

#médecins #vieconventionnelle #Covid-19 #organisationdessoins

## **Signature de l'avenant n°9 entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux**

Les négociations de cet avenant n°9 à la convention médicale se sont déroulées dans un contexte particulier et inédit : les partenaires conventionnels ont souhaité tirer collectivement les enseignements de la crise sanitaire liée au Covid-19 en procédant à des **aménagements structurants**, afin d'adapter notre système de santé, de sorte à **mieux prendre en compte les besoins des assurés et des professionnels de santé libéraux mis en exergue dans le cadre de cette crise**. Cet accord traduit également la dynamique amorcée dans le cadre de la réforme « Ma santé 2022 » en lien avec les objectifs du Ségur de la santé portés par le ministre des Solidarités et de la Santé, Olivier Véran.

Trois syndicats représentant les médecins libéraux, MG France, Avenir Spé-le Bloc et la CSMF ont signé cet avenant. Cela traduit un soutien très large à cet avenant puisqu'ils représentent près de 54% des médecins généralistes et 61% des médecins spécialistes, alors que le seuil de validité est de 30% dans chacun des collèges.

Cet avenant vise 4 objectifs :

- Renforcer l'accès aux soins pour les publics prioritaires ;
- Mettre en place une réponse organisée pour faire face aux besoins de soins non programmés ;
- Consolider le parcours de soins, en soutenant notamment les spécialités cliniques et en fixant un nouveau cadre à la téléconsultation et la téléexpertise ;
- Accompagner le virage numérique de la médecine de ville.

### **1. Renforcer l'accès aux soins pour les publics prioritaires**

**Les partenaires conventionnels souhaitent prioritairement s'attacher à la question de la prise en charge à domicile des personnes âgées.** Les partenaires conventionnels s'accordent à inciter les médecins généralistes à se rendre au domicile de leurs patients âgés en situation de dépendance. Aussi, la rémunération de la visite à domicile des médecins généralistes est doublée pour les patients de plus de 80 ans en affection longue durée (ALD), laquelle pourra être cotée en visite longue à hauteur de 70 €, 4 fois par an.

**Afin d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap,** la constitution et la transmission du dossier MDPH, qui requiert beaucoup de temps, seront de surcroît valorisés comme une consultation très complexe. Suivant les recommandations des associations de personnes handicapées, l'avenant n°9 rend également possible la rémunération

de la consultation « blanche ».

**Toujours dans ce contexte de crise, les partenaires s'attachent ensuite sur une amélioration de la prise en charge de la santé mentale et de la santé des enfants.** Aussi, ils s'accordent sur un **effort substantiel en faveur de la pédiatrie et la psychiatrie**, avec une attention particulière portée à la pédopsychiatrie et à la prise en charge des enfants souffrant de troubles du neuro-développement. De surcroît, afin d'assurer une meilleure prise en charge des enfants admis à l'Aide sociale à l'enfance, leur bilan de santé par les généralistes et les pédiatres relèvera désormais d'une consultation complexe.

## **2. Mettre en place une réponse organisée face aux besoins de soins non programmés**

**Proposé dans le cadre du Pacte pour la refondation des urgences et réaffirmé lors du Ségur de la santé, le Service d'accès aux soins (SAS) est un élément clé du nouveau modèle de prise en charge des patients.** Son objectif est de répondre à la demande de soins urgents de la population, partout et à toute heure, grâce à une chaîne de soins lisible et coordonnée entre les acteurs de santé de l'hôpital et de la ville d'un même territoire

**Des expérimentations ont été lancées en 2021 sur 22 sites pilotes, avec l'objectif d'une généralisation au 1<sup>er</sup> janvier 2022.** Dans ce cadre, les partenaires conventionnels se sont accordés sur le modèle d'organisation et le modèle de rémunération du SAS, modalités qui pourront le cas échéant être amenées à évoluer. Un patient ressentant un besoin de soin urgent, et ne parvenant pas à joindre son médecin traitant, pourra ainsi s'adresser par téléphone à un médecin « régulateur » (appel direct, ou redirigé par un numéro d'urgence), qui pourra lui trouver un rendez-vous médical en ville dans les 48h. L'objectif est notamment de désengorger les urgences, et d'offrir une réponse médicale libérale lorsqu'une prise en charge hospitalière n'est pas nécessaire.

L'Assurance Maladie s'est de surcroît engagée, avec l'accord du ministre des Solidarités et de la Santé, à revaloriser au 1<sup>er</sup> septembre les astreintes réalisées le soir et le week-end par les médecins libéraux dans le cadre de la permanence des soins (la PDSSES et de la PDSA).

## **3. Consolider le parcours de soins**

**La consolidation du parcours de soins nécessite tout d'abord de soutenir les spécialités cliniques en tension et les moins rémunérées**, en particulier la psychiatrie, la pédiatrie, la gynécologie médicale, et l'endocrinologie.

**Les partenaires conventionnels s'accordent également à renforcer la qualité du parcours de soins**, d'une part en étendant le champ de la téléexpertise, d'autre part en revalorisant l'avis ponctuel de consultant (consultation d'un spécialiste demandée par le médecin traitant). Il s'agit de renforcer le rôle de première ligne du médecin traitant, et l'expertise fine pouvant être apportée en second recours, et à sa demande, par les médecins spécialistes.

Les partenaires conventionnels ont enfin souhaité tirer les enseignements de certaines mesures mises en place dans le cadre de d'état d'urgence sanitaire, afin de **permettre à la téléconsultation de poursuivre son essor**, dans un cadre garantissant la qualité des soins et le respect du parcours de soins. La téléconsultation sera par exemple possible avec un médecin ne résidant pas sur son territoire s'il habite dans un désert médical et qu'il n'y a pas d'offre sur son territoire ; la télémédecine ne pourra pas représenter plus de 20% de l'activité d'un médecin. En outre, les partenaires conventionnels conviennent de travailler à l'élaboration d'une charte visant à garantir le bon usage, la qualité et la protection des données dans le cadre de

l'activité de télésanté.

#### 4. Le virage numérique

**Le Ségur de la Santé porte une nouvelle politique d'investissement massif dans le numérique en santé**, condition indispensable à la transformation du système de santé, dans un cadre éthique et respectueux des droits de l'ensemble des acteurs de l'écosystème, usagers et professionnels. Les partenaires conventionnels s'accordent ainsi à encourager financièrement les médecins libéraux à l'usage des nouveaux outils de l'espace numérique de santé, parmi lesquels le volet médical de synthèse (synthèse médicale du patient, indispensable pour la coordination des professionnels entre la ville et l'hôpital), la messagerie sécurisée entre professionnels et patients, la e-prescription et l'application Carte vitale. Les médecins seront également incités à alimenter le DMP, afin que le patient ait accès à l'ensemble de son dossier (prescriptions, bilans, etc.) dans Mon Espace Santé.

#### 5. Synthèse financière

Cet avenant se traduit par un **investissement financier historique** de l'Assurance Maladie de près de **800 millions d'euros** selon la répartition suivante :

Négociation médecins	Montants (M€)
<b>Mesures MG</b>	<b>165</b>
dont visite à domicile des 80 et plus en ALD	145
dont consultations ASE et handicap	20
<b>Mesures spécialistes</b>	<b>165</b>
dont APC	85
dont revalorisations ciblées (psy, pédiatres, etc.)	80
<b>Soins non programmés</b>	<b>150</b>
<b>Téléconsultation et téléexpertise</b>	<b>6</b>
<b>TOTAL hors numérique</b>	<b>486</b>
<b>Numérique en santé</b>	<b>300</b>
Incitations à l'usage	300
<i>Financement éditeur (non compté)</i>	<i>100</i>
<b>TOTAL Avenant 9</b>	<b>786</b>

#### **A propos de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam)**

Etablissement public national à caractère administratif, sous la double tutelle du ministère des Solidarités et de la Santé (chargé de la Sécurité sociale) et du ministère de l'Action et des Comptes publics, la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) gère, au niveau national, les branches Maladie et Accidents du travail / Maladies professionnelles du régime général de Sécurité sociale.

Avec plus de 2 200 salariés, elle constitue la tête de pont opérationnelle du régime d'assurance maladie obligatoire en France. Elle pilote, coordonne, conseille et appuie l'action des organismes locaux qui composent son réseau (CPAM, DRSM, Ugecam, Carsat, CGSS...). Elle mène les négociations avec les professionnels de santé au sein de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam). Elle concourt ainsi, par les actions de gestion du risque ou les services en santé qu'elle met en œuvre, à l'efficacité du système de soins et au respect de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam). Elle participe également à la déclinaison des politiques publiques en matière de prévention et informe chaque année ses assurés pour les aider à devenir acteurs de leur santé.

**Contact presse de la Cnam**

[presse.cnam@assurance-maladie.fr](mailto:presse.cnam@assurance-maladie.fr)



[Suivez notre actualité sur Twitter !](#)