

JOURNAL OFFICIEL

DE LA POLYNESIE FRANÇAISE

Philippe MACHENAUD-JACQUER
Mail : philippe.machenaud@mail.pf

NUMERO SPECIAL

Matahiti 162
N° 4 - Numera Taae

TE VE'A A TE HAU NO POLYNESIA FARANI

Mahana 5
no Fepuare 2013

IMPRIMERIE OFFICIELLE — 43, rue des Poilus-Tahitiens - BP 117 - 98713 PAPEETE — Tél. : 50 05 80 - Télécopieur (Fax) : 50 05 85

SOMMAIRE

PARTIE OFFICIELLE

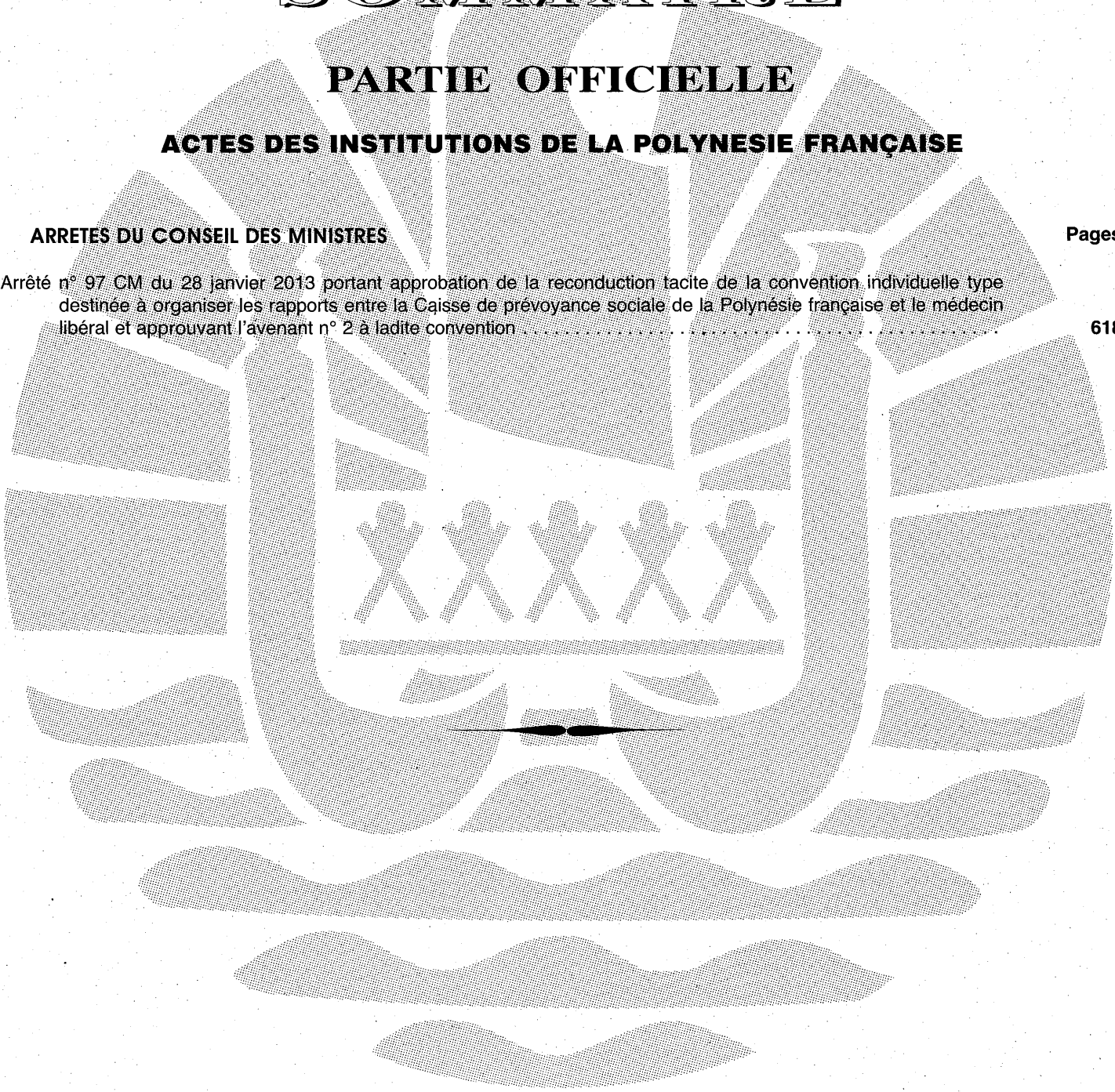
ACTES DES INSTITUTIONS DE LA POLYNESIE FRANÇAISE

ARRETES DU CONSEIL DES MINISTRES

Pages

Arrêté n° 97 CM du 28 janvier 2013 portant approbation de la reconduction tacite de la convention individuelle type destinée à organiser les rapports entre la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française et le médecin libéral et approuvant l'avenant n° 2 à ladite convention

618



PARTIE OFFICIELLE

ACTES DES INSTITUTIONS DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

ARRETES DU CONSEIL DES MINISTRES

ARRETE n° 97 CM du 28 janvier 2013 portant approbation de la reconduction tacite de la convention individuelle type destinée à organiser les rapports entre la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française et le médecin libéral et approuvant l'avenant n° 2 à ladite convention.

NOR : CPS1300103AC

Le Président de la Polynésie française,

Sur le rapport du ministre de la santé et de la solidarité, en charge de la protection sociale généralisée,

Vu la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 modifiée portant statut d'autonomie de la Polynésie française, ensemble la loi n° 2004-193 du 27 février 2004 complétant le statut d'autonomie de la Polynésie française ;

Vu l'arrêté n° 1682 PR du 6 avril 2011 modifié portant nomination du vice-président et des autres ministres du gouvernement de la Polynésie française, et déterminant leurs fonctions ;

Vu l'arrêté n° 1336 IT du 28 septembre 1956 modifié portant organisation et fonctionnement de la caisse de compensation des prestations familiales du territoire et des Etablissements français de l'Océanie ;

Vu la délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994 définissant le cadre de la couverture sociale généralisée applicable aux résidents du territoire de la Polynésie française ;

Vu la délibération n° 95-109 AT du 3 août 1995 modifiée relative aux rapports entre les professionnels de santé du secteur privé et la Caisse de prévoyance sociale ;

Vu la délibération n° 99-11 APF du 14 janvier 1999 organisant le contrôle et l'évaluation des régimes de protection sociale et les instances qui les gèrent ;

Vu les délibérations n° 24-2011 CG.RSPF du 24 novembre 2011, n° 18-2011 CA.RNS du 25 novembre 2011 et n° 38-2011 CA du 9 décembre 2011 relatives à la convention individuelle type destinée à organiser les rapports entre la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française et le médecin libéral, approuvées et rendues exécutoires par l'arrêté n° 62 CM du 19 janvier 2012 ;

Vu la convention individuelle type du 22 janvier 2012 entre la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française et le médecin libéral, ses annexes et avenants ;

Vu l'arrêté n° 811 CM du 2 juillet 2012 approuvant et rendant exécutoire les délibérations n° 11-2012 CA du 25 juin 2012, n° 12-2012 CA.RNS du 25 juin 2012 et n° 13-2012 CG.RSPF du 25 juin 2012 relatives à la convention individuelle type destinée à organiser les rapports entre la Caisse de prévoyance sociale et le médecin libéral ;

Vu la délibération n° 45-2012 CA du 21 novembre 2012 relative à l'avenant n° 2 à la convention individuelle type entre la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française et le médecin libéral, approuvée et rendue exécutoire par l'arrêté n° 2062 CM du 27 décembre 2012 ;

Vu la délibération n° 32-2012 CA.RNS du 23 novembre 2012 relative à l'avenant n° 2 à la convention individuelle type entre la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française et le médecin libéral, approuvée et rendue exécutoire par l'arrêté n° 2107 CM du 27 décembre 2012 ;

Vu la délibération n° 40-2012 CG.RSPF du 4 décembre 2012 relative à l'avenant n° 2 à la convention individuelle type entre la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française et le médecin libéral, approuvée et rendue exécutoire par l'arrêté n° 2133 CM du 27 décembre 2012 ;

Le conseil des ministres en ayant délibéré dans sa séance du 23 janvier 2013,

Arrête :

Article 1er. — Est approuvée la reconduction tacite de la convention individuelle type destinée à organiser les rapports entre la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française et le médecin libéral en date du 22 janvier 2012.

Art. 2. — Est approuvé l'avenant n° 2 à la convention individuelle type destinée à organiser les rapports entre la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française et le médecin libéral en date du 22 janvier 2012 et ses annexes modifiées.

Art. 3. — Le ministre de la santé et de la solidarité, en charge de la protection sociale généralisée, est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au *Journal officiel* de la Polynésie française.

Fait à Papeete, le 28 janvier 2013.

Pour le Président absent :

Le vice-président,
Antony GEROS.

Par le Président de la Polynésie française :

*Le ministre de la santé
et de la solidarité,*
Charles TETARIA.

CONVENTION INDIVIDUELLE TYPE

destinée à organiser les rapports

entre

**LA CAISSE DE PREVOYANCE SOCIALE
DE LA POLYNESIE FRANCAISE**

et

LE MEDECIN LIBERAL

approuvée par arrêté n° 62 CM du 19 janvier 2012 publié au JOPF n° 5 NS du 20 janvier 2012

*CPS – CG/RSPF du 24 novembre 2011
CA/RNS du 25 novembre 2011
C/RGS du 09 décembre 2011*

ENTRE :**LA CAISSE DE PREVOYANCE SOCIALE DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE,**

*sise à PAPEETE, Avenue du Commandant Chessé -
B.P. 1 – 98713 PAPEETE – TAHITI*

en tant qu'organisme de gestion :

- *du Régime des salariés,*
- *du Régime des non-salariés,*
- *du Régime de solidarité de la Polynésie française,*

et vu les délibérations :

- *n° 24-2011/CG.RSPF du 24 novembre 2011 du Comité de gestion du Régime de solidarité,*
- *n° 18-2011/CA.RNS du 25 novembre 2011 du Conseil d'administrations du Régime des non-salariés,*
- *et n°38-2011/CA du 09 décembre 2011 du Conseil d'administration de la CPS,*
approuvées et rendues exécutoires par arrêté n° 61 CM du 19 janvier 2012, publié au JOPF n° 5 NS du 20 janvier 2012 ;

représentée par son Directeur, M. Régis CHANG, habilité par délégations :

- *n° 110/P en date du 30 août 2011 du Président du Conseil d'administration de la CPS ;*
- *n° 13/RNS en date du 30 août 2011 du Président du Conseil d'administration du Régime des Non-salariés ;*
- *n° 13/RSPF en date du 13 septembre 2011 du Président du Comité de gestion du Régime de solidarité de la Polynésie française,*

ci-après dénommée la "C.P.S.",

d'une part,

ET :

LE DOCTEUR

Adressé géographique (lieu d'exercice) :

Adresse postale :

Adresse courriel :

ci-après dénommé(e) "le médecin" ou "le praticien" ou "le médecin signataire ou conventionné"

d'autre part,

Les parties ci-dessus énumérées sont désignées sous le terme de « parties signataires ».

SOMMAIRE

	<u>PAGES</u>
PREAMBULE	6
TITRE I - PRINCIPES GENERAUX	8
ARTICLE 1 ^{ER} : CHAMP D'APPLICATION	8
ARTICLE 2 : DES CONDITIONS DU PARTENARIAT	8
TITRE II - ACCES AU SECTEUR CONVENTIONNEL	8
ARTICLE 3 : REGULATION DE LA DEMOGRAPHIE DE LA PROFESSION.....	8
1. DEMANDE DE CONVENTIONNEMENT	8
2. EXAMEN DES DEMANDES	9
3. ADHESION A LA CONVENTION	9
4. CONDITIONS DE VALIDITE DES DECISIONS	10
5. CESSION DE CABINET	10
6. ASSOCIATIONS	10
7. CABINETS SECONDAIRES.....	10
8. LISTES DES PRATICIENS CONVENTIONNES	10
9. ACTIVITES DEVANT ETRE REALISEES EN MILIEU HOSPITALIER	10
10 VACATION	11
ARTICLE 4 : HONORAIRES OPPOSABLES.....	11
ARTICLE 5 : RELEVÉ INDIVIDUEL D'ACTIVITÉ PROFESSIONNEL	11
TITRE III - DELIVRANCE DES SOINS AUX RESSORTISSANTS	11
ARTICLE 6 : MODALITES D'EXERCICE	11
1. PRINCIPES GENERAUX.....	11
2. REMPLACEMENTS	11
3. SUSPENSION D'ACTIVITE.....	12
4. EXERCICE CONVENTIONNEL EFFECTIF DE LA PROFESSION EN LIBERAL.....	12
ARTICLE 7 : PRINCIPE DU LIBRE CHOIX.....	13
ARTICLE 8 : DELIVRANCE DES SOINS.....	14
ARTICLE 9 : FEUILLES DE SOINS	14
1. IMPRIMES	14
2. ADAPTATION AUX NOUVELLES TECHNIQUES.....	14
3. COTATION DES ACTES	15
4. ARRET DE TRAVAIL.....	15
5. HONORAIRES	16
6. CAS DU REMPLAÇANT	17
ARTICLE 10 : REDACTION DES ORDONNANCES.....	17

ARTICLE 11 : PAIEMENT DES HONORAIRES	19
1. DISPOSITIONS GENERALES	19
2. VERIFICATION DE L'OUVERTURE DES DROITS	19
3. ACTES REALISES DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE PRIVE	20
4. DISPENSES DE L'AVANCE DES FRAIS	20
ARTICLE 12 : FIXATION DES HONORAIRES	20
TITRE IV - NON-RESPECT DES REGLES CONVENTIONNELLES	21
ARTICLE 13 : NON-RESPECT DES TARIFS ET DES DISPOSITIONS CONVENTIONNELLES	19
ARTICLE 14 : CAS DE CONDAMNATION PAR L'ORDRE OU LES TRIBUNAUX	23
TITRE V - TARIFS D'HONORAIRES	23
ARTICLE 15 : VALEUR DES LETTRES-CLES	23
ARTICLE 16 : MODE DE FIXATION DES HONORAIRES	23
ARTICLE 17 : REMBOURSEMENT DES SOINS	23
ARTICLE 18 : REVISION DES TARIFS D'HONORAIRES	23
TITRE VI - DUREE ET CONDITIONS D'APPLICATION DE LA CONVENTION	24
ARTICLE 19 : DATE D'ENTREE EN VIGUEUR ET DUREE	24
ARTICLE 20 : DENONCIATION	24
ARTICLE 21 : NOTIFICATION DE LA CONVENTION – DELAI D'OPTION – RENONCIATION DU MEDECIN	24
ARTICLE 22 : RESILIATION DE LA CONVENTION	25
TITRE VII - MAITRISE MEDICALISEE DE L'EVOLUTION DES DEPENSES DE SANTE	25
ARTICLE 23 : PRINCIPES ET MISE EN ŒUVRE DE LA MAITRISE MEDICALISEE DES DEPENSES DE SANTE	26
ARTICLE 24 : FEUILLE DE SOINS ELECTRONIQUE	26
1. ENGAGEMENT A LA TELETRANSMISSION	26
2. MODALITES DE FONCTIONNEMENT	26
3. TRAITEMENTS DES INCIDENTS	26
ARTICLE 25 : PREVENTION	26
ARTICLE 26 : POLITIQUE DU MEDICAMENT	27
1. DEFINITIONS	27
2. MISE EN PLACE DU DISPOSITIF	27
3. LISTE DES MEDICAMENTS DE MEME CLASSE THERAPEUTIQUE ET DES GENERIQUES	28
ARTICLE 27 : COORDINATION DES DIFFERENTS INTERVENANTS DU SYSTEME DE SOINS	

ARTICLE 28 : ORGANISATION DE LA « LONGUE MALADIE »	28
1. RESPONSABILISATION DES ACTEURS DU SYSTEME	29
2. DISPOSITIF DU MEDECIN COORDONNATEUR	30
3. DEMANDE DE PRISE EN CHARGE – PROTOCOLE ANNUEL DE SOINS ...	31
4. CARNET MEDICAL – ORDONNANCE BIZONE	32
5. ELABORATION ET EXPLOITATION DE LA SYNTHESE	
MEDICALE ANNUELLE.....	31
6. PRISE EN CHARGE PRECOCE DU PATIENT	34
7. ACTION SUR LES PRESCRIPTIONS DE KINESITHERAPIE	34
ARTICLE 29 : REFERENCES DE BONNE PRACTIQUE	35
1. ELABORATION - APPLICATION	35
2. CRITERES D'OPPOSABILITE	36
ARTICLE 30: DOSSIER DE SUIVI MEDICAL INFORMATISE	36
ARTICLE 31 : DEVELOPPEMENT DE LA COMPLEMENTARITE ENTRE	
LE SECTEUR AMBULATOIRE PUBLIC ET LIBERAL.....	37
ARTICLE 31 : PROMOTION DES COMPLEMENTARITES ET DES COOPERATIONS	
HOSPITALIERES	37
ANNEXE I : A/ TARIFS D'HONORAIRES applicables jusqu'au 30 juin 2012.....	Annexe I – page 1
B/ TARIFS D'HONORAIRES applicables à partir du 1^{er} juillet 2012	Annexe I – pages 2 et 3
ANNEXE II - FICHE CONVENTIONNELLE DE TRAITEMENT	
DU DIABETE	Annexe II – pages 1 à 20
ANNEXE III - FICHE CONVENTIONNELLE DU PROTOCOLE DE SURVEILLANCE	
DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU (RAA)	Annexe III – pages 1 à 5
ANNEXE IV - FICHE CONVENTIONNELLE DE TRAITEMENT DE	
L'HYPERTENSION ARTERIELLE (HTA).....	Annexe IV – pages 1 à 5
ANNEXE V - FICHE CONVENTIONNELLE DE TRAITEMENT DE	
L'ASTHME.....	Annexe V – pages 1 à 6
ANNEXE VI - PROTOCOLES DE SOINS DE KINESITHERAPIE	Annexe VI – page 1/1

En application des dispositions de la réglementation en vigueur, les parties signataires ont convenu des termes de la convention qui suit.

Il est préalablement convenu entre les parties signataires que le terme « société » désigne les sociétés civiles professionnelles, les sociétés d'exercice libéral de la profession ou les sociétés communes de moyens.

PRÉAMBULE

En référence au dispositif de maîtrise de l'évolution des dépenses de santé adopté par l'Assemblée de Polynésie française par délibération n° 95-109 AT modifiée du 03 août 1995, cette convention individuelle type organise les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie en l'absence de convention médicale « collective ».

Elle reconduit la plupart des dispositions contenues dans la convention destinée à organiser les rapports entre la Caisse et les médecins généralistes et des médecins spécialistes, signée en date du 08 janvier 2009, ainsi que dans ses annexes et avenants.

Elle introduit par ailleurs les principes de certaines dispositions issus de la réforme de la Protection Sociale Généralisée II dans l'attente de leur mise en œuvre réglementaire.

A cet effet, les parties s'engagent à collaborer pour assurer le maintien du dispositif conventionnel, le partenariat entre le professionnel de santé signataire et l'organisme payeur étant indispensable à la mise en place d'un dispositif de maîtrise médicalisée des dépenses.

Les parties signataires se déclarent conscientes des difficultés économiques résultant de la conjoncture et de leurs conséquences sur l'équilibre des régimes d'assurance maladie et accident du travail. Elles reconnaissent que l'équilibre des comptes de l'assurance maladie et accident du travail est une des priorités pour la mise en œuvre des principes énoncés ci-dessus.

L'équilibre des comptes fait appel à la responsabilité de chacun des acteurs de santé

- Le médecin qui s'engage à intensifier la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé.
- Les ressortissants qui sont informés de la nécessaire lutte contre le gaspillage des soins et des médicaments, de la nécessaire prévention individuelle des accidents et des maladies.

Les parties, tant l'organisme payeur que le professionnel de santé, veilleront à garantir à tous les ressortissants des régimes de protection sociale territoriaux, l'accès à des soins de qualité selon les données acquises de la science afin de poursuivre l'amélioration de l'état sanitaire de la population.

Elles contribuent, chacune pour ce qui la concerne, à la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses tout en développant une médecine de qualité. Le succès de cette nouvelle approche de maîtrise des dépenses sera dû à la cohésion de toutes les mesures prises et à leur synergie.

Pour répondre à ces objectifs, en liaison avec les autres professions de santé, les parties signataires décident, en application du dispositif réglementaire en vigueur et dans le respect du code de déontologie médicale :

- de respecter les principes de l'organisation de la médecine libérale ;
- de mettre en application la maîtrise médicalisée et contractualisée de l'évolution des dépenses de soins notamment par l'application des références de bonnes pratiques dans le cadre des paniers de soins visés à l'article 29 de la présente convention et le respect des engagements de maîtrise médicalisée pris à l'article 26;
- d'adapter la pratique médicale en particulier par la mise en œuvre du dispositif de coordination dans le cadre du parcours de soins décrit à l'article 27, de continuité des soins et de la prise en charge des urgences dans le but d'améliorer la qualité des soins et la maîtrise des dépenses;
- de participer aux actions ou dispositifs de prévention ;
- de participer aux missions de service public dans le cadre de politiques de santé publique définies par le Pays.
- de promouvoir et développer la formation médicale continue.

Les parties signataires considèrent que les différentes disciplines médicales doivent trouver dans ce dispositif conventionnel les conditions nécessaires à l'exercice de leur profession et les moyens de participer pleinement à l'évolution du système de soins. A cette fin, elles apportent une attention particulière à la place à la médecine de ville dans les alternatives à l'hospitalisation, la prévention, l'éducation sanitaire.

Les modes de rémunération du médecin permettent de reconnaître la diversité de ses fonctions. Le paiement à l'acte reste le mode de rémunération principal pour les prestations techniques, néanmoins afin de reconnaître les différentes missions des médecins, il est possible de faire appel à des modes de rémunération forfaitaires définis réglementairement, liés soit à la prise en charge spécifique d'une pathologie, soit à des objectifs de santé publique.

°
° °

TITRE Ier

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Article 1^{er} : Champ d'application

Sous réserve des dispositions de l'article 3, relatif à la démographie de la profession, la présente convention régit les rapports entre l'organisme de gestion des régimes de protection sociale territoriaux et le médecin du secteur libéral signataire réglementairement autorisé à exercer en Polynésie française.

En outre, dans le cadre de l'amélioration de l'offre de soins, la Caisse pourra solliciter auprès des médecins exerçant sous le régime conventionnel des vacations ou des prestations de service à effectuer. Une convention particulière sera établie entre la Caisse et le praticien sollicité.

Article 2 : Conditions du partenariat

Les parties signataires s'obligent à collaborer étroitement, de bonne foi et en toute loyauté dans la réalisation de l'œuvre commune, c'est à dire :

- à préserver tant les modalités d'exercice du praticien conventionné et les règles de la déontologie médicale, notamment le secret médical dans l'intérêt des patients, que l'exécution par la Caisse de sa mission de service public ;
- à informer, consulter et accompagner l'autre partie dès lors que la démarche est utile à la bonne exécution de la convention ;

Dans le cadre des contrôles qu'ils effectuent, les praticiens-conseils s'abstiennent d'informer le patient que son médecin traitant est l'objet de ces contrôles.

Toutes les règles, interprétations et modalités d'application de la présente convention sont arrêtées d'un commun accord pour être opposables.

TITRE II

ACCÈS AU SECTEUR CONVENTIONNEL

Article 3 : Régulation de la démographie de la profession

Les modalités pratiques d'accès au conventionnement des médecins sur le Territoire sont applicables suivant la réglementation en vigueur portant dispositions relatives au dispositif conventionnel entre la C.P.S. et les professionnels de santé du secteur privé.

1. Demande de conventionnement

Le médecin qui sollicite son conventionnement doit adresser une demande écrite à la C.P.S. A l'appui de sa demande, il est tenu de fournir les documents ci-après :

- une attestation d'inscription au tableau du Conseil de l'Ordre ;
- une photocopie de sa pièce d'identité ;
- une photo d'identité récente ;
- un RIB ;

- une attestation sur l'honneur certifiant qu'il est dégagé de toute situation incompatible avec un exercice libéral de la médecine ;
- un exemplaire des actes de cession de cabinet ayant date certaine, en cas de rachat.

Le praticien doit indiquer la zone de conventionnement et la commune où il souhaite exercer son activité.

A peine de d'irrecevabilité, les dossiers de demande de conventionnement sont remis en mains propres ou envoyés par courrier recommandé avec accusé de réception, au Service des Relations Conventionnelles de la C.P.S. Les dossiers complets sont enregistrés par la C.P.S. suivant leur date de réception, sous réserve que la demande soit accompagnée des justificatifs requis.

Toute demande incomplète ne sera pas enregistrée et sera renvoyée au demandeur qui pourra la renouveler dûment complétée auprès de la CPS.

2. Examen des demandes

a) Principe général

Le conventionnement est accordé par la Caisse à tout médecin qui remplit les conditions fixées par la réglementation en vigueur pour l'exercice de sa profession, réserve faite des dispositions relatives à l'accès au conventionnement sur certaines zones géographiques gelées.

b) Accès au conventionnement sur les zones géographiques régulées

La Caisse transmet la demande de conventionnement, accompagnée de toutes les pièces justificatives, à la commission de régulation des conventionnements des médecins qui statue sur la demande suivant les modalités fixées par la réglementation en vigueur.

Le conventionnement accordé par la Caisse est subordonné à :

- la publication au journal officiel de la Polynésie française de l'arrêté pris par le président du gouvernement du territoire autorisant le praticien concerné à bénéficier des dispositions conventionnelles dans la zone gelée demandée ;
- la confirmation écrite du médecin concerné, de se placer sous le régime de la présente convention, suivant la procédure prévue au paragraphe 3 du présent article.

3. Adhésion à la convention

La C.P.S. adresse au praticien nouvellement conventionné copie en deux (2) exemplaires de la convention, par tout moyen certain de transmission.

Chaque médecin pourra être reçu individuellement en entretien afin que lui soit présenté et expliquer les enjeux de la convention et ceux de la protection sociale généralisée.

Le médecin dispose d'un délai d'un (1) mois, à compter de la réception du courrier, pour renvoyer ou remettre en mains propres un (1) exemplaire dûment paraphé, mentionné, daté et signé suivant les dispositions prévues à l'article 21 de la présente convention.

Passé ce délai, la Caisse considérera que le praticien ne souhaite pas bénéficier des présentes dispositions conventionnelles.

Toute nouvelle demande devra faire l'objet de la procédure prévue aux paragraphes 1, 2a) et 2b) du présent article 3.

En cas de contestation, le praticien dispose d'un recours de droit commun devant le tribunal compétent.

4. Conditions de validité des décisions

L'autorisation de conventionnement est accordée à titre individuel et nominatif pour l'exercice d'une qualification donnée, reconnue par le Conseil de l'Ordre, sous réserve de l'installation et de l'entrée en activité du praticien dans le délai de trois (3) mois à compter de la date d'enregistrement de sa demande d'adhésion par la Caisse.

5. Cession de cabinet

Le médecin conventionné titulaire d'un cabinet ou détenant des parts dans une société, a la possibilité de céder son cabinet ou ses parts. Le successeur réglementairement autorisé à exercer en Polynésie française bénéficie d'un droit au régime conventionnel, dans le respect des règles d'accès au conventionnement définies au paragraphe 1 ci-dessus et sous réserve du renoncement au conventionnement à son profit du praticien cédant son cabinet ou ses parts.

Cette disposition s'applique également au bénéfice des héritiers en cas de décès d'un médecin conventionné. Le transfert du droit au régime conventionnel devra se faire dans les six (6) mois qui suivent le décès, terme au delà duquel il deviendra caduc.

6. Associations

Les demandes de conventionnement pour exercer en association sont soumises aux dispositions relatives à l'accès au conventionnement du présent article.

7. Cabinets secondaires

Sous réserve des dispositions réglementaires concernant l'accès au conventionnement par zones géographiques, le conventionnement du praticien signataire s'applique à ses activités exercées tant à son cabinet principal qu'à son cabinet secondaire dûment autorisé par le Conseil de l'Ordre des médecins.

Le médecin autorisé à ouvrir un cabinet secondaire ne peut en aucun cas se faire remplacer dans l'un de ses cabinets pendant qu'il exerce dans l'autre.

8. Listes des praticiens conventionnés

Afin d'assurer la meilleure information possible des praticiens conventionnés, les parties signataires acceptent que la C.P.S. publie sur son site web la liste nominative mise à jour des médecins conventionnés.

9. Activités devant être réalisées en milieu hospitalier

Lorsqu'un médecin spécialiste conventionné doit réaliser en milieu hospitalier, pour des raisons d'environnement technique, des interventions ou investigations en dehors de sa zone d'installation, ses actes sont pris en charge dans les mêmes conditions sous réserve de l'accord préalable du contrôle médical.

10. Vacations

Le praticien qui effectue des vacations dans des structures publiques est tenu d'en informer la Caisse et ne peut en aucun cas se faire remplacer simultanément dans son cabinet sauf dans le cas d'une mission de santé publique contractualisée tripartite (praticien, caisse et structure publique).

Article 4 : Honoraires opposables

Le praticien conventionné s'engage à respecter les tarifs fixés en annexe, qui sont déterminés selon les modalités prévues au Titre V de la présente convention.

Article 5 : Relevé Individuel d'Activité Professionnel (RIAP)

La Caisse s'engage à communiquer chaque semestre, par voie électronique au praticien exerçant sous le régime de la présente convention, le montant global des honoraires et prescriptions remboursées par l'assurance maladie et accident du travail (**date de paiement**), figurant sur leur relevé individuel d'activité professionnel (RIAP).

Une fois par an, la Caisse adressera l'ensemble des informations d'activités comparatives permettant au praticien de situer son activité par rapport à celle de ces confrères.

TITRE III

DÉLIVRANCE DES SOINS AUX RESSORTISSANTS

Article 6 : Modalités d'exercice

1. Principes généraux

Le médecin est tenu de faire connaître à la C.P.S., dans un délai d'un (1) mois à compter de la date de son adhésion à la présente convention, l'adresse géographique de son cabinet (principal et éventuellement secondaire), les jours et horaires d'ouverture, la copie du ou des tampons identifiant le ou les lieux de son exercice ainsi que ses coordonnées téléphoniques, postales, télécopie et adresse e-mail.

Lorsqu'il exerce au sein d'un cabinet de groupe ou d'une société, il doit préciser l'identité de ses associés ainsi que la date de début de leur association.

2. Remplacements

Les parties signataires conviennent de la nécessité de mettre en œuvre des moyens permettant d'identifier et de suivre l'activité des remplaçants.

Le médecin signataire qui cesse momentanément tout exercice professionnel et souhaite se faire remplacer est tenu de justifier d'une autorisation de remplacement délivrée par l'Organe Territorial du Conseil National de l'Ordre des médecins et de faire connaître à la C.P.S., avant l'entrée en fonctions de son remplaçant, les dates de début et de fin du remplacement, le nom et le numéro d'inscription à un tableau de l'Ordre des médecins du remplaçant ou son numéro de licence de remplacement.

Il lui appartient de vérifier que son remplaçant remplit bien toutes les conditions nécessaires à l'exercice du remplacement.

Le remplaçant d'un praticien placé sous le régime de la présente convention est tenu de se conformer à l'ensemble du dispositif conventionnel. Il est informé de ses obligations par le médecin remplacé.

Durant son remplacement, le médecin remplacé s'interdit toute forme d'exercice conventionnel rémunéré de son art. De même, le remplaçant ne peut exercer une activité propre et indépendante durant toute la durée du remplacement.

Le remplaçant adopte la situation du remplacé au regard de la présente convention, sauf le cas échéant, en ce qui concerne les avantages sociaux dont pourrait bénéficier le médecin titulaire.

Il indique sa situation de remplaçant, le nom et le numéro d'identification du praticien remplacé dans le pavé d'identification prévu à cet effet sur les différents imprimés de facturation.

Un médecin interdit d'exercice ou faisant l'objet d'un déconventionnement ne peut se faire remplacer durant la durée de la sanction.

3.-Suspension d'activité

Le praticien qui suspend son activité sans se faire remplacer pendant une durée supérieure à trois (3) mois doit en informer au préalable, la C.P.S. en précisant des dates de début et de fin de la période concernée.

Lorsque la Caisse a connaissance de la cessation d'activité d'un médecin n'ayant pas satisfait à cette obligation, elle rappelle à l'intéressé, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, les dispositions des paragraphes 1 et 3 du présent article.

Si la lettre est retournée par l'administration des postes avec la mention « non réclamé », « inconnu », « parti » ou toute autre mention équivalente, un nouvel envoi est effectué après un délai minimum de quinze (15) jours à compter de la date de retour du premier courrier recommandé notifiant une suspension de convention à titre conservatoire. En absence de réponse dans un délai d'un mois la C.P.S. procède à la radiation d'office du médecin concerné qui est réputé avoir définitivement cessé d'exercer.

4. Exercice conventionnel effectif de la profession en libéral

Conformément aux dispositions de la délibération n° 95-109/AT modifiée, le praticien conventionné doit, pour conserver le bénéfice du conventionnement, justifier de l'exercice conventionnel effectif de la profession en libéral.

Les parties s'entendent pour définir que l'exercice conventionnel effectif de la profession en libéral, pour répondre aux besoins de soins de la population, dans le respect des obligations notamment du code de déontologie en matière de qualité des soins, tient compte :

- du nombre d'actes remboursés par l'assurance maladie et accident du travail qui, hors épidémie, doit correspondre à une activité pour un généraliste de 4 à 6 consultations par heure et pour un spécialiste 2 à 4 consultations pour la même durée ;
- du nombre de patients relevant de l'un des régimes de protection sociale territoriaux ;
- de, le cas échéant, son activité de médecin référent ;

- de son activité de prescriptions (pharmacie, examens, soins para médicaux ...);
- du temps consacré à l'exercice conventionnel de la profession sur une base hebdomadaire minimale de mi-temps pour tenir compte du dispositif de régulation.

Chaque semestre, la Caisse expédie à chaque praticien conventionné son relevé individuel d'activité professionnel (RIAP), sur lequel figurent le nombre d'actes remboursés par l'assurance maladie et accident du travail pour la période concernée ainsi que le nombre de patients traités, relevant de l'un des régimes de protection sociale territoriaux.

A partir de ce relevé, dans un souci de garantir une offre de soins de qualité lorsque la Caisse constate un écart de plus 50 % du nombre d'actes et/ou de patients par rapport à la moyenne des médecins de même qualification reconnue par le Conseil de l'Ordre, elle fait procéder par le Service Médical de la C.P.S. à une analyse concertée avec le praticien de son activité.

A l'issue, le Service Médical de la C.P.S. établit ses conclusions écrites, en tenant compte des critères énoncés aux alinéas 2 et suivants du présent paragraphe 4, énonçant les éventuels manquements du praticien concerné, pouvant justifier l'une des mesures prévues au titre IV.

En cas d'anomalie, il rappelle à l'intéressé, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, les dispositions des alinéas 1 à 7 du présent paragraphe, et informe qu'il dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception de la lettre recommandée, pour former ses observations et donner des explications sur son activité.

A l'expiration du délai d'un mois et suivant les observations éventuelles du praticien, la Caisse engage les procédures prévues au titre IV.

Par ailleurs, si la lettre est retournée par l'administration des postes avec la mention « non réclamé », « inconnu », « parti » ou toute autre mention équivalente, un nouvel envoi est effectué dans un délai minimum de quinze (15) jours à compter de la date de retour du premier courrier recommandé. Si le second envoi est également envoyé pour un motif analogue la C.P.S. procède à la radiation d'office du médecin concerné qui est réputé avoir définitivement cessé d'exercer.

En cas de contestation, le praticien dispose d'un recours de droit commun devant le tribunal compétent.

Article 7 : Principe du libre choix

Les ressortissants des régimes de protection sociale territoriaux ont le libre choix entre tous les praticiens réglementairement autorisés à exercer en Polynésie française.

Le praticien signataire de la présente convention, peut être choisi comme médecin référent par le patient sous réserve qu'il donne son accord.

En cas de traitement ou de soins à domicile, si un ressortissant fait appel, sans motif justifié sur le plan des techniques médicales, à un médecin qui n'exerce pas dans la même commune ou, à défaut, dans la commune la plus proche, sous réserve des dispositions réglementaires relatives aux zones de conventionnement des professionnels de santé du secteur privé, l'organisme payeur ne participe pas aux dépenses supplémentaires pouvant résulter de ce choix.

Pour faciliter le libre choix du praticien, la Caisse donne aux ressortissants toutes informations utiles et actualisées sur la situation des praticiens au regard de la présente convention. Notamment, chaque semestre, la Caisse affiche dans ses locaux et sur son site web, la liste exhaustive des médecins conventionnés, mentionnant leur identité et leur commune d'exercice.

De son côté, le praticien doit informer ses patients de sa situation au regard de la présente convention au moyen d'un affichage explicite dans sa salle d'attente suivant la réglementation en vigueur.

La Caisse peut faire connaître aux ressortissants par tout moyen mis à sa disposition (publication dans la presse, communiqué, internet, etc.), les sanctions conventionnelles prononcées à l'encontre du médecin signataire.

Article 8 : Délivrance des soins

Les soins sont donnés au cabinet du praticien, sauf en cas d'urgence ou lorsque le patient ne peut se déplacer en raison de son état de santé.

Le médecin placé sous le régime de la présente convention s'engage à faire un bon usage des soins et faire bénéficier leurs patients de soins consciencieux, éclairés, attentifs et prudents, conformes aux données et recommandations actuelles de la science.

Il est tenu, dans tous ses actes et prescriptions, d'observer dans le cadre de la législation, de la réglementation et de la convention les concernant, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins, notamment par l'application des recommandations et références de bonne pratique visées à l'article 29.

Le médecin signataire s'engage également à faire un bon usage des soins en s'attachant à faire correspondre au mieux les actes médicaux et les prescriptions à l'état de chaque malade conformément au code de déontologie et recommandation de bonnes pratiques.

Article 9 : Feuilles de soins

1. Imprimés

Le médecin s'engage à n'utiliser que les feuilles de soins, ordonnances bizones, ordonnances de médicaments d'exception, autres imprimés ou documents d'un modèle type fournis ou agréés par la Caisse et à en respecter les modes d'utilisation.

Conformément aux dispositions de la réglementation en vigueur, il doit porter sur ces imprimés son identification complète, y compris son numéro de code de praticien, sa zone de conventionnement et le lieu effectif des soins : cabinet principal ou cabinet secondaire. Ils doivent également communiquer le code des actes effectués.

Dans le cas où la réglementation applicable à l'organisme de gestion des régimes de protection sociale territoriaux prévoirait l'établissement d'imprimés autres que ceux existants, le médecin devra les remplir dans les mêmes conditions et avec la même conscience.

2. Adaptation aux nouvelles techniques

Pour faciliter les relations entre le médecin et la Caisse, les parties signataires considèrent qu'elles doivent s'adapter à l'évolution des moyens de communication et prendre en compte l'usage des nouvelles techniques, notamment informatiques afin de faciliter et fiabiliser les échanges entre les parties. Dans ce cadre, il est admis que les relevés de paiement sont consultables et téléchargeables en ligne via une application sécurisée.

3. Cotation des actes

A titre transitoire, et conformément à la délibération n° 2003-125 APF du 28 août 2003, dans l'attente d'une codification déterminée localement, les actes médicaux sont cotés conformément à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) en vigueur en Métropole à la date du 04 septembre 2003.

L'application, en Polynésie française, des modifications ultérieures à cette nomenclature ou de la codification qui lui sera en tout ou partie substituée, étant décidée par le conseil des ministres, le praticien devra les respecter et les utiliser à leur date d'entrée en vigueur.

Lorsque le médecin effectue un acte en dehors des indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement de l'assurance maladie et accident du travail, il doit soit porter la mention HN (hors Nomenclature) ou NR (non remboursable), soit préciser le contexte dans lequel l'acte est pratiqué.

Lorsque les actes ou les traitements envisagés sont soumis à entente préalable, le médecin complète la feuille de soins sur la partie confidentielle prévue à cet effet. Il indique la nature de l'acte ou du traitement en fonction de la nomenclature des actes professionnels en vigueur ainsi que les motifs de sa demande.

Il certifie l'exactitude de l'ensemble de ces renseignements par l'apposition de sa signature.

La Caisse notifie à l'intéressé l'acceptation ou le rejet de la prise en charge.

Ne donnent pas lieu à remboursement et valent autorisation aux praticiens de s'affranchir des tarifs opposables, les consultations, actes techniques, examens, prescriptions et bilan réalisés dans les contextes suivants :

- médecine du travail, médecine du sport non motivé par un traumatisme ou une pathologie, médecine aéronautique, médecine d'assurance et médecine légale (certificat d'aptitude à l'exercice d'une profession ou à la pratique d'un sport, bilans de santé demandé par un tiers et non justifiés par un état pathologique, certificat d'aptitude au permis de conduire, certificat prénuptial, certificat de décès ...);
- soins faisant appel à des techniques non répertoriées dans la nomenclature ;
- actes hors référence de bonne pratique exclus du remboursement par la Caisse ;
- soins à visée esthétique ;
- les actes et déplacements non médicalement justifiés ;
- constitution de dossiers administratifs (certificats demandés pour l'admission en colonies de vacances ;
- constitution d'une réserve de médicaments.

4. Arrêt de travail

a) De la responsabilité du praticien

L'assurance maladie comporte l'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant de continuer ou de reprendre son travail.

La prescription d'un arrêt de travail est un acte thérapeutique engageant pleinement la responsabilité du médecin prescripteur, y compris sur la durée envisagée.

Le médecin devra s'appuyer sur les termes de l'article 32 du code déontologie médicale, en fondant ses décisions sur les données acquises de la science et en faisant appel, s'il y a lieu à l'aide de tiers compétents.

A ce titre, le médecin doit limiter ses prescriptions sans négliger son devoir d'assistance morale face à un ressortissant qui sans aucune pathologie ou incapacité, ne souhaite pas pour des raisons autres que médicales retourner au travail.

Le médecin s'interdit toute pratique consistant à antidater des arrêts de travail ou encore à prescrire des arrêts de travail sur simple demande, sans examen du patient et sans nécessité.

b) De la durée et des heures de sortie

Il ressort de la réglementation des Régimes d'Assurance Maladie et des Accidents du Travail que l'attribution des prestations en espèces est subordonnée à l'obligation pour l'assuré de s'abstenir de toute activité ou de toute sortie non autorisée par le médecin traitant. Les malades ne peuvent donc quitter leur domicile que si le médecin le prescrit dans un but thérapeutique ou en cas de nécessité. En cas d'inobservation de ces obligations, le directeur de l'organisme de gestion peut suspendre, réduire ou supprimer le service des prestations.

A cet effet, les heures de sorties autorisées doivent être inscrites par le praticien sur le formulaire "avis d'arrêt de travail".

Les heures de sorties autorisées sont comprises entre 06h00 et 09h00 et / ou 15h00 et 17h00 en référence au formulaire d'avis d'arrêt de travail. Au delà de ces amplitudes, les sorties prescrites par le médecin doivent être justifiées par un courrier circonstancié adressé sous pli fermé au Médecin Conseil de la Caisse.

c) De la prescription de l'arrêt

Le médecin indique sur l'imprimé type « Avis d'arrêt de travail » la date de fin de l'arrêt de travail qu'il juge médicalement nécessaire ainsi que le code alphanumérique de la pathologie (type CIM 10) ayant provoqué l'arrêt de travail à destination exclusive du service médical de la CPS.

A titre transitoire et dans l'attente de l'application de la feuille de soins électronique, le codage des pathologies est facultatif.

La date de début d'un arrêt initial est celle de l'inaptitude au travail ou celle du lendemain si le patient consulte en soirée.

Si l'intéressé indique ne pas s'être rendu à son travail le(s) jour(s) précédent(s) et qu'il n'a pu consulter immédiatement, le médecin peut, s'il adhère à ce motif, mentionner la date déclarée du début des troubles sous la rubrique " autres " de l'imprimé mais ne peut en aucun cas faire débiter l'arrêt de travail à une date antérieure à la date de consultation ni antidater le certificat.

La prolongation d'arrêts de travail doit être prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial, son remplaçant ou son associé (cabinet de groupe), sauf impossibilité dûment justifiée par l'assuré (consultations effectuées dans les services des urgences par exemple). La date de début de la prolongation peut être postérieure à la date de consultation lorsque l'inaptitude du patient est à l'évidence durable.

En cas d'arrêt de travail par suite d'un accident de travail dûment authentifié par la présentation du triptyque "Feuille d'Accident du Travail" par la victime, le médecin utilise l'imprimé spécifique mis à sa disposition par la Caisse – certificat médical initial - et renseigne ses différentes rubriques y compris le siège et la nature des lésions justifiant l'arrêt de travail. Il indique au patient de ne remettre à son employeur que le volet administratif.

d) Du contrôle

En cas de désaccord sur la prescription, le Médecin Conseil en informe systématiquement le médecin prescripteur. Le praticien exposera, dans le respect des règles déontologiques et lorsque la demande lui en sera faite par un médecin conseil du Service Médical de la Caisse, les motifs de la prescription d'arrêt de travail. En cas de persistance de divergence les contestations d'ordre médical portant sur la décision du Médecin Conseil donnent lieu à l'expertise amiable organisée par l'article 39 de la délibération 74-22 du 14 février 1974.

5. Honoraires

Pour tout acte qu'il a personnellement effectué, le médecin porte sur la feuille de soins la cotation et toutes les indications utiles correspondant à cet acte, telles que prévues par la réglementation. L'exécution des soins doit être mentionnée au jour le jour, dans la limite de la période de validité de la feuille de soins.

La signature attestant l'exécution des actes est apposée par le praticien qui les a effectués. Dans le cas d'entente préalable, le praticien notifie son identification par apposition de son cachet professionnel lors de l'acquit de la prestation.

Le praticien est tenu d'inscrire sur la feuille de soins et de traitement fournie par la Caisse ou sur tout autre support agréé par celle-ci, l'intégralité des honoraires demandés au ressortissant correspondant aux actes effectués, y compris ceux hors nomenclature à l'aide de la mention H.N, et en donne l'acquit dans la colonne prévue à cet effet.

Il ne donne l'acquit par une signature portée dans la colonne prévue à cet effet que pour les actes qu'il a accomplis personnellement et pour lesquels il a perçu des honoraires, réserve faite dans ce dernier cas des dispositions relatives à la dispense d'avance des frais.

La feuille de soins est remise au patient par le médecin, sauf en cas de tiers-payant ou lorsque le médecin a accordé au patient un délai de paiement.

Si tous les médecins membres d'une société sont habilités à signer l'acquit des honoraires, en revanche l'exécution des actes doit être obligatoirement attestée par le praticien qui a effectué l'acte.

Les soins et examens dispensés au cours d'une hospitalisation bénéficient automatiquement du tiers payant pour la part remboursable par la Caisse ; ils ne peuvent par conséquent donner lieu à délivrance d'une feuille de soins au ressortissant.

6. Cas du remplaçant

Le remplaçant porte sur la feuille de soins et les différents imprimés de facturation, dans le pavé d'identification prévu à cet effet, le nom et le numéro d'identification du médecin remplacé. Après avoir barré le nom du médecin remplacé, il indique son propre nom suivi de sa qualité de remplaçant.

Article 10 : Rédaction des ordonnances

Le médecin formule ses prescriptions sur une ordonnance conformément au code de déontologie et à la réglementation en vigueur. Il porte notamment de façon lisible :

- son nom et prénom ;
- sa qualité ;
- le cas échéant, sa qualification ou son titre, ou sa spécialité;
- l'adresse géographique de son lieu d'exercice;
- son code prescripteur
- son numéro d'inscription à l'ordre
- sa signature ;
- la date à laquelle l'ordonnance a été rédigée ;
- le nom, le prénom du patient ;
- le sexe, l'âge et le poids du patient

Les prescriptions sont formulées quantitativement et qualitativement avec toute la précision possible, notamment en ce qui concerne la durée du traitement et la posologie conformément à la réglementation en vigueur.

Afin d'éviter le gaspillage de médicaments par les patients, la durée du traitement ne peut excéder (3) trois mois, le renouvellement étant autorisé (4) quatre fois (soit un maximum de (12) mois de traitement lorsque le médecin prescripteur l'a expressément indiqué sur l'ordonnance exception faite de certains médicaments, substances psychotropes ou susceptibles d'être utilisés pour leurs effets psycho actifs, pour lesquels une durée inférieure de traitement est fixée réglementairement.

Les signataires reconnaissent que le bon usage des médicaments par les malades est un des facteurs importants de la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé.

Dans le cas où un patient serait atteint d'une longue maladie exonérante en application de la réglementation en vigueur, le praticien utilise obligatoirement l'ordonnance bizona lorsqu'il établit une prescription en rapport avec la longue maladie.

De même, il utilise obligatoirement l'ordonnance bizona lorsqu'il établit, au cours d'une même séance, une prescription en rapport avec l'affection exonérante et une prescription relative à une affection intercurrente.

Dans la partie haute, il établit une prescription en rapport avec l'affection exonérante prise en charge au régime de la longue maladie, et dans la partie basse, il établit une prescription relative à une affection intercurrente.

L'ordonnancier est fourni par la C.P.S. Toutefois, dans un souci de clarté, le médecin est autorisé à utiliser une impression informatique de l'ordonnance bizona qui doit être similaire au modèle (taille et format) présenté par la C.P.S.

Hors certains médicaments coûteux et d'indication précises, dits médicaments d'exception, qui doivent être prescrits sur un imprimé spécifique appelé « ordonnance de médicament d'exception » mise à disposition par la Caisse, le praticien doit utiliser ses propres feuilles d'ordonnance à zone unique.

Lorsque le médecin rédige une prescription en dehors des indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement de l'assurance maladie et accident du travail, il doit soit porter la mention HN (hors Nomenclature) ou NR (non remboursable), soit préciser le contexte dans lequel la prescription est délivrée.

En accord avec son patient et dans le respect de son code de déontologie, le médecin consulte le carnet médical et inscrit les informations utiles et nécessaires au suivi médical du patient.

Le médecin formule sur des ordonnances distinctes les prescriptions :

- de médicaments ;
- des produits hospitaliers délivrés à titre externe ;
- d'articles inscrits sur la "liste des produits et prestations" (LPP) ;
- de soins à effectuer par des auxiliaires médicaux ;
- d'examens de laboratoire ;
- de transports sanitaires ;
- et en règle générale, de tous produits ou objets que le malade doit se procurer chez des fournisseurs différents.

Le praticien conventionné ne peut utiliser des ordonnances dont l'impression est préétablie. Cette disposition ne s'applique ni aux modalités pratiques de préparation à un examen ou d'administration de traitement, ni aux dispositions diététiques.

Mais dans un souci de clarté et de sécurité, le médecin pourra utiliser des moyens informatiques de composition et d'impression des ordonnances.

En cas d'établissement d'une ordonnance, le médecin porte la lettre «O» dans la colonne prévue à cet effet sur la feuille de soins. En cas d'ordonnances multiples, il porte les indications « O2, O3, etc.

Article 11 : Paiement des honoraires

1. Dispositions générales

Le patient règle directement au médecin ses honoraires. Seuls donnent lieu à remboursement les actes inscrits à la nomenclature ou codification des actes professionnels en vigueur à la date des soins pour lesquels le médecin atteste qu'ils ont été dispensés et rémunérés conformément aux dispositions de la présente convention.

Lorsque le patient a bénéficié d'actes dispensés à titre gratuit, le médecin porte sur la feuille de soins ou sur l'ordonnance la mention "acte gratuit".

2. Vérification de l'ouverture des droits

Le médecin est tenu de vérifier chaque fois qu'il est nécessaire auprès du ressortissant, l'ouverture de ses droits aux prestations au vu des informations fournies par la Caisse. (A titre d'information, le carnet de longue maladie n'est pas une preuve de l'ouverture des droits du ressortissant concerné) sous peine de rejet de la facturation.

Dans le cas particulier où le médecin n'a pas, lors de la demande de soins, la preuve de l'affiliation d'un patient à l'un des régimes d'assurance maladie et accident du travail, et de l'existence de ses droits, le praticien concerné lui demande le paiement direct de ses honoraires et lui délivre une feuille de soins dûment complétée

3. Actes réalisés dans un établissement de santé privé

Les soins dispensés par le praticien intervenant à l'acte dans un établissement de santé privé, avec ou sans hébergement, à l'exclusion des soins externes, sont inscrits sur le même imprimé de facturation que les frais d'hospitalisation, avec les montants correspondants.

La part garantie par la Caisse est versée individuellement au médecin concerné. Toutefois, elle peut être versée à sa demande, soit globalement à un médecin désigné collégalement par ses confrères exerçant dans l'établissement, soit à une société de médecins ou à un groupement de médecins exerçant dans l'établissement, soit à l'établissement lui-même.

4. Dispense de l'avance des frais

Dans le cadre de la dispense de l'avance de frais, la Caisse s'engage à payer les honoraires dus au praticien au plus tard dans un délai d'un (1) mois, sauf suspension au motif de contrôle, suivant la réception de la facture en règle des données administratives

La Caisse paie directement au praticien la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie et accident du travail pour :

- les patients pris en charge en longue maladie dans la limite d'un nombre d'actes et prestations déterminés réglementairement ;
- les actes supérieurs ou égaux à K20, KC20, KE20, ZS30 et P1, ou ayant une valeur monétaire unitaire supérieure ou égale à dix mille francs CFP (10 000 F CFP) ;
- les actes d'urgence la nuit ou le week-end au sein du service des urgences des établissements de soins ou dans le cadre d'un tour de garde organisé par le Conseil de l'Ordre de médecins.

Le ticket modérateur est réglé directement au praticien par le patient.

Article 12 : Fixation des honoraires

Le médecin exerçant dans le secteur des honoraires opposables, s'engage à respecter les tarifs fixés en annexe de la présente convention.

Le médecin s'interdit tout dépassement en dehors des circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade.

L'indication du dépassement est portée sur la feuille de soins avec la mention « DE ».

Toutefois afin de favoriser l'accès aux soins et de prendre en compte son engagement dans la coordination et la qualité des soins réalisés à tarifs maîtrisés, si dans ce cadre le médecin généraliste ou spécialiste est autorisé à pratiquer des honoraires différents, il devra respecter les conditions suivantes :

- Pour les actes cliniques (C, CS, V, CNPSY, CSC, VS) qu'il effectue, le médecin s'engage à pratiquer avec tact et mesure des dépassements maîtrisés, pour le patient, applicables par acte facturé et plafonnés à 15 % des tarifs opposables et à 5 % pour les actes techniques.
- De plus, pour ses actes cliniques et techniques, le médecin devra respecter un ratio honoraires sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 80 %, avec pour base le Relevé Individuel d'Activité Professionnelle.

Le praticien doit informer au préalable le malade du montant du dépassement et de son motif.

Le dépassement indiqué sur la feuille de soins porte sur l'acte principal effectué par le praticien et non sur les frais accessoires.

Dans tous les cas, le dépassement n'est pas autorisé lorsque le médecin utilise la procédure du tiers payant.

Dans toutes les situations, le médecin fixe ses honoraires avec tact et mesure, conformément à l'article 53 du code de déontologie médicale.

TITRE IV

NON-RESPECT DES REGLES CONVENTIONNELLES

Article 13 : Non-respect des tarifs et des dispositions conventionnelles

Paragraphe 1

Lorsque le médecin ne respecte pas les tarifs et /ou les dispositions de la convention, il peut, après mise en œuvre des procédures prévues à la présente section, encourir les mesures suivantes selon la gravité des faits et du préjudice subi par le régime de protection sociale :

- avertissement ;
- blâme ;
- déconventionnement.

Le déconventionnement peut être provisoire ou pour toute la durée de la convention suivant l'importance des griefs. Il peut être assorti du sursis sans confusion des mesures précédentes en cas de nouveau déconventionnement.

Dans le cadre de l'assurance longue maladie, l'application de l'une des mesures prévues au premier alinéa du présent paragraphe ne fait pas obstacle à la possibilité pour la Caisse de décider de suspendre le bénéfice du tiers payant au profit des patients du médecin concerné. Cette suspension du bénéfice du tiers payant peut être provisoire ou définitive.

Paragraphe 2 - A

En cas de manquements répétés aux règles conventionnelles à caractère purement administratif ou financier et notamment :

- non-respect des tarifs opposables,
- non-respect des dispositions générales de la nomenclature ou de la codification des actes professionnels,
- non-respect des règles de remplissage des feuilles de soins, ordonnances, carnet médical et imprimés en vigueur,
- fausse facturation (acte fictif, double facturation...),
- non respect des dispositions réglementaires relatives à la prescription des produits de santé

la Caisse peut appliquer l'une des mesures prévues au paragraphe 1 du présent article à l'encontre du médecin concerné.

Elle doit au préalable communiquer ses constatations audit médecin qui dispose d'un délai d'un (1) mois pour présenter ses observations éventuelles ou être entendu à sa demande par le directeur de la Caisse ou ses représentants ; le médecin peut se faire assister par un avocat ou une personne de son choix, dans la mesure où ce(tte) dernier (e) n'a pas la qualité de membre titulaire ou suppléant de l'un des conseils d'administration ou comité de gestion de l'un des régimes de protection sociale territoriaux.

L'application de l'une des mesures prévues au paragraphe 1 du présent article ne fait pas obstacle au remboursement des prestations indûment perçues par le médecin.

La C.P.S. notifie sa décision motivée au médecin concerné, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Paragraphe 2 - B

En cas de manquement(s) de façon répétée aux règles conventionnelles à caractère essentiellement médical, notamment :

- non-respect de la nomenclature ou de la codification des actes professionnels, sauf en ce qui concerne les dispositions générales visées au paragraphe 2 - A,
- non-respect du tact et de la mesure, des règles de formulation des ordonnances,
- non-respect des règles de suivi des malades atteints d'une affection exonérante,
- non-respect des règles de coordination et de continuité des soins,
- non-respect des recommandations et références médicales de bonne pratique,
- non respect des dispositions réglementaires relatives à la prescription des produits de santé,

la Caisse peut appliquer l'une des mesures prévues au paragraphe 1 du présent article à l'encontre du médecin concerné en suivant la même procédure décrite au paragraphe 2-A du présent article, après avis du service du Contrôle médical et se réserve le droit d'en informer le Conseil de l'Ordre.

L'application de l'une des mesures prévues au paragraphe 1 du présent article ne fait pas obstacle au remboursement des prestations indûment perçues par le médecin.

Paragraphe 3 - Notification des décisions

Les décisions prises en application du présent article sont notifiées par le directeur de la Caisse au praticien concerné soit par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, soit signifié par acte extra judiciaire.

Elles précisent la date d'effet de la sanction qui intervient au minimum quinze (15) jours à compter de sa notification.

Le praticien dispose d'un recours de droit commun devant le tribunal compétent.

Article 14 : Cas de condamnation par l'Ordre ou les tribunaux

Le praticien ayant fait l'objet d'une décision d'interdiction de donner des soins aux ressortissants par une section des Assurances Sociales du Conseil régional ou national de l'Ordre des médecins se trouve placé hors convention pour une durée équivalente déduction faite de la durée de la peine éventuellement effectuée en Métropole ou dans les D.O.M.-T.O.M. avant son installation en Polynésie française. Cette mesure prend effet au moins quinze (15) jours après la notification qui lui en est faite par la C.P.S.

En cas de condamnation définitive d'un médecin par les juridictions compétentes pour fraude ou escroquerie dans l'exercice de son art ou dans ses rapports avec la Caisse, cette dernière lui notifie sa décision de le placer hors convention à compter de la date d'application de la condamnation pour la durée de la condamnation.

TITRE V

TARIFS D'HONORAIRES

Article 15 : Valeur des lettres-clés

Les tarifs d'honoraires et frais accessoires pour les soins dispensés par le médecin signataire aux ressortissants des régimes de protection sociale territoriaux et à leurs ayants droit sont fixés en annexe de la présente convention.

En référence à l'article 9-3, l'utilisation d'une nouvelle codification technique et tarifante est admise par les signataires pour compter de son application.

Article 16 : Mode de fixation des honoraires

Le médecin établit ses honoraires conformément aux tarifs visés à l'article précédent.

En cas d'actes hors nomenclature, le médecin inscrit le montant des honoraires perçus en indiquant la mention "acte hors nomenclature" ou l'abréviation "H.N."

Article 17 : Remboursement des soins

La C.P.S. s'engage à rembourser à ses ressortissants les honoraires et frais accessoires correspondant aux soins délivrés par le médecin conventionné dans les conditions fixées au Titre III, sur la base des tarifs de convention fixés en annexe et des coefficients de la codification des actes professionnels en vigueur.

Article 18 : Révision des tarifs d'honoraires

Les tarifs d'honoraires et de frais accessoires peuvent être révisés.

Les tarifs révisés sont approuvés par arrêté pris en conseil des ministres.

A dater de la publication au Journal officiel de la Polynésie française de l'arrêté d'approbation des tarifs révisés, la caisse notifie au médecin signataire un avenant qui instaure les nouveaux tarifs des honoraires et frais accessoires. Celui-ci dispose d'un mois à compter de la notification pour faire connaître son accord ou son refus.

Les tarifs sont applicables dans le cadre des relations entre la Caisse et le médecin, à compter de la date de notification par le médecin de l'avenant dûment paraphé et signé.

TITRE VI

DURÉE ET CONDITIONS D'APPLICATION DE LA CONVENTION

Article 19 : Date d'entrée en vigueur - Durée

La présente convention est conclue pour la période de l'année civile restant à courir à compter de son approbation par arrêté du Conseil des ministres.

Elle est renouvelable par tacite reconduction par périodes d'une (1) année civile en l'absence de convention « collective » entrée en vigueur.

Article 20 : Dénonciation

La convention peut être dénoncée un (1) mois au moins avant sa date d'échéance par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par tout autre moyen certain de transmission, adressée par l'un des régimes de protection sociale territoriaux ou le médecin signataire.

Article 21 : Notification de la convention - Délai d'option - Renonciation du médecin

La Caisse adresse à chaque médecin concerné, le texte de la convention par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou tout autre moyen certain de transmission.

Ne peut adhérer que le médecin remplissant les conditions d'exercice définies par la réglementation en vigueur et par la présente convention.

Le médecin qui veut bénéficier du conventionnement et qui souhaite exercer sous le régime de la présente convention, le notifie à la Caisse, dans le mois suivant la réception du texte de la convention.

A peine de nullité, il doit parapher chaque page de la convention, puis dater, apposer la mention :

" DANS LE BUT DE CONTRIBUER A LA PERENITE DE LA PROTECTION SOCIALE EN POLYNESIE FRANCAISE ET DEVELOPPER UN SYSTEME DE SOINS EFFICIENT, J'ADHERE AUX PRINCIPES DE LA MAÎTRISE MEDICALISEE ET AUX DISPOSITIONS CONVENTIONNELLES PRECEDENTES ET AUX ANNEXES "

et signer la dernière page.

Il devra enfin dater et signer les annexes de la présente convention.

La convention entrera en vigueur dans le cadre des relations entre la Caisse et le médecin concerné, à compter de la date de notification par le médecin de sa volonté de se placer sous son régime, en retournant à la Caisse la convention dûment paraphée et signée.

Le défaut de signature de la convention et de ses annexes vaut renonciation au bénéfice du conventionnement.

La même procédure s'applique à tout avenant y compris tarifaire.

Le défaut de signature de tout avenant y compris tarifaire vaut pareillement renonciation au bénéfice du conventionnement et résiliation à effet immédiat.

Elle s'applique également en cas de nouvelle installation.

Tout médecin exerçant sous le régime de la convention peut sortir du champ d'application de la convention. Il en informe la Caisse par écrit.

Il ne pourra exercer à nouveau sous le régime conventionnel qu'au moment du renouvellement de la convention et sous réserve des dispositions relatives à l'accès au conventionnement en vigueur.

Article 22 : Résiliation de la convention

La présente convention est résiliée de plein droit à compter de la publication au Journal Officiel de la Polynésie française de l'arrêté d'approbation d'une convention entre un ou plusieurs syndicats représentatifs des médecins libéraux et l'organisme de gestion.

Elle peut être résiliée sur l'initiative de l'un des régimes de protection sociale territoriaux ou le signataire par lettre recommandée avec demande d'avis de réception en précisant les motifs sur lesquels ils estiment devoir fonder leur décision :

- en cas de violation grave ou répétée des engagements conventionnels du fait de l'autre partie ;
- en cas de modification législative ou réglementaire mettant en cause les principes fondamentaux qui gouvernent l'exercice de la profession médicale dans ses rapports avec la C.P.S. ;
- en cas de modification législative ou réglementaire mettant en cause les bases sur lesquelles repose l'engagement des signataires.

La résiliation ne prend effet qu'à l'échéance d'un préavis de un (1) mois à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

TITRE VII

MAÎTRISE MÉDICALISÉE DE L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ

En application des textes en vigueur, les parties signataires ont convenu de la nécessité de maîtriser médicalement l'évolution des dépenses de santé et définissent ci-après les modalités de mise en œuvre de cette maîtrise.

Article 23 : Principes et mise en œuvre de la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé

La maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé contribue au financement du progrès médical pour tous en visant à améliorer la qualité et l'efficacité du système des soins. Nonobstant les mesures à venir dans le cadre de la réforme de la Protection Sociale Généralisée, le dispositif de maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé est mis en œuvre dans le cadre conventionnel où sont notamment fixés ou adoptés :

- la feuille de soins électronique ;
- la prévention ;
- la politique des produits de santé ;
- La coordination des différents intervenants du système de soins
- l'organisation de la « Longue Maladie » ;
- les recommandations de bonne pratique et la notion de panier de soins ;
- le dossier de suivi médical.

Par les dispositions non exhaustives, ci-dessus énumérées, les parties signataires réaffirment leur attachement à la pérennité de la Protection Sociale Généralisée par le biais de la maîtrise médicalisée des dépenses. Elles s'engagent à mettre en œuvre toutes les mesures nécessaires le plus rapidement possible.

Article 24 : Feuille de soins électronique

Paragraphe 1 : Engagement à la télétransmission

Lorsque les conditions techniques propres à la CPS et réglementaires seront effectives, le praticien adhérent à la présente convention devra, télétransmettre les feuilles de soins relatives aux ressortissants de l'un des régimes de protection sociale de Polynésie française.

Paragraphe 2 : Modalités de fonctionnement

Pour assurer la télétransmission des feuilles de soins électroniques, le médecin se conformera aux spécifications définies et validées par la CPS.

Paragraphe 3 : Traitement des incidents

Dans le but de garantir la continuité du service de la télétransmission des feuilles de soins électroniques, les partenaires conventionnels s'engagent à s'informer réciproquement de tout dysfonctionnement du système et à collaborer pour y apporter une réponse appropriée dans les meilleurs délais.

Article 25 : Prévention

Les parties signataires affirment que la prévention constitue une stratégie essentielle de la politique de santé du Territoire, en complémentarité des structures existantes de la Santé publique.

Elles conviennent que le médecin exerce une fonction essentielle dans l'activité de prévention.

A cet effet, l'action sur la prévention consistera pour le médecin, à encourager ses patients à participer au dépistage organisé et coordonné par la Direction de la Santé, selon la périodicité recommandée et à renseigner le dossier médical informatisé.

Par ailleurs, dans le cadre de leur activité spécifique de coordination des soins et compte tenu des enjeux de santé publique, le médecin, est incité à améliorer la prise en charge de la pathologie diabétique pour les trois années à venir. Ces actions de coordination des soins et de prévention des complications destinées aux patients diabétiques s'appuient sur les référentiels et recommandations de la Haute Autorité de Santé en collaboration avec la Maison du Diabétique (développement de réseaux).

Enfin, l'action de prévention de la iatrogénie médicamenteuse s'adresse prioritairement aux patients de plus de 65 ans consommant de façon répétée sept médicaments et plus, de classes thérapeutiques différentes. L'enjeu n'est pas de diminuer la prescription médicamenteuse mais de s'interroger sur des médicaments redondants ou inadaptés avec risque iatrogène pour le patient. Cette action s'appuie sur les références médicales disponibles, notamment celles issues des travaux de la Haute Autorité de Santé et de l'AFSSAPS. Le médecin est incité, à l'occasion de la consultation de son patient, à examiner les médicaments consommés, à analyser les interactions et les risques, à renseigner le dossier médical et à promouvoir la couverture anti-grippale suivant les recommandations de la Direction de la Santé.

La CPS s'engage à mener une politique énergique de prévention des maladies et accidents connus pour être responsables de dépenses de santé particulièrement importantes.

Les modalités pratiques de mise en place des actions de prévention et les conditions de la collaboration du praticien libéral à la réalisation de ces actions sont fixées par avenant à la présente convention.

Article 26 : Politique du médicament

1. Définitions

On entend par « principe actif » une substance qui est réputée posséder des propriétés curatives ou préventives à l'égard d'une ou plusieurs pathologies.

Le générique est une spécialité considérée comme essentiellement similaire à une autre spécialité si elle a la même composition qualitative et quantitative en principe actif et la même forme pharmaceutique.

Le nom de chaque principe actif s'entend de sa dénomination scientifique usuelle ou de sa dénomination commune internationale ou, à défaut, de sa dénomination dans la pharmacopée européenne ou française.

2. Mise en place du dispositif

D'un commun accord, les parties signataires s'engagent à mener une politique du médicament innovante sur le Territoire de la Polynésie française, basée sur la maîtrise de l'offre.

Dans le respect de la sécurité des patients, le médecin s'engage à prescrire au minimum à hauteur de 75 % , les médicaments en libellant les ordonnances de préférence soit en dénomination commune internationale soit en appellation générique ou à défaut en nom de spécialité et adhère au principe d'une substitution systématique et automatique par le pharmacien de leurs prescriptions médicamenteuses, sauf mention « non substituable » portée sur l'ordonnance.

Le médecin s'engage à prescrire dans le respect de l'autorisation de mise sur le marché (A.M.M.) de chaque médicament. Tout non-respect de l'A.M.M. doit être justifié auprès du contrôle médical. A défaut, le médecin doit porter la mention « hors AMM » ou "NR" sur l'ordonnance en donnant toute explication nécessaire à leurs patients.

3. Liste des médicaments de même classe thérapeutique et des génériques

La base de l'ensemble des équivalents thérapeutiques est le guide des équivalents thérapeutiques édité par la CNAMTS, consultable sur le site internet : www.ameli.fr.

Article 27 : coordination des différents intervenants du système de soins

Les parties signataires affirment leur volonté de favoriser une meilleure coordination des soins entre les professionnels de santé et de développer des modes d'organisation plus collectifs indispensables à l'amélioration de la prise en charge des patients et à l'efficacité 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 efficacité. Les patients se voient responsabilisés dans leur recours aux soins dans le respect du libre choix.

Sous réserve de leur mise place réglementaire, le praticien signataire s'engage, dans un souci de meilleure coordination des soins, à faciliter la mise en œuvre du dispositif du « médecin référent généraliste » et du « parcours de soins » dès qu'il sera rendu applicable.

Article 28 : Organisation du dispositif de la « Longue Maladie »

Les parties conviennent de la nécessité :

- d'assurer la prise en charge médicale de façon rationnelle et optimale des patients admis en LM dans le respect des bonnes pratiques et des références médicales opposables ;
- d'éviter le gaspillage des soins et des prescriptions ;
- d'assurer la maîtrise de l'évolution des dépenses en rapport avec la prise en charge médicale des patients admis en LM ;
- de sensibiliser les patients au rôle essentiel qu'ils jouent dans la prise en charge de leur maladie ;
- d'engager une véritable politique de médecine préventive afin de limiter le développement des maladies susceptibles d'être admises en LM.

Pour ce faire, ils réaffirment les principes suivants :

- la responsabilisation des acteurs du système ;
- le dispositif du médecin référent ;
- le protocole de soins ;
- le suivi médical du patient ;
- la prise en charge précoce du patient ;
- le suivi et l'évaluation du dispositif.
- la définition qualitative et quantitative d'un panier de soins constitué de l'ensemble des produits, actes et prestations remboursables en tiers payant au taux réglementaire en vigueur.

Paragraphe 1 : Responsabilisation des acteurs du système

L'admission à l'assurance "Longue Maladie" obéit à des conditions particulières relatives notamment au suivi du malade, qui se traduit par une prise en charge spécifique du patient.

En contrepartie des obligations de la Caisse, les parties signataires s'entendent pour définir la responsabilité de chacun des acteurs du système.

1°) Le ressortissant

Sur avis du service médical, le patient est admis au bénéfice de l'assurance « Longue Maladie » pour une ou plusieurs pathologies clairement identifiées, conformément à la réglementation en vigueur.

Le malade est tenu, en contrepartie, de se soumettre aux traitements médicaux qui lui sont prescrits aux visites médicales et aux contrôles organisés par la Caisse, d'accomplir les exercices et travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.

Cette obligation est inscrite dans les premières pages du carnet médical. Il y adhère en signant son carnet de Longue Maladie. Il est en effet fondamental que le patient s'engage complètement et en toute connaissance dans la prise en charge qui lui est proposée. Il est également informé, de la même manière, de la limite des droits que lui permet l'accession au régime de la Longue Maladie par le médecin demandeur.

S'il change de médecin référent, le nouveau médecin référent doit le signifier au Service Médical de la Caisse, avec l'accord du malade.

En cas d'inobservation de ces dispositions, la Caisse peut suspendre, réduire ou supprimer le service des prestations.

Le médecin référent peut demander au médecin conseil de la CPS de convoquer un malade particulièrement difficile à prendre en charge afin que lui soient réexpliqués ses devoirs et obligations.

2°) Le médecin

Le médecin et en particulier le médecin référent est tenu dans le cadre de l'assurance longue maladie :

- d'assurer un suivi complet du patient en observant la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins ;
- de remplir le carnet médical du patient avec la plus grande conscience ;
- d'établir des ordonnances bizonnes conformément aux dispositions réglementaires et conventionnelles ;

Paragraphe 2 : Dispositif du médecin référent

Le dispositif du médecin référent a pour objet d'apporter une contribution déterminante à l'amélioration de la qualité des soins dans le cadre d'une maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il donne au médecin un rôle de pivot dans la prise en charge des malades et dans le système de soins.

Cette spécificité se fonde sur les différentes dimensions de l'exercice médical :

- information et responsabilisation du malade ;
- démarche préventive intégrée à la prise en charge ;
- coordination et continuité des soins ;
- utilisation optimisée des ressources disponibles.

1°) Champ d'application

Le dispositif du médecin référent est applicable aux ressortissants relevant de l'assurance « Longue Maladie ».

Tout ressortissant admis au bénéfice des prestations de cette assurance est tenu de choisir, dans les deux mois suivant son admission un médecin coordinateur dénommé "médecin référent", dans les conditions définies au § 2 suivant.

2°) Modalités pratiques de désignation du médecin référent - Conditions de tiers payant

Le médecin référent est librement choisi par le patient parmi les médecins exerçant en secteur libéral conventionné ou en secteur public.

Sur demande de son médecin référent, le patient choisit un ou plusieurs spécialistes correspondants, dont la spécialité est spécifique de la ou des pathologies prises en charge et ce, dans les limites du nombre de pathologies prises en charge en assurance longue maladie.

Le nom du ou des spécialistes correspondants sera précisé sur la demande de prise en charge ou de renouvellement de la longue maladie.

Le médecin choisi par le patient donne son accord dans le respect de sa déontologie.

Dans le cas où un patient n'aurait pu obtenir l'accord d'un médecin pour assurer les fonctions de médecin référent, le Service Médical désigne un médecin généraliste exerçant à titre libéral conventionné, en accord avec ce dernier médecin.

Le changement de médecin référent est signifié au Service Médical de la Caisse par le nouveau médecin référent.

Le patient consultant son médecin référent ou son spécialiste correspondant bénéficie du tiers payant pour les actes et prescription en rapport avec l'affection de longue durée exonérante dans la limite du panier de soins lorsque celui existe.

Le bénéfice du tiers payant pour le référent et correspondant (s) est admis sur présentation des « bons de prise en charge » établis par la C.P.S. et transmis à la C.P.S. au plus tard dans les deux (2) mois suivant la réalisation des soins. Le règlement au(x) praticien(s) est effectué dans le délai d'un (1) mois à compter de la date de réception des feuilles de soins annexées des « bon de prise en charge » nominatifs. Toutes les consultations et/ou visites réalisées en dehors du panier de soins sont à la charge du patient qui doit en faire l'avance puis se faire rembourser par la Caisse sur la base des taux de prise en charge prévus par la réglementation en vigueur.

En dehors de l'urgence et en cas d'impossibilité d'accéder à son médecin référent ou spécialiste correspondant, le patient consulte son remplaçant ou le cas échéant son associé.

En cas d'urgence, le patient conserve le bénéfice du tiers payant pour les soins en rapport avec l'affection de longue durée exonérante lorsqu'il consulte un médecin de garde.

Lorsque le patient consulte un autre médecin choisi en dehors des conditions prévues ci-dessus, il perd le bénéfice du tiers payant, il devra faire l'avance des frais et il sera remboursé sur la base du taux de prise en charge de droit commun prévu par la réglementation en vigueur.

Le patient sera dûment informé de cette restriction des droits d'accès au bénéfice du tiers payant par le médecin référent lors de la remise du carnet Longue Maladie.

Toutefois, les actes en rapport avec l'affection de longue durée dispensés par un tiers sont réglés en tiers payant au taux prévu par la réglementation en vigueur lorsqu'ils sont effectués sur prescription du médecin référent ou du spécialiste correspondant, à l'exception des consultations médicales prises en charge au taux de droit commun prévu par la réglementation en vigueur.

Ledit médecin référent indique en ce cas sur l'ordonnance s'il s'agit d'un acte prévu dans le protocole annuel ou panier de soins ou s'il s'agit d'un acte exceptionnel.

Il est entendu que seules les prescriptions en rapport avec la Longue Maladie donnent droit au bénéfice du tiers payant.

Paragraphe 3 : Demande de prise en charge - Protocole annuel de soins

Dès le diagnostic d'une affection susceptible d'être reconnue au titre de la longue maladie, le médecin référent établit l'imprimé de demande de prise en charge comportant les renseignements administratifs et médicaux indispensables à l'examen de la demande, en proposant un protocole de prise en charge médical annuel.

Sous réserve de l'ouverture administrative des droits, en cas d'accord, le Service Médical de la Caisse notifie dans un délai d'un (1) mois, au médecin référent la prise en charge au titre de la Longue Maladie, accompagné son carnet de soins.

A défaut d'accord pour la prise en charge en assurance « Longue Maladie » et de réception par le Service Médical de la Caisse du protocole annuel, le patient ne pourra bénéficier ni de la prise en charge, ni du tiers payant.

Le protocole annuel de soins doit comporter les indications prévues dans l'imprimé agréé par la C.P.S. et notamment :

- ◆ les informations sur la maladie concernée :
 - diagnostic et nom de l'affection à prendre en charge ;
 - date de début de la maladie ;
 - éléments cliniques et examens complémentaires ayant permis d'apprécier les conditions de prise en charge au titre de l'assurance « Longue Maladie » ;
 - date d'apparition desdites conditions ;
 - date de début des soins en cas de forme évolutive ou invalidante d'une affection grave ;
- ◆ le programme annuel de prise en charge thérapeutique et de surveillance :
 - traitements actuels et nature des investigations éventuellement en cours ;
 - traitements et surveillance envisagés ;
 - références médicales opposables éventuelles ;
 - nature et rythme des investigations et des consultations – protocole de soins ;
 - reclassement professionnel éventuel à envisager ;
 - durée prévisible de l'arrêt de travail éventuel.

Le protocole de soins approuvé par le contrôle médical a valeur de contrat de soins entre le médecin référent, le patient, le second médecin éventuel et la Caisse. Il engage la responsabilité individuelle de ce ou ces médecins dans le respect des références de bonne pratique visées à l'article 26.

Ce protocole de soins approuvés et la prise en charge doivent être annexée au carnet médical du patient afin d'être présentée à tout médecin lui dispensant des soins.

Lorsque l'évolution de l'état de santé du malade justifie une révision du protocole (exemple : apparition d'une nouvelle pathologie ; modification nécessaire de la nature et/ou de la fréquence des actes, prescriptions ou investigations), le médecin référent adresse au contrôle médical un courrier d'explications.

En cas de changement de médecin référent, le protocole de soins initial se poursuit. A la demande du patient, le médecin précédent est tenu de transmettre au nouveau médecin référent l'intégralité du dossier de suivi médical du patient.

En cas de différend d'ordre technique entre le médecin référent et le médecin conseil, ce dernier entre en contact avec le médecin référent avant d'émettre son avis afin d'aboutir si possible à un accord dans la concertation.

En cas de persistance du désaccord, il est procédé à une expertise dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Paragraphe 4 : Carnet médical - Ordonnance bizona

Le médecin référent et l'ensemble des médecins appelés à donner des soins au patient visent le carnet médical et, dans le respect de la déontologie, y portent les observations nécessaires pour le suivi médical du patient.

Le carnet médical constitue le moyen d'échange des informations. Il doit contenir tous les comptes rendus de consultation, ainsi que les résultats d'imagerie et de biologie afin d'en limiter les prescriptions répétées et inutiles.

En cas de changement de médecin référent, le médecin précédent est tenu de transmettre au nouveau médecin référent les éléments du dossier médical du patient, à la demande du patient. Le protocole de soins est une pièce constitutive obligatoire du dossier médical.

Dans le même esprit, afin de limiter les prescriptions médicamenteuses répétées et abusives, les dernières ordonnances doivent rester dans le carnet médical du patient avec les indications de délivrance établies par le pharmacien.

Il est admis qu'aucune prescription ne peut être faite sans avoir au préalable consulté le carnet médical du patient.

La prise en charge par la C.P.S. des actes et prestations dispensés ou prescrits, liés à la longue maladie est subordonnée à l'attestation par le médecin, que le carnet médical a été présenté par le malade et visé par ledit médecin et correctement rempli suivant les dispositions du présent paragraphe 4.

A défaut, le bénéfice du tiers payant sera automatiquement caduc.

Nul ne peut exiger la communication du carnet médical, à l'exception des médecins appelés à donner des soins liés à la longue maladie au patient et, dans l'exercice de leur mission, des médecins-conseils de la Caisse. Tous les professionnels de santé, publics ou privés, peuvent néanmoins se voir présenter le carnet médical de leur patient, dans l'intérêt de la santé de ce dernier et avec son accord.

Dans le cas où un patient serait atteint d'une longue maladie exonérante en application de la réglementation en vigueur, le praticien utilise obligatoirement l'ordonnance bizona lorsqu'il établit une prescription en rapport avec la longue maladie.

De même, il utilise obligatoirement l'ordonnance bizona lorsqu'il établit, au cours d'une même séance, une prescription en rapport avec la longue maladie et une prescription relative à une affection intercurrente (article 10 de la convention).

Le médecin ne porte dans la partie supérieure de cette ordonnance que les prescriptions d'actes, d'examens ou de médicaments en rapport avec la longue maladie, à savoir ceux prévus par le protocole, mais également ceux qui découleraient de ses complications et de ses co-morbidité.

Le médecin référent s'engage à privilégier la prescription en médicaments génériques disponibles en relation avec ces pathologies.

Paragraphe 5 : Elaboration et exploitation de la synthèse médicale annuelle

A la demande du Service Médical de la Caisse, le médecin référent réalise dans un délai de trente (30) jours à compter de la réception de la demande, une consultation permettant de faire le bilan de la prise en charge du malade.

Cependant, afin de simplifier cette démarche et de limiter le nombre de documents médico-administratifs, il est admis que le contenu du carnet médical contient tous les éléments nécessaires à la synthèse médicale.

Il établit à l'issue de cette consultation, une fiche de synthèse qu'il adresse au Service Médical de la C.P.S.

Cette fiche de synthèse est cotée 2 C.

Cette synthèse est utilisée :

- pour le Service Médical, dans le cadre de la réalisation, de l'évaluation, et éventuellement de la révision du protocole annuel de soins ;
- pour l'exploitation statistique des pathologies des personnes visées par ce dispositif.

Cette exploitation a pour objectif de connaître l'épidémiologie de ces maladies ainsi que leur coût économique et d'adapter les recommandations et références médicales concernant les prestations nécessaires à la bonne prise en charge des personnes atteintes.

Lorsque l'évolution de l'état de santé du malade ou de la thérapeutique justifie la révision du protocole de soins, le médecin référent propose un nouveau protocole qu'il joint à la fiche de synthèse.

Paragraphe 6 : « Prise en charge Précoce » du patient

Conscientes des coûts engendrés par une prise en charge tardive des patients en assurance « Longue Maladie », les parties signataires s'engagent dans un nouveau système de prise en charge précoce du patient, afin d'essayer, dans la mesure du possible, d'éviter l'entrée du patient en « Longue Maladie ».

Les parties signataires limite cette prise en charge précoce aux pathologies relevant du diabète et de l'hypertension et feront une évaluation du dispositif dans un délai d'un (1) an avant, éventuellement, d'étendre le dispositif à d'autres pathologies.

Il est ainsi convenu que les ressortissants, atteints d'une affection diabétique, ou d'hypertension dûment confirmée par un avis médical, mais dont la gravité ne permet pas leur prise en charge en assurance « Longue Maladie », relèvent du système de « Prise en charge Précoce ».

Sur avis du Service Médical de la Caisse, le patient est admis au bénéfice de la « Prise en charge Précoce ». Cette admission permet le remboursement en tiers payant :

- des prescriptions en rapport avec la pathologie diabétique ou hypertensive effectuée par le médecin référent ou le spécialiste correspondant, au taux prévu dans le cadre de l'assurance longue maladie ;
- de la consultation du médecin référent ou du spécialiste correspondant au taux prévu par la réglementation en vigueur.

Sous réserve des alinéas précédents, toutes les dispositions applicables à l'assurance « Longue Maladie » s'appliquent à la « Prise en charge Précoce » du patient atteint d'une pathologie diabétique ou hypertensive.

Paragraphe 7: Action sur les prescriptions de kinésithérapie

Afin de garantir la qualité des soins dispensés aux ressortissants des organismes et permettre de mieux maîtriser les dépenses correspondantes, les parties signataires conviennent de fixer en annexe, pour certaines pathologies, le nombre maximum de séances de kinésithérapie.

Pour ce faire, le médecin s'engage à indiquer sur leurs prescriptions de Kinésithérapie le ou les numéros des protocoles de soins (PSK) listés en annexe

Lorsque le médecin juge nécessaire la prolongation du traitement, la nouvelle prescription doit mentionner le nombre de séances déjà prescrites au malade et être accompagnée de la fiche synthétique du « bilan-diagnostic kinésithérapique » effectué par le masseur kinésithérapeute.

L'organisme dispose d'un délai de dix jours après réception de la demande d'entente préalable pour notifier sa décision à l'assuré ou le cas échéant au masseur-kinésithérapeute ou au praticien traitant. Le défaut de réponse dans ce délai vaut accord.

En cas d'absence de réponse dans le délai de dix jours, le contrôle médical peut toujours intervenir pour donner son avis à l'organisme quant à la prise en charge de la suite du traitement et à la poursuite des actes. Lorsque le contrôle médical émet un avis défavorable passé ce délai de dix jours, la prise en charge des séances effectuées avant la notification de la réponse est acceptée.

Le patient qui, sans motif légitime, ne répond pas à la convocation du contrôle médical après une demande d'entente préalable se voit opposer un refus de prise en charge.

En cas de différend entre le médecin prescripteur et le médecin conseil, ce dernier entre en contact avec le médecin prescripteur avant d'émettre son avis afin d'aboutir si possible à un accord dans la concertation.

Article 29 : Références de bonne pratique

1. Elaboration et application

Les recommandations et références médicales concourent à la maîtrise médicalisée par la recherche permanente de la qualité des soins.

Les recommandations sont des propositions de bonnes pratiques ou de stratégie diagnostique ou thérapeutique établies méthodiquement, améliorables en permanence, destinées à aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés.

La Caisse est chargée d'adopter et de diffuser ces recommandations ainsi que leurs mises à jour éventuelles.

Les références médicales sont, d'une part, des critères scientifiques reconnus permettant notamment de définir les soins et prescriptions médicalement inutiles, d'autre part, des fréquences d'utilisation par patient de certains soins et prescriptions.

A défaut, les recommandations et / ou références médicales applicables sont celles de la Haute Autorité de Santé qui s'appliquent de plein droit.

Les parties signataires s'engagent à mettre en œuvre et appliquer ces recommandations, règles de bon usage des soins et référentiels de bonne pratique et plus particulièrement ceux listés en annexe de la présente convention et désignés par l'expression "références de bonne pratique".

Quatre (4) protocoles de soins concernant la prise en charge médicale :

- du diabète ;
- du R.A.A. ;
- de l'hypertension artérielle (HTA) ;
- de l'asthme.

sont annexés à la présente convention.

Le médecin se doit de connaître ces références de bonne pratique adoptées et s'engage à les appliquer. Lorsque l'état de santé d'un patient ne permet pas d'appliquer ces références, le médecin doit pouvoir le justifier auprès du contrôle médical en cas de demande expresse.

Sauf avis contraire médicalement argumenté et documenté du médecin référent, les patients présentant une de ces pathologies reconnues au titre de la longue Maladie, sont admis par défaut au bénéfice du panier de soins défini en annexe.

Si le médecin référent considère que l'état pathologique du patient justifie une prise en charge différente de celle indiquée ci-dessus (forme sévère ou compliquée, associations morbides non connues du contrôle médical ...), il transmet au contrôle médical les informations nécessaires pour exclure le patient de ce panier de soins. Cette demande est formulée soit à l'occasion de la demande de la reconnaissance au titre de la Longue Maladie, soit lors du renouvellement du carnet, sur le formulaire du protocole de soins LM.

En retour, si le patient rentre dans le dispositif du panier de soins, la CPS adressera, au médecin référent qui se chargera de les remettre à son patient, les bons de prise en charge « tiers payant » correspondants, avec le carnet « longue maladie ».

Conformément aux dispositions conventionnelles, dès lors que la consultation, demandée par le contrôle médical, fait l'objet d'un rapport médical circonstancié et argumenté visant à exclure le patient du panier de soins, le médecin référent peut facturer la Caisse sur la base d'une CALD.

2. Critères d'opposabilité

Il appartient à la Caisse de vérifier la bonne application des recommandations et références médicales à partir des critères d'opposabilité définis réglementairement ou par avenant à la présente convention.

Les parties signataires sont conscientes que les conditions d'opposabilité d'un dispositif de recommandations et références médicales, qui constituent une innovation profonde dans le système de santé, devront être réexaminées et, le cas échéant, ajustées pour tenir compte de l'expérience acquise.

Article 30 : Dossier de suivi médical

Le dossier de suivi médical (papier ou informatisé) contribue à une prise en charge globale de la santé du patient relevant du dispositif prévu par le présent titre de la convention. Il favorise la continuité et la coordination des soins et apporte ainsi une contribution essentielle à l'amélioration permanente de la qualité des soins.

Le dossier de suivi médical est la propriété du patient. Il est couvert par le secret médical. Le patient a accès aux informations médicales contenues dans son dossier par l'intermédiaire d'un médecin de son choix qui les porte à sa connaissance dans le respect de la déontologie.

Le dossier de suivi médical constitue un instrument indispensable de santé publique. Il permet de réaliser la synthèse médicale, diagnostique et thérapeutique, ainsi qu'un véritable suivi médical du patient afin d'éviter, entre autres, les risques d'interactions médicamenteuses ou de redondance. Il permet également d'adopter une démarche préventive et prospective en vue de la délivrance de soins médicalement utiles au meilleur coût.

Outre les éléments apportés par le médecin traitant et l'ensemble des intervenants, ce dossier comprend de façon synthétique tous les comptes rendus des actes, les prescriptions ainsi que les conclusions ou résultats s'y rapportant et les interventions réalisées en secteur hospitalier privé ou public dans le respect des droits du patient.

Article 31 : Développement de la complémentarité entre le secteur ambulatoire public et libéral

Les réseaux de soins formalisent la coordination des soins pour une activité ou une zone géographique donnée. Ils visent ainsi à favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité de la prise en charge en ce qui concerne tant les soins que l'éducation à la santé et la prévention.

Les signataires s'entendent pour que cette complémentarité se fasse dans le cadre de réseaux de santé et s'engagent à en favoriser la constitution et à soutenir le fonctionnement notamment dans les domaines suivants :

- prise en charge des urgences,
- prise en charge de la périnatalité (femmes enceintes et nouveaux-nés),
- prise en charge des patients atteints de maladies chroniques (asthme, diabète, insuffisance rénale chronique, RAA, soins palliatifs ...),
- continuité des soins (en cas d'absence prolongée / remplacement).

Article 32: Promotion des complémentarités et des coopérations hospitalières

Les parties s'engagent à mettre en place ou à renforcer entre les structures privées (et publiques) :

- la participation des spécialistes du secteur privé aux missions avancées dans les archipels éloignés, sur la base du volontariat ;
- la participation du secteur privé à la prise en charge des urgences dans le cadre d'un réseau ;
- de renseigner le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) pour le médecin exerçant dans les établissements de santé privés et/ou publics.

Fait à PAPEETE, le 22 janvier 2012
en deux (2) exemplaires originaux.

POUR LE MEDECIN :

POUR LA C.P.S. :
~~LE DIRECTEUR~~

Dr _____

Régis CHANG

ANNEXE IA

« TARIFS D'HONORAIRES »

Les tarifs d'honoraires et frais accessoires pour les soins dispensés aux ressortissants et à leurs ayants droit, des Régimes de protection sociale gérés par la Caisse de prévoyance de la Polynésie française sont fixés ainsi qu'il suit :

Tarifs applicables jusqu'au 30 juin 2012

CODES	INTITULE	TARIFS
C	Consultation généraliste	3 600 F
CS	Consultation spécialiste	4 650 F
CNPSY	Consultation neuropsychiatre.....	7 200 F
CSC	Consultation spécialisée de cardiologie	11 100 F
KC	Acte de chirurgie.....	470 F
K – KA – KE	Acte de chirurgie (diagnostic) – Acte d'anesthésie – Acte d'échographie.....	460 F
P	Actes d'anatomie et de cytologie pathologique	70 F
V	Visite généraliste	7 200 F
VS	Visite spécialiste	7 200 F
MD (*)	Majoration dimanche et jours fériés	3 000 F
MN	Majoration de nuit	4 000 F
Z	Acte de radiologie	300 F
ZS	Acte de radiologie spécialiste.....	360 F
IK	Indemnité kilométrique..... * avec un plafond journalier de 100 km, soit 37 500 km par an	100 F
CALD	côté à 2 C =	7 200 F
	<u>Forfait mensuel :</u>	
FSPC	Forfait soins palliatifs Coordinateur	9 540 F
FSPP	Forfait soins palliatifs Participant	4 750 F
FSPS	Forfait soins palliatifs Soins.....	10 700 F

(*) La majoration (MD) du médecin de garde (inscrit sur le tableau de l'ordre des Médecins) est applicable à compter du samedi midi.

Le renouvellement d'ordonnance ne donnant pas lieu à un examen du patient n'est pas facturable à la CPS de même que le déplacement non médicalement justifié et restent à la charge du patient (HN).

La cotation CALD, s'applique uniquement s'il y a eu demande expresse de la Médecine conseil en préalable.

ANNEXE IB

« TARIFS D'HONORAIRES »

Les tarifs d'honoraires et frais accessoires pour les soins dispensés aux ressortissants et à leurs ayants droit, des Régimes de protection sociale gérés par la Caisse de prévoyance de la Polynésie française sont fixés ainsi qu'il suit :

Tarifs applicables à partir du 1^{er} juillet 2012

Actes cliniques *

CODES	INTITULE	TARIFS
C / CS	Consultation généraliste / spécialiste qualifié en MG	3 600 F
CS	Consultation spécialiste	4 650 F
CNPSY	Consultation neuropsychiatre	7 200 F
CSC	Consultation spécialisée de cardiologie	11 100 F
K (**)	Acte technique / autres actes de spécialité	360 F
P	Actes d'anatomie et de cytologie pathologique	70 F
V / VS	Visite généraliste / spécialiste qualifié en MG	6 590 F
VS	Visite spécialiste	6 590 F
F (***)	Majoration dimanche et jours fériés (tous médecins)	3 000 F
U – P – S	Urgence acte non prévu la nuit (pédiatre ou omnipraticien) ..	4 000 F
M	Soins urgents au cabinet (tous médecins)	3 600 F
KC	Acte de chirurgie (stomatologue/chirurgien maxillo-facial)	370 F
Z	Acte de radiologie (chirurgien maxillo-facial/stomatologue) ...	230 F
IK	Indemnité kilométrique..... <i>*avec un plafond journalier de 100 km, soit 37 500 km par an</i>	100 F
CALD	côté à 2 C =..... <u>Forfait mensuel :</u>	7 200 F
FSPC	Forfait soins palliatifs Coordinateur	9 540 F
FSPP	Forfait soins palliatifs Participant	4 750 F
FSPS	Forfait soins palliatifs Soins	10 700 F

(*) Concernent les actes cliniques y compris les actes thérapeutiques cliniques des troubles mentaux, *les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques, *les actes de prélèvements réalisés par les médecins biologistes, *les actes de chimiothérapie anticancéreuse, *les actes de pratique thermale.

(**) Ex : Actes de chimiothérapie / actes partagés avec d'autres professions (actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelles)

(***) La majoration du médecin de garde (MD) est applicable à compter de samedi midi.

Actes techniques

La tarification des actes techniques est calculée sur la base des tarifs d'autorité de la classification polynésienne des actes médicaux affectés d'un coefficient de 1,4 suivant la formule :

$$\text{Tarif de l'acte} = \text{tarif d'autorité} * 1,4$$

*Arrondi au franc le plus proche ou au franc supérieur lorsque la première décimale est égale à 5.

ANNEXE II

**FICHE CONVENTIONNELLE
DE TRAITEMENT DU DIABETE**

FICHE CONVENTIONNELLE DE TRAITEMENT DU DIABETE

Les parties signataires s'entendent pour déterminer des règles conventionnelles de bonnes pratiques.

Ces règles définies conventionnellement sont opposables aux médecins libéraux conventionnés.

STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT DIABETIQUE DE TYPE 2 A L'EXCLUSION DE LA PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS

Texte des Recommandations

Le thème s'intitule "Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications".

Les domaines suivants n'ont pas été abordés :

- l'intolérance au glucose ;
- la grossesse et les mesures thérapeutiques à proposer à une femme diabétique souhaitant un enfant ;
- le diabète gestationnel ;
- la contraception ou le traitement hormonal substitutif de la ménopause chez la femme diabétique.

Les objectifs du traitement ont fait l'objet des recommandations ANAES "Le suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications" publiées en 1999 (*Annexe 1*). La prise en charge du patient diabétique de type 2 doit être globale, inscrite dans la durée, avec l'objectif de prévenir les complications micro et macrovasculaires de la maladie et d'assurer une bonne qualité de vie.

I. LES OUTILS DE LA PRISE EN CHARGE

Ils sont non pharmacologiques, alimentation et exercice physique appropriés, et pharmacologiques. Ces derniers ont fait l'objet des recommandations de l'AFSSAPS publiées en 1999 sur "Le traitement médicamenteux du diabète de type 2".

I.1. L'alimentation

I.1.1. La réduction de l'excès pondéral

Le patient diabétique de type 2 en surcharge pondérale représente le cas général. Il relève d'une réduction calorique. Le patient diabétique de type 2 à poids normal ne relève pas d'une réduction des apports énergétiques globaux.

L'estimation clinique de la masse grasse repose sur le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) : rapport du poids (kg) sur le carré de la taille (m). Chez le diabétique de type 2, une réduction calorique est indiquée, non seulement en cas d'obésité (IMC ≥ 30 kg/m²) mais aussi en cas de surpoids, autrement dit si l'IMC est > 25 kg/m². L'obésité abdominale est associée à différents facteurs de risque métaboliques et vasculaires, dont le diabète de type 2. La mesure du tour de taille constitue un appoint utile au calcul de l'IMC. Chez le sujet âgé, il n'existe pas de définition consensuelle ou validée de l'obésité (accord professionnel).

Les modalités de la réduction calorique indiquée chez le patient diabétique de type 2 ayant une surcharge pondérale (IMC > 25) sont les mêmes que chez l'obèse non diabétique (accord professionnel).

Les objectifs pondéraux doivent :

- être réalistes et individualisés ;
- s'inscrire dans la durée : après la perte de poids initiale, obtenue au bout d'environ 6 mois, l'objectif est son maintien à long terme.

En pratique :

- dans la majorité des cas, une perte de poids de 5 à 15 % par rapport au poids maximal constitue un objectif réaliste, entraînant des bénéfices pour la santé ;
- une perte de poids de 20 % et plus peut être envisagée si les moyens nécessaires pour y parvenir ne mettent pas en cause l'équilibre nutritionnel, somatique, psychologique et social de l'individu ;
- dans certains cas, éviter l'aggravation de l'obésité est le seul objectif raisonnable.

La prescription diététique visant à réduire les apports caloriques doit tenir compte des habitudes alimentaires individuelles. Des régimes modérément restrictifs entraînent de meilleurs résultats à long terme et induisent moins d'effets secondaires que les restrictions alimentaires sévères (grade C). Ils permettent de maintenir une diversité alimentaire et une certaine convivialité.

En pratique, cette approche diététique revient à :

- supprimer les erreurs manifestes qui portent généralement sur les graisses (charcuterie, fromage), les sodas sucrés et les boissons alcoolisées ;
- conseiller une réduction d'environ 15 à 30 % des apports par rapport à ceux évalués par l'enquête alimentaire ;
- ou, ce qui revient souvent au même, conseiller des apports correspondant aux 2/3 de la dépense énergétique quotidienne, calculée en tenant compte de l'âge, du sexe, du poids et du niveau habituel d'activité physique.

Les régimes à basses et très basses valeurs caloriques ne doivent pas faire partie des prescriptions courantes (grade C).

Un traitement médicamenteux de l'obésité ne doit être envisagé qu'en cas d'échec des conseils diététiques. La poursuite de ce traitement au-delà de 3 mois ne doit être envisagée que chez les patients répondeurs.

I.1.2. La répartition des nutriments

Cet aspect qualitatif de l'alimentation du diabétique concerne à la fois les patients en surpoids et les patients à poids normal (accord professionnel).

Il n'existe pas d'argument pour modifier les apports protéiques chez le diabétique de type 2 non compliqué.

Les glucides doivent constituer une part importante de l'alimentation des sujets diabétiques, ce qui va à l'encontre des idées reçues. Les glucides doivent représenter environ la moitié de la ration calorique quotidienne, soit un apport minimal de l'ordre de 180 g/jour (accord professionnel).

La répartition recommandée entre les apports respectifs des glucides et des lipides alimentaires doit tenir compte du profil clinique et métabolique mais aussi des habitudes alimentaires du patient. Elle doit donc être individualisée et se situe entre les deux positions extrêmes suivantes (grade C) :

- lorsque le sujet présente une obésité abdominale, une hypertriglycéridémie et un HDL-cholestérol bas : régime moins riche en glucides (40 % des calories totales), comportant donc plus de lipides mais régime enrichi en acides gras monoinsaturés (25 % des calories totales) avec un rapport monoinsaturés/polyinsaturés/saturés égal à 2,5/1/1 (Tableaux 1 à 5) ;
- lorsque le sujet est à poids normal ou présente une obésité gynoïde et que le bilan lipidique est normal : régime riche en glucides (55 % des calories totales), pauvre en lipides (30 %) et non focalisé sur les graisses monoinsaturées (10 %) avec un rapport acides gras monoinsaturés/polyinsaturés/saturés égal à 1/1/1.

Il n'est pas démontré qu'un apport supplémentaire en acides gras polyinsaturés n-3 (huiles de poisson) ait un intérêt chez le diabétique de type 2 (grade B).

Les apports glucidiques chez le diabétique de type 2 doivent se faire essentiellement sous forme d'aliments amylicés (pain, pâtes, riz, autres féculents) et dans une moindre mesure de fruits et de lait (accord professionnel).

La connaissance des tables d'équivalences glucidiques (*Tableau 6*) fondées sur les quantités de glucides contenues dans les aliments est utile pour composer et diversifier les repas. Elle peut être complétée par la connaissance des index glycémiques des aliments, en privilégiant ceux dont l'index glycémique est faible (légumes secs, pâtes, riz) pour limiter l'effet hyperglycémiant d'un repas. Les aliments à index glycémique élevé (pommes de terre, pain) ne doivent pas être supprimés mais être limités et répartis (accord professionnel).

Le maintien de saccharose est autorisé dans l'alimentation du diabétique de type 2, de l'ordre de 5 à 10 % de l'apport calorique quotidien, à condition de le substituer gramme par gramme avec les autres glucides (accord professionnel).

Les fruits, en quantité modérée, font partie de l'alimentation du diabétique de type 2. Un ajout supplémentaire de fructose est déconseillé (accord professionnel).

Une alimentation riche en fibres alimentaires, surtout de type soluble (pectines, guar, gomme), contenues dans les fruits, les légumes verts et les légumineuses, est souhaitable. Un ajout de fibres alimentaires sous forme de poudre, comprimés, gélules, aliments spéciaux, etc. n'est pas recommandé (accord professionnel).

Les édulcorants, de préférence acaloriques (aspartam, saccharine, acesulfame, sucralose), employés aux doses usuelles recommandées, sont autorisés chez le diabétique de type 2 (accord professionnel).

La consommation de boissons alcoolisées est autorisée chez le diabétique de type 2 comme chez le non-diabétique à trois conditions : cette consommation doit être modérée (2 verres de vin par jour environ ou l'équivalent en alcool), elle doit se faire au cours d'un repas, l'apport calorique correspondant doit être pris en compte (accord professionnel).

Les rythmes alimentaires optimaux sont probablement variables d'un individu à l'autre et il convient de les respecter. Le fractionnement des apports glucidiques en 3 repas et/ou collations nettement individualisés est cependant recommandé. Le grignotage inter-prandial est déconseillé (accord professionnel).

I.1.3. L'observance diététique

L'observance à moyen/long terme des conseils diététiques est généralement médiocre. Il est recommandé pour l'améliorer, d'assurer un suivi diététique régulier et de coupler aux conseils diététiques des conseils d'activité physique. Faire appel à un(e) diététicien(ne) ou à un nutritionniste est utile (accord professionnel).

Repérer des désordres du comportement alimentaire, en particulier les compulsions et les grignotages, est une étape importante du diagnostic diététique car leur prise en charge spécifique constitue alors un préalable indispensable (accord professionnel).

Négocier le projet thérapeutique avec le patient peut améliorer l'observance du régime. Il sera formulé en termes simples et illustré d'exemples concrets (*Tableau 7*).

Tableau 7 - Éducation diététique

- *Faire au moins 3 repas par jour.*
- *Arrêter tout grignotage entre les repas.*
- *Manger peu de graisses.*
- *Diminuer préférentiellement les graisses d'origine animale (viandes grasses, œufs, charcuterie, fromages, beurre, crème fraîche) mais aussi les aliments riches en gras tels que les fritures, les cacahuètes ou autres fruits oléagineux, les chocolats, les glaces, les pâtisseries et autres viennoiseries, les biscuits apéritifs.*
- *Augmenter la fréquence de consommation des poissons. Préférer les viandes maigres (filet de porc, volailles sans la peau), les laitages écrémés ou demi-écrémés.*

- Choisir, pour cuisiner, des matières grasses d'origine végétale riches en acides gras monoinsaturés (olive, arachide, colza) ou polyinsaturés (tournesol, pépins de raisin, maïs, etc.) au détriment des acides gras saturés.
- Favoriser les modes de cuisson sans graisse.
- Éviter d'associer plusieurs aliments gras dans un même repas.
- Manger suffisamment de glucides.
- Privilégier la consommation de féculents (glucides complexes). Manger des fruits (glucides simples).
- Répartir les glucides entre les différents repas (surtout en cas de traitement par sulfamides hypoglycémisants ou par insuline).
- La quantité est à évaluer en fonction de l'activité physique (professionnelle ou privée) et de l'âge.
- Favoriser les glucides qui ont un index glycémique bas (fruits, lentilles, haricots blancs, pâtes, etc.)
- Ne pas interdire les produits sucrés avec du saccharose (sucre de table), surtout s'ils sont consommés en fin de repas. Néanmoins, ils doivent être considérés en équivalence avec les autres aliments glucidiques du repas (attention, ils sont souvent gras, donc à consommer avec modération).
- Les boissons sucrées sont les seuls interdits, sauf en cas d'hypoglycémie.
- Proposer des édulcorants comme l'aspartam, la saccharine, l'acesulfame de potassium et les boissons édulcorées avec ces produits (lire les étiquettes et comparer avec les produits de référence).
- Manger des aliments riches en fibres : un fruit et/ou des légumes verts à chaque repas, penser aux céréales complètes et aux légumes secs.
- La consommation d'alcool considérée comme acceptable est de l'ordre de 2 verres de vin par jour. Elle doit se faire au cours des repas.
- Le pain doit faire partie de l'alimentation des diabétiques, à condition de le répartir entre les différents repas.

I.2. Activité physique

Une activité physique adaptée aux possibilités de chaque patient est recommandée chez le diabétique de type 2 car elle contribue à une amélioration de la situation métabolique (insulinosensibilité, niveau glycémique, pression artérielle, profil lipidique, etc.) et pourrait être utile pour le contrôle du poids (grade C).

En raison du caractère transitoire de ces améliorations, il faut que l'activité physique soit régulière. Une première recommandation, applicable à tous, est d'augmenter le niveau d'activité physique dans la vie quotidienne (marche d'un pas soutenu plutôt que déplacements en voiture, escaliers plutôt qu'ascenseurs, etc.) et au cours des loisirs (accord professionnel).

La pratique d'une activité sportive est recommandée dans les cas où elle est applicable. Les sports suivants sont conseillés : randonnée, jogging, cyclisme, natation, golf, ski de fond. Une durée d'exercice de 30 à 60 minutes à raison de 2 ou 3 fois par semaine est souhaitable (grade C). Il convient de dépister au préalable une atteinte rétinienne, une atteinte coronarienne ou une atteinte des pieds.

II. LA STRATÉGIE DE LA PRISE EN CHARGE

La prise en charge sera globale, dirigée contre tous les facteurs de risque, pour prévenir les complications micro et macrovasculaires de la maladie.

II.1. Stratégie de prise en charge de l'hyperglycémie

Le diabète de type 2 est une maladie évolutive qui va généralement nécessiter au fil des années une escalade des traitements.

Le régime et l'activité physique sont indispensables à toutes les étapes de la stratégie thérapeutique.

Les objectifs glycémiques se traduisent en objectifs d'HbA1c. Ils doivent être individualisés en fonction de l'âge du patient, des comorbidités et du contexte psychosocial. Les critères suivants doivent être pris comme références :

- l'objectif optimal à atteindre est une valeur d'HbA1c $\leq 6,5$ % ;
- lorsque l'HbA1c est $\leq 6,5$ %, il n'y a pas lieu de modifier le traitement (sauf effets secondaires, par exemple un accident hypoglycémique sous sulfamides ou insulinothérapie) ;
- lorsque l'HbA1c se situe entre 6,6 et 8 % sur deux contrôles successifs, une modification du traitement peut être envisagée, en fonction de l'appréciation par le clinicien du rapport avantages/inconvénients du changement de traitement envisagé ;
- lorsque l'HbA1c est > 8 % sur deux contrôles successifs, une modification du traitement est recommandée (accord professionnel).

Lorsque l'hyperglycémie a une traduction clinique bruyante à type de polyuropolydipsie, d'amaigrissement et/ou qu'elle s'accompagne d'une cétonurie, la mise à l'insuline d'emblée est généralement requise.

II.1.1. Première étape : non pharmacologique

Dans une première étape du traitement, il est recommandé de donner des conseils individualisés pour une diététique et pour une activité physique appropriées, sans médications hypoglycémiantes associées.

Il n'est pas nécessaire de prescrire des hypoglycémiantes oraux si l'HbA1c est $\leq 6,5$ % sous régime seul.

II.1.2. Deuxième étape : monothérapie orale

Dans une deuxième étape du traitement, il est recommandé de prescrire une thérapeutique hypoglycémiante orale en cas d'échec du régime seul, si l'HbA1c sous régime seul est $> 6,5$ % sur deux contrôles successifs effectués à 3-4 mois d'intervalle.

Il est recommandé de prescrire dans un premier temps une monothérapie orale, autrement dit de ne pas associer d'emblée deux classes d'hypoglycémiantes oraux (accord professionnel). La place éventuelle d'une bithérapie initiale, associant deux classes d'hypoglycémiantes oraux chacune prescrite à faibles doses, n'a pas été évaluée.

- En cas de surpoids important avec un IMC ≥ 28 et si la fonction rénale est normale ou peu perturbée (clairance de la créatinine calculée par la formule de Cockcroft > 60 ml/min), la metformine est généralement recommandée du fait d'un avantage dans cette éventualité pour prévenir les différents événements liés au diabète (grade A).
- En cas de surpoids modéré (IMC < 28) ou chez les patients à poids normal, le choix de la monothérapie initiale est laissé à l'appréciation du clinicien, à la lumière du rapport avantages/risques des médications disponibles, metformine, sulfamides hypoglycémiantes ou autres insulinosécrétagogues (repaglinide), inhibiteurs des alpha-glucosidases (grade A).

A l'intérieur de chaque classe thérapeutique, des différences, notamment de pharmacocinétique pour les sulfamides et autres insulinosécrétagogues, peuvent orienter la prescription. Chez le sujet âgé, les sulfamides hypoglycémiantes à demi-vie longue et ceux à forme galénique de type libération prolongée seront évités en raison du risque hypoglycémique. La posologie d'un sulfamide hypoglycémiant doit être lentement progressive (accord professionnel).

II.1.3. Troisième étape : bithérapie orale

Dans une troisième étape du traitement, en cas d'échec primaire ou secondaire de la monothérapie orale initiale, il est recommandé de prescrire une bithérapie orale, autrement dit d'associer entre elles deux classes d'hypoglycémiantes (grade A).

Avant de prescrire une bithérapie orale, il convient d'avoir majoré la posologie de la monothérapie jusqu'à la dose optimale, à savoir la dose maximale de l'AMM, sous réserve de la tolérance (accord professionnel).

Une bithérapie orale est conseillée lorsque l'HbA1c est > 6,5 % sur deux contrôles successifs effectués à 3-4 mois d'intervalle sous monothérapie orale à posologie optimale, elle est recommandée lorsque l'HbA1c est > 8 %, sous monothérapie orale à posologie optimale (accord professionnel).

Le remplacement d'une monothérapie insuffisamment efficace par une autre monothérapie, avant de s'orienter vers une bithérapie, est conseillé dans deux circonstances (accord professionnel) :

- le remplacement de la metformine par un sulfamide ou vice versa est utile lorsque des effets secondaires empêchent d'atteindre la dose maximale de l'AMM ;
- en cas d'échec d'un inhibiteur des alpha-glucosidases, il est recommandé de prescrire un sulfamide hypoglycémiant ou de la metformine en monothérapie, en remplacement de l'inhibiteur des alpha-glucosidases, avant de s'orienter vers une bithérapie orale.

Le choix de la bithérapie orale, sulfamides/metformine, sulfamides/inhibiteurs des alpha-glucosidases, metformine/inhibiteurs des alpha-glucosidases, est laissé à l'appréciation du clinicien à la lumière des rapports bénéfiques/risques des différentes médications. La bithérapie sulfamides/metformine, chaque médication à posologie optimale, représente le traitement oral maximal (accord professionnel).

La place éventuelle d'une trithérapie associant sulfamides, metformine et inhibiteur des alpha-glucosidases n'a pas été évaluée.

II.1.4. Quatrième étape : insulinothérapie

Dans une quatrième étape du traitement, en cas d'échec de la bithérapie orale maximale, la mise à l'insuline est recommandée, sauf cas particuliers. L'indication d'une insulinothérapie est donc recommandée lorsque l'HbA1c est > 8 % sur deux contrôles successifs sous l'association de sulfamides/metformine à posologie optimale, elle est laissée à l'appréciation par le clinicien du rapport bénéfices/inconvénients de l'insulinothérapie lorsque l'HbA1c est comprise entre 6,6 et 8 % sous la même association. Dans les deux cas, la diététique aura au préalable été réévaluée et un facteur intercurrent de décompensation aura été recherché (accord professionnel).

Des cures transitoires d'insuline dans le but théorique de restaurer l'efficacité du traitement oral ne sont pas recommandées, sauf en cas de facteur transitoire intercurrent de déséquilibre (grade C).

La prescription d'une insuline intermédiaire au coucher peut constituer la première étape de la mise à l'insuline du diabétique de type 2 (grade B).

L'insuline au coucher sera généralement, mais pas nécessairement dans un premier temps, associée à des comprimés dans la journée, à savoir une monothérapie orale. La metformine sera préférée aux sulfamides en cas de surpoids (grade B).

En cas d'échec de l'association hypoglycémiant oraux/insuline au coucher à atteindre ou maintenir les objectifs de l'HbA1c, une insulinothérapie conventionnelle à 2 injections par jour d'insuline intermédiaire sera généralement prescrite. Ce schéma d'insulinothérapie conventionnelle peut aussi être proposé d'emblée (grade B).

En cas d'échec d'une insulinothérapie conventionnelle à 2 injections à atteindre ou maintenir les objectifs d'HbA1c, une insulinothérapie intensive à 3 injections ou plus par jour est recommandée (grade B). Ce schéma d'insulinothérapie intensive peut aussi être proposé d'emblée (accord professionnel). L'emploi d'un analogue rapide de l'insuline avant chaque repas est une modalité efficace d'insulinothérapie intensive (grade B).

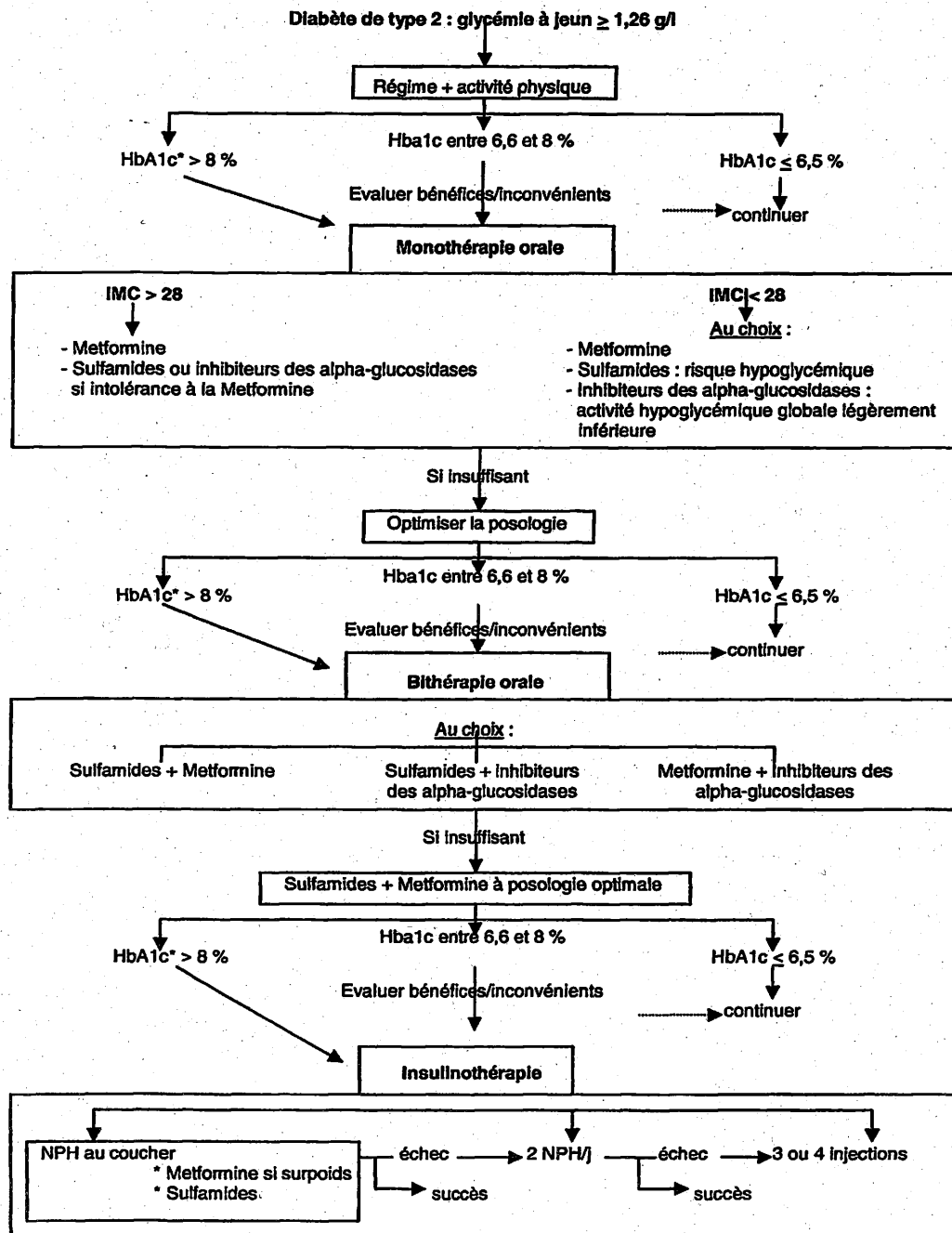
L'association d'hypoglycémiant oraux à une insulinothérapie conventionnelle ou intensive n'est pas recommandée à titre systématique. Il s'agit d'une modalité thérapeutique utile si les doses d'insuline nécessaires sont importantes ou, par l'usage de la metformine, pour limiter la prise de poids (grade B).

La mise à l'insuline nécessite, pour être efficace et sûre, une éducation appropriée.

L'avis d'un diabétologue est en général recommandé (accord professionnel).

II.1.5. La stratégie globale de prise en charge de l'hyperglycémie est résumée sous la forme d'un arbre décisionnel (Figure 1)

L'HbA1c* doit être dosée par une méthode certifiée par les sociétés internationales de standardisation (valeurs normales 4 à 6 %).



II.2. Stratégie de prise en charge des facteurs de risque associés au diabète sucré

Cette stratégie doit être d'autant plus active que le risque cardio-vasculaire global du patient est élevé (accord professionnel). Le risque cardio-vasculaire global; c'est-à-dire de présenter un accident vasculaire par exemple dans les 10 ans, est évaluable à partir des logiciels ou calculettes *ad hoc*.

II.2.1. Tabac

L'arrêt d'un éventuel tabagisme est impératif chez le diabétique de type 2 (grade C). Les recommandations générales de l'ANAES sur l'arrêt du tabagisme s'appliquent au diabétique fumeur :

- première étape d'information sur les risques liés au tabagisme ;
- deuxième étape d'évaluation de la dépendance envers la nicotine (test de Fagerström) ;
- troisième étape d'arrêt du tabagisme suivant des modalités qui dépendent du score de dépendance et de la présence ou non d'un état anxio-dépressif ou d'un alcoolisme associé. L'emploi de substituts nicotiques est recommandé en cas de dépendance modérée ou forte.

II.2.2. Hypertension artérielle

Les valeurs cibles de la pression artérielle chez le diabétique de type 2 sont définies à 140-80 mmHg. L'instauration d'une thérapeutique antihypertensive et/ou la modification d'une thérapeutique antihypertensive en cours sont recommandées au-dessus de ces valeurs (grade B).

Toutes les classes d'antihypertenseurs peuvent être prescrites au patient diabétique de type 2. Seuls les diurétiques à doses modérées, les bêtabloquants (cardiosélectifs) et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion ont été évalués en terme de bénéfices sur la morbi-mortalité (grade A). L'une de ces 3 classes, au choix du clinicien, sera donc privilégiée comme monothérapie de première intention (accord professionnel).

En cas d'échec d'une monothérapie à atteindre ou à maintenir la pression artérielle < 140-80 mmHg, il est recommandé d'associer les antihypertenseurs (grade A). Les antagonistes calciques, les antihypertenseurs centraux, les alphabloquants et les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II sont des agents antihypertenseurs utilisables en bi ou plurithérapies chez le diabétique de type 2 (accord professionnel).

Les effets indésirables des différentes classes d'antihypertenseurs sont les mêmes que chez le non-diabétique. Lors de l'instauration d'un traitement par IEC ou bêtabloquants, la vigilance est conseillée vis-à-vis du risque hypoglycémique des sulfamides hypoglycémiant ou de l'insulinothérapie (grade C).

La prise en charge hygiéno-diététique du patient diabétique de type 2, dominée par une réduction calorique individualisée, est un élément important du traitement du patient diabétique hypertendu (accord professionnel).

II.2.3. Anomalies lipidiques

Une thérapeutique hypolipémiante est recommandée chez le diabétique de type 2 qui présente des anomalies lipidiques après obtention du meilleur contrôle glycémique possible.

Les modalités (valeurs cibles, choix du médicament, surveillance) de la thérapeutique hypolipémiante choisie se conformeront aux recommandations sur le diagnostic, le suivi et le traitement des dyslipidémies établies par l'ANAES et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé publiées en 2000.

II.2.4. Antiagrégants

L'aspirine à dose modérée (100 mg/jour) est recommandée en prévention primaire chez le diabétique de type 2 lorsque existent d'autres facteurs de risque vasculaire associés au diabète sucré, en particulier une hypertension artérielle (grade A).

II.3. Généralités. Le sujet âgé

Le traitement pharmacologique du patient diabétique de type 2 devra souvent associer de nombreuses médications pour obtenir les valeurs cibles recommandées pour chacun des facteurs de risque par exemple deux classes d'hypoglycémifiants oraux, deux classes d'antihypertenseurs ou davantage, un hypolipidémiant, de l'aspirine... (grade A).

Le traitement du patient diabétique de type 2 âgé sera un compromis à établir au cas par cas entre des valeurs cibles, qui peuvent être relevées en fonction de l'âge et des comorbidités, et l'intérêt de réduire au mieux les polymédications pour limiter les risques d'hypoglycémies et les risques liés à une insuffisance rénale (accord professionnel). Il convient d'éviter les restrictions alimentaires.

III. Éducation

Une éducation du patient diabétique de type 2 à la prise en charge de sa maladie est recommandée car elle améliore l'observance du traitement non pharmacologique, favorise la réduction pondérale et est associée à un meilleur contrôle glycémique (grade C). L'autosurveillance glycémique est un outil utile pour cette éducation (accord professionnel).

Le projet éducatif devra être personnalisé. Il sera énoncé en termes d'objectifs et devra être conduit en termes de "savoir-faire". L'entourage du patient doit être associé au projet éducatif (grade C).

L'éducation du diabétique de type 2 devra être régulièrement réévaluée, pour s'assurer de la manière dont le patient intègre progressivement à sa vie quotidienne les objectifs d'éducation (accord professionnel).

**Tableau 1 - Teneur en lipides en grammes pour 100 g d'aliments (Huile, beurre, autres graisses)
(extrait de "Répertoire général des aliments", Favier).**

Désignation	Lipide	Lipide monoinsaturé	Lipide polyinsaturé	Lipide saturé
Huile mélangée, type ISIO (R)	99,9	39,2	44,9	11,5
Huile de tournesol	99,9	22,5	61,4	11,6
Huile de soja	99,9	20,5	60,5	14,1
Huile de pépins de raisin	99,9	15,6	67,7	12,2
Huile de noix	99,9	17,1	69	9,3
Huile de maïs	99,9	26,1	56,7	12,3
Huile de colza	99,9	64,3	25,5	6,2
Huile d'olive vierge	99,9	71	10	14,5
Huile d'arachide	99,9	45,2	30,1	19,8
Graisse d'olive	99,9	57,1	11	27,3
Saindoux	99,9	41,4	8,9	42,4
Beurre	83	23,5	2	52,6
Margarine tournesol	82,5	32,7	12,7	31

**Tableau 2 - Teneur en lipides en grammes pour 100 g d'aliments (Viande, volaille, charcuterie)
(extrait de "Répertoire général des aliments", Favier).**

Désignation	Lipide	Lipide monoinsaturé	Lipide polyinsaturé	Lipide saturé
Lard, cru	70	29,3	6,3	30
Rillettes	41,9	18,1	4,9	16
Saucisson sec	34,7	15,5	4,2	12,9
Saucisse de Strasbourg	27,7	12,5	3,3	10,2
Agneau, épaule, cru	25	9,5	1,2	12
Porc, travers, cru	23,6	10,7	2,2	9,3
Langue, bœuf, cuite	17,9	8,2	0,67	7,7

Agneau, côtelette, cru	16,5	6,3	0,77	8
Porc, échine, cru	15	6,9	1,5	5,6
Jambon sec, sans spécification	15	6,9	1,7	5,6
Bœuf, entrecôte, grillé	11,8	5,6	0,47	5
Bœuf bourguignon	8,2	3,5	0,6	3,4
Pot-au-feu	7,3	3,5	0,38	3,1
Veau, côte, cru	7	2,9	0,8	2,6
Jambon cuit, sans spécification	6,5	3	0,75	2,3
Poulet, viande et peau, rôti	6,2	2,9	1,2	1,8
Bœuf, faux filet, grillé	6	2,7	0,27	2,6
Canard, viande, cru	6	1,6	0,76	2,3
Lapin, viande, cru	5,6	1,1	1,8	2,2
Foie, volaille, cru	5,5	1,3	1,1	1,9
Veau, filet, rôti	5,2	2	0,62	1,8
Porc, filet, rôti, maigre, cuit	4,8	2,2	0,58	1,7
Cheval, viande, cru	4,6	1,5	1,1	1,7
Rognon, veau, cru	4,4	0,96	0,87	1,4
Bœuf, rosbif, cru	4,1	1,9	0,16	1,7
Veau, filet, cru	3	1,1	0,37	0,95
Dinde, viande, crue	2,4	0,6	0,7	0,8

Tableau 3 - Teneur en lipides en grammes pour 100 g d'aliments (Laitage et fromage)
(extrait de "Répertoire général des aliments", Favier).

Désignation	Lipide	Lipide monoinsaturé	Lipide polyinsaturé	Lipide saturé
Chèvre sec	39,4	10,6	1,4	24,4
Crème de lait épaisse	33,3	9,4	0,82	21,1
Roquefort	32,8	9,1	1,4	20,6
Comté	31,3	8,7	1,1	18,8
Camembert et apparenté	25,8	7,5	0,75	16,2
Fromage frais de 40 % MG/MS, nature	8	2,3	0,25	5,1
Yaourt au lait entier, nature	3,5	1	0,1	2,2
Lait entier UHT	3,5	1,1	0,11	2,2
Fromage frais 20 % MG/MS, nature	3,4	0,97	0,11	2,2
Lait demi-écrémé UHT	1,6	0,48	- 1	0,95
Yaourt nature	1,1	0,31	- 1	0,7

Tableau 4 - Teneur en lipides en grammes pour 100 g d'aliments (Divers)
(extrait de "Répertoire général des aliments", Favier).

Désignation	Lipide	Lipide monoinsaturé	Lipide polyinsaturé	Lipide saturé
Cacahuète	49	23,2	14	9,2
Chocolat à croquer	30	9,6	0,9	17,8
Quiche lorraine	26,2	10,2	2,2	11,7
Croissant	17,2	5,5	0,75	9,9
Croque-monsieur	16,2	4,9	1,2	8,5
Pomme de terre, frites, non salées	15	-2	-2	-2
Avocat, pulpe, frais	14,2	8,9	1,8	2,9
Œuf entier cru	10,5	4,2	1,3	3,1
Hamburger	9,6	4	1,1	3,1
Pizza, tomate et fromage	9,1	3,5	0,74	2,9
Glace	7,5	2,4	0,2	4,4

Tableau 5 - Teneur en lipides en grammes pour 100 g d'aliments (Poissons et crustacés)
(extrait de "Répertoire général des aliments", Favier).

Désignation	Lipide	Lipide monoinsaturé	Lipide polyinsaturé	Lipide saturé
Maquereau, cuit au four	20,9	8,2	5,2	4,9
Sardine à l'huile, conserve	13,7	4,7	4,9	2,8
Saumon cru	10,1	3,6	3,5	1,9
Crabe ou tourteau, cuit à l'eau	5,2	1,3	1,8	0,66
Poisson pané, congelé, cru	2	0,8	0,6	0,3
Huître crue	1,6	0,31	0,38	0,4
Cabillaud cru	0,7	0,1	0,3	0,12
Crevette crue	1,3	0,19	0,5	0,25

Tableau 6 - Teneur en glucides exprimée en grammes pour 100 g d'aliments
(extrait de "Répertoire général des aliments", Favier).

Désignation	Glucide dispo en g
Sucre blanc	100
Miel	76
Biscotte sans spécification	73,6
Farine blanche	71,5
Biscuit sec	69,2
Confitures, tout type	68
Mûsli	64,5
Chocolat à croquer	57,8
Pain, baguette	56
Croissant	55
Pain de seigle et froment	49
Pomme de terre, chips, salées	42,4
Tarte aux fruits	30
Pomme de terre, frite, non salées	30
Hamburger	29
Riz blanc, cuit	26,3
Pizza, tomate et fromage	22,2
Pâtes alimentaires, cuites	22,2
Banane, pulpe, fraîche	21
Crème dessert, appertisée	19,5
Pomme, compote, en conserve	19,1
Quiche lorraine	18,8
Maïs doux, appertisé	18,2
Pomme de terre, cuite à l'eau	18
Haricot blanc, cuit	16,9
Raisin noir, frais	15,5
Figue, fraîche	15,5
Cerise, fraîche	15,3
Yaourt, aromatisé	14,5
Lentille, cuite	12,6
Petit pois, appertisé	12,4
Poire, non pelée, fraîche	12,2
Pomme, non pelée, fraîche	11,7
Ananas, pulpe, frais	11,3
Soda aux fruits	11
Pomme, jus à base concentré	11
Pêche, pulpe et peau, fraîche	10
Kiwi, pulpe et graines, frais	9,9

Cacahuète, grillée, salée	8,9
Orange, pulpe, fraîche	8,6
Melon, pulpe, frais	8
Betterave rouge, cuite	7,6
Fraise, fraîche	7
Carotte, crue	6,6
Cidre doux	6
Bière export	4,8
Yaourt nature	4,8
Soupe poireau-pomme de terre	4,8
Lait demi-écrémé UHT	4,6
Haricot vert, cuit	3,9
Tomate, crue	3,5
Courgette, cuite	2,5
Chou-fleur, cuit	1,8

RYTHME DES CONSULTATIONS

Pour un diabétique de type 2 non compliqué dont l'équilibre est stable, le rythme de suivi recommandé est représenté sur le *Tableau suivant* :

Tous les 3-4 mois	Une fois par an
Interrogatoire	
<ul style="list-style-type: none"> • Education (autonomie, règles hygiéno-diététiques...) • Observance du traitement • Autosurveillance glycémique (si prescrite) • Problèmes psychosociaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Education (autonomie, règles hygiéno-diététiques...) • Observance du traitement • Autosurveillance glycémique (si prescrite) • Problèmes psychosociaux • Tabagisme • Evaluation complémentaire de la prise en charge de sa maladie par le patient : "Savez-vous quels sont les résultats du dépistage des complications ? "Quand devez-vous être dépisté de nouveau ?" • Symptômes de complications cardio-vasculaires ou neurologiques • Pour les femmes en âge de procréer : contraception ou désir d'enfant ?
Examen clinique	
<ul style="list-style-type: none"> • Poids • Tension artérielle • Examen des pieds 	Examen clinique complet et en particulier : <ul style="list-style-type: none"> • Examen des pieds : état cutané, neuropathie sensitive (monofilament Nylon ± diapason) • Réflexes ostéotendineux • Palpation des pouls • Recherches de souffles abdominaux, fémoraux et carotidiens • Recherche d'une hypotension orthostatique • Examen de la bouche, de la sphère ORL, de la peau

Examens paracliniques	
<ul style="list-style-type: none"> • HbA1c 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen par un ophtalmologiste • ECG de repos • Bilan lipidique à jeun : LDL, HDL, triglycérides et cholestérol total • Créatininémie et calcul de la clairance par la formule de Cockcroft • Proténuirie et hématurie, recherche d'infection par bandelettes urinaires • Si pas de proténuirie, recherche de microalbuminurie
<p>Lors de la première visite d'un patient diabétique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour les patients dont le diabète est déjà connu : anamnèse du diabète, traitement actuel et résultats des bilans précédents ; - diabète nouvellement diagnostiqué : recherche de signes en rapport avec un diabète secondaire ; - pour tous : antécédents médicaux, traitements en cours, antécédents familiaux coronariens, d'hypertension artérielle et de dyslipidémie, habitudes alimentaires et activité physique, statut socio-économique ; - diagnostic éducatif : "Que sait-il ? Quelles sont ses possibilités ? 	
(*) pour un patient équilibré	
<p>SUIVI DU PATIENT DIABETIQUE DE TYPE 2 A L'EXCLUSION DU SUIVI DES COMPLICATIONS</p>	
<p>Recommandations et références</p>	
<p>Ces recommandations concernent le "Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications". Sont exclus du cadre de ces recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le dépistage du diabète ; • les modalités thérapeutiques du diabète et des facteurs de risque vasculaire qui lui sont souvent associés ; • le suivi et le traitement des différentes complications ; • la grossesse chez la diabétique et les mesures particulières à proposer chez la femme diabétique souhaitant un enfant ; • le diabète gestationnel ; • la contraception ou le traitement hormonal substitutif de la ménopause chez la femme diabétique ; • l'intolérance au glucose. 	
<p>DIAGNOSTIC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le diabète sucré est défini par une glycémie à jeun (au moins 8 h de jeûne) $\geq 1,26$ g/l (7 mmol/l) vérifiée à 2 reprises (grade B). Ce critère de diagnostic n'est pas un seuil d'intervention pharmacologique ; • il n'est pas recommandé de doser l'hémoglobine glyquée ni de réaliser une hyperglycémie par voie orale pour poser le diagnostic de diabète sucré (accord professionnel) ; • les arguments en faveur du diabète de type 2 sont des arguments cliniques de probabilité : âge supérieur à 40 ans, index de masse corporelle supérieur à 27 (kg/m²), absence de cétonurie (ou faible), antécédents familiaux de diabète de type 2 (accord professionnel) ; • la découverte d'une complication, en dehors de sa prise en charge spécifique, ne modifie pas les règles de suivi vis-à-vis du dépistage et de la prévention des autres complications. Elle les renforce (accord professionnel) dans la mesure où la présence d'une complication majeure le risque de survenue des autres complications de la maladie. 	

ÉDUCATION DU PATIENT

- L'éducation occupe une place importante dans la prise en charge et le suivi du diabétique de type 2 (grade B) ;
- les consultations initiales doivent comporter un contenu d'éducation : donner des informations sur ce qu'est le diabète, ses complications et son traitement, assurer une formation à l'autogestion de la maladie et du traitement, en particulier dans les domaines de la diététique et de l'activité physique, de manière que le patient puisse acquérir une réelle autonomie (accord professionnel) ;
- lors des consultations de suivi, il convient d'évaluer les acquis du patient en matière d'éducation, de comportements, d'observance du traitement hygiéno-diététique (régime alimentaire, exercice physique, arrêt du tabac) (accord professionnel).

SUIVI GLYCÉMIQUE

- un bon contrôle glycémique du diabète de type 2 est recommandé pour retarder, voire prévenir, la survenue et/ou ralentir la progression des complications dites microvasculaires (recommandations de grade A) ;
- un bon contrôle glycémique du diabète de type 2 est recommandé pour prévenir la survenue des complications cardio-vasculaires (grade B) ;
- le suivi du contrôle glycémique du diabète de type 2 doit reposer sur le dosage de l'HbA1c effectué tous les 3 à 4 mois ;
- pour un patient donné, le dosage de l'HbA1c doit être pratiqué dans le même laboratoire, pour permettre de comparer les résultats successifs. Le compte-rendu du laboratoire doit spécifier la technique utilisée, si cette technique a été certifiée par les sociétés internationales de standardisation, l'intervalle des valeurs normales et les coefficients de variation intra et interlaboratoires. La technique utilisée doit de préférence doser la seule HbA1c (valeur normale 4 - 6 %) et les coefficients de variation doivent être inférieurs à 5 % ;
- les objectifs glycémiques se traduisent en objectifs d'HbA1c. Ils doivent être individualisés en fonction de l'âge du patient, des comorbidités et du contexte psychosocial. Les critères suivants doivent être pris comme référence :
 - l'objectif optimal à atteindre est une valeur d'HbA1c $\leq 6,5$ %,
 - lorsque l'HbA1c est = 6,5 %, il n'y a pas lieu de modifier le traitement (sauf effets secondaires, par exemple un risque d'accident hypoglycémique sous sulfamides ou insulinothérapie),
 - lorsque l'HbA1c se situe entre 6,6 % et 8 % sur deux contrôles successifs, une modification du traitement peut être envisagée, en fonction de l'appréciation par le clinicien du rapport avantages/inconvénients du changement de traitement envisagé,
 - lorsque la valeur de l'HbA1c est > 8 % sur deux contrôles successifs, une modification du traitement est recommandée (accord professionnel) ;
- l'autosurveillance glycémique ne doit pas être recommandée de principe pour le suivi du diabète de type 2 traité par le régime et/ou les hypoglycémifiants oraux car son intérêt dans cette indication n'est pas actuellement démontré (grade B) ;
- l'autosurveillance glycémique est cependant utile, a priori à titre temporaire, pour les 3 indications suivantes (accord professionnel) :
 - sensibiliser le patient à l'intérêt de la diététique et d'un exercice physique régulier. Elle constitue souvent un outil précieux d'éducation,
 - déterminer la posologie d'un sulfamide en début ou lors d'un changement de traitement oral (notamment pour prévenir les hypoglycémies asymptomatiques),
 - en cas de maladie intercurrente ou de prescription d'une médication diabétogène ;
- une autosurveillance glycémique régulière est nécessaire chez le diabétique de type 2 traité par l'insuline (grade B) ;
- la mesure de la glycémie au laboratoire n'est pas indispensable pour le suivi du diabète de type 2 ;
- la mesure de la glycémie au laboratoire garde un intérêt dans les cas particuliers suivants (accord professionnel) :
 - pour contrôler la précision des mesures de glycémie capillaire chez un patient qui pratique l'autosurveillance glycémique,

- en cas de changement de traitement, en particulier prescription de sulfamides, ou encore affection intercurrente ou prescription d'une médication diabétogène, chez un patient qui ne pratique pas l'autosurveillance glycémique. Il est alors utile d'avoir des résultats glycémiques sans attendre 3 mois la valeur de l'HbA1c,
- lorsque les techniques disponibles du dosage de l'hémoglobine glyquée ne répondent pas aux exigences de qualité définies plus haut. Il est sans doute alors préférable de disposer d'une mesure fiable de la glycémie,
- les mesures de la glycosurie et de la fructosamine ne sont pas recommandées pour le suivi du diabétique de type 2 (accord professionnel).

SUIVI DES FACTEURS DE RISQUE VASCULAIRE

- Le suivi du diabète de type 2 comporte le suivi et la prise en charge des facteurs classiques de risque vasculaire souvent associés au diabète sucré (tabagisme, hypertension artérielle, anomalies lipidiques) (grade A) ;
- un risque cardio-vasculaire global, calculé à partir des équations de Framingham et/ou Laurier, égal ou supérieur à 2 % par an justifie une intervention thérapeutique (accord professionnel). Un chiffre inférieur n'exclut pas de traiter les facteurs de risque qui dépassent les seuils définis dans ces recommandations ;
- toutes les mesures visant à aider l'arrêt d'un tabagisme doivent impérativement être mises en œuvre ;
- la pression artérielle doit être mesurée à chaque consultation ; la définition de l'hypertension artérielle est la même que chez le non-diabétique : pression artérielle systolique (PAS) habituellement ≥ 140 mmHg et/ou pression artérielle diastolique (PAD) habituellement ≥ 90 mmHg (accord professionnel).
- un bilan lipidique à jeun doit être effectué une fois par an chez le diabétique de type 2. Il comporte la mesure du cholestérol total, du HDL-cholestérol et des triglycérides, la mesure ou le calcul (si triglycérides $< 4,5$ g/l) du LDL-cholestérol ;
- au terme de 6 mois d'une diététique appropriée et après obtention du meilleur contrôle glycémique possible, la valeur du LDL-cholestérol sert de référence pour instaurer un traitement médicamenteux hypolipidémiant.

Définition des anomalies du LDL-cholestérol justifiant une intervention médicamenteuse chez le diabétique de type 2 non compliqué (prévention secondaire exclue)

Catégories de patients ayant une élévation du LDL-cholestérol	Valeur d'instauration du traitement médicamenteux en g/l (mmol/l)
Prévention primaire des diabétiques de type 2 sans autre facteur de risque	$\geq 1,90$ (4,9)
Prévention primaire des diabétiques de type 2 ayant un autre facteur de risque	$\geq 1,60$ (4,1)
Prévention primaire des diabétiques de type 2 ayant au moins deux autres facteurs de risque	$\geq 1,30$ (3,4)
1. Après mise en œuvre des mesures diététiques et/ou des mesures médicamenteuses visant à améliorer le contrôle glycémique	

2. Facteurs de risque de maladie coronaire, à prendre en compte chez les sujets ayant une élévation du LDL-cholestérol

- âge : homme de 45 ans ou plus, femme de 55 ans ou plus, ou femme ayant une ménopause précoce sans oestrogénothérapie substitutive ;
- antécédents familiaux de maladies coronaires précoces (infarctus du myocarde ou mort subite avant l'âge de 55 ans chez le père ou chez un parent du premier degré de sexe masculin ; ou avant 65 ans chez la mère ou chez un parent féminin du premier degré) : ou d'artériopathie quel que soit le siège ;
- tabagisme en cours ;
- hypertension artérielle (PA supérieure ou égale à 140/90 mmHg ou traitement antihypertenseur en cours ;
- HDL-cholestérol inférieur à 0,35 g/l (0,9 mmol/l)
- taux des triglycérides > 2 g/l
- présence d'une microalbuminurie

3. Facteur protecteur

- HDL-cholestérol supérieur ou égal à 0,60 g/l (1,6 mmol/l) ; soustraire alors "un risque" au score de niveau de risque.

Valeurs du LDL-cholestérol calculées (si triglycérides < 4,5 g/l) ou mieux directement mesurées.

DÉPISTAGE DES COMPLICATIONS OCULAIRES

- Un bilan ophtalmologique, effectué par un ophtalmologiste, doit être pratiqué dès le diagnostic puis une fois par an chez le diabétique de type 2 non compliqué ;
- le bilan ophtalmologique annuel comprend la mesure de l'acuité visuelle après correction optique, la mesure de la pression intra-oculaire, l'examen du cristallin et un examen du fond d'œil après dilatation pupillaire réalisé au biomicroscope ;
- l'angiographie en fluorescence n'est pas un examen de dépistage et n'a pas d'indication dans le suivi du diabète de type 2 tant que l'examen biomicroscopique du fond d'œil ne montre pas de complications.

DÉPISTAGE DES COMPLICATIONS RÉNALES

- L'insuffisance rénale est une complication grave du diabète de type 2 : il s'agit le plus souvent d'une néphropathie diabétique (atteinte glomérulaire) mais il peut aussi s'agir d'une néphropathie d'un autre type ou d'une pathologie rénovasculaire. Le suivi du diabétique de type 2 aura donc comme objectif le dépistage et la prévention d'une atteinte rénale chez le diabétique ;
- un bon contrôle glycémique et tensionnel prévient le risque de survenue d'une néphropathie diabétique (grade B) ;
- il convient de mesurer une fois par an la créatininémie à jeun. Il est recommandé de calculer à partir de la créatininémie la clairance de la créatinine par la formule de Cockcroft :

$$C \text{ (ml/min)} = \frac{140 - \text{âge (année)} \times \text{poids (kg)} \times K}{\text{créatininémie } (\mu\text{mol/l})}$$

K = 1,25 pour l'homme et 1 pour la femme.

Si la créatinine est exprimée en mg/l, il faut en multiplier le chiffre par 8,8 pour l'obtenir en $\mu\text{mol/l}$;

- des explorations complémentaires, à commencer par la mesure de la clairance de la créatinine endogène, doivent être envisagées impérativement dans les cas suivants (accord professionnel) : présence d'une albuminurie, d'une hématurie ou d'une infection urinaire ; créatininémie > 105 $\mu\text{mol/l}$ (11,8 mg/l) chez la femme et > 135 $\mu\text{mol/l}$ (15,2 mg/l) chez l'homme ; clairance calculée (Cockcroft) \leq 60 ml/mn ;

- la présence d'une microalbuminurie chez un diabétique de type 2 est un marqueur de gravité générale (notamment vis-à-vis du risque cardio-vasculaire) de la maladie, plus qu'un marqueur spécifiquement néphrologique. Elle incitera à renforcer la prise en charge dans tous les domaines. La présence d'une micro-albuminurie est aussi un facteur prédictif du risque de développer une protéinurie mais n'est pas un facteur prédictif direct validé du risque de développer une insuffisance rénale chronique chez le diabétique de type 2 ;
- il convient de pratiquer une fois par an chez le diabétique de type 2 la recherche d'une protéinurie par la bandelette urinaire standard. Ce test a aussi pour but de rechercher une hématurie et/ou une infection urinaire qui demandent des explorations spécifiques et qui peuvent fausser l'interprétation de l'albuminurie ;
- il convient de mesurer une fois par an la microalbuminurie, si le test par la bandelette urinaire standard est négatif. Cette mesure de la microalbuminurie peut se faire sur un échantillon urinaire au hasard (exprimé en rapport de concentration albumine/créatinine) ou sur les urines de la nuit et/ou des 24 h. Le résultat sera considéré comme pathologique s'il est confirmé à deux reprises (un dépistage, deux confirmations) ;
- une microalbuminurie et/ou une protéinurie confirmées devront être quantifiées sur les urines des 24 h ;
- un examen cyto bactériologique des urines systématique annuel n'est pas recommandé.

DÉPISTAGE DES COMPLICATIONS NEUROLOGIQUES ET PRÉVENTION DE LA PLAIE DE PIED

- Il convient de procéder une fois par an à un examen neurologique à la recherche de signes de neuropathie périphérique symptomatique. Recherche par l'interrogatoire de paresthésies et/ou de douleurs ;
- les explorations neurophysiologiques ne sont pas recommandées dans le cadre du suivi du diabète de type 2 non compliqué ;
- il convient de procéder une fois par an à un examen clinique méthodique du pied pour dépister les sujets à risque de développer une lésion :
 - recherche d'une neuropathie sensitive par l'évaluation de la sensibilité tactile de la plante et du dos du pied, si possible en utilisant la méthode standardisée du monofilament Nylon,
 - recherche d'une artériopathie par la palpation des pouls périphériques,
 - recherche de déformations du pied et/ou de cals ;
- il convient, à chaque consultation chez les patients à risque, d'enlever chaussures et chaussettes pour inspecter le pied et rechercher petite lésion, troubles trophiques, fissure, érythème, mycose... ;
- il convient, au minimum une fois par an, de rappeler les règles d'éducation du patient à risque concernant l'hygiène du pied : choix de chaussures adaptées, inspection et lavage réguliers du pied, signaler aussitôt toute lésion suspecte, éviter les traumatismes... ;
- il convient, une fois par an, de rechercher par l'interrogatoire les principaux symptômes évocateurs d'une éventuelle neuropathie autonome à expression clinique : hypotension artérielle orthostatique, troubles digestifs, anomalies de la vidange vésicale, impuissance... (accord professionnel) ;
- la recherche d'une neuropathie autonome par des examens complémentaires n'est pas recommandée en l'absence de signes cliniques d'appel (accord professionnel).

DÉPISTAGE DES COMPLICATIONS CARDIOVASCULAIRES

- Il convient une fois par an de procéder à l'examen clinique suivant dans le domaine cardio-vasculaire :
 - interrogatoire à la recherche de signes typiques ou atypiques évocateurs d'angor et/ou de claudication intermittente et/ou d'accident vasculaire cérébral ischémique transitoire,
 - palpation des pouls pédiens et tibial postérieur,
 - auscultation à la recherche de souffles carotidiens, fémoraux ou abdominaux ;

- il convient une fois par an de pratiquer un ECG de repos ; . des explorations complémentaires (ECG d'effort et/ou scintigraphie myocardique) seront proposées en cas de signes cliniques typiques ou atypiques d'angor ou en cas d'anomalies sur l'ECG de repos. Ces explorations ne sont pas recommandées, sauf cas particulier, chez le patient asymptomatique dont l'ECG de repos est normal (accord professionnel) ;
- des explorations complémentaires des gros vaisseaux, à commencer par l'exploration échodoppler, ne sont pas recommandées à titre systématique mais seront proposées en cas d'anomalies à l'examen clinique.

DIVERS

- L'examen annuel du diabétique de type 2 doit comporter la recherche clinique d'une éventuelle infection cutanée ou génito-urinaire, de même qu'un examen de la bouche et des dents (accord professionnel) ;
- il convient chez le sujet âgé (en moyenne âge > 70 ans, définition à moduler par les comorbidités) d'être vigilant vis-à-vis du risque d'hypoglycémie liée au traitement et vis-à-vis du risque d'insuffisance rénale. Les polymédications doivent être réduites au mieux (accord professionnel) ;
- si le diabète du sujet âgé est connu et bien équilibré depuis plusieurs années, il n'y a pas lieu de modifier les objectifs ni le traitement. Si le diabète est diagnostiqué chez un patient âgé, un objectif de HbA1c comprise entre 6,5 et 8,5 % peut servir de référence mais il est essentiel d'individualiser cet objectif en fonction du contexte médical et social (accord professionnel) ;
- chez le diabétique âgé, la survenue d'une somnolence, d'une déshydratation, d'une altération de l'état général doit faire aussitôt mesurer la glycémie (accord professionnel).

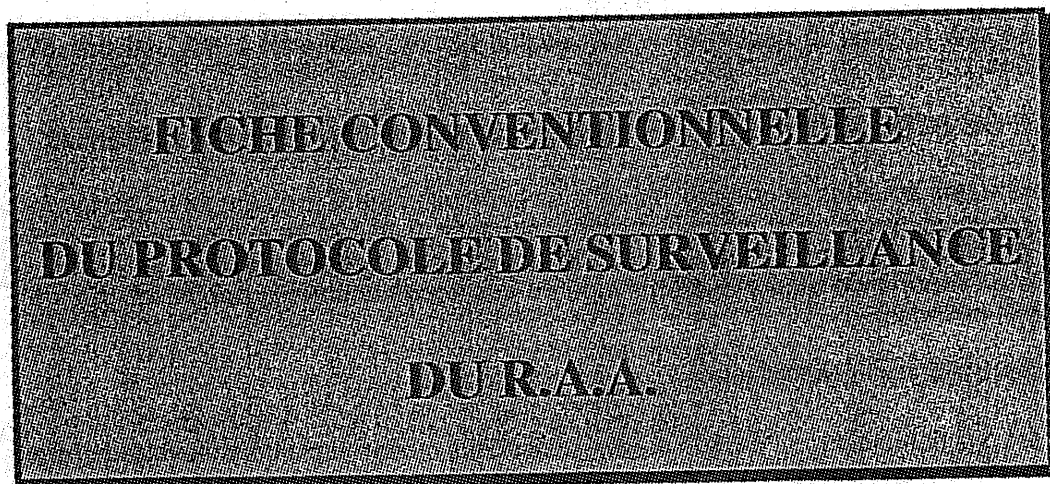
RYTHME DES CONSULTATIONS

- Pour un diabétique de type 2 non compliqué dont l'équilibre est stable, le rythme de suivi recommandé est représenté sur le tableau suivant :

Tous les 3-4 mois	Une fois par an
Interrogatoire	
<ul style="list-style-type: none"> • Education (autonomie, règles hygiéno-diététiques...) • Observance du traitement • Autosurveillance glycémique (si prescrite) • Problèmes psychosociaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Education (autonomie, règles hygiéno-diététiques...) • Observance du traitement • Autosurveillance glycémique (si prescrite) • Problèmes psychosociaux • Tabagisme ? • Evaluation complémentaire de la prise en charge de sa maladie par le patient : "Savez-vous quels sont les résultats du dépistage des complications ? "Quand devez-vous être dépisté de nouveau ?" • Symptômes de complications cardio-vasculaires ou neurologiques • Pour les femmes en âge de procréer : contraception ou désir d'enfant ?
Examen clinique	
<ul style="list-style-type: none"> • Poids • Tension artérielle • Examen des pieds 	Examen clinique complet et en particulier : <ul style="list-style-type: none"> • Examen des pieds : état cutané, neuropathie sensitive (monofilament Nylon ± diapason) • Réflexes ostéotendineux • Palpation des pouls • Recherches de souffles abdominaux, fémoraux et carotidiens • Recherche d'une hypotension orthostatique • Examen de la bouche, de la sphère ORL, de la peau

Examens paracliniques	
<ul style="list-style-type: none"> • HbA1c 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen par un ophtalmologiste • ECG de repos • Bilan lipidique à jeun : LDL, HDL, triglycérides et cholestérol total • Créatininémie et calcul de la clairance par la formule de Cockcroft • Proténuirie et hématurie, recherche d'infection par bandelettes urinaires • Si pas de proténuirie, recherche de microalbuminurie
<p>Lors de la première visite d'un patient diabétique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour les patients dont le diabète est déjà connu : anamnèse du diabète, traitement actuel et résultats des bilans précédents ; - diabète nouvellement diagnostiqué : recherche de signes en rapport avec un diabète secondaire ; - pour tous : antécédents médicaux, traitements en cours, antécédents familiaux coronariens, d'hypertension artérielle et de dyslipidémie, habitudes alimentaires et activité physique, statut socio-économique ; - diagnostic éducatif : "Que sait-il ? Quelles sont ses possibilités ? 	
<p><i>* pour un patient équilibré</i></p>	

ANNEXE III



**FICHE CONVENTIONNELLE DU PROTOCOLE DE SURVEILLANCE DU R.A.A.
sans cardite ou avec cardite légère à modérée**

Les parties signataires s'entendent pour déterminer des règles conventionnelles de bonnes pratiques.

Ces règles définies conventionnellement sont opposables aux médecins libéraux conventionnés.

Le R.A.A. (rhumatisme articulaire aigu, maladie de Bouillaud, est une complication inflammatoire retardée des infections des voies aériennes supérieures par le Streptocoque Bêta hémolytique du groupe A.

• **LA FREQUENCE DE LA RESPONSABILITE DU STREPTOCOQUE**

Dans le cadre des infections des voies aériennes supérieures, la fréquence de la responsabilité du streptocoque (essentiellement pharyngites) a été estimée à 20 %.

Après une angine, le risque de R.A.A. évalué à 1 %, passerait à 3 % en cas d'épidémies streptococciques.

• **LE ROLE DU STRECTOCOQUE BETA HEMOLYTIQUE DU GROUPE A (SBHA)**

Il existe des souches de streptocoques plus particulièrement rhumatogènes, notamment parmi les souches riches en protéine M et encapsulées, souches à la fois rhumatogènes et responsables d'épidémies plus que de cas sporadiques. Cette virulence propre à certaines souches serait proportionnelle à l'importance du portage pharyngé du streptocoque dans la population générale (sujets porteurs sains et malades).

• **LE MECANISME DE L'ATTEINTE**

Il n'est pas complètement élucidé mais le consensus moderne plaide en faveur de l'origine auto-immune de la maladie.

Chez certains sujets, les infections pharyngées répétées à streptocoque Bêta hémolytique (20 % des pharyngites), non traitées par antibiothérapie, conduisent à plus ou moins long terme à un dysfonctionnement immunitaire.

Ce dysfonctionnement peut entraîner une réponse immunitaire inadaptée et retardée après le contact streptococcique : la cible n'est plus uniquement le germe mais l'organisme du patient (synoviales, articulaires, cœur).

La maladie touche les enfants âgés de plus de 4 ans, les adolescents et les adultes jeunes, indépendamment du sexe.

• **LE R.A.A. REALISE UNE ATTEINTE ARTICULAIRE ET SOUVENT CARDIAQUE**

Cette atteinte a lieu 15 à 20 jours après une infection streptococcique pharyngée clinique ou infra clinique. Ce délai entre l'infection initiale et l'atteinte cardiaque ou articulaire exclut a priori un effet direct du streptocoque A, d'autant qu'en général, le germe a disparu de la sphère O.R.L. lors de l'apparition du R.A.A., ce qui tend à renforcer l'hypothèse du dysfonctionnement immunitaire.

La gravité est liée au degré d'atteinte de l'appareil cardio-vasculaire.

- Cardite rhumatismale débouchant sur une cardiopathie rhumatismale chronique (CRC) pouvant prendre la forme de :
 - . Myocardites et péricardites (atteintes du muscle cardiaque et de son enveloppe) résolutes et en général sans séquelle une fois la période inflammatoire terminée ;
- Valvulopathies définitives (environ 76 % des cas) plus ou moins sévères, touchant de façon isolée ou associée les valves suivantes par ordre de fréquence :
 - . la valve mitrale,
 - . la valve aortique,
 - . la valve tricuspide.

L'atteinte valvulaire, de constitution rapide, est présente dès les premières manifestations de la maladie. Ainsi, en cas d'atteinte cardiaque, les premiers signes cliniques sont le plus souvent contemporains des lésions valvulaires.

La sévérité de l'atteinte cardiaque est classiquement répartie en 4 grands groupes :

- Groupe 0 : Sans séquelle
- Groupe I et II : Séquelles valvulaires minimales et modérées
- Groupe III : Séquelles valvulaires potentiellement sévères, c'est-à-dire valvulopathies sans traduction fonctionnelle ni retentissement cavitaire au départ mais dont on peut craindre la mauvaise tolérance au bout de plusieurs années
- Groupe IV : Cardites d'emblée sévères, avec retentissement cavitaire et fonctionnel mais pas forcément chirurgicales car pouvant s'améliorer à court ou moyen terme

En fait, cette classification n'est pas figée et l'on peut parfois observer des cardites sévères en partie résolutes, des patients passant du groupe IV au groupe III voire II, mais aussi des cardites modérées ou légères se résolvant complètement (I-II à 0)... Dans l'autre sens, des cardites légères à modérées peuvent s'aggraver à l'occasion d'une rechute.

Par ailleurs, il semble exister une corrélation entre l'influence de la prévention primaire sur la constitution ou non de séquelles cardiaques lors des premières poussées de R.A.A. que l'on peut tenter d'expliquer par :

- une plus grande rapidité de réactions des parents d'enfants présentant des signes de R.A.A., grâce aux messages de prévention et d'information sur la maladie,
- une réaction plus adaptée et un diagnostic plus sûr des médecins consultés (sensibilisation, APEPU, publications, etc.) qui hospitalisent rapidement ces patients, d'où des délais plus courts entre les premiers signes de la maladie et la mise en place d'un traitement adapté.

Une poussée de R.A.A. impose l'hospitalisation dans les meilleurs délais.

LE SUIVI A LONG TERME DES PATIENTS SANS ATTEINTE CARDIAQUE OU PORTEURS DE SEQUELLES VALVULAIRES MINIMALES OU MODEREES : IL PORTE ESSENTIELLEMENT SUR LA PREVENTION DES RECHUTES.

"Le R.A.A. prédispose au R.A.A."

Une rechute est toujours consécutive à l'absence, l'arrêt ou à une irrégularité de la prophylaxie. Elle peut présenter autant sinon plus de danger qu'une première poussée (l'hospitalisation n'en est plus que justifiée).

Le risque de rechute, estimé en moyenne à 6 % la première année en cas de non-suivi de l'antibioprophylaxie, est important (certainement très patient-dépendant, ce risque se réduit avec l'âge). Un traitement préventif est d'autant plus indispensable que les rechutes peuvent prendre une forme larvée, "à bas bruit", n'alertant ni le patient, ni son entourage alors que les lésions valvulaires s'aggravent ou se constituent.

Cette prévention dans le cas du protocole EXTENCILLINE/3 semaines bien suivie est d'une efficacité presque totale.

LA PREVENTION DE LA RECHUTE IMPLIQUE L'ASSOCIATION :

1/ - D'un traitement antibiotique prolongé devant assurer l'éradication rapide de tout foyer streptococcique pharyngé :

- **Protocole injectable**

L'antibiothérapie actuellement recommandée est la benzathine Benzyl Pénicilline ou EXTENCILLINE*, en intramusculaire, au rythme d'une injection toutes les trois semaines. Elle peut être effectuée par un IDE ou le médecin traitant.

L'association de cet anesthésique local (Xylocaïne et/ou Emla) améliore notablement la compliance au traitement. Elle ne doit plus être remise en cause de nos jours.

- **Protocole oral**

- Dans le cas des allergies à la Pénicilline : Macrolides 2 prises par jour ;
- En cas d'intolérance aux intramusculaires sans allergie comme alternative définitive ou temporaire : Peni V per os ½ comprimé 1 Mui matin et soir (et en fonction du poids).

- **Durée de la prévention des rechutes par antibioprofylaxie**

- Patients sans séquelle de cardite groupe 0 : jusqu'à l'âge de 20 ans et/ou au minimum 5 ans ;
- Patients avec séquelles groupe I : jusqu'à l'âge de 20 ans et/ou au minimum 5 ans puis à discuter au cas par cas, notamment en fonction des antécédents familiaux ;
- Patients avec séquelles groupes II – III – IV : jusqu'à l'âge de 40 ans. (*)

(*) *La plupart des auteurs recommandent une prophylaxie à vie, ce qui représente une véritable sentence pour les patients, génératrice de refus de suivi. Des études statistiques ont permis de mettre en évidence qu'après l'âge de 35 ans, les rechutes chez les sujets non protégés deviennent exceptionnelles et, de plus, non génératrices d'aggravation de leur cardite rhumatismale chronique. Ainsi, l'âge maximum de cette prophylaxie a été fixée à 40 ans.*

2/ - D'un suivi médical régulier et adapté permettant :

- d'entretenir la motivation des malades et de leur famille dans le cadre d'un traitement au long cours et le plus souvent pénible, point crucial dans la prise en charge de la pathologie ;
- de surveiller l'évolution des valvulopathies constituées ;
- de prévenir par des protocoles adaptées le risque d'endocardite (rares mais dramatiques), notamment par un suivi régulier et systématique de l'état dentaire des patients.

Des données suscitées découlent les :

**RECOMMANDATION POUR LA FREQUENCE DES ACTES MEDICAUX
DANS LE CADRE DU SUIVI DES PATIENTS GRADES 0 - 1 - 2 :**

Injections IM (médecin ou IDE)	toutes les 3 semaines
Consultation médecin traitant	1 fois par trimestre (*)
Bilan spécialisé	1 fois par an (*)
Consultation dentaire	1 à 2 fois par an (**)
<p>(*) <i>au plus, en l'absence d'élément fonctionnel ou clinique nouveau.</i> (**) <i>si les soins nécessaires initiaux et intercurrents sont terminés.</i></p>	

En référence à l'article 30 de la présente convention, le panier de soins se décline de manière maximale comme suit :

• **RAA SIMPLE SANS CARDITE :**

2 consultations ou visites par un médecin généraliste et par an

1 examen de cardiologie

17 injections intramusculaires

• **RAA SIMPLE AVEC CARDITE MODEREE :**

4 consultations ou visites par un médecin généraliste et par an

1 examen de cardiologie

17 injections intramusculaires

ANNEXE IV

**FICHE CONVENTIONNELLE
DE TRAITEMENT DE
L'HYPERTENSION ARTERIELLE (HTA)**

FICHE CONVENTIONNELLE DE TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE (HTA)

Les parties signataires s'entendent pour déterminer des règles conventionnelles de bonnes pratiques.

Ces règles définies conventionnellement sont opposables aux médecins libéraux conventionnés.

RECOMMANDATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ADULTES ATTEINTS D'HYPERTENSION ARTERIELLE ESSENTIELLE LEGERE

PREAMBULE : Quelques rappels fondamentaux

L'hypertension est un facteur de risque cardio-vasculaire. Elle participe à l'évaluation du risque cardio-vasculaire absolu de chaque individu, ce risque augmente proportionnellement avec les niveaux de PA systolique et de PA diastolique.

L'HTA est le principal facteur de risque d'accident vasculaire cérébral. Le traitement de l'HTA réduit le risque d'accident vasculaire cérébral mortel et non mortel chez l'homme et chez la femme, chez le sujet jeune et chez le sujet âgé. Les AVC représentent la première cause de handicap chez l'adulte et la troisième cause de mortalité dans les pays développés.

Le traitement de l'HTA réduit de façon moins importante le risque d'insuffisance coronarienne.

L'HTA multiplie par 4 le risque d'insuffisance cardiaque congestive.

Le traitement de l'HTA empêche l'évolution de celle-ci vers des niveaux de TA plus élevés.

Le traitement antihypertenseur peut entraîner une régression de l'HVG légère à modérée. Il peut prévenir l'aggravation de l'insuffisance rénale (en France l'HTA est le premier pourvoyeur d'insuffisance rénale). Il est primordial chez le diabétique.

Toutes les enquêtes de population sur le dépistage et le contrôle de l'HTA concluent sur un contrôle insuffisant de l'HTA chez les hypertendus traités. Il existe es hypertendus connus non traités, des hypertendus méconnus.

DEFINITION

L'hypertension artérielle légère est définie en l'absence de tout traitement antihypertenseur par des chiffres de systolique entre 140 et 159 mm de mercure et des chiffres de diastolique entre 90 et 99, confirmés par au moins deux mesures séparées par un intervalle de repos au cours de la même consultation et répétées lors de trois consultations différentes au cabinet médical au moins à quinze jours d'intervalle. Ceci peut éviter de traiter par excès des patients ne le nécessitant pas.

L'HTA systolique du sujet âgé (PAS supérieure à 160, PAD inférieure à 90) doit être prise en charge car elle a un pronostic péjoratif.

LE BILAN COMPLEMENTAIRE INITIAL en l'absence d'une orientation clinique étiologique doit comprendre :

- un bilan biologique avec : NFS, ionogramme, créatininémie, glycémie, bilan lipidique. Le calcul de la clairance de créatinine peut être fait à l'aide de la formule de Cockcroft, la recherche de protéinurie et d'hématurie, la recherche d'une microalbuminurie chez le diabétique en l'absence de protéinurie ;

En référence à l'article 30 de la présente convention, le panier de soins se décline de manière maximale comme suit :

- **HYPERTENSION ARTERIELLE sans cardiopathie hypertensive (HTA) :**

- **1^{ère} année :**

- 8 consultations ou visites par un médecin généraliste et par an**

- 1 examen de cardiologie**

- 1 examen d'ophtalmologie**

- **2^{ème} et 3^{ème} années :**

- 4 consultations ou visites par un médecin généraliste et par an**

- 1 examen de cardiologie**

- 1 examen d'ophtalmologie**

Une bithérapie micro dosée ayant reçu l'AMM pour un traitement de première intention pourra être aussi utilisée.

Les antihypertenseurs centraux et les vasodilatateurs périphériques sont déconseillés en première intention.

Le choix du traitement médicamenteux initial doit être individualisé pour chaque patient, il doit être guidé par les comorbidités associées (insuffisance coronaire, insuffisance cardiaque, hypertrophie ventriculaire gauche, troubles du rythme ou de la conduction, artériopathie des membres inférieurs, diabète, insuffisance rénale, affection broncho-pulmonaire, dyslipidémie, goutte) et les organes cibles atteints qui sont responsables d'indications préférentielles ou de contre-indications.

LES OBJECTIFS DU TRAITEMENT

- **Les chiffres** : tension artérielle inférieure à 140/90.

Chez le diabétique TA inférieure à 130/85 (pour ANAES 2000 : 140/80).

Chez l'insuffisant rénal : TA inférieure à 130/85, volre inférieure à 125/75 si la protéinurie des 24 heures est supérieure à 1 g.

On remarque que les chiffres-cibles sont d'autant plus bas qu'il existe des pathologies associées et que les patients sont à plus haut risque cardio-vasculaire.

Chez le sujet âgé : l'HTA systolique doit être ramenée sous 150 mm de PAS.

- **Les moyens** : si la tolérance est mauvaise, on prescrit un médicament d'une autre classe thérapeutique.

Si le premier médicament est bien toléré mais l'effet antihypertenseur insuffisant, il faut préférer l'addition d'un principe actif d'une autre classe à l'augmentation des doses.

Les combinaisons à doses fixes favorisent l'observance, elles augmentent le rapport bénéfice/risque et diminuent le rapport coût/efficacité.

Si la bithérapie reste insuffisante, on prescrit un trithérapie cohérente : adjonction d'un diurétique si la bithérapie comportait un IEC et un anticalcique, adjonction d'un anticalcique si la bithérapie comportait un IEC et 1 ARA 2 ou un bêtabloquant associé à un diurétique.

- **Les échecs** : l'HTA résistante au traitement se définit par un objectif tensionnel non atteint malgré une trithérapie de classes différentes comportant un diurétique.

Il faut se méfier d'une interaction médicamenteuse diminuant l'efficacité des antihypertenseurs chez un sujet polymédiqué.

- **L'arrêt du traitement antihypertenseur** : un hypertendu bien contrôlé depuis plusieurs mois en monothérapie sous couvert de l'observance de mesures hygiéno-diététiques strictes et sous surveillance régulière de la TA, peut parfois ne pas avoir à reprendre le traitement médicamenteux.

- Le contrôle des co-facteurs de risque cardio-vasculaire associés à l'HTA est indispensable.

Références SFC - ANAES 2000 - OMS 1999, ISH 1999, JNC VI 1997.

En référence à l'article 30 de la présente convention, le panier de soins se décline de manière maximale comme suit :

• **HYPERTENSION ARTERIELLE sans cardiopathie hypertensive (HTA) :**

○ **1^{ère} année :**

8 consultations ou visites par un médecin généraliste et par an

1 examen de cardiologie

1 examen d'ophtalmologie

○ **2^{ème} et 3^{ème} années :**

4 consultations ou visites par un médecin généraliste et par an

1 examen de cardiologie

1 examen d'ophtalmologie

ANNEXE V

**FICHE CONVENTIONNELLE
DE TRAITEMENT DE L'ASTHME**

FICHE CONVENTIONNELLE DE TRAITEMENT DE L'ASTHME

Les parties signataires s'entendent pour déterminer des règles conventionnelles de bonnes pratiques.

Ces règles définies conventionnellement sont opposables aux médecins libéraux conventionnés.

L'asthme est une des pathologies chroniques les plus communes. L'augmentation de sa prévalence chez l'enfant et l'adulte, particulièrement marquée en Polynésie comme en témoigne l'enquête ISAAC Polynésie, en fait un véritable problème de santé publique. L'asthme n'est pas une maladie bénigne : non traité, il peut évoluer vers l'insuffisance respiratoire et à tout moment engager le pronostic vital (18 décès par an en moyenne en Polynésie, soit un taux 3 fois supérieur à celui de la Métropole où sont enregistrés 2 000 décès par an par asthme aigu).

DEFINITION

L'asthme est une affection chronique des bronches d'origine multifactorielle dont l'inflammation, l'hyper-réactivité mais aussi l'obstruction réversible constituent les caractéristiques physiopathologiques essentielles. L'inflammation des voies respiratoires tient une place prépondérante dans cette maladie et est responsable du bronchospasme et de l'obstruction bronchique et à terme de la dégradation de la fonction respiratoire. L'asthme résulte d'interactions complexes entre les facteurs génétiques (atopie, hyper-réactivité bronchique) et les facteurs environnementaux (alimentation, exposition aux allergènes, au tabac, aux infections, à la pollution, au milieu professionnel, au mode de vie...)

CIRCONSTANCES DE DIAGNOSTIC

L'asthme doit être évoqué :

- à partir de 3 épisodes de respiration sibilante chez le nourrisson ;
- chez l'enfant ou l'adulte, l'approche diagnostique ne pose pas généralement pas de problème en cas de crise d'asthme typique ; il doit également être évoqué devant une toux chronique, la survenue d'infections bronchiques récidivantes, et toux avec dyspnée post-effort. A noter une association particulièrement fréquente avec la rhinite.

BILAN INITIAL

• EXPLORATIONS FONCTIONNELLES RESPIRATOIRES (EFR)

Il y a fréquemment dissociation entre la perception de la dyspnée par l'asthmatique, l'évaluation clinique des symptômes par le médecin et la réalité du trouble ventilatoire obstructif qui est souvent sous-estimé.

L'EFR est recommandée, en particulier dans les formes présumées mineures ou dans les formes atypiques pour :

- chiffrer précisément l'obstruction et sa réversibilité aux bêta mimétiques,
- évaluer la sévérité de l'asthme et son évolution.

L'EFR s'attachera à la mesure du VEMS, de la Capacité Vitale et des Résistances des voies aériennes, avec test de réversibilité de ces paramètres après Bêta 2 mimétiques. Il n'y pas d'âge minimal absolu pour réaliser une EFR. Néanmoins, on s'accorde pour dire que cet examen ne demeure possible qu'à partir de l'âge de 5 ans.

• RADIOGRAPHIE DU THORAX ET DES SINUS DE LA FACE

La radio du thorax et la radio des sinus de la face peuvent entrer également dans le bilan initial de l'asthme, à la recherche de facteurs aggravants.

• BILAN ALLERGOLOGIQUE

L'intérêt premier des tests allergologiques est l'identification précise du ou des pneumallergènes responsables, permettant d'orienter le choix des mesures d'éviction. Les principaux allergènes impliqués en Polynésie sont les acariens et la blatte.

La technique de base est représentée par les Prick-Tests cutanés à lecture immédiate à la quinzième minute. Les tests à lecture semi retardée ou retardée sont inutiles.

Ils peuvent être réalisés à tout âge, mais leur interprétation est délicate avant 2-3 ans.

La recherche d'une sensibilisation par voie humorale est possible : Il peut être utile dans un but de dépistage de demander un Stallertest qui donnera une réponse quantitative sans précision sur le ou les allergènes concernés. Les IgE totales n'ont pas d'intérêt. Les IgE spécifiques peuvent être réalisés en seconde intention pour confirmer si besoin la présence d'une sensibilisation.

• EPREUVE THERAPEUTIQUE

Un test de réversibilité aux corticoïdes peut s'avérer nécessaire pour faire le diagnostic différentiel avec la Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO).

TRAITEMENT DE LA CRISE

Toute crise d'asthme doit être prise en charge précocement dès les premiers symptômes. Les bêta 2stimulants d'action brève représentent le traitement initial de la crise d'asthme. Les corticoïdes inhalés n'ont aucune indication dans le traitement de la crise d'asthme.

Il est indispensable de bien reconnaître les signes d'asthme aigu grave : crise ressentie par le malade comme inhabituelle, rapidement progressive en quelques heures avec signes de gravité immédiate, difficulté à parler, à tousser, orthopnée, agitation, sueurs, cyanose, utilisation des muscles respiratoires accessoires, fréquence respiratoire supérieure à 30 par minute, silence auscultatoire, inefficacité des Bêta 2 stimulants d'action brève. La mesure du DEP lorsqu'elle peut être effectuée est toujours inférieure à 30% du score théorique.

En pratique, le traitement de la crise grave aiguë impose :

- inhalations répétées de bêta 2 stimulants d'action brève avec une chambre d'inhalation ;
- si possible, oxygénothérapie et administration de Bêta 2 stimulants en nébulisation et/ou recours aux bêta 2 stimulants injectés par voie sous-cutanée ;
- administration immédiate d'un corticoïde systémique à forme immédiate dont l'efficacité ne sera effective qu'après quelques heures ;
- l'absence d'amélioration clinique 20 à 30 minutes après ce traitement ou la présence initiale de signes de détresse sont des indications d'hospitalisation d'urgence par ambulance médicalisée.

TRAITEMENT DE FOND

Il est nécessaire lors de la prise en charge d'un asthmatique de bien connaître :

- les facteurs de risque d'asthme aigu grave,
- les critères de sévérité de la maladie asthmatique.

FACTEURS DE RISQUE D'ASTHME AIGU GRAVE :

L'identification d'un ou de plusieurs de ces facteurs témoignent d'un risque accru pour le malade de développer un asthme aigu grave, indépendamment des signes de gravité observés. Elle définit donc des groupes à risque. Ces facteurs de risque sont le caractère ancien et instable de l'asthme, l'hospitalisation ou l'accueil en service d'urgence dans l'année écoulée pour asthme aigu grave, un antécédent de ventilation assistée pour crise aiguë grave, une intolérance à l'aspirine et aux anti-inflammatoires non-stéroïdiens, la mauvaise observance des thérapeutiques prescrites, un traitement par corticoïde systémique ou un sevrage récent, un tabagisme persistant. Ce patient justifie une surveillance accrue.

CRITERES DE LA SEVERITE ASTHMATIQUE :

Le tableau ci-après permet de classer en 4 paliers la maladie asthmatique et donc d'apporter une approche thérapeutique propre à chaque palier. La présence d'un seul critère suffit pour attribuer à un patient le stade correspondant. La sévérité de l'asthme est une donnée évolutive susceptible de s'aggraver ou à l'inverse de se corriger sous l'effet d'un traitement adéquat.

En cas d'amélioration, une fois le contrôle de l'asthme obtenu, il est nécessaire d'observer des paliers thérapeutiques d'au moins 3 mois avant d'envisager la réduction du schéma thérapeutique.

A l'opposé, si la maîtrise de la maladie n'est pas obtenue, repasser au palier supérieur après s'être assuré de la bonne technique d'inhalation, de la bonne observance du traitement et du contrôle de l'environnement.

Palier 1 : Intermittent	Palier 2 : Persistant léger	Palier 3 : Persistant modéré	Palier 4 : Persistant sévère
Caractères cliniques avant traitement : Symptômes intermittents < 1 fois par semaine. Exacerbations brèves. Symptômes d'asthme nocturne < 2 fois par mois. Absence de symptôme et fonction respiratoire normale entre les crises. DEP ou VEMS > 80 % des valeurs attendues, variabilité < 20 %	Caractères cliniques avant traitement : Symptôme > 1 fois par semaine mais < 1 fois par jour. Crise pouvant retentir sur l'activité et le sommeil. Symptômes d'asthme nocturne > 2 fois par mois. DEP ou VEMS > 80 % des valeurs attendues, variabilité 20-30 %.	Caractères cliniques avant traitement : Symptômes quotidiens. Crises retentissant sur l'activité et le sommeil. Symptômes d'asthme nocturne > 1 fois par semaine. Utilisation quotidienne de bêta 2 stimulants inhalés d'action brève. DEP et VEMS > 60% et < 80% des valeurs attendues, variabilité > 30 %.	Caractères cliniques avant traitement : Symptômes permanents, Crises fréquentes. Symptômes d'asthme nocturne fréquents. Activités physiques limitées par les symptômes d'asthme. DEP et VEMS < 60 % des valeurs attendues, variabilité > 30 %.
Traitement de fond : Non nécessaire.	Traitement de fond, médicaments quotidiens : Corticoïde inhalé (200-500 µg), cromone, ou théophylline à libération prolongée. Si nécessaire, augmenter les corticoïdes inhalés. S'ils sont déjà pris à la dose de 500 µg, augmenter les corticoïdes inhalés jusqu'à 800-1000µg, ou ajouter un broncho-dilatateur d'action prolongée (en particulier en cas de symptômes nocturnes) : - bêta 2 stimulant inhalé d'action prolongée, - théophylline à libération prolongée, - ou bêta 2 stimulant oral à libération prolongée.	Traitement de fond, médicaments quotidiens : Corticoïde inhalé (800-2000 µg ou plus) et broncho-dilatateur (s) d'action prolongée en particulier en cas de symptômes nocturnes : - bêta 2 stimulant inhalé d'action prolongée, - théophylline à libération prolongée, - ou bêta 2 stimulant	Traitement de fond, médicaments quotidiens : Corticoïde inhalé (1600-2000 µg ou plus) et broncho-dilatateur (s) d'action prolongée : bêta 2 stimulant inhalé d'action prolongée et/ou théophylline à libération prolongée, et/ou bêta 2 stimulant oral à libération prolongée : corticoïde oral au long cours.
Traitements des symptômes : Bêta 2 stimulant inhalé d'action brève en fonction des besoins, mais moins d'une fois par semaine. Un traitement plus intense est fonction de la sévérité des crises. Bêta 2 stimulant inhalé ou cromone avant un effort ou l'exposition à un allergène.	Traitements des symptômes : Bêta 2 stimulant inhalé d'action brève en fonction des besoins sans dépasser 3 ou 4 fois par jour.	Traitements des symptômes : Bêta 2 stimulant inhalé d'action brève en fonction des besoins sans dépasser 3 ou 4 fois par jour.	Traitements des symptômes : Bêta 2 stimulant inhalé d'action brève en fonction des besoins sans dépasser 3 ou 4 fois par jour
Eviction ou maîtrise des facteurs déclenchants	Eviction ou maîtrise des facteurs déclenchants	Eviction ou maîtrise des facteurs déclenchants	Eviction ou maîtrise des facteurs déclenchants

PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE ASTHMATIQUE**OBJECTIFS**

La prise en charge de l'asthme doit s'attacher à :

- obtenir la réduction des symptômes, y compris les symptômes nocturnes,
- prévenir les exacerbations,
- limiter au minimum les effets secondaires des médicaments,
- améliorer la qualité de vie, y compris à l'effort.

SUIVI DE LA FONCTION RESPIRATOIRE

Il est nécessaire que l'asthmatique soit régulièrement réévalué au plan EFR, tant l'obstruction bronchique est cliniquement difficilement appréciable. Il n'y a pas de règles bien précises indiquant la fréquence des contrôles qui dépendent de l'évolution et de la sévérité de la maladie. Tout au plus, on peut dire qu'en état stable, il paraît logique de pouvoir demander une EFR tous les 1 à 2 ans dans l'asthme intermittent, tous les 6 mois à 1 an pour les paliers 2 et 3 et tous les 3 à 6 mois pour les paliers 4. Le recours au suivi quotidien du débit de pointe doit être envisagé dès le palier 3 de la maladie.

EDUCATION THERAPEUTIQUE

L'éducation est un acte thérapeutique indispensable à l'efficacité du traitement et du suivi. La prise en charge éducative du patient doit l'amener à :

- connaître la maladie et l'intérêt des traitements,
- prendre ses médicaments correctement,
- percevoir les signes indiquant une évolution de l'état respiratoire vers la crise d'asthme,
- mesurer correctement son DEP,
- savoir réagir en temps opportun selon des critères préétablis de détérioration de son état respiratoire,
- exprimer ses représentations et son vécu de la maladie.

Elle doit insister sur le contrôle de l'environnement : éviction ou évitement des allergènes et des irritants, en premier lieu du tabagisme qu'il soit actif ou passif.

En référence à l'article 30 de la présente convention, le panier de soins se décline de manière maximale comme suit :

ASTHME de palier 2 ou de palier 3 chez des patients âgés de plus de 15 ans :

Et sauf urgence :

○ **1^{ère} année :**

8 consultations ou visites par un médecin généraliste et par an

1 consultation de pneumologie

1 consultation d'allergologie

1 consultation pour exploration fonctionnelle respiratoire

○ **années suivantes :**

4 consultations ou visites par un médecin généraliste et par an

1 consultation de pneumologie

1 consultation pour exploration fonctionnelle respiratoire

L'urgence s'entend par la crise d'asthme aiguë. Elle est exclue du panier de soins et bénéficie du tiers payant à condition de mentionner « Urgent Hors Panier de Soins (UHP) » sur la feuille de soins LM.

ANNEXE VI

En application des dispositions de l'article 34 paragraphe 8 de la présente convention et de celles de l'avenant n° 6 signé entre les masseurs-kinésithérapeutes et la Caisse, il est mis en œuvre 12 protocoles de soins de kinésithérapie qui visent à mieux encadrer le parcours de soins des personnes nécessitant des soins de masso-kinésithérapie pour les pathologies ci-après récapitulées :

Code (*)	Nature de l'Affection	Nombre maximum de séances
PSK1	Lombalgie commune aigue	15 AMS 7
PSK2	Lombalgie commune chronique	30 AMS 7 /an
PSK3	Cervicalgie chronique/NCB	30 AMS 7 /an
PSK4d et PSK4g	Prothèse totale de hanche	60 AMS 7
PSK5d et PSK5g	Prothèse totale genou	80 AMS 7
PSK6d et PSK6g	Ligamentoplastie genou	60 AMS 7
PSK7det PSK7g	Gonarthrose / Coxarthrose (non opérées)	3 x 10 AMS 7 /an
PSK8	Polyarthrite rhumatoïde / SPA	60 AMS 9 /an
PSK9	AVC	5 AMK 8/semaine pendant 18 mois puis 2 ou 3 AMK 8 /sem pendant 6 mois
PSK10	Rééducation à la marche (au sortir hospitalisation prolongée)	30 AMK 8 + 15 AMK 6 si besoin
PSK11d et PSK11g	Entorse Cheville Simple	10 AMS 7
PSK12	Maintien de l'autonomie et capacité motrice chez personnes âgées non grabataires	2 AMK 8 /sem

(*) Code à inscrire systématiquement sur la DEP lors d'une demande de prise en charge - "d" : pour droite - "g" pour gauche

pour accompagner la mise en œuvre de ces protocoles de soins, les médecins établiront leurs prescriptions selon la nature de l'affection ou selon le code PSK lié à l'affection en reprenant respectivement soit « le Code » ou le libellé de la « Nature de l'Affection » suivant le modèle ci-après :

- Rééducation : PSK1
- ou
- Rééducation pour « Lombalgie Commune Aiguë »

AVENANT N° 1

**à la CONVENTION INDIVIDUELLE TYPE
destinée à organiser les rapports**

entre

**LA CAISSE DE PREVOYANCE
SOCIALE DE LA POLYNESIE FRANCAISE**

et

LE MEDECIN LIBERAL

**LA CAISSE DE PREVOYANCE SOCIALE DE LA POLYNESIE
FRANCAISE,**

sise à PAPEETE, Avenue du Commandant Chessé - B.P. 1 - 98713 PAPEETE - TAHITI

agissant pour le compte :

- du Régime des salariés,
- du Régime des non-salariés,
- du Régime de solidarité,

et vu les délibérations :

- n° 11-2012/CA du 25 juin 2012 du Conseil d'administration de la CPS,
- n° 12-2012/CA.RNS du 25 juin 2012 du Conseil d'administrations du Régime des Non-salariés,
- n°13-2012/CG.RSPF du 25 juin 2012 du Comité de gestion du Régime de solidarité, *approuvées et rendues exécutoires par arrêté n° 811 CM du 2 juillet 2012, publié au JOPF n° 28 NS du 3 juillet 2012 ;*

représentée par son Directeur, Monsieur Régis CHANG,

habilité par délégations :

- n° 73/P du 7 juin 2012 du président du Conseil d'administration de la CPS ;
- n° 4/RNS en date du 12 janvier 2012 du président du Conseil d'administration du régime des non-salariés ;
- n° 13/RSPF en date du 13 septembre 2011 du président du Comité de gestion du régime de solidarité de la Polynésie française,

ci-après dénommée la « CPS »,

d'une part,

ET :

LE DOCTEUR

Adresse géographique (lieu d'exercice) :

Adresse postale :

Adresse courriel :

ci-après dénommé(e) "le médecin" ou "le praticien" ou "le médecin signataire ou conventionné"

d'autre part,

Les parties ci-dessus énumérées sont désignées sous le terme de « parties signataires ».

**CONVIENNENT DE L'AVENANT N° 1 A LA CONVENTION
INDIVIDUELLE ET SES ANNEXES DANS LES TERMES CI-APRES :**

ARTICLE 1^{er}. – Le Conseil des ministres de la Polynésie française ayant différé l'application de la Codification Polynésienne des Actes Médicaux au 1^{er} janvier 2013, l'ANNEXE IB intitulée « TARIFS D'HONORAIRES » de la convention individuelle, est abrogée et modifiée comme suit :

ANNEXE IB

« TARIFS D'HONORAIRES »

Les tarifs d'honoraires et frais accessoires pour les soins dispensés aux ressortissants et à leurs ayants droit, des Régimes de protection sociale gérés par la Caisse de prévoyance de la Polynésie française sont fixés ainsi qu'il suit :

Tarifs applicables jusqu'au 31 décembre 2012

CODES	INTITULE	TARIFS
C	Consultation généraliste	3 600 F
CS	Consultation spécialiste	4 650 F
CNPSY	Consultation neuropsychiatre	7 200 F
CSC	Consultation spécialisée de cardiologie	11 100 F
KC	Acte de chirurgie.....	470 F
K – KA – KE	Acte de chirurgie (diagnostic) – Acte d'anesthésie – Acte d'échographie	460 F
P	Actes d'anatomie et de cytologie pathologique	70 F
V	Visite généraliste	7 200 F
VS	Visite spécialiste	7 200 F
MD (*)	Majoration dimanche et jours fériés	3 000 F
MN	Majoration de nuit.....	4 000 F
Z	Acte de radiologie.....	300 F
ZS	Acte de radiologie spécialiste	360 F
IK	Indemnité kilométrique..... * avec un plafond journalier de 100 km, soit 37 500 km par an	100 F
CALD	côté à 2 C =	7 200 F
	<u>Forfait mensuel :</u>	
FSPC	Forfait soins palliatifs Coordinateur	9 540 F
FSPP	Forfait soins palliatifs Participant	4 750 F
FSPS	Forfait soins palliatifs Soins	10 700 F

(*) La majoration (MD) du médecin de garde (inscrit sur le tableau de l'ordre des Médecins) est applicable à compter du samedi midi.

Le renouvellement d'ordonnance ne donnant pas lieu à un examen du patient n'est pas facturable à la CPS de même que le déplacement non médicalement justifié et restant à la charge du patient (HN).

La cotation CALD, s'applique uniquement s'il y a eu demande expresse de la Médecine conseil en préalable.

.../

ARTICLE 2. – En exécution de l'article 2 du jugement Tribunal Administratif de la Polynésie française du 29 mai 2012 n° 1200052 et 1200062, les stipulations du dernier alinéa de l'article 7 de la convention individuelle sont sans effet et retirées.

Fait à PAPEETE, le
en deux (2) exemplaires originaux.

Le médecin,
Dr.....

Pour la CPS :
Le directeur,
Régis CHANG.

AVENANT N° 2

**à la CONVENTION INDIVIDUELLE TYPE
destinée à organiser les rapports**

entre

**LA CAISSE DE PREVOYANCE
SOCIALE DE LA POLYNESIE FRANCAISE**

et

LE MEDECIN LIBERAL

LA CAISSE DE PREVOYANCE SOCIALE DE LA POLYNESIE FRANCAISE,
sise à PAPEETE, Avenue du Commandant Chessé - B.P. 1 - 98713 PAPEETE - TAHITI

agissant pour le compte :

- du Régime des salariés,
- du Régime des non-salariés,
- du Régime de solidarité,

et vu les délibérations :

- n° 45-2012/CA du 21 novembre 2012 du Conseil d'administration de la CPS, approuvée et rendue exécutoire par arrêté n° 2062 CM du 27 décembre 2012 publié au JOPF n° 62 NS du 31 décembre 2012 ;
- n° 32-2012/CA.RNS du 23 novembre 2012 du Conseil d'administrations du Régime des Non-salariés, approuvée et rendue exécutoire par arrêté n° 2107 CM du 27 décembre 2012 publié au JOPF n° 62 NS du 31 décembre 2012 ;
- n° 40-2012/CG.RSPF du 04 décembre 2012 du Comité de gestion du Régime de solidarité, approuvée et rendue exécutoire par arrêté n° 2133 CM du 27 décembre 2012 publié au JOPF n° 62 NS du 31 décembre 2012 ;

représentée par son Directeur, Monsieur Régis CHANG,

habilité par délégations :

- n° 73/P du 7 juin 2012 du président du Conseil d'administration de la CPS ;
- n° 4/RNS en date du 12 janvier 2012 du président du Conseil d'administration du régime des non-salariés ;
- n° 13/RSPF en date du 13 septembre 2011 du président du Comité de gestion du régime de solidarité de la Polynésie française,

ci-après dénommée la « CPS »,

d'une part,

ET :

LE DOCTEUR

Adresse géographique (lieu d'exercice) :

Adresse postale :

Adresse courriel :

ci-après dénommé(e) "le médecin" ou "le praticien" ou "le médecin signataire ou conventionné"

d'autre part,

Les parties ci-dessus énumérées sont désignées sous le terme de « parties signataires ».

**CONVIENNENT DE L'AVENANT N° 2 A LA CONVENTION
INDIVIDUELLE ET SES ANNEXES DANS LES TERMES CI-APRES :**

.../

ARTICLE 1^{er}. – L'ANNEXE I intitulée « TARIFS D'HONORAIRES » de la convention individuelle, est modifiée pour l'exercice 2013 et jusqu'à l'entrée en vigueur de la Classification Polynésienne des Actes Médicaux, comme suit :

Les tarifs d'honoraires et frais accessoires pour les soins dispensés aux ressortissants et à leurs ayants-droits, des Régimes de protection sociale gérés par la Caisse de prévoyance de Polynésie française sont fixés ainsi qu'il suit :

Tarifs 2013

CODES	INTITULE	TARIFS CFP
C	Consultation généraliste.....	3 600 F
CS	Consultation spécialiste.....	4 420 F
CNPSY	Consultation neuro-psychiatre	6 840 F
CSC	Consultation spécialisée de cardiologie	10 545 F
KC	Acte de chirurgie	447 F
K – KA – KE	Acte de chirurgie (diagnostic) – Acte d'anesthésie – Acte d'échographie.....	437 F
P	Actes d'anatomie et de cytologie pathologique.....	70 F
V	Visite généraliste	7 200 F
VS	Visite spécialiste.....	6 840 F
MD (*)	Majoration dimanche et jours fériés	3 000 F
MN	Majoration de nuit.....	4 000 F
Z	Acte de radiologie.....	285 F
ZS	Acte de radiologie spécialiste.....	342 F
IK	Indemnité kilométrique	100 F
	<i>*avec un plafond journalier de 100 km, soit 37 500 km par an</i>	
CALD	côté à 2 C =	7 200 F
	<u>Forfait mensuel :</u>	
FSPC	Forfait soins palliatifs Coordinateur	9 540 F
FSPP	Forfait soins palliatifs Participant	4 750 F
FSPS	Forfait soins palliatifs Soins.....	10 700 F

(*) La majoration (MD) du médecin de garde (inscrit sur le tableau de l'Ordre des Médecins) est applicable à compter du samedi midi.

Le renouvellement d'ordonnance ne donnant pas lieu à un examen du patient n'est pas facturable à la CPS de même que le déplacement non médicalement justifié et restent à la charge du patient (HN).

La cotation CALD s'applique uniquement s'il y a eu demande expresse de la Médecine conseil en préalable.

.../

ARTICLE 2. – Après le 1^{er} alinéa du paragraphe 4 de l'article 11, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Toutefois, s'agissant du Régime de Solidarité (RSPF), la CPS ne peut s'engager à garantir le respect des délais de paiement conventionnels, eu égard aux difficultés de trésorerie liées au financement particulier de ce régime non contributif. »

Le reste sans changement.

Fait à PAPEETE, le 14.01.2013
en deux (2) exemplaires originaux.

Le médecin,
Dr.....

Pour la CPS :
Le directeur,
Régis CHANG.

TARIFS

des Abonnements de l'Imprimerie officielle à compter du 1er Mars 2010

<i>TARIF en F CFP</i>	TTC	Hors Taxe
	Polynésie française	France – DOM-TOM – Autres Pays
		<i>Voie aérienne</i>
Numéro.....	263*	515
Abonnement 1 an.....	13 533	26 604
* Frais d'expédition non inclus pour les îles.		