

**Décrets, arrêtés, circulaires**

**Textes généraux**

**Ministère de l'emploi et de la solidarité**

Arrêté du 31 janvier 2002 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des médecins généralistes

NOR: MESS0220389A

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, la ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'agriculture et de la pêche, le ministre délégué à la santé et la secrétaire d'Etat au budget,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-5 et L. 162-15,

Arrêtent :

Article 1

Est approuvé l'avenant conclu le 29 janvier 2002, annexé au présent arrêté, entre, d'une part, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse centrale de mutualité sociale agricole et la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et, d'autre part, la Fédération française des médecins généralistes MG France.

Article 2

Le directeur général de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes et la directrice du budget au ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, le directeur de la sécurité sociale et le directeur général de la santé au ministère de l'emploi et de la solidarité et le directeur des exploitations, de la politique sociale et de l'emploi au ministère de l'agriculture et de la pêche sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 31 janvier 2002.

La ministre de l'emploi et de la solidarité,

Élisabeth Guigou

Le ministre de l'économie,

des finances et de l'industrie,

Laurent Fabius

Le ministre de l'agriculture et de la pêche,

Jean Glavany  
Le ministre délégué à la santé,  
Bernard Kouchner  
La secrétaire d'Etat au budget,  
Florence Parly

## A N N E X E

### AVENANT N° 8 À LA CONVENTION NATIONALE DESTINÉE À ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

Entre :

L'organisation syndicale représentative des médecins généralistes : la Fédération française des médecins généralistes MG France, représentée par son président, M. Pierre Costes,

D'une part,

Et les caisses nationales d'assurance maladie :

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, représentée par son président, M. Jean-Marie Spaeth ;

La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, représentée par sa présidente, Mme Jeannette Gros ;

La Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes, représentée par son président, M. Gérard Quévillon,

D'autre part. Préambule

Au cours des dernières décennies, la médecine et le système de soins ont connu des bouleversements : qu'il s'agisse des progrès des techniques médicales, de l'accélération de la spécialisation de la médecine ou de l'évolution des attentes et des comportements des patients ; le médecin généraliste a un sentiment d'isolement face à ces évolutions et à une demande de soins de plus en plus diversifiée, malgré les apports des conventions lors de ces dernières années.

Aujourd'hui, cette spécialisation de la médecine a rendu paradoxalement plus que jamais indispensable le rôle du médecin généraliste, comme garant de la continuité des soins, et son rôle de spécialiste de la prise en charge globale du patient.

Le mode de rémunération du médecin, qui n'a connu jusqu'à maintenant que des évolutions à la marge, ne permet pas de reconnaître la diversité de la fonction de médecin généraliste.

Le contenu des conventions qui régissent les relations entre les médecins, l'assurance maladie et les assurés sociaux, malgré les dispositifs de formation continue et d'incitation à la

coordination des soins, a sans doute encore insuffisamment accompagné le médecin dans ces évolutions.

C'est pourtant à cette reconnaissance complète qu'aspirent aujourd'hui les médecins généralistes et c'est à cette revendication légitime qu'entendent répondre les signataires du présent accord ; les assurés sociaux représentés par les caisses y ont aussi intérêt : car c'est dans cette reconnaissance par la voie de la négociation que les aspirations et les besoins des professionnels et ceux des patients peuvent se rejoindre.

Au-delà des mesures immédiatement perceptibles par les médecins généralistes, les signataires entendent donc tracer la voie d'une revalorisation de l'ensemble du métier de généraliste, de ses contraintes et exigences, en sorte de mettre en lumière les conditions d'une meilleure réponse aux besoins de la population sur tout le territoire dans des conditions satisfaisantes pour les professionnels.

1. Revaloriser le métier de généraliste, pour permettre l'évolution de leurs revenus, l'amélioration de leurs conditions de travail et de vie et de la qualité des relations avec leurs patients, et mettre fin à la spirale d'augmentation du volume des actes, telle est l'ambition des signataires.

Elle suppose de reconnaître les différentes dimensions du métier de généraliste, autant que la diversité de ses conditions d'exercice. Elle nécessite aussi une diversification du mode de rémunération du médecin généraliste qui aujourd'hui, hormis pour le million de patients qui a choisi un médecin référent, se fait quasi exclusivement à l'acte. D'autres formes forfaitaires de rémunération doivent donc être désormais partie intégrante de la rémunération des généralistes.

Le généraliste assure une mission de service public, celle qui garantit chaque jour à la population la permanence des soins sur tout le territoire : les contraintes qu'elle entraîne doivent être reconnues, qu'il s'agisse de la disponibilité que le médecin garantit durant les périodes de garde et d'astreinte ou des soins dispensés la nuit ou les jours fériés.

D'autres missions d'intérêt public peuvent être développées pour améliorer la qualité des soins : comme les actions collectives de santé publique, la veille épidémiologique...

L'exercice de la médecine générale en milieu rural, dans une agglomération ou en zone périurbaine présente des différences qui ne doivent plus être niées, dans l'intérêt des professionnels concernés mais également des patients pour que l'offre de soins et leur qualité leur soient garanties dans des conditions équivalentes sur tout le territoire. La dimension territoriale de l'activité médicale doit donc être aussi reconnue.

Les techniques médicales vont continuer à progresser et évoluer à rythme soutenu. Cette évolution de plus en plus pointue renforce la nécessité d'un professionnel qui dispose d'une vision d'ensemble sur le patient, sur ses besoins, son cheminement dans le système de soins, et l'articulation et le lien entre les différents professionnels de santé dont l'intervention est requise : telle est la fonction de coordination et de continuité des soins qui revient au médecin généraliste.

Et l'activité d'un généraliste ne se réduit pas aux consultations qu'il dispense à ses patients, elles n'en constituent pas moins le coeur de son activité et, aujourd'hui, la partie prépondérante de son revenu.

La revalorisation du métier de généraliste passe donc par une revalorisation de la consultation et par la mise en évidence du contenu des consultations et donc leur diversité.

## 2. Une approche médicalisée

de la pratique du médecin généraliste.

Au fur et à mesure des évolutions techniques et de la spécialisation des thérapeutiques, la prise en charge sanitaire d'un patient nécessite des interventions pluridisciplinaires. Cette complémentarité accrue entre tous les métiers de la santé rend indispensable leur coordination par le médecin généraliste.

L'évolution accélérée des connaissances médicales renforce aussi le besoin de recommandations positives pour le médecin dans l'exercice de son métier.

Il doit pouvoir disposer, beaucoup plus qu'aujourd'hui, de recommandations de bonne pratique en soins primaires et de protocoles de soins, édictés par la communauté scientifique et médicale. Ces protocoles permettent ainsi à chaque professionnel de replacer ses actes dans un processus global de prise en charge d'un patient, qui se trouve dans une situation pathologique donnée, en même temps qu'ils fixent, du même coup, les limites de ses demandes couvertes par la collectivité.

Autour de ces notions de soins pertinents, les recommandations et protocoles de soins permettent de fédérer les responsabilités partagées des professionnels, des caisses et des patients.

## 3. La réforme des relations entre l'assurance maladie et les médecins : une opportunité à saisir.

Enfermées dans un cadre législatif particulièrement contraignant et résultant pour sa majeure partie des années soixante-dix, les relations conventionnelles entre les médecins généralistes et l'assurance maladie peuvent aujourd'hui être profondément modifiées et devenir le support des évolutions du système de soins et de son organisation dans lesquelles médecins et patients trouveront un intérêt commun.

L'Assemblée nationale a adopté en première lecture, le 10 janvier dernier, un nouveau cadre législatif décidant ainsi de mettre fin au dispositif de régulation des dépenses dit des « lettres clés flottantes » qui, sans prouver son efficacité économique, s'est confirmé être une entrave aux évolutions structurelles du système de soins.

La loi qui doit être prochainement adoptée définitivement offrira aux caisses et aux syndicats de médecins un cadre rénové pour leur action et leurs projets. C'est dans ce cadre qu'ils entendent placer les négociations qui ont démarré ce jour pour redéfinir le contenu et la nature des relations conventionnelles entre les caisses d'assurance maladie et les médecins généralistes, et invitent l'ensemble des syndicats représentatifs des généralistes à participer à ces négociations.

Ces projets pourront désormais s'inscrire dans un cadre pluriannuel, offrant ainsi à tout médecin la visibilité à moyen terme à laquelle il aspire légitimement.

La pluridisciplinarité qui caractérise la prise en charge des malades en milieu hospitalier pourra désormais trouver sa place et être reconnue en dehors de l'hôpital, d'une part, au sein

de l'accord-cadre qui devra regrouper les dispositions communes à l'ensemble des professions de santé et, d'autre part, une diversification des modes de rémunération des médecins.

Négociée collectivement par les syndicats de professionnels de santé, chaque convention professionnelle offrira en son sein des dispositifs qui seront soumis à l'adhésion individuelle des professionnels qui trouveront ainsi, dans le cadre conventionnel, des conditions d'exercice et des engagements adaptés aux spécificités de leur métier et de leur pratique. Au-delà du colloque singulier entre un médecin et son patient, c'est donc un nouvel équilibre entre les aspirations individuelles des médecins et les attentes de la collectivité envers le corps médical qui doit ainsi être mis en lumière.

## 1. Contenu et valeur de la consultation

### du médecin généraliste

#### 1.1. La C

Les partenaires conventionnels décident que le tarif de la consultation (C) est fixé à 18,50 EUR à compter du 1er février 2002 (cf. note 1) .

#### 1.2. La C approfondie

La classification des actes cliniques est engagée et permettra de mettre en évidence la diversité des consultations. Cette classification nécessite une concertation étroite avec la profession et des travaux approfondis qui doivent aboutir au 31 décembre 2002.

Sans attendre, les partenaires conventionnels décident de demander aux ministres concernés l'inscription à la nomenclature, à compter du 1er mars 2002, d'une consultation approfondie, correspondant au libellé suivant :

La première partie des dispositions générales de la Nomenclature générale des actes professionnels est ainsi modifiée :

Après le premier paragraphe de l'article 2 (lettres clés et coefficients) il est inséré le paragraphe suivant :

« CALD - Consultation approfondie annuelle au cabinet par le médecin omnipraticien pour un patient reconnu atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée exonérées du ticket modérateur. »

Il est créé un article 15.2 ainsi rédigé :

« Art. 15.2. - Consultation approfondie annuelle au cabinet par le médecin omnipraticien pour un patient reconnu atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée exonérées du ticket modérateur.

La consultation approfondie (CALD) annuelle au cabinet par le médecin omnipraticien pour un patient reconnu atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée exonérées du ticket modérateur a pour objectif de réaliser un bilan approfondi de l'état de santé du patient.

Cette consultation approfondie fait le point sur l'ensemble des problèmes du patient, sur la coordination de ses soins, sur les interventions éventuelles des autres professionnels de santé et contribue à son éducation sanitaire et thérapeutique notamment par des conseils d'hygiène

de vie.

Elle donne lieu à la rédaction d'un compte rendu conservé dans le dossier du patient et dont un double lui est remis.

La cotation CALD ne s'applique pas pour les examens concernant des malades hospitalisés. »

Chaque année, la Caisse primaire d'assurance maladie proposera aux patients concernés de consulter leur médecin généraliste pour effectuer ce bilan, par l'envoi d'un document de prise en charge spécifique.

Cette consultation approfondie sera rémunérée 23 EUR à compter du 1er mars 2002 pour les patients atteints d'ALD ouvrant droit à prise en charge à 100 % (cf. note 2) .

Une première extension du champ de ces consultations approfondies sera décidée le 1er janvier 2003, au vu des conclusions des travaux de la classification des actes cliniques.

Cette disposition ne fait pas obstacle à d'autres diversifications de la rémunération que les partenaires pourront envisager au fur et à mesure de l'avancement de leurs travaux sur la description du contenu et de la nature des interventions du généraliste.

A la même date, les parties signataires fixeront la nature et la valeur de toutes les mesures complétant le dispositif arrêté ce jour de prise en compte de la complexité et de la pénibilité des actes cliniques.

## 2. Pour une meilleure répartition

### des médecins généralistes sur le territoire

Pour maintenir une répartition des médecins généralistes sur l'ensemble du territoire, les conditions d'exercice professionnel doivent être améliorées dans les zones où l'accès aux soins est difficile.

Les partenaires se sont mis d'accord sur les premières dispositions suivantes destinées à favoriser l'accès de tous à des soins de qualité.

### 2.1. Les mesures à court terme

Les partenaires s'engagent au sein du comité de gestion du FORMMEL à affecter une enveloppe financière de 76 millions d'euros pour favoriser l'installation des MG dans les zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit de l'offre de soins, et faciliter le regroupement des cabinets professionnels.

Un cahier des charges sera élaboré d'un commun accord d'ici le 30 juin 2002, fixant les conditions d'attribution de ces aides afin que les professionnels puissent les solliciter dès le second semestre 2002, pour les installations et les regroupements effectifs à compter du 1er février 2002.

Ce cahier des charges devra préciser les engagements en matière d'insertion du médecin dans l'organisation des soins primaires dans le secteur géographique considéré dont sa participation à un tour de garde organisé. Il précisera également les modalités de versement de l'aide, de résiliation du contrat et les conditions de remboursement en cas de non-respect du cahier des charges.

Dans ces conditions, une aide de 13 000 EUR pourra être attribuée pour un engagement de cinq ans en secteur 1.

Les médecins aidés bénéficieront d'un accompagnement par les caisses (aide aux démarches administratives, formation,...).

## 2.2 Les mesures pérennes

Par ailleurs, les partenaires soucieux de réduire les déséquilibres de la répartition géographique du corps médical sur le territoire entendent négocier rapidement les dispositions conventionnelles qui conduiront à réduire les écarts constatés et à proposer aux pouvoirs publics les mesures réglementaires qui s'imposeraient. Dans ce cadre, ils entendent affecter ces aides au regroupement des professionnels notamment au sein de cabinets de groupe ou des regroupements interprofessionnels.

## 3. L'organisation de la permanence des soins

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité d'une meilleure organisation des gardes et astreintes permettant à la fois d'alléger la contrainte que représente cette activité pour les médecins généralistes et d'autre part de mieux rémunérer ces périodes d'exercice.

### 3.1. Associations de garde et d'astreinte

L'accord repose sur l'organisation de médecins libéraux conventionnés volontaires au sein d'associations ayant pour mission d'organiser la permanence des soins notamment sous la forme de gardes, d'astreintes et de régulation téléphonique.

Les associations intéressées établissent des projets, examinés par les partenaires (niveau régional), qui retiennent ceux qu'ils estiment le mieux devoir répondre aux besoins de la population dans le département concerné et au cahier des charges qu'ils élaborent.

### 3.2. Conditions d'exercice des médecins libéraux

au sein des associations

#### 3.2.1. La régulation

La régulation médicale est assurée sans discontinuité et s'appuie sur l'organisation des gardes et astreintes. Elle peut faire appel :

- en premier recours aux médecins de garde ;
- en second recours aux médecins d'astreinte.

#### 3.2.2. Médecins de garde et médecins d'astreinte

Le médecin de garde doit être présent sur un lieu de soins, clairement identifié.

Le médecin d'astreinte est disponible et joignable aisément et rapidement, les dimanches, nuits et jours fériés.

Un cahier des charges type sera établi conventionnellement pour mise en oeuvre régionale des

dispositifs de régulation et d'astreinte et financement par les comités régionaux du FAQSV.

### 3.3. Dispositions financières

#### 3.3.1. Financement de la régulation

30 millions d'euros seront consacrés au financement de la régulation.

#### 3.3.2. Honoraires du médecin d'astreinte

Une enveloppe de 40 millions d'euros est attribuée aux instances régionales conventionnelles pour le financement d'astreintes, réparties sur le territoire à partir des secteurs de garde existants. Dans ce cadre, la réalisation d'une astreinte de 12 heures donne lieu au versement de 50 EUR.

#### 3.4. Meilleure prise en compte des soins dispensés la nuit

Afin de prendre en compte la pénibilité des soins effectués la nuit, la majoration de nuit prévue par l'article 14 des dispositions générales de la NGAP est revalorisée à compter du 1er février 2002 pour les médecins généralistes. Le montant de cette majoration est porté à 35 EUR pour les actes effectués de 20 heures à minuit et de 6 heures à 8 heures, et 40 EUR pour les actes effectués entre 0 heure et 6 heures.

#### 3.5. Mesure immédiate

Les partenaires conventionnels conviennent que la majoration de dimanche et jours fériés est étendue à compter du 1er février 2002 aux consultations réalisées le samedi après midi par le médecin de garde dans chacun des 3 100 secteurs.

#### 3.6. Composition de l'instance conventionnelle régionale

L'instance compétente visée aux articles 3.1 et 3.2.2 est composée ainsi :

A titre délibératif :

- cinq représentants du conseil d'administration de l'URCAM, dont un représentant de la MSA et un représentant de la CANAM ;
- cinq représentants du syndicat signataire.

Le secrétariat est assuré par la direction de l'URCAM, assisté de deux membres du comité technique de l'URCAM.

### 4. Le bon usage des soins à domicile

Les partenaires constatent que l'appréciation de la justification de la réalisation des actes ne peut, dans le contexte actuel, reposer uniquement sur le professionnel de santé au moment de la réalisation des actes.

Par conséquent, ils s'engagent à développer, en amont, des actions pédagogiques en direction des patients afin de leur permettre de disposer de repères établis pour l'usage des soins à domicile justifiés.

A cet effet, les partenaires s'engagent, notamment, à élaborer une campagne de communication avant la fin du premier semestre 2002 portant sur ce thème.

Cette campagne portera, d'une part, sur les aspects médicaux de l'usage des soins à domicile en comparant, notamment, les avantages et les inconvénients respectifs des soins prodigués au cabinet ou à domicile et, d'autre part, sur les conséquences sur la prise en charge par l'assurance maladie d'un recours injustifié aux soins à domicile.

Elle prendra des formes diversifiées et notamment la forme d'un guide de bon usage des soins à domicile.

Dans l'immédiat, les parties conventionnelles demandent l'inscription à la nomenclature d'une extension du champ d'application de la majoration de maintien à domicile dont le montant est de 9,15 EUR aux visites effectuées auprès :

- des bénéficiaires de l'allocation tierce personne au titre :
- du 3° de l'article L. 341-4 et de l'article L. 341-15 du code de la sécurité sociale ;
- du troisième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale ;
- de l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- des titulaires de l'APA exonérés du ticket modérateur au titre de l'assurance maladie ;
- des patients ayant fait l'objet d'une intervention chirurgicale d'un coefficient supérieur à KCC 150 (visites effectuées dans les 10 jours suivant l'intervention) ;
- des patients en HAD.

Les parties signataires s'engagent à ouvrir une réflexion sur les critères d'extension éventuelle du bénéfice de la MMD en examinant d'autres cas particuliers. Ils s'engagent à créer les conditions permettant la prise en charge des patients en perte d'autonomie totale et durable, et cela avant le 30 juin 2002.

## 5. La nomenclature des actes des généralistes

Une refonte complète des actes cliniques dans le cadre de la classification commune des actes médicaux (CCAM) sera lancée dès maintenant selon la même démarche que celle mise en oeuvre pour les actes techniques de façon à ce que les travaux techniques soient terminés pour le 31 décembre 2002.

Elle s'appuiera sur une typologie transversale des actes cliniques, commune à tous les médecins quelle que soit leur spécialité (cf. note 3), en attachant une attention particulière à la pertinence de l'unification C et V. Cette typologie est établie selon deux critères croisés : contenu de l'acte clinique et motif de recours pour aboutir à la création de plusieurs niveaux d'actes hiérarchisés selon leur complexité.

Dans cette perspective, les partenaires demandent aux pouvoirs publics de modifier les compétences de la commission permanente de la NGAP, afin de distinguer sans ambiguïté ce qui relève d'un travail d'évaluation purement technique et scientifique, de la valorisation des actes qui, elle, doit relever des partenaires conventionnels.

## 6. La prescription pharmaceutique

Les médicaments génériques ne connaissent pas un essor suffisant dans notre pays en comparaison des autres pays développés. En effet, leur part dans l'ensemble des médicaments remboursables n'est que de 3 % alors qu'elle pourrait atteindre les 40 % constatés ailleurs. Le droit de substitution accordé aux pharmaciens officinaux en 1999 constitue l'un des éléments de la politique des génériques mais ses effets sont, à ce jour, modestes. L'introduction de la possibilité de prescription en DCI (dénomination commune internationale), inscrite dans la loi de financement pour la sécurité sociale de 2002, permettra de renforcer le rôle des médecins et particulièrement celui des médecins généralistes qui prescrivent plus de 80 % des médicaments remboursables.

L'implication des médecins généralistes pourrait être valorisée dans le cadre conventionnel.

## 7. Le système d'information et de communication

Les parties signataires entendent améliorer et intensifier les échanges entre les médecins généralistes, les caisses d'assurance maladie et les instances conventionnelles.

L'informatisation des procédures, la dématérialisation des documents, le développement des échanges électroniques s'inscrivent dans ce cadre et visent à permettre à chaque partie de mieux se consacrer à sa fonction propre et notamment à permettre aux médecins de se consacrer essentiellement à leur activité médicale.

Un comité technique paritaire permanent est instauré près la CCPN.

Les attributions de ce comité sont spécifiques aux médecins généralistes dans le cadre de leurs engagements conventionnels de télétransmission SESAM-Vitale. Les échanges de données dématérialisées entre l'assurance maladie et les médecins conventionnés font partie de ses attributions.

Il est saisi de tout dysfonctionnement du système et examine les réponses appropriées dans les meilleurs délais afin de garantir la continuité du service de la télétransmission des feuilles de soins électroniques.

Il peut formuler des avis sur le cahier des charges SESAM-Vitale.

Il peut formuler des avis et des propositions tendant à l'amélioration du dispositif.

Dans ce domaine, la mission du comité technique paritaire comprendra le suivi des procédures informatiques de gestion de la dispense d'avance de frais, que celle-ci soit relative à l'option médecin référent, à la CMU, ou à tout autre dispositif issu de la réglementation.

Les partenaires conventionnels s'accordent pour intégrer les aides pérennes dans un dispositif de rémunération forfaitaire relatif à une participation du médecin au système comprenant outre les FSE, la dématérialisation de la communication entre les professionnels et l'assurance maladie, y compris l'engagement du professionnel à faire procéder, sous sa responsabilité, à la maintenance de ce dispositif de communication.

Pour 2002, une aide de 100 EUR, s'ajoutant à l'aide pérenne, sera attribuée au professionnel qui, télétransmettant en euros, aura fait procéder à cette maintenance afin de garantir la continuité du service de la télétransmission des feuilles de soins aux assurés. Le versement de

cette aide est effectuée concomitamment au versement de l'aide pérenne.

En outre, les systèmes d'information ainsi mis en place, quels que soient les moyens utilisés, doivent répondre aux besoins d'une meilleure information des médecins tant sur le dispositif conventionnel que dans leurs autres rapports avec l'assurance maladie.

#### 8. La formation initiale et continue

L'adoption dans le cadre de la loi sur les droits des malades de la réforme des études et de la formation initiale des médecins généralistes marque un changement important et attendu de longue date par ce corps professionnel. Il montre la voie de la reconnaissance du métier de généraliste en qualité de spécialiste de la prise en charge globale du patient.

Cette réforme de la formation initiale doit être accompagnée d'une politique déterminée de formation médicale continue qui doit permettre au professionnel de s'adapter aux évolutions et au progrès des techniques médicales et des thérapeutiques, et porter sur toutes les dimensions du métier de généraliste.

Le développement d'actions de formation continue interprofessionnelle que les parties signataires des conventions des infirmiers et des médecins généralistes ont initié doit être conforté et poursuivi.

Les caisses d'assurance maladie consacreront, en 2002, 30 millions d'euros à la formation professionnelle conventionnelle.

Le nombre maximal annuel de jours de formation professionnelle conventionnelle indemnisables par médecin est porté à 8 pour les médecins conventionnés et à 10 pour les médecins référents. L'indemnisation concerne également les médecins généralistes libéraux intervenant en tant que formateurs.

#### 9. La fiscalité du médecin généraliste conventionné

Les parties signataires proposent au Gouvernement la mise en place d'un groupe de travail portant sur les spécificités des médecins généralistes au regard des différents régimes fiscaux dont ils relèvent en portant une attention particulière sur les questions de gestion du cabinet médical.

#### 10. L'avenir conventionnel

La nouvelle loi qui va définir le cadre des relations entre les médecins et l'assurance maladie est en cours d'adoption. C'est dans ce cadre que les signataires souhaitent engager leurs discussions en vue d'une refonte de l'ensemble des dispositifs conventionnels.

Ils souhaitent en premier lieu que les discussions avec le CNPS s'engagent sans délai en sorte de préparer ce qui constituera le socle interprofessionnel et qui sera soumis aux syndicats de généralistes pour validation avant d'être applicable à ce corps professionnel.

C'est aussi dans le cadre interprofessionnel qu'ils estiment nécessaire d'étudier les évolutions à apporter en sorte de conforter le régime de l'avantage supplémentaire de vieillesse dont bénéficient les professionnels de santé conventionnés.

S'agissant de la convention nationale applicable aux médecins généralistes, ils invitent

l'ensemble des syndicats représentatifs des généralistes à participer à son évolution qui doit être finalisée au plus tard le 1er juillet 2002.

Fait à Paris, le 29 janvier 2002.

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

Le président de la Caisse nationale  
d'assurance maladie des professions indépendantes,

G. Quévillon