

J.O n° 215 du 17 septembre 2003 page 15958

## Décrets, arrêtés, circulaires

### Textes généraux

## Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

*Avenant à la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les médecins généralistes libéraux et les caisses d'assurance maladie*

NOR: SANS0323554X

Est réputé approuvé, en application de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, l'avenant n° 12 publié ci-dessous et conclu le 3 juin 2003 entre, d'une part, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la Caisse centrale de mutualité sociale agricole et, d'autre part, la Fédération française des médecins généralistes MG France.

AVENANT N° 12

À LA CONVENTION  
NATIONALE DESTINÉE À  
ORGANISER LES RAPPORTS  
ENTRE LES MÉDECINS  
GÉNÉRALISTES ET LES CAISSES  
D'ASSURANCE MALADIE

D'une part,

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, représentée par M. Spaeth (J.-M.), président ;

La Caisse centrale de mutualité sociale agricole, représentée par Mme Gros (J.), présidente,

Et, d'autre part,

L'organisation syndicale représentative des médecins généralistes :

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

En application de :

- l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ;

- l'accord du 10 janvier 2003 portant sur les axes stratégiques d'une rénovation des relations entre les médecins libéraux et l'assurance maladie,

conviennent de ce qui suit :

#### Article 1er

La prise en charge des patients bénéficiant

de soins palliatifs à domicile

Afin d'organiser la prise en charge à domicile des patients bénéficiant de soins palliatifs, il est proposé à chaque médecin généraliste conventionné d'adhérer volontairement à un contrat de santé publique joint en annexe 1 du présent avenant.

#### Article 2

La coordination des soins

pour les patients admis en cures thermales

Afin de mieux coordonner les soins des patients admis en cures thermales, il est proposé à chaque médecin généraliste conventionné d'adhérer volontairement à un con-

trat de pratique professionnelle joint en annexe 2 du présent avenant.

Dans l'attente de la mise en place de la classification commune des actes cliniques à compter du 1er janvier 2005, les montants du forfait thermal et de la majoration thermique prévue dans le contrat de pratique professionnelle pourront faire l'objet d'une révision au cours du premier trimestre 2004.

Les parties signataires demandent aux pouvoirs publics la suppression des formalités de l'entente préalable, qui avaient fait l'objet d'une suspension depuis l'arrêté du 2 novembre 1999, prévues à l'article 1er du chapitre IV de la deuxième partie du titre XV de la nomenclature générale des actes professionnels.

#### Article 3

Modalités d'extension du forfait pédiatrique

aux médecins généralistes

Les parties signataires demandent aux pouvoirs publics de modifier l'article 14-4 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels et de prévoir l'extension aux médecins généralistes de la majoration forfaitaire pour les trois examens pédiatriques obligatoires nécessitant l'établissement des certificats de santé, prévus par le décret n° 73-267 du 2 mars 1973.

#### Article 3-1

Champ d'application

Les enfants dont la protection est organisée par le décret précité sont soumis à des examens médicaux obligatoires au nombre de 3, le premier dans les 8 jours qui suivent la naissance, l'un au cours du neuvième ou dixième mois, le dernier au cours du vingt-quatrième mois ou du vingt-cinquième mois.

#### Article 3-2

Définition et montant du forfait pédiatrique

Les médecins généralistes bénéficient, pour les consultations réalisées en cabinet ou au domicile du patient correspondant à l'établissement des certificats de santé aux périodes précitées, d'une majoration forfaitaire de 5 EUR s'ajoutant à la valeur de leurs consultations réalisées au cabinet ou à domicile.

Afin de faciliter le suivi précis de leur activité concernant ces actes spécifiques, les médecins généralistes identifieront la majoration « forfait pédiatrique » (code FPE) de ces consultations réalisées au cabinet ou au domicile du patient sur la feuille de soins papier et/ou électronique, dont le montant sera pris en charge à 100 % par les organismes d'assurance maladie.

#### Article 3-3

Contenu de la consultation réalisée au cabinet

ou au domicile du patient définie à l'article 3-1

La consultation réalisée au cabinet ou au domicile du patient comporte : un interrogatoire, un examen complet visant à l'établissement de ces certificats mais aussi un entretien de conclusion avec la conduite à tenir, des prescriptions préventives ou thérapeutiques ou d'examen complémentaires éventuels. Ces consultations réalisées au cabinet ou à domicile donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé de l'enfant.

Le forfait défini à l'article 3-2 ne s'applique pas aux consultations réalisées au cabinet ou à domicile qui ne répondent pas à cette défini-

tion.

#### Article 3-4

Envoi du certificat de santé

Les articles 2 et 3 du décret précité précisent l'obligation pour le médecin d'adresser dans le délai de 8 jours le certificat médical de santé correspondant à l'âge, au médecin responsable de la protection maternelle et infantile du département de la résidence des parents ou de la personne chargée de la garde de l'enfant.

#### Article 3-5

Respect des recommandations de bonnes pratiques

Le médecin généraliste s'engage à intégrer dans sa pratique les références professionnelles et recommandations de bonnes pratiques en médecine de l'enfant élaborées par l'ANAES et l'AFSSAPS.

#### Article 3-6

Suivi du dispositif

Les caisses quantifieront le nombre de forfaits pédiatriques et mesureront son impact par rapport à l'ensemble des consultations réalisées au cabinet et au domicile du patient dispensées par les médecins généralistes.

Les médecins généralistes s'engagent à tenir à la disposition des caisses et du service médical les éléments attestant du respect de leurs engagements concernant notamment le contenu de leurs actes.

#### Article 4

La consultation approfondie « CALD »

Les parties signataires décident de majorer la consultation approfondie prévue à l'article 15-2 des disposi-

tions générales de la NGAP de 3 EUR et de porter son montant à 26 EUR en métropole. Le contenu de cette consultation approfondie est formalisé par le document figurant en annexe 3 du présent avenant.

Les parties signataires conviennent de mettre en place des actions de promotion de cette consultation approfondie s'appuyant notamment sur ce document en direction des médecins généralistes et des patients.

#### Article 5

Les instances conventionnelles

Les parties signataires affirment leur attachement à une gestion paritaire et responsable de la vie conventionnelle. Elles confirment ainsi le rôle essentiel des commissions conventionnelles paritaires nationales, « la commission conventionnelle paritaire nationale » (CCPN) et le « comité médical paritaire national » (CMPN), et départementales ou locales, « commission conventionnelle paritaire locale » (CCPL) et « comité médical paritaire local » (CMPL).

Les parties signataires conviennent en outre de créer des instances identiques au niveau régional « commission conventionnelle paritaire régionale » (CCPR) et « comité médical paritaire régional » (CMPR) pour compléter l'architecture du dispositif conventionnel paritaire. En effet, conscientes de l'essor du rôle de la région, notamment dans les domaines qui touchent à la santé, les parties signataires estiment indispensable d'affirmer le rôle des partenaires conventionnels à ce niveau.

I. - Il est créé à la section 3 (Instances régionales) du chapitre VIII (Instances conventionnelles) de la convention nationale des médecins généralistes les articles 8-10 (Commissions conventionnelles paritaires régionales) et 8-11 (Comités médicaux paritaires régionaux) détaillés à l'annexe 4.

#### Article 6

Modification de l'article 1er de l'annexe tarifaire à la convention nationale « Tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires »

Les tarifs sont fixés en annexe 5.

## A N N E X E 1

### CONTRAT DE SANTÉ PUBLIQUE FIXANT LES RELATIONS ENTRE LE MÉDECIN EXERÇANT À TITRE LIBÉRAL ET LES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE POUR LA DÉLIVRANCE DE SOINS PALLI- ATIFS AU DOMICILE DU PATIENT

Vu :

- la loi n° 99-477 du 9 juin 1999  
visant à garantir le droit à l'accès  
aux soins palliatifs ;

- le décret n° 2002-793 du 3 mai  
2002 relatif aux conditions d'exerci-  
ce des professionnels de santé  
délivrants des soins palliatifs à domi-  
cile, pris pour application de l'article  
L. 160-1-10 du code de la sécurité  
sociale ;

- la loi n° 2002-322 du 6 mars 2002  
portant rénovation des rapports con-  
ventionnels entre les professions de  
santé libérales et les organismes  
d'assurance maladie ;

- l'article L. 162-12-20 du code de la  
sécurité sociale portant sur les con-  
trats de santé publique ;

- les recommandations de bonne pra-  
tique de l'ANAES parues en décem-  
bre 2002 concernant les modalités de  
prise en charge de l'adulte nécessi-  
tant des soins palliatifs.

#### Préambule

Les soins palliatifs sont des soins  
actifs et continus pratiqués par une  
équipe interdisciplinaire en institu-  
tion ou à domicile, pour des patients  
atteints d'une pathologie grave, dans  
une phase évoluée, dont les traite-  
ments curatifs sont inefficaces ou  
n'ont plus qu'une faible activité et  
dont le pronostic vital est réservé à

court terme.

Ils visent à soulager la douleur, à  
apaiser la souffrance psychique, à  
sauvegarder la dignité de la personne  
malade et à soutenir son entourage.

Ceux qui dispensent des soins palli-  
atifs s'efforcent notamment de  
préserver la meilleure qualité de vie  
possible au patient tout au long de la  
prise en charge, et s'emploient par  
leur pratique clinique, grâce à leur  
formation, à ce que ces principes  
puissent être appliqués.

#### Article 1er

##### Champ du contrat

Les parties signataires s'entendent  
sur la mise en oeuvre du décret du 3  
mai 2002, pris pour application de  
l'article 5 de la loi du 9 juin 1999 et  
visant la délivrance de soins palliatifs  
à domicile par les professionnels  
de santé, en ce qui concerne les  
médecins libéraux conventionnés qui  
souhaitent s'intégrer dans une équipe  
pluridisciplinaire définie comme  
suit.

A la demande d'une personne dont  
l'état le requiert ou de son  
entourage, une équipe pluridisci-  
plinaire de professionnels de santé  
exerçant à titre libéral, qui comprend  
notamment des médecins et des  
infirmières libérales, peut être con-  
stituée selon le choix du patient pour  
dispenser, à son domicile, les soins  
palliatifs prévus à l'article L. 1110-  
10 du code de la santé publique.

Ces professionnels désignent en leur  
sein un membre de l'équipe qui  
assure la coordination des interven-  
tions auprès de la personne, les rela-  
tions avec les autres professionnels  
concernés et la caisse primaire d'as-  
surance maladie.

#### Article 2

##### Engagement

Les caisses s'engagent à verser au  
médecin contractant, et pour chaque  
patient, les rémunérations suivantes.

##### 2.1. Rémunération des soins

Les soins sont rémunérés :

- soit à l'acte, conformément aux  
dispositions de la NGAP et de la  
convention nationale ;

- soit sous la forme d'une rémunéra-  
tion mensuelle forfaitaire appelée  
forfait de soins.

L'équipe s'entend pour choisir pour  
chaque malade, dans la mesure du  
possible, le même mode de  
rémunération.

Si le médecin choisit le paiement au  
forfait de soins, ce dernier est perçu  
par le médecin choisi par le malade,  
et pour chaque malade, une fois par  
mois.

##### 2.2. Rémunération de la coordination

La coordination peut prendre deux  
aspects selon que le professionnel  
est coordonnateur de l'équipe de  
soins ou participe seulement à la  
coordination.

Coordination de l'équipe :

Le coordonnateur de l'équipe de  
soins perçoit le forfait mensuel fixé  
ci-dessous quelle que soit la profes-  
sion de santé exercée (médecin,  
infirmière...). Le coordonnateur est  
le seul membre de l'équipe à  
percevoir ce forfait.

Participation à la coordination :

Le forfait mensuel de participation à  
la coordination est versé à chaque  
professionnel de santé intervenant  
dans l'équipe.

##### 2.3. Le cumul des rémunérations

Les montants perçus pour les  
rémunérations des soins (forfait ou  
rémunération à l'acte) se cumulent  
avec les forfaits de coordination (for-  
fait du coordonnateur ou forfait de  
participation à la coordination).

En revanche, le forfait du coordon-  
nateur de l'équipe ne peut pas se  
cumuler avec le forfait mensuel de  
participation à la coordination.

Le forfait de soins ne se cumule pas  
avec les majorations prévues à l'arti-  
cle 14 de la nomenclature générale

des actes professionnels, notamment la majoration de déplacement.

## 2.4. Montants

Les valeurs en euros des différents forfaits mensuels sont fixées comme suit :

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 215 du 17/09/2003 page 15958 à 15966

La valeur des forfaits mensuels peut être réduite pour tenir compte de périodes par fraction mensuelle durant lesquelles l'état du patient n'a pas justifié l'intervention d'un des professionnels de santé signataire.

## 2.5. Modalités de versement

Constatation des soins :

Pour bénéficier des rémunérations forfaitaires prévues supra, chaque professionnel de santé signataire établit un relevé mensuel des soins délivrés au patient et des actions de coordination auxquelles il a participé.

Sauf rejet dûment motivé et adressé par la caisse aux professionnels, cet organisme verse directement aux professionnels de santé signataires les rémunérations prévues au paragraphe précédent, pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Le patient qui bénéficie de soins palliatifs délivrés à domicile est dispensé de l'avance des frais pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Dans l'hypothèse où l'assuré n'est pas pris en charge à 100 %, sa caisse primaire d'affiliation s'engage à contacter son régime complémentaire afin d'assurer l'intégralité de la prise en charge.

Versement :

Les forfaits de soins sont dus à

compter du troisième jour de la prise en charge du patient dans le cadre du dispositif. Si la prise en charge est inférieure à trois jours, les soins sont payés à l'acte.

Dans le cadre d'une prise en charge interrompue, les forfaits de coordination sont dus selon les dispositions prévues dans le présent accord.

Pour le médecin de l'équipe, la caisse primaire verse tous les forfaits de soins, de coordination ou de participation à la coordination, au nom de tous les régimes sur la base d'états justificatifs mensuels des prestations effectuées au cours de la période considérée.

La caisse primaire adresse également cet état justificatif aux autres caisses pour les ressortissants des autres régimes.

### Article 3

Engagements du médecin libéral membre

de l'équipe de soins palliatifs

#### 3.1. Engagements relatifs à la conclusion du contrat

Pour chaque patient, le médecin libéral membre de l'équipe de soins palliatifs à domicile conclut, avec la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle réside le patient, un contrat conforme au contrat type annexé au présent document.

#### 3.2. Engagements relatifs à l'activité de coordination

Les participants à la coordination :

- se forment à la prise en charge des patients en soins palliatifs ;

- participent aux réunions de coordination ;

- remplissent le document de liaison ;

- appliquent les référentiels communs de prise en charge de chaque patient ;

- adressent à la caisse primaire d'assurance maladie un état récapitulatif

des prestations effectuées dans le cadre de ce dispositif.

Le coordonnateur assure en outre :

- l'inclusion du patient : il explique au patient (et à sa famille) la manière dont il sera pris en charge ;

- la relation avec l'équipe de référence : il est en lien avec le réseau, l'hospitalisation à domicile ou le service hospitalier ; il se met notamment d'accord avec eux sur les référentiels communs de prise en charge du patient ainsi que sur les modalités de suivi du patient et celles très concrètes concourant à la permanence des soins ;

- les relations avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire et la mise en oeuvre de la permanence des soins : il est le garant de la coordination de la prise en charge par l'équipe pluridisciplinaire autour du patient ; à ce titre, il s'assure du remplissage du document de liaison, des documents de transmission et du bon déroulement de la prise en charge ; il prépare et anime les réunions de coordination (a minima, une au début de la prise en charge, une par mois de suivi et une à l'issue de la prise en charge) ; il remplit les rapports de réunion de coordination et les tient à disposition du service du contrôle médical de la caisse d'assurance maladie dont relève le patient ;

- les relations avec les caisses : le coordonnateur est l'interlocuteur des caisses d'assurance maladie ; à ce titre, il transmet le contrat signé par l'équipe pluridisciplinaire et est destinataire du contrat signé retourné par la caisse ; il est l'interface entre la caisse primaire d'assurance maladie et l'équipe pluridisciplinaire ;

- l'évaluation : au terme de la prise en charge du patient, il réalise la synthèse de l'activité de l'équipe soignante et la tient à disposition du service du contrôle médical de la caisse d'assurance maladie concernée.

### Article 4

Mise en oeuvre du dispositif

#### 4.1. Mise en place de l'équipe pluridisciplinaire

de professionnels de santé

Assurer la permanence des soins est une condition indispensable au maintien à domicile du patient ainsi qu'à la préservation et à la cohérence de sa prise en charge. Le patient doit pouvoir recevoir une réponse adaptée vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

La mise en place de l'équipe pluridisciplinaire de professionnels de santé, telle qu'envisagée par le décret du 3 mai 2002, n'est donc envisageable que s'il existe dans le secteur une structure capable de fournir cette réponse, comme un réseau, une structure d'hospitalisation à domicile ou un service hospitalier spécialisé dans l'accueil des patients en soins palliatifs pouvant servir d'équipe de référence aux soignants de proximité.

4.1.1. Composition de l'équipe pluridisciplinaire de professionnels de santé :

L'équipe pluridisciplinaire, choisie par le patient, est constituée d'au moins les professionnels suivants :

- un médecin généraliste ;
- une infirmière.

En tant que de besoin, peuvent notamment intervenir dans l'équipe pluridisciplinaire d'autres professionnels :

- un médecin spécialiste ;
- un masseur-kinésithérapeute ;
- un pharmacien, fournisseur d'appareillage.

Afin d'assurer une prise en charge globale du patient, l'équipe pluridisciplinaire de professionnels de santé recherchera le concours d'autres acteurs, psychologues, intervenants sociaux et associatifs,...

4.1.2. Liberté de choix des patients et des professionnels de santé :

Dans le nécessaire respect du droit des malades, et compte tenu de ce que les modes de prise en charge mis en oeuvre par la réforme diffèrent du droit commun, l'engagement du patient et son volontariat sont matérialisés par sa demande formelle ou, à défaut, par celle de son entourage.

Il en est de même pour les professionnels de santé, qui s'engagent par contrat auprès de la caisse primaire d'assurance maladie.

4.2. Elaboration des documents nécessaires

à la prise en charge du patient

Les parties signataires fourniront aux professionnels concernés les documents suivants :

- demande de prise en charge à remplir par le patient ou son représentant ;
- rapport de coordination ;
- synthèse récapitulative de la prise en charge ;
- support d'aide à l'inclusion du patient destiné au médecin.

Article 5

Evaluation du dispositif

Les parties signataires s'entendent pour évaluer ce dispositif à l'issue d'une année d'application effective.

Article 6

Modalités d'adhésion au contrat de santé publique

L'adhésion du médecin au contrat de santé publique est formalisée par la signature du premier contrat type ci-dessous relatif à la délivrance de soins palliatifs au domicile du patient.

Article 7

Terme et résiliation du contrat de santé publique

Les conditions de résiliation du contrat de santé publique sont celles qui figurent à l'article 6 du contrat type.

PROFESSIONNELS DE SANTÉ  
EXERCANT À TITRE LIBÉRAL  
ET LES ORGANISMES D'ASSURANCE  
MALADIE POUR LA  
DÉLIVRANCE DE SOINS PALLIATIFS  
À DOMICILE

Entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie de ,

ci-après appelée « la caisse », représentée par ,

dûment mandatée, et agissant pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie,

Et, d'autre part,

Monsieur ou Madame (professionnel de santé), agissant

en son nom personnel, relevant de la caisse ,

et ayant adhéré à la convention nationale applicable à sa profession ou au dispositif de substitution applicable en l'absence de convention ;

Monsieur ou Madame (professionnel de santé), agissant

en son nom personnel, relevant de la caisse ,

et ayant adhéré à la convention nationale applicable à sa profession ou au dispositif de substitution applicable en l'absence de convention ;

Monsieur ou Madame (professionnel de santé), agissant

en son nom personnel, relevant de la caisse ,

et ayant adhéré à la convention nationale applicable à sa profession ou au dispositif de substitution applicable en l'absence de convention ;

,  
il est convenu ce qui suit :

Article 1er

Objet du contrat

CONTRAT TYPE FIXANT LES  
RELATIONS ENTRE LES PRO-

En application de l'article L. 162-1-

10 du code de la sécurité sociale et des dispositions du décret n° 2002-793 du 3 mai 2002 relatif aux conditions d'exercice par les professionnels de santé des soins palliatifs à domicile, le présent contrat a pour objet de définir, entre les signataires, les conditions particulières d'exercice et de rémunération des soins palliatifs dispensés à domicile en faveur de :

Monsieur ou Madame ,

numéro d'identification : ,

régime d'affiliation :

A cette fin, les professionnels de santé s'engagent à respecter les dispositions du contrat de santé publique établi conventionnellement pour chaque profession pour la délivrance de soins palliatifs au domicile du patient.

## Article 2

### Principes de délivrance des soins

Les professionnels de santé signataires s'engagent à dispenser de façon coordonnée et interdisciplinaire les soins palliatifs à domicile en respectant les objectifs suivants :

- assurer la continuité de soins adaptés en faveur de la personne et un accompagnement global ;
- soulager sa douleur et apaiser sa souffrance morale ;
- apporter un soutien à son entourage.

## Article 3

### Conditions particulières d'exercice

1° Professionnel de santé délivrant les soins palliatifs à domicile :

- (1) Monsieur ou Madame (professionnel de santé)
- (2) Monsieur ou Madame (professionnel de santé)
- (3) Monsieur ou Madame (professionnel de santé)

ont opté pour le dispositif de rémunération suivant :

- rémunération à l'acte, conformément aux dispositions de la nomenclature générale des actes professionnels et des conventions nationales conclues entre les caisses nationales d'assurance maladie et les organisations syndicales représentatives des professions de santé et rémunération de la participation à la coordination des soins par un forfait mensuel fixé à 40 EUR,

soit :

- un forfait mensuel de soins fixé à

(cf. la convention nationale applicable au professionnel de santé concerné) auquel s'ajoute un forfait mensuel de participation fixé à 40 EUR.

2° Coordonnateur d'une équipe de soins palliatifs à domicile :

La coordination de l'équipe de soins palliatifs à domicile est assurée par monsieur ou madame

(professionnel de santé).

Le coordonnateur de l'équipe s'engage à assurer la coordination des interventions auprès de la personne, les relations avec les autres professionnels et, le cas échéant, avec le réseau de santé, ainsi que les relations avec la caisse primaire d'assurance maladie, s'agissant notamment de la demande de contrat et de l'envoi des justificatifs mensuels des prestations des membres de l'équipe.

La rémunération du coordonnateur de l'équipe fait l'objet d'un forfait mensuel fixé à 80 EUR.

Monsieur ou madame

(professionnel de santé), coordonnateur de l'équipe, a opté pour le dispositif de rémunération suivant :

- rémunération à l'acte, conformément aux dispositions de la nomenclature générale des actes professionnels et des conventions nationales conclues entre les caisses nationales d'assurance maladie et les organisations syndicales représentatives des professions de santé et un forfait mensuel de coordination fixé à 80 EUR

ou

- un forfait mensuel de soins (cf. la convention nationale applicable au professionnel de santé concerné) auquel s'ajoute un forfait mensuel de coordination.

3° La valeur des forfaits mensuels mentionnés aux 1° et 2° peut être réduite pour tenir compte de périodes par fraction mensuelle durant lesquelles l'état du patient n'a pas justifié l'intervention d'un des professionnels de santé signataires. (Les conditions et modalités de mise en oeuvre de cette réduction sont négociées entre les signataires et précisées ci-après.)

La signature du contrat entraîne le paiement des rémunérations forfaitaires visées aux précédents alinéas à compter de la date de la demande de prise en charge du patient par l'équipe de soins palliatifs.

## Article 4

### Constatation des soins

Pour bénéficier des rémunérations forfaitaires prévues à l'article 3, chaque professionnel de santé signataire établit un relevé mensuel des soins délivrés au patient et des actions de coordination auxquelles il a participé.

Sauf rejet dûment motivé et adressé par la caisse aux professionnels, cet organisme effectue directement aux professionnels de santé signataires le paiement des rémunérations prévues au paragraphe précédent, pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité.

## Article 5

### Evaluation des soins

Les professionnels de santé signataires s'engagent à participer à tout dispositif concourant à l'évaluation des soins dispensés dans le cadre de l'équipe.

Cette évaluation sera mise en place sur la base d'indicateurs à définir par les parties signataires du présent contrat type.

## Article 6

### Terme et résiliation du contrat

Le présent contrat, établi pour une durée maximale de six mois, est renouvelé par tacite reconduction. Il cesse pour chaque professionnel de santé signataire dès que le professionnel de santé n'assure plus de soins palliatifs en faveur de Monsieur ou Madame

Il appartient au coordonnateur d'en informer sans délai la caisse primaire d'assurance maladie de

Le présent contrat peut être dénoncé à tout moment par l'une ou l'autre des parties contractantes, en cas de non-respect des engagements contractuels ou de cessation d'appartenance de Monsieur ou Madame à cette équipe.

Toutefois, les signataires du présent contrat conviennent, à la demande de l'une ou l'autre des parties, de soumettre leur différend à la commission conventionnelle paritaire locale et, dans ce cas, de se conformer à sa décision.

La caisse

Le coordonnateur

Les professionnels de santé

## A N N E X E 2

### CONTRAT DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES. - PRISE EN CHARGE DE LA MAJORATION DU FORFAIT DE CURE THERMALE POUR DES PATIENTS ADMIS EN CURES THERMALES

Vu :

- les arrêtés des 8 juin et 16 août 1960 relatifs au remboursement au titre de l'assurance maladie et des accidents du travail des honoraires

de surveillance médicale des cures thermales et des frais de traitement dans les établissements thermaux ;

- les dispositions du titre XV, chapitre IV, article 2, de la NGAP modifiées ;

- les articles L. 162-39 et suivants du code de la sécurité sociale relatifs à la convention nationale des établissements thermaux ;

- la loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie ;

- les axes stratégiques d'une rénovation des relations entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signés le 10 janvier 2003 entre les trois caisses nationales d'assurance maladie et quatre syndicats représentatifs des médecins généralistes et spécialistes.

#### Article 1er

Les parties au contrat

La caisse d'assurance maladie de , représentée par

D'une part,

Et monsieur (docteur) exerçant

(adresse du cabinet) ,

D'autre part.

Les parties ci-dessus identifiées sont désignées au présent contrat sous le terme de parties signataires ;

En application des articles L. 162-12-18 relatif au contrat de bonne pratique, L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, le médecin visé à l'article 2 chapitre IV du titre XV de la NGAP décide de conclure un contrat de pratique professionnelle avec la caisse d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est installé son cabinet médical.

#### Article 2

Objet du contrat : le forfait de cure thermique

Les parties signataires s'entendent

sur la mise en place d'un contrat de pratique professionnelle comportant l'attribution d'un forfait pour chaque patient suivant une cure thermique prise en charge par l'assurance maladie, et permettant ainsi le calcul des honoraires dus aux médecins pour la surveillance des cures thermales. La valeur du forfait est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés visées à l'article 2 de la NGAP.

Sous réserve des exceptions prévues à l'article 3 chapitre IV du titre XV de la NGAP, le forfait de surveillance médicale des cures thermales rémunère tous les actes accomplis pendant la durée normale de la cure et se rapportant directement à l'affection ayant provoqué la cure.

#### Article 3

Les engagements du médecin thermal

Ce forfait comporte la réalisation d'au moins trois consultations pour la surveillance thermique et la rédaction, à l'issue de la cure, d'un document destiné au médecin prescripteur.

Ce document retraçant l'évolution de la cure est tenu à la disposition du patient et du service médical, à sa demande.

#### Article 4

Tenue du document thermal de liaison

Le document thermal de liaison prend la forme d'une fiche de transmission d'informations sur la période de soins qu'est la cure, du médecin thermal au médecin prescripteur de la cure.

La fiche comporte les principaux éléments suivants (cf. document ci-dessous) :

- identification du médecin thermal, de l'établissement thermal, du médecin prescripteur et du curiste ;

- dénomination du traitement thermique : 1re et 2e orientations thérapeutiques ;

- déroulement de la cure : pratiques

médicales complémentaires, éventuels problèmes survenus durant la cure, traitements non thermaux prescrits ;

- conclusion de fin de cure : proposition diagnostique et thérapeutique.

## Article 5

Engagements des trois caisses nationales

Majoration pour adhésion au contrat de pratique professionnelle

Les médecins thermaux qui adhèrent au présent contrat de pratique professionnelle bénéficient pour 2003 d'une majoration du forfait thermal de 10 EUR.

Ce forfait n'est pas « proratisable », c'est-à-dire que le forfait est dû même si la cure a été interrompue à la condition expresse qu'au moins une consultation ait été effectuée.

A la demande du patient, le médecin peut appliquer la dispense d'avance des frais.

## Article 6

Adhésion, durée et résiliation

du contrat de pratique professionnelle

Durée et renouvellement

Le présent contrat, établi pour une durée d'un an, est renouvelable par tacite reconduction et ne peut excéder la durée de la convention.

Le médecin thermal formalise son adhésion au contrat de pratique professionnelle par la signature du présent contrat dans les conditions prévues à l'article 1er.

Le présent contrat peut être dénoncé à tout moment par l'une ou l'autre des parties contractantes en cas de :

- violation grave et répétée des engagements du contrat du fait de l'une des parties ;

- modification législative ou réglementaire affectant substantiellement les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins.

La mesure encourue est la résiliation du contrat et le non-paiement de la majoration du forfait de cure thermique.

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

Toutefois, les signataires du présent contrat conviennent, à la demande de l'une ou l'autre des parties, de soumettre leur différend à la commission conventionnelle paritaire locale et, dans ce cas, de se conformer à sa décision.

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 215 du 17/09/2003 page 15958 à 15966

## A N N E X E 3

### CONSULTATION APPROFONDIE

Compte rendu annuel

**AVERTISSEMENT** : ce document est strictement couvert par le secret professionnel et les textes en vigueur qui s'y rapportent.

Date de réalisation :

Date de la dernière consultation approfondie :

Auteur Dr Concerne M.

N° ADELI : Né(e) le :

Tél. : Identifiant (si besoin) :

Fax : Adresse :

Courriel :

Patient reconnu atteint d'une ou plusieurs ALD exonérées du ticket modérateur :

Résumé de l'histoire du patient :

Facteurs médicaux personnels (antécédents familiaux, facteurs de risque) :

Affection(s) actuellement prise(s) en charge et traitement en cours :

Coordination (nom des différents correspondants avec éventuellement la date du dernier rendez-vous) :

Evénements survenus depuis la dernière consultation approfondie :

Examen clinique :

Poids : Taille : T.A. :

Dates et résultats des derniers examens complémentaires :

Pour les 12 mois qui viennent :

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 215 du 17/09/2003 page 15958 à 15966

Signature

## A N N E X E 4

Article 8-10

Commissions conventionnelles paritaires régionales (CCPR)

Ces commissions sont constituées au niveau des Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM).

### I. - COMPOSITION ET FONCTIONNEMENT

1. Les membres

L'article 7-5 de l'avenant n° 10 de la convention nationale des médecins généralistes, est complété comme suit :

Les instances conventionnelles paritaires régionales sont constituées paritairement de deux sections de 4 membres titulaires :

### 1.1. Section professionnelle

Cette section est composée de 4 représentants, au niveau de la région, du ou des syndicats médicaux signataires de la présente convention. Seuls peuvent siéger dans cette instance les médecins généralistes conventionnés ou ceux bénéficiant de l'allocation de remplacement.

Les sièges sont répartis entre les organisations signataires.

Cette règle s'applique également aux instances mentionnées aux articles 8-1-1, 8-6 et 8-9 de la convention nationale des médecins généralistes.

### 1.2. Section sociale

Afin d'établir la parité, l'URCAM désigne également 4 personnes la représentant.

La qualité de membre d'une profession de santé libérale est incompatible avec celle de représentant de l'URCAM.

### 1.3. Les membres suppléants

Un nombre identique de suppléants est désigné afin de siéger en l'absence des membres titulaires.

### 1.4. Les membres consultatifs

Sont membres de plein droit avec voix consultative :

- le directeur de l'URCAM ou son représentant ;
- un médecin-conseil désigné par les

trois régimes ;

- le président et le vice-président du comité médical paritaire régional ou leurs représentants.

Chacune des sections peut faire appel à des experts, désignés par la section lorsqu'elle le juge utile. Les experts n'interviennent que sur le point de l'ordre du jour où leur compétence a été requise.

Selon l'ordre du jour, la CCPR peut inviter notamment aux réunions :

- un représentant du conseil régional de l'ordre des médecins ;

- le président du comité paritaire régional de la FPC ;

- un membre du conseil scientifique de la FPC.

La CCPR doit être installée dans les trois mois suivant l'entrée en vigueur de l'avenant 12 à la Convention nationale.

## 3. Réunions et tenue du secrétariat

### 3.1. Les réunions

La CCPR se réunit en tant que de besoin et au minimum quatre fois par an.

La réunion est de droit si elle est demandée par le président ou par le vice-président.

L'ordre du jour, cosigné par le président et le vice-président, est adressé par le secrétariat avec la convocation et la documentation au moins dix jours ouvrés avant la date de la réunion.

### 3.2. La tenue du secrétariat

Les moyens nécessaires au fonctionnement sont mis en place par l'URCAM.

Le secrétariat est tenu par l'URCAM. Le secrétariat assure toutes les tâches administratives de l'instance (convocations, relevés de décisions, constat de carence...).

## 4. Les délibérations et votes

### 4.1. Délibérations

L'instance régionale ne peut valablement délibérer que si le quorum est atteint.

Le quorum s'entend comme un nombre de membres présents ou représentés au moins égal à la moitié des membres composant chacune des sections.

En cas d'absence du titulaire ou du suppléant, une délégation de vote est donnée à un représentant présent de la même section.

Les membres de l'instance régionale sont soumis au secret des délibérations.

La CCPR délibère hors de la présence des experts.

Les délibérations suivies d'un vote font l'objet d'un relevé de décisions. Il est adressé aux membres de la CCPR et à leurs suppléants, puis soumis à l'approbation des membres à la séance suivante. Ce document, signé par le président et le vice-président, est conservé au secrétariat.

Après signature du président et du vice-président, une copie du relevé de décision est adressée à la CCPR et aux CCPL de la région.

### 4.2. En l'absence de quorum

En l'absence de quorum, une nouvelle réunion est convoquée dans un délai de quinze jours.

Elle délibère valablement, quel que soit le nombre de membres présents ou représentés, sous réserve que la parité soit respectée, c'est-à-dire que le nombre des membres présents ou représentés dans chacune des deux sections est équivalent.

### 4.3. Les conditions de vote

Les décisions sont prises à la majorité des suffrages exprimés. Le nombre de votes est calculé abstraction faite des bulletins blancs ou nuls qui n'expriment pas de votes.

En cas de partage égal des voix, sauf dispositions spécifiques notamment

en cas de vote à bulletin secret, la voix du président est prépondérante.

L'instance régionale peut adopter, à la majorité des deux tiers, un règlement intérieur qui précise les modalités de son fonctionnement.

L'instance régionale peut constituer des groupes de travail par décision prise à la majorité des deux tiers.

## 5. Carence

Il y a situation de carence dans les cas suivants :

### 5.1. Non-installation de l'instance

En cas de non-installation de l'instance, dans le délai de trois mois à compter de la date d'entrée en vigueur de l'avenant 12 à la convention nationale, résultant :

- de l'absence de désignation des membres des instances par l'une ou l'autre section ;

- ou de l'insuffisance du nombre de titulaires ou membres suppléants désignés dans l'une ou l'autre section de l'instance, au regard du nombre de sièges prévu dans le texte conventionnel,

le constat de carence est dressé par le secrétariat de l'instance et adressé à la CCPN.

La section constituée assure alors les travaux qui relèvent de la CCPR, jusqu'à installation complète de l'instance.

### 5.2. Dysfonctionnement

En cas de :

- absence de réunion résultant de l'incapacité répétée (plus d'une fois) des sections de l'instance, soit à fixer une date de réunion, soit à arrêter un ordre du jour commun, soit à atteindre le quorum à une réunion ayant donné lieu à convocation officielle, du fait de l'une ou l'autre section de l'instance ;

- refus, par l'une ou l'autre section,

de voter un point inscrit à l'ordre du jour,

le constat de carence est dressé par le secrétariat de l'instance et adressé à la CCPN.

Dans ces cas, la section à l'origine de la situation de carence est invitée par le président ou le vice-président à prendre toute disposition pour remédier à la situation.

Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à cette instance jusqu'à ce qu'il soit remédié à la situation de carence.

Lorsque la carence résulte du refus de voter un point inscrit à l'ordre du jour, le constat de carence ne porte que sur ce point.

## 6. La présidence

Les présidents de chacune des deux sections assument, par alternance annuelle, la présidence et la vice-présidence de la CCPR.

Le président et le vice-président ne doivent pas appartenir à la même section.

La présidence de plusieurs instances conventionnelles ne peut être assurée simultanément par la même personne.

## 7. L'indemnité de vacation

Les représentants des syndicats signataires membres de la section professionnelle perçoivent une indemnité sur la base de 6 C par réunion dans la limite de deux réunions au maximum par jour et une indemnité de déplacement dans les conditions prévues pour les administrateurs de caisses.

Les mêmes dispositions s'appliquent aux médecins qui participent aux groupes de travail créés par les instances conventionnelles à la majorité des deux tiers.

## II. - MISSIONS

La CCPR assure les missions qui lui sont confiées par les textes conventionnels (convention et avenants).

Dans ce cadre elle informe régulièrement la CCPN et les CCPL de la région de l'avancée des travaux qui lui sont confiés. De même, elle répond à toute demande écrite de la CCPN ou des CCPL de la région.

Ses missions sont notamment les suivantes :

- suivi des dispositifs relatifs à la permanence des soins ;

- suivi des dispositifs conventionnels de régulation médicale du système de soins tels que les accords nationaux de bon usage des soins prévus à l'article L. 162-12-17 du code de la sécurité sociale, les contrats de bonne pratique prévus à l'article L. 162-12-18 et les contrats de santé publique prévus à l'article L. 162-12-20. Ce suivi passe par un bilan des accords établis au niveau régional. Il est créé auprès de la CCPR un groupe de travail chargé de ce suivi ;

- après avis du CMPR, proposition des thèmes d'AcBUS régionaux aux représentants régionaux des parties signataires ;

- après avis du CMPR, proposition aux parties signataires régionales des dispositions spécifiques régionales aux contrats de bonne pratique.

## Article 8-11

### Comités médicaux paritaires régionaux (CMPR)

Ces comités sont constitués au niveau de chaque Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM).

## I. - COMPOSITION ET FONCTIONNEMENT

### 1. Les membres

Les comités médicaux paritaires régionaux sont constitués paritairement de deux sections de 4 membres titulaires chacune :

## 1.1. Section professionnelle

Cette section est composée de 4 représentants, au niveau de la région, du ou des syndicats médicaux signataires de la présente convention. Seuls peuvent siéger dans cette instance les médecins généralistes conventionnés ou ceux bénéficiant de l'allocation de remplacement.

Les sièges sont répartis entre les organisations signataires.

## 1.2. Section sociale

Elle est composée de 4 médecins-conseils de plein exercice représentant les caisses d'assurance maladie :

Régime général : 2 sièges ;

Régime agricole : 1 siège ;

Régime des professions indépendantes : 1 siège.

## 1.3. Les membres suppléants

Un nombre identique de suppléants est désigné afin de siéger en l'absence des membres titulaires.

## 1.4. Les membres consultatifs

Sont membres de plein droit avec voix consultative :

- un médecin généraliste représentant le conseil régional de l'ordre ;

- selon l'ordre du jour, le CMPR peut inviter aux réunions notamment un représentant de la section généraliste de l'union régionale de médecins libéraux.

Chacune des sections peut faire appel à des experts médicaux désignés par la section lorsqu'elle le juge utile. Les experts n'interviennent que sur le point de l'ordre du jour où leur compétence a été requise.

## 2. Installation et fonctionnement

Le CMPR doit être installé dans les trois mois suivant l'entrée en vigueur de l'avenant 12 à la convention nationale.

## 3. Réunions et tenue du secrétariat

### 3.1. Les réunions

Le CMPR se réunit en tant que de besoin et au minimum deux fois par an.

La réunion est de droit si elle est demandée par le président ou par le vice-président.

L'ordre du jour, cosigné par le président et le vice-président, est adressé par le secrétariat avec la convocation et la documentation au moins dix jours ouvrés avant la date de la réunion.

### 3.2. La tenue du secrétariat

Sauf avis contraire prévu au règlement intérieur, le secrétariat est tenu par le service médical du régime général.

Il assure toutes les tâches administratives de l'instance (convocations, relevés de décisions, constat de carence...).

## 4. Les délibérations et votes

### 4.1. Délibérations

L'instance régionale ne peut valablement délibérer que si le quorum est atteint.

Le quorum s'entend comme un nombre de membres présents ou représentés au moins égal à la moitié des membres composant chacune des sections.

En cas d'absence du titulaire ou du suppléant, une délégation de vote est donnée à un représentant présent de la même section.

Les membres de l'instance régionale

sont soumis au secret des délibérations.

Le CMPR délibère hors de la présence des experts.

Les délibérations suivies d'un vote font l'objet d'un relevé de décisions. Il est adressé aux membres du CMPR et à leurs suppléants, puis soumis à l'approbation des membres à la séance suivante. Ce document, signé par le président et le vice-président, est conservé au secrétariat.

Après signature du président et du vice-président, les relevés de décisions sont adressés au CMPL et aux CMPL de la région.

### 4.2. En l'absence de quorum

En l'absence de quorum, une nouvelle réunion est convoquée dans un délai de quinze jours.

La délibération est valable, quel que soit le nombre de membres présents ou représentés, sous réserve que la parité soit respectée, c'est-à-dire que le nombre des membres présents ou représentés dans chacune des deux sections soit équivalent.

### 4.3. Les conditions de vote

Les décisions sont prises à la majorité des suffrages exprimés. Le nombre de votes est calculé abstraction faite des bulletins blancs ou nuls qui n'expriment pas de votes.

En cas de partage égal des voix, sauf dispositions spécifiques, notamment en cas de vote à bulletin secret, la voix du président est prépondérante.

L'instance régionale peut adopter, à la majorité des deux tiers, un règlement intérieur qui précise les modalités de son fonctionnement.

L'instance régionale peut constituer des groupes de travail par décision prise à la majorité des deux tiers.

## 5. Carence

Il y a situation de carence dans les cas suivants :

## 5.1. Non-installation de l'instance

En cas de non-installation de l'instance, dans le délai de trois mois à compter de la date d'entrée en vigueur de l'avenant 12 à la convention nationale, résultant :

- de l'absence de désignation des membres de l'instance par l'une ou l'autre section ;

- ou de l'insuffisance du nombre de titulaires ou membres suppléants désignés dans l'une ou l'autre section de l'instance, au regard du nombre de sièges prévu dans le texte conventionnel,

le constat de carence est dressé par le secrétariat de l'instance et adressé à la CMPN.

La section constituée assure alors les travaux qui relèvent du CMPR, jusqu'à installation complète de l'instance.

## 5.2. Dysfonctionnement

En cas de :

- absence de réunion résultant de l'incapacité répétée (plus d'une fois) des sections de l'instance soit à fixer une date de réunion, soit à arrêter un ordre du jour commun, soit à atteindre le quorum à une réunion ayant donné lieu à convocation officielle, du fait de l'une ou l'autre section de l'instance ;

- refus, par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour,

le constat de carence est dressé par le secrétariat de l'instance et adressé à la CMPN.

Dans ces cas, la section à l'origine de la situation de carence est invitée par le président ou le vice-président à prendre toute disposition pour remédier à la situation.

Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à cette instance jusqu'à ce qu'il soit remédié à la situation de carence.

Lorsque la carence résulte du refus de voter un point inscrit à l'ordre du jour, le constat de carence ne porte que sur ce point.

## 6. La présidence

Les présidents de chacune des deux sections assument, par alternance annuelle, la présidence et la vice-présidence du CMPR.

Le président et le vice-président ne doivent pas appartenir à la même section.

La présidence de plusieurs instances conventionnelles ne peut être assurée simultanément par la même personne.

## 7. L'indemnité de vacation

Les représentants des syndicats signataires membres de la section professionnelle perçoivent une indemnité sur la base de 6 C par réunion dans la limite de deux réunions au maximum par jour et une indemnité de déplacement dans les conditions prévues pour les administrateurs de caisses.

Les mêmes dispositions s'appliquent aux médecins qui participent aux groupes de travail créés par les instances conventionnelles à la majorité des deux tiers.

## II. - MISSIONS

Le CMPR est le conseiller médical de la CCPR.

Il informe régulièrement le CMPN et les CPML concernés de l'avancée des travaux qui lui sont confiés. De même, il répond à toute demande écrite du CMPN et des CMPL de sa région.

Il donne un avis à la CCPR sur les thèmes d'AcBUS régionaux et sur des dispositions spécifiques régionales aux contrats de bonne pratique prévus à l'article L. 162-12-18.

## A N N E X E 5

### TARIFS DES HONORAIRES, RÉMUNÉRATIONS

### ET FRAIS ACCESSOIRES EN EUROS

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 215 du 17/09/2003 page 15958 à 15966

Fait à Paris, le 3 juin 2003.

Le président de la Fédération française

des médecins généralistes MG France,

P. Costes

Le président de la Caisse nationale

de l'assurance maladie des travailleurs salariés,

J.-M. Spaeth

La présidente de la Caisse centrale

de mutualité sociale agricole,

J. Gros