayant eu une coloscopie totale avec polypectomie ou mucosectomie réalisée en année N/N – 1/N – 2 parmi les patients ayant eu une coloscopie (partielle ou totale, avec ou sans geste thérapeutique) en année N	3,0 %	≤ 1,2 %	5 patients	80
	Améliorer le contrôle par test respiratoire à l'urée marquée (TRU) après traitement d'éradication d'Helicobacter Pylori (HP)	Part des patients avec contrôle par TRU parmi les patients traités pour éradication d'HP	49 %	≥ 71 %	5 patients	35
	Qualité de la coloscopie totale réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles (réalisé dans le cadre du dépistage organisé)	Part des patients avec détection d'un adénome parmi les patients ayant eu une coloscopie totale pour un test de recherche de sang positif	20 %	≥ 25 %	5 patients	35
Efficience	Transmission par le GE au médecin traitant des résultats et du délai de contrôle coloscopique après polypectomie par coloscopie	Part des patients ayant eu une polypectomie par coloscopie pour lesquels il y a eu transmission au MT des résultats et du délai de contrôle coloscopique	85 %	≥ 95 %	5 patients	30
Total						300

A l'article 27.2.4 de la convention médicale le tableau relatif aux indicateurs de pratique clinique des médecins spécialistes en endocrinologie, diabétologie et nutrition est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes.

Indicateurs de pratique clinique des médecins spécialistes en endocrinologie, diabétologie et nutrition
à compter de l'année 2018

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients diabétiques de moins de 70 ans traités par insuline seule qui sont traités selon un schéma de « basal bolus »	74 %	≥ 89 %	5 patients	30
		<i>Part des patients diabétiques pris en charge pour le dépistage des complications du diabète et/ou l'intensification des traitements, avec compte-rendu annuel pour le médecin traitant précisant la gradation des risques (cardio-vasculaire, podologique et néphrologique), les objectifs thérapeutiques et la programmation du suivi des complications.</i> Déclaratif	80 %	≥ 95 %	5 patients	20
	Thyroïde	Part des patients opérés d'un cancer thyroïdien (hors cancer médullaire) durant les dix années précédentes qui ont eu un dosage de la thyroglobuline et des anticorps anti-thyroglobuline dans l'année	56 %	≥ 82 %	5 patients	50
		Part des patients ayant eu une cytoponction avant intervention parmi les patients opérés d'un nodule thyroïdien	38 %	≥ 67 %	5 patients	50
		Part des patients diagnostiqués pour une maladie de Basedow sans recourir à la scintigraphie thyroïdienne (dosage positif des anticorps anti-récepteurs de la TSH) Déclaratif	20 %	≤ 5 %	5 patients	20
	Prévention	Diabète	Part des patients diabétiques ayant bénéficié de soins de podologie (POD) qui ont eu au moins 4 POD sur 12 mois	42 %	≥ 57 %	5 patients
Efficience des prescriptions	Diabète	Part des patients diabétiques de moins de 80 ans initiant un traitement par insuline qui sont autonomes d'emblée pour leur injection	64 %	≥ 85 %	5 patients	70
		Part des patients diabétiques de moins de 80 ans mis sous insuline l'année N - 1 pour lesquels l'initiation de traitement a été faite à l'hôpital (dégressif)	28 %	9 %	5 patients	70
Total						340

Le dernier alinéa de l'article 27.4 de la convention est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Une clause de sauvegarde est mise en œuvre les deux premières années de la convention : au vu des bilans du dispositif rénové de rémunération sur objectifs de santé publique versée au titre de 2017 et de 2018, présentés en CPN, si le montant global de la rémunération versée au titre des indicateurs de la qualité de la pratique médicale est inférieur de plus de 10 % au montant versé respectivement au titre de l'année 2016 et de l'année 2017, le différentiel entre le montant global de 2016 et celui de 2017 et 2018 donne lieu à un versement complémentaire aux médecins sous forme de majoration de la rémunération versée au titre des objectifs de santé publique de 2017 et 2018. »

L'annexe 15 de la convention médicale est supprimée et remplacée par l'annexe 4 du présent avenant.

Article 10

Autres modifications

Dans l'ensemble des textes conventionnels, soit la convention et ses annexes, toutes les dispositions conventionnelles faisant apparaître le terme : « CNAMTS » sont supprimées et remplacées par le terme : « Cnam ».

Fait à Paris, le 14 juin 2018.

Pour l'Union nationale
des caisses d'assurance maladie :

Le directeur général,
N. REVEL

Au titre des généralistes :

*Le président
de la Fédération française
des médecins généralistes,*
DOCTEUR J. BATTISTONI

*Le président
de la Fédération des médecins
de France*

DOCTEUR J.-P. HAMON

*Le président du Syndicat
des médecins libéraux*

DOCTEUR P. VERMESCH

*Le président de la Confédération
des syndicats médicaux de France*

DOCTEUR J.-P. ORTIZ

Au titre des spécialistes :

*Les coprésidents
du syndicat Le BLOC,*
DOCTEUR B. DE ROCHAMBEAU
DOCTEUR P. CUQ
DOCTEUR J. VERT

*Le président
de la Fédération des médecins
de France*

DOCTEUR J.-P. HAMON

*Le président du Syndicat
des médecins libéraux*

DOCTEUR P. VERMESCH

*Le président de la Confédération
des syndicats médicaux de France*

DOCTEUR J.-P. ORTIZ