

I Exercice professionnel

Nouvelle convention médicale : quelles conséquences pour les pédiatres ?

La Convention Nationale, qui organise les rapports entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux pour 5 ans, a été signée le 25 août 2016. Les syndicats signataires sont la FMF, MG France et le Bloc (qui représente les plateaux techniques lourds). Comment les pédiatres ont-ils été représentés lors de cette négociation ? Parmi les 2 600 pédiatres libéraux, combien sont adhérents à la FMF, au Bloc ou à MG France qui représentent les seuls généralistes ? Quelles en sont conséquences pour les pédiatres ?



L. RÉFABERT

Secrétaire Général du SNPF
de septembre 2016 à septembre 2017.

La revalorisation des actes inscrits à la nomenclature générale

Les nouvelles majorations proposées pour les pédiatres : NFP, NFE, MEP ne représentent pour les pédiatres qu'1 € pour les consultations d'enfants jusqu'à 6 ans, depuis le 1^{er} mai 2017. Aucune revalorisation n'a été prévue pour les consultations de base des enfants de 6 à 18 ans. Le tarif des consultations était bloqué depuis 2006 pour les enfants de 0 à 2 ans et depuis 2011 pour ceux de 2 à 16 ans : un 1 € d'augmentation après 6 à 11 ans de blocage des tarifs des consultations. Un pédiatre fait en moyenne 3 000 consultations par an. Les enfants de 0 à 6 ans correspondent à 80 % des consultations de pédiatrie. L'augmentation du tarif des consultations pour les enfants jusqu'à 6 ans représente donc $3\,000 \times 80\% = 2\,400\text{€}$ par an.

Or, depuis 2011, les revenus des pédiatres, qui font partie des plus faibles parmi les médecins, ont diminué. La CARMF, qui publie chaque année l'évolution des bénéfices non commerciaux (BNC) de toutes les spécialités médicales, montre que le BNC des pédiatres n'a cessé de baisser, passant de 68 374 € en 2011 à 65 450 € en 2015. La diminution du BNC sur la période est donc de

2 924 €. La revalorisation actuelle ne représente donc même pas un rattrapage. En outre, ces modifications de lettres clés se sont accompagnées de petites mesquineries. Nous avons constaté avec surprise que la prise en charge par l'Assurance Maladie du NFP remplaçant le FPE était passée de 100 % à 70 % augmentant ainsi le montant restant à la charge des familles. Quant aux pédiatres de secteur 2 non OPTAM, ils peuvent constater que les parents de leurs patients entre 2 et 6 ans sont moins bien remboursés s'ils les consultent plutôt qu'un médecin généraliste de secteur 2 non OPTAM : 23 € pour un pédiatre *versus* 28 € pour un généraliste.

La simplification des majorations

Pour les pédiatres S1 et OPTAM, est instaurée une majoration MEP (majoration enfant pédiatre) qui remplace les lettres MNP et MPE. La MEP est cumulable avec NFE et NFP :

- enfants de 0 à 2 ans : NFP (Nouveau forfait pédiatrique), tous secteurs (remplace l'actuel FPE qui a disparu au 1^{er} mai 2017) ;
- enfants de 2 à 6 ans et de 6 à 16 ans non adressés par le MT (accès direct) :

majoration NFE (nouveau forfait enfant) qui remplace l'ancien MPJ pour S1 et OPTAM.

Pourquoi nous parle-t-on de simplification ? La suite est à l'avenant.

La création de consultations complexes

Ces revalorisations n'interviendront qu'à partir de novembre 2017. Faut-il se féliciter de la création de consultations complexes ?

Les signataires de la convention ont prévu de limiter l'intervention du pédiatre pour l'anorexie, l'asthme instable, l'épilepsie instable, les enfants cérébraux-lésés, le suivi des prématurés de plus de 32SA + 6 jours, l'obésité, une consultation de contraception et prévention des jeunes filles, une consultation initiale très complexe d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer ou d'une pathologie neurologique grave ou d'une pathologie neurodégénérative. Il faut y ajouter la revalorisation des 3 consultations obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat du 8^e jour, 9^e ou 10^e mois et 24^e ou 25^e mois et la consultation entre la sortie de maternité et le 28^e jour.

La notion de consultation complexe ne s'applique pour le pédiatre ni au diabète de l'enfant, ni aux accidents vasculaires de l'enfant, ni à la scoliose, l'arthrite chronique juvénile, la tuberculose, la mucoviscidose, les maladies hématologiques chroniques, le syndrome néphrotique, les cardiopathies congénitales, les maladies digestives inflammatoires chroniques, etc.

Ainsi, la plupart des consultations complexes listées à l'article 23.3 et 23.4 concernent l'enfant mais le pédiatre n'y a pas sa place. Il a été tout juste admis que les pneumopédiatres pouvaient avoir des consultations complexes concernant l'asthme ou les neuropédiatres pour l'épilepsie. Ne pas impliquer le pédiatre dans

le suivi des autres types de consultations complexes, c'est méconnaître ce métier. On veut faire évoluer le pédiatre vers des consultations de second recours et lorsque ces consultations sont revalorisées, on en exclut les pédiatres. Le neuropédiatre, le pneumopédiatre, l'endocrinopédiatre, le rhumatopédiatre, le gastropédiatre, le cardiopédiatre etc... n'ont qu'une spécialité, la pédiatrie. Ils ne pourront donc pas coter ces revalorisations. Les exclure des différents champs négociés est un signal de la volonté d'exclure les pédiatres de l'application de cette catégorie de consultations. Pourtant, en termes budgétaires, permettre aux pédiatres d'y accéder ne provoquerait aucun surcoût puisqu'il s'agit de la prise en charge de pathologies dont le nombre de cas ne variera pas selon que les pédiatres les traitent plutôt que d'autres médecins spécialistes.

Dans le détail, de quoi parle-t-on ?

- l'anorexie : +16 € uniquement pour la première consultation et uniquement en tarif opposable ;
- l'asthme instable : +16 € mais uniquement pour une consultation par an (sauf exacerbation) et uniquement pour les pneumopédiatres ;
- l'épilepsie instable : +16 € uniquement pour une consultation par an (sauf exacerbation) et uniquement pour les neuropédiatres ;
- les patients cérébraux-lésés ou traumatisés médullaires : + 16 € uniquement pour les neuropédiatres ;
- consultation de contraception et prévention : 46 € uniquement en tarif opposable, uniquement pour les filles, uniquement de 15 à 18 ans et uniquement pour la première consultation ;
- l'obésité : 46 € uniquement en tarif opposable, uniquement de 3 à 12 ans et une fois par an seulement ;
- suivi des prématurés de plus de 32 SA + 6 jours : + 16 €, uniquement au tarif opposable et une fois par an et seulement jusqu'à l'âge de 7 ans.

Les 3 consultations obligatoires du 8^e jour, 9^e mois et 24^e mois, ainsi que le premier examen du nouveau-né entre

la sortie de maternité et le 28^e jour : ces consultations sont valorisées à 39 € depuis le 1^{er} mai 2017 avant de passer à 46 € au 1^{er} novembre uniquement à tarif opposable (généralistes et pédiatres).

La consultation du nouveau-né entre la sortie de maternité et le 28^e jour : 46 € uniquement à tarif opposable. Il faut noter que le libellé de l'ancienne convention concernait la première consultation entre le jour de la sortie de maternité et le 28^e jour. Le libellé dans la nouvelle convention est : "une consultation pour un nouveau-né nécessitant un suivi spécifique".

Majoration de 30 €, pour la consultation initiale très complexe d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer ou d'une pathologie neurologique grave ou d'une pathologie neurodégénérative.

Consultations très complexes

Ces revalorisations n'interviendront qu'à partir de novembre 2017. Il faut probablement se féliciter de la création de ces consultations très complexes. Mais cela concernera combien de consultations pour un pédiatre libéral ?

- consultation de suivi de l'enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neurosensoriel sévère nécessitant un suivi régulier : 60 €, uniquement à tarif opposable (tous sec-teurs), une fois par trimestre ;
- consultation de suivi des enfants nés avant 32 SA + 6 jours mais uniquement ceux âgés de moins de 7 ans réalisée à tarif opposable (tous sec-teurs) : 60 €, (soit une revalorisation de 22 €) seulement 2 fois par an.

Mise en place d'une rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) pour le médecin traitant de l'enfant

La précédente convention de 2011 avait acté une ROSP pédiatrique (pour les

Exercice professionnel

pédiatres, à l'instar de la ROSP des cardiologues et des gastroentérologues), mais elle n'a pas vu le jour. L'Assurance Maladie et les syndicats signataires de la nouvelle convention médicale (FMF, Bloc et MGF) ont créé une ROSP pour le médecin traitant de l'enfant : médecins généralistes et pédiatres. Quelle en sera sa portée tant du point de vue de l'amélioration des pratiques que de la rémunération ?

Dix indicateurs de pratique clinique ont été retenus et répartis en deux grandes catégories : suivi des pathologies chroniques et prévention :

- part des patients médecin traitant (MT) de 1 à 16 ans présentant un asthme persistant traité par corticoïdes inhalés et/ou antileucotriènes ;
- part des patients MT de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant ayant eu au moins une EFR annuelle ;
- part des patients "MT" \leq 16 ans dont la courbe de corpulence (réalisée à partir du calcul de l'IMC) est renseignée dans le dossier médical au moins 1 fois/an ;
- part des patients "MT" < 2 ans ayant reçu 2 doses de vaccin ROR ;
- part des patients "MT" < 18 mois ayant reçu 1 dose de vaccin anti-méningococcique C ;
- part des patients "MT" < 4 ans traités par céphalosporines de 3^e ou 4^e génération parmi les patients "MT" < 4 ans traités par antibiotiques ;
- part des patients "MT" \geq 4 ans traités par céphalosporines de 3^e ou 4^e génération parmi les patients "MT" \geq 4 ans traités par antibiotiques ;
- part des patients "MT" < 12 mois ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs ;
- part des patients "MT" de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage des troubles du langage au moyen d'un test adapté (ERTL4 ou autre) ;
- part des patients "MT" < 16 ans visés par le programme "M. tes dents" ayant bénéficié d'au moins un examen bucco-dentaire.

L'indicateur sera déclenché à partir du moment où au moins 5 enfants sont concernés. Au total, il devrait être

possible théoriquement de cumuler 305 points. Chaque point sera valorisé à hauteur de 7 €. Il est nécessaire d'être déclaré médecin traitant pour obtenir la ROSP. Si le pédiatre n'est pas le médecin traitant, la valeur de son travail ira au médecin déclaré. Un pédiatre de secteur 2 peut prétendre à la ROSP à condition de se déclarer médecin traitant (sans bénéficier du forfait patientèle, voir ci-dessous).

La caisse prévoit une patientèle de 600 enfants par pédiatre et une rémunération moyenne de 900 €. Le calcul est le suivant : rémunération calculée = nombre de points \times taux de réalisation \times (patientèle déclarante/600) \times 7 €.

Le premier versement, basé sur le respect des indicateurs et sur la patientèle médecin traitant de 2017 aura lieu (si nous sommes bien informés) à la fin du 1^{er} trimestre 2018.

Forfait patientèle

À partir du 1^{er} janvier 2018, uniquement pour les médecins en secteur 1 ou OPTAM. Selon le nombre de patients inscrits au 31/12 de l'année précédente :

- enfant 0 à 6 ans : 6 € par an et par enfant "MT" ;
- enfant 6-18 ans : 5 €, par an et par enfant "MT" ;
- enfant en ALD : 42 € par an et par enfant "MT".

Une avance sera payée au 2^e semestre 2018, basée sur l'ancien système de 2017.

Les pédiatres en secteur 1 et OPTAM ont donc tout intérêt à se déclarer médecin traitant des enfants qu'ils suivent, sauf ceux qui pratiquent le C2 (avis ponctuel de consultant) lorsque l'enfant est adressé par son médecin traitant.

Les pédiatres de secteur 2 non OPTAM sont exclus du forfait patientèle mais ont intérêt à se déclarer médecin traitant des enfants s'ils souhaitent bénéficier de la ROSP (cf supra).

Forfait structure

Les partenaires conventionnels signataires (l'Assurance Maladie et les syndicats FMF, Bloc et MGF) ont modifié le forfait structure de la précédente convention. Il existe 2 volets :

>>> Volet 1 : tous les indicateurs doivent être atteints pour déclencher la rémunération forfaitaire de ce volet. Ils conditionnent également la rémunération du volet 2 :

1. Logiciel métier avec Logiciel d'Aide à la Prescription (LAP), certifié HAS, compatible DMP ;
2. Utilisation d'une messagerie sécurisée santé ;
3. Version du cahier des charges Sésame Vital intégrant les avenants publiés sur le site du GIE au 31/12 de l'année N-1 ;
4. Taux de télétransmission \geq 2/3 ;
5. Affichage des horaires dans l'annuaire santé Ameli.

Ce 1^{er} volet est affecté de 175 points (valeur du point 7 €) en année 1 = 1 225 €, 230 en année 2 = 1 610 €, 280 en année 3 = 1 960 €.

Or le pédiatre devait toucher 1 750 € dans la précédente convention ! La nouvelle convention établit donc le forfait à 500 € de moins en 2017. Ce forfait est conditionné à la participation au financement de l'UNOCAM. Si l'UNOCAM ne signe pas la convention, il n'y aura aucun forfait.

>>> Volet 2 : il faut avoir atteint tous les objectifs du volet 1. Chaque indicateur donne lieu à rémunération indépendamment des autres.

1. Taux de dématérialisation sur un bouquet de téléservices (MT, ALD) 2017 : 20 points, 2018 : 60 points, 2019 : 90 points ;
2. Capacité à coder certaines données pour produire ou alimenter des registres de patients 2017 : 10 points, 2018 : 20 points, 2019 : 50 points ;
3. Implication du médecin dans des démarches de prise en charge coordonnée des patients (CPTS, équipes de soins pri-

maires, réunions de concertation pluri professionnelles – RCP 4/an) 2017 : 15 points, 2018 : 40 points, 2019 : 60 points;

4. Services offerts aux patients : prise de RDV avec correspondants, accompagnement parcours complexes, prise en charge médico-sociale, problèmes liés à l'accès aux droits... 2017 : 20 points, 2018 : 80 points, 2019 : 130 points;

5. Exercice fonction de maître de stage (accueil internes et externes)

2017 : 10 points, 2018 : 30 points, 2019 : 50 points. Nombre de points maximum : 75 en 2017 – 230 en 2018 – 380 en 2019

Valorisation de la majoration de coordination (MCS), qui est portée à 5 € au 1^{er} juillet 2017

La valorisation de la consultation coordonnée portera le MCS de 3 à 5 € pour tous les spécialistes. Mais les pédiatres sont le plus souvent en accès direct, et ne pourront donc bénéficier de la MCS que de façon anecdotique. En 2014, les pédiatres ont coté la MCS (pour des plus de 16 ans) 6 fois par an. Soit 12 € de revalorisation par an et par pédiatre.

Valorisation de l'avis ponctuel de consultant qui passe de 46 à 48 € au 1^{er} octobre 2017, puis à 50 € en juin 2018

Les pédiatres font très peu d'actes de consultants. En 2014, cela concernait 78 actes par an et par pédiatre, soit 150 € de revalorisation. Les pédiatres seraient bien inspirés de coter des avis ponctuels de consultant quand ils ne sont pas le médecin traitant de l'enfant.

Majorations applicables en cas de prise en charge dans les 48 heures à la demande du médecin traitant (15 €)

● Majoration urgence du médecin traitant – MUT de 5 € au 01/01/18. Si le pédiatre est le médecin traitant et s'il adresse l'en-

fant en urgence à un autre spécialiste correspondant dans les 48 heures.

● Majoration correspondant urgence – MCU de 15 € au 01/01/18. Consultation en urgence du pédiatre, réalisée dans les 48 heures à la demande du médecin traitant.

● Majoration médecin traitant régulation – MRT de 15 € au 01/01/18. Consultations réalisées en urgence par le médecin traitant, uniquement en réponse à une demande du centre de régulation médicale des appels (centre 15 ou 116 117).

Uniquement à partir de 2018. Uniquement si tarif opposable.

Les pédiatres qui sont à la fois médecin traitant et consultant ne pourront que peu en bénéficier.

Article 29. Valorisations des activités techniques au 01/01/18

Le pédiatre fait partie intégrante de l'équipe en maternité.

● Modificateur d'urgence pour les actes réalisés en nuit profonde (S) : revalorisation du tarif des actes réalisés sur plateau technique lourd de 40 € à 80 €.

● Modificateur d'urgence pour les actes réalisés de 20 heures à minuit (U) : revalorisation du tarif des actes réalisés sur plateau technique lourd de 25,15 € à 50 €.

● Modificateur d'urgence pour les actes réalisés le dimanche et jours fériés (F) : revalorisation du tarif des actes réalisés sur plateau technique lourd de 19,06 € à 40 €.

Un avenant à la convention a été signé pour la revalorisation de certains actes de néonatalogie :

– réanimation YYYYY154 96 € passera à 150 € pour tous secteurs à compter du 1^{er} janvier 2018 ;

– conditionnement pour transfert YYYYY117 80 € passera à 130 € pour tous secteurs à compter du 1^{er} janvier 2018.

Conclusion

La convention médicale signée fin août 2016 par la Caisse d'Assurance Maladie et 3 syndicats de médecins (la FMF, MG France et le Bloc) ont de nombreuses conséquences pour le pédiatre de ville. Les pédiatres font partie des médecins (toutes spécialités confondues) dont les revenus sont les plus faibles. Les conséquences de la nouvelle convention concernent principalement les pédiatres de secteur 1 et ceux qui ont signé l'OPTAM. Les pédiatres de secteur 2 (comme l'ensemble des médecins de secteur 2) en sont le plus souvent exclus. La Caisse Maladie évalue l'ensemble des revalorisations à 16 000 € par an (après 2018) pour les pédiatres de secteur 1. Nous verrons bien si ce chiffre correspond à la réalité. Mais nous craignons que ces revalorisations soient tellement conditionnelles, tellement éloignées de la pratique des pédiatres, tellement complexes à mettre en œuvre, qu'au mieux elles ne seront pas à la hauteur des espérances et qu'au pire, elles poussent nombre de pédiatres à prendre leur retraite, ou qu'elles dissuadent de nombreux jeunes à s'installer.

Les pédiatres français auraient donc bien besoin d'aide... pour appliquer cette convention à la négociation à laquelle ils n'ont pas été conviés. La santé des enfants mérite mieux. Gageons que le nouveau gouvernement, la nouvelle ministre, vont prendre la mesure du désastre qui s'annonce et trouveront les moyens d'y remédier.

L'auteur remercie le Dr B. Virey pour sa relecture et ses remarques et déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.