

## **Titre 2. Développer la coordination des soins**

Les parties signataires affirment leur volonté de favoriser une meilleure coordination des soins entre les professionnels de santé et le développement des modes d'organisation plus collectifs indispensables à l'amélioration de la prise en charge des patients et à l'efficience des soins.

Elles réaffirment la nécessité, tout particulièrement pour les patients souffrant de pathologies chroniques, de favoriser le parcours de soins coordonnés entre les professionnels de santé dans la prise en charge globale des patients. Cette organisation structurée en fonction des besoins des patients est gage d'une amélioration de la qualité des soins et d'une meilleure efficience. Les patients se voient responsabilisés dans leur recours aux soins dans le respect du libre choix. Elles conviennent donc de pérenniser le dispositif du parcours de soins.

En outre, elles estiment nécessaire d'engager une dynamique sur le développement de parcours de soins plus efficaces adaptés aux besoins médicaux et socio économiques des patients.

### **Sous-Titre 1. Le parcours de soins**

La loi HPST a consacré le rôle du médecin traitant dans l'offre de soins de premier recours. Ces missions couvrent à la fois le diagnostic, le traitement, la prévention, le dépistage, mais également l'orientation des patients, selon leurs besoins, dans le système de soins, la coordination des soins et la centralisation des informations émanant des professionnels intervenant dans le cadre du parcours de soins.

#### **Article 12. Le Médecin traitant**

Le médecin traitant favorise la coordination avec les autres professionnels et services participant aux soins de ses patients. Son intervention contribue à la continuité ainsi qu'à la qualité des soins et des services apportés à la population.

Par ses fonctions de conseil et d'orientation, le médecin traitant participe activement à la bonne utilisation du système de soins par ses patients avec le souci de délivrer des soins de qualité à la collectivité, à des coûts maîtrisés.

##### **Article 12.1. Les missions du médecin traitant**

Le médecin traitant :

- assure le premier niveau de recours aux soins ;
- contribue à l'offre de soins ambulatoire ;



- participe dans la mesure de ses compétences à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et au suivi des maladies ainsi qu'à l'éducation pour la santé de ses patients ;
- oriente le patient dans le parcours de soins coordonnés ;
- informe tout médecin correspondant des délais de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient ;
- organise la protocolisation des soins de longue durée, en concertation avec les autres intervenants ;
- rédige le protocole en tenant compte de la proposition du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade ;
- favorise la coordination par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et veille à l'intégration de ces synthèses dans un dossier médical personnel ;
- apporte au malade toutes les informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture du cabinet.

### **Article 12.2. Les modalités de choix du médecin traitant**

Conformément aux dispositions des articles L. 162-5-3 et D. 162-1-6 et suivants du code de la sécurité sociale, le médecin traitant peut être un médecin généraliste ou un spécialiste.

Chaque assuré de 16 ans ou plus est invité à choisir un médecin traitant. Ce choix de médecin traitant se formalise par l'établissement d'un document "Déclaration de choix du médecin traitant", cosigné par l'assuré et le médecin.

La transmission s'effectue soit par voie électronique via les téléservices soit par envoi papier par l'assuré.

L'assuré peut changer à tout moment de médecin traitant.

### **Article 12.3. Les modalités particulières**

Lorsque le médecin traitant est indisponible, des modalités particulières s'appliquent notamment :

En matière de remplacement :

Lorsque le médecin traitant est indisponible, le médecin qui assure pour la continuité des soins la prise en charge du patient est considérée comme médecin traitant pour l'application du parcours de soins.

En matière d'exercice en groupe :

Conformément aux dispositions de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, tous les médecins de même spécialité exerçant au sein d'un cabinet médical peuvent être désignés indifféremment comme médecin traitant pour la patientèle du cabinet.



#### **Article 12.4. La valorisation du rôle de médecin traitant**

Les parties signataires conviennent de la nécessité de valoriser la fonction de médecin traitant dans toute la dimension de son exercice médical centré sur le service rendu au patient, à la patientèle et à la santé publique.

C'est pourquoi ils décident de mettre en place le nouveau mode de rémunération visé à l'article 26 en privilégiant la fonction de synthèse du dossier médical par le médecin traitant et les missions spécifiques de ce dernier dans le domaine de la prévention, du suivi en population des pathologies chroniques et, plus généralement, de la santé publique.

Ce nouveau mode de rémunération comporte, pour les médecins traitants, une part de rémunération forfaitaire proportionnelle au nombre de patients qui ont choisi le médecin comme médecin traitant, dans les conditions qui sont précisées à l'article 26.

Pour ses patients atteints d'une affection de longue durée qui l'ont choisi en tant que tel, le médecin traitant régi par la présente convention bénéficie d'une rémunération spécifique afin de prendre plus particulièrement en compte le besoin particulier de coordination médicale que nécessite la pathologie concernée. Elle intègre également la rédaction et l'actualisation du protocole de soins en liaison avec le médecin correspondant.

En effet, le médecin traitant rédige pour son patient et conjointement avec le médecin conseil le protocole de soins initial pour permettre la demande d'ouverture du droit conformément aux dispositions de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale. Le médecin traitant prend en considération dans ce cadre, l'état de santé du patient et les données acquises de la science, notamment les avancées thérapeutiques, et il s'appuie, le cas échéant, sur les recommandations établies par la Haute Autorité de Santé. A tout moment, le médecin traitant peut, sur son initiative, actualiser ce protocole de soins en raison de l'évolution de l'état du malade ou des avancées thérapeutiques.

Le médecin traitant régi par la présente convention bénéficie donc d'une rémunération spécifique pour ceux de ses patients en ALD qui l'ont choisi comme médecin traitant.

L'assurance maladie verse ainsi au médecin traitant une rémunération spécifique de 40 € par an et par patient atteint d'une affection de longue durée au sens des 3° et 4° de l'article L 322-3 du code de la sécurité sociale.

Le paiement de cette rémunération spécifique au médecin s'effectue à trimestre à échoir, pour les patients qui ont choisi et déclaré leur médecin traitant le trimestre précédent, et dont la date anniversaire d'entrée dans l'ALD se situe au cours du trimestre de versement.

Au-delà de ce suivi, le médecin traitant s'assure de la coordination dans la prise en charge avec les autres professionnels de santé de ses patients. Dans ce cadre, il tient à jour un dossier médical et l'enrichit, en tant que de besoin, de toutes les données cliniques et paracliniques (examen de biologie, radiologie, etc.). Il est en mesure à partir de ce dossier d'établir une fiche de synthèse médicale reprenant le projet thérapeutique incluant le calendrier de suivi et les liens avec les autres professionnels de santé pour avis ou suivi coordonné.

Le rôle spécifique du médecin traitant fait l'objet d'une valorisation plus globale dans le cadre de la mise en place du nouveau mode rémunération lié au nombre des patients ayant choisi ce professionnel comme médecin traitant et à l'atteinte d'objectifs de santé publique ; ce nouveau mode est décliné au titre [X] de la présente convention.



## **Article 13. Le Médecin correspondant**

Intervenant en coordination avec le médecin traitant, le médecin correspondant garantit le niveau de second recours aux soins, notamment l'accès aux soins les plus spécialisés.

### **Article 13.1. Les missions du médecin correspondant**

Le médecin correspondant a pour mission de :

- répondre aux sollicitations du médecin traitant et recevoir les patients adressés dans des délais compatibles avec leur état de santé, sans discrimination dans la prise de rendez-vous ; il s'engage à tenir compte des informations médicales relatives au délai de prise en charge transmises par le médecin traitant en application du [X].
- contribuer, dans son champ de compétence, à la protocolisation des soins pour les malades en affections de longue durée en relation avec le médecin traitant ;
- tenir informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de ses constatations et lui transmettre, dans les délais raisonnables, nécessaires à la continuité des soins et compatibles avec la situation médicale du patient, tous éléments objectifs se rapportant aux séquences de soins sur lesquelles il intervient : résultats d'examens complémentaires, comptes rendus opératoires, comptes rendus d'hospitalisation, constatations, conclusions et éventuelles prescriptions.

### **Article 13.2. La valorisation du rôle de médecin correspondant**

#### Avis ponctuel de consultant

Conformément à l'article 18 des dispositions générales de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), l'avis ponctuel de consultant est un avis donné par un médecin spécialiste à la demande explicite du médecin traitant.

Le médecin correspondant, sollicité pour cet avis ponctuel de consultant, adresse au médecin traitant ses conclusions et propositions thérapeutiques. Il s'engage à ne pas donner au patient de soins continus et à laisser au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.

L'avis ponctuel de consultant est facturé dans les conditions définies à l'article 18 des dispositions générales de la NGAP.

#### Majoration de coordination

Lorsque le médecin correspondant, adhérant à la présente convention et appliquant les tarifs opposables, reçoit le patient pour des soins itératifs et procède à un retour d'informations au médecin traitant, il bénéficie d'une majoration de coordination applicable à la consultation.



Cette majoration de coordination est également applicable en cas de séquence de soins nécessitant un ou plusieurs intervenants, c'est-à-dire lorsque le patient est adressé par un médecin correspondant à un autre médecin spécialiste avec information au médecin traitant.

Lorsqu'à l'occasion d'une consultation auprès d'un bénéficiaire de la CMU complémentaire, le médecin correspondant, indépendamment de son secteur d'exercice, a facturé une majoration de coordination et qu'il est constaté que l'assuré n'a pas déclaré de médecin traitant, cette majoration est versée par l'organisme d'assurance maladie au praticien dans le cadre de la dispense d'avance des frais.

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, ces majorations ne peuvent être cotées que par les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et par les praticiens ayant adhéré à l'option de coordination et au secteur optionnel décrits aux articles [X] de la présente convention.

La majoration de coordination ne peut pas se cumuler avec la facturation d'un dépassement autorisé (DA) prévu à l'article [X] de la présente convention.

Les valeurs de la majoration de coordination et des majorations dédiées sont définies en annexe [X]

## **Article 14. L'Accès spécifique**

### **Article 14.1. Champ de l'accès spécifique**

Les médecins relevant de certaines spécialités et pour des actes précisés (soins de première intention) peuvent être consultés sans consultation préalable du médecin traitant tout en restant dans le parcours de soins et être rémunérés comme tels.

### **Article 14.2. Les conditions de l'accès spécifique du médecin spécialiste**

#### Les gynécologues

Pour la gynécologie, les soins pouvant donner lieu à un accès spécifique sont :

- les examens cliniques gynécologiques périodiques, comprenant les actes de dépistage,
- la prescription et le suivi d'une contraception conformément aux référentiels scientifiques élaborés par la Haute Autorité,
- le suivi des grossesses,
- l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse.

#### Les ophtalmologues

Pour l'ophtalmologie, les soins pouvant donner lieu à un accès spécifique sont :

- les troubles de la réfraction oculaire (prescription et renouvellement de verres correcteurs),
- les actes de dépistage et de suivi du glaucome.



## Les stomatologues

Pour la stomatologie, les soins pouvant donner lieu à un accès spécifique sont les soins bucco-dentaires (actes thérapeutiques et radiographiques) incluant :

- les soins de prévention bucco-dentaire,
- les soins conservateurs : obturations dentaires définitives, soins d'hygiène bucco-dentaire,
- les soins chirurgicaux : extraction dentaires, lésions osseuses restant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et lésions gingivales,
- les soins de prothèse dentaire,
- les traitements d'orthopédie dento-maxillo-faciale

Les autres actes dispensés par le stomatologue sont intégrés dans le parcours de soins coordonnés, lorsque le patient est adressé par son médecin traitant ou son chirurgien-dentiste et que le stomatologiste procède à un retour d'information au médecin traitant.

Les règles du parcours de soins coordonné ne s'appliquent pas aux actes de radiodiagnostic portant sur la tête et la bouche qui sont effectués par le radiologue lorsqu'ils sont demandés par le stomatologue ou le chirurgien-dentiste.

Les partenaires conventionnels conscients de l'importance des actions de prévention et d'éducation sanitaire pour l'amélioration de la santé bucco-dentaire, et afin de poursuivre une politique préventive active et nécessaire pour les jeunes, confirment la participation des médecins stomatologues au dispositif de prévention bucco-dentaire pour les patients âgés de 6 à 18 ans.

Les modalités de participation des médecins stomatologues au dispositif de prévention bucco-dentaire pour les patients âgés de 6 à 18 ans sont définies à l'annexe [X] du présent texte.

## Les psychiatres et neuropsychiatres

Les soins de psychiatrie prodigués par les psychiatres et neuro-psychiatres aux patients de moins de 26 ans sont en accès spécifique.

Les soins de neurologie ne relèvent pas de l'accès spécifique.

Le médecin spécialiste est tenu aux mêmes engagements en termes de coordination que le médecin correspondant. Il apprécie la nécessité de conseiller à son patient de consulter son médecin traitant.



## **Article 15. Le Fonctionnement du parcours de soins coordonnés**

### **Article 15.1. Les différentes modalités du parcours de soins coordonnés**

Sont définies ci-après les règles générales applicables au parcours de soins.

#### Médecin traitant vers médecin correspondant pour demande d'avis ponctuel

Le médecin correspondant a un rôle de consultant, selon des modalités définies au point [X] du présent texte.

A ce titre, il ne donne pas de soins continus à ce patient et laisse au médecin traitant la charge de surveiller le suivi de ses prescriptions.

#### Médecin traitant vers médecin correspondant pour soins itératifs

Ces soins sont pratiqués selon :

- un plan de soins prédéfini en termes de contenu et de périodicité entre le médecin traitant et le médecin correspondant ;
- ou selon un protocole d'affection de longue durée.

Le patient accède aux médecins correspondants sans passage par le médecin traitant selon les périodicités prédéfinies.

Dans ce cadre, le médecin correspondant procède régulièrement à un retour d'information vers le médecin traitant de son patient.

#### Médecin traitant vers médecin correspondant avec nécessité d'une séquence de soins nécessitant un ou plusieurs intervenants :

Cette séquence de soins est réalisée en concertation avec le médecin traitant. Le patient est alors orienté vers les médecins correspondants sans passage par le médecin traitant.

#### Médecin traitant vers médecin correspondant généraliste :

Le médecin traitant peut conseiller une séquence de soins à son patient nécessitant l'intervention ponctuelle ou itérative (plan de soins) d'un médecin généraliste.

### **Article 15.2. Les cas d'urgence et d'éloignement**

Le praticien adhérent à la présente convention exerçant en secteur à honoraires opposables ou ayant adhéré à l'option de coordination ou au secteur optionnel (dans l'hypothèse où il serait mis en place) et intervenant hors parcours de soins pour une urgence médicalement justifiée doit respecter les tarifs opposables. Il continue à bénéficier par ailleurs des majorations d'urgence prévues par la NGAP.



La cotation d'une majoration d'urgence, d'une majoration liée à la permanence des soins ou d'une majoration pour consultation/intervention le soir ou le week-end exclut la possibilité de coter la majoration de coordination.

En cas de consultation par un assuré éloigné de sa résidence habituelle donc de son médecin traitant désigné, le praticien régi par la présente convention et appliquant les tarifs opposables ou ayant adhéré à l'option de coordination ou au secteur optionnel (dans l'hypothèse où il serait mis en place) peut, sous réserve de procéder à un retour d'information au médecin traitant, appliquer à la consultation la majoration de coordination définie supra.

## **Sous-Titre 2. Un parcours de soins mieux coordonné dans le cadre d'un exercice coopératif**

Les parties signataires considèrent que l'amélioration de la prise en charge des patients suppose une meilleure coordination des soins entre les professionnels intervenants.

### **Article 16. Accompagnement du développement des modes d'exercice pluriprofessionnel**

La coordination revêt plusieurs formes selon qu'il s'agit d'une coordination au décours d'une hospitalisation ou d'une coordination au long cours autour d'un patient atteint d'une pathologie chronique, en situation de maintien à domicile ou encore en situation de perte d'autonomie.

Dans toutes ces situations, deux missions peuvent être mise en évidence. D'une part, la fonction de synthèse médicale et de prise de décision sur les orientations et les changements de prise en charge, assurée par le médecin traitant. D'autre part, l'accompagnement médico-social de la personne et des aidants familiaux, à la fois soignante et sociale, qui garantit la vigilance et la circulation de l'information, ainsi que de l'aide pour les démarches administratives. Cette dernière peut être assurée selon le type et le niveau de besoin, par différents professionnels de santé ou encore par une structure pluri professionnelle.

Dès lors, les parties signataires souhaitent accompagner la mise en place d'organisations nouvelles garantissant la cohérence des interventions des différents acteurs dans le respect du libre choix du patient.

Toutefois, préalablement à la mise en place de ces mesures elles souhaitent attendre les résultats de l'évaluation des expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération menées sur la base de l'article 44 de la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007. Elles



s'accordent également sur la nécessité de s'articuler avec les protocoles de coopération issus des articles L. 4011-1 et suivants du code de la santé publique.

Les partenaires conventionnels s'engagent à conclure un avenant à la présente convention avant le 31 décembre 2012 relatif à la définition d'un dispositif favorisant l'exercice pluriprofessionnel.

#### **Article 17.      Elaboration de contrats type sur l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins**

Les partenaires conventionnels estiment que les contrats prévus à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique visant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins et pouvant être conclus entre les professionnels et les agences régionales de santé peuvent constituer un vecteur pour la mise en place d'engagements sur la coordination.

Dans ce cadre et comme l'a prévu le législateur, elles s'engagent à proposer dans le cadre d'avenants à la présente convention, des contrats types nationaux sur la base desquels ces contrats régionaux seront conclus.

#### **Sous-Titre 3.      Développement de nouveaux modes de prise en charge des patients**

Les parties signataires constatent que le développement de nouveaux modes de prises en charge des patients est devenu une nécessité du fait de l'évolution de l'organisation des soins ambulatoires et des besoins des patients.

Elles sont conscientes de la nécessité d'améliorer la qualité de prise en charge des patients par un suivi adapté à domicile et une meilleure coordination de l'ensemble des professionnels de santé et des prises en charge autour du patient.

Elles s'accordent pour mettre en place des dispositifs, en coordination avec les différents acteurs concernés aussi bien dans le secteur ambulatoire qu'hospitalier ou médico-social, favorisant et améliorant le maintien ou le retour à domicile des patients, en particulier pour les sorties d'hospitalisation. Ces dispositifs portent notamment sur :

- les sorties d'hospitalisations sur les pathologies programmées,
- l'accompagnement et le suivi à domicile de certaines pathologies pour éviter les hospitalisations.



Elles conviennent de s'appuyer également sur les nouveaux outils disponibles dans le cadre du déploiement de la télémédecine.

La diminution des durées de séjours constatée depuis plusieurs années nécessite d'accompagner les patients à leur retour à domicile par une surveillance appropriée.

Pour assurer efficacement la continuité des soins en ville, les besoins du patient nécessitent d'être anticipés et organisés très en amont de sa sortie de l'établissement en concertation avec le médecin traitant, de manière à accroître l'efficacité et la fluidité du parcours.

Dans un objectif de complémentarité des différents acteurs intervenant dans la prise en charge des patients, les partenaires conventionnels s'engagent dans la mise en œuvre d'un nouveau service d'accompagnement du retour à domicile des patients hospitalisés.

Ce service doit permettre de renforcer le suivi des patients en sortie d'hospitalisation en leur offrant un accompagnement adapté, par des professionnels libéraux, dont la coordination est favorisée par le médecin traitant, réservant ainsi les structures hospitalières aux patients les plus lourds.

Cette démarche répond à l'attente des patients de plus en plus attentifs à préserver leur autonomie et leur qualité de vie. Elle place les professionnels de ville au cœur du dispositif et leur permet de développer une activité en cohérence avec l'évolution des besoins.

#### **Sous-Titre 4. Médecins à mode d'exercice particulier**

Les parties signataires constatent qu'un certain nombre de médecins omnipraticiens ont développé des modes d'exercice particulier.

Ils conviennent d'approfondir ensemble la connaissance de ces modes d'exercice afin de mieux appréhender l'apport de ces professionnels à la prise en charge des patients.