

Avis et communications

AVIS DIVERS

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Avis relatif à l'avenant n° 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011

NOR : AFSS1313812V

Est approuvé l'avenant n° 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, annexé au présent arrêté, conclu le 14 février 2013 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, l'Union nationales des organismes complémentaires d'assurance maladie, la Confédération des syndicats médicaux français, le Syndicat des médecins libéraux, la Fédération française des médecins généralistes et la Fédération des médecins de France.

A V E N A N T N° 9

À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 26 JUILLET 2011

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment l'article L. 162-5 ;

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011, publiée au *Journal officiel* du 25 septembre 2011.

Article 1^{er}

L'article 1^{er}-1 de la convention nationale est ainsi modifié :

Au quatrième point intitulé « Condition d'activité » est ajouté le paragraphe suivant :

« Dans le cas où le médecin est installé dans une zone mentionnée au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 précité dont l'unité territoriale, au sens de l'Institut national de la statistique et des études économiques, est inférieure au bassin de vie, il doit justifier d'une activité réalisée au 2/3 auprès de patients résidant dans le bassin de vie comprenant cette zone. »

Article 2

A l'article 12.4.4 de la convention nationale, intitulé « Suivi des patients souffrant d'affections de longue durée », est ajouté un dernier alinéa rédigé dans les termes suivants :

« Le médecin traitant bénéficie de la même rémunération spécifique pour le suivi de ses patients qui ne relèvent plus d'une ALD mais qui se trouvent dans une situation clinique répondant aux dispositions de l'article L. 322-3 (10°) du code de la sécurité sociale. »

Les modifications suivantes sont apportées à l'annexe XIII. Après les termes : « quinze jours qui suivent la demande » est ajouté un alinéa rédigé dans les termes suivants :

« Le médecin traitant bénéficie de la même rémunération spécifique pour le suivi de ses patients qui ne relèvent plus d'une ALD mais qui se trouvent dans une situation clinique répondant aux dispositions de l'article L. 322-3 (10°) du code de la sécurité sociale. Cette rémunération est versée une fois par an. »

Article 3

A l'instar de ce qui a été prévu dans l'avenant n° 2 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie conclu le 16 avril 2012, les partenaires conventionnels conviennent de revaloriser l'examen de prévention bucco-dentaire à destination des 6, 9, 12, 15 et 18 ans réalisé par les médecins stomatologistes.

L'article 2.3 de l'annexe XV de la convention nationale, intitulé « Les tarifs d'honoraires du dispositif de prévention » est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 2-3

Les tarifs d'honoraires du dispositif de prévention

Les tarifs ne peuvent pas faire l'objet de dépassements d'honoraires.

Les parties signataires conviennent de revaloriser l'examen de prévention bucco-dentaire à destination des 6, 9, 12, 15 et 18 ans, dans le cadre du programme MT'dents, à hauteur de 30 €. Les forfaits avec radiographies sont revalorisés. Dans ce cas, la rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- examen avec réalisation d'un ou deux clichés : 42 euros ;
- examen avec réalisation de trois ou quatre clichés : 54 euros. »

Article 4

Aux articles 26, 26-2 et 26-3 et à l'annexe XVII de la convention nationale, intitulée « Rémunération sur objectifs de santé publique », les termes : « médecine vasculaire » sont remplacés par les termes : « maladies vasculaires ».

Aux articles 26.2 et 26.3 de la convention nationale, le terme : « créatinine » est remplacé par le terme : « créatininémie ».

Article 5

A l'article 27.5 de la convention nationale, intitulé « Valorisation de la pratique des médecins à expertise particulière », les termes : « La valeur du forfait thermal (STH) est donc portée à 70 € » sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Les parties signataires conviennent de la nécessité d'adapter la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale pour étendre le contenu du forfait de surveillance thermique (STH). En effet, ils souhaitent intégrer les dispositions du contrat de bonne pratique conclu sur la base de l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale et ayant pris fin au 31 décembre 2012 qui prévoyait le versement d'un montant de 10 € pour le suivi des patients curistes et le retour d'information au médecin traitant. La valeur du forfait thermal (STH) est alors portée de 70 € à 80 €. Pour l'application de cette mesure en 2013, la valeur du forfait thermal est fixée transitoirement à 90 €. »

Article 6

L'article 60 de la convention nationale est ainsi modifié :

Au premier alinéa, en lieu et place de la dernière phrase :

« Cette participation est assise sur les revenus acquis au titre de l'activité libérale effectuée dans le cadre de la présente convention à l'exclusion des dépassements d'honoraires.

A compter des revenus perçus au titre de l'année 2013, l'assiette de participation des caisses d'assurance maladie est étendue aux revenus tirés d'activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins. La participation est conditionnée au respect des tarifs opposables fixés par la convention, attesté par la production de documents fixant les règles de rémunération entre les médecins et ces structures. »

L'article 61 de la convention nationale est ainsi modifié :

En lieu et place du deuxième alinéa :

« La participation des caisses, dont les modalités de calcul sont détaillées à l'annexe XXVI de la présente convention, est assise :

- d'une part, sur le montant du revenu net de dépassements d'honoraires tiré de l'activité libérale réalisée dans le cadre de la présente convention ;
- d'autre part, sur le montant des revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, dès lors que ces activités ont été rémunérées sur la base des tarifs opposables fixés par la présente convention.

Cette participation correspond à 9,7 % de ces montants. »

L'article 62 de la convention nationale est ainsi modifié :

En lieu et place du deuxième alinéa :

« L'assiette de participation des caisses est identique à celle prévue à l'article 60 de la présente convention. Cette participation correspond à 5 % de ce montant dans la limite du plafond annuel de sécurité sociale ; au-delà, la participation correspond à 2,9 % du montant évoqué *supra*.

Les modalités de calcul de la participation sont précisées à l'annexe XXVI de la présente convention. »

Il est créé une annexe XXVI rédigée dans les termes suivants :

« ANNEXE XXVI

MODALITÉS DE CALCUL DE LA PARTICIPATION DES CAISSES AUX COTISATIONS SOCIALES DUES AU TITRE DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE, MATERNITÉ, DÉCÈS DES PRATICIENS ET AUXILIAIRES MÉDICAUX CONVENTIONNÉS ET DES ALLOCATIONS FAMILIALES

La participation des caisses mentionnée aux articles 60 à 62 de la présente convention est calculée de la manière suivante.

1. Calcul du montant de la participation sur les revenus conventionnés

Un taux d'honoraires sans dépassements est calculé pour chaque professionnel en rapportant le montant total des honoraires tirés de l'activité conventionnée déduction faite des dépassements d'honoraires au montant total des honoraires tirés de l'activité conventionnée.

Le montant de la participation de l'assurance maladie sur les revenus conventionnés nets de dépassements d'honoraires correspond au montant total des revenus tirés de l'activité conventionnée, multiplié par le taux d'honoraires sans dépassements et par le taux de prise en charge.

2. Calcul du montant de la participation sur les revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Le montant de la participation sur les revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins correspond à l'ensemble de ces revenus, dès lors que ces activités ont été rémunérées sur la base des tarifs opposables, multiplié par le taux de prise en charge.

3. Calcul du montant total de la participation au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès ou des allocations familiales

Le montant total de la participation au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés ou des allocations familiales correspond à la somme des deux montants calculés précédemment. »

Article 7

A l'article 70.1 intitulé « Composition de la commission paritaire nationale », avant les termes : « en cas d'entrée de nouveaux signataires », est ajouté un alinéa rédigé dans les termes suivants :

« Participe également à titre consultatif aux séances de la CPN un représentant de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. »

Fait le 14 février 2013.

Pour l'Union nationale
des caisses d'assurance maladie :

Le directeur général,
F. VAN ROEKEGHEM

Pour l'Union nationale
des organismes d'assurance
maladie complémentaire :

Le président,
F. HENRY

Au titre des spécialistes :

*Le président de la Confédération
des syndicats médicaux français,*

DR M. CHASSANG

*Le président du Syndicat
des médecins libéraux,*

DR R. RUA

Au titre des généralistes :

*Le président de la Confédération
des syndicats médicaux français,*

DR M. CHASSANG

*Le président du Syndicat
des médecins libéraux,*

DR R. RUA

*Le président de la Fédération
des médecins de France,*
DR J.-P. HAMON

*Le président de MG France,
Fédération française
des médecins généralistes,*
DR C. LEICHER

*Le président de la Fédération
des médecins de France,*
DR J.-P. HAMON

Avis et communications

AVIS DIVERS

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Avis relatif à l'avenant n° 10 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011

NOR : AFSS1313862V

Est approuvé l'avenant n° 10 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, annexé au présent arrêté, conclu le 14 février 2013 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie, la Confédération des syndicats médicaux français, le Syndicat des médecins libéraux, la Fédération française des médecins généralistes et la Fédération des médecins de France.

A V E N A N T N° 10

À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 26 JUILLET 2011

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 161-35 et L. 162-5,

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011, publiée au *Journal officiel* du 25 septembre 2011.

La convention nationale signée le 26 juillet 2011 marque un tournant dans la valorisation de l'activité des médecins avec la mise en place d'un nouveau mode de rémunération sur objectifs de santé publique en faveur de l'amélioration de la prise en charge des patients et de l'efficacité des soins. Dans un premier temps, les parties signataires ont défini des indicateurs de qualité de la pratique médicale pour les médecins traitants. Ils se sont engagés à définir, par avenant, des indicateurs spécifiques pour d'autres spécialités cliniques et techniques. Pour ces spécialités, les objectifs fixés reposent sur des indicateurs valorisant la pratique spécifique des médecins correspondants intervenant dans le parcours de soins coordonné.

L'avenant n° 7 à la convention nationale relatif à la fixation d'indicateurs de qualité de la pratique médicale pour les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires a été signé le 14 mars 2012.

Les partenaires conventionnels s'accordent pour définir par le présent avenant les indicateurs de la pratique médicale pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie.

Les parties signataires de la convention nationale conviennent de ce qui suit.

Article 1^{er}

Les modifications suivantes sont apportées à l'article 26 de la convention nationale.

Dans le quatrième alinéa sont ajoutées à la suite des termes : « pour les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires » les dispositions suivantes : « et pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie. ».

La première phrase du septième alinéa est remplacée par les dispositions suivantes :

« Les autres indicateurs, relatifs à la pratique clinique, à la prévention, à la santé publique et à l'efficacité concernent dans un premier temps les médecins traitants, les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie. »

Au neuvième alinéa après la troisième phrase, les dispositions suivantes sont ajoutées : « Pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie, la patientèle prise en compte pour le calcul des indicateurs est constituée des patients de l'ensemble des régimes pour lesquels au moins deux actes (à l'exclusion des actes définis à l'article 6 de l'annexe XVII à la convention nationale) ont été réalisés par ces médecins sur les deux années civiles précédant la date de mise en œuvre du dispositif. »

Au neuvième alinéa, la dernière phrase est remplacée par : « Les indicateurs sont calculés sur l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire. ».

Au dixième alinéa, les termes : « aux médecins traitants et aux spécialistes en cardiologie et maladie vasculaire » sont remplacés par les termes suivants : « aux médecins traitants, aux spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et aux spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie ».

Article 2

Les modifications suivantes sont apportées à l'article 26.2 de la convention nationale.

Après le tableau intitulé « Les indicateurs de qualité de la pratique médicale pour les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires » est ajouté un sous-titre intitulé « Les indicateurs de qualité de la pratique médicale pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie » rédigé de la manière suivante :

THÈMES	OBJECTIFS	INDICATEURS	OBJECTIFS intermédiaires	OBJECTIF cible	SEUIL MINIMAL REQUIS pour la prise en compte de l'indicateur
Le suivi des pathologies chroniques	Améliorer la surveillance par imagerie des patients opérés d'un cancer colorectal	Nombre de patients ayant eu, au moins une fois tous les six mois, un acte d'imagerie les deux premières années postchirurgicales pour CCR/Nombre de patients ayant eu une chirurgie pour CCR	50 %	80 %	5 patients
	Améliorer la surveillance par dosage biologique (ACE) des patients opérés d'un cancer colorectal	Nombre de patients ayant eu, au moins une fois tous les trois mois, un dosage de l'ACE les deux premières années postchirurgicale pour cancer colorectal/Nombre de patients ayant eu une chirurgie pour cancer colorectal	25 %	50 %	5 patients
	Améliorer le suivi biologique (protéinurie) des patients atteints de maladie inflammatoire chronique (MICI) traités par 5-ASA	Nombre de patients atteints de MICI, traités par 5-ASA au long cours, ayant bénéficié d'au moins un dosage par an de la protéinurie/Nombre de patients atteints de MICI sous traitement par 5-ASA au long cours	10 %	40 %	10 patients
	Améliorer le suivi biologique (NFS-plaquettes) des patients atteints de maladie inflammatoire chronique (MICI) traités par Azathioprine	Nombre de patients atteints de MICI, traités par Azathioprine au long cours, ayant bénéficié d'au moins trois dosages par an de NFS et plaquettes/Nombre de patients atteints de MICI sous traitement par Azathioprine au long cours	75 %	90 %	5 patients
La prévention	Améliorer la surveillance par coloscopie des patients après exérèse ou mucoséctomie de un ou plusieurs polypes par coloscopie totale	Nombre de patients ayant eu une coloscopies totales avec polypectomie ou mucoséctomie réalisées en année N/N-1/N-2/nombre de patients ayant eu une coloscopie (partielle ou totale, avec ou sans geste thérapeutique) en année N.	2,1 %	1,3 %	20 patients
	Améliorer le contrôle par test respiratoire à l'urée marquée (TRU) après traitement d'éradication d' <i>Helicobacter Pylori</i> (HP)	Nombre de patients avec contrôle d'éradication d'HP par TRU/Nombre de patients traités pour éradication d'HP	25 %	50 %	5 patients
	Qualité de la coloscopie totale réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles (réalisé dans le cadre du dépistage organisé)	Nombre de patients avec détection d'un adénome au cours d'une coloscopie totale réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles/Nombre de patients ayant une coloscopie totale pour un test de recherche de sang positif	15 %	20 %	10 patients
L'efficacité	Transmission par le GE au médecin traitant (MT) des résultats et du délai de contrôle coloscopique après polypectomie par coloscopie	Nombre de patients ayant eu une polypectomie par coloscopie avec transmission au médecin traitant des résultats et du délai de contrôle par coloscopie/Nombre de patients ayant eu une polypectomie par coloscopie	80 %	90 %	20 patients

Article 3

Les modifications suivantes sont apportées à l'article 26.3 de la convention nationale.

La première phrase de l'article 26.3 est remplacée par les dispositions suivantes :

« L'ensemble du dispositif est basé sur un total de 1 300 points pour les médecins traitants, 590 points pour les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et 550 points pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie. »

A la fin du tableau figurant à l'article 26.3 intitulé « Les indicateurs de qualité de la pratique médicale pour les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires » est ajouté un sous-titre intitulé : « Les indicateurs de qualité de la pratique médicale pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie » rédigé dans les termes suivants :

THÈME	OBJECTIFS	NOMBRE DE POINTS
Indicateurs de suivi des pathologies chroniques	Améliorer la surveillance par imagerie des patients opérés d'un cancer colorectal	30
	Améliorer la surveillance par dosage biologique (ACE) des patients opérés d'un cancer colorectal	30
	Améliorer le suivi biologique (protéinurie) des patients atteints de maladie inflammatoire chronique (MICI) traités par 5-ASA	30
	Améliorer le suivi biologique (NFS-plaquettes) des patients atteints de maladie inflammatoire chronique (MICI) traités par Azathioprine	30
Indicateurs de prévention et de santé publique	Améliorer la surveillance par coloscopie des patients après exérèse ou mucoséctomie de un ou plusieurs polypes par coloscopie totale	80
	Améliorer le contrôle par test respiratoire à l'urée marquée (TRU) après traitement d'éradication d' <i>Helicobacter Pylori</i> (HP)	35
	Qualité de la coloscopie totale réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles (réalisé dans le cadre du dépistage organisé)	35
Indicateurs d'efficience	Transmission par le médecin spécialiste en gastro-entérologie et hépatologie au médecin traitant (MT), des résultats et du délai de contrôle coloscopique après polypectomie par coloscopie	30

A l'article 26.3, après les termes : « patientèle moyenne de 800 patients » sont ajoutées les dispositions suivantes : « pour un médecin traitant et un médecin spécialiste en cardiologie et maladies vasculaires et une patientèle moyenne de 1 100 patients pour un spécialiste en gastro-entérologie et hépatologie. »

Au dernier alinéa de l'article 26.3, le terme : « les gastro-entérologues » est supprimé.

Article 4

La dernière phrase du troisième alinéa de l'article 26.4 de la convention nationale est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes :

« Pour les spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et les spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie, la patientèle utilisée pour le calcul des indicateurs est la patientèle tous régimes. »

A l'article 26.4 de la convention nationale, la phrase : « Pour les indicateurs de qualité de la pratique médicale relatifs au suivi des pathologies chroniques et portant sur des données de suivi clinique définis à l'article 26.2, à savoir : » est remplacée par les dispositions suivantes : « Pour les indicateurs de qualité de la pratique médicale relatifs au suivi des pathologies chroniques, à la prévention ou à l'efficience et portant sur des données déclaratives de suivi clinique définis à l'article 26.2, à savoir : ».

A l'article 26.4 de la convention nationale, après le terme : « antihypertenseurs » sont ajoutées les dispositions suivantes :

« Pour les spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires :

- l'indicateur d'utilisation de la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) ou de l'automesure dans la prise en charge de l'hypertension artérielle ;
- l'indicateur portant sur le taux de LDL cholestérol chez les patients de moins de 85 ans en postinfarctus du myocarde ;
- pour les spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie :

- l'indicateur portant sur la qualité de la coloscopie réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles (réalisé dans le cadre du dépistage organisé) ;
- l'indicateur portant sur la transmission par le médecin spécialiste en gastro-entérologie et hépatologie au médecin traitant (MT), des résultats et du délai de contrôle coloscopique après polypectomie par coloscopie ».

Article 5

Les modifications suivantes sont apportées à l'annexe XVII de la convention nationale.

A l'article 2 de l'annexe XVII de la convention nationale, la phrase : « Pour les indicateurs de qualité de la pratique médicale relatifs au suivi des pathologies chroniques et portant sur des données de suivi clinique définis à l'article 26.2 à savoir : » est remplacée par les dispositions suivantes : « Pour les indicateurs de qualité de la pratique médicale relatifs au suivi des pathologies chroniques, à la prévention ou à l'efficacité et portant sur des données déclaratives de suivi clinique définis à l'article 26.2, à savoir : ».

A l'article 2 de l'annexe XVII de la convention nationale, après le terme : « antihypertenseurs » sont ajoutées les dispositions suivantes :

« Pour les spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires :

- l'indicateur d'utilisation de la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) ou de l'automesure dans la prise en charge de l'hypertension artérielle ;
- l'indicateur portant sur le taux de LDL cholestérol chez les patients de moins de 85 ans en postinfarctus du myocarde ;
- pour les spécialistes en gastroentérologie et hépatologie :
- l'indicateur portant sur la qualité de la coloscopie réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles (réalisé dans le cadre du dépistage organisé) ;
- l'indicateur portant sur la transmission par le médecin spécialiste en gastro-entérologie et hépatologie au médecin traitant (MT), des résultats et du délai de contrôle coloscopique après polypectomie par coloscopie. »

Au premier alinéa de l'article 2.3 de l'annexe XVII de la convention nationale intitulé « Pondération de la patientèle », après les termes : « pour un médecin spécialiste en cardiologie et maladies vasculaires » sont ajoutés les termes suivants : « et de 1 100 patients pour un spécialiste en gastro-entérologie et hépatologie ».

A la fin de l'article 2.3, dans la formule de calcul, après le nombre « 800 » est ajouté : « ou 1 100 ».

L'article 4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 4

« Pour les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie désignés comme médecin traitant

Le dispositif de rémunération à la performance relative au médecin traitant et ceux relatifs aux spécialités en cardiologie et maladies vasculaires et spécialités de gastro-entérologie et hépatologie ne sont pas cumulables. »

A la fin de l'article 5 de l'annexe XVII de la convention nationale, il est ajouté un article 6 rédigé dans les termes suivants :

« Précisions sur les modalités de calcul de la patientèle des médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie.

Les actes exclus de la patientèle au sens du neuvième alinéa de l'article 26 sont les actes peu fréquents (moins de 50 actes par an) et/ou non spécifiques de la spécialité (notamment certains actes d'imagerie). »

Fait le 14 février 2013.

Pour l'Union nationale
des caisses d'assurance maladie :

Le directeur général,

F. VAN ROEKEGHEM

Pour l'Union nationale
des organismes d'assurance
maladie complémentaire :

Le président,

F. HENRY

Au titre des spécialistes :

Le président

de la Confédération

des syndicats médicaux français,

DR M. CHASSANG

Au titre des généralistes :

*Le président de la Confédération
des syndicats médicaux français,*

DR M. CHASSANG

*Le président du Syndicat
des médecins libéraux,*
DR R. RUA

*Le président de la Fédération
des médecins de France,*
DR J.-P. HAMON

*Le président du Syndicat
des médecins libéraux,*
DR R. RUA

*Le président de MG France,
Fédération française
des médecins généralistes,*
DR C. LEICHER

*Le président de la Fédération
des médecins de France,*
DR J.-P. HAMON