

# Commission Paritaire Nationale Médecins



**2 octobre 2019**

# Ordre du jour

1. **Modification de la composition de la section professionnelle de la CPN**
2. **Approbation du compte rendu de réunion de CPN du 19 juin 2019**
3. **Actualités conventionnelles : Avenant Assistants médicaux**
4. **Télémédecine**
5. **Point sur l'intéressement des prescripteurs libéraux** (Charges et Produits 2020)
6. **Point nomenclature**
7. **Dispositifs forfaitaires médecins**
8. **OPTAM et OPTAM-CO**
9. **Questions diverses**

## Cnam

- Campagne de sensibilisation sur les hypolipémiants
- Mise en place de plateformes d'intervention précoce pour les enfants avec troubles du neuro-développement, incluant les troubles du spectre de l'autisme
- Point de situation sur les installations des CPL et CPR

## Section professionnelle

- Rappel du Règlement Intérieur (délai de validation des comptes rendus...)
- Paiement des IJ maternité des médecins (suite de la précédente CPN)
- Retour sur l'incident sur les flux des Professionnels de santé fin juillet

---

# 1 – Modification de la composition de la section professionnelle de la CPN

---

## 2 – Approbation du compte rendu de réunion de CPN du 19 juin 2019

---

## 3 – Actualités conventionnelles : Avenant Assistants médicaux

## 2. Actualité assistants médicaux

---

### 1/ Une campagne d'accompagnement auprès des médecins libéraux concernés qui doit démarrer sur le terrain à partir de début octobre 2019

- **Des instructions et informations communiquées par la CNAM aux caisses du réseau dès le mois de juillet 2019** pour pouvoir répondre aux premières demandes des médecins sur le dispositif
- **Un fichier de données patientèles arrêtées au 30 juin 2019 diffusé aux caisses le 6 septembre** avec les données patientèle des médecins, à compléter au niveau local de l'information sur l'exercice regroupé, non connue au niveau national
- **Des priorités de visites définies au niveau local selon les spécificités et les besoins du territoire** : zones les plus en besoin de médecins traitants, exercice coordonné existant, spécialités les plus en tensions sur le territoire, médecins respectant le plus de critères d'éligibilité et les plus pressentis pour être intéressés par le dispositif
- **Présentation systématique du dispositif aux médecins nouveaux installés**, lors du rendez-vous d'installation en CPAM

## 2. Actualité assistants médicaux

---

### 2/ Les outils de la campagne d'accompagnement

- **Un diaporama pédagogique simple**, support de l'intervention du DAM lors de la visite (cf projet en annexe)
- **Un remis de visite médecins** récapitulant le dispositif dans les grandes lignes, remis par le DAM au médecin en fin de visite (cf projet en annexe)
- **Le contrat type d'aide à l'embauche** maquetté remis par le DAM au médecin (cf en annexe)
- **Une appli « ameli-mémo »** téléchargeable sur google play store et apple store depuis le 25 septembre 2019, permettant de simuler son éligibilité et le montant d'aide pouvant être perçue. Une version mise à jour de cette appli sera disponible fin octobre : elle permettra de simuler les objectifs fixés à partir de l'indication par le médecin de l'option choisie et de ses effectifs de patientèle.

## Remis de visite



The image shows the cover of a brochure titled 'CONVENTION MÉDICALE UN NOUVEL ATOUT POUR VOTRE CABINET : L'ASSISTANT MÉDICAL'. It features the logo of 'L'Assurance Maladie' at the top left. The central image depicts two female medical professionals, one in blue scrubs and another in a white lab coat, looking at a document together. The cover is decorated with large, stylized geometric shapes in blue, green, and orange. At the bottom, it lists '3 ENJEUX MAJEURS' (3 major issues) with three icons: a plus sign in a circle, a document with a checkmark, and a checkmark in a circle.

CONVENTION MÉDICALE  
UN NOUVEL ATOUT  
POUR VOTRE CABINET :  
L'ASSISTANT MÉDICAL

**3 ENJEUX MAJEURS**

- AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS
- RENFORCER LA QUALITÉ DES PRISES EN CHARGE
- AMÉLIORER LES CONDITIONS D'EXERCICE

## Contrat type



The image shows the cover of a brochure titled 'CONTRAT TYPE D'AIDE CONVENTIENNELLE À L'EMBAUCHE D'UN ASSISTANT MÉDICAL'. It features the logo of 'L'Assurance Maladie' at the top left. The central image is a stylized graphic of a medical instrument, possibly a stethoscope or a similar tool, in blue and white, set against a background of orange and green geometric shapes.

CONTRAT TYPE D'AIDE CONVENTIENNELLE  
À L'EMBAUCHE D'UN ASSISTANT MÉDICAL

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 l'année 2019, et notamment son article 42,

Vu l'accord cadre interprofessionnel publié au journal officiel du 7 avril 2019,

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, et notamment son article 9-1 et suivants,

Il est conclu un contrat d'aide à l'embauche d'un assistant médical, entre :

- d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie/la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

· Département

· Adresse

· représentée par (nom, prénom/fonction/coordonnées)

- Et, d'autre part, le médecin :

· nom, prénom

· inscrit au tableau de l'ordre du conseil départemental de  sous le numéro

· numéro RPPS

· numéro AM

· spécialité médicale exercée

· adresse professionnelle




☞ **Un diaporama pédagogique à adapter selon le profil du médecin**  
(ex présenter l'option de financement d'un ETP uniquement aux médecins exerçant en zone sous dense, cas dérogatoire,..)

**AVENANT N°7**


**Assistants médicaux dans les cabinets des  
médecins libéraux**

**Conducteur de visite**

  
Caisse Nationale

1

**1. Des assistants médicaux : pourquoi ?**

  
Caisse Nationale

2

## Les outils de la visite assistants médicaux

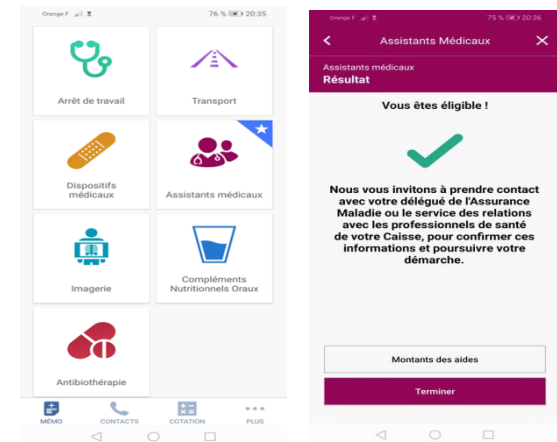
- ✓ Une appli gratuite dédiée aux assistants médicaux installée sur **Ameli Mémo**, téléchargeable sur les stores google play et apple store depuis le **26.09.2019**

- L'appli permet de simuler l'éligibilité au dispositif ainsi que les montants d'aide selon l'option choisie par le médecin

☞ Cette appli ne traite que des cas les plus simples

=> Pour toute question précise ou pour les cas dérogatoires, l'appli renvoie le médecin utilisateur vers son correspondant caisse (service RPS ou DAM)

- Une prochaine version de l'appli incluant un 3<sup>ème</sup> module permettant de simuler les objectifs attendus en contrepartie de l'aide, sur la base notamment d'un nombre de renseigné par le médecin et de l'option choisie est programmée pour **fin octobre 2019**



## 2. Actualité assistants médicaux

### 3/ Le suivi des contrats

**43 prévisions de signatures**, qui se répartissent entre les régions AURA (16), Pays de Loire (8), Occitanie (7), Ile de France (3), Centre Val de Loire (3), Normandie (4), Nouvelle Aquitaine (2)

→ **3 contrats déjà signés à Bourges (1) et à Montpellier (2) :**

- un MG installé depuis juillet 2017 exerçant en MSP en zone d'intervention prioritaire. Choix de l'option de financement d'un ETP
- une MG installée en MSP hors zone sous dense. Choix de l'option de financement d'un ½ ETP
- un MG exerçant dans une MSP en cours de création. Choix de l'option de financement d'un ½ ETP

→ **Un premier retour d'expérience d'un médecin de Vendée** retracé lors d'une interview, consultable sur ameli.fr : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/avec-une-assistante-de-consultation-jai-davantage-le-temps-detre-vraiment-medecin>

Nécessité de prévoir d'échanger en CPN sur :

- L'élargissement des zones sous denses pour le financement d'1 ETP (examen dans les 12 mois des conditions d'ouverture de cette option à d'autres territoires en tensions démographiques).
- Et l'élargissement à de nouveaux départements en tension éligibles pour les spécialités du groupe 2 (à réaliser après concertation et remontées locales)

---

## 4 – Télémédecine

# 1. Montée en charge des actes de téléconsultation

---

- **Bilan à 1 an : données présentées en annexe**

## 2. Les perspectives

- **Proposition d'ouvrir des négociations visant notamment à inscrire dans la convention un cadre permettant de mettre en place des expérimentations encadrées par la Commission Paritaire Nationale des médecins pour des situations nécessitant une dérogation à certains principes conventionnels conditionnant la prise en charge de l'acte de téléconsultation** (ex : principe de connaissance préalable du patient ou obligation d'une consultation en présentiel une fois par an).
- **Le dossier de demande d'une expérimentation devrait notamment préciser :**
  - ✓ le schéma précis de l'organisation envisagée
  - ✓ les dérogations prévues par rapport aux modalités d'organisation et de prise en charge des actes de téléconsultations définies dans la convention,
  - ✓ les motifs pour lesquels il apparaît nécessaire de déroger au cadre défini dans la convention,
  - ✓ le territoire envisagé pour la mise en place de l'expérimentation, les modalités d'évaluation de l'expérimentation.
- **Les membres de la CPN se prononceraient sur l'opportunité de mettre en place cette expérimentation, sa durée, le ou les territoires retenus pour sa réalisation.**
- La CPN effectuerait un suivi régulier des expérimentations menées.
- Au regard du bilan dressé sur ces différentes expérimentations, **les partenaires conventionnels pourront, le cas échéant, revoir les termes de l'accord afin de prendre en compte certaines situations nécessitant un assouplissement** des modalités d'organisation et de prise en charge initialement fixées

---

## Quelques exemples de situations dérogatoires d'ores et déjà identifiées qui pourraient faire l'objet d'expérimentations

- **Téléconsultations dans le domaine de la psychiatrie** : organisations mises en place permettant l'accès facilité dans des délais rapides à des psychiatres mais pour des patients non connus du médecin ; en revanche ensuite des consultations présentiels peuvent être organisées en alternance avec des téléconsultations
- **Téléconsultations dans le domaine de la filière visuelle** : pas de connaissance préalable du patient dans certaines situations et l'exigence d'au moins une consultation présentielle par an ne répond pas forcément aux besoins de prise en charge dans le domaine des soins visuels

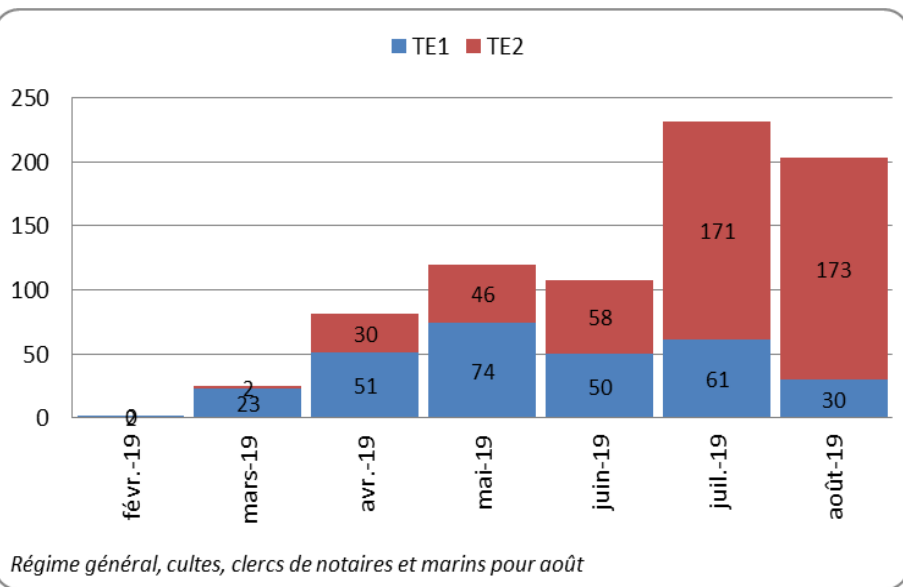
- **Proposition également de revoir dans le futur avenant la procédure de référencement des organisations territoriales coordonnées :**
  - **avis de la CPL/CPR désormais requis** pour les organisations territoriales coordonnées organisées sous la forme de communautés professionnelles territoriales de santé (**CPTS**), équipes de soins primaires (**ESP**), maisons de santé pluriprofessionnelles (**MSP**), et centres de santé (**CDS**) (avis parallèlement requis des CPR centres de santé dans ce dernier cas- serait inscrit dans l'avenant 3 à l'accord national des centres de santé en cours de négociation)
    - ➔ Objectif : prendre connaissance de l'ensemble des projets et être alerté le cas échéant sur la mise en place de structure virtuelle type centre de santé digital.
  - les organisations territoriales coordonnées constituées **sous une autre forme** continuent de devoir faire l'objet d'une **validation** en commission paritaire (procédure d'ores et déjà inscrite dans l'avenant 6)
  
- **Précisions apportées sur le champ d'intervention des organisations territoriales coordonnées**



# 3. Montée en charge des actes de téléexpertise

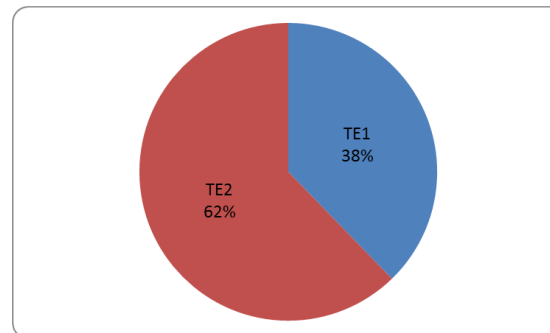
## ➤ Premier bilan à 6 mois :

Évolution du nombre de téléexpertises facturées par mois depuis le 10/02/2019

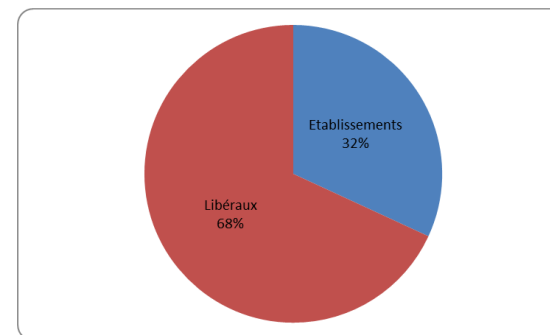


➤ Depuis le 10 février 2019, date d'entrée en vigueur de la téléexpertise, on comptabilise 771 téléexpertises facturées

Répartition des téléexpertises facturées par niveau de téléexpertise



Répartition des téléexpertises facturées par type de PS/structures



- 69 médecins libéraux ou structures ont facturé des téléexpertises
- 2/3 des téléexpertises sont facturées par des médecins libéraux

## 4. Enquête sur la téléexpertise

- L'article 28.6.2.3 de l'avenant 6 précise : « *qu'au terme 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* »
- Conformément aux dispositions conventionnelles, **proposition de lancement d'une enquête par notre département marketing auprès d'un panel de médecins réalisant des téléexpertises de niveau 2 pour identifier les cas complexes de téléexpertises susceptibles de justifier la création d'un niveau 3.**
- **Il est proposé également de lancer une enquête sur les éventuels freins identifiés à son déploiement .**

- 
- **Une enquête serait ainsi réalisée auprès d'un panel de médecins, dont les spécialités médicales peuvent être considérées comme les plus pertinentes, pour un recours à la téléexpertise (par exemple : cardiologie, dermatologie, ORL...)**
  - **Cette enquête serait également réalisée auprès d'un panel de médecins requérants (souvent généralistes)**

---

## 5 – Point sur l'intéressement des prescripteurs libéraux (Charges et Produits 2020)

**Créer une incitation économique visant à promouvoir une prescription plus efficiente**

**Partager avec les médecins l'économie générée par les changements de pratiques**

**Valoriser le temps passé à accompagner le patient dans le changement de pratique**

- ❑ **Complémentaire et faisant le pendant aux dispositifs d'intéressement proposés aux établissements signataires du CAQES**
- ❑ **Adhésion volontaire : aucun prescripteur n'est obligé d'y souscrire**
- ❑ **Adhésion ouverte à tous mais préférentiellement proposée aux prescripteurs les plus concernés**
- ❑ **Contrat individuel, unique, à durée limitée**
- ❑ **Contrat complémentaire à la ROSP**
- ❑ **Généralisation sur tout le territoire dès 2020**
- ❑ **Évaluation rapide après mise en œuvre et arrêt si les résultats ne sont pas satisfaisants**

- ❑ **prescription à la main des médecins de ville**
- ❑ **remplaçable par un médicament comparable (même efficacité/sécurité) dont le prix est moins élevé (génériques, biosimilaires),**
- ❑ **s'appuyant sur des référentiels scientifiques**
- ❑ **enjeu économique important (chiffres d'affaires ville élevés)**
- ❑ **générant une économie individuelle suffisamment élevée pour être attractive.**

## 3 biomédicaments dont les biosimilaires sont commercialisés

- Etanercept (Enbrel)
- Adalimumab (Humira)
- Follitropine Alfa (Gonal-F)

**Objectif : augmenter la part de biosimilaires de ces médicaments vs leurs bioréférents**

**Négociation du dispositif dans le cadre de l'avenant 8**

**Création d'un groupe de travail sur le dispositif d'incitation à la prescription en amont des négociations (16 octobre 2019 ou 6 novembre 2019)**



---

## 6 – Point nomenclature

# CHAP 26 septembre 2019

## Modifications LAP suite à la signature de l'avenant 7 à la convention médicale

**LAP :** ouverture aux stomatologues du supplément handicap

**CCAM :** réintégration du modificateur Z  
création de deux modificateurs anesthésie  
modification du périmètre des actes éligibles aux modificateurs O, J, K et T  
revalorisations tarifaires pour les stomatologues  
création du supplément pour extraction des dents de sagesse en cabinet

**NGAP :** majorations de déplacement en Ehpad  
téléexpertise de niveau 2

### Autres

**CCAM :** frottis par test HPV  
modification libellé micro-perforations sous-chondrales du genou

# Consultations obligatoires enfant

## ➤ Nouvelles cotations

Suite aux recommandations du **Haut Conseil pour la Santé Publique**, article 56 de la LFSS pour 2019 qui vise à renforcer le suivi de la santé chez les jeunes avec trois nouveaux examens après l'âge de 6 ans.

→ Modification du **calendrier des examens de l'enfant (1er mars 2019)** et **transfert de la prise en charge du risque maternité vers le risque maladie** pour les examens au-delà du 12ème jour.

Des **consultations prises en charge sur le risque maladie à 100% sur les tarifs en vigueur** (consultation + majoration suivant l'âge et la spécialité du médecin)

→ Création de nouveaux codes tarifants dans le système de tarification (2 codes pour les pédiatres et 2 codes pour les généralistes)

# Consultations obligatoires enfant

Ouverture depuis le 1 septembre 2019 de code facturation spécifique pour la prise en charge à 100% sur le risque maladie des consultations obligatoires de l'enfant conformément à la loi :

## En activité libéral pour les MG en métropole

**COD à 30€ équivalent à G+MEG**

**COB à 25€ équivalent à G**

## En activité libéral pour les pédiatres en métropole

**COH à 32€ et COG à 28€ équivalent à CS + majorations pédiatriques**

**COD à 30€ équivalent à CS+MPC+MCS**

➤ Voir CIR 32-2019 et ses flyers

# Consultations obligatoires enfant

## MODALITÉS DE FACTURATION EN LIBÉRAL OU EN CENTRE DE SANTÉ (TARIFS MÉTROPOLE)

Examen	Âge de l'enfant	Cotation MG	Cotation pédiatre	Cotation pédiatre traitant	Nature d'assurance
1	0 à 8 jours		COE (46€)		<i>Maternité</i>
2	8 jours à 12 jours	G+MEG (30€)	CS+MEP+NFP (32€)		
	13 jours ou 14 jours				
3	de 2 semaines à 1 mois				
4	1 mois				
5	2 mois		COH (32€)		
6	3 mois				
7	4 mois				
8	5 mois				
9	8 mois		COE (46€) tolérance facturation à l'âge de 8 et 9 mois		
10	11 mois				<i>Maladie</i>
11	12 mois	COD (30€)	COH (32 €)		
12	16, 17 ou 18 mois				
13	23 ou 24 mois	COE (46€)			
14	2 ans				
15	3 ans	COD (30€)	COH (32€)		
16	4 ans				
17	5 ans				
18	8-9 ans				
19	11-13 ans	COB (25€)	COD (30€)	COG (28€)	
20	15-16 ans				

### \* Facturation en tiers payant

Feuille de Soins Electronique : le professionnel positionne au niveau de son logiciel, le tiers payant  
 Feuille de Soins Papier : le professionnel indique « l'assuré n'a pas payé la part obligatoire »

---

## 7 – Dispositifs forfaitaires médecins

---

# Bilan GT ROSP

## □ Nouveaux indicateurs d'efficience

→ 4 indicateurs travaillés, 1 indicateur retenu



Indicateur destiné à limiter les prescriptions de dosages simultanés de la CRP et de la VS, au profit de la CRP seule



Indicateur de iatrogénie chez la personne âgée (en cours)



Indicateur de respect des paliers de traitement avant prescription de l'association corticoïde inhalé/bronchodilatateur longue durée d'action dans l'asthme et la BPCO (nombre PS éligibles insuffisant)



Indicateur de limitation du dosage de la ferritine en routine, hors contexte d'anémie ou de surcharge en fer



# Bilan du GT ROSP- ROSP MT adulte

2 indicateurs d'efficience ont atteint l'objectif cible au 31/12/2018: indicateurs de prescription dans le répertoire des statines et des antihypertenseurs

Proposition de les remplacer quand 2 nouveaux indicateurs seront disponibles

→ Pas d'évolution en 2020

→ Proposition d'un groupe technique ROSP pour échanges avec le CMG sur la base de leurs propositions reçues le 16/09/2019

# Bilan du GT ROSP- ROSP MT adulte

❑ **Modification des règles de calcul des indicateurs suivants :**

**Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année :** exclusion du dénominateur des patients ayant eu 2 dosages de fructosamine.

**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:** exclusion des patients ayant eu une coloscopie dans les 5 dernières années (MAJ actes)

Réactualisation des taux de départ et des objectifs intermédiaires et cibles au 31/12/2019

Mise en œuvre à compter du 01/01/2020

**➔ Vote de ces 2 propositions**

## **ROSP cardiologue:**

- Demande de modification de 2 indicateurs
- Proposition de 3 nouveaux indicateurs

## **ROSP MT enfant:**

Indicateur de suivi bucco-dentaire: mise à disposition des médecins de supports à donner aux patients/parents afin d'inciter les enfants à réaliser l'examen bucco-dentaire.

## **ROSP Gastroentérologue:**

Analyse à venir de modification d'indicateurs et de nouveaux indicateurs

# Forfait structure 2019 : rappels des évolutions 2019

## ❑ Volet 1 : modification

- ❑ Prise en compte de la version 1.40 addendum 6 et des avenants Tiers Payant ACS et Tiers Payant ALD-Maternité
- ❑ Prise en compte de la version Apicrypt V2 et maintien de la tolérance de la version Apicrypt V1 pour cette année.

## ❑ Volet 2 : 2 nouveaux indicateurs

- ❑ valoriser le recours à la télémédecine – aide à l'équipement pour vidéoconsultation sécurisée
- ❑ valoriser le recours à la télémédecine – aide à l'équipement en équipements médicaux connectés selon liste validée par la CPN en décembre 2018

➔ Ces indicateurs devront faire l'objet d'une déclaration sur l'honneur sur amelipro. Les justificatifs ne sont pas à transmettre mais à conserver par le médecin.

➔ En 2020, intégration d'un nouvel indicateur déclaratif dans le volet 2 pour valoriser la prise en charge de soins non programmés

# Campagne de saisie des indicateurs déclaratifs pour 2019

---

- ❑ Diffusion et mise en ligne des notes méthodologiques du Forfait structure et des différentes ROSP pour 2019 (transmises fin juillet aux membres du CTPPN)
- ❑ Ouverture du service de déclaration des indicateurs sur amelipro à partir de début décembre 2019 jusqu'au 2 février 2020.
- ❑ ROSP endocrinologues : maintien pour 2019 d'une campagne de déclaration à l'aide de formulaires dématérialisés ou papier à transmettre à sa caisse de rattachement (mise en ligne sur ameli.fr et diffusion par les caisses primaires)

---

## Rémunérations forfaitaires : FPMT & MPA

## Bilan du FPMT 2018

Spécialité ou centre de santé	Total FPMT au titre de 2018			dont FPMT au titre de 2018 pour les PS nouveaux installés*			dont FPMT au titre de 2018 pour les PS en cessation d'installation**		
	NB de PS/CDS	Montant total	Montant Moyen	NB de PS/CDS	Montant total	Montant Moyen	NB de PS/CDS	Montant total	Montant Moyen
Médecin Généraliste	52 044	772 922 285	14 851	1 803	10 386 745	5 761	1 553	8 753 771	5 637
Medecin a Exercice Particulier	4 736	29 233 848	6 173	12	41 670	3 473	151	390 298	2 585
Pédiatre	2 024	2 934 411	1 450	71	20 091	283	66	17 275	262
Autre spécialité	25 032	1 968 466	79	116	26 598	229	870	41 060	47
Centres de santé	501	12 286 608	24 524						
<b>Total</b>	<b>84 337</b>	<b>819 345 618</b>	<b>9 715</b>	<b>2 002</b>	<b>10 475 104</b>	<b>5 232</b>	<b>2 640</b>	<b>9 202 404</b>	<b>3 486</b>

\* PS installés pour la première fois en libéral en 2018

\*\* PS en cessation d'activité en 2018 et encore inactif en août 2019

- **84 337 médecins /centres de santé, ont touché au moins un versement du FPMT au titre de 2018, soit 819,35 Millions d'euros**
- **Les médecins généralistes ont perçu en moyenne, sur l'année entière 14 851 euros.**
- Parmi les 2 002 PS nouveaux installés, qui ont perçu un FPMT, les généralistes ont reçu en moyenne 5 761 euros.
- Parmi les 2 640 PS en cessation d'activité en 2018, les généralistes ont reçu 5 637 euros

Depuis juillet

## Proratisation FPMT 2018



### ➤ Champ de la proratisation

Cessation d'activité : il s'agit de l'arrêt de l'activité en cours d'année, du médecin précédemment éligible au FPMT : retraite, changement de secteur d'exercice, résiliation OPTAM...



### ➤ Calcul de la proratisation

Le montant du FPMT proratisé est calculé au regard du nombre de jours de présence effective du médecin, sur l'année de référence (2018) à partir de la patientèle « médecin traitant » au 31/12/2017 (FPMT estimé).



### ➤ Paiement manuel par les caisses



## ➤ Rappel des paiements d'août et septembre

- Le paiement du 2<sup>ème</sup> trimestre 2019 de la MPA a eu lieu le 30 août dernier pour un montant total versé de 7,84 M€, à 68 851 médecins
- Le paiement du 2<sup>ème</sup> acompte du FPMT a eu lieu le 17 septembre pour un montant total versé de 192 783 960 €, à 76 081 médecins
- Rappel du calendrier de paiement:

### FPMT 2019

1<sup>er</sup> paiement: 19 juin 2019

2<sup>ème</sup> paiement: 17 septembre 2019

3<sup>ème</sup> paiement: novembre 2019

4<sup>ème</sup> paiement: mars 2020

### MPA 2019

1<sup>er</sup> paiement: 24 mai 2019

2<sup>ème</sup> paiement: 30 août 2019

3<sup>ème</sup> paiement: novembre 2019

4<sup>ème</sup> paiement: février 2020

---

## 8 – OPTAM et OPTAM-CO

### État des adhésions au 17/09/2019

- ❑ **16 948** adhérents OPTAM et OPTAM-CO tous secteurs (secteur 2 et 1DP, secteur 1 titrés) contre 16 897 au 28 mai dernier – soit 51 adhérents de plus par rapport aux derniers chiffres présentés lors de la dernière présentation en CPN.

Sur ces **16 948** adhérents :

- ❑ **13 844** adhésions de praticiens de secteurs 2 et 1DP (contre 13 770 au 28 mai dernier), dont 10 340 OPTAM (+48) et 3 504 OPTAM-CO (+26) dont :
  - **6 503** adhérents sont des ex-CAS (47 %),
  - **3 313** adhérents sont des nouveaux installés (24 %),
- ❑ Taux d'adhésion aux options de 51,4 % pour les secteurs 2 et 1DP
- ❑ **3 104** adhérents de secteur 1 titrés adhérents (2 749 OPTAM et 355 OPTAM-CO) dont 2 830 ex-CAS

## 4 - OPTAM et OPTAM-CO : Suivi des signatures des avenants 2019

Le nombre de médecins ciblés par la campagne d'avenants 2019 est de 5 109 adhérents, tous secteurs et tous types de contrats, le nombre d'avenants signés au 17 septembre 2019 est 4 007, soit 78 % des médecins ciblés.

Sur ces **4 007** adhérents :

❑ Secteurs 2 et 1 DP *hors nouveaux installés* :

- ✓ 940 avenants signés sur 1 323 médecins ciblés , soit 71 % des ciblés, total médecins dont :
  - **1 283** ciblés, et **907** signataires total spécialistes, soit 70,6 % .

❑ Secteurs 1 :

- ✓ 1 713 avenants signés sur 2 161 médecins ciblés , soit 79,2 % des ciblés, total médecins dont :
  - **2 113** ciblés, et **1 684** signataires total spécialistes, soit 79,6 % .

❑ Nouveaux installés tous secteurs :

- ✓ 1 351 avenants signés sur 1 620 médecins ciblés , soit 83,4 % des ciblés total médecins.

Des instructions seront prochainement diffusées au réseau afin de relancer les 1 102 médecins non-signataires des avenants 2019. Le cas échéant et conformément aux articles 45.2 et 55.2 de la convention médicale, une procédure de résiliation des contrats OPTAM et OPTAM-CO sera engagée.

# 4 - OPTAM et OPTAM-CO : Bilan du dispositif

## ➤ Un nombre d'adhérents en progression

Le taux d'adhésion à l'OPTAM et à l'OPTAM-CO pour les médecins de secteur 2 et 1 DP s'élève à **51,4 %**, soit **13 844 médecins**, dont 6 503 sont des ex-CAS et 3 313 adhérents sont de « nouveaux » installés (24%).

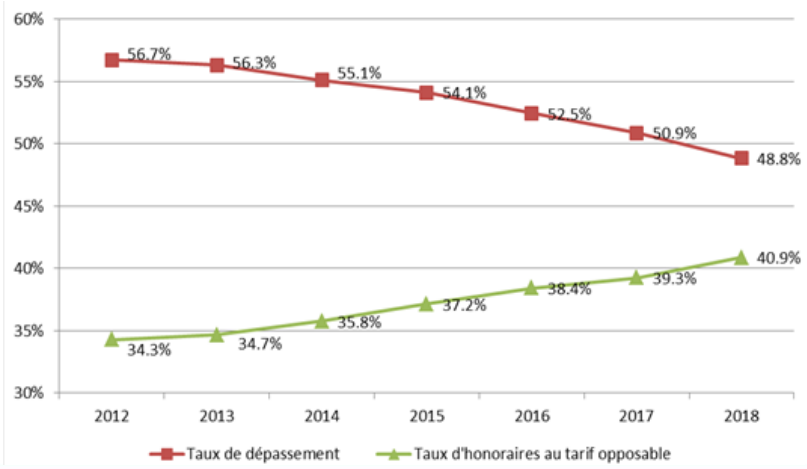
## ➤ Évolution des effectifs Secteur 2 de 2016 à 2019

	Adhérents CAS au 31/12/2016	Adhérents OPTAM et OPTAMCO au 31/12/2017	Adhérents OPTAM et OPTAMCO au 31/12/2018	Adhérents OPTAM et OPTAMCO au 17/09/2019
Total Spécialistes	5 910	9 504	10 789	11 479
Total Médecins	8 157	12 148	13 319	13 844

## ➤ Une diminution continue depuis 2016 du taux de dépassement moyen

L'indicateur de référence pour mesurer l'efficacité de l'OPTAM est l'évolution du taux de dépassement moyen, qui mesure le montant total des dépassements rapporté au montant total des honoraires remboursables facturés par les médecins S2.

## ➤ Évolution des taux de dépassement et d'opposable des spécialistes de secteur 2 et 1DP de 2012 à 2018



---

## 9 – Questions diverses

---

# Plateformes de coordination et d'orientation pour les enfants avec troubles du neuro-développement

- En 2017, une large concertation est lancée par le Président de la République => Le diagnostic précoce permet de limiter les sur-handicaps
  
- 5 engagements phares le 6 avril 2018 :
  - ✓ 1. renforcer la recherche et les formations
  - ✓ 2. mettre en place les interventions précoces prescrites par les recommandations de bonnes pratiques
  - ✓ 3. garantir la scolarisation effective des enfants et des jeunes
  - ✓ 4. favoriser l'inclusion des adultes
  - ✓ 5. soutenir les familles



## → Objectif :

Engager un parcours diagnostique et initier un accompagnement de l'enfant et de son entourage sans attendre la confirmation du diagnostic pour les enfants de 0 à 6 ans inclus présentant des écarts inhabituels de développement

→ **Accompagnement mené par des établissements partenaires conventionnés chargés de rémunérer des ergothérapeutes, des psychomotriciens et des psychologues libéraux (versement du forfait d'intervention précoce)**

→ **Une montée en charge progressive jusqu'en 2022**

→ **Démarrage cet été dans 14 départements :**

- 11 – Aude ; 33 – Gironde ; 36 - Indre ; 38 - Isère ; 67 - Bas-Rhin ; 69 - Rhône ; 71 - Saône-et-Loire ; 75 - Paris ; 76 - Seine Maritime ; 80 - Somme ; 81 - Tarn ; 95 - Val d'Oise ; 86 Vienne ; 78 – Yvelines

## Orientation sur prescription médicale :

- ✓ Prise en charge pendant **1 an** si repérage des troubles confirmé (prolongation possible 6 mois en attente relai par structure spécialisée)
- ✓ Bilan et interventions précoces éventuelles

Une prise en charge complémentaire des consultations de repérages des signes de trouble du neuro-développement et de la consultation annuelle de suivi de l'enfant autiste.

⇒ **Actualités : ameli.fr**  
 ⇒ **3 minutes Médecins**



**Repérage des troubles du neuro-développement (TND) chez les enfants de moins de 7 ans**

Prénom : \_\_\_\_\_  
 Nom : \_\_\_\_\_



A remplir par le médecin

## Repérer pour intervenir précocement

Précocement des enfants de moins de 7 ans présentant des troubles du neuro-développement (TND) est une priorité.

Les familles confrontées aux premières difficultés de leurs enfants de repérage des écarts inhabituels de développement permettent d'orienter les enfants présentant des troubles du neuro-développement vers une plateforme de coordination. Il s'agit de tendre la stabilisation d'un diagnostic - l'intervention précoce, dont des psychomotriciens, psychologues et plus des professionnels conventionnés, conformément à la Haute Autorité de santé (HAS), avec renvoi des médecins prescripteurs.

Le livret permet de lever le doute, soit de progresser soit en prévenant le sur-handicap. L'orientation vers la plateforme de coordination doit être proposée par l'assurance maladie.

Le livret a été élaboré par un groupe pluridisciplinaire d'experts de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'assurance maladie.

Le livret a été élaboré par un groupe pluridisciplinaire d'experts de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'assurance maladie.

### Utilité de repérage

Le livret permet aux médecins de première ligne (médecin généraliste, pédiatre, PMI, médecin scolaire) à orienter le jeune enfant vers la plateforme de coordination et d'orientation prévues dans le cadre de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'assurance maladie.

Le livret permet de lever le doute, soit de progresser soit en prévenant le sur-handicap. L'orientation vers la plateforme de coordination doit être proposée par l'assurance maladie.

Le livret a été élaboré par un groupe pluridisciplinaire d'experts de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'assurance maladie.

Le livret a été élaboré par un groupe pluridisciplinaire d'experts de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'assurance maladie.



Changeons la donne - 2

### Signes d'alerte à 6 mois

2 « non » dans 2 domaines différents OU

#### Facteurs de haut risque de TND

Dimension transversale 1

Catégorisation des signes d'alerte

Ils sont regroupés selon 4 ou 5 domaines de développement

#### Critères d'orientation vers la plateforme

Pour la tranche 0 à 3 ans :

au moins 2 des 4 domaines de développement ;

ou au moins 1 signe dans un des 4 domaines de développement + 1 signe dans un des 2 domaines de développement ;

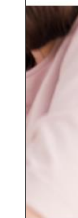
Pour la tranche 4 à 6 ans :

au moins 2 des 4 domaines de développement ;

ou au moins l'une des 4 dimensions transversales.

Le livret permet de lever le doute, soit de progresser soit en prévenant le sur-handicap. L'orientation vers la plateforme de coordination doit être proposée par l'assurance maladie.

Le livret a été élaboré par un groupe pluridisciplinaire d'experts de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'assurance maladie.



Le livret permet de lever le doute, soit de progresser soit en prévenant le sur-handicap. L'orientation vers la plateforme de coordination doit être proposée par l'assurance maladie.

Le livret a été élaboré par un groupe pluridisciplinaire d'experts de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'assurance maladie.

Le livret a été élaboré par un groupe pluridisciplinaire d'experts de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'assurance maladie.

Le livret a été élaboré par un groupe pluridisciplinaire d'experts de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'assurance maladie.

Le livret a été élaboré par un groupe pluridisciplinaire d'experts de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'assurance maladie.

Le livret a été élaboré par un groupe pluridisciplinaire d'experts de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'assurance maladie.

Le livret a été élaboré par un groupe pluridisciplinaire d'experts de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'assurance maladie.

Le livret a été élaboré par un groupe pluridisciplinaire d'experts de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'assurance maladie.

Le livret a été élaboré par un groupe pluridisciplinaire d'experts de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'assurance maladie.

Le livret a été élaboré par un groupe pluridisciplinaire d'experts de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'assurance maladie.

Le livret a été élaboré par un groupe pluridisciplinaire d'experts de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'assurance maladie.

Le livret a été élaboré par un groupe pluridisciplinaire d'experts de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'assurance maladie.