

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Arrêté du 20 juin 2024 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie

NOR : TSSS2416208A

La ministre du travail, de la santé et des solidarités, le ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargé des comptes publics, et le ministre délégué auprès de la ministre du travail, de la santé et des solidarités, chargé de la santé et de la prévention,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-5, L. 162-14-1 et L. 162-15 ;
Le Conseil national de l'ordre des médecins consulté,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Est approuvée la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, annexée au présent arrêté et conclue le 4 juin 2024, entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, et d'autre part, la Fédération française des médecins généralistes dit « MG France », Avenir Spé-Le Bloc, la Confédération des spécialistes des médecins de France, la Fédération des médecins de France et le Syndicat des médecins libéraux.

Art. 2. – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 20 juin 2024.

*La ministre du travail,
de la santé et des solidarités,*
CATHERINE VAUTRIN

*Le ministre délégué auprès du ministre de l'économie,
des finances et de la souveraineté industrielle et numérique,
chargé des comptes publics,*
THOMAS CAZENAVE

*Le ministre délégué auprès de la ministre
du travail, de la santé et des solidarités,
chargé de la santé et de la prévention,*
FRÉDÉRIC VALLETOUX

ANNEXE

CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RELATIONS ENTRE LES MEDECINS LIBERAUX ET L'ASSURANCE MALADIE

SIGNEE LE 4 JUIN 2024

Vu le code la sécurité sociale, et notamment les articles L-.162-5 ; L. 162.14-1 et L. 162-15 ;
Vu les lignes directrices du ministre de la santé et des solidarités en date du 16 octobre 2023 ;
Vu les orientations du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 9 novembre 2023. ;

Il est convenu ce qui suit entre :

L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM),

Et

La Fédération Française des Médecins Généralistes,

La Fédération des Médecins de France,

La Confédération des Syndicats Médicaux Français,

L'Union Syndicale Avenir Spé — Le Bloc, Le

Syndicat des Médecins Libéraux,

Et

L'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (UNOCAM).

Partie 1 : Cadre et portée de la convention nationale**Article 1. Objet de la convention**

La présente convention définit les rapports entre les organismes d'Assurance maladie et les médecins libéraux en application de l'article L. 162-5 et L.162-14-1 du code de la sécurité sociale.

Elle a pour objet de rassembler les principes, modalités et procédures appelés à régir les relations entre l'Assurance maladie et les médecins en exercice libéral ayant adhéré à la présente convention, et vise à :

- améliorer l'accessibilité territoriale aux soins par le renforcement de l'accès aux soins de premier et de second recours ainsi qu'aux soins spécialisés, y compris pour les soins non programmés ;

- renforcer la logique d'une médecine de parcours et de proximité organisée autour du patient, coordonnée par le médecin traitant, en lien avec les différents médecins correspondants et les autres professionnels de santé ;
- garantir l'accessibilité financière aux soins avec la poursuite de la dynamique de maîtrise des dépassements ;
- renforcer les actions de prévention, de dépistage et de promotion de la santé ;
- renforcer et valoriser la qualité, la pertinence et l'efficacité des soins ;
- accompagner le déploiement des services numériques et des mesures de simplifications administratives pour permettre de redonner du temps médical et faciliter les relations entre les médecins et l'Assurance maladie ;
- déterminer les modalités et procédures de facturation et de règlement des prestations remboursables par l'Assurance maladie.

Article 2. Parties signataires à la convention

Ne peut être partie à la convention qu'une organisation syndicale dont la représentativité est reconnue dans les conditions définies au chapitre 2 du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale. Toute organisation syndicale reconnue représentative peut signer la présente convention, à n'importe quel moment, en en faisant la demande auprès de l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie (UNCAM), à charge pour celle-ci d'en informer les autres signataires à compter de la signature de l'organisation demandeuse.

Dans le cas où une organisation partie à la convention perd sa représentativité en cours d'exécution de la convention, elle n'en est plus partie à compter de la notification des résultats de l'enquête de représentativité.

La signature d'un avenant par un syndicat représentatif emporte son adhésion à l'ensemble de la convention et de ses avenants.

Article 3. Caractère unique et national de la convention

Aucune autre convention, nationale ou locale, ayant un objet similaire à la présente convention ne peut régir les rapports entre les organismes d'Assurance maladie et les médecins libéraux.

Article 4. Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée de 5 ans à compter de sa date d'entrée en vigueur.

Les parties conventionnelles conviennent de la mise en œuvre d'une première clause de revoyure avant la fin du mois de septembre 2025 permettant de mesurer de manières transversales :

- les conditions de mise en œuvre des mesures de revalorisations ;
- les conditions de mise en œuvre et les premiers résultats des actions dédiées à l'accès aux soins et à la qualité et à la pertinence des soins.

Ils pourront décider de toute mesure permettant d'adapter par avenant la présente convention pour en renforcer les effets.

Elle est renouvelée par tacite reconduction par période de même durée, sauf opposition formée au plus tard six mois avant sa date d'échéance par les organisations syndicales représentatives, dans les conditions définies au chapitre 2 du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale.

Article 5. Résiliation de la convention

La convention peut être résiliée par les partenaires conventionnels, soit par décision de l'UNCAM, soit par décision conjointe d'au moins deux organisations syndicales représentatives signataires de la convention représentant la majorité des suffrages exprimés aux dernières élections des unions régionales des professionnels de santé dans chacun des collèges (généralistes et spécialistes), adressée à chaque partie signataire, simultanément, par tout moyen permettant de donner une date certaine à sa réception.

La résiliation, qui doit être motivée, peut résulter :

- d'une violation grave des engagements conventionnels du fait de l'une des parties ;
- de modifications législatives ou réglementaires affectant substantiellement les rapports entre les caisses et les médecins.

La résiliation prend effet à l'échéance d'un délai de six mois à compter :

- de la date d'envoi de la décision des organisations à l'UNCAM ;
- ou de la date d'envoi de la décision de l'UNCAM aux organisations signataires.

La procédure de négociation en vue de la signature d'une nouvelle convention et les conséquences sur la convention en cours prévues par les textes s'appliquent à compter de la date d'effet de la résiliation et non plus de la date d'échéance de la convention.

Article 6. Champ d'application de la convention

La convention et ses avenants entrent en vigueur le lendemain de la publication de leur arrêté d'approbation au journal officiel. À défaut, elle entre en vigueur à la fin du délai d'approbation tacite prévu à l'article L. 162-15 alinéa 2 du code de la sécurité sociale.

Article 6-1 Les conditions d'adhésion des médecins à la convention

Peuvent adhérer à la présente convention :

- les médecins exerçant à titre libéral, ayant un lieu d'exercice en France, inscrits au tableau de l'Ordre national des médecins et qui ont fait le choix d'exercer sous le régime conventionnel, pour les soins dispensés, en présentiel ou à distance, au cabinet, au domicile du patient ou à son substitut et, le cas échéant, dans des structures de soins, dès lors que ceux-ci sont tarifés et facturés à l'acte ;
- les praticiens hospitaliers qui font le choix, dans les conditions définies réglementairement, d'exercer sous le régime de la présente convention pour la partie de leur activité effectuée en libéral ;
- les médecins libéraux exerçant dans un établissement de santé privé mentionnés au d) de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale (cliniques privées dites ex-OQN) ou dans un groupement de coopération sanitaire (dit GCS) financé sur la base des tarifs d'un établissement de santé privé ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'Agence régionale de santé (ARS).

Sont exclus du champ d'application de la convention :

- les collaborateurs salariés de médecins libéraux ;
- les médecins remplaçants exclusifs ;

- les assistants et les adjoints ;
- les médecins salariés exclusifs exerçant dans un établissement de santé public ou privé, dans un établissement social ou médico-social ou dans un centre de santé ou dans une société de téléconsultations ;
- les médecins exerçant uniquement une activité libérale dans le cadre d'un contrat d'exercice libéral conclu avec un établissement de santé mentionné au a, b et c de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale ou dans un GCS financé sur la base des tarifs des prestations de ces mêmes établissements de santé.

La présente convention s'applique aux organismes de tous les régimes d'Assurance maladie obligatoire.

Sont désignés dans la présente convention comme les « caisses » et « l'Assurance maladie », les organismes chargés de la gestion d'un régime d'Assurance maladie obligatoire auxquels la convention s'applique. Lorsque la seule caisse primaire ou caisse générale de sécurité sociale est visée, elle est réputée agir pour son compte et pour le compte de tous les organismes d'Assurance maladie obligatoire auxquels la convention s'applique.

Article 6-2 : Les patients bénéficiaires des dispositions conventionnelles

Les dispositions conventionnelles bénéficient à l'ensemble des ressortissants relevant des risques garantis par les régimes d'Assurance maladie obligatoire et celui des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Article 7. Les engagements conventionnels

Article 7-1 : Engagements conventionnels du médecin

Le médecin qui adhère à la convention bénéficie des droits inscrits dans la convention et s'engage à en respecter les obligations, ainsi que les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'exercice de leur profession.

Ces engagements s'imposent également aux médecins qui exercent avec ou à la place d'un médecin conventionné dans le cadre d'un remplacement ou d'une collaboration salariée. Dans ces cas, le médecin conventionné informe les intéressés de l'obligation qui leur incombe de respecter les dispositions conventionnelles.

Les engagements conventionnels collectifs ont vocation à améliorer globalement la prise en charge des patients. Ils traduisent et impliquent une mobilisation conjointe des médecins libéraux et de l'assurance maladie pour atteindre des objectifs fixés entre les parties.

Ces engagements ne sont pas opposables individuellement à un professionnel et ne peuvent conduire à réduire les rémunérations individuelles ou à modifier unilatéralement les termes de cette convention.

Article 7-2 : Engagements conventionnels de l'Assurance maladie

Les caisses d'Assurance maladie respectent les dispositions prévues par la présente convention.

Les organismes complémentaires d'Assurance maladie respectent les textes conventionnels et réglementaires qui les concernent.

Article 8. Adhésion du médecin à la convention nationale**Article 8-1 : Les modalités d'adhésion**

Tout médecin exerçant en libéral entrant dans le champ de la convention tel que défini à l'Article 6 peut prétendre au conventionnement.

Les modalités d'adhésion, de reconduction ou de renoncement à la présente convention sont précisées aux alinéas 2 et 3 de l'article R. 162-54-9 du code de la sécurité sociale.

Le médecin précédemment conventionné avant l'entrée en vigueur de la présente convention reste conventionné sauf s'il souhaite se placer hors convention.

Le médecin qui renonce à adhérer à la convention adresse un courrier en ce sens à la caisse dans le ressort de laquelle il exerce, par tout moyen permettant de conférer date certaine à sa réception. Cette décision prend effet un mois après la date de réception de son courrier par la caisse.

Le médecin non adhérent à la précédente convention, qu'il s'installe pour la première fois en exercice libéral ou qu'il ait déjà exercé en libéral, et qui souhaite devenir adhérent, en fait la demande en adressant à la caisse primaire d'Assurance maladie du ressort géographique d'implantation de son cabinet principal, par tout moyen permettant de conférer date certaine à sa réception, le formulaire d'adhésion figurant en annexe 3 de la présente convention.

Cette adhésion est effective à la date à laquelle la caisse accuse réception du formulaire susmentionné dument renseigné.

Article 8-2 : Les modalités de résiliation

Le médecin a la possibilité de résilier, à tout moment, son adhésion à la convention par lettre adressée à sa caisse de rattachement par tout moyen permettant de conférer date certaine à sa réception. Cette résiliation prend effet dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de la lettre par la caisse.

À compter de l'entrée en vigueur de la présente convention, un médecin libéral conventionné qui renonce au conventionnement pourra adhérer de nouveau à la convention dans un délai de 2 ans à compter de la date de résiliation. À l'issue de ce délai, le médecin peut formuler une nouvelle demande d'adhésion en conservant le secteur d'exercice auquel il appartenait, au moment de sa sortie de la convention.

Partie 2 : L'exercice conventionnel

Titre 1 : Les conditions d'exercice conventionnel

Il appartient aux organismes locaux d'Assurance maladie de veiller au bon déroulement des procédures d'adhésion et de s'assurer que les conditions d'activité libérale sont bien respectées pour l'exercice sous convention.

Article 9. Les démarches du médecin auprès de sa caisse

Article 9-1 : Dans le cadre d'une installation en libéral

- ***Au titre du lieu d'exercice principal***

Les médecins qui souhaitent exercer une activité en libéral et facturer à l'Assurance maladie les actes réalisés dans ce cadre, effectuent les démarches nécessaires auprès de leur caisse de rattachement (caisse du cabinet principal) pour faire enregistrer leur mode d'exercice (cabinet personnel, cabinet de groupe, société quelle que soit la forme juridique retenue) et attribuer un identifiant leur permettant d'effectuer cette facturation.

En tant qu'assurés, les médecins signataires de la présente convention sont rattachés à la CPAM du lieu où se situe leur résidence professionnelle, soit leur cabinet principal.

Les démarches requises préalablement à l'installation sont notamment les suivantes :

- être inscrit au Conseil départemental de l'Ordre des médecins du lieu d'implantation du cabinet ;
- être immatriculé à l'URSSAF ;
- être affilié à la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) ;
- avoir souscrit une assurance responsabilité civile professionnelle.

A l'occasion de son adhésion à la convention médicale dans le cadre de sa première installation en libéral, si le médecin remplit les conditions permettant de prétendre à des honoraires différents des tarifs opposables et souhaite opter pour l'application de ces tarifs différents (dit secteur 2), il doit en informer l'organisme local d'Assurance maladie auquel il est rattaché dans le délai d'un mois à compter de la réception de sa demande d'adhésion.

À l'issue de ce délai, le médecin est réputé exercer à tarifs opposables (dit secteur 1).

- ***Au titre du cabinet d'exercice secondaire***

Les médecins conventionnés qui souhaitent facturer à l'Assurance maladie les actes réalisés dans le cadre d'un cabinet d'exercice distinct du cabinet d'exercice principal (lieu d'exercice secondaire) effectuent les démarches nécessaires auprès de la caisse du ressort du lieu d'exercice distinct, afin d'obtenir un identifiant leur permettant d'effectuer cette facturation.

Le médecin doit préalablement déclarer l'ouverture d'un lieu d'exercice distinct au conseil départemental de l'Ordre des médecins dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée afin que celui-ci l'enregistre au RPPS. Le médecin se voit attribuer autant d'identifiants Assurance maladie (dits « numéros AM ») que de lieux d'activités et doit se

servir de ces numéros spécifiques différenciés au moment de la facturation, selon qu'il intervient dans l'un ou l'autre de ses cabinets.

Les démarches à effectuer auprès de la caisse du lieu d'exercice distinct sont identiques à celles à effectuer au titre de l'exercice principal.

Article 9-2 : Dans le cadre d'une modification des conditions d'exercice

Les médecins doivent faire connaître aux caisses les modifications intervenues dans les conditions d'exercice de leur activité professionnelle (ex : passage d'un exercice en cabinet isolé à un exercice en groupe, passage d'une activité libérale exclusive à une activité mixte ...) dans un délai de deux mois au maximum à compter de cette modification.

Article 9-3 : Dans le cadre d'une cessation d'activité

Le médecin qui cesse son activité libérale définitivement ou pour une durée supérieure ou égale à un an, doit informer sa caisse de rattachement, au plus tôt et *a minima*, dans un délai de six mois avant la date de cessation, sauf cas de force majeure.

Lorsque la caisse constate que depuis au moins douze mois, le médecin n'a facturé aucun acte à l'Assurance maladie, alors même qu'il n'a pas signalé sa cessation d'activité (temporaire ou définitive), elle l'informe qu'elle suspend l'application de l'ensemble des dispositions conventionnelles, sans retour du médecin, transmis par tous moyens donnant date certaine à sa réception, de cette cessation d'activité (ex : maladie, congé parental, congé de formation, etc.) dans un délai d'un mois à compter de la réception du courrier de l'Assurance Maladie.

La suspension prend fin par simple déclaration de reprise d'activité par le professionnel.

Article 10. Les modalités d'exercice en libéral

Conformément aux dispositions réglementaires (article R. 4127-93 et R. 4127-95 du code de la santé publique), dans les cabinets regroupant plusieurs professionnels exerçant en commun, quel qu'en soit le statut juridique (SEL, etc.), l'exercice de la profession doit rester personnel. Chaque praticien reste indépendant dans ses décisions et le libre choix du médecin par le malade doit être respecté.

Chaque médecin dispose d'au moins un moyen d'identification électronique prévu aux articles L. 1470-2 du code de la santé publique, L. 161-33, alinéa 4 et R. 161-52 à R. 161-58 du code de la sécurité sociale et s'engage à exiger de ses remplaçants et des professionnels de santé qui lui sont préposés qu'ils utilisent celle qui est mise à leur disposition par l'Assurance maladie.

Article 10-1 : L'exercice libéral au sein des sociétés d'exercice

Au sein des sociétés d'exercice, les médecins, quel que soit leur statut, adhèrent individuellement à la convention s'ils entrent dans son champ et conservent individuellement le choix et le bénéfice des dispositions conventionnelles.

Article 10-2 : Les collaborateurs libéraux

Le médecin collaborateur libéral adhère personnellement à la présente convention médicale. Il effectue en propre les démarches nécessaires auprès de la caisse pour se faire enregistrer et attribuer un identifiant lui permettant de facturer ses actes, conserve le choix de son secteur d'exercice et le bénéfice des dispositions conventionnelles. Il informe la caisse de l'identité du ou des médecin(s) titulaire(s) du ou des cabinets au sein desquels il exerce sa collaboration.

Article 10-3 : Les collaborateurs salariés de médecins libéraux conventionnés

Le médecin salarié par un médecin libéral, dit collaborateur salarié, ne peut pas adhérer personnellement à la convention médicale des médecins libéraux.

Il exerce sous la responsabilité du médecin conventionné et, n'étant pas lui-même adhérent à la convention, applique les tarifs opposables, quel que soit le secteur conventionnel du médecin employeur.

Toutefois, lorsque le collaborateur salarié d'un médecin exerçant en secteur à honoraires différents détient lui-même les titres ouvrant l'accès à ce secteur, il peut appliquer les tarifs correspondant à ce secteur sous réserve d'en avoir fait la demande conformément aux dispositions du titre 2 « Les secteurs conventionnels » de la présente convention et d'avoir fourni les titres donnant accès au secteur à honoraires différents.

Article 10-4 : Les remplaçants

- ***Le médecin remplaçant***

Le médecin qui souhaite effectuer une activité de remplacement d'un médecin exerçant dans le cadre de la présente convention, effectue la démarche auprès de la caisse de rattachement de son domicile pour se faire enregistrer. Il ne peut pas adhérer en propre à la convention au titre de son activité de remplacement.

Il adopte la situation du remplacé au regard des droits et obligations qui découlent de la présente convention, à l'exception du droit permanent à dépassement (DP) et de l'aide conventionnelle maternité, paternité, adoption. En conséquence, le médecin remplaçant ne peut remplacer, dans le cadre conventionnel, un médecin déconventionné.

Son activité est assimilée à celle du médecin remplacé au regard de la facturation à l'Assurance maladie.

Les partenaires conventionnels reconnaissent le rôle indispensable des médecins remplaçants dans l'organisation du système de soins et se donnent pour objectifs à brève échéance de :

- Mieux suivre l'activité des remplaçants ;
- Leur donner accès aux téléservices de l'Assurance maladie en améliorant l'accès à AmeliPro des remplaçants.

Aussi, pour assurer la traçabilité des facturations, le médecin remplacé devra paramétrer la session de remplacement sur son poste SESAM-Vitale et le médecin remplaçant utilisera sa propre CPS pour la facturation. Cette carte CPS lui permettra aussi d'accéder aux téléservices AmeliPro dès lors que le médecin dont il assure le remplacement lui donne délégation pour le faire.

- ***Le médecin remplacé***

Le médecin remplacé vérifie que le médecin remplaçant remplit bien toutes les conditions nécessaires à l'exercice du remplacement dans le cadre de la présente convention.

Il s'engage à porter à la connaissance de son remplaçant les dispositions de la présente convention et à l'informer des droits et obligations qui s'imposent à lui dans ce cadre.

Sauf exceptions prévues par les dispositions de l'article R. 4127-65 du code de la santé publique, durant la période effective de son remplacement, le médecin remplacé s'interdit toute activité libérale rémunérée dans le cadre conventionnel.

Un médecin interdit d'exercice ou de donner des soins aux assurés sociaux ne peut se faire remplacer pendant la durée de la sanction disciplinaire.

Article 10-5 : Les adjoints et assistants des médecins libéraux conventionnés

Le médecin conventionné peut se faire assister temporairement par un adjoint ou un assistant, après accord du conseil départemental de l'Ordre des médecins, pendant trois mois renouvelables, en cas :

- de besoins de santé publique ;
- d'afflux exceptionnel de population ;
- d'un état de santé le justifiant.

Il est tenu d'en informer sa caisse d'Assurance maladie. Il transmet dans ce cadre une copie de l'accord du conseil de l'Ordre des médecins.

L'adjoint ou l'assistant exerce concomitamment et sous la responsabilité du médecin conventionné au regard de la convention. Il ne peut appliquer que les tarifs opposables définis par de la présente convention, quel que soit le secteur conventionnel de son employeur. Cette activité n'est pas assimilée à une première installation en libéral au sens de la présente convention.

Article 10-6 : Les médecins assurant une tenue de cabinet

Un médecin peut être autorisé temporairement par l'Ordre des médecins dans les conditions définies à l'article R. 4127-89 du code de la santé publique à assurer la gestion du cabinet d'un confrère décédé ou empêché pour des raisons de santé sérieuses de poursuivre son activité. Le médecin désigné pour assurer cette gestion du cabinet effectue une démarche auprès de la caisse d'implantation du cabinet pour se voir enregistrer et attribuer un identifiant lui permettant de facturer les actes à l'Assurance maladie.

Il est considéré temporairement comme conventionné dans le cadre de cette activité de tenue de cabinet. Il ne peut appliquer que les tarifs opposables, quel que soit le secteur conventionnel du confrère décédé ou empêché. Cette activité n'est pas assimilée à une première installation en libéral au sens de la présente convention.

Article 10-7 : Les activités libérales en établissement relevant du champ d'application de la convention

- ***Actes réalisés dans un établissement de santé mentionné au d) de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale***

Les médecins libéraux conventionnés peuvent exercer au sein des établissements de santé privés mentionnés au d) de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale (cliniques privées dites ex-OQN).

Les actes et les consultations réalisés dans ces établissements par ces médecins, lors d'une hospitalisation avec ou sans hébergement, sont inscrits sur le support de facturation de l'établissement dit "bordereau de facturation" (bordereau S3404) et sont pris en charge par l'Assurance maladie.

Lorsque le médecin opte pour la dispense d'avance des frais, la part garantie par la caisse peut être versée selon son choix :

- soit globalement à un médecin désigné par ses confrères ou à une société de médecins ou à un groupement de médecins exerçant dans l'établissement ;
- soit individuellement à chaque praticien.

- ***Actes réalisés par les praticiens hospitaliers exerçant dans les établissements publics de santé au titre de leur activité en libéral mentionnée aux articles L. 6154-1 et suivant du code de la santé publique***

La facturation des actes réalisés au titre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers est réalisée à partir de l'identifiant Assurance maladie personnel du médecin (numéro AM) attestant de son activité libérale. Les médecins concernés ont le choix de percevoir leurs honoraires directement ou par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital.

- ***Actes réalisés dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire***

Les médecins libéraux peuvent exercer dans un groupement de coopération sanitaire (GCS) financé sur la base des tarifs des prestations des établissements suivants :

- établissement public de santé, à l'exception de ceux dispensant des soins aux détenus ;
- établissement de santé privé à but non lucratif qui a été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier depuis 2009 ;
- établissement de santé privé à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement.

Dans ce cas, les honoraires correspondant aux actes dispensés par le médecin dans le cadre du GCS sont directement versés par ce dernier au médecin. Cette activité ne relève pas du champ d'application de la présente convention.

Les médecins libéraux conventionnés peuvent aussi exercer dans un GCS financé sur la base des tarifs d'un établissement de santé privé ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'Agence régionale de santé (ARS).

Dans ce cas, la facturation est réalisée à partir de l'identifiant Assurance maladie personnel du médecin (numéro AM) attestant de son activité libérale et ses honoraires lui sont versés directement par la caisse d'Assurance maladie.

Titre 2 : Les secteurs conventionnels

Le choix du secteur conventionnel du médecin est réalisé lors de sa primo installation en exercice libéral conventionné. Sauf situations particulières prévues ci-dessous, ce choix est irréversible.

Article 11. Le secteur à honoraires opposables (secteur 1)

Article 11-1 : Le respect des tarifs opposables

Les médecins adhérant à la convention médicale en secteur à honoraires opposables, dit secteur 1, s'engagent à respecter les tarifs qui sont fixés en annexe 1 de la présente convention.

Le respect des tarifs opposables ainsi que les modalités d'utilisation des possibilités de dépassements limitativement énumérées aux paragraphes suivants s'imposent aux médecins pour leur activité exercée dans le cadre de la présente convention.

Article 11-2 : Les dépassements exceptionnels

- ***Le dépassement pour exigence particulière du patient non liée à un motif médical (DE)***

En cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du patient non liée à un motif médical, le praticien de secteur 1 peut facturer un montant supérieur au tarif opposable uniquement pour l'acte principal qu'il a effectué.

Le médecin fournit au patient toutes les informations nécessaires quant à ce supplément non remboursé par l'Assurance maladie en amont de la réalisation de l'acte ou de la consultation et lui en indique notamment le montant et le motif. L'indication « DE » est portée sur la feuille de soins. Le médecin conserve trace dans le dossier du patient des motifs justifiant de l'exigence particulière demandée par le patient pour être en capacité d'en apporter la preuve en cas de contrôle.

Ce dépassement n'est pas cumulable avec un dépassement autorisé plafonné (DA) tel que défini ci-après.

L'usage abusif du DE, qui se traduit notamment par une fréquence très élevée de cotation du DE sans lien avec cadre strictement défini du DE, est passible d'une sanction conventionnelle.

- ***Le dépassement autorisé plafonné pour les soins non coordonnés (DA)***

Lorsque le patient n'a pas respecté les règles du parcours de soins coordonnés, et excepté pour les soins délivrés aux patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, les médecins spécialistes conventionnés, appliquant les tarifs opposables, sont autorisés à pratiquer un dépassement autorisé plafonné (DA).

Ces dépassements sont plafonnés, pour les actes cliniques, de manière à ce que, arrondi à l'euro supérieur, le montant facturé n'excède pas plus de 17,5% de la valeur des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.

Ces dépassements sont plafonnés à hauteur de 17,5% pour chaque acte technique effectué, sur la base des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.

- De plus, pour l'ensemble de son activité le médecin s'engage à respecter : pour les actes techniques, un ratio honoraires sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 70%, avec pour base inter-régimes de l'Assurance maladie (SNDS) ;
- pour les actes cliniques, un ratio honoraires sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 70%, avec pour base le SNDS.

Si les soins réalisés dans le parcours de soins coordonnés ne permettent pas d'atteindre le ratio de 70%, le médecin doit, en facturant des honoraires selon les tarifs opposables, respecter les limites suivantes :

- pour les actes cliniques, appliquer à la consultation ainsi qu'un dépassement ne pouvant excéder le montant de la majoration de coordination prévue dans le parcours de soins coordonnés ;

- pour les actes techniques, appliquer les tarifs issus des listes mentionnées à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et de la présente convention.

Le médecin informe le patient du montant du dépassement autorisé non remboursé par l'Assurance maladie et lui en explique le motif.

Le DA ne peut pas se cumuler avec un dépassement pour exigence particulière du patient (DE).

Article 12. Le secteur à honoraires différents (secteur 2)

Article 12-1 : La pratique de tarifs libres dans les limites modérées

Les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents, dit secteur 2, et les médecins titulaires d'un droit à dépassement permanent, dit secteur 1 DP, fixent le montant de leurs honoraires à des niveaux modérés, les modulant de façon individualisée pour tenir compte des éventuelles difficultés de prise en charge et facilitant l'accès aux soins des assurés sociaux et de leurs ayants droit.

Outre les situations déjà prévues par des dispositions législatives ou réglementaires, ces médecins pratiquent leurs actes aux tarifs opposables dans les situations d'urgence médicale.

Article 12-2 : Les conditions d'accès au secteur 2

Peuvent demander à être autorisés à pratiquer des honoraires différents les médecins qui (conditions cumulatives) :

- s'installent pour la première fois en exercice libéral conventionné dans le cadre de la spécialité médicale qu'ils souhaitent exercer (primo installation libérale ou changement de spécialité médicale) ;
- et sont titulaires :
 - de l'un des titres publics hospitaliers français visés par la convention dans le cadre de la procédure de l'accès direct (cf. article suivant) ;
 - d'un titre ou d'un cursus professionnel pouvant faire l'objet d'une procédure d'équivalence avec les titres hospitaliers publics français visé dans le cadre de la procédure de l'accès direct,

Article 13. La procédure de l'accès direct au secteur 2

Article 13-1 : Critères d'éligibilité

Peuvent demander à être autorisés à pratiquer des honoraires différents, par la procédure de l'accès direct, les médecins qui :

- s'installent pour la première fois en exercice libéral sous le régime de la présente convention dans le cadre de leur spécialité d'inscription au tableau de l'Ordre des médecins
- et sont titulaires de l'un des titres hospitaliers, strictement énumérés ci-après, acquis en France dans les établissements publics de santé ou au sein de la Faculté libre de médecine de Lille :

- ancien chef de clinique des universités - assistant des hôpitaux dont le statut relève du décret n°2021-1645 du 13 décembre 2021;
- ancien assistant hospitalier universitaire dont le statut relève du décret n°2021-1645 du 13 décembre 2021 ;
- ancien chef de clinique des universités de médecine générale dont le statut relève du décret n°2008-744 du 28 juillet 2008 ;
- ancien assistant des hôpitaux dont le statut est régi par les articles R. 6152-501 et suivants du code de la santé publique (une année réalisée sous le statut de docteur junior est désormais comptabilisée à raison d'une année pour acquérir le titre d'ancien assistant spécialiste des hôpitaux) ;
- médecin des armées dont le titre relève du chapitre 2 du décret n°2008-933 du 12 septembre 2008 portant statut particulier des praticiens des armées ;
- les praticiens hospitaliers dont le statut relève des articles R. 6152-1 et suivants du code de la santé publique :
 - o sans durée d'ancienneté requise dans ces fonctions, lorsqu'ils exercent à 100% de sein de leur établissement, dès lors qu'ils sont nommés à titre permanent ;
 - o avec 5 ans d'ancienneté requise dans ces fonctions, lorsqu'ils exercent entre 50 et 90% au sein de leur établissement .

Dans le cas où les fonctions permettant de détenir les titres précités ont été réalisées alternativement au sein d'établissements publics de santé et d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), la demande d'accès au secteur à honoraires différents est examinée dans le cadre de la procédure d'équivalence des titres décrite ci-après. Par exception, les médecins nommés dans les fonctions permettant de détenir les titres précités mais affectés en ESPIC par les autorités publiques hospitalières, relèvent de la procédure automatique et non de la procédure de l'équivalence des titres.

Article 13-2 : Les démarches du médecin

Le médecin doit faire la demande d'accès direct au secteur 2 auprès de la caisse primaire du lieu d'implantation de son cabinet principal, au moment de sa demande d'adhésion en tant que médecin libéral conventionné. Cette demande doit avoir lieu dans un délai d'un mois à compter de sa demande d'installation. Il doit justifier des titres hospitaliers cités supra.

À réception du dossier complet, la caisse primaire d'Assurance maladie examine les justificatifs présentés par le professionnel. Elle notifie sa décision au médecin. En cas d'avis défavorable, la décision doit être motivée et indiquer les voies de recours.

Article 14. La procédure de l'équivalence des titres pour l'accès au secteur 2

Article 14-1 : Critères d'éligibilité

Peuvent demander à être autorisés à pratiquer des honoraires différents, par la procédure de l'équivalence des titres, les médecins :

- qui s'installent pour la première fois en exercice libéral dans le cadre de leur spécialité d'inscription au tableau de l'Ordre des médecins ;
- et sont titulaires d'un titre ou d'un cursus professionnel pouvant faire l'objet d'une procédure d'équivalence avec les titres hospitaliers publics visé dans le cadre de la procédure de l'accès direct :

- titres acquis en France dans les ESPIC (en dehors du cas spécifique de l'affectation qui s'inscrit dans la procédure de l'accès direct) ou dans les établissements relevant d'une collectivité d'outre-mer ;
- titres acquis à l'étranger dans les établissements hospitaliers situés sur un territoire concerné :
 - par le régime de reconnaissance des qualifications professionnelles de l'Union Européenne mise en place par la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles 2005 ;
 - ou par l'arrangement Franco-Québécois du 25 novembre 2011 en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des médecins.

Article 14-2 : Les démarches du médecin

Le médecin doit faire la demande d'accès au secteur 2 auprès de la CPAM du lieu d'implantation du cabinet principal dans un délai d'un mois à compter de sa demande d'installation : le médecin doit fournir les pièces justifiant l'équivalence des titres hospitaliers cités supra.

À réception du dossier complet traduit en français, la demande d'équivalence des titres fait l'objet d'une instruction partagée entre la CPAM, la CNAM et le CNOM. La CPAM notifie au médecin la décision de la CNAM, prise après avis du CNOM. En cas d'avis défavorable, la décision doit être motivée et indiquer les voies de recours.

Pendant la durée de cette procédure visant à reconnaître l'équivalence des titres, le médecin est autorisé à exercer en libéral dans le secteur à honoraires opposables. Dans le cas où l'équivalence des titres est reconnue, le médecin a alors la possibilité d'exercer dans le secteur d'exercice conventionnel de son choix.

Article 15. Dispositions communes

Article 15-1 : Dispositions communes

Pour bénéficier du droit d'appliquer des honoraires différents, le médecin doit, dès la date de sa première installation en exercice libéral conventionné :

- déclarer à sa caisse de rattachement (caisse du cabinet principal) sa volonté de bénéficier du droit de pratiquer des honoraires différents ;
- informer simultanément de sa décision, par écrit, l'URSSAF dont il dépend ;
- indiquer dans les mêmes conditions le régime d'Assurance maladie dont il souhaite relever.

Le médecin qui demande à être autorisé à pratiquer des honoraires différents doit faire état d'un titre acquis dans le cadre de sa spécialité d'inscription au tableau de l'Ordre des médecins.

Le médecin autorisé à pratiquer des honoraires différents peut revenir sur son choix à tout moment et opter pour le secteur à honoraires opposables. Dans ce cas, il en informe la caisse primaire du lieu d'implantation de son cabinet principal, l'URSSAF dont il dépend ainsi que, le cas échéant, les caisses de ses autres lieux d'implantation. Cette décision est irréversible sauf dans le cas particulier du changement de spécialité médicale.

Article 15-2 : Dispositions dérogatoires en cas de changement de spécialité

Pour toute installation en secteur à honoraires différents dans le cadre d'un changement de spécialité, le médecin doit préalablement avoir occupé des fonctions correspondant aux titres requis dans le cadre de cette nouvelle

spécialité, après avoir obtenu le diplôme de la nouvelle spécialité acquise. Les titres acquis antérieurement à la création du nouveau diplôme sont recevables uniquement s'ils sont en lien direct avec la nouvelle spécialité d'inscription à l'Ordre des médecins.

Article 15-3 : Dispositions dérogatoires à une 1ère installation en libéral

Par dérogation, n'est pas assimilé à une première installation en libéral et peut donc ouvrir droit à une demande autorisant à pratiquer des honoraires différents:

- l'exercice d'une activité libérale par les médecins qui changent de spécialité médicale au bénéfice d'une spécialité médicale nouvellement créée et qui s'installent en libéral dans le cadre de cette nouvelle spécialité (nouveau DES) ;
- l'exercice d'une activité libérale intra hospitalière par les praticiens hospitaliers exerçant dans les établissements publics de santé ;
- l'exercice d'une activité libérale en dehors du régime conventionnel ;
- l'exercice d'une activité libérale par les chefs de clinique universitaire de médecine générale pendant leur clinicat en vue d'obtenir le titre d'ancien chef de clinique universitaire de médecine générale.

Article 16. Le secteur du droit à dépassement permanent (secteur 1 DP)

Les médecins titulaires du droit à dépassement permanent à la date d'entrée en vigueur de la présente convention en conservent le bénéfice.

Il n'est plus possible d'accéder à ce secteur.

Partie 3 : Les dispositifs visant à garantir l'accès à un médecin traitant

Article 17. Le parcours de soins coordonné

La convention vise à améliorer la structuration du parcours de soins au service des patients par les médecins traitants en :

- réaffirmant la place centrale des soins primaires pour un système de santé de qualité ;
- confortant le rôle de premier recours du médecin traitant dans le suivi des patients et dans l'organisation des interventions de second recours, **au sein d'un système de soins hiérarchisé (avec des soins primaires, secondaires et tertiaires coordonnés et complémentaires), permettant de délivrer le juste soin en fonction des besoins et ainsi d'optimiser l'utilisation des ressources médicales.** ;
- confortant le rôle du médecin traitant dans le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;renforçant son action dans la prévention, le dépistage, l'éducation pour la santé, l'autonomisation et le développement des compétences des patients ;
- renforçant son rôle unique dans le suivi au long cours des patients, en particulier des patients atteints de pathologies chroniques ;
- s'appuyant sur son rôle central du système de santé, de coordination et de synthèse, pour éviter le recours aux hospitalisations inutiles et faciliter le retour à domicile des patients en sortie d'hospitalisation ;
- soutenant le rôle central du médecin traitant dans la tenue du dossier médical partagé ouvert pour ses patients dans Mon espace santé afin de faciliter la coordination des soins entre professionnels de santé et l'autonomisation de ses patients.

Conformément au 17° et au 23° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, les missions particulières des médecins traitants mentionnés à l'article L. 162-5-3 et les modalités de l'organisation de la coordination des soins sont déterminées par la présente convention.

Article 18. Le médecin traitant

Article 18-1 : Les missions du médecin traitant

Les partenaires conventionnels rappellent que les missions particulières du médecin traitant sont les suivantes :

- contribuer à l'offre de soins ambulatoire ;
- assurer dans le cadre du parcours de soins coordonné l'orientation du patient notamment auprès des médecins correspondants et informer ces médecins des délais souhaitables de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient ;
- rédiger le protocole de soins en tenant compte des propositions du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade, de veiller à son suivi, de se prononcer sur son renouvellement et sur un éventuel suivi post-ALD ;
- accompagner le patient, le cas échéant, dans sa réinsertion professionnelle, en lien avec la médecine du travail et avec l'appui de l'assurance maladie ;
- contribuer à la participation de ses patients aux actions de prévention (vaccination, prévention des pratiques addictives, de l'obésité, notamment chez les enfants...), de dépistage (cancer colorectal, cancer du sein, cancer du col de l'utérus,...) et de promotion de la santé (habitudes alimentaires, arrêt du tabac et de l'alcool, conduites à risques,...) ;

- informer le patient qui ne s'est pas opposé à la création de Mon espace santé du versement dans son dossier médical partagé et de l'envoi via sa messagerie de santé des documents et informations mentionnés par l'arrêté du 26 avril 2022 fixant la liste des documents soumis à l'obligation prévue à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique modifié ainsi que ceux que le médecin juge pertinents. Il l'invite à s'y reporter grâce à l'activation de son profil ;
- apporter au patient toutes les informations permettant d'avoir accès à une permanence d'offre de soins aux heures de fermeture du cabinet ;
- anticiper sa cessation d'activité et contribuer à assurer la continuité des soins de ses patients en particulier ceux atteints d'affection de longue durée.

Plus spécifiquement pour ses patients âgés de moins de seize ans le médecin traitant :

- veille au bon développement de l'enfant ;
- assure le dépistage des troubles du développement, au cours notamment, des examens obligatoires entre 0 et 6 ans : évolution de la croissance, du langage, de la motricité, etc ;
- veille à la bonne réalisation du calendrier vaccinal ;
- soigne les pathologies infantiles aiguës ou chroniques ;
- conseille les parents en matière d'allaitement, de nutrition, d'hygiène, de prévention des risques de la vie courante ;
- assure un dépistage et une prévention adaptés aux divers âges : addictions ; surpoids ; infections sexuellement transmissibles ; contraception ; risque suicidaire, etc.

Article 18-2 : Les modalités de choix du médecin traitant

Le médecin traitant choisi peut être un médecin généraliste ou un autre spécialiste quelle que soit sa spécialité.

Pour les ayants droit âgés de moins de seize ans, au moins l'un des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale choisit le médecin traitant et l'indique à l'organisme d'Assurance maladie de l'assuré dont l'enfant est ayant-droit.

L'Assurance maladie a mis en œuvre une procédure simple pour permettre aux assurés de choisir leur médecin traitant : elle se formalise par une déclaration en ligne remplie par le médecin avec l'accord du patient ou l'établissement d'un document "Déclaration de choix du médecin traitant", cosigné par l'assuré ou son représentant et le médecin. Cette déclaration s'effectue obligatoirement lors d'une consultation physique, elle ne peut pas être réalisée en téléconsultation. La transmission s'effectue respectivement par voie électronique via les téléservices pour la déclaration en ligne ou par envoi papier par l'assuré. Dans les cas où l'Assurance maladie accompagne l'assuré pour la recherche d'un médecin traitant, elle peut, de manière dérogatoire et avec l'accord de l'assuré et du médecin choisi, enregistrer la déclaration directement.

L'assuré peut changer à tout moment de médecin traitant. La date de modification correspond à la date de signature du formulaire. Le patient est notifié de ce changement, tout comme l'ancien médecin traitant. Ces notifications seront opérationnelles avant la fin de l'année 2025.

Article 18-3 : Les médecins assimilés au médecin traitant

Lorsque le médecin traitant désigné est indisponible, les partenaires conventionnels estiment que peuvent être considérés, dans le cadre du parcours de soins, comme médecin traitant :

- le médecin remplaçant qui assure, pour la continuité des soins, la prise en charge du patient ;
- tout médecin de même spécialité exerçant au sein d'un même cabinet médical ou d'une maison de santé pluriprofessionnelle, dès lors qu'ils se sont enregistrés auprès de l'organisme d'Assurance maladie comme exerçant dans ce cadre.

Article 19. Le médecin correspondant

Intervenant en coordination avec le médecin traitant, le médecin correspondant permet l'accès aux soins de second recours.

Article 19-1 : Les missions du médecin correspondant

Le médecin correspondant a pour mission de :

- répondre aux sollicitations du médecin traitant et recevoir les patients adressés dans des délais compatibles avec leur état de santé ; il s'engage à tenir compte des informations médicales relatives au délai de prise en charge transmises par le médecin traitant ;
- intervenir en lien avec le médecin traitant sur le suivi du patient et l'élaboration du projet de soins, le cas échéant ;
- tenir informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de ses constatations et lui transmettre, par messagerie sécurisée de santé dans les délais raisonnables, nécessaires à la continuité des soins et compatibles avec la situation médicale du patient, les éléments se rapportant aux séquences de soins sur lesquelles il intervient ;
- informer le patient qui ne s'est pas opposé à la création de Mon espace santé du versement dans son dossier médical partagé et de l'envoi via sa messagerie de santé, des documents et informations mentionnés par l'arrêté du 26 avril 2022 fixant la liste des documents soumis à l'obligation prévue à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique ainsi que ceux qu'ils jugent pertinents. Ils l'invitent à s'y reporter grâce à l'activation de son profil ;
- participer à la prévention et à l'éducation pour la santé ;
- intervenir en coopération avec les établissements de santé et contribuer à la prévention des hospitalisations inutiles ou évitables.

Article 19-2 : Les modalités d'intervention du médecin correspondant

- *La demande d'avis ponctuel*

Lorsqu'à la demande du médecin traitant, le médecin correspondant est sollicité pour un avis ponctuel de consultant, il adresse au médecin traitant ses conclusions et propositions thérapeutiques. Il s'engage à ne pas donner au patient de soins continus et à laisser au médecin traitant la charge d'instaurer les prescriptions, sauf urgence ou cas particuliers, et d'en surveiller l'application. Dans le cadre de l'hospitalisation et lorsqu'un patient n'a pas de médecin traitant, le médecin spécialiste peut facturer un avis expertal dans les mêmes conditions qu'un médecin correspondant, selon des modalités définies dans la liste des actes et prestations.

Les partenaires conventionnels engageront, dès l'entrée en vigueur de la présente convention, un travail sur le champ de l'avis ponctuel de consultant pour proposer des évolutions afin d'améliorer la qualité, la simplicité et

la pertinence du parcours de soins des patients. Un groupe de travail dédié à ce sujet rendra ses conclusions et ses préconisations avant l'été 2025.

- ***L'intervention pour des soins itératifs***

Ces soins sont pratiqués selon les modalités suivantes :

- un plan de soins prédéfini en termes de contenu et de périodicité entre le médecin traitant et le médecin correspondant ;
- ou un protocole d'affection de longue durée.

Le patient accède aux médecins correspondants sans consulter à nouveau le médecin traitant entre deux soins. Dans ce cadre, le médecin correspondant procède régulièrement à un retour d'informations vers le médecin traitant de son patient.

- ***L'intervention dans le cadre d'une séquence de soins impliquant un ou plusieurs intervenants***

La réalisation d'une séquence de soins doit être organisée en concertation avec le médecin traitant. Le patient est alors orienté vers plusieurs médecins correspondants sans consulter à nouveau le médecin traitant entre deux médecins correspondants. Dans ce cadre, les différents médecins correspondants adressent chacun leur retour d'informations au médecin traitant du patient.

- ***Le médecin correspondant généraliste***

Le médecin traitant peut conseiller une séquence de soins à son patient nécessitant l'intervention ponctuelle ou itérative (plan de soins) d'un médecin généraliste.

Article 20. L'accès spécifique

Article 20-1 : Champ de l'accès spécifique

Par exception au principe de consultation préalable du médecin traitant, les médecins relevant de certaines spécialités et pour des actes précisés (soins de première intention) peuvent être consultés directement. Le patient est alors réputé respecter le parcours de soins coordonné et le médecin est rémunéré comme tel.

Ces médecins veillent cependant à tenir informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de leurs constatations et lui transmettent, dans les délais raisonnables, nécessaires à la continuité des soins et compatibles avec la situation médicale du patient, les éléments objectifs utiles à la prise en charge par le médecin traitant.

Dans leur domaine, ils contribuent à la participation de leurs patients aux actions de prévention (vaccination, prévention des pratiques addictives, de l'obésité, notamment chez les enfants...), de dépistage (cancer du sein, cancer du col de l'utérus, ...) et de promotion de la santé (habitudes alimentaires, arrêt du tabac et de l'alcool, conduites à risques...).

Le médecin spécialiste consulté en accès direct est tenu aux mêmes engagements en termes de coordination que le médecin correspondant. Il apprécie la nécessité de conseiller à son patient de consulter son médecin traitant.

Article 20-2 : Les conditions de l'accès spécifique

- ***Les gynécologues***

Pour la gynécologie, les soins pouvant donner lieu à un accès spécifique sont :

- les examens cliniques gynécologiques périodiques, comprenant les actes de dépistage ;
- la prescription et le suivi d'une contraception ;
- le suivi des grossesses ;
- l'interruption volontaire de grossesse.

- ***Les ophtalmologues***

Pour l'ophtalmologie, les soins pouvant donner lieu à un accès spécifique sont :

- les troubles de la réfraction oculaire (dont prescription et renouvellement de verres correcteurs) ;
- les actes de dépistage et de suivi du glaucome ;
- les actes de dépistage et de suivi de la DMLA.

- ***Les stomatologues et les médecins spécialistes en chirurgie orale ou en chirurgie maxillo-faciale***

Pour ces spécialités, les soins pouvant donner lieu à un accès spécifique sont les soins bucco-dentaires (actes thérapeutiques et radiographiques) incluant :

- les soins de prévention bucco-dentaire ;
- les soins conservateurs : obturations dentaires définitives, soins d'hygiène bucco-dentaire ;
- les soins chirurgicaux : extractions dentaires, lésions osseuses et lésions gingivales,
- les soins de prothèse dentaire ;
- les traitements d'orthopédie dento-maxillo-faciale.

Les autres actes dispensés par ces spécialistes sont intégrés dans le parcours de soins coordonnés, lorsque le patient est adressé par son médecin traitant ou son chirurgien-dentiste et que les spécialistes précités procèdent à un retour d'informations au médecin traitant.

Les règles du parcours de soins coordonnés ne s'appliquent pas aux actes de radiodiagnostic portant sur la tête et la bouche qui sont effectués par le radiologue lorsqu'ils sont demandés par le stomatologue, le spécialiste en chirurgie orale ou en chirurgie maxillo-faciale ou le chirurgien-dentiste.

- ***Les psychiatres et neuropsychiatres***

Les soins de psychiatrie prodigués par les psychiatres et neuropsychiatres aux patients de moins de 26 ans sont en accès spécifique.

Les soins de neurologie ne relèvent pas de l'accès spécifique.

- ***Travaux prospectifs***

Les partenaires conventionnels s'accordent pour mettre en place un groupe de travail relatif aux conditions de l'accès spécifique, notamment pour les gynécologues et les psychiatres et proposer, le cas échéant, des évolutions.

Partie 4 : Rémunérations forfaitaires

La refonte des rémunérations forfaitaires interviendra en 2026. Elle aura pour conséquence une augmentation des forfaits pour les médecins. Compte-tenu de l'ampleur de cette réforme et des hypothèses associées, les partenaires conventionnels s'engagent à évaluer, dans le cadre de la CPN, l'impact de la mise en œuvre des nouvelles rémunérations et de définir, le cas échéant, des mesures d'accompagnement pour garantir que le montant global de ces rémunérations forfaitaires ne soit pas inférieur aux rémunérations forfaitaires issues de la convention médicale approuvée par arrêté du 10 octobre 2016. Dans ce cadre, les partenaires conventionnels seront vigilants sur la déclinaison de ces nouvelles dispositions aux nouveaux installés.

Titre 1 : Le forfait médecin traitant

Article 21. Le forfait médecin traitant socle

Article 21-1 : Principe général

Afin de valoriser la fonction de médecin traitant au regard de son rôle clé dans le parcours de soins des patients, un forfait socle dit « forfait médecin traitant » (FMT) est versé annuellement au médecin traitant au titre de chacun des patients de sa « patientèle médecin traitant ».

Le « forfait médecin traitant » rémunère le suivi au long cours du patient, en sus de la rémunération à l'activité et indépendamment de l'activité. Il est calibré selon la complexité de ce suivi, et donc selon les caractéristiques spécifiques du patient, indépendamment du nombre de fois où ce patient a été vu dans l'année : son âge, le fait qu'il soit porteur d'au moins une pathologie chronique, son niveau de précarité, son parcours de prévention. Le calcul du « forfait médecin traitant » est établi de sorte à ce qu'il soit toujours plus incitatif de prendre un patient dont le suivi est plus complexe.

Ce forfait est cofinancé par l'Assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires d'Assurance maladie. Les partenaires conventionnels conviennent de mettre en place dès 2024 un groupe de travail conventionnel destiné à examiner les évolutions possibles des modalités de participation des OCAM au financement du forfait MT.

Tous les patients, majeurs ou mineurs, pour lesquels le médecin est enregistré comme médecin traitant dans les bases de l'Assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base sont pris en compte dans le calcul du FMT. La rémunération associée à chaque patient est modulée en fonction de leurs caractéristiques (âge ou ALD) et est décrite dans le tableau ci-dessous.

Les valeurs présentes dans le tableau ne sont pas applicables aux patients faisant partie de la patientèle médecin traitant qui n'ont pas eu d'actes facturés par le médecin traitant ou son collaborateur dans les deux années précédant la date du constat de la patientèle médecin traitant (du 31/12/n-3 au 31/12/n-1). Seuls les actes des collaborateurs salariés du médecin concerné et des collaborateurs libéraux ayant signé un contrat de collaboration avec un médecin libéral installé sont pris en compte dans le calcul. Les actes des collaborateurs ayant signé un contrat de collaboration avec une société (SEL, SELARL, ...) sont exclus du calcul de ce dispositif.

Pour les patients faisant partie de la patientèle médecin traitant mais n'ayant pas consulté dans les deux dernières années leur médecin traitant ou son collaborateur, une rémunération équivalente à 5 euros est appliquée dans le cadre du FMT (partie socle).

Patient		Rémunération annuelle
Patient sans ALD	Enfant âgé de moins de 7 ans	15 euros
	Patient âgé de 7 à 74 ans	5 euros
	Patient âgé de 75 à 79 ans	15 euros
	Patient âgé de 80 ans et plus	55 euros
Patient atteint d'une ou plusieurs affection(s) de longue durée telle(s) que définie(s) par le code de la sécurité sociale	Patient âgé de moins de 80 ans	55 euros
	Patient âgé de 80 ans ou plus	100 euros
<i>Patient non vu dans les deux dernières années par le médecin ou son collaborateur</i>	<i>Tous</i>	<i>5 euros</i>

Le nombre de patients et les critères de pondération sont constatés à partir de la patientèle médecin traitant arrêtée au 31 décembre de l'année précédente considérée (31/12/n-1).

Cette rémunération au titre de l'année considérée (n) est versée en année n en quatre fois (montant de la partie socle du forfait divisé en quatre parts égales) suivant le calendrier suivant :

- Avril n ;
- Juin n ;
- Septembre n ;
- Novembre n.

Les majorations décrites infra sont quant à elles versées annuellement. L'assurance maladie s'engage à mener des travaux pour étudier la faisabilité d'un versement de ces majorations intégré au versement trimestriel.

Ce forfait dit forfait socle s'entend donc hors rémunération patientèle précaire C2S et hors majorations spécifiques éventuelles décrites aux articles suivants.

Les médecins en cessation d'activité peuvent bénéficier du versement du forfait médecin traitant au *prorata temporis* de son activité sur l'année de sa cessation.

Les partenaires conventionnels reconnaissent la nécessité de mesurer le recours aux soins médicaux, notamment les consultations avec le médecin traitant, des patients hébergés au sein d'une structure médico-sociale dont le financement intègre la prise en charge des soins réalisées par des professionnels de ville.

Article 21-2 : Critères d'éligibilité

Le forfait patientèle médecin traitant est réservé aux médecins en activité au 31 décembre de l'année n-1 remplissant l'une des deux conditions suivantes :

- exerçant en secteur à honoraires opposables ;
- exerçant en secteur à honoraires libres et ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Optam, Optam ACO).

Article 21-3 : Entrée en vigueur du dispositif

Le dispositif précité entre en vigueur au 1^{er} janvier 2026.

Les dispositions relatives au forfait patientèle médecin traitant (FPMT) dans leur rédaction issue de la convention médicale reprises dans le règlement arbitral approuvé par arrêté du 28 avril 2023 restent applicables jusqu'à la date mentionnée à l'alinéa précédent et rappelées en annexe 4.

Article 22. Majoration pour le patient en situation de précarité**Article 22-1 : Majoration pour les patients bénéficiaires de la C2S**

Une majoration d'un montant de 10 euros est appliquée pour chaque patient de la patientèle médecin traitant bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire, avec ou sans participation financière, telle que définie à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, ayant été intégré dans le cadre du forfait patientèle médecin traitant décrit à l'Article 21. Cette majoration ne s'applique pas à la patientèle médecin traitant dite « non vue » dans les deux ans par le médecin traitant ou son collaborateur.

Patient bénéficiaire de la C2S		Rémunération annuelle
Patient sans ALD	Enfant âgé de moins de 7 ans	25 euros
	Patient âgé de 7 à 74 ans	15 euros
	Patient âgé de 75 à 79 ans	25 euros
	Patient âgé de 80 ans et plus	65 euros
Patient atteint d'une ou plusieurs affection(s) de longue durée telle(s) que définie(s) par le code de la sécurité sociale	Patient âgé de moins de 80 ans	65 euros
	Patient âgé de 80 ans ou plus	110 euros

<i>Patient non vu dans les deux dernières années par le médecin ou son collaborateur</i>	<i>Tous</i>	<i>5 euros</i>
--	-------------	----------------

Avant de disposer des données des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire pour l'ensemble des régimes de base d'Assurance maladie, le nombre de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) au sein de chaque patientèle médecin traitant est équivalent à la somme du nombre de bénéficiaires de la C2S du régime général et des autres régimes déterminés suivant la méthodologie suivante :

- dénombrement des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire du régime général ;
- pour le dénombrement des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire des autres régimes, le taux national constaté pour l'année n-1 des patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire au sein du régime général sera appliqué à la patientèle ressortissante des autres régimes.

Par ailleurs, et afin de tenir compte de l'activité des médecins qui suivent régulièrement des patients bénéficiaires de l'Aide médicale d'Etat mentionnée à l'article L. 251-1 du CASF et de valoriser la coordination dans le parcours de soins et la prévention des pathologies, les médecins généralistes dont le rapport du nombre d'actes réalisés pour ces patients sur le total de leurs actes est supérieur à 2% bénéficient d'une valorisation forfaitaire annuelle telle que décrite à l'Article 30.

Article 22-2 : majoration pour les patients en situation de handicap

Les partenaires conventionnels s'entendent pour reconnaître la spécificité de la prise en charge des personnes en situation de handicap. Des groupes de travail doivent être menés afin de valoriser cette prise en charge notamment dans le FMT, dès que les données nécessaires à cette mise en œuvre seront disponibles dans les bases de l'Assurance Maladie.

Les travaux avec la CNSA sont en cours et les premières données, des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) notamment, devraient être disponibles dès 2025.

Article 23. Majorations prévention

Article 23-1 : Indicateurs de prévention

L'assurance maladie s'engage à restituer au médecin, pour chacun de ses patients et sauf opposition de la part de ce dernier, un certain nombre de données issues du SNDS, spécifiques à la consommation de soins de ses patients. L'objectif est que le médecin traitant puisse disposer d'un tableau de bord contenant les données individuelles de ses patients, lui permettant de suivre l'éligibilité et l'atteinte d'indicateurs de santé publique, afin de lui apporter la lisibilité nécessaire à son action de prévention globale. Ce tableau de bord sera mis à disposition sur amelipro.

Les indicateurs retenus reposent sur les principes suivants :

- Pertinence : les indicateurs retenus constituent une priorité de santé publique et font l'objet de recommandations scientifiques ;
- Mesurabilité et transparence : chaque indicateur ainsi que la méthodologie de mesure sont définis conjointement par les partenaires conventionnels et sont décrits en annexe 5.

Ce tableau de bord, qui contiendra initialement 15 indicateurs pourra progressivement être enrichi d'indicateurs complémentaires, validés scientifiquement, auxquels les médecins traitants et les autorités sanitaires portent un intérêt.

Ces indicateurs de prévention pourront faire l'objet d'une rémunération pérenne ou temporaire, selon l'évolution des recommandations scientifiques et des priorités de santé publique : la majoration de prévention. Le choix des indicateurs faisant l'objet d'une incitation financière est déterminé par les partenaires conventionnels.

Article 23-2 : Modalité de calcul des indicateurs

Le calcul de chaque indicateur est effectué comme suit :

1. Ciblage des patients éligibles à l'indicateur: ce ciblage peut reposer sur l'âge, le sexe du patient, la présence d'une ou plusieurs ALD, et/ou son recours aux soins ;
2. Validation de l'indicateur : pour chaque patient éligible, l'indicateur est considéré comme validé dès lors que les actes concernés ou la délivrance d'un produit de santé sont identifiés dans les bases de l'Assurance maladie sur la période de référence.

Les indicateurs sont calculés à partir des bases de remboursement de l'Assurance maladie sur la période de référence et sur l'ensemble des régimes d'Assurance maladie au 31/12 de l'année de référence considérée.

Article 23-3 : Suivi et affichage des indicateurs

Les indicateurs sont restitués sur ameli-pro sous forme d'un tableau de bord comportant la liste nominative des patients déclarés auprès du médecin traitant et le dernier statut des indicateurs de prévention auxquels ils sont éligibles.

Article 23-4 : Liste des indicateurs

Les premiers indicateurs retenus sont les suivants :

Thème	Indicateur	
Vaccination	Vaccination contre la grippe	<p>Parmi les personnes de 65 ans et plus ou celles de 6 mois et plus à risque de grippe sévère, l'indicateur est validé pour celles ayant reçu au moins une dose de vaccin antigrippal lors de la campagne de vaccination en cours. Les campagnes de l'hémisphère Nord et de l'hémisphère Sud sont concaténées pour couvrir une période de 1 an, allant du 1^{er} avril au 31 mars de l'année suivante.</p> <p><i>Les personnes à risque de grippe sévère sont celles en ALD 1, à, 3, 5 à 10, 12 à 16, 18 à 22, 24, 25, 27, 28 et 30, ou celles ayant reçu au moins 4 délivrances de médicaments bronchodilatateurs (classe ATC R03) dans les 12 derniers mois.</i></p>

	Vaccination contre le covid	<p>Parmi les personnes de 65 ans et plus ou celles de 6 mois et plus et à risque de covid sévère, l'indicateur est validé pour celles ayant reçu au moins une dose de vaccin contre le covid lors de la campagne de vaccination en cours. Les campagnes de l'hémisphère Nord et de l'hémisphère Sud sont concaténées pour couvrir une période de 1 an, allant du 1^{er} avril au 31 mars de l'année suivante.</p> <p><i>Les personnes à risque de covid sévère sont celles en ALD 1 à 3, 5 à 10, 12 à 16, 18 à 22, 23 à 25, 27, 28 et 30, ou celles ayant reçu au moins 4 délivrances de médicaments bronchodilatateurs (classe ATC R03) dans les 12 derniers mois.</i></p>
	Vaccination contre le pneumocoque	<p>Parmi les personnes de 18 ans et plus à risque d'infection sévère à pneumocoque, l'indicateur est validé pour celles ayant reçu au moins une dose de vaccin conjugué 20-valent contre le pneumocoque (VPC20) depuis son inscription au remboursement (07/03/2024).</p> <p><i>Les personnes à risque d'infection sévère à pneumocoque sont celles en ALD 2, 3, 5 à 9, 14, 19, 21, 22, 24, 25, 27, 28 et 30, ou celles ayant reçu au moins 4 délivrances de médicaments bronchodilatateurs (classe ATC R03) dans les 12 derniers mois.</i></p>
	Vaccination ROR	Parmi les enfants de 16 à 35 mois inclus (< 36 mois), l'indicateur est validé pour ceux ayant reçu (au moins deux doses de vaccin ROR entre la naissance et le 24 ^{ème} mois inclus.
	Vaccination contre le méningocoque C	Parmi les enfants de 5 à 23 mois inclus (< 24 mois), l'indicateur est validé pour ceux ayant reçu au moins une dose de vaccin contre le méningocoque C entre la naissance et 12 ^{ème} mois inclus.
	Vaccination contre le papillomavirus HPV	Parmi les enfants de 11 à 15 ans inclus (< 16 ans, l'indicateur est validé pour celles ayant reçu au moins deux doses de vaccin HPV entre 10 et 14 ans inclus (avant 15 ans).
Dépistage	Dépistage organisé du cancer du sein	Parmi les femmes de 50 à 74 ans inclus (< 75 ans) à risque moyen de développer un cancer du sein, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du sein par mammographie de dépistage depuis 2 ans ou moins, ou par mammographie bilatérale classique depuis 1 an ou moins.

		<p><i>Sont exclues des personnes à risque moyen de développer un cancer du sein celles qui :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>N'ont plus l'organe en question (antécédent de mastectomie totale bilatérale)</i> • <i>Ont un antécédent (ALD ou séjour hospitalier) de cancer de l'organe (cancer du sein, carcinome canalaire in situ)</i> • <i>Ont un autre motif d'exclusion : Mutation BRCA 1 ou 2 ; Hyperplasie atypique ou carcinome lobulaire in situ depuis 10 ans ou mois</i> • <i>Ont rapporté à l'Assurance maladie un autre motif de non-éligibilité</i>
	Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus	<p>Parmi les femmes de 25 à 65 ans inclus (< 66 ans) à risque de développer un cancer du col de l'utérus, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>De 25 à 29 ans</u> : par analyse cytologique des cellules du col sur prélèvement cervico-utérin (deux analyses cytologiques* dont la dernière date de 3 ans ou moins, ou une analyse cytologique* depuis 1 an ou moins). • <u>De 30 à 65 ans</u> : par test HPV-HR sur prélèvement cervico-utérin (un test HPV-HR** depuis 5 ans ou moins, ou deux analyses cytologiques* dont la dernière date de 3 ans ou moins, ou une analyse cytologique* depuis 1 an ou moins). <p><i>Sont exclues des personnes à risque moyen de développer un cancer du col de l'utérus celles qui :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>N'ont plus l'organe en question (antécédent de (colpo)hystérectomie totale ou de (colpo)trachélectomie)</i> • <i>Ont un antécédent (ald ou séjour hospitalier) de cancer de l'organe (cancer du col ou du corps de l'utérus)</i> • <i>Ont rapporté à l'Assurance maladie un autre motif de non-éligibilité</i> <p>*Quel que soit l'âge de la femme, on ne tient compte que des analyses cytologiques réalisées entre 25 et 29 ans inclus (< 30 ans).</p> <p>** Quel que soit l'âge de la femme, on ne tient compte que des tests HPV-HR réalisés entre 30 et 65 ans inclus (< 66 ans).</p>
	Dépistage du cancer colorectal	<p>Parmi les personnes de 50 à 74 ans inclus (< 75 ans) et à risque de développer un cancer colorectal, l'indicateur est validé pour celles</p>

		<p>ayant bénéficié d'un dépistage du cancer colorectal par test immunologique depuis 2 ans ou moins.</p> <p><i>Sont exclues des personnes à risque moyen de développer un cancer colorectal celles qui :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>N'ont plus l'organe en question (antécédent de coloproctectomie totale)</i> • <i>Ont un antécédent (ALD ou séjour hospitalier) de cancer de l'organe (cancer du côlon, du rectum, ou de la jonction recto-sigmoïdienne)</i> • <i>Ont un autre motif d'exclusion : MICI (antécédent d'ALD ou antécédent de séjour hospitalier) ; Scannographie du côlon depuis 2 ans ou moins ; Coloscopie ou endoscopie du colon depuis 5 ans ou moins ; Exérèse d'un polype > 1 cm ou de 4 polypes ou plus depuis 8 ans ou mois</i> • <i>Ont rapporté à l'Assurance maladie un autre motif de non-éligibilité</i>
	Dépistage du diabète par glycémie à jeun	<p>Parmi les personnes de 45 ans et plus atteintes de maladie cardiovasculaire ou associée (MCVA), l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage biologique du diabète par la glycémie à jeun depuis 3 ans ou moins.</p> <p><i>Les personnes atteintes de maladie cardiovasculaire ou associée (MCVA) sont celles en ALD 3, 5, 13 et 19.</i></p> <p><i>Sont exclues de l'indicateur les personnes qui ont déjà un diabète connu (ALD 8).</i></p>
	Dépistage de la maladie rénale chronique MRC	<p>Parmi les personnes de 18 ans et plus souffrant de maladie cardiovasculaire ou associée (MCVA) ou de maladie de système ou auto-immunes, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage biologique de la maladie rénale chronique par dosage sanguin de la créatinine et un dosage urinaire d'albumine /et de la créatinine depuis 1 an ou moins.</p> <p><i>Les personnes atteintes de maladie cardiovasculaire ou associée (MCVA) ou de maladie de système ou auto-immunes sont celles en ALD 3, 5, 8, 13, 21, 22, 24 et 27.</i></p>

		<i>Sont exclues de l'indicateur les personnes qui ont déjà une maladie rénale chronique connue (ALD 19).</i>
Suivi	Suivi du diabète par dosage de l'HbA1c	<p>Parmi les personnes diabétiques, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un suivi biologique du diabète par dosage sanguin de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) depuis 6 mois ou moins.</p> <p><i>Les personnes diabétiques sont celles en ALD 8 ou celles ayant reçu au moins 3 délivrances de médicaments antidiabétiques (classe ATCA10) ou au moins 2 délivrances de médicament antidiabétiques si au moins un grand conditionnement dans les 12 derniers mois.</i></p>
	Consultation obligatoire de l'enfant donnant lieu à un certificat de santé M9	Parmi les enfants de 8 à 21 mois inclus (< 22 mois), l'indicateur est validé pour ceux ayant bénéficié d'une consultation obligatoire de l'enfant auprès d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre entre le 8è et 10è mois inclus.
	Consultation obligatoire de l'enfant donnant lieu à un certificat de santé M24 25	Parmi les enfants de 22 à 37 mois inclus (< 38 mois), l'indicateur est validé pour ceux ayant bénéficié d'une consultation obligatoire de l'enfant auprès d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre entre le 22è et 26è mois inclus.
	Examen bucco-dentaire annuel 3-24 ans	Parmi les personnes de 3 à 24 ans inclus (moins de 25 ans), l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un suivi bucco-dentaire auprès d'un chirurgien dentiste, chirurgien maxillo-facial, stomatologue ou chirurgien oral depuis 1 an ou moins.

Afin de faciliter l'atteinte de ces objectifs, l'assurance maladie s'engage à mener des actions visant à améliorer :

- l'offre, sur la mammographie (notamment par le soutien au déploiement de dispositifs mobiles) et sur les soins dentaires (notamment par le déploiement du programme « Génération sans carie » en lien avec les chirurgiens-dentistes et l'accompagnement des assistants dentaires de niveau 2) ;
- l'information des patients, en outillant par exemple les médecins de documents pédagogiques pour leurs patients ;
- la qualité des données, par exemple en accompagnement les PMI dans la facturation à l'assurance maladie des examens obligatoires de l'enfant.

Article 23-5 : Majorations de prévention

En sus du forfait socle et de la majoration précarité, le forfait médecin traitant comprend des majorations venant rémunérer le parcours de prévention du patient. Ces majorations de prévention reposent sur les indicateurs susmentionnés, calculés pour chaque patient pour lesquels le médecin est déclaré médecin traitant.

Chaque indicateur validé majoré le forfait médecin traitant du patient (quel que soit le professionnel de santé qui aura réalisé l'action permettant de valider de l'indicateur).

Cette rémunération vise à valoriser le rôle du médecin traitant en matière de promotion de la santé, et l'effort lié au suivi et la coordination des actions de prévention du médecin auprès de sa patientèle.

Les indicateurs portent sur les actions de prévention telles que la vaccination, les dépistages et le suivi de populations spécifiques ou de patients atteints de maladies chroniques. Chaque patient a un parcours de prévention qui lui est propre - selon son âge, son sexe, ses affections, son historique de prévention – et est à ce titre éligible à une fraction d'indicateurs qui évoluent au cours de sa vie.

Article 23-6 : Modalités de calcul de la rémunération

Cette rémunération est calculée sur la base des résultats de chaque indicateur des patients concernés au 31/12 de l'année N. Elle est versée au cours du 1^{er} semestre de l'année suivante (N+1)

Le montant de la rémunération par indicateur et par patient est fixé à **5 euros**.

Les partenaires conventionnels partagent l'ambition de mettre en œuvre un paiement trimestriel en année n selon les mêmes modalités que le forfait médecin traitant dans le cadre d'un versement mutualisé.

Article 23-7 : Modalités de suivi et révision du dispositif

Les commissions paritaires nationale, régionales et locales assurent le suivi du dispositif.

Les partenaires conventionnels se donnent la possibilité de procéder à la révision des indicateurs au cours de la durée de la convention sans avoir besoin de recourir à un avenant à la présente convention. Les parties s'accordent sur la procédure suivante :

- Le directeur général de l'UNCAM peut proposer aux membres de la CPN de faire évoluer les paramètres d'un indicateur, de retirer un indicateur ou d'introduire un nouvel indicateur ;
- Dans le cas où l'évolution des paramètres d'un indicateur est rendue nécessaire du fait de la modification de la recommandation ou de l'avis de la HAS ou de l'ANSM qui fonde l'indicateur, la CPN est obligatoirement saisie.

Toute décision d'évolution des paramètres d'un indicateur, de retrait d'un indicateur ou d'ajout d'un nouvel indicateur est prise par la CPN à la majorité des deux-tiers par dérogation aux dispositions du règlement intérieur des commissions définies à l'annexe 6 de la convention.

Les modifications ainsi adoptées par la CPN font l'objet d'une décision du Directeur Général de l'UNCAM, publiée au Journal Officiel.

Article 23-8 : Entrée en vigueur du dispositif

Le dispositif précité entre en vigueur à partir du 1er janvier 2026.

À titre provisoire et jusqu'à cette date, les dispositions relatives à la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) définies à l'annexe 7 s'appliquent.

Article 24. Majorations propres à l'exercice du médecin (zone d'exercice et âge)

Les majorations du FMT s'appliquant aux médecins exerçant ou s'installant en ZIP s'appliquent également à ceux exerçant ou s'installant en quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) mentionnés à l'article 5 de la loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine (1).

Article 24-1 : Majoration pour les médecins généralistes exerçant en zone dite sous dense (ZIP)

Une majoration du FMT de **10%** est appliquée pour les médecins exerçant, au titre de leur cabinet principal, en zone dite sous dense. Cette majoration est appliquée à la partie socle telle qu'explicitée à l'Article 21 du forfait médecin traitant.

Article 24-2 : Majoration pour les primo-installés en zone dite sous dense (ZIP)

Afin d'accompagner les médecins dans leur première installation en libéral en zone dite sous dense (ZIP), une majoration est appliquée à la partie socle du forfait médecin traitant.

Les médecins éligibles à cette majoration sont les médecins primo-installés en libéral exerçant, dans leur cabinet principal, en zone dite sous dense.

Cette majoration s'applique pendant 3 ans à compter de l'année du premier versement du forfait socle mentionné à l'Article 21. Elle s'élève à **50%** la première année, **30%** la deuxième année et **10%** la troisième et dernière année.

Cette majoration n'est pas cumulable avec la majoration pour les médecins généralistes exerçant en zone sous dense (ZIP).

En complément de cette majoration, les médecins primo-installés bénéficient également d'une aide ponctuelle décrite à l'Article 26 de la présente convention.

Article 24-3 : Majoration pour les médecins âgés de 67 ans ou plus

Afin d'inciter les médecins à maintenir leur activité, une majoration de 10% est appliquée à la partie socle telle qu'explicitée à l'Article 21 du forfait médecin traitant.

Cette majoration est ouverte aux médecins ayant 67 ans ou plus au 31 décembre n-1 de l'année au titre de laquelle le forfait est versé.

Titre 2 : Valorisation spécifiques

Article 25. Dispositifs visant à garantir l'accès territorial aux soins

Des dispositifs de soutien aux médecins intervenant dans des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins sont mis en place et décrits dans les sections suivantes.

Ces dispositifs s'additionnent à ceux d'ores-et-déjà présentés ci-dessus, visant à majorer de manière automatique les forfaits médecin traitants des médecins installés en zone sous-dense : la majoration de 10% du FMT pour le médecin exerçant en ZIP (voir l'Article 24) et les majorations spécifiques pour les nouveaux installés en ZIP (voir l'Article 26).

Ces dispositifs sont dépendants des modalités de zonage prévues à l'article L. 1434-4 du Code de la santé publique et de leur mise à jour par les Agences régionales de santé (ARS). Par conséquent, les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité de travailler avec le Ministère chargé de la Santé et les ARS afin de disposer de zonages fréquents et ainsi avoir un reflet régulier de la situation de l'offre de soins sur les territoires.

Article 26. Dispositifs de valorisation des médecins s'installant en libéral dans une zone sous dense**Article 26-1 : Dispositif d'aide à la primo-installation en zone d'intervention prioritaire (ZIP)**

Afin d'accompagner les médecins s'installant pour la première fois en libéral au sein d'une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins, une rémunération forfaitaire unique est mise en place.

Peuvent bénéficier de cette rémunération les médecins qui remplissent l'ensemble des critères suivants:

- s'installer pour la première fois en exercice libéral conventionné (cabinet principal) ;
- pratiquer dans le secteur à honoraires opposables (secteur 1), ou dans le secteur à honoraires différents et ayant adhéré aux options de pratique tarifaire maîtrisée (secteur 2 OPTAM et OPTAM ACO) ;
- s'installer dans une zone dite d'intervention prioritaire caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins définies au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique (les zones concernées par cette majoration sont les seules - ZIP).

Dès son installation dans la zone concernée, le médecin bénéficie du versement d'une aide forfaitaire unique de 10 000 € par la caisse de son lieu d'exercice principal dans les trois mois suivants son installation.

Article 26-2 : Dispositif d'aide à la primo-installation en zone d'action complémentaire (ZAC)

Afin d'accompagner les médecins s'installant pour la première fois en libéral au sein d'un territoire en tension mais à un niveau moins important que les zones d'intervention prioritaire, une rémunération forfaitaire unique est mise en place.

Peuvent bénéficier de cette rémunération les médecins qui remplissent l'ensemble des critères suivants :

- s'installer pour la première fois en exercice libéral conventionné (cabinet principal) ;
- pratiquer dans le secteur à honoraires opposables (secteur 1), ou dans le secteur à honoraires différents et ayant adhéré aux options de pratique tarifaire maîtrisée (secteur 2 OPTAM et OPTAM ACO) ;

- s'installer dans une zone dite d'action complémentaire caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins définies au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique (les zones concernées par cette majoration sont les - ZAC).

Dès son installation dans la zone concernée, le médecin bénéficie du versement d'une aide forfaitaire unique de 5 000 € par la caisse de son lieu d'exercice principal dans les trois mois suivants son installation.

Article 26-3 : Dispositif d'aide à la création d'un cabinet secondaire au sein d'une zone sous-dense

Afin d'accompagner les médecins qui souhaitent ouvrir un cabinet secondaire au sein d'une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins, une rémunération forfaitaire unique est mise en place.

Peuvent bénéficier de cette rémunération, les médecins qui remplissent l'ensemble des critères suivants :

- installer *ex nihilo* un cabinet secondaire dans une zone dite d'intervention prioritaire caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins définies au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique (les zones concernées par cette majoration sont les seules - ZIP). L'ouverture de ce cabinet secondaire correspond à une nouvelle implantation sur la commune classée en zone sous-dense, les médecins reprenant le cabinet d'un confrère pour en faire un cabinet secondaire ne sont donc pas éligibles à cette rémunération ;
- pratiquer dans le secteur à honoraires opposables (secteur 1), ou dans le secteur à honoraires différents et ayant adhéré aux options de pratique tarifaire maîtrisée.

Les spécialités de médecine éligibles à ce dispositif sont celles éligibles à l'aide à l'emploi d'un assistant médical listées à l'Article 34.

Lors de l'installation de ce nouveau cabinet secondaire dans la zone concernée, le médecin bénéficie du versement d'une aide forfaitaire unique de 3 000 euros par la caisse de son lieu d'exercice secondaire dans les trois mois suivants son installation.

Article 26-4 : Les consultations avancées

Afin d'inciter les médecins généralistes et spécialistes n'exerçant pas régulièrement dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés dans l'accès aux soins définie au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, à consacrer une partie de leur activité libérale pour répondre aux besoins de la population dans les zones précitées, un dispositif de consultations ponctuelles dites « consultations avancées » est créé.

Le médecin conventionné qui n'est pas installé en zone d'intervention prioritaire (ZIP) et qui souhaite y intervenir ponctuellement dans le cadre de consultations avancées peut, bénéficier d'un forfait valorisé à hauteur de 200 € par demi-journée d'intervention, dans la limite de 6 demi-journées par mois.

Pour bénéficier de ce forfait, les médecins de secteur 2 non adhérents au dispositif OPTAM ou OPTAM-ACO tel que décrit à l'Article 41 réalisant des consultations avancées doivent délivrer les soins à tarifs opposables.

Les médecins ayant un cabinet principal ou secondaire installé en ZIP et exerçant donc régulièrement dans ces zones ne sont pas concernés par le dispositif des consultations avancées.

Les modalités d'organisation des consultations avancées mentionnées au présent article font l'objet de travaux partagés entre ESS, CPTS, CPAM et ARS du territoire.

Article 27. Impacts de la convention sur les contrats démographiques de la convention médicale de 2016

Article 27-1 : Dispositions générales

À compter de l'entrée en vigueur des majorations complémentaires applicables au forfait médecin traitant socle décrites à l'Article 21, il est mis fin à la possibilité d'adhérer aux contrats démographiques prévus par la convention médicale de 2016.

Les contrats démographiques toujours en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente convention se poursuivent jusqu'à leur terme, sauf demande de résiliation par le médecin partie au contrat.

Les médecins peuvent en effet décider de résilier à tout moment leur adhésion au contrat par lettre adressée à leur caisse de rattachement par tout moyen donnant date certaine à sa réception, afin de pouvoir bénéficier de la majoration du forfait médecin traitant prévue pour les médecins généralistes exerçant en zone d'intervention prioritaire en substitution des aides issues de ces contrats. Le contrat continue de produire ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle est intervenue la demande de résiliation du médecin. À compter du 1er janvier de l'année suivant la demande, le médecin ne bénéficie plus des dispositions prévues par son contrat démographique au bénéfice de la majoration forfait médecin traitant en ZIP et la résiliation produit alors l'ensemble de ses effets.

Article 27-2 : Dispositif de maintien des contrats démographiques prévus par la convention médicale de 2016

L'adhésion aux contrats démographiques est maintenue jusqu'au 31 décembre 2025 (selon les modalités prévues à l'annexe 21).

S'agissant des aides démographiques au bénéfice des médecins déjà installés en ZIP :

- pour les médecins ayant adhéré au COSCOM, leur adhésion est maintenue et le renouvellement est possible jusqu'à ce qu'ils cessent d'intervenir en ZIP ou s'ils ne remplissent plus les conditions d'adhésion, sauf demande de résiliation par le médecin. Dans ce cas, il sera mis fin au contrat et le médecin pourra bénéficier de la majoration ZIP de la partie socle du forfait médecin traitant mentionnée à l'Article 21 ;
- pour les médecins ayant adhéré au CAIM, leur adhésion est maintenue pour la durée restant à courir au contrat. Pendant cette période ils ne bénéficieront pas de la majoration ZIP du forfait médecin traitant. À l'issue des 5 années du contrat, il ne leur sera plus possible d'adhérer au COSCOM ou au COTRAM. Ils se verront alors appliquer la majoration ZIP de la partie socle du forfait médecin traitant mentionnée à l'Article 21 ;
- pour les médecins ayant adhéré au COTRAM, leur adhésion est maintenue et il sera possible de renouveler le contrat 1 fois si celui-ci n'a pas encore été renouvelé. Ils ne pourront cependant plus adhérer à un COSCOM à l'issue du COTRAM, s'ils décident de poursuivre leur activité libérale. Dans ce dernier

cas, ils se verront alors appliquer la majoration ZIP de la partie socle du forfait médecin traitant mentionnée à l’Article 21.

- S’agissant des aides démographiques au bénéfice des médecins effectuant des consultations en ZIP :
- pour les médecins ayant adhéré à un CSTM, leur adhésion est maintenue jusqu’à ce qu’ils cessent d’intervenir en ZIP ou s’ils ne remplissent plus les conditions d’adhésion, sauf demande de résiliation par le médecin. Dans ce cas, il sera mis fin au contrat et ils pourront bénéficier du dispositif de consultations avancées s’ils en remplissent les conditions.

Titre 3 : La dotation numérique (DONUM) et le volet de synthèse médicale (VSM)

Une rémunération valorisant l’équipement et les usages numériques est mise en place.

L’ensemble des médecins conventionnés, toutes spécialités, sont éligibles à ce forfait.

Article 28. La dotation numérique (DONUM)

Article 28-1 : Indicateurs

Ce forfait est composé de deux types d’indicateurs :

- d’indicateurs socles, dont les cibles doivent toutes être atteintes pour bénéficier de la rémunération et ouvrir droit à la rémunération relative aux indicateurs optionnels ;

Des indicateurs optionnels indépendants rémunérés dès lors que la moyenne atteint la cible définie ci-après :

Volets	Indicateurs	Cible 2026	Cible 2028	Points
Indicateurs socles	Disposer d’un logiciel référencé Ségur et d’un LAP certifié HAS et d’une version de cahier des charges Sesam-Vitale à jour des avenants N-1	oui	oui	280
	Moyenne des taux de recours aux principaux téléservices sécurisés : Taux de déclaration médecin traitant dématérialisée (DCMT);Taux de protocoles de soins électronique (PSE);Taux de télétransmission FSE; Taux d’arrêt de travail en ligne (AAT)	60%	80%	
Indicateurs optionnels	Moyenne des taux de recours aux autres téléservices sécurisés de l’assurance maladie : Certificat médicaux AT-MP dématérialisés (CM-ATMP); déclaration simplifiée de grossesse en ligne (DSG);prescription électronique de transport (SPE)	30%	60%	60
	Moyenne des taux de recours à l’espace numérique en santé : alimentation du DMP ; ordonnances numériques	30%	60%	60
	Usage de l’application carte Vitale et de la messagerie sécurisée de Mon espace santé	Au moins une FSE et un message envoyé à un patient via la messagerie		20

	de mon espace santé par an	
--	-------------------------------	--

Les modalités de calcul des indicateurs sont détaillées en annexe 8 de la présente convention et font l'objet de la publication sur amelipro d'un guide méthodologique mis à jour chaque année.

Certains indicateurs peuvent être neutralisés :

- soit que le volume de patients concernés par un indicateur au sein de sa patientèle soit trop faible pour que la notion de « part de la patientèle » ait un sens ;
- soit que la spécialité ne puisse être éligible à un indicateur.

Ainsi, les taux d'usage des services et téléservices (AAT, DMT, CM AT-MP, DSG, PSE, SPE, DMP, Ordonnance numérique et MSSanté) sont pris en compte si le nombre total de prescriptions ou déclarations effectuées au format papier et dématérialisés (dénominateur des taux d'usages) est supérieur ou égal à 10.

La valeur du point est fixée à 7 euros.

L'Assurance maladie met à disposition trimestriellement le suivi de l'atteinte des indicateurs.

Une rémunération annuelle est versée au 1^{er} semestre de l'année N+1 sur la base de l'atteinte des indicateurs au 31/12 de l'année N.

Article 28-2 : Entrée en vigueur du dispositif

Le dispositif précité entre en vigueur à partir du 1er janvier 2026.

À titre provisoire et jusqu'à cette date, les dispositions relatives au forfait structure (FS) définies à l'annexe 9 s'appliquent.

Article 29. Le volet de synthèse médicale (VSM)

Les partenaires conventionnels souhaitent valoriser l'usage des outils numériques en faveur de la prise en charge coordonnée des patients en particulier pour accompagner les médecins dans la montée en charge de la saisie dans leurs logiciels des volets de synthèse médicale (VSM). En effet, ces VSM constituent un outil clé pour le suivi du patient et la bonne coordination des soins au sein du parcours. Ce déploiement des VSM représente un enjeu de santé publique tout particulièrement pour les patients en ALD.

Aussi le forfait intitulé forfait élaboration initiale du VSM est maintenu pour les médecins ne l'ayant pas déjà perçu antérieurement.

Ce forfait est calculé de la manière suivante.

- versement d'un forfait d'un montant de 1 500 euros si le médecin a élaboré des VSM pour au moins la moitié de sa patientèle ALD et que ces VSM alimentent le DMP ;
- ce forfait est porté à 3 000 euros si le médecin a élaboré des VSM pour 90% de sa patientèle ALD et que ces VSM alimentent le DMP.

Il est pondéré par la taille de la patientèle médecin traitant du médecin sur la base de la patientèle de référence soit 800 patients.

Ce forfait est valable si le VSM est établi en format non structuré. Afin d'inciter à la structuration des VSM, laquelle demande plus de temps, le forfait est majoré de 20% si plus d'un tiers des VSM alimentant le DMP sont générés de manière structurée dans le format conforme au Cadre d'interopérabilité des Systèmes d'information de Santé (CISIS).

Ces éléments sont détaillés dans une note méthodologique mise à disposition sur ameli.fr.

Ce forfait est versé une seule fois au médecin dans la mesure où l'objectif est de valoriser l'initiation de l'élaboration des VSM.

Pour les médecins n'ayant pas déjà bénéficié de cette rémunération au titre des versements intervenus sur la base de l'atteinte des objectifs au 31 décembre 2023, le forfait est versé à 100 % de la valeur calculée sur la base des résultats atteints au 30 juin 2024 ou à 90 % de la valeur calculée sur la base des résultats atteints au plus tard au 30 juin 2025. Un complément de rémunération, par rapport à la rémunération allouée au titre de 2024, peut être apporté dans les mêmes conditions que celles mentionnées à l'alinéa précédent, dès lors qu'il est constaté une amélioration des résultats en 2025.

Au-delà du 30 juin 2025, le forfait pour la valorisation de la création des VSM est supprimé.

Titre 4 : Les missions spécifiques des médecins

Les médecins libéraux contribuent à de nombreuses actions en sus des actes et consultations réalisées au bénéfice de leurs patients et plus globalement dans une logique populationnelle et de réponses aux politiques publiques de santé. Celles-ci sont en majorité valorisées par des dispositifs réglementaires.

Néanmoins, les partenaires conventionnels souhaitent également soutenir la réalisation de ces missions complémentaires au service des patients et de leur territoire par leur valorisation financière. Ont été à ce jour identifiées deux missions particulières relevant du cadre conventionnel que sont la participation au SAS et l'accompagnement des étudiants.

Article 30. Les différentes missions spécifiques

Article 30-1 : Valoriser la participation au Service d'Accès aux Soins (SAS)

Afin d'accompagner la généralisation du SAS sur le territoire et valoriser les médecins qui y participent chaque année, une rémunération spécifique est créée dès lors que le médecin remplit les conditions suivantes :

- Exercer dans un département dans lequel le SAS est déployé et opérationnel ;
- Déclarer sa participation au SAS en s'inscrivant sur la plateforme nationale SAS ;
- Accepter d'interfacer sa solution de prise de rendez-vous avec la plateforme numérique SAS pour une mise en visibilité de ses disponibilités en cas de besoin de la régulation libérale du SAS ou participer à une organisation territoriale validée par le SAS du département et interfacée avec la plateforme nationale.

Cette rémunération entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2026 et s'élève à **1 000 €** par an.

Les modalités de valorisation de la participation au SAS tiendront compte des modalités définies dans le décret SAS en cours de concertation.

Article 30-2 : Valoriser l'encadrement des étudiants en médecine

Afin d'améliorer l'attractivité de l'exercice libéral, les partenaires conventionnels souhaitent valoriser les médecins qui s'engagent à exercer la fonction de maître de stage universitaire auprès des étudiants en médecine réalisant un stage ambulatoire.

Cette mission est valorisée à hauteur de **800 €** par an pour un médecin libéral installé en ZIP et **500 €** par an pour un médecin libéral installé hors ZIP.

Cette mesure entre en vigueur au 1^{er} janvier 2026 sur la base de la déclaration effectuée chaque année sur amelipro.

Article 30-3 : Valoriser la prise en charge de patients bénéficiaires de l'AME

Afin d'assurer la coordination dans le parcours de soins des patients bénéficiaires de l'AME, les partenaires conventionnels souhaitent valoriser leur prise en charge par le médecin généraliste ou le pédiatre par la création d'un forfait annuel à hauteur de **500 euros** par an.

Cette mesure entre en vigueur à compter du 1er janvier 2025.

Les médecins éligibles à cette rémunération forfaitaire sont les médecins généralistes conventionnés dont le rapport entre le nombre d'actes réalisés pour ces patients et le total de leurs actes est supérieure à 2%. Cette rémunération est calculée au 31/12/n pour l'année n et versée dans le courant de l'année n+1.

Article 30-4 : Valoriser le travail en coopération avec une IPA libérale

Afin de valoriser le travail en coopération avec les infirmières de pratique avancée libérales, les partenaires conventionnels conviennent de la création d'un forfait annuel versé au médecin traitant en fonction du nombre de patients de sa patientèle médecin traitant orientés vers une infirmière IPA qui en assure également le suivi :

- Au moins 10 patients : 100€
- Au moins 35 patients : 400€
- Au moins 100 patients : 1000€

Cette rémunération est également ouverte aux médecins spécialistes et est fonction du nombre de patients de leur file active orientés vers une infirmière de pratique avancée libérale selon les mêmes modalités.

Cette rémunération est calculée au 31/12/n de chaque année et versée dans le courant de l'année n+1.

Cette mesure entre en vigueur à compter du 1er janvier 2025.

Titre 5 : Les mesures en faveur de l'accompagnement des patients

Les parties signataires s'engagent à favoriser le développement des programmes d'accompagnement des patients souffrant de pathologies chroniques, dans l'objectif de prévenir les aggravations et d'améliorer leur qualité de vie. Pour atteindre cet objectif, les programmes évoluent pour apporter un soutien aux médecins dans la prise en charge des patients.

Article 31. Programme d'appui aux médecins et d'accompagnement des patients dans la prise en charge des maladies chroniques**Article 31-1 : Programme d'accompagnement sophia**

Initié autour de la prise en charge des patients diabétiques, le programme sophia est amené à s'enrichir. Ainsi, dans le cadre du dispositif de prise en compte du risque cardio-vasculaire aggravé, le dispositif Sophia évolue de façon importante à compter de 2025 pour intégrer les maladies cardio-vasculaires. Dans ce cadre, la participation des médecins à l'orientation vers un dispositif d'accompagnement rénové sera susceptible d'être valorisée.

Article 31-2 : Extension des programmes d'accompagnement à d'autres pathologies (cardiovasculaire, BPCO)

Afin de renforcer la qualité de prise en charge des pathologies lourdes, les parties signataires souhaitent renforcer la participation des médecins aux programmes initiés par les différents régimes d'Assurance maladie sur l'accompagnement des personnes souffrant de pathologies chroniques, notamment de pathologies cardiovasculaires ou neurovasculaires (facteurs de risque cardio-vasculaires, insuffisance cardiaque, accident vasculaire cérébral), ainsi que de pathologies respiratoires (asthme et broncho-pneumopathie obstructive). Ces programmes ont notamment pour objectif d'encourager la mise à disposition des équipements auprès des médecins dans le cadre de solutions existantes (comme les appareils d'auto-mesure de la tension) et de contribuer à une démarche collégiale de réflexion puis d'accompagnement de ces professionnels de santé dans l'exploitation pertinente d'autres outils diagnostiques (comme par exemple le recours à la spirométrie).

Article 32. Renoncement aux rémunérations forfaitaires

Les médecins qui ne souhaitent pas bénéficier des rémunérations forfaitaires de la présente convention ont la possibilité de notifier leur choix par écrit à la caisse primaire dont ils relèvent, par tout moyen permettant d'apporter la preuve de la réception. Ce refus doit être notifié par les médecins dans les trois mois suivant la publication au Journal Officiel de la présente convention ou suivant leur demande de conventionnement pour les médecins non adhérents à cette même date.

En cas de refus exprimé selon ces modalités, le médecin renonce à la totalité des rémunérations forfaitaires pour la durée de la convention.

Partie 5 : Accès aux soins

Titre 1 : Le dispositif d'aide à l'emploi d'un assistant médical

Article 33. Les assistants médicaux

Afin de favoriser le travail aidé des médecins pour accroître leur capacité à prendre en charge leurs patients et améliorer les conditions d'accueil et de suivi de ces derniers, l'Assurance maladie verse dans les conditions prévues à la présente section une aide conventionnelle financière aux médecins pour l'emploi d'un assistant médical dont l'activité est reconnue à l'article L. 4161-1 du code de la santé publique en contrepartie d'un engagement d'augmentation de la patientèle.

Le médecin a le choix de recruter directement l'assistant médical ou auprès d'une structure organisée en groupement d'employeurs. La caisse d'Assurance maladie informe régulièrement le médecin de la possibilité de recourir à ce type d'intermédiaire et les offres effectivement disponibles.

Article 34. Critères d'éligibilité à l'aide conventionnelle

Article 34-1 : Spécialités

Toutes les spécialités médicales sont éligibles à l'aide conventionnelle, à l'exception des radiologues, radiothérapeutes, stomatologues, anesthésistes, médecins anatomo-cytopathologistes, médecins nucléaires.

Les chirurgiens sont éligibles au dispositif dès lors que leurs honoraires cliniques (hors actes CCAM) représentent plus de 80% de leurs honoraires totaux sans dépassement.

Les partenaires conventionnels s'engagent à suivre l'évolution des pratiques et des organisations médicales pour envisager l'intégration de nouvelles spécialités dans le dispositif.

Article 34-2 : Pratique tarifaire

Le bénéfice de l'aide conventionnelle est réservé aux médecins de secteur 1 et aux médecins de secteur 2 ayant souscrit à l'OPTAM ou à l'OPTAM-ACO.

Article 34-3 : Activité minimale

Un seuil minimal de patients est requis pour bénéficier du contrat.

Ce seuil est fixé au 30^e percentile de la distribution nationale des patientèles pour chaque spécialité médicale éligible au 31 décembre 2021 pour la durée de la convention.

Pour les médecins qualifiés ou spécialistes en médecine générale - médecins à exercice particulier (MEP) inclus, le seuil porte sur la patientèle « médecin traitant » déclarée (adultes et enfants) ; pour les autres spécialités le seuil porte sur la patientèle « file active ».

Ces seuils sont indiqués en annexe 10.

Selon la date de signature du contrat d'aide conventionnelle, la patientèle de départ prise en compte pour définir l'éligibilité d'un médecin est la patientèle la plus récente disponible. Elle est arrêtée par l'Assurance maladie au 30 juin et au 31 décembre de chaque année.

Article 34-4 : Définition des cas particuliers

- ***Médecins primo-installés***

Un médecin est considéré comme primo-installé lorsque celui-ci :

- S'installe pour la première fois dans le territoire de compétence de la caisse, au cours des 12 derniers mois précédant la signature du contrat ;
- Présente une patientèle inférieure au 50^e percentile de la distribution nationale de la patientèle de sa spécialité.

- ***Médecins reconnus travailleur handicapé (RQTH) ou atteints d'une affection de longue durée (ALD)***

Les médecins reconnus en qualité de travailleur handicapé (RQTH) ou souffrant d'une affection de longue durée (ALD) dont le handicap ou la pathologie ont un impact sur leur activité, peuvent être éligibles à l'aide, quel que soit leur niveau de patientèle de départ (y compris si inférieur au P30 de sa spécialité) afin de les aider à maintenir un niveau d'activité qui bénéficie à l'offre de soins de leur territoire d'exercice.

L'accord sur l'éligibilité est pris par le directeur général de la caisse, après avis du service médical placé près de ladite caisse, dans le respect du secret médical.

L'appréciation du niveau de l'aide conventionnelle et le nombre de patients supplémentaires ou maintenus à prendre en charge sont définis conjointement par le médecin et par la caisse au regard de la situation du médecin et des besoins du territoire en matière d'accès aux soins.

Le médecin peut être accompagné lors de la définition des termes du contrat avec le directeur général de la caisse d'Assurance maladie par un membre de son choix de la section professionnelle de la commission paritaire locale. L'appréciation du niveau de l'aide conventionnelle et de l'objectif peut faire l'objet d'une révision chaque année si nécessaire.

Article 35. Contractualisation

Les médecins éligibles à l'aide conventionnelle formalisent leur engagement avec l'Assurance maladie sous la forme d'un contrat type figurant en annexe 11 de la présente convention.

Toutes les pièces justificatives listées à ce contrat type doivent être fournies par le médecin lors de la signature du contrat avec la caisse.

La caisse d'Assurance maladie organise *a minima* tous les 6 mois un point d'échange avec les médecins bénéficiaires de l'aide conventionnelle avec une attention particulière portée aux médecins primo-installés. Lorsque la caisse constate des difficultés pour remplir les engagements au contrat, elle prend contact avec le médecin pour examiner les éventuels freins à l'augmentation de sa patientèle et l'aider à anticiper, le cas échéant, les conséquences sur le maintien des aides pour les années suivantes.

Elle prend également en compte les événements extérieurs pouvant impacter l'atteinte des objectifs (par exemple des maladies longues durées du médecin ou de l'assistant médical).

Si 18 mois après la signature du contrat, le niveau de patientèle du médecin démontre un écart important par rapport à l'objectif fixé dans le contrat, un rendez-vous est systématiquement proposé par la caisse. Un bilan de ces entretiens est présenté en CPL pouvant conduire à des recommandations.

Article 36. Détermination de l'aide conventionnelle

Le montant de l'aide conventionnelle varie selon :

- l'année du contrat d'aide conventionnelle ;
- l'option de temps de travail de l'assistant médical choisie par le médecin :

1 Les options du contrat

2 options de temps de travail sont accessibles dès la première année du contrat :

- un demi équivalent temps plein (0,5 ETP) ;
- un équivalent temps plein (1 ETP).

	Montants <u>maximaux</u> de l'aide		Versements de l'aide
	Option 0,5 ETP	Option 1 ETP	
1 ^{ère} année	19 000 €	38 000 €	Versement intégral quelle que soit l'atteinte des objectifs
2 ^e année	14 000 €	28 000 €	
3 ^e année et suivantes	11 000 €	22 000 €	Modulation à partir de la 3 ^e année selon l'atteinte des objectifs
Montant majoré pour les 3 ^e année et années suivantes : pour les médecins ayant les patientèles les plus importantes : <i>Médecins ayant une patientèle les situant entre le [P90 et P94]</i>	13 000 €	26 000 €	
Montant fixe quelle que soit l'année : → Pour les médecins ayant une patientèle ≥ P95.	19 000 €	38 000 €	Modulation à partir de la 3 ^e année selon l'atteinte des objectifs

Les partenaires conventionnels proposent de mettre en place un suivi régulier en CPN de la montée en charge du dispositif et d'ajuster, le cas échéant, en faveur des médecins, les modalités d'accompagnement financier.

2 Les options 1,5 ETP et 2 ETP

Deux options permettant de recruter 1,5 ETP ou 2 ETP sont ouvertes pour les seuls médecins répondant aux conditions cumulatives suivantes :

- Exerçant en zone d'intervention prioritaires (ZIP) ;
- Qualifiés ou spécialistes en médecine générale (à l'exclusion des médecins à exercice particulier [MEP]) ;
- Ayant déjà signé un contrat option 1 ETP ;
- Ayant atteint l'intégralité des objectifs de son contrat ;
- À partir de la 3^{ème} année du contrat.

Le montant de l'aide conventionnelle relatif aux options 1,5 ETP et 2 ETP est défini dans le tableau ci-dessous. Ce montant varie selon l'option et le niveau de patientèle de départ du médecin :

	Montants maximaux de l'aide		Versements de l'aide
	Option 1,5 ETP	Option 2 ETP	
3 ^e année et suivantes	33 000 €	44 000 €	Modulation selon l'atteinte des objectifs
Montant majoré : → Pour les médecins ayant les patientèles les plus importantes : <i>Médecins ayant une patientèle les situant entre [P90 et P94]</i>	39 000 €	52 000 €	
Montant fixe quelle que soit l'année : → Pour les médecins ayant une patientèle ≥ P95.	57 000 €	76 000 €	

Un avenant au contrat est signé pour modifier l'option à la date anniversaire de celui-ci, pour la durée restante du contrat.

Un nouvel objectif en nombre de patients supplémentaires à prendre en charge est défini sur la base de la patientèle initiale. Cet objectif est à atteindre à l'issue de l'année suivant la signature de l'avenant au contrat. Si l'objectif n'est pas atteint, le montant de l'aide est proratisé sur la base du taux d'atteinte de l'objectif.

Article 36-1 : Revalorisation du montant de l'aide pour les contrats d'aide conventionnelle signés avant la présente convention

Les montants de l'aide conventionnelle définis à l'article 87 bénéficient automatiquement à tous les contrats d'aide signés avant l'entrée en vigueur de la présente convention, et toujours en cours à l'entrée en vigueur de celle-ci.

Cette revalorisation intervient à la date d'anniversaire du contrat suivant l'entrée en vigueur de la présente convention. Cette revalorisation ne s'applique qu'au montant de l'aide des années suivant la date anniversaire du contrat postérieure à l'entrée en vigueur de la présente convention.

Les contrats signés avec l'option de temps de travail 1/3 ETP sont également concernés par la revalorisation selon le tableau ci-dessous :

	Versements de l'aide		
	Option 1/3 ETP	Versement de l'aide	Acompte / solde
2e année	9450 €	Versement intégral	Quelle que soit l'année : aide versée en 2 temps :
3 ^e année	7350 €	Modulation à partir de la 3 ^{ème} année selon l'atteinte des objectifs	- 70% d'acompte dans les 15 jours la 1 ^{ère} année ; à la date d'anniversaire la 2 ^e année ; dans les 2 mois à partir de la 3 ^e année
<u>et suivantes</u>	8767€		30% de solde à la date d'anniversaire en 1 ^{ère} et 2 ^e année ; dans les 2 mois à partir de la 3 ^e année.
Montant majoré 3 ^e année et suivantes : → Pour les médecins ayant les patientèles les plus importantes : <i>Médecins ayant une patientèle les situant entre [P90 et P94]</i>			
Montant fixe quelle que soit l'année : → Pour les médecins ayant une patientèle ≥ P95.	12 600 €	Modulation à partir de la 3 ^{ème} année selon l'atteinte des objectifs	

Article 36-2 : Objectifs à atteindre en contrepartie de l'aide conventionnelle

En contrepartie de l'aide conventionnelle, le médecin s'engage à prendre en charge davantage de patients ou à maintenir le nombre de patients pris en charge.

Les engagements du médecin sont individualisés et fixés selon l'option de temps de travail de l'assistant médical choisie par le médecin et selon le nombre de patients dans la ou les patientèles de départ du médecin, définie(s) comme suit :

- **La patientèle Médecin traitant (PMT)** : correspond au nombre total de patients (adultes et enfants), ayant choisi comme médecin traitant le médecin qualifié ou spécialiste en médecine générale ou le pédiatre (comme médecin traitant d'un enfant) ;
- **La patientèle File active (PFA)** correspond au nombre total de patients (adultes et enfants), ayant consulté le médecin signataire du contrat au moins une fois au cours de ces 12 derniers mois, que ce médecin soit le médecin traitant déclaré de ces patients ou non.

Est indiquée en annexe 10 et sur ameli.fr la méthodologie de calcul des objectifs de patients supplémentaires à prendre en charge ou à maintenir selon l'option de temps de travail de l'assistant médical choisie par le médecin et la spécialité médicale du médecin.

Pour les médecins qualifiés ou spécialistes en médecine générale (MEP inclus) et les pédiatres, il est demandé, en fonction de son niveau de patientèle, une augmentation ou un maintien du nombre de patients dans la patientèle médecin traitant (PMT) et dans la patientèle file active (PFA).

Pour les autres spécialités éligibles à l'aide conventionnelle, il est demandé une augmentation ou un maintien du nombre de patients dans la patientèle file active (PFA).

- ***Pour les médecins ayant une patientèle comprise entre le 30^e percentile (P30) – inclus - et le 50^e percentile (P50) de la distribution nationale de la patientèle de la spécialité du médecin***

L'objectif en nombre de patients supplémentaires à prendre en charge est fixe par spécialité.

- ***Pour les médecins ayant une patientèle entre le P50 et le P94 – inclus -de la distribution nationale de la patientèle de la spécialité médicale du médecin***

L'objectif en nombre de patients supplémentaires à prendre en charge est individualisé en fonction du nombre de patients dans la patientèle de départ du médecin, selon la méthode décrite en annexe 10.

- ***Pour les médecins ayant de forte patientèle supérieure ou égale p95***

Pour les médecins à fortes patientèles, les objectifs sont de maintenir le niveau de patientèle. Une tolérance d'une baisse de la patientèle comprise entre 0% et - 5% par rapport à la patientèle initiale sera acceptée. Au-delà, l'aide est proratisée.

Article 36-3 : Cas particuliers

- ***Pour les médecins âgés de 65 ans et plus***

Afin d'accompagner les médecins plus âgés et les inciter à se maintenir en exercice, il est proposé aux médecins âgés de 65 ans de signer un contrat sur la base d'un objectif de maintien de leur patientèle au 30 juin de l'année en cours ou au 31 décembre de l'année précédente.

Les médecins déjà signataires d'un contrat, lorsqu'ils atteignent l'âge de 65 ans, peuvent bénéficier d'une révision de leur objectif par voie d'avenant.

Une tolérance d'une baisse de la patientèle comprise entre 0% et –moins de 10% par rapport à la patientèle acquise sera acceptée. Au-delà, l'aide est proratisée.

Au terme du contrat d'aide conventionnelle, ou avant ce terme si ces médecins souhaitent résilier leur contrat à la date anniversaire de ce dernier, ces médecins s'engagent à favoriser :

- la prise en charge de leur patientèle au sein d'une structure d'exercice de leur territoire ;
- le maintien de leur assistant médical dans cet emploi sur leur territoire ;
- la reprise de leur cabinet médical.

- ***Pour les médecins en exercice mixte***

Sont considérés en exercice mixte les médecins ayant une activité médicale à la fois libérale conventionnée et une activité médicale non libérale, notamment salariée.

De ce fait, l'activité libérale de ces médecins ne correspond pas à leur activité totale.

Ces activités médicales ou assimilées, complémentaires à l'exercice médical libéral sont ainsi définies :

- activité de soins salariée en établissement de santé ;
- activité de soins salariée en établissement médico-social ;
- activité de soins salariée en petite moyenne enfance (PMI) ;
- activité salariée de médecine du travail ;
- activité salariée de médecine scolaire ;
- fonctions exécutives dans une MSP ou une CPTS ;
- activité d'expertise médicale ;
- activité dans une ONG médicale ;
- mandat ordinaire ou syndical ou au sein d'une URPS ;
- activité d'enseignement supérieur ;
- activité salariée ou fonctions exécutives dans une association de permanence des soins ou SAS ;
- Activité transversale au sein de la conférence médicale d'établissement ou du comité de lutte contre les infections nosocomiales.

Les médecins concernés doivent produire tout document attestant de toute activité médicale complémentaire à celle qu'ils exercent en libéral.

Le nombre de patients supplémentaires à prendre en charge par ces médecins est recalculé au prorata de leur activité intégrale : la patientèle du médecin est reconstituée en projection d'une activité médicale libérale intégrale qui sera retenue comme la patientèle de départ du médecin pour définir ensuite l'objectif en nombre de patients supplémentaires.

- ***Pour les médecins primo-installés***

Pour les médecins primo-installés et afin de prendre en compte la montée en charge progressive de leur patientèle, leur objectif à atteindre en nombre de patients doit correspondre au nombre de patients du 50^e percentile (P50) de la distribution nationale de leur spécialité, dans un délai de trois ans.

Un nouvel objectif en nombre de patients supplémentaires à prendre en charge est fixé au médecin au regard de la patientèle qu'il a acquise :

- dès l'atteinte par le médecin d'une patientèle équivalente en nombre de patients au P50 de la distribution nationale de la spécialité du médecin ;
- ou à la fin de la troisième année du contrat, si le médecin a atteint le P50 de la distribution nationale de la spécialité de ce médecin - ou le seuil minimal équivalent au P30 de la distribution nationale de la spécialité de ce médecin.

Ce nouvel objectif fixé par avenant au contrat initial sur la base de la patientèle nouvellement acquise, selon la méthode décrite en annexe 10, est à atteindre dans un délai de 2 ans à compter de la date de signature de l'avenant. À la fin de la deuxième année suivant la signature de l'avenant, le montant de l'aide conventionnelle sera proratisé sur la base du taux d'atteinte de l'objectif.

Pour le médecin primo-installé avec une activité mixte, son objectif sera modulé en fonction de son temps d'activité libérale réel tout en respectant un objectif minimum du P30 de sa spécialité. De ce fait, son objectif à atteindre dans un délai maximum de trois ans ne pourra être inférieur au P30.

- **Mutualisation de l’emploi d’un assistant médical**

Les partenaires conventionnels conviennent de l’intérêt de proposer, aux médecins libéraux exerçant dans un même cabinet ou dans une même maison de santé pluridisciplinaire qui le souhaitent, la possibilité de mutualiser les objectifs en terme de patients supplémentaires et les rémunérations associées liés à l’emploi d’un assistant médical. Et plus globalement, d’ouvrir la possibilité à un groupe de médecin de souscrire à un contrat collectif d’emploi d’un ETP d’assistant médical.

À cette fin, les conditions de cette mutualisation seront présentées en CPN pour une entrée en vigueur en 2025.

Article 36-4 : Caractère non substitutif du poste d’assistant médical

Dans le cas où l’assistant médical était déjà salarié par un ou plusieurs des médecins de la structure d’exercice comme secrétaire médical et que ce poste de secrétaire médical n’est pas remplacé, le versement de l’aide conventionnelle est conditionné à l’embauche d’un autre secrétaire médical (dans un délais de 6 mois) ou au recours à une autre organisation de secrétariat médical (sur justificatif, à produire lors de la signature du contrat) et pour une durée équivalente *a minima* au temps de temps travail du poste de secrétaire médical à remplacer.

Lorsque le secrétaire médical quitte ses fonctions, quel que soit le motif de rupture du contrat de travail, dans les 6 mois précédant ou suivant l’embauche d’un assistant médical, le poste doit être remplacé pour une durée équivalente *a minima* au temps de temps travail du poste de secrétaire médical à remplacer (embauche d’un autre secrétaire médical ou recours à un secrétariat médical téléphonique) pour pouvoir continuer à bénéficier de l’aide conventionnelle.

Article 36-5 : Appréciation de l’atteinte des objectifs

- **Pour les médecins qualifiés ou spécialistes en médecine générale (MEP inclus) et les pédiatres**

Au vu des résultats à la date d’anniversaire du contrat, à partir de le 3^e années et suivantes, ces médecins : l’atteinte est vérifiée selon les règles suivantes :

PFA	PMT	Part de l’aide versée
Atteint	Atteint	100 %
Non atteint (sans ↓*)	Atteint	100 %.
Atteint	Non atteint (sans ↓*)	100 %
Non atteint (sans ↓*)	Non atteint (sans ↓*)	Proratisation sur le meilleur résultat des 2 (taux d’atteinte)

↓* Diminution par rapport à la patientèle de départ

En cas de diminution de la patientèle (PMT ou PFA) par rapport à la patientèle initiale, l’aide n’est pas versée, sauf en cas de circonstancielle exceptionnelles définies par la CPN à l’Article 101

- **Pour les médecins des autres spécialités médicales éligibles**

Pour ces médecins auxquels est demandé comme objectif une augmentation ou un maintien du nombre de patients dans la patientèle file active (PFA), l'atteinte des objectifs est appréciée selon les règles suivantes :

PFA	Part de l'aide versée
Atteint	100 %
Non atteint (sans ↓*)	Proratisation (taux d'atteinte)

↓* Diminution par rapport à la patientèle de départ

En cas de diminution de la patientèle (PFA) par rapport à la patientèle initiale, l'aide n'est pas versée, sauf en cas de circonstanciées exceptionnelles définies par la CPN à l'Article 101.

Pour les cas particuliers, l'atteinte des objectifs est appréciée selon les dispositions prévues au sein de l'annexe 10

Article 36-6 : Modalités de versement de l'aide conventionnelle

L'aide est versée en une seule fois les 1^{ères} et 2^e années du contrat dans le mois suivant la signature ou la date anniversaire du contrat.

Elle est versée en deux fois à compter de la 3^e année :

- Un acompte, versé dans les deux mois suivant la date anniversaire correspondant à :
 - 50% du montant en 3^e année ;
 - 50% du montant de l'aide de l'année à compter de la 4^e année.
- Le solde versé à la date anniversaire de l'année suivante correspond à l'aide maximale, proratisée, le cas échéant, sur la base du taux d'atteinte de l'objectif, de laquelle est déduit le montant de l'acompte versé au titre de l'année.

Article 36-7 : Les cas particuliers

La CPN établit, au plus tard 6 mois après l'entrée en vigueur de la présente convention, un cadre permettant de définir le mode de traitement des cas particuliers ou circonstances exceptionnelles pouvant justifier la non atteinte des résultats prévus dans le cadre du contrat. Ces éléments justificatifs seront transmis par le médecin concerné à sa caisse de rattachement.

Article 37. Vie du contrat

Article 37-1 : Délai de carence

En cas de résiliation ou au terme du contrat d'aide conventionnelle, un délai de carence de deux ans est appliqué avant toute signature d'un nouveau contrat sauf circonstances exceptionnelles qui seront définies en CPN.

Article 37-2 : Résiliation des contrats

Une résiliation anticipée du contrat est possible à la demande du médecin signataire, à la date anniversaire de son contrat ou à l'initiative de la caisse en cas de non-respect manifeste des engagements par le médecin signataire.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'Assurance maladie procède à la récupération des sommes indument versées, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir du contrat au moment de la résiliation demandée par le médecin ou par la caisse.

Il n'est pas possible de signer un nouveau contrat d'aide à l'emploi d'un assistant médical pour un médecin qui a déjà bénéficié d'un contrat ayant été résilié à l'initiative de la caisse, en raison de la non atteinte des objectifs contractuels, avant un délai de 2 ans.

Article 37-3 : Demandes de changement d'option en cours de contrat

En cas de demande de changement d'option, le médecin signe un avenant pour la durée restante du contrat en cours avec fixation d'un nouvel objectif selon l'option choisie, sur la base de la patientèle initiale.

Article 37-4 : Poursuite des contrats arrivant à leur terme

Les contrats d'aide à l'emploi signés et en cours avant l'entrée en vigueur de la présente convention peuvent être prorogés lorsque ces contrats arrivent à leur terme et que le médecin souhaite poursuivre dans les mêmes termes et quels que soient :

- le type de dispositions de l'aide à l'emploi d'un assistant médical qui était en vigueur lors de la signature de ces contrats ;
- l'option de temps de travail choisi par le médecin.

Pour ce faire, un avenant au contrat d'aide à l'emploi, visant à proroger ce dernier, pour une durée de cinq ans, est signé entre la caisse et le médecin.

Les conditions du contrat initial sont prorogées. L'objectif en nombre de patients supplémentaires à prendre en charge ou à maintenir est inchangé.

Le montant de l'aide conventionnelle versé à compter de la signature de l'avenant correspond au montant de l'aide à l'emploi de la 3^e année et suivantes proratisé le cas échéant sur la base du taux d'atteinte de l'objectif.

Lorsque le contrat d'aide à l'emploi d'un médecin est arrivé à son terme sans que ne soit signé un avenant au contrat, celui-ci sera clôturé.

Article 37-5 : Durée des contrats conclus à compter de l'entrée en vigueur de la présente convention.

Les contrats sont conclus pour une durée de cinq ans et sont renouvelés par tacite reconduction. Lors du renouvellement, le montant de l'aide correspondra au montant de l'aide de la troisième année du contrat pour toute la durée du contrat. Les modalités de versement de l'aide et les objectifs restent les mêmes.

Article 38. Formation des assistants médicaux

Le médecin signataire du contrat s'engage à vérifier l'obtention des certifications nécessaires à l'emploi d'un assistant médical avant le recrutement ou à défaut, à inscrire son assistant médical à la formation dédiée et à l'obtention des

certifications exigées par la branche des personnels des cabinets médicaux dans un délai de 2 ans à compter de la signature du contrat.

Les partenaires conventionnels conviennent de la nécessité de faire évoluer les modalités de formation des assistants médicaux et de mobiliser, pour ce faire, les acteurs qui en sont les parties prenantes pour garantir :

- la formation de 15 000 assistants médicaux d'ici 2029 ;
- l'évolution des missions confiées à des assistants médicaux titulaires du Certification de qualification professionnel (CQP) ou en formation ;
- l'évolution de missions pouvant être spécifiquement confiées par les médecins à des assistants médicaux ayant une qualification initiale d'infirmière diplômée d'Etat ;
- la poursuite des mesures permettant l'amélioration de l'entrée en formation.

Article 39. Améliorer le recours à l'assistant médical

Les partenaires conventionnels conviennent d'étudier les facteurs facilitant le recours à l'emploi d'un assistant médical par les cabinets médicaux en particulier en zones sous denses (évolution de la formation, rôle des groupements d'employeurs, facteurs facilitant la qualité de vie et la conciliation entre vie professionnelle, vie familiale et personnelle, profils des assistants employés, organisation des locaux, simplifications des démarches administratives...).

Titre 2 : Le dispositif Asalée

Article 40. Le recours aux infirmières Asalée

Les partenaires conventionnels apportent leur soutien au déploiement de l'association Asalée qui apporte une réponse concrète aux enjeux d'accès aux soins et de prévention en permettant une coordination renforcée entre médecins et infirmiers et des délégations d'actes afin de libérer du temps médical en confiant le suivi de pathologies chroniques à des infirmiers.

Titre 3 : La réduction des restes à charge

Article 41. Options pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-ACO)

L'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'option pratique tarifaire maîtrisée anesthésie-chirurgie-obstétrique (OPTAM-ACO) ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'Assurance maladie. Dans cet objectif, l'Assurance maladie s'engage à faire bénéficier les médecins souscrivant à ces options, outre des incitations financières, à des tarifs de remboursement applicables aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables (secteur 1).

L'objectif est de favoriser l'activité à tarifs opposables et l'attractivité de ces options.

L'Assurance maladie s'engage à accompagner les médecins adhérents ou éligibles à l'une des deux options tout au long de la présente convention notamment concernant les modalités techniques de mise en œuvre de ce dispositif. Aussi, l'Assurance maladie adressera à tous les médecins éligibles une proposition de contrat, en clarifiant les différents avantages financiers que celui-ci emporte, y compris l'impact des modificateurs sur le niveau de

dépassement du praticien. Les médecins qui pourraient devenir éligibles grâce à l'augmentation des modificateurs prévus dans la présente convention seront spécifiquement contactés afin que leur éligibilité nouvelle leur soit connue.

Le cadre de l'OPTAM et de l'OPTAM ACO a vocation à être revu dans le cadre de l'avenant conventionnel qui portera la refonte de la CCAM, puisque les tarifs des actes seront amenés à être modifiés de manière substantielle. Aussi, les nouveaux contrats proposés aux médecins à l'entrée en vigueur de la présente convention doivent s'entendre comme des contrats à durée déterminée, qui prendront fin à l'entrée en vigueur de la nouvelle CCAM, pour être remplacés par un nouveau dispositif qui devra être bâti et intégré dans l'avenant CCAM avec les partenaires conventionnels.

Article 41-1 : Les médecins éligibles aux options

Peuvent adhérer aux options de pratique tarifaire maîtrisée, quelle que soit leur spécialité d'exercice, les médecins :

- autorisés à pratiquer des honoraires différents (secteur 2) ;
- titulaires du droit à dépassement permanent (secteur 1 DP).

Par dérogation, les médecins titulaires des titres visés à l'article 12 et installés antérieurement au 1^{er} janvier 2013 en secteur à honoraires opposables (secteur 1) peuvent adhérer aux options de pratique tarifaire maîtrisée.

Pour un même médecin, une seule option peut être choisie. Ainsi, une adhésion à l'OPTAM ne peut être cumulée avec une adhésion à l'OPTAM-ACO.

Article 41-2 : Modalités particulières d'adhésion à l'OPTAM-ACO

L'option anesthésie-chirurgie-obstétrique est ouverte aux médecins exerçant une spécialité d'anesthésie-réanimation, une spécialité chirurgicale ou une spécialité de gynécologie-obstétrique ayant réalisé au moins 50 actes inscrits sous l'appellation « acte d'anesthésie », « acte de chirurgie » ou « acte d'obstétrique » sur la liste mentionnée aux articles L. 162-1-7 et R. 162-52 du code de la sécurité sociale durant l'année précédant leur demande d'adhésion à l'option.

En l'absence d'activité antérieure, les médecins nouvellement installés dans les spécialités concernées choisissent au moment de leur adhésion l'option de leur choix, OPTAM ou OPTAM-ACO.

Les médecins éligibles à l'OPTAM-ACO disposent toutefois de la possibilité d'adhérer à l'OPTAM.

Article 41-3 : Les engagements des options pratiques tarifaires maîtrisées

Le médecin adhérent à une option s'engage à faire bénéficier ses patients d'un tarif maîtrisé et d'un meilleur remboursement de ses soins.

- ***Engagements du médecin à une option***

Le bénéfice des options pratiques tarifaires maîtrisées repose sur le respect de deux indicateurs définis ci-après.

Les rémunérations forfaitaires sont exclues des honoraires pris en compte pour le calcul de ces indicateurs.

1. Le taux de dépassement

L'engagement sur le taux de dépassement repose sur le **taux de dépassement constaté recalculé** sur la période de référence.

Le taux de dépassement constaté est défini comme le rapport du total des dépassements annuels aux honoraires remboursables annuels calculé pour les deux années de la période de référence (cf. infra).

$$\text{Tx de dépassement constaté} = \Sigma (\text{dépassements de la période de référence}) / \Sigma (\text{honoraires remboursables sur la période de référence})$$

Le **taux de dépassement constaté recalculé** est défini comme le rapport du total des dépassements annuels aux honoraires remboursables annuels calculé pour les deux années de la période de référence sur la base des tarifs de remboursements des médecins de secteur 1 appliqués à l'activité du médecin.

$$\text{Tx de dépassement constaté recalculé} = \Sigma (\text{dépassements recalculés sur la période de référence}) / \Sigma (\text{honoraires remboursables recalculés sur la période de référence})$$

- Avec honoraires remboursables recalculés = application des tarifs de remboursements des médecins de secteur 1 à l'activité constatée sur la période de référence
- Avec dépassements recalculés = (honoraires totaux constatés – honoraires remboursables recalculés)

Les médecins dont le **taux de dépassement recalculé est supérieur à 100 %** ne peuvent pas bénéficier des options. L'Assurance maladie s'engage à proposer l'option à tous les professionnels de santé qui sont, ou deviendraient, éligibles tout au long de la convention.

Ainsi, les médecins ayant des taux de dépassements constatés proches de 100% pourraient devenir éligibles aux options, puisque l'intégration des tarifs de remboursements des médecins de secteur 1 à leur activité va mécaniquement réduire leur taux de dépassement **recalculé**, pour atterrir à un taux de dépassement recalculé inférieur à 100%. L'assurance maladie engagera une action d'information destinée à ces médecins pour les inviter à adhérer à l'OPTAM ou à l'OPTAM ACO

2. Le taux d'activité à tarif opposable

L'engagement sur le taux d'activité à tarif opposable repose sur le taux d'activité à tarif opposable constaté recalculé sur la période de référence.

Le taux d'activité à tarif opposable constaté est défini comme le rapport du total des honoraires réalisés à tarif opposable aux honoraires remboursables annuels calculé pour les deux années de la période de référence.

Taux d'activité à tarif opposable constaté = Σ (honoraires à tarifs opposable constatés sur la période de référence) / Σ (honoraires remboursables sur la période de référence)

Le taux d'activité à tarif opposable constaté et recalculé est défini comme le rapport du total des honoraires réalisés à tarif opposable aux honoraires remboursables annuels calculé pour les deux années de la période de référence et inclut les situations où le médecin est réglementairement tenu de pratiquer son activité à tarif opposable (notamment pour les patients bénéficiant de la complémentaire santé solidaire).

Taux d'activité à tarif opposable recalculé = Σ (honoraires à tarifs opposable recalculés sur la période de référence) / Σ (honoraires remboursables recalculés sur la période de référence)

- Avec Honoraires remboursables recalculés = application des tarifs de remboursements des médecins de secteur 1 à l'activité constatée sur la période de référence
- Avec honoraires à tarifs opposable recalculés = Σ (honoraires à tarifs opposables après application des tarifs de remboursement des médecins de secteur 1)

Les médecins qui ne respectent pas les obligations réglementaires de facturation à tarifs opposables ne sont donc pas éligibles à l'option pratique tarifaire maîtrisée.

Période de référence :

Les années civiles 2022 et 2023 constituent la période de référence.

Cas particulier des médecins de même spécialité médicale exerçant en groupe ou en structure

Par dérogation, les médecins exerçant au sein d'un groupe ou d'une structure ayant la même spécialité médicale et ayant une pratique tarifaire commune définie au niveau du groupe ont la possibilité de demander, pour leur adhésion individuelle à l'option, à ce que la fixation de leurs taux d'engagement dans l'option soit effectuée non pas au regard de leur pratique tarifaire individuelle observée au cours de la période de référence ou, pour les médecins n'ayant pas de pratique tarifaire sur la période de référence, du taux moyen national ou régional ajusté, mais au regard de la moyenne des taux de l'ensemble des médecins constituant le groupe au cours de cette même période de référence.

Cas particulier des médecins nouvellement installés :

Dans le cas d'une adhésion d'un médecin nouvellement installé n'ayant pas eu d'activité sur la période de référence, le taux de dépassement applicable est le suivant :

- application du taux moyen national (moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement recalculés pour les médecins éligibles¹ à l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés sur la période de référence de la même spécialité France entière) pour les spécialités d'anatomie et cytologie pathologiques, de gériatrie, de médecine interne, de néphrologie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie ;
- application du taux moyen régional (moyenne, pondérée par les effectifs présents au moment de l'entrée en vigueur de la convention et dont le taux de dépassement recalculé est inférieur ou égal à 100%) des taux

¹ Les médecins dits éligibles sont les médecins dont le taux de dépassement recalculé est inférieur ou égal à 100%

de dépassement recalculés pour les médecins adhérents à l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés ayant une activité sur période de référence de la même spécialité et de la même région au moment de l'entrée en vigueur de la convention) pour les autres spécialités.

Ce taux régional est minoré de 5 points pour la région ayant le taux le plus élevé et réduit à ce taux minoré, dit « taux plafond », pour les régions dont le taux se situe au-delà de ce taux plafond. Il est majoré de 10 points pour la région ayant le taux le plus bas et porté à ce taux majoré, dit « taux plancher », pour les régions dont le taux se situe sous ce taux plancher. Dans le cas où pour une spécialité, l'écart entre la région ayant le taux de dépassement le plus élevé et la région ayant le taux de dépassement le plus faible est de moins de quinze points, alors aucun ajustement à la moyenne régionale n'est réalisé.

Les médecins s'engagent sur une part minimale d'actes à tarif opposable correspondant :

- au taux moyen national (moyenne, pondérée par les effectifs des taux d'actes à tarifs opposables recalculés pour les médecins éligibles à l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés sur la période de référence de la même spécialité France entière) pour les spécialités d'anatomie et cytologie pathologiques, de gériatrie, de médecine interne, de néphrologie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie ;
- au taux moyen régional (moyenne, pondérée par les effectifs présents au moment de l'entrée en vigueur de la convention, des taux d'activité à tarifs opposables recalculés pour les médecins adhérents à l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés ayant une activité sur la période de référence de la même spécialité et de la même région au moment de l'entrée en vigueur de la convention) pour les autres spécialités.

Par dérogation, les médecins qui intègrent un groupe ou une structure dans les conditions définies dans le présent article, peuvent adhérer sur la base des taux retenus pour les membres du groupe (taux définis au regard de la moyenne des taux des médecins du groupe).

Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Par dérogation, pour le suivi des taux d'engagement dans les options des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable réalisée au sein de ces structures.

Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des structures dans lesquelles il exerce précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin.

Les taux d'engagement dans l'option sont fixés en tenant uniquement compte de la pratique tarifaire, de l'activité réalisée à titre libéral, au cours de la période de référence.

Cas particulier des médecins titulaires des titres visés à l'Article 12 n'exerçant pas dans le secteur à honoraires différents ou non titulaire du droit permanent à dépassement et installés en secteur 1 avant le 1^{er} janvier 2013 :

Le taux de dépassement applicable à ces médecins ne peut être supérieur au taux moyen régional susmentionné sur la période de référence définie au présent article à l'exception des spécialités d'anatomo-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne, de néphrologie, de radiothérapie et de médecine nucléaire, de chirurgie cardio-

vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie pour lesquelles le taux moyen national est retenu. Le taux d'activité réalisé à tarif opposable ne peut être inférieur au taux moyen régional susmentionné.

Article 41-4 : Engagement de l'Assurance maladie

a. Bénéfice des tarifs de remboursement du secteur à honoraires opposables (secteur 1)

Les soins réalisés par les médecins qui adhèrent à l'option bénéficient des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables (secteur 1).

b. Rémunération spécifique pour les médecins adhérents à l'OPTAM exerçant dans le secteur à honoraires différents (secteur 2)

Afin de valoriser l'activité à tarif opposable réalisée par les médecins adhérent à l'OPTAM, est mise en place une rémunération spécifique au profit des médecins du secteur à honoraires différents ayant respecté les engagements de leur option souscrite.

Cette rémunération est calculée comme le produit du taux de cotisations moyen sur les trois risques (maladie maternité décès, allocations familiales et allocation supplémentaire vieillesse, ce taux varie en fonction de chaque spécialité tel que défini à l'annexe 12) et des honoraires réalisés à tarifs opposables.

L'assiette des honoraires retenus dans le calcul de la prime est définie en annexe 13.

Cette rémunération est dégressive en fonction du niveau de respect des engagements :

Pour chacun des deux taux d'engagements (taux de dépassement et taux d'activité à tarifs opposables), le taux constaté est comparé au taux d'engagement.

Lorsque le médecin n'a atteint aucun de ses deux taux d'engagements, alors le respect est mesuré en additionnant les deux écarts entre les taux constats et les taux d'engagements.

Lorsque le médecin n'a atteint qu'un des deux taux d'engagements de son option, alors le respect est mesuré uniquement sur le taux d'engagement qui n'a pas été respecté, sans que le taux d'engagement qui a été atteint ne puisse venir compenser le taux non atteint.

Niveau de respect et taux appliqué au calcul de la prime :

- Respect strict des engagements : versement de 100% du montant de la rémunération spécifique
- Ecart de 1 à 2 points : versement de 90 % du montant de la rémunération spécifique ;
- Ecart de 2 à 3 points : versement de 70 % du montant de la rémunération spécifique ;
- Ecart de 3 à 4 points : versement de 50 % du montant de la rémunération spécifique ;
- Ecart de 4 à 5 points: versement de 30 % du montant de la rémunération spécifique ;
- Ecart supérieur à 5 points : aucun versement de la rémunération spécifique.

Le montant calculé pour une année N est versé chaque année au médecin au moment de la vérification du respect de ses engagements contractuels (en juillet de l'année N+1).

Montant Prime = Honoraires remboursables constatés x le taux d'opposable constaté x le taux de la spécialité défini à l'annexe 12 x le niveau de respect

Les médecins éligibles à l'OPTAM-ACO, qui choisiraient néanmoins d'adhérer à l'OPTAM, bénéficient du modificateur T. Ils peuvent bénéficier du modificateur K lorsque les actes sont facturés à tarifs opposables aux patients bénéficiant de la complémentaire santé solidaire, sans ou avec participation financière, ou pris en charge en urgence.

c. Application du modificateur K pour les adhérents à l'OPTAM-ACO

Les médecins adhérents à l'OPTAM-ACO peuvent appliquer le modificateur K applicable aux actes de chirurgie et aux actes d'accouchements définis dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. Cette liste inclut notamment l'acte de curetage sur fausse couche (JNMD001).

d. Création d'un modificateur pour les anesthésistes adhérents à l'OPTAM-ACO

À compter du 1er janvier 2025, pour les médecins anesthésistes, un modificateur applicable à leurs actes d'anesthésie définis à l'annexe 19. Il est fixé à 8% pour les anesthésistes en secteur à honoraires différents adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM-ACO et à 12% pour les anesthésistes exerçant en secteur à honoraires opposables.

Par dérogation, les anesthésistes autorisés à pratiquer des honoraires différents et ceux ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée pourront coder ce modificateur à 8 % pour les actes dispensés à tarifs opposables aux bénéficiaires de la couverture santé solidaire (C2S), sans ou avec participation financière, ou pour les actes dispensés en urgence.

La mise en œuvre de cette mesure est conditionnée par la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 41-5 : Avenant aux options en cas de modification des tarifs de remboursement des actes pendant la durée de l'option

Pendant la durée des options, les hausses des tarifs de remboursement donnent lieu à un avenant à l'option soumis au médecin. Cet avenant comporte le taux de dépassement et le taux d'activité réalisée à tarif opposable recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursement modifiés conformément aux dispositions ci-dessous.

Afin que l'augmentation des tarifs de remboursement bénéficie à la fois aux patients en améliorant la prise en charge des soins et aux médecins qui, tout en réduisant leur taux de dépassement, doivent pouvoir conserver une certaine latitude dans la fixation de leurs tarifs, un avenant à l'option est soumis aux médecins adhérent à chaque hausse de tarifs de remboursement pendant la durée de la convention. Figurent dans cet avenant, les taux de dépassement et d'activité à tarifs opposables recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursement.

Ces nouveaux taux d'engagement sont fixés de manière à ce que le gain lié aux revalorisations des tarifs de remboursement de la présente convention soit partagé entre les médecins et l'Assurance maladie. Ce partage de gain est dépendant du dernier niveau de respect disponible constaté dans l'option pratique tarifaire maîtrisée du médecin par l'Assurance maladie :

Niveau du dernier respect disponible constaté par l'Assurance maladie	Niveau de partage de gains appliqué en faveur du médecin
Respect strict	60%
Non-respect compris entre 1 et 5 points	40%
Non-respect supérieur à 5 points	0%

Ainsi, les médecins en respect strict pourront réintégrer 60% du montant de la revalorisation de la base de remboursement (écart entre l'ancienne et la nouvelle base de remboursement) dans le tarif total de l'acte facturé au patient tout en respectant leurs nouveaux engagements et les médecins en non-respect compris entre 1 et 5 points pourront réintégrer 40% du montant de la revalorisation de la base de remboursement. Les nouveaux taux proposés aux médecins dans les avenants à l'option pratique tarifaire maîtrisée intègrent ce partage des gains.

Article 41-6 : Modalités d'adhésion et durée de l'option pratique tarifaire

Le médecin déclare son souhait d'adhérer à une option auprès de la caisse de son lieu d'installation, par le biais d'un contrat conforme aux contrats-types dont les modèles figurent à l'annexe 14 qu'il adresse à la caisse du lieu d'implantation de son cabinet principal par lettre recommandée avec accusé de réception.

La caisse enregistre l'adhésion à la date de réception de cette lettre et adresse au médecin un courrier attestant cet enregistrement.

L'adhésion à l'option est valable pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction.

Le médecin peut résilier son option à tout moment dans les conditions décrites à l'Article 41. Ces options tarifaires, transitoires, ont vocation à s'appliquer jusqu'à la mise en œuvre de la réforme de la CCAM.

Toutefois, en cas de résiliation de l'option par la CPAM dans les conditions définies à l'Article 41 du fait du non-respect par le médecin de ses engagements, ce médecin ne peut plus prétendre à l'adhésion d'une nouvelle option OPTAM ou OPTAM-ACO, pour la durée de la convention.

Les médecins bénéficiaires de l'OPTAM-CO à la date de publication de la présente convention conservent la dénomination de leur option jusqu'à signature d'un nouveau contrat ou d'un avenant mentionnant la nouvelle dénomination « OPTAM-ACO ».

Article 41-7 : Modalités de suivi des engagements de l'option

À compter de la date d'adhésion à l'option, l'Assurance maladie informe mensuellement le médecin adhérent sur le suivi de sa pratique tarifaire : taux de dépassement des tarifs conventionnels constaté, part de l'activité réalisée au

tarif opposable, montant des honoraires sans dépassement et montant des honoraires avec dépassements des tarifs conventionnels.

Un suivi des données de résultats du médecin adhérent au regard de ses objectifs sur les 3 derniers mois glissants consolidés est présenté via Amelipro tout au long de l'année, lui permettant de vérifier s'il respecte ou non ses engagements contractuels.

À l'issue de chaque année civile, quelle que soit la date d'adhésion à l'option dans l'année, l'Assurance maladie procède à la vérification du respect des engagements dans l'option. Cette vérification intervient lorsque les données consolidées de l'année n sont disponibles (activité en date de soins réalisée sur l'année n et liquidée à la date du 31 mars de l'année n+1).

Article 41-8 : Modalités de résiliation de l'option

- ***Modalités de résiliation par le médecin :***

Le médecin a la possibilité de résilier, à tout moment, son adhésion à l'OPTAM par lettre adressée à sa caisse de rattachement par tout moyen donnant date certaine à sa réception. Cette résiliation prend effet dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de la lettre par la caisse.

À compter de cette date, le médecin perd les avantages conférés par l'option.

- ***Modalités de résiliation par la caisse :***

A/ Résiliation pour non-respect des engagements

La caisse qui, à l'issue de l'année civile considérée, constate le non-respect par un médecin de ses engagements, lui adresse un courrier par tout moyen donnant date certaine à la réception.

Ce courrier doit comporter l'ensemble des anomalies constatées et les différentes étapes de la procédure décrite ci-après.

Le médecin dispose d'un délai de deux mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. Il peut dans ce même délai être entendu par le directeur de la caisse ou l'un de ses représentants, ainsi que, s'il le souhaite, un praticien-conseil du service médical ou par la commission paritaire locale.

Le cas échéant, à l'issue de ce délai, la caisse notifie au médecin la fin de son adhésion à l'option par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception au médecin.

À compter de la date de réception de ce courrier, il est mis fin aux avantages conférés par l'option.

Le cas échéant, la caisse engage, à l'encontre des médecins qui n'ont pas respecté les termes de leur contrat, une récupération des sommes versées dans le cadre de l'option au cours de la dernière année ; lorsque le non-respect

est strictement supérieur à 10 points, la récupération des sommes versées est systématiquement engagée simultanément à la résiliation.

B/ Résiliation pour absence de signature du médecin de l'avenant prévu à l'Article 41

La caisse qui constate l'absence de signature du médecin de l'avenant, dans un délai de deux mois suivant l'envoi par la caisse de la proposition d'avenant à son option, lui adresse un courrier par tout moyen donnant date certaine à la réception.

Ce courrier doit constater l'absence de signature de l'avenant à l'option.

Le médecin dispose d'un délai de deux mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. Il peut dans ce même délai être entendu par le directeur de la caisse ou l'un de ses représentants, ainsi que, s'il le souhaite, un praticien-conseil du service médical ou par la commission paritaire locale.

À l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion à l'option par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception au médecin.

À compter de la date de réception de ce courrier, il est mis fin aux avantages conférés par l'option. Par ailleurs, l'Assurance maladie procède à la récupération des sommes versées (modificateurs notamment), pour la période entre l'envoi de notifications d'avenant et la résiliation de l'option.

Article 41-9 : Impact de la nouvelle convention sur les anciennes options pratiques tarifaires maîtrisées prévues par la convention médicale approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 et prorogée par le règlement arbitral approuvé par arrêté du 28 avril 2023

Les options pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-CO) souscrites dans le cadre des dispositions de la convention médicale approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 et prorogée par le règlement arbitral approuvé par arrêté du 28 avril 2023, en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente convention sont prorogées jusqu'au 31 décembre 2024 dans les conditions définies en annexe 15. Les médecins qui, à la date d'entrée en vigueur de la présente convention, ne sont pas adhérents à l'OPTAM et l'OPTAM-CO définies dans la convention médicale approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 ont la possibilité d'adhérer à ces contrats.

Aucune adhésion aux options pratiques tarifaires maîtrisées issues de la convention médicale approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 dans les conditions définies à l'annexe 15 n'est possible à compter du 1^{er} janvier 2025.

Article 41-10 : Modalités de mise en œuvre des options OPTAM et OPTAM-ACO

Les options tarifaires OPTAM et OPTAM-ACO telles que définies dans la présente convention sont ouvertes au 1^{er} janvier 2025.

Les médecins adhérents aux options OPTAM et OPTAM-CO issu de la convention médicale approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 et définies à l'annexe 15 de la présente convention se voient proposer d'adhérer à la nouvelle option en signant un avenant au contrat.

Article 41-11 : Travaux prospectifs

Les partenaires conventionnels s'engagent à mener des travaux visant à identifier des scénarios d'évolution du dispositif dans le prolongement de la révision de la CCAM, dans un double objectif de meilleur accès financier aux soins et de renforcement de l'attractivité et de la lisibilité du dispositif.

Article 42. Le tiers-payant

Article 42-1 : Le tiers-payant légal pour les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire

Conformément à l'article L.861-3 du code de la sécurité sociale, le tiers-payant sur la part obligatoire et la part complémentaire est accordé à tous les patients bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire.

Article 42-2 : Le tiers-payant légal sur la part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire

Le tiers-payant sur la part base est obligatoire dans les cas suivants :

- les soins pris en charge au titre de l'assurance maternité (article L. 162-1-21 du code de la sécurité sociale) ;
- les examens de prévention sanitaire et sociale dont bénéficie l'enfant de moins de 18 ans, mentionnés à l'article L. 2132-2 du code de la santé publique et pris en charge à 100% au titre de l'Assurance maladie (article L. 162-1-22 du code de la sécurité sociale) ;
- les examens bucco-dentaires de prévention mentionnés à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique ainsi que les soins dentaires réalisés dans les six mois suivant cet examen, à l'exception des soins prothétiques et d'orthopédie dentofaciale (article L. 162-1-12 du code de la sécurité sociale) ;
- la consultation de prévention, réalisée par un médecin généraliste pour les assurés ou ayants droit âgés de 16 à 25 ans (article L. 162-1-18 du code de la sécurité sociale) ;
- les soins en rapport avec une affection de longue durée donnant lieu à une exonération du ticket modérateur (article L. 162-1-21 du code de la sécurité sociale) ;
- les frais relatifs à une interruption volontaire de grossesse (article L. 162-1-21 du code de la sécurité sociale) ;
- les actes donnant lieu à la prescription de contraception et à la prévention en matière de santé sexuelle pour les assurées âgées de moins de 26 ans (article L. 162-4-5 du code de la sécurité sociale) ;
- les soins en lien avec un événement terroriste pour les victimes recensées par le ministère de la Justice et disposant d'une attestation de prise en charge spécifique (article L. 169-8 du code de la sécurité sociale) ;
- les soins délivrés aux bénéficiaires de l'Aide médicale de l'Etat (article L. 251-2 du code de l'action sociale et des familles) ;
- les soins délivrés aux personnes en aménagement de peine (article L. 381-30-1 du code de la sécurité sociale) ;

- les actes réalisés pour les dépistages dits organisés, effectués au titre des programmes prévus à l'article L. 1411-2 du code de la santé publique ;
- les soins relatifs aux accidents du travail et maladies professionnelles (articles L. 432-1 à L. 432-4-1 du code de la sécurité sociale).

Article 42-3 : Le tiers-payant dans le cadre des dispositifs dérogatoires de crise sanitaire

En cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, notamment d'épidémie, un décret peut prévoir notamment la prise en charge intégrale de certaines prestations et la dispense d'avance de frais (L. 16-10-1 du CSS).

Article 42-4 : Le tiers-payant pour certains actes particulièrement coûteux

Les médecins amenés à facturer des actes particulièrement coûteux, à savoir les actes de spécialités dont le coefficient ou le tarif est égal ou supérieur à celui visé à l'article R. 160-16 du code de la sécurité sociale, pratiquent la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux sur la part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire.

Les médecins amenés à pratiquer l'acte de lecture différée de photographie du fond d'œil pratiquent également la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux sur la part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire.

Dans le cadre de la mise en place de la prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes à partir du 4^{ème} mois de grossesse, les partenaires conventionnels s'entendent pour promouvoir la dispense d'avance des frais pour cette catégorie de population dont l'état de santé bucco-dentaire est rendu particulièrement fragile durant cette période. Ainsi, les femmes enceintes bénéficient de la dispense d'avance des frais pour la réalisation de l'examen de prévention bucco-dentaire.

Article 42-5 : Le tiers-payant dans le cadre de la permanence des soins

Dans le cadre d'une intervention du médecin d'astreinte consécutive à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins, le patient bénéficie de plein droit d'une dispense d'avance de frais.

Cette dispense d'avance de frais est réalisée sur la part des remboursements correspondant à la prise en charge des régimes d'Assurance maladie obligatoire.

Article 42-6 : Le tiers-payant pour la délivrance des médicaments et certains dispositifs médicaux effectuée par les médecins pharmaciens

Afin de pallier l'absence d'officine dans certaines communes, l'article L. 4211-3 du code de la santé publique précise que les médecins qualifiés de pharmaciens peuvent être autorisés par l'ARS à délivrer, aux personnes auxquelles ils donnent leurs soins, les médicaments et certains dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par arrêté, nécessaires à la poursuite du traitement qu'ils ont prescrit.

Les médecins ainsi habilités et régis par la présente convention peuvent adhérer à des conventions locales leur permettant de pratiquer la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux pour la seule part des remboursements correspondant à la prise en charge des régimes d'Assurance maladie obligatoire. Ces conventions locales sont conformes à une convention type approuvée par le conseil d'administration de la CNAM le 28 novembre 2000.

Article 42-7 : L'accessibilité au dispositif de la complémentaire santé solidaire

L'Assurance maladie met en œuvre les moyens nécessaires pour :

- favoriser l'accès au dispositif de la complémentaire santé solidaire sans ou avec participation financière (information sur les critères d'accessibilité, accompagnement dans les démarches, amélioration des délais de traitement des dossiers, etc.) des assurés sociaux remplissant les critères d'éligibilité ;
- apporter aux médecins libéraux l'information nécessaire sur leurs patients disposant de l'attestation de droit à complémentaire santé solidaire sans ou avec participation financière. À cet égard, l'information que le patient bénéficie de la complémentaire santé solidaire figure dans la carte Vitale et sur l'attestation tiers-payant intégral de l'assuré.

Titre 3 : L'accès aux soins bucco-dentaires

Article 43. Médecins habilités à pratiquer la médecine bucco-dentaire

Article 43-1 : Spécialités concernées

L'article L. 4141-5 du code de santé publique dispose que certains « *praticiens munis à la fois, en application du 1° de l'article L. 4111-1 de l'un des diplômes, certificats ou titres exigés pour l'exercice de la profession de médecin, et de l'un des diplômes, certificats ou titres exigés pour l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste* » puissent se faire inscrire à l'ordre des médecins. De ce fait, les médecins des spécialités suivantes sont habilités à pratiquer la médecine bucco-dentaire :

- stomatologie (code spécialité : 18) ;
- chirurgie maxillo-faciale (code spécialité : 44)
- chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (code spécialité : 45) ;
- chirurgie orale (code spécialité : 69).

Article 43-2 : Condition d'accès spécifique

Les médecins des spécialités définies à l'Article 43-1 peuvent être consultés sans consultation préalable du médecin traitant tout en restant dans le parcours de soins et être rémunérés comme tels, pour la réalisation de soins bucco-dentaires de première intention (thérapeutiques et radiographiques) incluant les actes de :

- soins de prévention bucco-dentaire ; soins d'hygiène bucco-dentaire ;
- soins conservateurs : obturations dentaires définitives, endodontie ;
- soins chirurgicaux : avulsions dentaires, lésions osseuses et lésions gingivales ;

- soins de prothèse dentaire ;
- traitements d'orthopédie dento-maxillo-faciale.

Les autres actes dispensés par ces spécialistes sont intégrés dans le parcours de soins coordonnés, lorsque le patient est adressé par son médecin traitant ou par son chirurgien-dentiste et que les spécialistes précités procèdent à un retour d'informations au médecin traitant.

Les règles du parcours de soins coordonnés ne s'appliquent pas aux actes de radiodiagnostic portant sur la tête et le cou qui sont effectués par le radiologue lorsqu'ils sont prescrits par les médecins spécialistes précités.

Article 43-3 : Accord préalable pour les actes d'orthopédie dento-faciale

Lorsque les actes ou les traitements envisagés sont soumis à une demande d'accord préalable, le médecin des spécialités définies à l'Article 43-1 complète le formulaire de demande d'accord préalable sur la partie confidentielle réservée à cet effet. Il indique la nature de l'acte ou du traitement en fonction de la nomenclature générale des actes professionnels ainsi que les motifs de sa demande.

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

Article 44. Honoraires pratiqués

Article 44-1 : Principe

Le médecin des spécialités définies à l'Article 43-1 établit ses honoraires selon le secteur conventionnel qu'il a choisi lors de son installation tel que défini à l'Article 11 et à l'Article 12 et de son éventuelle adhésion aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM ACO) si le médecin relève du secteur à honoraires différents (secteur 2).

Article 44-2 : Dépassement d'honoraires et honoraires limites de facturation

Les tarifs des soins prothétiques et orthodontiques des médecins des spécialités définies à l'Article 43-1 peuvent faire l'objet de dépassement d'honoraires, en entente directe (ED) avec le patient, sauf celui-ci bénéficie de la couverture santé solidaire (C2S).

Un devis doit alors être établi par ces médecins, dans les conditions prévues à l'Article 44. En cas d'entente directe portant sur la réalisation soins prothétiques ou orthodontiques, la caisse ne prend pas en charge le montant des honoraires supplémentaires.

Le médecin des spécialités précitées porte alors la mention « ED » sur la feuille de soins bucco-dentaires à la suite de l'indication du montant des honoraires perçus. Pour la réalisation de soins prothétiques, le médecin est tenu de respecter les honoraires limites de facturations et les montants maximum applicables aux bénéficiaires de la C2S tels que définis à l'annexe 16 de la présente convention.

Article 44-3 : Devis obligatoire

Avant l'élaboration d'un traitement pouvant faire l'objet d'une entente directe sur les honoraires, le médecin des spécialités définies à l'Article 43-1 doit remettre à l'assuré un devis descriptif écrit, établi conformément à l'article L. 1111-3 du code de la santé publique et comportant notamment :

- La description précise et détaillée du traitement envisagé et les matériaux utilisés ;
- Le montant des honoraires correspondant au traitement proposé à l'assuré, que l'acte soit remboursable ou non remboursable ;
- Le montant de la base de remboursement est indiqué dans le modèle de devis figurant dans l'annexe 16.

Ce devis doit être daté et signé par le médecin précité et l'assuré ou son représentant. Il peut être accepté par l'intéressé soit immédiatement, soit après la décision de la caisse pour les actes ou traitements soumis à accord préalable. Ce devis est la propriété de l'assuré qui peut donc en disposer.

Lorsqu'il s'agit de dispositifs médicaux sur mesure, une fiche de traçabilité devra être jointe à la facture ou à la note d'honoraires remise au patient, sous réserve des dispositions réglementaires applicables.

La note d'honoraires remise au patient doit reprendre l'ensemble des éléments présentés dans le devis et effectivement réalisés.

Dans l'hypothèse où le médecin précité proposerait au patient un ou des actes avec un reste à charge (après l'intervention d'un organisme complémentaire d'Assurance maladie), le médecin précité s'engage à proposer une alternative sans reste à charge ou à défaut avec un reste à charge maîtrisé chaque fois qu'une alternative thérapeutique existe.

Le modèle de devis est établi en annexe 16 de la présente convention accompagné d'une fiche explicative.

Article 44-4 : Tarifs des actes techniques

Les tarifs des actes CCAM et des modificateurs ouverts à la facturation par les médecins des spécialités définies à l'Article 43-1 sont définis dans l'annexe 24 de la présente convention.

L'acte HBLD425, dont la base de remboursement est de 279,50 €, sera supprimé à compter du 1^{er} janvier 2026. Seront créés à la place de ce dernier, à partir du 1^{er} janvier 2026, les actes HBLD099 et HBLD426 dont la base de remboursement sera identique.

La liste des actes associables aux coefficients modificateurs J et K pour les médecins précités en chirurgie figure dans l'annexe 19 de la présente convention.

La liste des actes associables aux coefficients modificateurs N figure dans l'annexe 16 de la présente convention.

Article 44-5 : Prise en charge de nouveaux actes

Les créations d'actes pour lesquels un avis de la Haute Autorité de santé (HAS) a déjà été retenu doivent faire l'objet d'une inscription préalable à la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, par décision UNCAM.

Les créations d'actes pour lesquels un avis de la HAS est attendu devront, après publication de cet avis HAS, faire aussi l'objet d'une inscription préalable à la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, par décision UNCAM.

Sous réserve de l'avis de la HAS, les partenaires conventionnels décident de la prise en charge pour tous les patients des actes suivants :

- la séance d'application de fluorure diamine d'argent ;
- l'exérèse de la pulpe camérale (biopulpotomie) d'une dent permanente ;
- la coiffe pédodontique préformée ;
- les scellements thérapeutiques ;
- l'ART (atraumatic restorative treatment).

Sous réserve d'un avis de la HAS, les partenaires conventionnels envisagent les tarifs suivants pour la réalisation de ces actes au bénéfice de la population susmentionnée :

- la séance d'application de fluorure diamine d'argent : 35 euros la séance pour 1 à 5 dents maximum ;
- l'exérèse de la pulpe camérale (biopulpotomie) d'une dent permanente : 80 euros ;
- la coiffe pédodontique préformée : 150 euros sans possibilité d'entente directe.

La prise en charge de la séance d'application topique intrabuccale de fluorures (vernis fluoré) (HBLD045) est étendue à tous les patients âgés de 3 ans à 24 ans, au tarif de 25 euros.

À compter du 1^{er} janvier 2026, le tarif de l'acte d'exérèse de la pulpe camérale (biopulpotomie) d'une dent temporaire (HBFD006) sera fixé à 36 euros.

Les partenaires conventionnels conviennent de prendre en charge l'acte de pose d'un mainteneur d'espace interdentaire unitaire scellé (HBLD006). Le tarif de l'acte serait fixé à 30 euros avec des honoraires limites de facturation à 150 euros à partir du 1^{er} janvier 2026.

Les mesures tarifaires prévues au présent article entrent en vigueur au premier jour du mois suivant l'expiration du délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale. Pour celles qui le nécessitent, cette entrée en vigueur est subordonnée à la modification préalable de la liste des actes et prestations définies à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 45. Génération sans carie

Article 45-1 : Principe

Par l'action combinée de la prévention et d'une meilleure valorisation des actes bucco-dentaires conservateurs, les

partenaires conventionnels souhaitent tendre vers une première « génération sans carie ».

Le principe de cette « génération sans carie » consiste à renforcer dès le plus jeune âge, celui au cours duquel s'acquièrent les « bons gestes », les examens de prévention, en les annualisant et en les revalorisant. Il est aussi question de mieux valoriser et de permettre l'accès aux soins conservateurs pour les patients âgés au départ de 3 à 24 ans, afin de leur éviter ensuite le recours aux actes prothétiques et implantaires lors de leur vie d'adultes.

Cet objectif majeur de santé publique dentaire sera soutenu et accompagné dans la durée par la mise en place de campagnes de sensibilisation de ces publics à la santé orale et à la réalisation annuelle de l'examen bucco-dentaire (EBD).

Le dispositif « génération sans carie » s'adresse aux ayants droit ou assurés sociaux remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'Assurance maladie âgés de 3 à 24 ans inclus.

Article 45-2 : L'examen bucco-dentaire (EBD)

Jusqu'au 31 décembre 2024, les jeunes de 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans bénéficient d'un EBD et des soins consécutifs.

À partir du 1^{er} janvier 2025, les assurés sociaux ou leurs ayants droit bénéficient chaque année, entre 3 et 24 ans, d'un examen de prévention et des soins consécutifs nécessaires.

Article 45-3 : Contenu de l'examen bucco-dentaire (EBD)

Cet examen comprend obligatoirement :

- Une anamnèse avec recherche des facteurs de risque associés (suction du pouce, consommation d'aliments sucrés et/ou acides, grignotage, absence de brossage, tabac, autres addictions, etc.) ;
- Un examen bucco-dentaire (dents et parodontie) ;
- Des conseils d'éducation sanitaires : brossage (méthode, fréquence, fluor), alimentation, protection en cas de pratique sportive, vaccination HPV ;
- L'établissement d'un éventuel plan de traitement ou programme de soins.

Ces informations et conseils d'éducation sanitaire sont délivrés par le médecin lors de la consultation de prévention, et peuvent se matérialiser par la remise d'une plaquette synthétisant ces conseils. Ces informations et conseils sont adaptés à l'âge des patients.

L'examen est complété, si nécessaire, par :

- des radiographies intrabuccales ou par une radiographie panoramique dentaire ;
- l'établissement d'un éventuel programme de soins qui une fois établi lors de l'examen bucco-dentaire.

Dans le cas où il n'y a qu'un seul acte à réaliser (un seul code CCAM listé dans l'annexe 16 de la présente convention), celui-ci peut être exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention. Il ne peut y avoir, au cours d'une même séance, facturation d'une consultation spécialiste (CS) et d'un examen de prévention.

Article 45-4 : Soins complémentaires à l'examen bucco-dentaire (EBD)

Entrent dans le champ du dispositif les seuls actes correspondant à des soins conservateurs, chirurgicaux et des actes radiographiques conformément à la liste fixée en annexe 16. Ces actes peuvent être exécutés au cours de la même séance que l'examen de prévention dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser.

Les traitements orthodontiques et prothétiques sont exclus de ce dispositif.

Article 45-5 : Tarifs d'honoraires

Afin d'assurer le recours annuel aux examens bucco-dentaires et aux soins complémentaires, les partenaires conventionnels s'engagent à définir et proposer les solutions permettant de garantir une dispense d'avance de frais et une absence de reste à charge pour les bénéficiaires, ainsi qu'une garantie de paiement pour les médecins.

Les tarifs pratiqués dans ce cadre ne peuvent pas faire l'objet de dépassements d'honoraires.

Jusqu'au 31 décembre 2024, la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire est fixée à hauteur de 30 euros (BDC). Il est complété si nécessaire par des radiographies intrabuccales, quelle que soit la technique utilisée ou par une radiographie panoramique. La rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- Examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 42 euros (BR2) ;
- Examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 54 euros (BR4) ;
- Examen avec réalisation d'une radiographie panoramique : 54 euros (BRP).

À compter du 1er janvier 2025, la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire est fixée à hauteur de 40 euros (BDC).

L'examen est complété si nécessaire par des radiographies intrabuccales, quelle que soit la technique utilisée. Dans ce cas, la rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- Examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 52 euros (BR2) ;
- Examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 64 euros (BR4) ;
- Examen avec réalisation d'une radio panoramique : 64 euros (BRP).

L'examen et les radiographies qui y sont associées le cas échéant sont facturés à tarifs opposables et avec une dispense d'avance de frais.

Afin d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap, le médecin de spécialité précité peut facturer un supplément de 23 euros cumulable à la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire associé ou non à la réalisation des radiographies.

La grille d'éligibilité à ce supplément définie en annexe 16 doit obligatoirement être complétée par le praticien à la fin de chaque séance et pourra être remise au service médical de la caisse primaire à sa demande en cas de contrôle.

Article 45-6 : Modalités pratiques

Chaque année, l'assuré ou l'ayant droit reçoit, de la caisse d'Assurance maladie dont il relève, une invitation en fonction de son âge l'incitant à réaliser l'examen bucco-dentaire annuel accompagnée de l'imprimé de prise en charge.

Pour bénéficier des avantages du dispositif, l'enfant, l'adolescent ou le jeune adulte peut consulter le médecin des spécialités définies à l'Article 43 de son choix, ou du choix de ses parents ou de son représentant légal, dans les 12 mois qui suivent la date d'anniversaire.

À terme, si l'assuré ou l'ayant droit dispose d'un compte Ameli, il pourra recevoir pour lui-même ou pour son ayant droit, en le demandant préalablement dans le compte Ameli, un bon digital de prise en charge identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

Il présente l'imprimé de prise en charge identifié à son nom ou digitalisé pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais. La facture de l'examen est télétransmise.

À terme, les partenaires conventionnels s'engagent à ce que les médecins des spécialités précités réalisant l'EBD puissent systématiquement enrichir ces données médicales dans Mon espace santé et notamment l'indice carieux chez le patient ayant bénéficié d'un EBD.

Article 45-7 : Soins conservateurs

Dans le cadre du dispositif évolutif « génération sans carie », les soins conservateurs réalisés auprès de patients âgés de 3 à 24 ans sont majorés.

Pour ce faire, un modificateur (code 9) est appliqué aux tarifs de remboursement de ces actes pour les majorer de 30 %. La liste des actes associables au modificateur 9 figure dans l'annexe 16.

Les actes du bilan parodontal et du détartrage surfaçage radiculaire (DSR), ainsi que les actes de parodontie indiqués, seront pris en charge pour les patients ayant bénéficié du dispositif « génération sans carie » lorsque ces soins deviendront nécessaires à des âges postérieurs.

Article 45-8 : Suivi médico-économique

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité de définir et de suivre les indicateurs médicaux, économiques et sociaux permettant de déterminer l'impact de ces nouvelles mesures conventionnelles sur la santé bucco-dentaire des patients âgés de 3 à 24 ans, au fil du temps.

Ces indicateurs seront notamment :

- un indicateur médical de suivi : l'indice carieux de cette population ;
- un indicateur économique de suivi : l'évolution des dépenses de soins de prévention et des soins conservateurs de cette population, par cotation et par tranche d'âge ;
- un indicateur social de suivi : l'évolution du recours aux soins et à l'EBD de cette population, par tranche d'âge et par cible.

Cette évaluation s'appuie sur les données saisies par les médecins lors de la réalisation de l'EBD. Les partenaires s'engagent à soutenir la réalisation et l'usage par les médecins des spécialités précités d'outils numériques de renseignement et de collecte de telles données médicales, au sein par exemple, de Mon espace santé.

Article 45-9 : Engagements du médecin

Les médecins des spécialités définies à l'Article 43-1 s'engagent à :

- permettre au patient d'accéder à l'ensemble des avantages prévus dans le dispositif « génération sans carie » ;
- informer son patient et son représentant légal, s'il est présent, de l'état bucco-dentaire constaté et, le cas échéant, du nombre de dents à traiter et de la nature des soins à engager, tout en précisant les priorités ;
- accompagner sa démarche de conseils d'hygiène et de prévention en soulignant l'intérêt d'un traitement précoce, d'un suivi régulier et de la continuité des soins ;
- participer à l'évaluation du dispositif en :
 - conservant dans le dossier médical du patient les « renseignements médicaux » relatifs à l'examen de prévention et au programme de soins éventuels ;
 - déclarant ces « renseignements médicaux » sur Mon espace santé sitôt que celui-ci le permettra ;
 - transmettant ces renseignements au service médical à sa demande ;
 - répondant à toute enquête ou recueil d'informations réalisé selon les modalités définies entre les parties signataires et conformément aux modalités de suivi indiquées ci-après.
- participer s'il le souhaite à la campagne de prévention bucco-dentaire et aux actions en faveur de la santé bucco-dentaire des enfants scolarisés dans les réseaux d'éducation prioritaires (REP et REP+).

Article 46. Dispositif de prévention pour les femmes enceintes**Article 46-1 : Bénéficiaires**

Les femmes enceintes ayant droit ou assurées sociales remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'Assurance maladie obligatoire au jour de l'examen, bénéficient de l'examen bucco-dentaire revalorisé aux conditions de financement et rémunération décrites à l'Article 45 à compter du 4e mois de grossesse et jusqu'à 6 mois après l'accouchement.

Article 46-2 : Contenu de l'examen bucco-dentaire

Cet examen comprend obligatoirement :

- une anamnèse avec recherche des facteurs de risque associés (consommation d'aliments sucrés et/ou acide, grignotage, absence de brossage, tabac, autres addictions...) ;
- un examen bucco-dentaire (dents et parodontie, éventuelle gingivite) ;
- des conseils d'éducation sanitaires : brossage (méthode, fréquence, fluor), alimentation, tabac, alcool, etc. dont les messages à délivrer sont adaptés à la femme enceinte ;
- une information sur l'étiologie et la prévention de la carie de la petite enfance : mesures d'hygiène nécessaires dès l'éruption des premières dents de l'enfant afin de sensibiliser la future mère bénéficiant du dispositif.

Ces informations et conseils d'éducation sanitaire sont délivrés oralement par les médecins lors de la consultation de prévention, et peuvent se matérialiser par la remise d'une plaquette synthétisant ces conseils.

L'examen est complété, si elles sont médicalement indispensables, par :

- des radiographies intrabuccales ou par une radiographie panoramique dentaire et avec port d'un tablier de plomb ;
- l'établissement d'un éventuel programme de soins qui une fois établi lors de l'examen bucco-dentaire.

Dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser, celui-ci peut être exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention. Il ne peut y avoir, au cours d'une même séance, facturation d'une consultation et d'un examen de prévention.

Article 46-3 : Tarifs d'honoraires

Les tarifs d'honoraires de cet examen bucco-dentaire sont identiques aux tarifs décrits à l'Article 45.

Article 46-4 : Mise en œuvre

À compter de la réception de la déclaration de grossesse de l'assurée, la caisse d'Assurance maladie dont elle relève lui envoie l'imprimé unique de prise en charge pré-identifié accompagné d'une invitation à participer à cet examen de prévention.

À terme, si l'assurée ou l'ayant droit dispose d'un compte Ameli, elle pourra recevoir pour elle-même ou pour son ayant droit, en demandant préalablement dans le compte Ameli, un bon digital de prise en charge identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

Pour bénéficier des avantages du dispositif, la femme enceinte consulte les médecins des spécialités définies à l'Article 43 de son choix, à compter de son 4^e mois de grossesse et ce, jusqu'à 6 mois après l'accouchement. Elle présente l'imprimé de prise en charge identifié à son nom ou digitalisé pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

La facture de l'examen est télétransmise. En cas d'impossibilité, le médecin des spécialités précités complète la partie supérieure de l'imprimé de prise en charge et l'adresse à la caisse d'affiliation de l'assurée pour pouvoir être réglé du montant de l'examen réalisé. La partie inférieure renseignements médicaux est à conserver par le médecin dans le dossier de la patiente.

À terme, les partenaires conventionnels s'engagent à ce que les médecins des spécialités précités réalisant l'EBD femmes enceintes puissent systématiquement enrichir ces données médicales dans Mon espace santé.

Article 47. Dispositif 100% santé dentaire

Article 47-1 : Contenu des paniers du 100% santé dentaire

L'offre « 100% Santé dentaire » constitue un ensemble d'actes prothétiques pour lesquels, selon le panier auxquels ils

appartiennent, le reste à charge pour le patient est nul ou maîtrisé via une prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et par les organismes d'Assurance maladie complémentaires (AMC).

Cette offre comprend trois paniers d'actes prothétiques décrits ci-dessous. Le détail et la répartition des actes contenus dans ces trois paniers ainsi que les honoraires limites de facturation des actes pouvant faire l'objet de dépassements d'honoraires, en entente directe se trouvent dans l'annexe 16.

Les médecins des spécialités définies à l'Article 43-1 peuvent pratiquer au-delà de la base de remboursement, par entente directe et sur devis, des dépassements d'honoraires qui sont, pour les actes des paniers « reste à charge zéro » et « reste à charge modéré », plafonnés selon des honoraires limites de facturation.

Article 47-2 : Panier « reste à charge zéro » (RAC 0)

Dans le panier « reste à charge zéro » (RAC 0), des honoraires limites de facturation déterminent les montants maximaux des honoraires, sur entente directe et sur devis, que peuvent pratiquer les médecins des spécialités définies à l'Article 43-1 et que les AMC sont dans l'obligation de prendre en charge intégralement dans le cadre du dispositif des « contrats responsables ».

À compter du 1er janvier 2026, les actes de pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique zircone sur une molaire (HBLD073) sera intégré au panier RAC 0.

À compter du 1er janvier 2026, l'acte HBLD425 sera subdivisé en :

- Un acte de pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramiques monolithiques zircone et 1 élément intermédiaire céramique monolithique zircone (HBLD0992) sera créé et intégré au panier RAC 0 ;
- Un acte de pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramocéramiques ou céramiques monolithiques (hors zircone) et 1 élément intermédiaire céramocéramique ou céramique monolithique hors zircone (HBLD4261) sera créé et intégré au panier libre (en lien avec article ci-après).

Article 47-3 : Panier « reste à charge maîtrisé » (RAC M)

Dans le panier « reste à charge maîtrisé » (RAC M), des honoraires limites de facturation déterminent les montants maximaux des honoraires, sur entente directe et sur devis, que peuvent pratiquer les médecins des spécialités définies à l'Article 43-1 et que les AMC peuvent prendre en charge partiellement ou intégralement.

Les actes contenus dans le panier RAC M peuvent donc donner lieu à une facturation avec un reste à charge pour les patients mais celui-ci est « maîtrisé » via les honoraires limites de facturation.

À compter du 1er janvier 2026, l'acte de pose d'un mainteneur d'espace interdentaire unitaire scellé (HBLD006) sera intégré au panier RAC M.

² Code acte temporaire en attendant que le code CCAM définitif soit déterminé lors de la création des 2 actes

Article 47-4 : Panier à tarif libre

Dans le panier à tarif libre, les honoraires pratiqués, sur entente directe et sur devis, au-delà de la base de remboursement (tarif de responsabilité) sont librement définis par médecins des spécialités définies à l'Article 43. Les AMC sont libres de prendre en charge tout ou partie de ces honoraires. Les actes contenus dans le panier à tarif libre peuvent donc donner lieu à une facturation avec un reste à charge.

Article 47-5 : Évolution des honoraires limites de facturation

À compter du 1er janvier 2026, les honoraires limites de facturation des paniers RAC 0 et RAC M seront augmentés de 3 %. Les honoraires limites de facturation applicables à compter de cette date sont précisés en annexe 16.

Article 47-6 : Alignement des montants maximums C2S

Les partenaires conventionnels s'accordent sur l'opportunité d'aligner les montants maximums applicables aux bénéficiaires de la C2S sur les honoraires limites de facturation pour les actes communs du panier RAC 0 d'ici 2028. Ces montants maximums figurent à l'annexe 16.

Article 48. Autres dispositions**Article 48-1 : Instauration d'un bilan dentaire spécifique lors de l'entrée dans ces établissements et services médico-sociaux (ESMS) réalisé en présence du patient**

Le séjour en établissements et services médico-sociaux (ESMS) contribue à éloigner les patients des soins bucco-dentaires. Un bilan dentaire spécifique dans les 12 mois qui suivent l'entrée dans l'établissement est créé afin d'assurer une meilleure prise en charge de ces populations fragiles.

Le bilan dentaire spécifique des patients entrant en ESMS comprendrait a minima :

1. une anamnèse menée avec l'équipe de soins de l'établissement : recherche des facteurs de risque (perte d'autonomie au brossage, connaissance de l'existence de prothèses dentaires, mode d'alimentation mixée, eau gélifiée sucrée, prise de médicaments avec répercussions sur la salivation) ;
2. un examen buccal :
 - examen exo et endobuccal complet ;
 - évaluation des prothèses dentaires : vérifier l'ajustement, l'état des prothèses dentaires (conjointes et adjointes) et l'identification des prothèses adjointes ;
 - évaluation de la salive : quantité et qualité.

3. Une évaluation de l'hygiène bucco-dentaire : vérifier la routine de brossage et donner des conseils sur les techniques de brossage adaptées à l'état du patient. Pour les personnes non autonomes les recommandations en matière d'hygiène alimentaire seraient confiées au personnel des établissements ;
4. Une inscription dans le dossier médical du patient : état bucco-dentaire, présence et nature des prothèses, conseils d'hygiène, soins à réaliser.

La rémunération du bilan dentaire spécifique lors de l'entrée en ESMS est valorisée à 40 euros.

Dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser (1 seul code CCAM), celui-ci peut être exécuté au cours de la même séance que ce bilan dentaire spécifique lors de l'entrée en ESMS. Il ne peut y avoir, au cours d'une même séance, facturation d'une consultation et d'un examen de prévention. La liste des actes associables au bilan dentaire spécifique lors de l'entrée en ESMS figure dans l'annexe 16.

Ces dispositions entrent en vigueur au 1er janvier 2025.

Article 48-2 : Prise en charge du bilan parodontal et de l'assainissement parodontal pour une population de patients en situation spécifique concernée

Le bilan parodontal et de l'assainissement parodontal est prise en charge pour les populations de patients concernés au titre des ALD sont les suivantes :

- les patients diabétiques de type 1 et de type 2 (code 8) ;
- les patients en insuffisance cardiaque, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves (code 5) ;
- les patients en déficit immunitaire primitif, infection par le VIH (code 7) ;
- les patients avec une maladie coronaire (code 13) ;
- les patients avec une polyarthrite rhumatoïde (code 22) ;
- les patients avec une spondylarthrite grave (code 27).

La prise en charge des actes d'assainissement parodontal (détartrage surfaçage radiculaire) concerne les actes décrits dans l'annexe 16 qui portent les codes : HBJA003, HBJA171 et HBJA634.

Titre 4 : Les dispositifs visant à garantir l'accès aux soins non programmés

Les partenaires conventionnels souhaitent renforcer la continuité des soins et la réponse aux besoins de soins non programmés en journée et aux horaires de permanence de soins (PDSA) autour des priorités suivantes:

- ✓ Rendre la régulation médicale téléphonique efficiente, en journée et sur les horaires PDSA afin de protéger le système de santé des demandes de soins non programmées mais non urgentes ;
- ✓ Favoriser pour les médecins traitants l'accueil des SNP en journée pour leur patientèle traitante ;
- ✓ Couvrir l'ensemble du territoire d'un dispositif de permanence et de continuité des soins en journée (SAS), la nuit le week-end et les jours fériés (PDSA) afin de répondre à l'ensemble des besoins de soins et d'éviter les recours inutiles au système hospitalier ;

- ✓ Favoriser la participation du plus grand nombre de médecins au SAS et à la PDSA afin de limiter la charge individuelle que représente la permanence et la continuité des soins sur un territoire.

L'organisation des soins non programmés comporte deux volets, un volet non régulé et un volet régulé reposant sur le SAS et la PDSA selon les horaires.

Les partenaires conventionnels souhaitent améliorer la prise en charge des soins non programmés tout en évitant certaines dérives constatées. Ainsi, ils soutiennent toutes les organisations qui permettent de répondre aux besoins de soins non programmés, particulièrement dans un cadre régulé, lorsque ces organisations sont conformes aux attentes et besoins des acteurs de soins du territoire.

Un groupe de travail conventionnel est créé pour accompagner la mise en œuvre de ces mesures et, en lien avec le ministère chargé de la santé et le Conseil de l'Ordre des médecins, travailler aux adaptations du cadre de la prise en charge des soins non programmés et définir un cahier des charges de bonnes pratiques relatives à l'organisation de la régulation.

L'ensemble des mesures ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires et frais accessoires seront mises en œuvre sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations définies à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et applicables, sauf mention contraire, à l'issue du délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

Article 49. La prise en charge des soins non programmés en dehors des horaires de PDSA

Article 49-1 : L'accès aux soins non programmés régulé par le service d'accès aux soins (SAS)

Le service d'accès aux soins vise à réguler les demandes de soins non programmés en journée sur un territoire. Il s'agit d'une part de protéger le système de santé de demandes de soins non urgentes, d'autre part de répondre le plus efficacement et rapidement possible aux besoins de soins réels. La régulation médicale téléphonique permet ainsi de faire tomber la majorité des demandes de soins (conseil, envoi d'une ordonnance, etc.) ou de réorienter le patient vers son médecin traitant (dès lors qu'il y en a un). De manière subsidiaire, le patient est adressé à un médecin du territoire inscrit au SAS.

Les soins non programmés sont définis comme une urgence ressentie par le patient mais ne relevant pas, *a priori*, médicalement de l'urgence vitale et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences. Ces soins s'entendent comme les actes réalisés par un médecin dans les 48h qui suivent l'adressage par la régulation libérale du SAS.

Article 49-2 : La prise en charge des soins non programmés dans le cadre du SAS

- ***Valorisation des consultations réalisées à la demande du SAS en dehors de la patientèle du médecin traitant***

La consultation réalisée sous 48 heures par le médecin correspondant autre que le médecin traitant sollicité par le médecin régulateur du Service d'accès aux soins, est valorisée par la majoration « SNP ».

Lorsque le médecin accepte de prendre en charge le patient entre 19h et 21h sur demande de la régulation SAS, il peut facturer en sus de la cotation SNP, une nouvelle majoration « SHE » de 5 euros.

Le nombre de majorations SNP facturées suite à régulation du SAS est limité à 20 par semaine et par médecin.

- ***Cas particulier des psychiatres***

La consultation réalisée par le psychiatre dans les 48 heures qui suivent la demande de la régulation SAS est facturée avec le code MCY (ou TC2 lors d'une téléconsultation), dans les conditions définies par la NGAP.

Les majorations SNP et SHE ne s'appliquent pas aux psychiatres.

- ***Valorisation des visites réalisées dans un délai court après la demande du SAS***

Lorsque le médecin intervient au domicile du patient dans les 24 heures suivant l'appel de la régulation du SAS, il peut facturer une nouvelle majoration « MVR » de 10 euros à compter du 1^{er} janvier 2026. Cette majoration est applicable lorsque la visite est facturée à tarif opposable, et cumule avec les majorations spécifiques mentionnées ci-dessus.

Article 49-3 : La participation à la régulation libérale du SAS

Le fonctionnement de la régulation libérale est organisé sous l'autorité de l'Agence régionale de santé en lien avec les acteurs de la médecine de ville. La participation des médecins à la régulation libérale du SAS est valorisée à hauteur de 100 euros par heure (majoration de 20% dans les DROM-COM), avec prise en charge des cotisations sociales pour les médecins de secteur à honoraires opposables.

Article 49-4 : L'accès aux soins non programmés en dehors de la régulation du SAS

- ***Les consultations réalisées en urgence par le médecin traitant en réponse à une demande du centre de régulation des appels dans le cadre de l'aide médicale urgente***

La majoration d'un montant de 15 euros dénommée MRT (majoration médecin traitant régulation) valorise la consultation réalisée en urgence par le médecin traitant, quel que soit son secteur d'exercice, pour l'un de ses patients, dans les 48 heures suivant la demande du centre de régulation médicale des urgences pendant les horaires habituels de ses consultations. Le médecin doit pouvoir attester d'avoir été appelé par la régulation médicale.

Cette majoration peut être facturée uniquement en cas de respect des tarifs opposables et n'est pas cumule avec les autres majorations qui peuvent exister dans le cadre de la permanence des soins.

Lorsque le médecin accepte de prendre en charge le patient entre 19h et 21h sur demande de la régulation médicale, il peut facturer en sus de la cotation MRT, une nouvelle majoration « SHE » de 5 euros.

- ***Les consultations réalisées par un médecin correspondant pour un patient adressé par son médecin traitant***

À La prise en charge par le médecin correspondant sollicité par le médecin traitant doit intervenir dans les 4 jours ouvrés suivants l'adressage par le médecin traitant

À compter du 1^{er} janvier 2026, la consultation du médecin traitant adressant le patient à un autre spécialiste pour une intervention dans les 4 jours ouvrés est valorisée par la majoration spécifique, dénommée MUT (Majoration d'Urgence du médecin Traitant).

À compter du 1^{er} janvier 2026, la consultation réalisée dans les 4 jours ouvrés par le médecin correspondant sollicité par le médecin traitant, le médecin urgentiste exerçant au sein d'un service d'urgence autorisé ou le médecin régulateur du Centre 15 est valorisée par la majoration spécifique dénommée MCU (Majoration Correspondant Urgence). Ce même délai s'applique à la consultation du psychiatre MCY prévue à l'article 15.2.4 de la NGAP.

Les majorations et cotation ne sont pas cumulables avec les autres majorations applicables dans le cadre de la permanence des soins. Ces majorations et cotation ne peuvent être facturées qu'en cas de respect des tarifs opposables.

Article 50. La prise en charge des soins non programmés en période de permanence des soins ambulatoire

Les partenaires conventionnels s'accordent pour inscrire les majorations et leurs règles de facturation visées à l'Article 49 ci-dessus dans une future version de la NGAP.

Article 50-1 : Les soins non programmés et régulés en période de PDSA

L'accès aux soins doit être garanti aux patients en dehors des heures ouvrables ou lors des jours non travaillés, pour les besoins de soins définis par les pouvoirs publics dans le cadre de la permanence des soins ambulatoire définie aux articles R. 6315-1 et suivants du code de la santé publique.

Les principes d'organisation du dispositif de permanence des soins ambulatoire sont déterminées dans les cahiers des charges de la permanence des soins ambulatoire arrêtés par les directeurs généraux des ARS.

Dans ce cadre, les caisses assurent le paiement des forfaits de régulation et d'astreinte dont le montant est déterminé dans les cahiers des charges régionaux de la PDSA³.

³ L'arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire fixe un plancher des forfaits d'astreinte

Des majorations d'actes spécifiques sont également applicables. Ainsi, lorsque le médecin - inscrit sur le tableau tenu par le conseil départemental de l'Ordre des médecins en son nom ou au titre de l'association de permanence des soins à laquelle il appartient - intervient à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins, il facture ses actes à tarif opposable et bénéficie de majorations spécifiques (définies à l'annexe 1).

Les partenaires conventionnels conviennent d'inscrire ces majorations dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) selon les règles suivantes :

- Ces majorations spécifiques sont également applicables, à titre exceptionnel, par le médecin non inscrit au tableau de garde, qui intervient sur appel du médecin régulateur en remplacement du médecin de permanence indisponible ;
- Lorsque, au cours d'un même déplacement, le médecin de garde intervient sur appel du régulateur dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées ou au domicile d'un patient pour effectuer des actes sur plus d'un patient, la majoration ne peut être facturée qu'une seule fois ;
- Ces majorations spécifiques ne sont pas cumulables avec les majorations d'urgence de nuit, de dimanche et jours fériés (prévues à l'article 14 de la NGAP) ni avec les majorations de déplacements (prévues à l'article 14.2 de la NGAP) – à l'exception des indemnités kilométriques (IK) de l'article 13 (C) des conditions générales de la NGAP –, définies dans l'annexe tarifaire de la présente convention ;
- Elles ne sont pas cumulables avec les rémunérations forfaitaires de régulation dans la même plage horaire.

Les assurés bénéficient, pour les actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins régulée, d'une dispense d'avance des frais.

Article 50-2 : Les soins non programmés aux horaires de PDSA, hors régulation

Les consultations et visites non régulées, réalisées aux horaires de PDSA, bénéficient d'une majoration de 5 euros (MHP) sous réserve que ces actes soient facturés aux tarifs opposables. Cette majoration n'est pas cumulable avec les majorations de PDSA pour les actes régulés mentionnées au précédent article et pour les actes aux horaires PDSA non régulés visés aux articles 14 et 14.2 de la NGAP.

- ***En cas d'urgence justifiée par l'état du malade***

Lorsque le médecin intervient pour un patient en situation d'urgence, correspondant à une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et nécessitant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles, il peut bénéficier de majorations visées à l'article 14 et 14.2 de la NGAP.

Cette majoration est également facturable par le médecin traitant qui intervient pour ses patients en situation d'urgence clinique.

Au regard de la définition de l'urgence ci-dessus, *de facto*, ces majorations ne sont pas facturables dans le cadre d'une téléconsultation.

Cette mesure entre immédiatement en vigueur, dès l'expiration du délai mentionné à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale et sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations définies à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

- ***Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques et la présence prolongée du médecin dans certaines situations***

L'acte technique YYYY010 - traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire...) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) dans les situations suivantes:

- détresse respiratoire ;
- détresse cardiaque ;
- détresse d'origine allergique ;
- état aigu d'agitation ;
- état de mal comitial ;
- détresse d'origine traumatique - est *de facto* facturé dans les situations où l'intervention du médecin est suivie d'un passage aux urgences et/ou d'une hospitalisation.

La modification du libellé de l'acte sera introduite au 1^{er} janvier 2025.

La CPN définit le cadre dans lequel certaines organisations de soins ambulatoires peuvent être éligibles à cette cotation après validation en CPL. Préalablement à l'examen en CPL, la caisse de rattachement de l'organisation échange avec l'ARS sur la cohérence du projet par rapport à l'organisation territoriale des soins.

Article 50-3 : Les consultations à domicile en période de permanence des soins ambulatoire (PDSA)

Afin de soutenir la réalisation de consultations à domicile (après régulation ou non) le tarif des visites aux horaires de PDSA est revalorisé de 6,50 euros le 1^{er} janvier 2026 lorsqu'elles sont facturées à tarif opposable.

L'entrée en vigueur des mesures est subordonnée à la modification préalable de la liste des actes et prestations définies à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 51. La permanence des soins en établissement de santé privé

Les caisses d'Assurance maladie assurent le paiement des forfaits de garde et d'astreinte définis réglementairement⁴ pour la permanence des soins en établissements de santé privés, ainsi que le paiement des actes effectués et prévus par la nomenclature.

Les partenaires appellent à une revalorisation des gardes dès 2025 pour converger avec les praticiens hospitaliers et au lancement des réflexions sur les astreintes.

Article 52. Des actions de contrôles concertées

Les partenaires conventionnels partagent la volonté de s'assurer du bon usage des majorations de soins non programmés afin de s'assurer qu'elles permettent réellement de répondre à des besoins de soins non programmés. Ainsi des plans de contrôles seront menés en lien avec les commissions paritaires locales et les conseils de l'ordre pour vérifier la conformité des majorations facturées.

Titre 5 : Les équipes de soins spécialisés (ESS)

Face aux difficultés d'accès aux soins spécialisés en raison d'une offre globalement insuffisante aggravée par une inégale répartition géographique, la création d'équipes de soins spécialisées (ESS) est une solution pour améliorer l'accès aux soins de second recours dans le cadre du parcours de soins coordonné.

Les équipes de soins spécialisées contribuent à l'organisation des soins de leur spécialité et s'organisent pour répondre aux besoins de soins spécialisés dans les délais compatibles avec l'état de santé du patient. Les ESS, en contribuant à structurer le second recours, améliorent les parcours de santé des patients. Elles facilitent l'articulation des médecins spécialistes volontaires d'une part avec les acteurs de soins primaires, dont les CPTS, d'autre part avec les acteurs du troisième recours, à savoir les établissements de santé.

Les équipes de soins spécialisées ne sont pas des structures de soins et ne peuvent pas facturer de soins aux patients.

⁴Arrêté du 18 juin 2013 relatif aux montants et aux conditions de versement de l'indemnité forfaitaire aux médecins libéraux participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé pris en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique

Article 53. Missions socles

Afin de bénéficier des financements prévus par la présente convention, les ESS doivent obligatoirement remplir les missions socles suivantes :

Mission socle de l'ESS	Activités de l'ESS
Coordonner et sécuriser les prises en charge dans une logique « parcours »	<ul style="list-style-type: none">• Contribuer à structurer l'offre de 2^e recours sur le territoire pour faciliter la collaboration entre acteurs du 1^{er}, 2^e et 3^e recours, et proposer une réponse adaptée au besoin du premier recours notamment des médecins traitants• Proposer une organisation permettant de donner un avis spécialisé ponctuel répondant à la demande des médecins traitants du territoire dans des délais réduits sous la forme de consultation ou téléexpertise
Mission optionnelle de l'ESS	Activités de l'ESS
Améliorer l'égal accès aux soins de spécialité en termes géographique et financier	<ul style="list-style-type: none">• Contribuer au déploiement des consultations avancées pour les soins de leur spécialité notamment dans les ZIP

Article 54. Rapport annuel d'activité des actions de l'ESS

Chaque année, l'ESS remet un rapport d'activité synthétique à sa CPAM et son ARS pour justifier du respect des missions socles de l'ESS et du nombre à date d'adhérents à l'ESS.

Article 55. Critères conditionnels à la création

Pour bénéficier des financements prévus par la présente convention, les ESS doivent respecter les conditions suivantes :

- **Périmètre géographique** : l'ESS doit couvrir un périmètre continu géographique, a minima, départemental (avec une cible régionale possible), non déjà couvert par une ESS de la même spécialité, sur lequel sont présents au moins 10 médecins de la spécialité concernée ;
- **Seuil minimal d'adhérents à l'ESS** : l'ESS doit réunir au moins 10% des professionnels libéraux de la spécialité concernée du territoire qu'elle couvre ; à terme l'ESS doit avoir une cible d'intégration d'au moins 50 % des spécialistes libéraux de la spécialité concernée présents sur son territoire ;
- **Périmètre médical** : l'ESS traite de problématiques liées à une spécialité médicale et non d'une pathologie ;
Articulation avec les structures existantes : l'ESS collabore avec les CPTS, les autres ESS et les DAC et son territoire ;

- **Intégration des professionnels hospitaliers** : l'ESS collabore avec les professionnels hospitaliers et formaliser ses liens avec les établissements de santé.

À titre dérogatoire, il pourra être fait exception à ces seuils minimaux ou au principe d'unicité de spécialité en raison de circonstances particulières sous réserve de validation de la CPN.

Article 56. Financement d'une ESS

Le financement d'une ESS s'effectue selon deux dotations :

- **Crédit d'amorçage de 80 000 euros**, à réception de la lettre d'intention simplifiée et signature d'un contrat tripartite ARS/CPAM/ESS, afin de pouvoir rédiger le projet de santé à transmettre dans les 6 mois suivants le dépôt de la lettre d'intention ;
- **Dotation annuelle** (premier versement après validation du projet de santé) entre **50 000 et 100 000 euros** pour les missions socles en fonction de la taille de l'ESS : de 50 000 euros pour 10 médecins à 100 000 euros pour 100 médecins ou plus, la dotation sera proratisée au nombre exact de médecins.

Un cahier des charges comprenant les modalités d'évaluation sera proposé et validé par les partenaires conventionnels lors d'une prochaine CPN. Il reprendra les attendus de la lettre d'intention, les missions socles, les critères obligatoires à la création d'une ESS et un contrat tripartite.

Les partenaires conventionnels proposent de mettre en place un suivi régulier de la montée en charge du dispositif et d'ajuster le cas échéant les modalités d'accompagnement financier de ces équipes, notamment pour mieux prendre en compte la diversité de leurs tailles et les autres missions que l'ESS pourrait conduire.

Article 57. Gouvernance d'une ESS

La gouvernance de l'ESS est assurée par l'équipe de soins. Les acteurs de la gouvernance sont des médecins libéraux spécialistes et ne peuvent être que des personnes physiques. Elle prévoit des modalités de consultation voire de participation des professionnels hospitaliers et des CPTS.

Article 58. Démarches de création d'une ESS

Une déclaration, incluant la lettre d'intention, auprès de l'ARS et la ou les CPAM des territoires concernés doit être réalisée sur démarche simplifiée. L'ESS est réputée validée sauf avis contraire de l'ARS et/ou la CPAM dans un délai de 2 mois post réception du projet de santé. L'avis contraire est motivé sur la base de la non adéquation entre les critères du cahier des charges soumis par les porteurs et les critères conventionnels.

Titre 6 : Engagements collectifs liés à l'accès aux soins

Article 59. Observatoire conventionnel de l'accès aux soins

Article 59-1 : Engagements collectifs liés à l'accès aux soins

Les engagements conventionnels collectifs ont vocation à améliorer globalement la prise en charge des patients. Ils impliquent une mobilisation conjointe des médecins libéraux et de l'assurance maladie. Ces engagements ne sont pas opposables individuellement à un professionnel.

Le suivi de ces engagements relève des partenaires conventionnels dans le cadre de l'observatoire conventionnel de l'accès aux soins. Il ne peut conduire à réduire les rémunérations individuelles ou à modifier unilatéralement les termes de cette convention.

Les organisations syndicales d'étudiants et de jeunes médecins sont associées en qualité d'observateur aux discussions conduites dans le cadre de l'observatoire d'accès aux soins.

Pour garantir l'accès aux soins des patients, les médecins adhérents à la présente convention s'engagent collectivement à :

1. Réduire au maximum la part de patients en ALD sans médecin traitant

À fin 2022, plus de 700 000 personnes atteintes d'affection de longue durée n'avaient pas de médecin traitant déclaré. Afin d'apporter des solutions concrètes à ces patients, l'Assurance maladie en s'appuyant sur ses partenaires et en premier lieu les médecins libéraux a déployé un plan d'actions pour inverser la progression constatée de ce chiffre. Le plan d'accompagnement lancé en 2023, a permis de réduire dès la première année le taux de patients en ALD sans MT (réduction de 5,60% à 4,18% du taux). Aussi, les partenaires conventionnelles s'engagent à poursuivre les actions engagées par le déploiement d'actions ciblées sur ce public prioritaire, et un plan autour des cessations d'activité. Dans ce cadre, Les partenaires ambitionnent de réduire encore le nombre de patients en ALD sans médecin traitant pour tendre vers zéro.

Les engagements de l'Assurance maladie	Les engagements collectifs des médecins libéraux
<ul style="list-style-type: none">• Déploiement local du plan d'accompagnement « patient par patient »• Revalorisation du FMT (forfait socle) : revalorisation de la prise en charge des patients en ALD• Création d'une consultation initiale d'inscription d'un médecin en tant que médecin traitant pour un patient relevant d'une ALD (règlement arbitral)• Déploiement des assistants médicaux et soutien au dispositif Asalée	<ul style="list-style-type: none">• Prioriser la prise en charge médecin traitant de nouveaux patients en ALD• Anticiper les cessations d'activité pour prévenir le risque• Contribuer à la mise en œuvre des actions du plan d'accompagnement des patients en ALD sans médecin traitant déployé par l'Assurance Maladie. Celui-ci vise notamment à identifier les patients en ALD sans médecin traitant et à solliciter les CPTS et les médecins du

<ul style="list-style-type: none">• Ajustement des courriers adressés aux médecins pour prendre des nouveaux patients	<p>territoire, y compris les jeunes installés, pour leur trouver une solution</p> <ul style="list-style-type: none">• Inciter à l'installation en libéral (vs. CSNP)• Accueillir les patients en ALD sans médecin traitant après un bilan de prévention
---	--

2. Augmenter le nombre de primo-installés en médecine générale

Le choc d'attractivité attendu par cette convention doit être suivi d'effet par l'installation effective de médecins sur l'ensemble du territoire et prioritairement en zone fragile et ce, afin notamment que l'ensemble des patients puissent avoir accès à un médecin traitant, pilier du parcours de soins du patient. Or, une évolution annuelle d'environ 2% des installations est constatée sur les 5 dernières années. En parallèle, sur les années à venir, le taux d'évolution annuel moyen du nombre de diplômés en médecine générale devrait être de 8%. C'est pourquoi, compte tenu de cette augmentation du nombre de nouveaux diplômés et des mesures conventionnelles proposées visant à accroître l'attractivité de la médecine libérale, les partenaires conventionnels se fixent un objectif d'augmentation annuelle du nombre de primo-installés en médecine générale.

Les engagements de l'Assurance maladie	Les engagements collectifs des médecins libéraux
<ul style="list-style-type: none">• Revalorisation des actes prévues par la présente convention• Augmentation et simplification des rémunérations forfaitaires, notamment du forfait médecin traitant• Déploiement des assistants médicaux	<ul style="list-style-type: none">• Favoriser l'intégration de jeunes médecins dans son cabinet (notamment collaborateur, adjoint)• Accueillir des étudiants• Accompagner l'installation de jeunes sur son territoire• Valoriser la fonction de médecin traitant dans la communication

3. Augmenter le nombre d'installations de médecins dans les zones sous dotée

Comme indiqué au 2ème objectif, la réponse aux besoins de la population passe par l'installation rapide de nouveaux médecins qui doit néanmoins s'accompagner d'une répartition plus homogène des médecins sur le territoire et donc d'un accroissement des installations dans les zones sous dotées. Aujourd'hui, seulement 11% des primo-installations se font en zone sous dense. Or, compte tenu, d'une part, de l'accroissement de l'étendue de ces zones avec le zonage 2022, et, d'autre part, d'un nombre encore peu élevé d'installations de médecins dans ces zones, proportionnellement à leur couverture territoriale, un rythme d'installations, dans ces zones, supérieur à celui observé au niveau national est une ambition nécessaire et raisonnable, soutenue par les mesures de la présente convention d'accompagnement à l'installation et au maintien durable dans ces zones, sur laquelle les partenaires conventionnels s'engagent.

Les engagements de l'Assurance maladie	Les engagements collectifs des médecins libéraux
<ul style="list-style-type: none">• Pour les primo-installés en zones sous denses, majoration du FMT pour renforcer l'attractivité :<ul style="list-style-type: none">• Majorer de 50% le FMT la première année post-installation (ZIP), puis de 30% la deuxième puis de 10% la troisième• Création d'une aide ponctuelle de 10 000 € pour les primo-installés (en ZIP) et de 5 000€ pour les primo-installés en ZAC• Soutien des CPTS et des ESS, soutien des conditions d'exercice des nouveaux installés• Proposition d'une offre d'accompagnement attractive à l'installation	<ul style="list-style-type: none">• Favoriser l'intégration de jeunes médecins dans son cabinet (notamment collaborateur, adjoint)Accueillir des étudiants• Accompagner l'installation de jeunes sur son territoire• Valoriser la fonction de médecin traitant dans la communication

4. Augmenter la patientèle médecin traitant moyenne du médecin généraliste et la file active moyenne des médecins libéraux

Voir 5

5. Augmenter la file active moyenne des médecins libéraux

Sur les objectifs 4 et 5, on observe ces dernières années une augmentation de la patientèle médecin traitant (de 2% par an) et des files actives (de 1 % par an). Cela traduit la transformation de l'activité des médecins au cours des dernières années, avec davantage de travail en équipe et de travail aidé. Afin de suivre un nombre accru de patients par médecins, indispensable au vu de la dynamique de cessation d'activité pour répondre aux besoins des patients, il faut maintenir cette dynamique d'augmentation des patientèles. En effet, la demande de soins est croissante, du fait notamment du vieillissement de la population et de la hausse du nombre de patients en ALD il faut donc s'assurer que les patients puissent toujours avoir facilement recours à un médecin généraliste et ne se déplacent pas excessivement vers d'autres accès (services d'urgences, plateformes de téléconsultation, etc.).

Les engagements de l'Assurance maladie	Les engagements collectifs des médecins libéraux
--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Revalorisation, assouplissement et simplification du dispositif « assistants médicaux » • Réduction du temps passé sur les outils numériques (amélioration d'amelipro, déploiement de SCOR, Mon espace santé, etc.) • Déploiement d'une feuille de route sur la simplification administrative, dont la question des certificats inutiles • Amélioration des synergies « inter-régimes » • Renforcement des outils de collaboration en particulier avec les infirmiers (Asalée, IPA, binôme IDE / médecin) • Facilitation de l'accès au second recours (ESS) • Revalorisation conséquente du FPMT 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenir le temps de travail médical • Se faire aider, notamment par un assistant médical • Renforcer les collaborations avec les autres professionnels de santé (IPA, Asalée, etc.) • Contribuer à organiser le second recours par les spécialistes via des ESS pour que les patients adressés par les médecins traitants soient prioritaires • Augmenter leurs patientèles dès lors que cela est possible
--	--

6. Au sein du parcours de soins, raccourcir le délai moyen d'accès aux spécialistes

Bien que le médecin généraliste soit au cœur du parcours de soins, le recours rapide à un spécialiste est primordial pour une bonne prise en charge des patients. Le délai d'accès à un spécialiste peut être réduit par une organisation efficace de la spécialité concernée et un recours accru au travail aidé, l'exemple réussi de la filière visuelle en étant le témoin. Les partenaires conventionnels s'engagent donc à déployer l'ensemble des mesures permettant de réduire ces délais, notamment relatives au travail en équipe ou de la priorisation des patients pré-orientés. Ce délai pourra être mesuré par des enquêtes de la DREES ou, à défaut, par des études ciblées. Cet objectif sera également soutenu par le déploiement des équipes de soins spécialisés qui devrait permettre d'accroître l'efficacité des organisations dans certaines spécialités.

Les engagements de l'Assurance maladie	Les engagements collectifs des médecins libéraux
<ul style="list-style-type: none"> • Financement pérenne des ESS • Revalorisation de la consultation d'expertise de second recours (APC) • Autorisation de la cotation APC après téléexpertise (dans les 3 mois) • MCU sous 4 Jours ouvrés 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenir le temps de travail médical • Recruter une équipe, notamment un assistant médical • Renforcer les collaborations avec les autres professionnels de santé • Contribuer à organiser le second recours par les spécialistes via des ESS pour que

	<p>les patients adressés par les médecins traitants soient priorités</p> <ul style="list-style-type: none"> Augmenter leurs patientèles dès lors que cela est possible
--	---

7. Augmenter le nombre de contrats d'assistants médicaux pour libérer du temps médical

La dynamique de signature des contrats d'aide à l'emploi d'un assistant médical s'est fortement accrue en 2023 avec un taux de croissance de 35%. Afin de libérer du temps médical et conséquemment d'augmenter la prise en charge de nouveaux patients, l'ambition portée par les partenaires conventionnels, est de poursuivre cette montée en charge, portée notamment par de nouveaux aménagements du dispositif et par la revalorisation des aides versées.

Les engagements de l'Assurance maladie	Les engagements collectifs des médecins libéraux
<ul style="list-style-type: none"> Revalorisation de l'aide conventionnelle Prise en compte de la fin de carrière des médecins dans les objectifs à atteindre ; Souplesse accordée aux nouveaux installés bénéficiant d'une année supplémentaire pour atteindre les nouveaux objectifs fixés (après atteinte du P50) Information et promotion du dispositif auprès des médecins libéraux, généralistes et spécialistes Soutien au déploiement des groupements d'employeur Mise en œuvre des mesures de simplification avec l'URSSAF CN sur la déclaration sociale, avec les services de l'Etat sur la formation des assistants médicaux 	<ul style="list-style-type: none"> Contractualiser avec l'Assurance maladie pour bénéficier de l'aide à l'emploi d'un assistant médical – employer (directement ou via un GE) un assistant médical

8. Augmenter le nombre de médecins affiliés à l'OPTAM pour maîtriser le reste à charge des patients

Outre l'accès physique et géographique aux soins, il est indispensable de lever les freins à l'accès financier aux soins des assurés sociaux. Pour ce faire, les partenaires conventionnels s'engagent à limiter les dépassements d'honoraires. Or, la dynamique moyenne d'adhésion à l'OPTAM a été de 5% par an en moyenne sur la période de la dernière convention. Il convient donc de maintenir la même ambition sur la période de la présente convention avec un OPTAM rénové.

Les engagements de l'Assurance maladie	Les engagements collectifs des médecins libéraux
<ul style="list-style-type: none">• Ouverture aux anesthésistes (OPTAM-ACO)• Revalorisation de 10 points des modificateurs K et T• Mise à jour des périodes de référence• Evolution de la modulation des taux selon les régions• Information des médecins éligibles, notamment ceux au-dessus de la borne des 100%	<ul style="list-style-type: none">• Valoriser les dispositifs OPTAM et OPTAM-CO auprès des médecins éligibles• S'engager en S1 ou S2 OPTAM• Assurer des soins à tarifs opposables pour une partie de la population• Limiter les dépassements d'honoraires

9. Poursuivre l'augmentation de la couverture du territoire par la PDSA et le SAS

Toute la population doit pouvoir avoir accès à une prise en charge des soins urgents non vitaux justifiés, et donc régulés. C'est la raison pour laquelle les partenaires conventionnels s'engagent à déployer les actions nécessaires d'une part à assurer la couverture, à très moyen-terme, de tout le territoire national par un SAS en journée, évitant également le report de prise en charge sur les urgences ou sur les horaires de PDSA, et d'autre part, à ce qu'il n'y ait plus aucune zone blanche en PDSA, au minimum de soirée, week-end et jours fériés.

Les engagements de l'Assurance maladie	Les engagements collectifs des médecins libéraux
<ul style="list-style-type: none">• Simplification de l'indicateur SAS• Clarification et amélioration des incitations et majorations tarifaires liées à la participation au SAS ou à la PDSA• Valorisation de la visite en lien avec le SAS et pendant la période de PDSA• Soutien des solutions innovantes et qui fonctionnent sur les territoires• Examen des évolutions réglementaires ou conventionnelles qui seraient nécessaires	<ul style="list-style-type: none">• Participation au SAS et à la PDSA en régulation ou effecton

10. Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap

Selon les dernières données du baromètre d'handifaction qui mesure en temps réel l'accès aux soins des personnes vivant avec un handicap, 28 % des répondants (plus de 11600 personnes) n'ont pas pu accéder aux soins dont ils

avaient besoin. 17 % ont subi un refus de soin et 28% abandonnent à l'issue de ce refus, 12% ont vu leur accompagnant être refusé par le soignant et enfin 62 % n'ont pas pu se faire soigner lorsqu'ils n'avaient pas de médecin traitant.

La levée des difficultés d'accès aux soins de ces assurés sociaux que ces chiffres illustrent et qui ont largement été documentées au fil des années doit, au même titre que les ALD, être priorisée. C'est pourquoi, les partenaires conventionnels conviennent de la nécessité de réduire les taux de refus de soins des patients de 2 points.

Les engagements de l'Assurance maladie	Les engagements collectifs des médecins libéraux
<ul style="list-style-type: none">• Déploiement d'un plan d'accompagnement des patients en situation de handicap et en situation de refus de soins• S'articuler avec les plateformes 360° départementales sur les mesures d'accompagnement des assurés• Orientation vers les médecins volontaires des patients en refus de soins• Mieux identifier les assurés en situation de handicap dans les bases de l'assurance maladie• Communiquer auprès des médecins sur la consultation blanche• Valoriser davantage, à terme, l'activité médicale auprès des patients en situation de handicap lorsque ces données seront connues de l'assurance maladie• Contribuer aux travaux relatifs aux transports des personnes en situation de handicap	<ul style="list-style-type: none">• Prioriser la prise en charge des assurés envoyés par l'Assurance maladie• Améliorer l'accessibilité physique du cabinet si les locaux le permettent• Collaborer avec les dispositifs locaux d'accompagnement des PH (handiconsult, plateforme 360...)

Article 59-2 : Organisation de l'observatoire de l'accès aux soins

Ces engagements feront l'objet d'un suivi par indicateur qui seront publiés chaque trimestre. Des points d'étape réguliers, au minimum semestriels seront réalisés de manière à garantir que les évolutions constatées permettent d'atteindre ces engagements. Ces analyses seront partagées dans le cadre d'un observatoire conventionnel de

l'accès aux soins. Cet observatoire sera mis en place au niveau national, placé sous l'égide de la commission paritaire nationale.

L'objectif de cet observatoire est de :

- suivre les indicateurs d'engagements collectifs partagés, en annexe 17 de la présente convention ;
- définir de nouveaux indicateurs supplémentaires utiles au suivi de l'accès aux soins autant que de besoin ;
- prendre collégialement toutes mesures correctives facilitant l'atteinte des engagements.

Les indicateurs trimestriels et l'ensemble de ces travaux seront rendus publics.

Une déclinaison locale en CPL sera également mise en place pour suivre et accompagner les dynamiques locales au plus près des enjeux du terrain, notamment pour répondre aux enjeux spécifiques de certains territoires (QPV, territoires ruraux...).

Partie 6 : Pertinence et qualité des soins

Les parties signataires conviennent que le caractère universel, obligatoire et solidaire de l'Assurance maladie ne pourra perdurer qu'à la condition d'une action volontariste et résolue impliquant l'ensemble des acteurs du système de soins, en particulier le corps médical, dans un effort collectif et continu visant à favoriser le bon usage des soins s'appuyant sur des référentiels médicaux scientifiquement validés et le respect des règles de la prise en charge collective.

Dans un contexte de très forte dynamique des dépenses de santé, la mobilisation collective en faveur de la pertinence et de la qualité des soins concourt à garantir l'allocation la plus juste de la dépense publique, et en conséquence à chacun un égal accès à un système de santé de qualité et globalement à la réduction des inégalités de santé. À cette fin les partenaires conventionnels ont identifié des champs communs d'actions prioritaires suivants :

- La prévention et la qualité des parcours des patients atteints de pathologies chroniques ;
- L'adéquation renforcée entre les pratiques professionnelles et les recommandations scientifiques ;
- La pertinence des prescriptions et réduction des actes et consommations de soins inutiles ou redondants parallèlement à la lutte contre le non-recours aux soins nécessaires et appropriés ;
- L'intégration du risque environnemental et la décarbonation du système de santé dans les pratiques médicales à travers la sobriété des soins et la promotion de soins éco-responsables au bénéfice des patients.

À cet effet, les parties s'accordent sur la nécessité de construire un dispositif conventionnel complet et innovant reposant sur les éléments suivants :

- 15 programmes d'actions partagés reposant sur des engagements réciproques afin d'atteindre des objectifs communs de pertinence des soins ;
- 4 dispositifs d'intéressement permettant un partage financier avec les médecins conventionnés des économies pour l'Assurance maladie permises par des prescriptions plus pertinentes et plus sobres, étant entendu que l'enveloppe financière de la présente convention intègre d'ores-et-déjà une hypothèse de moindre dynamique de la dépense prescrite au profit d'une meilleure rémunération des prescripteurs ;
- Un dispositif conventionnel permettant à la fois d'informer les médecins généralistes sur leur prescription de médicaments par rapport à la pratique nationale, de sensibiliser à la sobriété dans la prescription de médicaments et de rémunérer les pratiques de prescription les plus sobres ;
- Une mobilisation du développement professionnel continu pour disposer de formations adaptées à chacun des programmes d'action partagé et également financer les groupes d'analyse de pratique ;
- Un suivi paritaire de l'ensemble des engagements et des résultats sur le champ de la pertinence et de la qualité des soins avec la mise en place d'un observatoire national de la pertinence.

Titre 1 : Les 15 programmes d'actions partagés

Article 60. Principe

Des engagements communs et réciproques sont pris pour constituer des programmes d'actions partagés sur les thèmes prioritaires de pertinence et de qualité des soins.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Pertinence des prescriptions des arrêts de travail▪ Lutte contre l'antibiorésistance▪ Réduction de la polymédication |
|--|

- Conformité des prescriptions médicales aux indications thérapeutiques remboursables (ITR)
- Développement des biosimilaires
- Sécurisation du recours aux analgésiques de palier deux
- Pertinence de la prescription et de la dispensation des dispositifs médicaux dits « du quotidien »
- Pertinence de la prescription et de l'utilisation des traitements pour apnée du sommeil
- Pertinence des prescriptions d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)
- Diminution des actes d'imagerie redondants ou non pertinents
- Qualité des prescriptions des actes infirmiers
- Pertinence de la prescription des transports sanitaires et transports partagés
- Diminution des examens biologiques inutiles
- Juste recours à l'ordonnance bizonale
- Amélioration du dépistage précoce des maladies cardio-vasculaires et des cancers

Ces 15 programmes de pertinence s'appuient sur des référentiels scientifiques, de la Haute Autorité de santé à chaque fois qu'ils existent, avec l'appui des collèges et sociétés savantes, et sur des diagnostics et constats partagés entre les partenaires conventionnels ayant conduit à l'élaboration du présent texte conventionnel et sont accompagnés d'engagements réciproques et d'objectifs chiffrés.

Au sein de ces programmes d'actions partagés sont identifiés les engagements de chacune des parties et les leviers qui devront permettre de sécuriser la juste prescription, la mobilisation de nouveaux mécanismes vertueux d'incitation financière pour conforter des prescriptions de qualité, la valorisation des comportements de sobriété dans la prescription de médicaments et la nécessité de lutter collectivement contre les pratiques frauduleuses, minoritaires, pour protéger la médecine libérale des dérives potentielles du système (financiarisation, centres de santé déviants, ...).

À cette fin, les parties signataires conviennent d'engagements réciproques communs à l'ensemble des 15 programmes de pertinence.

Les engagements conventionnels collectifs ont vocation à améliorer globalement la prise en charge des patients. Ils traduisent et impliquent une mobilisation conjointe des médecins libéraux et de l'assurance maladie pour atteindre des objectifs fixés entre les parties.

Ces engagements ne sont pas opposables individuellement à un professionnel et ne peuvent conduire à réduire les rémunérations individuelles ou à modifier unilatéralement les termes de cette convention.

Pour les programmes qui auront dépassé leur cible en 2027 et ce, jusqu'en 2029, les partenaires conventionnels conviennent que les économies supplémentaires résultant de cette performance seront partagées à part égale entre l'Assurance Maladie et les médecins. Cette incitation collective pourra prendre la forme d'une revalorisation transversale de la lettre clé de l'ensemble des médecins libéraux, selon des modalités qui seront définies le cas échéant par un avenant.

Article 60-1 : Engagements de l'Assurance maladie

Les engagements de l'Assurance maladie sont les suivants :

- **Renforcer les dispositifs de retour d'informations auprès des médecins :**

- Partager avec l'ensemble des professionnels les référentiels de bonne pratique définis par la HAS et le ministère en charge de la santé et les informer des mises à jour ;
- Informer les assurés et les médecins conventionnés sur les conditions de prise en charge et l'importance de la prévention et du juste soin ; relancer des campagnes de communication grand public notamment le bon usage du médicament.
- **Développer un accompagnement dédié sur les thèmes de pertinence auprès des médecins :**
 - Renforcer le dispositif des groupes d'analyse de pratique ;
 - Accompagner de manière ciblée les professionnels de santé (libéraux comme en établissements) présentant des écarts significatifs aux référentiels et aux pratiques, notamment via des actions des délégués de l'Assurance maladie (DAM) et des praticiens conseil ;
 - Renforcer les modes d'accompagnement attentionnés dans les situations délicates, en permettant un recours spontané des médecins à l'Assurance maladie ;
 - Saisir la HAS sur le cadre de prescription en téléconsultation ;
 - Présenter aux médecins la méthodologie et les plans de contrôle pour échange dans le cadre conventionnel.
- **Mieux outiller les médecins :**
 - Mettre à disposition sur ameli.pro des outils de datavisualisation permettant aux médecins d'avoir un retour d'information sur leur pratique ;
 - Développer des téléservices adaptés pour sécuriser l'authenticité des prescriptions ;
 - Soutenir le recours des médecins à des outils numériques tiers efficaces et reconnus par la profession (ex.ebmfrance) ;
 - Soutenir les outils relayant des informations scientifiquement validées ;
 - Simplifier les démarches administratives des médecins et construire, en partenariat, une doctrine en matière d'indus.

Article 60-2 : Les engagements collectifs des médecins libéraux

Les engagements collectifs des médecins libéraux sont les suivants :

- **Prescrire aux meilleurs standards de pertinence**
 - Respecter les ITR et les référentiels de la Haute Autorité de santé. S'informer et se former à cette fin ;
 - S'appuyer sur l'expertise spécifique des autres professionnels de santé ;
 - Participer aux groupes d'analyse de pratique entre professionnels.
- **Respecter le principe de sobriété des prescriptions**
 - Prescrire moins à chaque fois que cela est possible, à pertinence et qualité des soins équivalentes.
- **Respecter les qualités techniques des prescriptions**
 - Prescrire systématiquement via l'ordonnance numérique ;
 - Recourir à l'ensemble des téléservices de l'Assurance maladie (afin, notamment, de lutter contre les « faux ») : arrêts de travail, déclaration médecin traitant, prescription de transports sanitaires, déclaration de grossesse, prescription renforcée, demandes d'accord préalable dématérialisées ;
 - Bénéficier de l'accompagnement de l'Assurance maladie (visites des délégués de l'Assurance Maladie, des délégués au numérique en santé, les entretiens confraternels).

Article 61. Les 15 programmes de pertinence

Champ	Programme	Ambition	Objectif
Indemnités journalières	Prescriptions d'arrêts de travail	Accroître la pertinence des prescriptions d'arrêts de travail et ralentir l'évolution du nombre de jours d'arrêts de travail indemnisés	Accroître la pertinence des prescriptions et ralentir l'évolution du nombre de jours d'arrêts de travail de 2% par an
Produits de santé	Antibiorésistance	Lutter contre l'antibiorésistance en diminuant la prescription d'antibiotiques, pour rejoindre la moyenne européenne dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention des infections et de l'antibiorésistance 2022-2025	Diminuer de 25% en 2027 et de 10% dès 2025 le volume d'antibiotiques
	Polymédication	Au vu du risque iatrogénique, diminuer le nombre de patients polymédiqués en s'appuyant autant que de besoin sur une collaboration pharmacien-médecin, avec une attention spécifique aux patients hyper-polymédiqués	Diminuer respectivement de 4 et 2 molécules, le traitement chronique des patients hyperpolymédiqués et des patients polymédiqués de 65 ans et plus
	ITR et durées de traitement recommandées	Augmenter la part de prescriptions médicales dans les ITR et les durées de traitement recommandées par la HAS, en utilisant les outils d'accompagnement à la prescription de l'Assurance maladie pour quelques molécules identifiées ; accompagner prioritairement la conformité de la prescription des AGLP-1	Viser 80% de prescriptions conformes (NR/ou ITR) et l'atteindre sur quelques molécules prioritaires en utilisant les outils d'accompagnement renforcé à la prescription de l'Assurance maladie
	Biosimilaires	Favoriser le développement des biosimilaires en primo-prescriptions, et au moment du renouvellement par les spécialistes libéraux ; cibler en particulier la pénétration des biosimilaires prescrits en ophtalmologie (traitement de la DMLA), ainsi qu'en gastroentérologie, rhumatologie et dermatologie (anti-TNF)	Atteindre un taux de pénétration de 80% de biosimilaires

	Analgésiques	Compte tenu des risques liés à la consommation d'opioïdes, limiter le recours aux analgésiques de niveau 2 à risque de dépendance, notamment en recourant à l'ordonnance sécurisée pour le tramadol	Diminuer de 10 % les volumes d'analgésiques de palier 2 prescrits et délivrés
	Dispositifs médicaux du quotidien	Renforcer la pertinence de la prescription et de la dispensation des dispositifs médicaux dits « du quotidien », pour lesquels un gaspillage économique et écologique est établi (bandelettes glycémiques, compléments nutritionnels oraux et pansements post-chirurgie)	Diminuer la dépense de CNO et pansements post chirurgie de 5 % et faire respecter le seuil réglementaire de 200 bandelettes/an pour les patients éligibles
	Orthèses d'avancées mandibulaires	Favoriser en première intention du traitement l'apnée du sommeil l'usage des orthèses d'avancée mandibulaires, dans le cadre des recommandations de la HAS	Augmenter les initiations d'orthèses d'avancées mandibulaires (OAM) jusqu'à près de 30 % à terme
	Inhibiteurs de la pompe à protons	Recentrer les prescriptions d'IPP sur les indications recommandées par la HAS, en diminuant notamment les prescriptions inutiles d'IPP dans les différentes classes d'âges	Diminuer de 20% les prescriptions chez l'adulte et limiter chez l'enfant les prescriptions aux seules indications recommandées par la HAS
Autres	Actes d'imagerie	Diminuer les actes d'imagerie redondants et inutiles et améliorer la pertinence en renforçant les actions déjà engagées et en accompagnant la pertinence de la prescription sur la base des dernières recommandations HAS sur d'autres pathologies et / ou actes	Diminuer de 8 % les actes d'imagerie identifiés
	Actes infirmiers	Accompagner la qualité des prescriptions des actes infirmiers et la validation systématique des BSI	Réduire de 25 % les rejets et indus
	Transports sanitaires	Au regard de l'impact environnemental des transports sanitaires et de la nécessaire recherche d'adéquation du	Atteindre jusqu'à 30 % de transports partagés

		mode de transport à l'état de santé du patient, renforcer la pertinence de la prescription de transports en limitant le nombre de transports en ambulance et en généralisant la prescription de transports partagés lorsque l'état de santé du patient le permet	
	Examens biologiques	Réduire drastiquement les remboursements d'examens biologiques inutiles en diminuant le nombre de ces actes dans le cadre d'une liste à définir entre les partenaires et qui contiendra au minimum la vitamine D, la T3/T4 en première intention sans résultat de TSH selon les recommandations HAS, le groupe sanguin en double détermination hors cadre de contexte transfusionnel avéré, la vitesse de sédimentation en première intention	Réduire drastiquement les remboursements d'examens biologiques inutiles en diminuant d'au moins 80% le nombre de ces actes
	Ordonnance bizon	Renforcer le juste recours à l'ordonnance bizon pour les patients en ALD, laquelle distingue les soins liés à la pathologie chronique éligibles au remboursement à 100%	Renforcer le respect de l'ordonnance bizon [Près de 12 millions de personnes sont bénéficiaires du dispositif des ALD30]
	Dépistages précoces	Assurer le dépistage des maladies cardiovasculaires et associées chez les personnes à risque, ainsi que le dépistage organisé des cancers, pour favoriser l'entrée précoce dans les parcours de soins	Les objectifs collectifs de dépistage sont les suivants : Dépistage du cancer du sein : 70 % Dépistage du cancer colorectal : 65 % Dépistage du cancer du col de l'utérus : 80 % Dépistage du diabète : 94 % Dépistage de la MRC : 70 %

Article 61-1 : Pertinence et qualité de la prescription des arrêts de travail

Ambition : Accroître la pertinence des prescriptions d'arrêts de travail et ralentir l'évolution du nombre de jours d'arrêts de travail indemnisés de 2 % par an en agissant auprès de l'ensemble des acteurs et des publics concernés (employeurs, assurés, prescripteurs).

Identification des indemnités journalières comme un thème à retenir parmi les 15 priorités conventionnelles de pertinence.

L'arrêt de travail est un élément de la stratégie thérapeutique au même titre que le médicament et les soins. Il peut tenir une place importante dans le parcours de soins et de vie du patient, l'objectif pour le système de santé étant de garantir un revenu au patient lorsqu'il n'est pas en mesure de travailler tout en luttant contre la désinsertion professionnelle, laquelle emporte des conséquences sanitaires et sociales. De ce fait, les parties conventionnelles décident d'aborder cette thématique en termes de renforcement de la pertinence de leur prescription et de valoriser leur action notamment au travers d'un objectif quantifié portant sur le ralentissement de l'évolution du nombre de jours d'arrêts de travail indemnisés par an.

Les arrêts de travail représentent une assiette annuelle de dépense de près de 16 milliards d'euros. Ce poste de dépenses est particulièrement dynamique depuis plusieurs années avec +3,8% de croissance annuelle en moyenne pour les arrêts de travail maladie et AT-MP remboursés entre 2010 et 2022 et +5,7% pour l'année 2023. Cette tendance ne s'explique que partiellement par l'évolution de la démographie, de la population active et de la durée des carrières.

De nombreux acteurs sont concernés par les enjeux de pertinence des arrêts de travail (prescripteurs libéraux et hospitaliers, assurés et entreprises) et devront donc être associés aux actions identifiées.

L'existence de référentiels de « durée » d'arrêts de travail portant sur 67 motifs d'arrêts de travail, publiés entre mars 2010 et décembre 2017 après avoir été élaborés en s'appuyant sur une analyse des données de la littérature scientifique, en collaboration avec des sociétés savantes et la HAS, représentent autant d'outils indicatifs sur lesquels fonder la réflexion des actions conjointes d'amélioration de la pertinence.

Les engagements réciproques pour répondre aux enjeux de pertinence et d'efficience des prescription d'arrêt de travail

Conformément aux engagements réciproques définis pour répondre aux enjeux globaux de pertinence et d'efficience en matière de prescriptions, les partenaires conventionnels décident :

Que les engagements de l'Assurance maladie sont :

- **Renforcer l'information mise à disposition en permettant à chaque médecin conventionné dans son exercice du quotidien :**
 - De disposer de son profil de prescriptions d'arrêts de travail actualisé sous forme de datavisualisation ;
 - D'avoir accès à l'historique des arrêts de travail de son patient ;
 - De disposer d'une visibilité facilitée sur les référentiels de durées indicatives des arrêts de travail pour l'ensemble des motifs identifiés.
- **Accompagner les prescripteurs en développant :**
 - Des actions renforcées d'information, d'accompagnement et de contrôle à l'endroit des *employeurs* et des *assurés* ;
 - Un accompagnement personnalisé dispensé par l'Assurance maladie sur le thème des arrêts de travail proposé à chaque médecin nouvellement installé sur un territoire (parcours pédagogique

d'une durée de 12 à 18 mois comprenant des temps d'échange avec un délégué de l'Assurance maladie, un praticien conseil ou encore un délégué numérique en santé de l'Assurance maladie).

- **Optimiser les outils permettant de renforcer la qualité et la pertinence de la prescription des arrêts de travail, de faciliter l'exercice quotidien et la résolution de situation d'arrêts de travail complexes avec :**
 - ⊖ La mise en œuvre et le déploiement d'un nouveau service attentionné dédié (« SOS IJ »), permettant aux médecins de solliciter simplement l'aide de l'Assurance maladie sur des cas complexes et d'obtenir les éléments de résolution adaptée (passage en invalidité, situation de conflictualité avec l'employeur, besoin d'un accompagnement social, etc.). A l'issue des travaux menés par l'Assurance maladie, les modalités pratiques de ce nouveau service seront présentées aux partenaires conventionnels en CPN ;
 - La possibilité pour les médecins de renseigner de nouveaux motifs dans le téléservice de prescription d'arrêts de travail, relatifs notamment à l'attente d'un examen complémentaire ou d'un avis spécialisé, afin d'améliorer la compréhension de la dynamique de la dépense ; ces motifs seront définis en CPN ;
 - La facilité accrue pour un médecin de signaler à l'Assurance maladie une situation professionnelle problématique affectant la santé d'un assuré, voire la situation d'un employeur lorsque plusieurs salariés semblent concernés ;
 - Le contrôle de la bonne application de la mesure LFSS 2024 de limitation à une durée de 3 jours les arrêts de travail (initiaux et éventuelles prolongations) prescrits en téléconsultation (sauf exception dont arrêt prescrit par le médecin traitant du patient) ;
 - La poursuite des travaux sur des référentiels de durée concertés, à l'exclusion des maladies à poussée, des pathologies psychiatriques etc avec les sociétés savantes, en lien avec la HAS (actualisation et nouveaux référentiel sur des pathologies et situations cliniques précises) ;
 - En travaillant à la place du télétravail dans la reprise de travail lorsque cela est pertinent et compatible avec l'état du patient et les caractéristiques de son emploi ;
 - En favorisant l'accompagnement du retour à l'emploi comme facteur de rétablissement et de prévention de la désinsertion professionnelle en mobilisant les dispositifs de type mi-temps thérapeutique ou essai encadré dans le cadre de la prise en charge globale d'un patient, notamment dans les situations cliniques complexes qui ne permettent pas de fixer un référentiel de durée pertinent applicable à toutes les situations, à l'instar des travaux engagés par l'Assurance maladie en matière de prise en charge du cancer sein⁵ (ex : cancer) ;
 - En clarifiant le cadre des contrôles engagés par l'assurance maladie notamment s'agissant des dispositifs de MSO-MSAP (nombre de professionnels ciblés, sous-jacents statistiques de ciblage,

⁵ Pour le cancer du sein, l'Assurance maladie travaille à un accompagnement selon un double axe : un axe médical avec une information sur les prises en charge susceptibles d'agir sur les effets indésirables les plus fréquents liés au cancer et à ses traitements et un axe socio professionnel pour mettre en visibilité les acteurs et les dispositifs bénéfiques pour le maintien en emploi pendant ou après un cancer du sein. Dans les facteurs limitant le retour à l'emploi, sont identifiés des facteurs d'ordre médical comme le type de chimiothérapie, le lymphœdème, les troubles anxio dépressifs, l'asthénie, les effets secondaires des traitements physiques ou cognitifs, les douleurs dont des douleurs neuropathiques, les troubles du sommeil. Mais l'aspect médical n'est pas le seul obstacle. Les échanges avec des associations de patientes et de structures accompagnant vers la reprise au travail ont montré que même lorsque la femme est demandeuse du maintien en emploi pendant ou après un cancer du sein, il existe des obstacles d'ordre socio professionnel importants aussi bien du côté de l'assuré que de l'employeur : méconnaissance des différents acteurs et dispositifs du maintien en emploi, méconnaissance du cadre réglementaire pour le maintien du lien employeur salarié, méconnaissance des dispositifs d'aide possibles pour les travailleurs indépendants, etc...

déroulement de la procédure, modalités de recours, exceptions...) selon des modalités qui seront partagées lors d'un groupe de travail dédié avec les partenaires conventionnels.

Que les engagements collectifs des médecins conventionnés sont :

- **Prescrire aux meilleurs standards de pertinence pour sa patientèle en respectant les référentiels de durée de travail** lorsqu'ils existent ;
- **Recourir systématiquement à l'arrêt de travail dématérialisé**, sauf cas exceptionnels, et utiliser le cas échéant les nouveaux cerfa papier sécurisés qui seront distribués par l'assurance maladie, afin d'éviter la prolifération de « faux arrêts » de travail disponibles en ligne, lesquels usurpent les identités de médecins (indicateur socle du DONUM à l'article 52) ;
- **Respecter le principe de sobriété des prescriptions** en recourant à l'ensemble des outils proposés par l'assurance maladie permettant une juste prescription, en engageant des discussions entre pairs pour comparer les pratiques, en participant au groupe de travail conventionnel sur les contrôles susmentionnés.

Article 61-2 : Lutte contre l'antibiorésistance

Ambition : Diminution de 25 % du volume d'antibiotiques prescrits en 2027 et de 10% dès 2025.

Les antibiotiques sont un bien commun qu'il convient de préserver à tout prix. L'essor de l'antibiorésistance, largement corrélé au mauvais usage et à la surconsommation d'antibiotiques représente un enjeu majeur de santé publique.

Dans le cadre de la Stratégie nationale Prévention des Infections et de l'Antibiorésistance en santé humaine 2022-2025, considérant également les nouvelles recommandations SPILF et HAS, les partenaires conventionnels s'inscrivent dans la prévention, le contrôle des infections et le bon usage des antibiotiques.

Si une baisse tendancielle est observée depuis 2012, la France était encore en 2021 au 5ème rang des pays européens en matière de consommation d'antibiotiques avec une utilisation de 30% supérieure à la moyenne européenne.

Chez les enfants, l'analyse comparée de la prévalence d'au moins une prescription pédiatrique ambulatoire d'antibiotique parmi 11 pays de l'OCDE fait en effet ressortir la France en avant dernière place : sur 1 000 patients (enfants), 404 ont eu au moins une prescription d'antibiotique dans l'année en France contre 75 aux Pays Bas.

Par ailleurs, l'Assurance Maladie a mis à disposition des outils TROD pour diminuer le recours aux antibiotiques lorsque cela n'est pas nécessaire. Recommandés depuis une vingtaine d'années, ces tests sont dotés d'excellentes performances. Bien que livrés gratuitement, seuls 40% des médecins généralistes avaient commandé des TROD via ce dispositif (2017). En 2021, ce sont 1,2 millions de TROD angine qui ont été commandés, pour 9 millions d'angines. Les actions de pertinence et de qualité des soins pourraient s'appuyer sur ces outils.

Les engagements réciproques pour répondre aux enjeux de pertinence et d'efficience de la lutte contre l'antibiorésistance

Conformément aux engagements réciproques définis pour répondre aux enjeux globaux de pertinence et d'efficience en matière de lutte contre l'antibiorésistance, les partenaires conventionnels décident :

Que les engagements de l'Assurance maladie sont :

- **Informé :**

- Partager avec l'ensemble des professionnels les référentiels de bonne pratique et les avis de l'ANSM, et les informer des mises à jour ;
 - Mener des campagnes d'accompagnement sur les antibiotiques auprès des prescripteurs de manière annuelle dans le cadre des actions de gestion du risque ;
 - Déployer une campagne spécifiquement sur l'usage de certains antibiotiques chez les enfants ;
 - Déployer une nouvelle campagne de bon usage des produits de santé à destination du grand public.
- **Outiller :**
 - Mettre à disposition des prescripteurs un outil d'aide à la décision thérapeutique sur le champ des antibiotiques (de type Antibioclic).

Que les engagements collectifs des médecins conventionnés sont :

- Respectant les recommandations de la HAS pour chaque pathologie : molécule et durée de prescription ;
- Respectant le principe de sobriété des prescriptions :
 - Avoir à disposition dans les cabinets et utiliser des TROD angine et des bandelettes urinaires avant de prescrire des antibiotiques lorsque l'examen clinique seul ne permet pas de caractériser avec certitude la nature bactérienne de l'angine ou de la douleur mictionnelle ;
 - À défaut utiliser les ordonnances conditionnelles ;
 - Utiliser si besoin l'ordonnance de non-prescription quand la prescription d'antibiotique n'est pas utile, et que ce dispositif peut faciliter l'accompagnement du patient (« nudge »).
- Utilisant les outils d'accompagnement à la prescription d'antibiotiques :
 - Les LAP ;
 - Les outils développés par des professionnels faisant référence comme Antibioclic.

La diminution sera évaluée sur la base des données de l'ECDC (en dose définie journalière (DDJ)/1000 habitants) disponibles en fin d'année n+1.

Article 61-3 : Réduction de la polymédication

Ambition : Diminuer respectivement de 4 et 2 molécules le traitement chronique des patients hyperpolymédiqués et des patients polymédiqués de 65 ans et plus.

L'hyperpolymédication et la polymédication chez la personne âgée sont associées à un risque accru d'interactions médicamenteuses et d'effets néfastes sur la santé (chutes, troubles rénaux, etc.).

Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, 50 % sont traitées par plus de 5 molécules qui sont délivrées au moins trois fois dans l'année.

Les 10 molécules les plus retrouvées chez les patients polymédiqués de 65 ans et plus sont les suivantes :

Classes de molécules	Nombre de patients polymédiqués qui consomment cette molécule (07/2021 – 06/2022)
Analgésiques	4,2M
Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine	4M
Antithrombotiques	3,9M

Agents modifiant les lipides	3,6M
Médicaments pour les troubles de l'acidité	3,3M
Bétabloquants	2,8M
Psycholeptiques	2M
Médicaments du diabète	1,9
Inhibiteurs calciques	1,8
Diurétiques	1,7M

Chaque nouvelle spécialité administrée à ces patients augmente de 12 à 18% le risque d'effet indésirable. (Source : *Questions d'économie de la santé*, « La polymédication : définitions, mesures et enjeux - Revue de la littérature et tests de mesure », Marlène Monégat, Catherine Sermet en collaboration avec Marc Perronnin et Emeline Rococo - N° 204 - Décembre 2014)

Les engagements réciproques pour répondre aux enjeux de pertinence et d'efficience de la réduction de la polymédication.

Conformément aux engagements réciproques définis pour répondre aux enjeux globaux de pertinence et d'efficience en matière de polymédication, les partenaires conventionnels décident :

Que les engagements de l'Assurance maladie sont :

- **Informier :**
 - Informer le médecin sur ses patients polymédiqués.
- **Accompagner :**
 - Prévoir une consultation longue de déprescription des patients âgés hyper polymédiqués ;
 - Travailler à l'articulation de cette consultation avec les bilans de médication des pharmaciens.
- **Outils :**
 - Mettre en ligne une boîte à outils sur le site ameli.fr répertoriant l'ensemble des liens pertinents pour accompagner la diminution de la polymédication et la suppression de lignes de traitement (<https://www.ameli.fr/paris/medecin/sante-prevention/medicaments/risque-iatrogenique-prevention-chez-la-personne-agee-de-65-ans-et-plus>).

Que les engagements collectifs des médecins conventionnés sont :

- **Prescrire aux meilleurs standards de pertinence**
 - Respecter les **ITR** et limiter les durées de prescriptions aux **durées recommandées** : IPP, benzodiazépines (ex. pas plus de 4 ou 12 semaines selon les produits et sauf rare indications), etc ;
 - **S'interroger sur la iatrogénie** engendrée à chaque ligne de prescription.
- **Respecter le principe de sobriété des prescriptions**
 - Prescrire des **bilans de médication** chez le pharmacien pour les patients polymédiqués ;
 - Collaborer avec les pharmaciens à la suite des bilans de médication pour déprescrire certains médicaments dans le cadre d'une **consultation longue dédiée**.
- **Respecter les qualités techniques des prescriptions**
 - Coopérer avec le pharmacien lorsqu'il identifie un risque iatrogène au moment de la dispensation, coopération facilitée par l'ordonnance numérique ;
 - Utiliser les **outils d'aide à la prescription** : LAP et outils tiers référencés par l'Assurance maladie dans la « boîte à outil » mise en ligne sur Ameli.fr.

Article 61-4 : Conformité des prescriptions médicales aux indications thérapeutiques relatives (ITR)

Ambition : Utiliser les outils d'accompagnement à la prescription de l'Assurance maladie pour les molécules sélectionnées par le ministère.

Pour pouvoir être disponible sur le marché, un médicament doit obtenir une autorisation de mise sur le marché (AMM) auprès des autorités sanitaires européennes ou françaises (EMA ou ANSM). Cette AMM correspond aux indications pour lesquelles le laboratoire a mené des études lui permettant d'attester d'une balance bénéfice/risque favorable.

En vue de son admission au remboursement, le médicament est évalué par la Haute Autorité de santé (HAS) qui se positionne sur l'intérêt thérapeutique du produit au regard des alternatives thérapeutiques et sa place dans la stratégie thérapeutique. On parle alors d'indications thérapeutiques remboursables (ITR). Il peut y avoir une différence entre l'AMM d'un produit et ses ITR dès lors que l'évaluation menée par la HAS restreint les indications du produit compte tenu des résultats des études menées et des alternatives. Dans tous les cas, c'est le champ couvert par l'ITR d'un produit qui donne accès au remboursement et non le champ couvert par l'AMM.

A titre d'exemple, on estime qu'un tiers des remboursements actuels de médicament de la classe des AGLP - 1 est hors ITR.

Conformément aux engagements réciproques définis pour répondre aux enjeux globaux de pertinence et d'efficience en matière de conformité des prescriptions, les partenaires conventionnels décident :

Que les engagements de l'Assurance maladie sont :

- **Informier** : les assurés sur les règles relatives aux indications de remboursement.
- **Accompagner** :
 - Déploiement des nouveaux outils pour les professionnels, en démarrant avec le dispositif de prescription renforcée sur les AGLP-1 disponible avant la fin de l'année 2024 sur Amelipro (certificat établissement le respect de l'AMM afin d'éviter le mésusage de ces molécules et de garantir leur disponibilité pour les patients diabétiques).
- **Outiller** :
 - Actualisation des molécules pour lesquelles une ordonnance de médicament d'exception est exigée.

Que les engagements collectifs des médecins conventionnés sont :

- **Prescrire aux meilleurs standards de pertinence**
 - Respecter les ITR ;
 - À défaut, utiliser la mention « NR » en informant bien le patient ;
 - Utilisation des ordonnances de médicaments d'exceptions pour la prescription des médicaments pour lesquelles celles-ci sont requises (médicaments onéreux ou présentant des risques).
- **Respecter le principe de sobriété des prescriptions**
 - Requestionner la pertinence d'une prescription hors indication remboursable.
- **Respecter les qualités techniques des prescriptions**
 - Coopérer avec le pharmacien qui s'interrogerait sur le caractère remboursable d'une prescription au moment de la dispensation, coopération facilitée par l'ordonnance numérique ;
 - S'engager dans le déploiement de l'ordonnance numérique et coopérer avec le pharmacien ;
 - Recourir au dispositif d'« accompagnement à la prescription » développée par l'Assurance Maladie, en démarrant avec le dispositif d'accompagnement à la prescription sur les AGLP-1.

Article 61-5 : Développement des biosimilaires

Ambition : Obtenir un taux de pénétration de l'ensemble des médicaments biosimilaires de 80% en ville en décembre 2025.

Les médicaments biosimilaires sont similaires à un médicament biologique de référence dont le brevet et le procédé de fabrication sont tombés dans le domaine public. Les premiers médicaments biosimilaires sont apparus en 2006. Ces produits représentent un intérêt de santé publique en multipliant l'offre thérapeutique existante et économique du fait d'une tarification plus basse que les médicaments biologiques de référence. Ils sont sûrs et efficaces.

Les médicaments biosimilaires et leurs médicaments biologiques de référence sont référencés dans la [liste des groupes biologiques similaires](#) mise à jour par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) sur son site internet.

En 2023, un taux de pénétration de 32% était observé en ville sur les produits pour lesquelles il existe un biosimilaire.

Des niveaux élevés (> 80%) de pénétration des médicaments génériques et des médicaments biosimilaires constituent un enjeu majeur pour la soutenabilité du système de santé et notre capacité à financer un égal accès de tous à l'innovation thérapeutique.

Les engagements réciproques pour répondre aux enjeux de pertinence et d'efficience de la prescription de biosimilaires.

Conformément aux engagements réciproques définis pour répondre aux enjeux globaux de pertinence et d'efficience en matière de prescription de biosimilaires, les partenaires conventionnels décident :

Que les engagements de l'Assurance maladie sont :

- **Informier :**
 - Partager avec l'ensemble des professionnels le calendrier d'arrivée sur le marché des nouveaux biosimilaires ;
 - Informer les médecins des modalités d'application du dispositif d'intéressement (6 molécules à ce jour – etanercept, adalimumab, follitropine alpha, enoxaparine, insuline asparte et ranibizumab) et de l'intégration des nouvelles molécules le cas échéant) ;
 - Informer les médecins des classes de biosimilaires dont l'ANSM estimera qu'elles sont éligibles à la substitution en pharmacie.
- **Accompagner :**
 - Informer les patients sur les caractéristiques des biosimilaires pour faciliter l'action d'interchangeabilité et/ou de substitution des professionnels de santé ;
 - Engager une action spécifique des prescripteurs hospitaliers pour la promotion des initiations de biosimilaires.

Que les engagements collectifs des médecins conventionnés sont :

- **Respecter le principe de sobriété des prescriptions**
 - Au sein d'une même classe privilégier les produits biosimilaires :
 - Primo-prescrire à au moins 80% des biosimilaires ;
 - Modifier lors des renouvellements les prescriptions pour atteindre au global un taux de pénétration de biosimilaires de 80%.
 - Porter une attention particulière à la prescription des biosimilaires pour le traitement de la DMLA et sur les anti-TNF.

La pénétration des biosimilaires sera évaluée via la base Medic'AM.

Article 61-6 : Sécurisation du recours aux analgésiques de palier 2

Ambition : Diminuer les volumes remboursés de palier 2 et 3 des antalgiques, et, pour les antalgiques de palier 2, diminuer de 10% les volumes remboursés dès 2025.

Les médicaments antalgiques, agissent en diminuant ou supprimant la douleur. Ils sont divisés en 3 paliers en fonction de leur puissance d'action.

Les antalgiques de palier 1 regroupent les antalgiques non opioïdes et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) utilisés dans le cadre de douleurs légères à moyenne contre les états fébriles. Les antalgiques de palier 2 sont des opioïdes faibles (codéine, tramadol, ...) utilisés dans le cadre du traitement des douleurs modérées à sévères ou rebelles au palier 1. Les antalgiques de palier 3 sont quant à eux des opioïdes forts classés stupéfiants (ou assimilés) utilisés dans le cadre du traitement des douleurs notamment d'origines cancéreuses intenses ou rebelles au palier 2.

Les antalgiques, tous paliers, représentent un risque important de mésusage ou surdosage entraînant des effets délétères sur la santé : intoxications, dépendances physiques et psychologiques et doivent faire l'objet d'une utilisation la plus raisonnée possible.

Les engagements réciproques pour répondre aux enjeux de pertinence et d'efficience de la prescription d'analgésiques de palier 2.

Conformément aux engagements réciproques définis pour répondre aux enjeux globaux de pertinence et d'efficience en matière d'optimisation du recours aux analgésiques de palier 2, les partenaires conventionnels décident :

Que les engagements de l'Assurance maladie sont :

- **Informier :**
 - Diffuser les études autour des risques liés à la consommation d'opioïdes.
- **Accompagner :**
 - Mettre en place un entretien pharmaceutique dédié pour les renouvellements, à partir de la 2ème délivrance, déroulement d'entretien court (rappel règles de bon usage, mémo, questionnaire, aide au sevrage, alerte prescripteur) et surveillance renforcée pour les autres renouvellements ;
 - Déployer une campagne auprès des médecins généralistes pour rappel des règles de prescription du tramadol mais aussi de réévaluation du traitement et du sevrage.
- **Outiller :**
 - Déploiement d'une ordonnance sécurisée pour les prescriptions de tramadol seuls ou en association en lien avec l'ANSM.

Que les engagements collectifs des médecins conventionnés sont :

- S'interroger sur la iatrogénie et le risque de dépendance engendrée à chaque prescription d'antalgiques de niveau 2 et 3 ;
- Limiter les renouvellements de traitements s'ils ne sont pas nécessaires et prescrire la durée de traitement la plus courte possible compatible avec l'état du patient ;
- Privilégier le palier 1 des antalgiques dès que possible ;
- Demander préalablement au patient s'il a déjà des boîtes de paracétamol avant de lui en prescrire.

Article 61-7 : Renforcer la pertinence et dispensation des dispositifs médicaux dits « du quotidien »

Ambition : Gagner en efficacité des prescriptions et lutter contre le gaspillage de certaines classes de dispositifs médicaux.

L'Assurance maladie constate une croissance importante des dépenses de dispositifs médicaux de la Liste des Produits et Prestations (LPP). Avec un montant remboursé qui dépasse les 9 Mds€ en 2022, les dépenses de la LPP sont en croissance moyenne de 4% par an depuis 2016. L'Assurance maladie souhaite engager les parties prenantes dans l'efficacité de la prescription des produits de la LPP et tout particulièrement dans la lutte contre le gaspillage observé de certains DM en cohérence avec les objectifs nécessaires de sobriété et de lutte contre les dépenses injustifiées.

Article 61-7-1 Compléments Nutritionnels Oraux (CNO)

Ambition : Garantir une juste prescription des CNO quand le besoin est avéré et lutter contre le gaspillage en évaluant l'observance des patients régulièrement ; une diminution de 5% des volumes remboursés de CNO d'ici 2027 par rapport au volume remboursé en 2023.

Les partenaires conventionnels rappellent l'importance de dépister la dénutrition notamment chez la personne âgée. Conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé, la prise en charge débute graduellement, sauf dénutrition sévère d'emblée, par la dispensation de conseils nutritionnels notamment en lien avec le Programme National Nutrition Santé (PNNS) et l'enrichissement de l'alimentation.

La mise en place d'une complémentation nutritionnelle orale (CNO) doit être envisagée en cas d'échec aux mesures diététiques et d'enrichissement, ou d'emblée en cas de dénutrition sévère. Elle répond à un double objectif :

- Éviter de recourir à la nutrition entérale, beaucoup plus contraignante ;
- Ne pas entrer dans la spirale de la dénutrition.

Les engagements collectifs réciproques pour répondre aux enjeux de pertinence et d'efficacité de la prescription de dispositifs d'auto-surveillance de la glycémie.

Conformément aux engagements réciproques définis pour répondre aux enjeux globaux de pertinence et d'efficacité en matière de dispositifs d'auto-surveillance, les partenaires conventionnels s'engagent à faire respecter les recommandations scientifiques suivantes :

La prescription doit être réalisée en deux temps :

- Une primo-prescription ;
- Une réévaluation systématique de l'observance dans les 15 jours après la primo-prescription de CNO.

Lors des consultations suivantes, la réévaluation doit être réalisée systématiquement et doit s'arrêter en cas de récupération d'un poids de forme et la reprise d'une alimentation suffisamment riche pour garantir un poids de forme.

Article 61-7-2. Dispositifs d'autosurveillance de la glycémie

Ambition : lutter contre le gaspillage en garantissant une juste prescription du matériel d'autosurveillance de la glycémie pour les patients diabétiques de type 2 non traités par insuline en respectant le seuil réglementaire de 200 bandelettes par an en accord avec les recommandations de la HAS.

L'autosurveillance de la glycémie fait partie intégrante de la prise en charge des patients diabétiques. Les objectifs de contrôle de la glycémie doivent être définis individuellement par le médecin en lien avec son patient. Elle n'est ni systématique ni identique pour tous les patients diabétiques.

Conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé, chez certains patients diabétiques de type 2 non insulino-requérants (exclusion des patients diabétiques de type 2 sous insuline, des patients diabétiques de type 1 et de la présence d'un diabète gestationnel), l'autosurveillance glycémique n'est pas systématiquement pluriquotidienne. L'arrêté du 25 février 2011 définit ainsi le plafond de prise en charge des bandelettes glycémiques nécessaires à l'autosurveillance pour les patients diabétiques de type 2 non insulino-requérants à 200 unités par an.

Les engagements de l'Assurance maladie pour répondre aux enjeux de pertinence et d'efficience de la prescription de dispositifs d'auto-surveillance de la glycémie sont les suivants :

- La mise en place d'un « compteur » sur Amelipro permettant de suivre la consommation par patient du nombre de bandelettes ;
- Une campagne de sensibilisation des prescripteurs et des assurés à l'existence d'un seuil réglementaire annuel conformément aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS ;
- La mise à disposition d'un compteur volumétrique auprès des pharmaciens permettant de connaître les précédentes dispensations.

Les engagements collectifs des médecins conventionnés pour répondre aux enjeux de pertinence et d'efficience de la prescription de dispositifs d'auto-surveillance de la glycémie sont les suivants :

- Rappeler aux patients les bonnes pratiques de réalisation de l'autosurveillance de la glycémie ;
- Respecter ce seuil réglementaire de 200 bandelettes annuel pour chaque patient diabétique de type 2 éligible à ce seuil ; au-delà du seuil réglementaire, le médecin devra indiquer « non remboursé » sur l'ordonnance ;
- Demander préalablement au patient s'il a déjà des stocks suffisants de bandelettes avant de lui en prescrire ;
- Coopérer avec le pharmacien qui alerterait le prescripteur sur le dépassement du seuil par son patient au moment de la dispensation (coopération facilitée par l'ordonnance numérique).

Article 61-7-3. Pansements pour plaies non compliquées

Ambition : Diminuer les volumes remboursés de pansements techniques prescrits en post-opératoire de 5 % dès 2025.

L'utilisation importante et en première intention de pansements dits « techniques » sur des plaies non compliquées est en contradiction avec les recommandations émises en 2022 par la Haute Autorité de Santé pour l'utilisation des pansements pour plaies suturées, à la suite d'une intervention chirurgicale et représente donc un surcoût inutile pour l'Assurance maladie. Un fort gaspillage est de surcroît constaté par les infirmiers libéraux qui changent les pansements des patients et doivent adapter le matériel prescrit en conséquence.

Les engagements de l'Assurance maladie pour améliorer la pertinence du recours aux pansements sont les suivants :

- **Accompagner :**
 - Intégrer ce sujet à l'accompagnement annuel des établissements de santé ;
 - Proposer des modèles types de prescription pouvant être adaptés/complétés par les infirmiers.
- **Outiller :**
 - Engagement de travaux conventionnels avec les infirmiers et les pharmaciens sur leurs rôles respectifs en matière d'adaptation des prescriptions des pansements, notamment hospitalières.

Les engagements collectifs des médecins pour améliorer la pertinence du recours aux pansements sont les suivants :

- Respecter les recommandations de la HAS en privilégiant en première intention et en l'absence de facteurs aggravants les pansements secs « simples » ;
- Prescrire les plus petits conditionnements compatibles adaptés à la prise en charge de la plaie et dans le respect des délais de changement des pansements.

Article 61-8 : Pertinence des traitements pour apnée du sommeil

Ambition : En cohérence avec les recommandations scientifiques, augmenter significativement la part des patients traités avec des orthèses d'avancées mandibulaires (OAM) pour l'apnée du sommeil jusqu'à près de 30 % à terme.

Souvent moins connues, les orthèses d'avancées mandibulaires restent encore peu utilisées dans le traitement de l'apnée du sommeil. Pourtant, ce traitement est tout aussi pertinent voire parfois davantage par rapport à la PPC qui reste aujourd'hui le traitement de référence pour plus de 90 % des patients. Les recommandations scientifiques, appuyées par les comparaisons internationales, démontrent qu'une part plus importante de patients pourraient bénéficier des OAM plutôt que de la PPC permettant une aussi bonne voire meilleure prise en charge tout en diminuant les dépenses de l'Assurance maladie.

Pour atteindre l'objectif, les partenaires conventionnels décident :

Les engagements de l'Assurance maladie pour améliorer la pertinence des traitements pour l'apnée du sommeil sont les suivants :

- Engager une campagne de contrôle des prestataires de service et distributeurs de matériels (PSDM) du secteur de la PPC ;
- Mettre en place un dispositif financier incitatif collectif à l'initiation des OAM pour augmenter la part des patients traités par ces dispositifs médicaux ;
- Dématérialiser la DAP sur la PPC (Amelipro), selon un algorithme de décisions actualisé avec la société savante de pneumologie.

Les engagements collectifs des médecins pour améliorer la pertinence des traitements pour l'apnée du sommeil sont les suivants :

- Respecter le principe de sobriété des prescriptions en réévaluant le bienfondé des renouvellements de PPC notamment face à un patient non observant et en privilégiant les initiations d'OAM à chaque fois que cela se justifie ;
- Utiliser la nouvelle DAP dématérialisée pour la prescription de la PPC.

Article 61-9 : Pertinence des prescriptions d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)

Ambition : Diminuer de 20 % chez l'adulte et limiter chez l'enfant les prescriptions aux seules indications recommandées par la Haute Autorité de santé.

En 2020, d'après la HAS, 16 millions de patients avaient reçu un IPP soit environ 1/4 de la population. Plus de 50 % des usages ne seraient pas justifiés (fiche BUM HAS). Ces traitements sont souvent prescrits de manière trop systématique ou pour des durées trop longues. Au-delà de représenter des dépenses supplémentaires pour l'Assurance maladie, cette utilisation peut entraîner des effets indésirables pour les patients dont les patients pédiatriques.

Les engagements de l'Assurance maladie pour la pertinence des prescriptions d'IPP sont les suivants :

- **Informier :**
 - Informer les assurés, en particulier les parents de jeunes enfants, et l'ensemble des professionnels de santé, sur les risques iatrogéniques.
- **Accompagner :**
 - Création d'un dispositif financier incitatif individuel à destination des médecins, pour réduire les volumes d'IPP prescrits en rétribuant à chaque médecin prescripteur la baisse du nombre de ses prescriptions considérées comme inappropriées par les recommandations de la HAS.

Les engagements collectifs des médecins pour la pertinence des prescriptions d'IPP sont les suivants :

- **Prescrire aux meilleurs standards de pertinence :**
 - Respecter les ITR et s'interroger sur la iatrogénie engendrée à chaque ligne de prescription. Pour les enfants de moins de 2 ans : la prescription d'un IPP doit être réservée aux nourrissons âgés de plus de 1 mois et aux enfants ayant un RGO persistant et gênant, s'accompagnant de complications ou survenant sur un terrain particulier ;
 - Juste prescription en prescrivant uniquement dans les ITR et en ne systématisant pas les coprescriptions IPP-AINS chez les moins de 65 ans ;
 - Limiter l'utilisation au long cours (au-delà de 8 semaines) des IPP aux rares indications recommandées par la HAS et accompagner le cas échéant vers un second recours spécialisé.
- **Respecter le principe de sobriété des prescriptions :**
 - Limiter les renouvellements si non nécessaires et déprescrire dès que possible.

Article 61-10 : Diminution des actes d'imagerie redondants

Ambition : Diminuer les actes d'imagerie redondants voire inutiles et améliorer la pertinence des demandes.

En 2023, l'imagerie médicale représente plus de 5 milliards d'euros de dépenses pour l'Assurance maladie, dont un tiers de cette dépense est imputable aux forfaits techniques des examens en coupe (scanner, IRM, TEP). Les actes d'échographies se développent par ailleurs fortement en dehors des spécialités classiques réalisant ces examens, atteignant près de 44% des dépenses d'imagerie hors forfaits techniques (et 13% des dépenses de la CCAM). Enfin, la dynamique des dépenses s'est ainsi accrue de plus de 200M€ à fin 2023 par rapport au tendanciel de ces dernières années (hors rattrapage lié à la pandémie Covid-19).

Les engagements de l'assurance maladie pour la pertinence des demandes d'imagerie sont les suivants :

- **Informier :**
 - Construire des campagnes d'informations régulières, co-construites avec les radiologues, envers les médecins qui prescrivent des actes d'imagerie.
- **Accompagner :**
 - Renforcer le rôle du médecin radiologue dans son expertise en lui permettant de modifier la demande initiale d'imagerie. Il est notamment proposé, à des fins de suivi de cet engagement, que les radiologues indiquent l'identifiant du médecin demandeur de l'examen lors de la facturation de l'acte.
- **Outiller :**
 - Proposer des lettres d'adressage types, travaillées avec les professionnels ;
 - Travailler au déploiement d'une solution dématérialisée de demande d'imagerie (sur le modèle de l'ordonnance numérique) qui permettra notamment d'introduire de façon structurée les informations requises pour le radiologue, et de permettre au médecin à l'origine de la demande de suivre la réalisation effective de l'acte ;
 - Saisir la HAS sur des recommandations alternatives, tenant compte des contraintes sur l'offre de soin d'imagerie (délai d'attente pour un IRM, etc).

Les engagements collectifs des médecins pour la pertinence des demandes d'imagerie sont les suivants :

- **Prescrire aux meilleurs standards de pertinence :**
 - Respecter les recommandations de bonne pratique sur les demandes d'imagerie médicale :
 - qu'il s'agisse de recommandations ayant déjà fait l'objet d'actions au regard des indications précises de réalisation (lombalgie, radiographie de thorax, radiographie du crâne, ...) ;
 - ou encore de la prise en compte des nouvelles recommandations de la HAS (prise en charge des gonalgies, scapulalgies et cervicalgies,...).
 - S'assurer que les demandes d'imagerie médicale contiennent toutes les informations cliniques nécessaires au médecin radiologue pour la bonne réalisation de l'examen ; Réserver l'échographie et l'écho-doppler au lit du malade (ZZQM004 et ZZQM001), aux échographies et écho-doppler réalisées chez les patients hébergés en établissements de santé, conformément à la définition de l'ATIH. La pratique de l'échoscopie ne peut donner lieu à une prise en charge par l'Assurance Maladie, en l'absence d'une validation par la Haute Autorité de Santé.
- **Respecter le principe de sobriété des prescriptions**
 - Remettre aux patients l'imagerie réalisée ainsi qu'un compte-rendu d'examens permettant son utilisation par le médecin requérant ;
 - S'assurer de l'absence d'examens redondants, ce qui est notamment possible dans « Mon Espace Santé » et le DMP, avant chaque demande d'imagerie.

Par ailleurs, et au-delà de ces engagements, il est convenu de la reprise des travaux autour d'un nouveau protocole pluriannuel avec les radiologues libéraux.

Article 61-11 : Qualité des prescriptions des actes infirmiers

Ambition : Accompagner un accroissement de la qualité des prescriptions des actes infirmiers comme le renseignement des informations nécessaires à la bonne exécution de la prescription et la validation des BSI.

Les actes infirmiers représentent une assiette annuelle de dépense de plus de 9 milliards d'euros en 2022, 64% des honoraires étant consacrés aux actes eux-mêmes, 18% aux déplacements et 15% aux majorations.

Les prescriptions de soins infirmiers nécessitent de la part des prescripteurs une grande précision quant aux actes demandés (notamment injection, pansement, administration et surveillance d'une thérapeutique, surveillance et observation, actes de surveillance du diabète, perfusion, ...). Parallèlement, les infirmiers libéraux qui exécutent les prescriptions de soins doivent pouvoir justifier la réalisation effective de leurs actes, au risque d'être redevables d'indus auprès de l'Assurance maladie. Dans ce contexte, les infirmiers libéraux peuvent être amenés à demander la réécriture des ordonnances pour davantage de précision, occasionnant ainsi une charge administrative supplémentaire pour les médecins comme pour les infirmiers, de la perte de temps, et dans les situations les plus complexes, peuvent occasionner des retards de prise en charge.

Le bilan de soins infirmiers (BSI) permet à l'infirmier, à la suite d'une prescription de soins pour dépendance, de faire une évaluation de l'état de santé du patient dépendant afin d'établir un plan de soins infirmiers personnalisé. Depuis le 1er janvier 2022, l'outil BSI est étendu à l'ensemble des patients dépendants, quel que soit leur âge et il est devenu facturable depuis le 3 octobre 2022.

Les engagements de l'Assurance maladie pour améliorer la qualité des prescriptions d'actes infirmiers sont les suivants :

- **Accompagner :**
 - Conduire une campagne dédiée d'information et d'accompagnement sur les conventions d'écriture en matière de prescriptions de soins infirmiers afin d'éviter les rejets et les indus ;
 - Engager des travaux avec la profession des infirmiers sur la simplification de leur nomenclature et des informations requises dans les prescriptions médicales.
- **Outils**
 - Promouvoir les outils numériques visant à accompagner le médecin dans la rédaction de ses ordonnances de soins infirmiers (ex. outil « prescription IDEL » des URPS médecins et infirmiers de Bourgogne-Franche-Comté) ;
 - Enrichir la rubrique de l'ordonnance numérique dédiée aux soins infirmiers pour couvrir le maximum de cas cliniques.

Les engagements collectifs des médecins pour améliorer la qualité des prescriptions d'actes infirmiers sont les suivants :

- **Prescrire aux meilleurs standards de pertinence :**
 - Respecter les conventions d'écriture des prescriptions de soins infirmier en utilisant les outils d'aide à cette prescription (voir ci-dessus).
- **Respecter les qualités techniques des prescriptions**
 - Valider systématiquement les bilans de soins infirmiers de ses patients ;
 - Recourir à la rubrique dédiée aux soins infirmiers dans l'ordonnance numérique.

Article 61-12 : Pertinence et qualité de la prescription de transport

Ambition : Au regard de l'impact environnemental et économique des transports sanitaires, renforcer la pertinence de la prescription de transports en fonction de l'état de santé du patient en limitant le nombre de transports en ambulance et en facilitant le recours au transport partagé lorsque l'état de santé du patient le permet.

Les dépenses de transport représentent une assiette annuelle de dépense de près de 5 milliards d'euros. Ce poste de dépenses est particulièrement dynamique depuis plusieurs années avec une accentuation plus marquée en 2022 et 2023 avec des augmentations respectives de +7,5% et de +9,3%.

Le tiers de ces dépenses transports sont liées à des prescriptions réalisées par des prescripteurs libéraux. Parmi les prescriptions de libéraux, 58% des montants remboursés correspondent à des prescriptions de généralistes.

Le mode de transport prescrit est le levier le plus puissant, car selon que le transport est assuré en transports en commun, en transport assis professionnalisé, ou en transport couché en ambulance, les dépenses engagées par la collectivité varient respectivement dans des rapports de 1, 4 et 10.

De plus, le transport représente 9 %, des émissions de gaz à effet de serre du système de santé, dont il faut maîtriser les évolutions.

De nombreux acteurs sont concernés par les enjeux de pertinence sur la thématique du transport (prescripteurs libéraux et hospitaliers, effecteurs du transport, assurés, ...) et seront donc associés aux actions identifiées.

Les engagements de l'Assurance maladie pour répondre aux enjeux de pertinence et d'efficience des prescriptions de transport sont les suivants :

- **Informier**
 - Mettre à disposition du médecin son profil de prescriptions de transport actualisé, le moment venu sous forme de data visualisation ;
 - Faciliter la visibilité des référentiels de prescriptions de transports, des règles de prise en charge et de leurs mises à jour.
- **Accompagner**
 - Des actions renforcées d'information, d'accompagnement et de contrôle à l'endroit des différents acteurs (campagne auprès des assurés sur le recours possible à des modalités de transport moins onéreuses pour le système) ;
 - Des campagnes de présentation des nouvelles règles relatives aux transports partagés vers les différents publics concernés (prescripteurs, effecteurs de transport, assurés) ;
 - Un accompagnement ciblé des prescripteurs hospitaliers notamment dans le cadre de la VAES (Visite Annuelle en Etablissements de Santé) par les CPAM en lien avec les travaux menés par l'ANAP.
- **Outiller**
 - Améliorer l'outil de prescription de transports sur AmeliPro, tant sur le volet ergonomique (ex. présélection d'établissements fréquents), que sur ses fonctionnalités, comme l'articulation avec les prescriptions de transports soumis à accord préalable.

Les engagements collectifs des médecins pour répondre aux enjeux de pertinence et d'efficience des prescriptions de transport sont les suivants :

- **Prescrire aux meilleurs standards de pertinence** pour sa patientèle :
 - En prescrivant le mode de transport adapté à l'état de la santé du patient ;
 - En respectant le principe de la prescription a priori (pas de régulation a posteriori).
- **Favoriser le principe de sobriété des prescriptions**
 - En respectant le règle de la prescription du transport le **moins onéreux** compatible avec l'état de santé du patient ;
 - Ne prescrire une **ambulance** que dans les seuls cas où est nécessaire un brancardage, un transport en position allongée ou semi-assise, une surveillance particulière ou dans des conditions d'asepsie ;
 - Orienter les patients pouvant se déplacer sans assistance vers l'utilisation d'un **véhicule personnel** ou des **transports en commun** ;
 - Encourager le **transport partagé** (sauf exception liée à l'état de santé du patient).

- **Respecter le cadre de qualité technique des prescriptions** avec la systématisation progressive des prescriptions de transport au format dématérialisé permettant ainsi de favoriser la lutte contre les abus et la fraude en s'assurant de la cohérence entre la prescription et la prestation réellement facturée.

Article 61-13 : Diminution des examens biologiques inutiles

Plusieurs actes de biologie ont été reconnus comme ayant un intérêt limité dans le parcours de soins qui sont encore largement utilisés. Il s'agit :

- Du dosage de la vitamine D qui n'est préconisé que dans 6 situations cliniques précises par la HAS. En dehors de ces situations, il n'y a pas d'utilité prouvée à doser la vitamine D. Ces dosages de vitamine D sont en progression dynamique depuis 2019 : plus de 6,8 millions de dosages de vitamine D, soit 42 M€ dans des laboratoires privés contre 3,9 M€ en 2015, dont 60% des prescripteurs sont des médecins généralistes. Chez les patients âgés de 16 à 65 ans, seuls 9 % des dosages de vitamine D correspondent, in fine, à une indication recommandée par la HAS ;
- L'obsolescence de la vitesse de sédimentation (VS) même s'il n'y a pas de recommandation HAS pour en limiter les indications de prescription. La VS dans la littérature scientifique est à restreindre à certaines situations rares telles que l'exclusion d'une maladie de Horton et la définition du stade d'une maladie de Hodgkin. Depuis dix ans, le nombre de tests de VS diminue tendanciellement, mais se situe à un niveau qui reste élevé avec 16,8 millions d'actes en 2022 ;
- Les triples dosages et les doubles dosages sont justifiés que dans de très rares cas. Une nouvelle approche avec des dosages en cascade est recommandée par la HAS (2023). En 2021, près de 30 millions de triples dosages ont été réalisés chez des adultes.

Ambition : Réduire drastiquement les remboursements d'examens biologiques inutiles en diminuant d'au moins 80% le nombre de ces actes dans le cadre d'une liste à définir entre les partenaires.

Les engagements de l'Assurance maladie pour diminuer les examens biologiques inutiles sont les suivants :

- **Outils**
 - Permettre aux biologistes d'adapter les prescriptions, prioritairement pour les prescriptions hospitalières ;
 - Étudier la possibilité pour le biologiste de facturer au patients des actes non prescrits.

Les engagements collectifs des médecins pour diminuer les examens biologiques inutiles sont les suivants :

- **Prescrire aux meilleurs standards de pertinence :**
 - Respecter les recommandations scientifiques sur quelques actes de biologie pour lesquels un mésusage très important est constaté :
 - La vitamine D ;
 - La T3/T4 ;
 - Le groupe sanguin (hors contexte de grossesse) ;
 - Le fer sérique ;
 - La vitesse de sédimentation.
 - Indiquer dans l'ordonnance les motifs des examens requis afin de faciliter le travail des biologistes.
- **Respecter le principe de sobriété des prescriptions**
 - Éviter les actes inutiles dans les indications non recommandées par la HAS (voir ci-dessus).

- Veiller à la non-redondance des prescriptions (consultation du DMP du patient, envoi au MT via la MSS...).
- **Respecter les qualités techniques des prescriptions**
 - Systématiser les « ordonnances conditionnelles » et les « ordonnances en cascade » pour toutes les indications qui s'y prêtent (TSH +/- T4L, NFS+/-, ferritinémie...).

Article 61-14 : Juste recours à l'ordonnance bizonne

Ambition : Renforcer le juste recours à l'ordonnance bizonne pour les patients en affection de longue durée (ALD), laquelle distingue les soins liés à la pathologie chronique éligibles au remboursement par l'Assurance maladie à 100 %.

Près de 12 millions de personnes sont bénéficiaires du dispositif des ALD30 pris en charge par le régime général de l'Assurance maladie en 2022.

L'exonération du ticket modérateur ne s'applique qu'aux seuls soins liés à la pathologie éligible à l'ALD. Les médecins traitants utilisent à cet effet un ordonnancier dit « bizonne » permettant de différencier les prescriptions relatives à la pathologie couverte par l'ALD (prescrites en « partie haute » de l'ordonnance) du reste des prescriptions. Le non-respect de cette distinction entraîne une dépense induite pour l'Assurance maladie.

Les engagements de l'Assurance maladie sur le juste recours à l'ordonnance bizonne sont les suivants :

- **Accompagner**
 - Des actions de sensibilisation à destination des prescripteurs libéraux et hospitaliers et des pharmaciens dédiés au bon usage de l'ordonnance bizonne notamment en partageant une information adaptée dès l'installation ;
 - Action de sensibilisation à la mise à jour des déclarations d'ALD des patients, notamment pour une 2ème ALD.
- **Outiller**
 - L'engagement de travaux avec les représentants des pharmaciens pour une solution de contrôle du respect du bizonne au moment de la dispensation.

Les engagements collectifs des médecins sur le juste recours à l'ordonnance bizonne sont les suivants :

- Respecter le principe de l'ordonnance bizonne en distinguant les prescriptions relevant de l'ALD ou non ;
- Actualiser les ALD de sa patientèle sur Amelipro.

Article 61-15 : Dépistage précoce des maladies cardio-vasculaires et des cancers

Ambition : Favoriser l'entrée précoce des patients atteints de certains cancers ou pathologies chroniques dans un parcours de soins approprié.

Les pathologies chroniques constituent 62% de la dépense d'Assurance maladie et concernent 32% de la population, soit près de 25 millions de personnes. Au sein de cet ensemble, deux axes de renforcement ont été identifiés collectivement du fait de la prévalence et de la progression des pathologies et des mesures accessibles qui peuvent améliorer tant le pronostic, que la charge de prise en charge et le coût :

- la systématisation du repérage et du dépistage des pathologies chroniques cardiovasculaires et associées selon les recommandations de la HAS (exemples : repérage du diabète par FINDRISK et dépistage par glycémie à jeun, dépistage de la MRC par créatininémie et ratio albuminurie/créatininurie, ...) ;

- le renforcement des actions d'information et d'accompagnement visant à faire bénéficier l'ensemble des patients éligibles aux dépistages organisés des cancers (colorectal, sein, col de l'utérus).

Les engagements de l'Assurance maladie pour améliorer le dépistage des pathologies chroniques :

- **Informier :**
 - Communication au médecin traitant de la liste de ses patients éligibles aux différents dépistages organisés des cancers sur Amelipro ;
 - Mise à disposition du médecin traitant des données de suivi de chacun de ses patients à partir des données du SNDS afin de fournir au médecin les informations les plus complètes possibles sur le parcours de soins de son patient (vaccinations, actes de biologie, actes d'imagerie, consultations de spécialistes, actes paramédicaux, etc) ;
 - Mise à disposition et actualisation régulière des outils de diagnostic territoriaux (ODT) pour les pathologies cardiovasculaires et associées.
- **Accompagner :**
 - « Profils » pour les médecins traitants sur leurs patients à risque d'insuffisance cardiaque : analyse des caractéristiques de la patientèle et de la qualité de son suivi ;
 - Campagne de promotion de l'activité physique et de la prescription de l'APA ;
 - Campagne de communication « EPON » sur l'insuffisance cardiaque ;
 - Campagne de promotion du dépistage du diabète ;
 - Campagne de promotion du dépistage de la MRC ;
 - Indentification de la communication sur les dépistages organisés du cancer, en lien avec l'INCA.
- **Outils :**
 - Espace « maladies cardiovasculaires et associées » (MCVA) sur ameli.fr (mémos digitalisés, questionnaires de scores de risque tels que diabète, niveau d'activité physique, etc) ;
 - Nouvel accompagnement « SOPHIA » pour les patients MCVA ;
 - Permettre aux médecins de commander le plus aisément possible les kits de dépistage des cancers (actuellement cancer colorectal) aux fins de remise, accompagnée de conseils et explications, à leur patientèle éligible ;
 - Mise en place de plateformes d'appels sortants pour « aller vers » les patients identifiés comme éligibles mais non-dépistés sur les trois cancers organisés.

Les engagements collectifs des médecins pour améliorer le dépistage des pathologies chroniques :

- **Contribuer au dépistage organisé des cancers** (colorectal, sein, col de l'utérus) en pratiquant les actes de dépistage dans les situations qui s'y prêtent, et/ou en orientant les patients éligibles vers les structures et professionnels réalisant l'acte de dépistage, en fonction de la situation du patient / de la patiente. Le médecin, par sa connaissance fine de sa patientèle, est conforté par la présente convention dans son rôle d'acteur majeur de la prévention des cancers : en prévention secondaire comme indiqué supra, en réalisant lui-même les dépistages ou en contribuant à lever les éventuels freins à la réalisation de l'acte ; mais également en prévention primaire, par la dispensation à sa patiente / son patient de conseils en santé adaptés à sa situation ;
- **Prescrire les dépistages et faire entrer les patients atteints de maladies cardio- vasculaires et associées dans un parcours** de soins et de suivi adapté en fonction des dépistages réalisés et des niveaux de risque identifiés (*respect des bonnes pratiques, recommandations HAS, référentiels...*) ;
- **Utiliser les outils et informations** mis à disposition par l'Assurance maladie, notamment les outils de diagnostic territorial, les listes de patients non dépistés, les informations sur les patients ;

- **Assurer la pertinence des prescriptions dans le respect des recommandations HAS**, notamment en prenant en compte l'historique de consommation de soins et les données médicales disponibles dans Mon Espace Santé pour chaque patient.

Titre 2 : 4 dispositifs d'intéressements

Les partenaires conventionnels souhaitent valoriser l'engagement des médecins libéraux de ville dans une démarche de qualité, d'efficience des prescriptions et d'accompagnement des patients grâce à des dispositifs d'intéressement. Dans le respect des recommandations des autorités scientifiques nationales et en particulier celles de la Haute Autorité de santé, chaque dispositif d'intéressement permettra aux médecins libéraux concernés d'obtenir une partie des économies obtenues par l'Assurance maladie au titre de la meilleure pertinence des prescriptions.

Article 62. Intéressement à la prescription de médicaments biosimilaires

L'objectif du dispositif est de valoriser l'augmentation du nombre de patients auxquels sont prescrits, conformément aux recommandations de bonne pratique, des médicaments biosimilaires par les médecins libéraux, par :

- l'augmentation des initiations de traitements par médicaments biosimilaires, c'est-à-dire la prescription d'un médicament biosimilaire à un patient qui n'a eu aucune prescription de ce médicament dans les 12 mois qui précèdent l'initiation de traitement, que ce soit en médicament biosimilaire ou médicament bioréférent ;
- l'augmentation des « switchs » des médicaments bioréférents vers les médicaments biosimilaires, c'est-à-dire la prescription d'un médicament biosimilaire à un patient auquel était antérieurement prescrit le médicament biologique de référence et qui est confirmée par au moins 3 dispensations consécutives d'un médicament biosimilaire (le même ou du même groupe biologique similaire).

Les modalités pratiques du dispositif sont détaillées à l'annexe 18.

Article 63. Intéressement à la dé-prescription des Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP)

L'objectif du dispositif est de limiter la consommation d'IPP dans les situations jugées non pertinentes selon les recommandations de bonnes pratiques de la HAS. L'intéressement permet de valoriser le temps médical dédié à l'accompagnement du patient dans le changement de pratique. En effet, la dé-prescription est un processus systématisé permettant d'identifier et d'arrêter des médicaments dans des situations où le risque existant ou potentiel de dommages est plus important que les bénéfices existants ou potentiels, pour un patient donné.

Conformément aux recommandations HAS, l'intéressement à la dé-prescription des IPP concernera les situations suivantes :

- chez le patient de moins de 65 ans sous prescription d'IPP concomitante avec un AINS ;
- chez le patient de plus de 65 sous prescription d'IPP et consommant sur une durée de plus de 8 semaines sans justification particulière.

L'intéressement à la dé-prescription prévoit le partage, entre les médecins concernés et l'Assurance maladie, des économies générées par la mise en conformité des prescriptions d'IPP avec les indications médicales et les référentiels de bon usage pour cette classe thérapeutique.

Ce dispositif entre en vigueur au 1^{er} janvier 2025 et prendra fin 3 ans après son démarrage. Le dispositif pourra être renouvelé au regard des résultats après avis de la CPN.

Les modalités pratiques du dispositif sont détaillées à l'annexe 18.

Article 64. Intéressement à l'initiation des orthèses d'avancée mandibulaire

Les orthèses d'avancée mandibulaire (OAM) sont des dispositifs médicaux parfaitement indiqués dans certaines situations pour les patients atteints du syndrome d'apnée du sommeil. Seulement, d'après les recommandations scientifiques, une faible proportion des patients éligibles à ce traitement en bénéficie aujourd'hui car ils sont plutôt orientés vers des dispositifs de pression positive continue (PPC). La PPC est plus coûteuse pour l'Assurance maladie que les OAM et ne correspond pas toujours au traitement le plus adapté pour les patients.

Dans les situations où les recommandations de bonnes pratiques de la HAS privilégient les OAM, le dispositif d'intéressement vise à valoriser le temps médical dédié à l'accompagnement du patient vers cette classe de dispositif médical.

Le dispositif prévoit le partage, entre les médecins prescripteurs et l'Assurance maladie, de dépenses évitées par une augmentation progressive des initiations des OAM.

Ce dispositif entre en vigueur au 1^{er} janvier 2025 et prendra fin 3 ans après son démarrage.

Les modalités pratiques du dispositif sont détaillées à l'annexe 18.

Article 65. Valorisation de l'accompagnement des patients souffrant d'insuffisance cardiaque

Afin de favoriser la prise en charge des patients souffrant d'insuffisance cardiaque, une rémunération forfaitaire spécifique est proposée pour les cardiologues qui exercent en secteur 1 ou secteur 2 adhérant à l'OPTAM comme suit :

Pour chaque cardiologue, une rémunération de 250 € par indicateur indépendant :

- Nombre de patient en ALD 5 pour IC : 250 € si supérieur à 40 patients en 2026 (50 en 2027 et 60 en 2028) ;
- Part des patients ALD 5 pour IC vus au moins une fois par an : si supérieur à 50 % ;
- Part de patients ALD 5 vus dans les 2 mois en sortie d'hospitalisation si supérieur à 50 % ;
- Nombre de patients mis en télésurveillance suite à hospitalisation pour IC : si supérieur au seuil de 5 patients.

Cette rémunération est calculée au 31/12/n de chaque année et versée en n+1.

La CPN sera chargée notamment de déterminer les règles de calcul des indicateurs, préciser les objectifs et les seuils minimaux à atteindre. Des réflexions sur l'intégration d'autres indicateurs pourraient également être menées dans ce cadre.

Cette rémunération entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2026.

Les partenaires conventionnels conviennent que l'accompagnement d'autres pathologies pourront faire l'objet d'une valorisation par l'Assurance Maladie.

Titre 3 : Sensibiliser à la sobriété dans la prescription de médicaments

Parmi les émissions carbone du système de santé (8 % des émissions nationales), 50 % sont liées aux produits de santé dont 29 % pour le médicament et 21 % pour les dispositifs médicaux. Dans le cadre de la stratégie nationale bas carbone, un objectif de réduction de 75 % des émissions de gaz à effet de serre (GES) a été fixé à l'horizon 2050.

Article 66. Principe du dispositif sobriété

Afin d'accompagner la baisse de l'empreinte carbone des médecins conventionnés un « dispositif sobriété » est créé. Celui-ci vise à informer et sensibiliser les médecins généralistes sur leurs prescriptions de médicaments, et à récompenser les médecins les plus vertueux via la mise en place d'un « bonus sobriété ». Celui-ci, repose sur le calcul annuel d'un indicateur individuel pour chaque médecin, appelé ci-après ratio de sobriété.

Article 67. Champ du ratio de sobriété

- ***Les médecins concernés par l'indicateur***

Pour le calcul de l'indicateur pour une année N, sont concernés les médecins généralistes libéraux conventionnés, hors MEP, actifs au 31 décembre de l'année N-1 et N et hors primo-installés lors de ces deux années. Les médecins doivent également avoir été consultés par plus de 100 patients parmi leur patientèle médecin traitant chacune des années N-1 et N et avoir prescrit au moins un médicament concerné par l'indicateur par patient chacune des années N-1 et N.

- ***Les patients pris en compte dans le calcul de l'indicateur***

Seuls les patients avec le même médecin traitant en année N-1 et N sont pris en compte pour le calcul de l'indicateur. Les patients doivent avoir plus de 16 ans et avoir consulté leur médecin traitant au moins une fois lors des deux années (N-1 ou N). Les patients décédés en année N-1 ou N sont exclus de l'indicateur.

- ***Les médicaments pris en compte dans le calcul l'indicateur***

Seuls les médicaments dont les prescriptions initiales ont été effectuées à au moins 50 % par des omnipraticiens libéraux conventionnés entre octobre 2022 et septembre 2023 sont intégrés dans l'indicateur. Une prescription d'un médicament à un patient est considérée comme une prescription initiale lorsqu'aucun autre médecin, libéral ou salarié d'un centre de santé ou d'un établissement hospitalier, n'a déjà prescrit à ce patient un même médicament dans les six mois précédents cette prescription. Sont considérées comme des prescriptions d'un même médicament, les prescriptions portant sur des médicaments appartenant à la même classe ATC niveau 5, c'est-à-dire par substance chimique. Les vaccins sont exclus de l'indicateur.

Les médicaments intégrés dans l'indicateur doivent avoir été délivrés en officine de ville et avoir donné lieu à un remboursement par l'Assurance maladie. Seules les dispensations issues des prescriptions par le médecin traitant à

sa patientèle médecin traitant sont prises en compte dans l'indicateur. Sont donc exclues les dispensations issues des prescriptions faites par un autre médecin que le médecin traitant.

Article 68. Méthodologie de calcul du ratio de sobriété annuel

Pour chaque médecin généraliste, le montant observé de prescriptions de médicaments à sa patientèle médecin traitant est comparé au montant moyen, observé au niveau national, prescrit par l'ensemble des médecins généralistes concernés par l'indicateur à leur patientèle médecin traitant. Le montant des prescriptions de chaque médecin généraliste est corrigé pour tenir compte des caractéristiques de sa patientèle médecin traitant selon la méthodologie décrite ci-après.

Dans un premier temps, pour une année N, est calculé, pour chaque médecin généraliste, le montant remboursable total observé issu des prescriptions des médicaments entrant dans le champ de l'indicateur. Dans un second temps, pour cette même année, est calculé le montant remboursable total corrigé pour chaque médecin généraliste. Ce calcul est effectué en stratifiant sa patientèle médecin traitant selon quatre variables :

- Patients avec une exonération au titre d'une affection de longue durée (oui/non) ;
- Age (< 45 ans ; 45-54 ans ; 55-64 ans ; 65-74 ans ; >= 75 ans) ;
- Homme/femme ;
- Bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (oui/non).

Pour chaque médecin généraliste, le montant remboursable corrigé pour une strate de sa patientèle médecin traitant est égal au produit de l'effectif de cette strate, d'une part, et du montant remboursable moyen issu des prescriptions de l'ensemble des médecins entrant dans le champ de l'indicateur en France pour cette même strate, d'autre part. Le montant remboursable total corrigé pour un médecin généraliste est égal à la somme des montants remboursables corrigés pour chaque strate, sur l'ensemble des strates de sa patientèle.

Le ratio de sobriété, pour une année N, pour chaque médecin généraliste entrant dans le champ de l'indicateur, est égal au rapport entre le montant remboursable total observé et le montant remboursable total corrigé définit.

Article 69. Rémunération des médecins généralistes et modalités de mise en œuvre du ratio de sobriété

En année N, pour souligner l'investissement en faveur de la sobriété des prescriptions, un bonus sobriété sera versé chaque année aux médecins généralistes :

- avec un ratio de sobriété inférieur ou égal au 3e décile, c'est-à-dire les 30% des médecins avec le ratio de sobriété le plus faible en année N ;
- avec un ratio de sobriété compris entre le 3e et le 6e décile en année N et dont le ratio de sobriété a diminué d'au moins 10% entre l'année N-1 et l'année N.

Le bonus versé pour chaque médecin bénéficiaire est égal à 1 000 € multiplié par un coefficient de pondération. Ce coefficient est égal, pour chaque médecin au titre de l'année N, au rapport entre l'effectif de la patientèle médecin traitant de ce médecin prise en compte dans le calcul du ratio de sobriété et l'effectif moyen de la patientèle médecin traitant pour l'ensemble des médecins généralistes concernés par l'indicateur.

Ce dispositif entrera en vigueur en 2025 avec un premier versement du bonus en 2026 au titre de l'année 2025, en lien avec les prescriptions de médicaments des années 2024 et 2025 en date de remboursement.

Titre 4 : Formation professionnelle et groupes d'amélioration des pratiques**Article 70. Développement professionnel continu (DPC)**

Dans le cadre de l'observatoire de la pertinence et de la qualité, les partenaires conventionnels souhaitent que le développement professionnel continu (DPC) soit mis à profit comme un outil au service des actions de pertinence des soins.

Les partenaires conventionnels souhaitent ainsi créer une dynamique d'offre de formation à destination des médecins autour des programmes de pertinence partagés et proposent que ces derniers deviennent des axes de formation prioritaires à déployer dans le cadre du DPC par les organismes de formation et sous l'égide de l'ANDPC.

À cette fin, les partenaires proposent la rédaction d'un cahier des charges pour chaque programme de pertinence sous l'égide et validé par la CPN pour apporter un cadre à l'offre de formation à diffuser par l'ANDPC auprès des organismes de formation.

L'observatoire de la pertinence et de la qualité aura la charge du suivi et de la mesure de l'impact de ces actions.

Article 71. La mise en place de Groupes d'Amélioration des Pratiques (GAP)

Afin d'améliorer la pratique professionnelle en matière d'efficacité et de pertinence des soins, l'Assurance maladie s'engage à favoriser sur le territoire un dispositif d'échange de pratique entre pairs favorisant une démarche réflexive de leur pratique.

En s'appuyant sur l'expérience des groupes qualités existants, les Groupes d'Amélioration des Pratiques (GAP) permettront de généraliser l'amélioration de la pertinence des prescriptions et des parcours de soins.

Les modalités de mise en place des groupes d'amélioration des pratiques (GAP) seront définies dans un cahier des charges répondant aux critères de qualité préconisés par la HAS qui sera validé en CPN.

Le médecin généraliste ou spécialiste est indemnisé 140 euros par l'Assurance maladie pour la participation à chaque groupe de 2 heures. L'indemnisation des structures porteuses est assurée par l'ANDPC selon un forfait adapté tenant compte des coûts constatés des dispositifs.

Titre 5 : La mise en place d'un observatoire conventionnel national de la pertinence et de la qualité**Article 72. Modalités de la mise en place de l'observatoire conventionnel national de la pertinence et de la qualité**

Les parties signataires conviennent de la mise en œuvre d'un observatoire national conventionnel de la pertinence et de la qualité des soins.

Cet observatoire qui se réunira, a minima deux fois par an dans le cadre de la CPN, aura vocation à :

- Suivre la dynamique des dépenses de prescription des médecins libéraux ;
- Examiner les actions mises en œuvre dans le cadres des programmes d'actions partagées ;
- Prendre connaissance des résultats des actions de pertinence au regard des objectifs fixés ;
- Partager les résultats globaux des différents dispositifs d'intéressement ;
- Suivre la montée en charge des actions de DPC et des groupes d'analyse de pratique

Le suivi des résultats et des travaux de cet observatoire seront rendus publics.

Article 73. Conséquences en cas de non atteinte des objectifs

L'observatoire national de la pertinence et de la qualité permettra d'ajuster de manière régulière les projections à horizon 2027 des différents postes de prescription, et de mesurer ainsi l'écart à la trajectoire projetée des différentes cibles des programmes d'actions partagés. Les partenaires conventionnels se fixent comme objectif de proposer, ensemble, des actions correctives supplétives et/ou substitutives pour les programmes qui prendraient du retard, afin de renforcer les moyens déployés de part et d'autre pour atteindre la cible fixée conventionnellement.

Partie 7 : La valorisation de l'activité du médecin

L'ensemble des mesures ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires et frais accessoires seront mises en œuvre sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations définies à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et applicables, sauf mention contraire, à l'issue délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

Titre 1 : La valorisation de l'activité clinique

La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), mise en œuvre par décision de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) publiée au Journal Officiel de la République Française, en application de l'article L 162-1-7 du code de la sécurité sociale, dans sa version en vigueur à la date de publication de la présente convention continue à s'appliquer, le cas échéant avec les modifications qui interviendront ultérieurement à cette date, pendant la durée de la présente convention.

Dans le cadre des modifications de la nomenclature portée par la présente convention, les partenaires conventionnels, dans un objectif de simplification, prévoient de faire évoluer l'organisation des différents articles de la liste des actes et prestations (LAP).

Dans le cadre de la valorisation de l'activité clinique du médecin, les tarifs indiqués dans les articles de ce chapitre sont ceux applicables en Métropole, et désignés en Annexe 1 qui comprend les tarifs applicables dans les autres départements.

Article 74. La consultation de référence

« Acte de référence de la nomenclature clinique », cette situation correspond à la consultation habituelle du médecin définie dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale dans les situations suivantes :

- suivi de pathologies chroniques stables ;
- prise en charge de pathologies aiguës ne présentant pas de critère de sévérité ;
- recours non liés au traitement d'une affection évolutive.

Afin de simplifier la facturation de cette consultation de référence, la majoration du médecin spécialiste MPC (prévue à l'article 2 bis de la NGAP), la majoration pour les médecins généralistes (MMG), la majoration MTS transitoire spécifique pour les médecins spécialistes de Mayotte et la majoration des gynécologues médicaux (code spécialité 70 ou 79) MGM (prévue à l'article 14.4.5 de la NGAP) sont supprimées à l'expiration du délai mentionné à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale. Les tarifs correspondants à ces majorations sont intégrés dans le tarif de la consultation de référence. Cette simplification de la nomenclature n'a pas d'impact.

La facturation de la consultation de référence s'effectue sous les cotations suivantes pour les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ou en secteur à honoraires différents lorsque la consultation ou la visite est facturée à tarif opposable :

- G (VG pour la visite) pour les médecins généralistes ;
- CNP (ou VNP pour la visite) pour les psychiatres et les neurologues ;
- CS (VS pour la visite) pour les médecins spécialistes des autres spécialités.

Pour les médecins de secteur 2 n'ayant pas adhéré au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, la cotation de la consultation de référence avec dépassement s'effectue sous la cotation C (ou V pour les visites) et CP pour les psychiatres et les neurologues. Pour les psychiatres, la prise en charge intensive continue d'un épisode de décompensation psychique définit à l'article 15.2.4 de la NGAP sera facturée avec la lettre-clé CP affectée du coefficient 0,8.

Reconnaissant la spécificité des prises en charge de certaines spécialités en secteur à honoraires opposables et en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ou en secteur à honoraires différents lorsque la consultation ou la visite est facturée à tarif opposable, les partenaires conventionnels proposent de revaloriser, immédiatement sauf disposition contraire à l'issue du délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, leur tarif de la consultation de référence :

- La consultation de référence des médecins généralistes est revalorisée à 30€ ;
- La consultation de référence des psychiatres et des neurologues (code spécialité 17, 32, 33 ou 75) est revalorisée à 50€ puis à 52 € au 1er juillet 2025 (soit 55€ puis 57 € au 1er juillet 2025 en association avec la MCS) ;

- La consultation de référence des gynécologues médicaux (code spécialité 70 ou 79) est revalorisée à 32 € puis 35 € au 1er juillet 2025 (soit 37 € puis 40 € au 1er juillet 2025 en association avec la MCS) ;
- La consultation de référence des gériatres (code spécialité 34) est revalorisée à 32 € puis 37 € au 1er juillet 2025 (soit 37 € puis 42 € au 1er juillet 2025 en association avec la MCS) ;
- La consultation des médecins spécialistes en médecine physique et réadaptation (code spécialité 31) est revalorisée à 31 € puis 35 € au 1er juillet 2025 (soit 36 € puis 40 € au 1er juillet 2025 en association avec la MCS).

Les conditions de facturation de la consultation à distance sont décrites à l'Article 87.

Article 75. Les consultations coordonnées

Les consultations coordonnées et de suivi par le médecin correspondant réalisées dans le cadre du parcours de soins, avec retour d'information vers le médecin traitant

Afin de valoriser le médecin correspondant qui procède à un retour d'information vers le médecin traitant, les majorations suivantes applicables à la consultation sont créées :

- Le médecin spécialiste correspondant cote la majoration de coordination spécialiste (MCS) ;
- Les cardiologues peuvent coter une majoration (MCC) applicable à la CSC réalisée dans les conditions définies par l'article 15-1 des dispositions générales de la NGAP ;
- Le médecin généraliste correspondant cote la majoration de coordination généraliste (MCG).

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, ces majorations ne peuvent être cotées que par les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables, par les praticiens ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis à l'Article 41 et suivants de la convention et par les médecins exerçant dans le secteur à honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement lorsqu'ils pratiquent les tarifs opposables. Les partenaires conventionnels conviennent d'inscrire ces majorations dans la NGAP selon les règles suivantes :

- Lorsque le médecin correspondant, adhérent à la présente convention reçoit le patient y compris âgé de moins de 16 ans, à la demande du médecin traitant pour des soins itératifs et procède à un retour d'informations au médecin traitant, il bénéficie d'une majoration de coordination applicable à la consultation. Cette majoration est également applicable pour les médecins en accès spécifique, dès lors qu'ils effectuent un retour d'information écrit au médecin traitant ;
- Cette majoration de coordination est également applicable en cas de séquence de soins nécessitant un ou plusieurs intervenants, c'est-à-dire lorsque le patient est adressé par un médecin correspondant à un autre médecin spécialiste avec information au médecin traitant ;
- Par dérogation pour un enfant de moins de 16 ans et en l'absence de médecin traitant la MCS et la MCC sont facturables.

La majoration de coordination ne peut pas se cumuler avec la facturation d'un dépassement autorisé (DA) prévu à l'Article 11 de la présente convention.

Lorsqu'à l'occasion d'une consultation, le médecin correspondant a facturé une majoration de coordination et qu'il est constaté *a posteriori* que l'assuré n'a pas déclaré de médecin traitant, cette majoration est versée par l'organisme d'assurance maladie au praticien dans le cadre de la dispense d'avance des frais.

Article 76. Les consultations de l'enfant

1 -Les examens obligatoires de l'enfant

Afin de répondre à certains enjeux de santé publique en matière de prévention et de santé de l'enfant, sont valorisées à un tarif de 54 € puis 60 € le 1er juillet 2025 les trois consultations obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat (8ème jour, 9ème mois ou 10ème mois et 24ème ou 25ème mois) facturées COE, définies à l'article 14.9 de la NGAP et réalisées à tarif opposable par le pédiatre ou le médecin généraliste.

Pour les médecins exerçant en secteur à tarif opposable (ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou en secteur à honoraires différents lorsque la consultation ou la visite est facturée à tarif opposable), le médecin généraliste facture le code COD valorisé à 35 € pour les enfants de moins de 6 ans, COB valorisé à 30€ pour les enfants à partir de 6 ans ; le pédiatre facture le code COH pour les enfants de moins de 2 ans valorisé à 45 € puis 50 € à compter du 1er juillet 2025, COK pour les enfants de 2 à moins de 6 ans valorisé à 35€ et COG pour les enfants à partir de 6 ans valorisé à 31,5 €.

Pour les médecins en secteur 2 non OPTAM avec dépassements, le médecin généraliste facture COV pour les moins de 6 ans et COA pour les enfants plus âgés ; le pédiatre facture COJ pour les moins de 2 ans et COA pour les enfants plus âgés.

Tous les certificats et compte-rendu issus des consultations obligatoires de l'enfant doivent être dématérialisés et intégrés au carnet de santé numérique.

2 - Les consultations de suivi de l'enfant

S'agissant des médecins généralistes

Les médecins généralistes bénéficient d'une majoration **MEG** de 5 € pour la prise en charge des enfants de moins de 6 ans (prévue à l'article 14.7 de la NGAP).

S'agissant des pédiatres

Pour les pédiatres exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou en secteur à honoraires différents lorsque la consultation ou la visite est facturée à tarif opposable : la consultation ou la visite **CEH** des enfants de 0 à moins de 2 ans est valorisée à 39 € puis à 40 € le 1er juillet 2025; la consultation ou la visite **CEK** des enfants de 2 ans à moins de 6 ans est valorisée à 35 € ; la consultation ou la visite **CEG** pour les 6 ans et plus est valorisée à 31,5 €. Ces trois consultations ne se cumulent pas avec la majoration de coordination spécialiste MCS.

La majoration NFP (prévue à l'article 14.6.1 de la NGAP) sera exclusivement facturable par les médecins à honoraires différents non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ne respectant pas le tarif opposable en cumul avec la cotation C pour les enfants de 0 à 2 ans.

Les majorations MEP et NFE (prévues à l'article 14.6.3 de la NGAP) sont supprimées à la date d'entrée en vigueur des mesures tarifaires mentionnées supra.

Compte tenu de la suppression de ces majorations, les codes spécifiques pour les consultations à distance des enfants sont créées pour les pédiatres exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou en secteur à honoraires différents lorsque la consultation ou la visite est facturée à tarif opposable : la téléconsultation des enfants de 0 à moins de 2 ans sera facturée avec le code TCH ; la téléconsultation des enfants de 2 ans à moins de 6 ans sera facturée avec le code TCK ; la téléconsultation pour les 6 ans et plus sera facturée avec le code TCS à tarif identique à celle du médecin spécialiste hors psychiatrie, neurologie et gynécologie médicale.

S'agissant des psychiatres

La majoration MP dans les conditions définies à l'article 15.2.4 de la NGAP pour la prise en charge des enfants est portée à 12 € puis à 18 € au 1^{er} juillet 2025 et élargie aux patients de 16 à 25 ans.

La majoration MP est facturable dans le cadre d'une consultation ou visite de référence ou coordonnée.

Article 77. Les consultations spécifiques de prise en charge de patients présentant une situation clinique complexe [Consultations complexes]

S'agissant des consultations complexes des médecins MPR

Les partenaires conventionnels prévoient également l'ouverture aux médecins spécialistes en médecine physique et réadaptation de la facturation de la consultation très complexe de prise en charge d'un enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neurosensoriel sévère nécessitant un suivi régulier, EPH, telle que définie à l'article 15.9 de la NGAP.

S'agissant des consultations complexes des infectiologues

Soucieux de prendre en compte la spécificité des prises en charge des médecins spécialistes des maladies infectieuses et tropicales, les partenaires conventionnels prévoient l'ouverture de deux nouvelles majorations en plus de la majoration PIV (consultation initiale, très complexe, d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient ayant une infection par le virus de l'immunodéficience humaine) : la majoration MPT pour une première consultation de prise en charge d'un patient atteint de tuberculose et MMF pour une première consultation initiant un traitement complexe de prise en charge d'un patient atteint de mycose ou de fibrose pulmonaire telles que définies à l'article 15.9 de la NGAP.

S'agissant des consultations complexes des psychiatres

Les majorations MAF et MPF, permettant de valoriser la consultation familiale ou avec un tiers social ou un tiers médico-social d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique nécessitant une prise en charge spécialisée par le psychiatre, définies à l'article 15.2.4 de la NGAP sont valorisées à 23€ puis à 25 € au 1er juillet 2025.

Article 78. Les consultations spécifiques de prise en charge de patients présentant une situation clinique très complexe [Consultations très complexes]

Article 78-1 : La consultation longue du médecin traitant

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la création d'une consultation longue du médecin traitant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou en secteur à honoraires différents lorsque la consultation ou la visite est facturée à tarif opposable dénommée [GL] d'une valeur de 60 euros afin de favoriser la prise en charge de la personne âgée de plus de 80 ans.

La consultation longue du médecin traitant est facturable pour les patients de plus de 80 ans, une fois dans l'année dans chacune des situations suivantes :

- consultation de sortie d'hospitalisation (GL1) ;
- consultation de déprescription de patients hyperpolymédiqués (GL2) ;
- consultation d'orientation vers un parcours médico-social (GL3).

Les GL1, GL2 et GL3 sont facturables au tarif opposable, chacune une fois par patient et par an.

La GL1 s'adresse aux patients de plus de 80 ans qui consultent dans les 45 jours après la sortie d'une hospitalisation ;

La GL2 s'adresse aux patients de plus de 80 ans ayant au moins 10 lignes de traitements médicamenteux. Cette consultation s'appuie sur un bilan de médication prescrit par le médecin.

La GL3 s'adresse aux patients de plus de 80 ans dont l'orientation vers un parcours médico-social nécessite le remplissage d'un dossier médico-administratif. Cette consultation a pour périmètre le remplissage du dossier pour l'obtention de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Elle a vocation à être ouverte au dossier Via Trajectoire lorsque celui-ci est rempli par le médecin, selon des modalités qui devront être préalablement définies en CPN.

Ces consultations entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2026.

Dans la cadre de la sortie d'hospitalisation d'un patient âgé de plus de 80 ans, selon le contexte, le médecin facture la majoration MSH (prévue à l'article 15.6 de la NGAP), la majoration MIC (prévue à l'article 15.5 de la NGAP) ou la consultation GL1 non cumulable. Ainsi, pour un même séjour hospitalier du patient une seule des trois cotations est facturable.

Une consultation avec remplissage du dossier pour l'obtention de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) sans condition d'âge sera facturable par les médecins, quelle que soit leur spécialité, via la cotation de la majoration MPH définie à l'Article 15.9 – Consultations et majorations très complexes de la NGAP. Pour une même demande APA, la majoration MPH ne peut être facturée si une GL3 a été facturée.

Dans le cadre de la prise en charge des patients en fin de vie, le médecin traitant du patient pourra réaliser une consultation à destination de l'un des aidants via la cotation MIS définie à l'article 15. 9 – Consultations et

majorations très complexes de la NGAP pour définir un parcours d'accompagnement. Les modalités de recours à cette majoration seront définies par décision de l'UNCAM au regard de la réglementation en vigueur.

Article 78-2 : Valorisation de consultations très complexes d'autres spécialités médicales

À des fins de santé publique et de renforcement des missions de prévention des dermatologues, les partenaires conventionnels prévoient la fixation du tarif de la consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie, « CDE », telle que définie dans l'Article 15.2.1 de la NGAP à 54 € puis à 60€ le 1er juillet 2025.

Le tarif de la majoration pour certaines consultations par les spécialistes en endocrinologie et en médecine interne compétents en diabétologie : « MCE » (prévue à l'article 15-4 de la NGAP) est revalorisé à 26,5€ € et 30,5€ le 1er juillet 2025.

Article 79. Les consultations d'expertise de second recours

Article 79-1: L'avis ponctuel de consultant (APC)

Revalorisation de l'APC

Les partenaires conventionnels entendent valoriser l'avis d'expertise du médecin spécialiste.

L'avis ponctuel de consultant APC est revalorisé à 60 € et l'APY est revalorisé à 67,5€. L'avis ponctuel de consultant APU est revalorisé à 74 €. Ces avis sont définis à l'article 18 B des dispositions générales de la NGAP.

La cotation APY est également ouverte aux médecins spécialistes de gériatrie.

L'APC n'est pas facturable pour un patient hospitalisé sauf exception mentionnée à l'article 19.

Situations particulières

Afin de lutter contre l'antibiorésistance, les partenaires conventionnels proposent que les médecins spécialistes en maladies infectieuses et tropicales puissent facturer un APC pour un patient hospitalisé en cas d'avis d'expertise sur une antibiothérapie (consigné dans le dossier du patient et le compte-rendu d'hospitalisation), dans la limite d'un seul APC au cours du séjour.

Par ailleurs, dans une logique de gradation de l'expertise rendue il est proposé d'inscrire la possibilité de facturer un APC lorsqu'un patient a besoin d'être vu en consultation physique dans les 3 mois suivant la télé-expertise demandée par le médecin traitant.

Article 79-2 : La consultation de recours au pédiatre (CEP)

Le rôle d'expertise de second recours des pédiatres est reconnu par la création d'une consultation de recours CEP valorisée à 60€ le 1er juillet 2025, à tarif opposable, sur adressage écrit du service de protection maternelle et

infantile (PMI), de la médecine scolaire, d'une sage-femme, d'un orthophoniste ou d'un orthoptiste. Le pédiatre fait un retour écrit au demandeur et, au médecin traitant.

Cette consultation ne peut être facturée plus d'une fois par an pour une sollicitation du même demandeur, et dans la limite de 3 fois par an pour un même patient.

Article 80. Soutenir l'exercice à domicile : valorisation des visites

Les visites réalisées aux horaires de la permanence des soins ambulatoires ou dans le cadre de la régulation sont revalorisées selon les modalités définies à l'Article 50 de la présente convention.

Article 80-1 : Les visites réalisées dans les zones de Montagne

Afin de prendre en compte les spécificités territoriales, les partenaires conventionnels proposent la création d'une nouvelle majoration de déplacement MDM valorisée à 15€ le 1^{er} janvier 2026, si l'un ou l'autre des domiciles du patient ou du cabinet du médecin se situe en zone montagne (au sens de la loi Montagne et de ses évolutions en vigueur).

Par ailleurs, les tarifs des indemnités kilométriques prévues à l'article 13 de la NGAP en zone montagne sont revalorisés à 1€ en métropole le 1^{er} janvier 2026.

Article 80-2 : Les visites réalisées dans les Départements et Régions d'Outre-mer (DROM)

Les partenaires conventionnels conviennent de mieux valoriser les visites réalisées dans les DROM. Les tarifs des indemnités kilométriques prévues à l'article 13 de la NGAP sont revalorisées comme suit le 1^{er} janvier 2026 :

- IK en plaine (IK) : 0,75 € en Guadeloupe et en Martinique, 0,80 € en Guyane, à La Réunion et à Mayotte ;
- IK montagne (IKM) : 1,20 € en Guadeloupe et en Martinique et 1,30 € en Guyane, à La Réunion et à Mayotte.

Pour la Guyane, les déplacements réalisés en pirogue sont valorisés à la même hauteur et cotation que les indemnités kilométriques pied (IKP).

Article 80-3 : Les visites réalisées dans la Collectivité territoriale de Corse

À titre dérogatoire, au regard des spécificités territoriales du territoire montagneux et insulaire présentant le caractère d'« île-montagne », les partenaires conviennent que l'ensemble du territoire de la Collectivité de Corse bénéficie des dispositions applicables aux communes relevant de la loi Montagne le 01 janvier 2026.

Article 81. La surveillance médicale des patients en établissements

Dans une démarche de simplification, les partenaires conventionnels conviennent que les honoraires de surveillance sont facturables uniquement avec le code de facturation HS d'une valeur de 25 € associé à un coefficient selon le lieu d'hospitalisation du malade et le nombre de jours par rapport au jour d'entrée en hospitalisation. Il ne sera plus possible d'utiliser la lettre clé C associé à un coefficient dans ce cadre de facturation le 1^{er} janvier 2026.

Ces coefficients seront modifiés comme suit : 1 à la place de 0,8 ; 0,5 à la place de 0,4 et 0,25 à la place de 0,20 à l'article 20 de la NGAP le 1^{er} janvier 2026.

Les partenaires conventionnels conviennent de faire évoluer les règles de la NGAP afin de préciser les règles de facturation des honoraires de surveillance par le médecin assurant la prise en charge du patient.

Le médecin qui facture l'honoraire de surveillance ne peut avoir examiné plus de 30 patients au cours d'une même journée, quel que soit le nombre d'établissement dans lequel il intervient.

Les partenaires conventionnels souhaitent revaloriser le forfait de surveillance thermal revu au titre XV chapitre 4, article 2 de la NGAP et apporter plus de flexibilité dans sa facturation. À compter du 1^{er} janvier 2026, la valeur des forfaits STH et THR sera divisée par trois afin de rendre leur facturation possible à chaque consultation et au maximum 3 fois par cure.

Quel que soit le nombre de consultations réalisées, la rédaction d'un document destiné au médecin prescripteur devra être réalisée à l'issue de la cure.

Le forfait STH passera sous ce nouveau format à 28 € le 1^{er} janvier 2026.

Le demi-forfait STH facturé THR suit les revalorisations du forfait STH. Dans le cadre de ces modifications, le tarif opposable n'est pas obligatoirement requis pour la facturation de ces forfaits.

Article 82. Les consultations du médecin urgentiste exerçant dans un service d'urgence d'un établissement de santé privé autorisé par l'ARS pour les passages suivis d'une hospitalisation

Les consultations pour les médecins urgentistes exerçant dans un service d'urgence d'un établissement de santé privé mentionné au d) de l'article L. 162-22 autorisé par l'ARS sont valorisées comme une consultation de référence pour les consultations relevant des niveaux CCMU 1 et 2 et lorsque le passage aux urgences est suivi de l'hospitalisation du patient.

Depuis le 1^{er} janvier 2022 et la réforme du financement des services d'urgences, les consultations U03 (prévues à l'article 14.1.1 de la NGAP) et les consultations U45 (prévues à l'article 14.1.2 de la NGAP) ne sont facturables que lorsque le passage en service d'urgence est suivi d'une hospitalisation du patient.

Afin d'harmoniser les rémunérations des urgentistes libéraux avec les rémunérations prévues par voie réglementaire et afin de renforcer l'activité d'urgentiste au sein des structures, les partenaires conventionnels souhaitent revaloriser les tarifs de ces consultants, tenant compte également des revalorisations portées par la présente convention. Aussi, leurs tarifs sont revalorisés à 35 € puis à 40€ au 1 juillet 2025 pour les U03 et à 48 € puis à 50€ au 1^{er} juillet 2025 les U45.

Par ailleurs, reconnaissant la lourdeur de la prise en charge de certains patients, il est prévu la création d'une majoration MVU de la consultation lorsque le passage est suivi de l'hospitalisation du patient de plus de 75 ans qui arrivent dans le service d'urgence en ambulance ou avec le SAMU, valorisée à hauteur de 10 € puis à 20€ au 1er juillet 2025.

Enfin, les partenaires conventionnels demandent la mise en place d'un groupe de travail associant également le ministère chargé de la Santé afin de parfaire la cohérence d'ensemble de la réforme du financement des services d'urgences.

Article 83. Valorisation du temps clinique associé à certains actes de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)

Afin de valoriser le temps clinique et diagnostic réalisé dans le prolongement de certains actes techniques de la CCAM, les partenaires conventionnels s'accordent pour autoriser de nouvelles dérogations de cumul à 100% des honoraires d'une consultation et de ceux des actes CCAM visés en annexe 22 lorsqu'ils sont réalisés dans le même temps le 1 janvier 2026.

Le supplément CCAM pour réalisation d'une colposcopie (YYYY071) est supprimé du Livre II de la Liste des actes au 1^{er} janvier 2026.

Ces nouveaux contextes de cumul d'honoraires ne sont possibles que pour une consultation de référence ou coordonnée, facturée à tarif opposable.

Titre 2 : La valorisation de l'activité technique

Les partenaires conventionnels souhaitent mieux prendre en compte les évolutions des pratiques médicales et rénover ainsi en profondeur la CCAM afin de mieux valoriser l'activité technique des médecins libéraux.

A cette fin, les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité de :

- rénover la Classification Commune des Actes Médicaux, sur la base des travaux scientifiques de révision réalisés sous l'égide du Haut Conseil des Nomenclatures (HCN) ;
- revaloriser, y compris par anticipation des travaux du HCN, l'actuelle CCAM afin de prendre en compte les spécificités des spécialités médicales ayant une forte composante technique ;
- permettre une dynamique de maintenance au fil de l'eau des actes techniques, via l'inscription d'actes nouveaux validés par la Haute Autorité de Santé (HAS) et la maintenance des actes déjà inscrits, en lien avec le HCN.

Un suivi régulier des différentes mesures mises en place pour les spécialités techniques continuera d'être réalisé dans le cadre de la CPN.

Article 84. Révision, rénovation de la CCAM

Les partenaires conventionnels soulignent leur soutien à la révision de la CCAM portée par le Haut Conseil des Nomenclatures en ce qu'elle permet de prendre en compte l'évolution des techniques médicales et chirurgicales. La classification issue de ces travaux aboutira à une nouvelle hiérarchisation pour chacun des actes techniques dont les positionnements relatifs seront ainsi actualisés.

À l'issue des travaux scientifiques de révision de la description des libellés et des notes et de la hiérarchisation du travail médical des actes, le Haut Conseil des Nomenclatures transmettra son rapport de propositions concernant ces travaux pour une rénovation de la CCAM avant le 1^{er} mai 2025.

Les signataires souhaitent d'ores et déjà retenir certaines orientations des travaux du HCN pour la future CCAM :

- la définition de modificateurs descriptifs suivants liés aux caractéristiques du patient et impactant le travail médical : l'âge du patient mineur pour les activités pédiatriques ; l'obésité morbide (classe III de l'OMS) ; la ré-intervention chirurgicale sur un même site opératoire ou post-radiothérapie. Il est demandé au HCN de proposer, pour chacun de ces modificateurs descriptifs, une liste d'actes qui leur seraient éligibles ;
- la révision à 10 jours de la période post-interventionnelle définie aujourd'hui à 15 jours aux articles I-6 et I-7 de la liste des actes et prestations (LAP) ;
- l'expérimentation, mise en œuvre d'ici fin 2024 et jusqu'à l'entrée en vigueur de la nouvelle CCAM, d'une nouvelle règle dérogatoire d'association d'actes techniques relatifs à la prise en charge chirurgicale de l'endométriose ; ce cumul est rendu possible sur une liste restrictive d'actes définie par le HCN (annexe 23). Pour ces actes, l'association de trois actes au plus, y compris gestes complémentaires, peuvent être tarifés. L'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein, le deuxième est tarifé à 75% de sa valeur et le troisième à 50 % de sa valeur. L'objectif est d'expérimenter avant l'entrée en vigueur de la CCAM le principe d'une tarification d'association d'actes assouplie pour certaines interventions très spécifiques, le cas échéant pour la faire entrer dans le droit commun dans le cadre de l'entrée en vigueur de la nouvelle CCAM. L'expérimentation prévue pour la chirurgie de l'endométriose pourra être élargie, par décision de l'UNCAM, jusqu'à février 2025 à d'autres interventions, sur proposition du Haut Conseil à la Nomenclature.

Cette rénovation de la CCAM nécessitera de réviser aussi les coûts de la pratique, seconde composante de la valorisation des actes selon la méthodologie CCAM. Les signataires s'engagent ainsi à mettre en place, une réunion de lancement des travaux de calcul des charges avant l'été 2024.

Les travaux d'études préliminaires seront réalisés par le service statistique ministériel et des auditeurs extérieurs et indépendants choisis par les partenaires conventionnels dès la signature de la convention pour être finalisés en décembre 2024.

La fin des travaux techniques marquée par une réunion de conclusion sera prévue en mai 2025.

La mise en œuvre de la rénovation de la CCAM se fera au sein des instances compétentes, en particulier la commission de hiérarchisation des actes et prestations. Les partenaires conventionnels conviennent d'inscrire au Livre II de la liste des actes et prestations, mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, en avance

de phase et à tarification inchangée, les actes redécrits et validés par le HCN afin d'anticiper les évolutions de pratiques de cotation.

Les dispositions générales et diverses relatives aux actes techniques définies aux Livres Ier et III de la LAP pourront évoluer au regard de l'état des pratiques médicales, des impacts sur les parcours de soins des patients et sur les dépenses de l'Assurance Maladie.

Les partenaires conventionnels s'engagent à intégrer dans un avenant dédié aux seules mesures relatives à la CCAM et ses conséquences la nouvelle nomenclature des actes techniques issue des travaux du Haut Conseil des Nomenclatures. Les nouveaux tarifs des actes de la classification commune des actes médicaux seront le résultat de l'application stricte de la nouvelle hiérarchisation des actes et de la réévaluation des coefficients de charges par spécialité médicale ou famille d'actes.

L'enveloppe consacrée à la CCAM au moment de l'entrée en vigueur des nouveaux tarifs remboursables sera définie selon la projection faite de la taille de cette enveloppe au moment de l'entrée en vigueur de la réforme. Les partenaires conventionnels décident d'ores-et-déjà de provisionner l'équivalent de 240 millions d'euros supplémentaires afin de faciliter la mise en œuvre de la future CCAM sur les tarifs.

Article 85. Valorisation des actes techniques

Article 85-1 : Revalorisation de tarifs des actes techniques dans le contexte d'inflation et de révision de la CCAM

Les partenaires conventionnels s'accordent pour revaloriser les actes techniques afin de renforcer l'attractivité des spécialités médicales ayant une forte dominante technique. Sans attendre la révision de la CCAM, ils s'accordent à revaloriser le facteur de conversion monétaire (FC) d'actes techniques de la CCAM en vigueur. Le facteur de conversion monétaire de ces actes est fixé à 0,455 € à la date du 1^{er} janvier 2025 et à 0,47 € à la date du 1^{er} juillet 2025. Les tarifs revalorisés sont mentionnés en annexe 24. Le tarif du Forfait Sécurité Dermatologie FSD sera fixé à 45 €.

Article 85-2 : Revalorisation des tarifs pour les médecins adhérent à l'OPTAM et à l'OPTAM-ACO

Les partenaires conventionnels conviennent de revaloriser spécifiquement les actes techniques des médecins adhérent à l'OPTAM et à l'OPTAM-ACO, via la revalorisation de 10 points des majorations forfaits modulables (**modificateurs K et T**) applicables aux actes de chirurgie et d'accouchements définis à l'annexe 19, passant respectivement de 20% à **25%** et de 11,5% à **16,5%** le 1^{er} janvier 2025 et de 25% à **30%** et de 16,5% à **21,5%** le 1^{er} juillet 2025.

Article 85-2 : Réajustement des tarifs des actes de radiothérapie

Les partenaires conventionnels conviennent d'ajuster les honoraires de certains actes compte tenu de l'évolution des techniques et des coûts. Ils décident de baisser de 5% au 1^{er} janvier 2025 les tarifs de l'ensemble des actes de traitement par irradiation y compris les actes de préparation et à l'exclusion des actes de curiethérapie.

Article 85-3 : Valorisation des tarifs pour les tests compagnons

Les tests compagnons utilisés dans le cadre de la personnalisation du traitement des cancers peuvent être réalisés par les anatomopathologistes et les biologistes médicaux. Les actes permettant la réalisation de ces tests sont donc inscrits respectivement dans la CCAM et la NABM.

Les partenaires conventionnels s'accordent pour que l'inscription de ces actes soit coordonnée dans les deux nomenclatures, CCAM et NABM, pour garantir un accès équitable à tous les professionnels de santé. Dans ces conditions, les partenaires conventionnels proposent que le tarif CCAM des tests compagnons soit équivalent au tarif fixé dans la NABM.

Article 85-4 : Valorisation des actes CCAM réalisés dans les DROM

Les partenaires s'accordent à majorer les actes CCAM bénéficiant à ce jour d'un coefficient de majoration dans les DROM à 3% en portant ce coefficient à 4% à compter du 1^{er} janvier 2026.

Article 86. Article 86 : Maintenance de la CCAM

Les partenaires conventionnels s'accordent pour poursuivre en parallèle la maintenance prospective de la CCAM par l'inscription d'actes manquants ou innovants à la Liste des actes et prestations mentionnée aux articles L. 162-1-7 et D. 162-25-1 du code de la sécurité sociale, le cas échéant à titre provisoire, selon les avis et les évaluations de la Haute Autorité de santé (HAS) et les rapports du HCN.

Ils souhaitent également, qu'au-delà de la révision actuelle de la CCAM, les actes techniques déjà inscrits puissent être réévalués de façon régulière au regard de l'évolution des pratiques médicales et de la diffusion des pratiques innovantes. Il est demandé au Haut Conseil des Nomenclatures de proposer à la Commission de Hiérarchisation des Actes et Prestations (CHAP) définie à l'annexe 2 une méthodologie de re-hiérarchisation, permettant cette maintenance des actes techniques.

Titre 3 : Le recours à la télémédecine

Le déploiement de la télémédecine (téléexpertise et téléconsultation) participe à l'enjeu majeur de l'accès aux soins pour tous.

Article 87. La téléconsultation

Article 87-1 : Champ d'application de la téléconsultation

La consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin dit « téléconsultant » est définie comme suit (article 14.9.3 de la NGAP) : « est entendue comme téléconsultation, la consultation à distance réalisée entre un médecin, dit « téléconsultant », quel que soit son secteur d'exercice et sa spécialité médicale, et un patient, ce dernier pouvant, le cas échéant, être assisté par un autre professionnel de santé. »

L'opportunité du recours à la téléconsultation est appréciée au cas par cas par le médecin.

Article 87-2 : Patients concernés

L'ensemble des patients peut bénéficier de téléconsultations. Ils doivent être informés des conditions de sa réalisation et, après avoir reçu ces informations, avoir donné leur consentement préalablement à la réalisation de l'acte.

Article 87-3 : Principes conditionnant la prise en charge de la téléconsultation

Le respect cumulatif des principes prévus au présent article conditionne la prise en charge de la téléconsultation par l'Assurance maladie.

1. Le respect du parcours de soins coordonné

Les téléconsultations s'organisent dans le respect du parcours de soins coordonné, tel que défini dans la présente convention. Ainsi, pour que la téléconsultation ouvre droit à la facturation à l'Assurance maladie, les patients en bénéficiant doivent être orientés initialement par leur médecin traitant dans les cas où ce n'est pas ce dernier qui la réalise.

2. Le respect de l'alternance des soins en présentiel et en téléconsultation

Pour assurer la qualité des soins en téléconsultation, le suivi régulier du patient s'effectue à la fois par des consultations en présentiel et en téléconsultation au regard des besoins du patient et de l'appréciation du médecin et ce, afin que ce dernier puisse disposer des informations nécessaires à la réalisation d'un suivi médical de qualité.

3. Le respect de la territorialité

La téléconsultation doit être effectuée dans le respect du principe de territorialité. Le médecin téléconsultant doit se situer à proximité du domicile du patient pour assurer un suivi régulier de l'état de santé du patient et organiser une consultation en présentiel si celle-ci s'avère nécessaire.

Article 87-4 : Les exceptions au parcours de soins

Les patients relevant des situations suivantes sont exonérés du respect du parcours de soins coordonné :

- patients âgés de moins de 16 ans ;
- patients recourant à une spécialité en accès direct spécifique ;

- patients ne disposant pas de médecin traitant désigné ou dont le médecin traitant n'est pas disponible dans le délai compatible avec leur état de santé ;
- patients en situation d'urgence, telle que définie au 2° de l'article R. 160-6 du code de la sécurité sociale ;
- patients résidant en établissement pour personnes âgées dépendantes ou établissements accueillant ou accompagnant des personnes adultes handicapées, souvent éloignées de leur domicile initial ;
- patients écroués.

Dans ces situations, le recours aux téléconsultations doit être organisé dans un cadre territorial par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), équipes de soins primaires (ESP), équipes de soins spécialisés (ESS), maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) du territoire ou une organisation territoriale de téléconsultation validée et référencée par la CPL.

Article 87-5 : Exception au principe d'alternance

L'alternance nécessaire de consultation présentielle et téléconsultation ne s'applique pas dans le cas du recours à une téléconsultation via le service d'accès aux soins (SAS), ce dernier visant à répondre à une demande ponctuelle de soins non programmés.

Article 87-6 : Exception au principe de territorialité

L'exigence du respect du principe de territorialité pour recourir à la téléconsultation ne s'applique pas :

- Pour les patients résidant dans les zones d'intervention prioritaire (ZIP) ;
- En l'absence d'organisation territoriale de télémédecine telle que prévue au X ;
- Pour les téléconsultations de médecine générale, pour les patients n'ayant pas de médecin traitant désigné.

Ces conditions sont cumulatives.

Par ailleurs, ce principe de territorialité ne s'applique pas pour les patients orientés par le régulateur du service d'accès aux soins (SAS) en cas d'échec d'une prise de rendez-vous en présentiel sur le territoire.

Article 87-7 : L'encadrement de la pratique médicale en téléconsultation

La prise en charge de patients, exclusivement en téléconsultation, pourrait porter atteinte aux exigences déontologiques de qualité, de sécurité et de continuité des soins. L'activité de consultation d'un médecin ne peut ainsi pas être majoritairement exercée à distance.

Les partenaires conventionnels s'accordent pour considérer un seuil maximal d'actes réalisés en téléconsultation à hauteur de 20% du volume d'activité globale conventionnée du médecin, sur une année civile. Pour les psychiatres, ce seuil est porté à 40%.

N'entrent pas dans le champ de l'encadrement de l'activité réalisée à distance, les téléconsultations du médecin traitant auprès de sa patientèle médecin traitant, ni les téléexpertises.

Des exceptions à ce seuil maximal d'actes, notamment pour les médecins retraités, pourront être décidées en CPN.

Ces seuils s'appliquent à titre individuel aux médecins salariés des plateformes de téléconsultations.

Article 88. Les modalités de réalisation de l'acte de téléconsultation

Article 88-1 : Conditions de réalisation

La téléconsultation est obligatoirement réalisée par un échange oral en vidéotransmission et dans des conditions d'équipement, d'accompagnement et d'organisation adaptées aux situations cliniques des patients permettant de garantir la réalisation d'une consultation de qualité.

Elle doit également être réalisée :

- dans des lieux permettant la confidentialité des échanges entre le patient et le médecin consultant, et dans les conditions respectueuses des recommandations de la Haute Autorité de Santé ;
- dans des conditions permettant de garantir la sécurisation des données transmises (confidentialité, protection des données personnelles, etc) et la traçabilité de la facturation des actes réalisés, dans les conditions respectueuses des référentiels opposables de sécurité et d'interopérabilité concernant la transmission et les échanges de données.

Les médecins souhaitant recourir aux téléconsultations doivent utiliser les services numériques en santé disposant d'un certificat de conformité lorsque celui-ci est requis, tel que prévu par l'article L. 1470-6 du code de la santé publique. Ils doivent en outre se référer à la charte de bonnes pratiques de la téléconsultation, ainsi qu'aux différents référentiels, cahiers des charges, recommandations, encadrant ces conditions de réalisation émanant des autorités ou opérateurs sanitaires ou d'autres autorités publiques.

Article 88-2 : Compte-rendu de la téléconsultation

L'acte de téléconsultation doit faire l'objet d'un compte rendu établi par le médecin téléconsultant, qu'il archive dans son propre dossier patient, conformément aux obligations légales et réglementaires, et doit obligatoirement être transmis au médecin traitant et au médecin ayant sollicité l'acte.

Un compte rendu doit être intégré par le médecin assurant la téléconsultation, dans le dossier médical partagé (DMP) au sein de l'espace numérique de santé du patient (service « Mon espace santé »), sous réserve que ce dernier ait été automatiquement créé. Lorsqu'il n'est pas ouvert, le compte-rendu est adressé par messagerie sécurisée de santé au médecin traitant (MSS).

Article 88-3 : Modalités de facturation de l'acte de téléconsultation

L'acte de téléconsultation est valorisé dans le respect des règles de facturation prévues à l'article 14.9.3 de la NGAP.

Les données nécessaires à la facturation sont les suivantes :

- si le patient est connu du médecin téléconsultant, les données administratives nécessaires à la facturation sont enregistrées dans le logiciel du médecin. L'appel au service ADRI permettra de mettre à jour les données administratives le cas échéant ;
- dans les cas particuliers où le médecin téléconsultant ne connaît pas le patient, les données administratives nécessaires à la facturation (nom, prénom, NIR et pour les ayants-droits, en sus la date de naissance et le rang gémellaire), permettant l'appel au service ADRI doivent être communiquées au médecin réalisant la téléconsultation. L'utilisation de la carte Vitale sous sa forme application mobile qui fait appel systématiquement au service en ligne de consultation des droits des assurés de l'Assurance maladie peut-être également utilisée.

En l'absence de possibilité d'utiliser la carte vitale du patient, la facturation est réalisée :

- en mode SESAM sécurisé, pour le médecin téléconsultant utilisant l'application carte Vitale (ApCV), lorsque la solution télésanté sera déployée ;
- en mode SESAM sans vitale, pour le médecin téléconsultant, dont le logiciel métier intègre les fonctionnalités prévues par l'avenant 18 télémédecine au cahier des charges SESAM Vitale ;

Article 89. La téléexpertise

Article 89-1 : Champ d'application de la téléexpertise

La télé-expertise est définie comme suit (article 14.9.4 de la NGAP) « l'expertise sollicitée par un professionnel de santé dit « requérant » et donnée par un médecin dit « médecin requis », en raison de sa formation ou de sa compétence particulière, sur la base d'informations ou d'éléments médicaux liés à la prise en charge d'un patient, et ce, hors de la présence de ce dernier. »

Le recours à la téléexpertise est apprécié au cas par cas par le professionnel de santé requérant. L'opportunité de sa réalisation relève de la responsabilité du médecin requis.

Article 89-2 : Patients concernés

L'ensemble des patients peut *a priori* bénéficier de téléexpertise.

Les patients doivent être informés sur les conditions de sa réalisation et avoir donné leur consentement après avoir reçu ces informations.

Modalités de réalisation de l'acte de téléexpertise.

Article 89-3 : Conditions de réalisation

La téléexpertise doit être réalisée dans des conditions permettant de garantir :

- la confidentialité des échanges entre les médecins ;

- la sécurisation des données transmises (confidentialité, protection des données personnelles, etc) et la traçabilité de la facturation des actes réalisés ;
- le respect des référentiels de sécurité et d'interopérabilité concernant la transmission et les échanges de données.

L'équipement doit être adapté à l'usage de la téléexpertise avec une couverture des services nécessaires (images, photographies, tracés, etc).

Les échanges dans le cadre de la téléexpertise entre le professionnel de santé requérant et le médecin requis doivent s'appuyer sur le recours à une Messagerie Sécurisée de Santé.

Les médecins souhaitant recourir à la téléexpertise doivent se référer aux différents référentiels, cahiers des charges, recommandations encadrant ces conditions de réalisation émanant des autorités sanitaires ou d'autres autorités publiques.

Le médecin requis doit répondre à la demande de téléexpertise dans un délai de 7 jours.

Article 89-4 : Compte-rendu de la téléexpertise

L'acte de téléexpertise doit faire l'objet d'un compte rendu, établi par le médecin requis, conformément aux obligations légales et réglementaires, qu'il archive dans son propre dossier patient et qui doit être transmis au médecin traitant et au professionnel de santé requérant ayant sollicité l'acte.

Un compte rendu doit être intégré par le médecin réalisant la téléexpertise, dans le dossier médical partagé (DMP) au sein de l'espace numérique de santé du patient (service « Mon espace santé »), sous réserve que ce dernier ait été automatiquement créé. Lorsqu'il n'est pas ouvert, le compte-rendu est adressé par messagerie sécurisée de santé au médecin traitant.

Article 90. Rémunération de l'acte de téléexpertise

Article 90-1 : Rémunération du médecin requis

L'acte de téléexpertise du médecin requis est valorisé dans les conditions visées à l'article 14.9.4 de la NGAP. Il est revalorisé à hauteur de 23 euros à compter du 1^{er} janvier 2026.

Article 90-2 : Rémunération du médecin requérant

Le travail de coordination du médecin requérant, sollicitant pour une meilleure prise en charge de son patient, une téléexpertise auprès d'un confrère, est valorisé dans les conditions visées à l'article 14.9.6 de la NGAP.

Article 91. Les modalités de facturation de l'acte de téléexpertise

Article 91-1 : Les modalités de facturation de l'acte de téléexpertise

Les données nécessaires à la facturation sont les suivantes :

- Si le patient est connu du médecin requis, les données administratives nécessaires à la facturation sont enregistrées dans le logiciel du médecin. L'appel au service ADRI permettra de mettre à jour les données administratives le cas échéant ;
- Dans les cas particuliers où le médecin requis ne connaît pas le patient, les données administratives nécessaires à la facturation, permettant l'appel au service ADRI (Acquisition des DRroits intégrés), doivent être communiquées au médecin réalisant la téléexpertise par le professionnel de santé requérant.

Article 91-2 : Conditions de facturation

En l'absence de possibilité d'utiliser la carte vitale du patient, la facturation est réalisée en mode SESAM sans vitale, pour le médecin téléconsultant, dont le logiciel métier intègre les fonctionnalités prévues par l'avenant 18 télémédecine au cahier des charges SESAM Vitale.

Article 91-3 : Suivi et contrôle des actes de télémédecine

Le non-respect des conditions de réalisation ou de facturation des actes de télémédecine telles que définies dans la présente convention ou de la règle selon laquelle l'activité de téléconsultation d'un médecin ne peut pas être majoritairement exercée à distance est susceptible d'enclencher la procédure de sanction conventionnelle et pourra donner lieu à la récupération des sommes indûment versées au titre des téléconsultations réalisées au-delà du seuil susvisé, dans le respect du contradictoire et après avertissement du professionnel.

Partie 8 : Dispositif collectif de rémunération forfaitaire

Article 92. Dispositif collectif de rémunération forfaitaire

Article 92-1 : Principe du paiement collectif forfaitaire

Le paiement collectif forfaitaire en équipe de professionnels de santé offre la possibilité d'être rémunéré collectivement par un forfait substitutif à l'acte.

L'objectif est de mettre en œuvre un paiement collectif forfaitaire, substitutif à l'acte, pour les équipes volontaires de professionnels de santé pour la prise en charge et le suivi en ville de tout ou partie de la patientèle médecin traitant de l'équipe.

L'ambition de ce dispositif est également de permettre aux équipes volontaires d'organiser la prise en charge de leurs patients, notamment en libérant du temps médical et en renforçant la coopération et la coordination entre les professionnels de santé.

Article 92-2 : Critères d'éligibilité

Toute équipe de professionnels de santé pluriprofessionnelle, avec la présence d'au moins 4 professionnels de santé libéraux (médecin généraliste ou infirmier) conventionnés, dont :

- Au moins 3 médecins généralistes volontaires pour remplacer le paiement à l'acte par une rémunération forfaitaire ;
- Au moins 1 infirmier.

Les équipes peuvent exercer en cabinet de groupe ou en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).

La patientèle médecin traitant concernée par le forfait doit s'élever au minimum à 250 patients.

Article 93. Le périmètre du paiement collectif forfaitaire

Article 93-1 : Les actes

Le périmètre du paiement forfaitaire inclut les consultations et visites médicales et majorations associées hors actes techniques, indemnités kilométriques et soins réalisés dans le cadre de la PDSA (nuits, week-ends et jours fériés).

Sont conservées en dehors du forfait, les rémunérations autre que le paiement à l'acte, telles que les autres rémunérations forfaitaires conventionnelles. Le paiement à l'acte est maintenu pour les patients qui sont hors du champ de l'expérimentation.

Article 93-2 : Les patients concernés par le paiement collectif forfaitaire

Seuls les patients de la patientèle médecin traitant au 31/12 de l'année N pourront être intégrés dans le paiement forfaitaire collectif. La file active en dehors de la patientèle concernée par le paiement par forfait collectif reste dans le cadre du paiement à l'acte. Le paiement forfaitaire s'applique à l'ensemble de la patientèle médecin traitant. Un

cahier des charges viendra préciser la possibilité de restreindre ce paiement à une sous-population de patients médecin traitant en fonction de critères objectifs et mesurables dans les données médico-administrative de l'Assurance maladie.

Article 93-3 : Les principes pour le calcul de la rémunération des structures

Chaque structure participante se voit verser une rémunération globale en remplacement du paiement à l'acte pour une partie des actes de médecine générale et majorations associées. Afin de définir une rémunération globale en adéquation avec les besoins des patients et la densité de l'activité des professionnels de santé, il est nécessaire de prendre en compte les profils des patients suivis et les caractéristiques territoriales.

Tout d'abord, le paiement collectif forfaitaire par patient est calculé en fonction des caractéristiques ayant une influence sur la complexité de la prise en charge permettant d'adapter le montant du forfait au besoin de chaque patient. Les quatre critères qui seront pris en compte sont l'âge, le genre, le fait de bénéficier de la complémentaire santé solidaire, et le fait d'être exonéré au titre d'une affection de longue durée. Ce forfait par patient sera ajusté en fonction des actes dans le champ du paiement forfaitaire dont a bénéficié le patient en dehors de la structure pour prendre en compte l'intensité de la prise en charge au sein même de la structure.

Ensuite, le forfait sera ajusté en fonction des caractéristiques territoriales d'implantation de la structure (niveau de consommation de soins sur le territoire, offre de soins, taux de pauvreté).

Article 93-4 : Mise en œuvre du dispositif

Le directeur général de l'UNCAM définit le cahier des charges après avoir recueilli l'avis de la CPN médecins avant la fin d'année 2024. La commission rend son avis dans un délai d'un mois à compter de sa saisine. À défaut d'avis dans ce délai, l'avis de la CPN est réputé rendu.

Les cabinets de groupe et les maisons de santé pluridisciplinaires souhaitant mettre en œuvre le paiement forfaitaire dans leur structure devront se signaler auprès de leur CPAM de rattachement en répondant à ce cahier des charges.

Le cahier des charges précisera les critères d'éligibilité des structures, les modalités de calcul du paiement forfaitaire, de gestion de ce paiement aux professionnels de santé ainsi que les modalités de sortie en cours d'expérimentation.

Partie 9 : Les pratiques éco-responsables et durables

Parce que les enjeux écologiques sont des enjeux de santé, la présente convention prend en compte les enjeux environnementaux dans la pratique libérale sur deux volets :

- la réduction de l'impact environnemental de la pratique du médecin et de son cabinet ;
- la prévention des risques environnementaux et la promotion de la santé environnementale par le médecin auprès de ses patients.

Les partenaires conventionnels partagent la nécessité de voir l'ensemble des acteurs du système de santé se former aux enjeux de la transformation écologique du système de santé, de la santé environnementale et de l'adaptation aux changements climatiques.

D'une part, les partenaires conventionnels conviennent de mettre en place des dispositifs répondant à un besoin de santé publique tout en s'inscrivant dans une démarche de sobriété environnementale et de décarbonation du système de santé. Ainsi, les partenaires conventionnels conviennent de développer l'ecoprescription, de rechercher et mettre en œuvre toutes les actions de pertinence notamment s'agissant des prescriptions de produits de santé, d'actes médicaux, des prescriptions de transports ou encore des arrêts de travail. Dans cette même optique de réduction des émissions de gaz à effet de serre, l'Assurance maladie propose également d'évaluer l'impact de la télésanté sur les déplacements des patients et des médecins afin d'identifier les situations dans lesquelles son développement pourrait être accentué.

D'autre part, les partenaires conventionnels proposent de lancer un groupe de travail pour la construction d'une démarche écoresponsable du cabinet permettant de valoriser de manière graduée l'engagement environnemental du professionnel et de son équipe. Ce dispositif permettrait au médecin de s'inscrire dans une démarche progressive d'intégration des enjeux environnementaux dans sa pratique quotidienne, qu'il s'agisse de la gestion de son cabinet comme des soins dispensés aux patients.

Par ailleurs, la présente convention souhaite affirmer le rôle incontournable des médecins en matière de prévention des risques environnementaux en intégrant la santé environnementale au contenu de leurs consultations. Pour les appuyer, l'Assurance maladie s'engage à mettre à disposition des médecins des contenus informatifs et données pratiques. En complément, les partenaires conventionnels s'engagent à la co-construction de supports d'information et de sensibilisation à destination du grand public. L'Assurance maladie s'engage également à mettre à disposition des médecins des outils leur permettant notamment de s'approprier facilement les pratiques de soins écoresponsables qui auront été recensées et validées dans le cadre des travaux menés en 2024 avec le Ministère et l'ANAP.

Les modalités de mise en œuvre de ces engagements seront définies dans le cadre de groupes techniques conventionnels et feront l'objet d'un avenant à la présente convention.

Partie 10 : Dispositions sociales

Titre 1 : La participation au financement des cotisations sociales des médecins de secteur 1

Article 94. Participation au financement des cotisations sociales

En application du 5° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, les caisses d'Assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les médecins conventionnés en secteur à honoraires opposables (secteur 1) pour les risques maladie, maternité, décès, allocations familiales et vieillesse (régime de base et prestation complémentaire vieillesse).

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.

L'assiette de cette participation est étendue également aux revenus tirés d'activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins. Cette disposition est applicable sous réserve de réaliser un seuil minimal d'activité dans le cadre de l'activité libérale conventionnée facturée individuellement à l'Assurance maladie défini de la manière suivante : montant d'honoraires sans dépassement de l'activité libérale rapporté au total des honoraires sans dépassement perçus par le médecin au titre de l'activité libérale et de l'activité en structure, ce rapport devant être supérieur à 15%. 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.

À titre dérogatoire, les forfaits rémunérant les médecins libéraux qui participent à la permanence des soins ambulatoires et en établissements de santé privés, ainsi que les forfaits rémunérant l'activité des professionnels de santé libéraux conventionnés exerçant au sein des services d'accueil des urgences des établissements de santé mentionnés au 1° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale sont inclus dans l'assiette de calcul de la participation des caisses aux cotisations sociales bien qu'ils ne s'agissent pas d'honoraires perçus en application de la présente convention.

Cette participation ne concerne pas les médecins adjoints, les médecins assistants et les médecins salariés exerçant dans le cadre conventionnel ni les médecins exerçant exclusivement en secteur à honoraires différents (secteur 2 ou 1 DP).

La participation de l'Assurance maladie est versée aux organismes de recouvrement, sur leur appel.

Article 95. Définition de la participation de l'Assurance maladie et modalités de versement

Article 95-1 : Calcul du montant de la participation sur les revenus conventionnés

Le montant de la participation de l'Assurance maladie au financement des cotisations dues par les médecins sur les revenus conventionnés nets de dépassements d'honoraires est assis sur le montant total des revenus tirés de l'activité conventionnée multiplié par le taux d'honoraires sans dépassement défini ci-après.

Le taux d'honoraires sans dépassement 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 est ensuite calculé en appliquant à cette assiette les taux de cotisations prises en charge définis à la section suivante.

Article 95-2 : 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 les 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.

Le montant de la participation est ensuite calculé en appliquant à cette assiette les taux de cotisations prises en charge définis à la section suivante.

Article 96. Participation de l'Assurance maladie aux cotisations sociales

Article 96-1 : Participation aux cotisations maladie, maternité et décès

La participation de l'Assurance maladie au financement des cotisations dues par les médecins conventionnés au titre du régime d'Assurance maladie, maternité, décès, des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, est fixée de sorte que le reste à charge pour les médecins soit de 0,1% de l'assiette de participation.

Article 96-2 : Participation aux cotisations familiales

La participation de l'Assurance maladie au financement des cotisations dues par les médecins au titre des allocations familiales est fixée de la manière suivante :

	PARTICIPATION DE L'ASSURANCE MALADIE AUX COTISATIONS FAMILIALES
Revenus inférieurs à 140% du plafond annuel de sécurité sociale	100 % de la cotisation
Revenus compris entre 140% et 250% du plafond annuel de sécurité sociale	75% de la cotisation
Revenus supérieurs à 250% du plafond annuel de sécurité sociale	60% de la cotisation

Article 96-3 : Allocation vieillesse – retraite de base

La participation de l'Assurance maladie au financement des cotisations dues par les médecins au titre des cotisations vieillesse du régime de base est fixée de la manière suivante :

	PARTICIPATION DE L'ASSURANCE MALADIE A LA PRISE EN CHARGE DES COTISATIONS VIEILLESSE DU REGIME DE BASE
Revenus inférieurs à 140% du plafond annuel de sécurité sociale	2,15% du revenu
Revenus compris entre 140% et 250% du plafond annuel de sécurité sociale	1,51% du revenu
Revenus supérieurs à 250% du plafond annuel de sécurité sociale	1,12% du revenu

Article 96-4 : Régime des prestations complémentaires vieillesse (PCV)

La participation de l'Assurance maladie au financement de la cotisation forfaitaire annuelle obligatoire et de la cotisation d'ajustement annuelle obligatoire, respectivement prévues aux articles L. 645-2 et L. 645-3 du code de la sécurité sociale, dues par les médecins conventionnés au titre du régime des prestations complémentaires vieillesse, est fixée aux deux tiers du montant desdites cotisations, telles que fixées par décret.

Titre 2 : L'aide maternité, paternité, adoption

Article 97. Montant de l'aide et condition pour en bénéficier

Une aide financière conventionnelle à destination des médecins installés en libéral interrompant leur activité médicale, pour cause de maternité, de paternité ou de congé d'adoption est versée aux médecins afin de les aider à faire face, pendant cette période, aux charges inhérentes à la gestion du cabinet médical.

Cette aide conventionnelle est modulée selon le type de congé (maternité, paternité ou adoption), le type de secteur et en fonction du temps consacré par le médecin à son activité libérale selon les modalités fixées dans le tableau ci-après.

Article 97-1 : Tableau récapitulatif du montant de l'aide financière

	Médecin conventionné à honoraires opposables ou honoraires différents OPTAM-OPTAM-CO			Médecin conventionné à honoraires différents		
Aide financière maternité	8 demi-journées et plus (1)	Entre 6 et 8 demi-journées (2)	Entre 4 et 6 demi-journées (3)	8 demi-journées et plus (1)	Entre 6 et 8 demi-journées (2)	Entre 4 et 6 demi-journées (3)

ou adoption	3 100 € / mois	2 325 € / mois	1 550 € / mois	2 066 € / mois	1 550 € / mois	1 033 € / mois
Aide financière paternité	2 232 €	1 674 €	1 116 €	1 488 €	1 116 €	744 €

- (1) réalisation d’une activité libérale sur 8 demi-journées et plus par semaine
(2) réalisation d’une activité libérale comprise entre 6 et 8 demi-journées par semaine
(3) réalisation d’une activité libérale comprise entre 4 et 6 demi-journées par semaine

Article 97-2 : Justificatifs

Pour pouvoir bénéficier de l’aide, le médecin doit envoyer à sa caisse de rattachement (caisse de son cabinet principal) un document justifiant de son interruption d’activité :

- soit un certificat médical mentionnant la durée de l’arrêt de travail pour cause de maternité ;
- soit une déclaration sur l’honneur du médecin attestant de l’interruption d’activité pour cause de paternité ou d’adoption.

Article 98. Modalités de versement de l’aide

L’aide est versée le mois suivant le début de l’arrêt de travail, selon la durée légale du congé et dans la limite de 3 mois.

Elle est versée en une seule fois pour le congé paternité au titre des 25 jours et chaque mois pour le congé maternité et adoption.

Elle vient en complément des autres prestations perçues au titre de la protection sociale comme les indemnités journalières.

Partie 11 : Vie conventionnelle et sanctions

Titre 1 : Instances paritaires conventionnelles (CPN, CPR, CPL)

Les parties signataires affirment leur attachement à une gestion paritaire de la vie conventionnelle en mettant en place :

- une commission paritaire nationale et un comité technique paritaire permanent national spécifique placé auprès d'elle ;
- une commission paritaire régionale dans chaque région administrative ;
- une commission paritaire locale dans chaque circonscription de caisse.

Peut siéger dans ces instances, pour la section professionnelle, le médecin qui remplit les conditions cumulatives suivantes :

- exercer à titre libéral conventionné ;
- être membre d'une organisation syndicale représentative signataire de la présente convention ;
- n'avoir pas fait l'objet d'une sanction devenue définitive.

Les modalités de composition et de fonctionnement de ces commissions sont définies dans un règlement intérieur figurant en annexe 6 à la présente convention.

Article 99. Composition des instances paritaires conventionnelles (CPN, CPR, CPL)

- ***La formation plénière***

En « formation plénière », la commission est composée :

- d'une section professionnelle composée de 12 représentants titulaires (6 généralistes et 6 spécialistes autres que généralistes) et, le cas échéant, de 12 suppléants désignés par les organisations syndicales représentatives signataires. La répartition des sièges est opérée conformément au règlement intérieur ;
- d'une section sociale composée de 12 représentants titulaires de l'UNCAM et, le cas échéant, de 12 suppléants conformément au règlement intérieur.

Sous réserve de sa signature à la convention médicale, siège également au sein de la section sociale, avec voix délibérative, 1 représentant titulaire (et en cas d'absence un représentant suppléant) de l'UNOCAM. Dans cette configuration, le président de la section professionnelle dispose de 2 voix afin d'assurer la parité entre les sections. Dans les cas d'examen par la commission d'un recours en appel formé auprès d'elle par un médecin dans le cadre d'une procédure de sanction conventionnelle, la CPN siège sans le représentant de l'UNOCAM.

Participe à titre consultatif, un représentant de l'Ordre des médecins.

- ***La formation médecins***

En « formation médecins », la commission est composée :

- de la section professionnelle ;
- des praticiens de la section sociale. Afin d'assurer la parité, les praticiens de la section sociale se répartissent le même nombre de voix que les praticiens de la section professionnelle.

La commission se réunit en « formation médecins » lorsqu'il s'avère nécessaire d'entendre un médecin sur sa pratique ou d'examiner des documents comportant des informations à caractère médical concernant des assurés.

Article 100. Mise en place des instances paritaires

L'instance paritaire est mise en place dans les trois mois qui suivent l'entrée en vigueur de la convention.

Elle se réunit au moins trois fois par an et également dans les cas suivants :

- à la demande de l'une des parties signataires de la convention ;
- en cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel ou de retrait d'un signataire ; dans les trois mois qui suivent ce changement.

Article 101. Rôles et missions des instances paritaires

Article 101-1 : Rôle et missions de la Commission paritaire nationale (CPN)

La CPN a pour rôle le suivi, l'orientation et la coordination des actions nationales à mener afin d'assurer la réussite de la politique et de la vie conventionnelle.

Elle est notamment chargée des missions suivantes :

- suivre et évaluer les dispositifs mis en place par la présente convention et ses éventuels avenants ;
- assurer le suivi de l'évolution des indicateurs de l'observatoire conventionnel de l'accès aux soins ;
- assurer la mise en place et le suivi de l'observatoire national de la pertinence et de la qualité des soins ;
- veiller au respect des dispositions conventionnelles par les médecins et les caisses ;
- suivre les programmes d'accompagnement mis en place par l'Assurance maladie ;
- assurer l'installation et le suivi du CTPPN ;
- émettre un avis sur le recours consultatif formé auprès d'elle par le médecin à l'encontre duquel une sanction conventionnelle a été décidée par les caisses ;
- être informée des critères de ciblage pour les dispositifs de mises sous accord préalable du service du contrôle médical (MSAP) et de mise sous objectifs de réduction des prescriptions (MSO) définies à l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale et examine un bilan annuel de leur mise en œuvre ;
- proposer des orientations prioritaires pour le développement professionnel continu et valider les cahiers des charges des orientations relatives aux axes de pertinence dans le cadre de l'observatoire de la pertinence et de la qualité des soins.

Pour remplir ses missions, la CPN peut faire appel à des experts ou constituer les groupes de travail qu'elle juge nécessaires.

Article 101-2 : Rôle et missions de la Commission paritaire régionale (CPR)

La CPR est chargée de la coordination de la politique conventionnelle au niveau de la région.

Ses missions sont les suivantes :

- organiser une concertation régulière sur le plan régional entre les caisses et les représentants des médecins concernant l'application de la convention (la CPR est notamment informée des travaux des instances locales de la région) ;
- suivre et évaluer au niveau régional l'impact des dispositifs conventionnels ;
- émettre un avis sur le recours suspensif formé auprès d'elle par le médecin à l'encontre duquel une sanction conventionnelle a été décidée par les caisses ;
- émettre un avis sur les situations de pratiques tarifaires excessives que lui soumet le directeur de la caisse primaire d'Assurance maladie du lieu d'implantation d'exercice principal du médecin. Cet avis porte sur le caractère sanctionnable de la pratique tarifaire soumise puis sur la nature et le quantum de la sanction ;
- suivre les programmes d'accompagnement mis en place par l'Assurance maladie ;
- informer régulièrement la CPN de ses travaux et de ceux des CPL et lui transmet annuellement une synthèse.

Article 101-3 : Rôle et missions de la Commission paritaire locale (CPL)

La CPL est chargée de la coordination de la politique conventionnelle au niveau du département.

Ses missions sont les suivantes :

- veiller au respect des obligations respectives des parties et se réunit pour étudier toute question soulevée par l'application de la convention au niveau local ;
- assurer le bon fonctionnement des dispositifs mis en place dans le cadre de la convention ;
- suivre les programmes d'accompagnement mis en place par l'Assurance maladie ;
- donner un avis sur les dossiers qui lui sont soumis dans le cadre des procédures conventionnelles ;
- informer régulièrement la CPR de ses travaux et lui transmettre annuellement une synthèse.

Spécificités de la CPL

Dans les départements comportant plusieurs caisses primaires ou les départements constituant une région, une seule commission paritaire locale est mise en place.

Pour les départements constituant une région, la commission assure les missions des CPR et CPL.

En l'absence de CPL installée, les missions de la CPL sont exercées par la CPR.

Titre 2 : Autres instances

Article 102. Comité technique paritaire permanent national (CTPPN)

Un comité technique paritaire permanent national (CTPPN) chargé notamment des simplifications administratives et des aspects techniques des relations entre les caisses et les médecins est instauré auprès de la CPN.

Article 102-1 : Composition

Le CTPPN est composé :

- d'une section professionnelle composée de 6 représentants titulaires (3 généralistes et 3 spécialistes autres que généralistes) et, le cas échéant, de 6 suppléants désignés par les organisations syndicales représentatives signataires ;

- d'une section sociale composée d'un nombre de représentants de l'UNCAM égal au nombre de membres de la section professionnelle.

Sous réserve de son adhésion à la convention médicale, participe également, à titre consultatif un représentant titulaire (et en cas d'absence un représentant suppléant) de l'UNOCAM.

Le CTPPN peut recourir à la compétence de conseillers techniques sur les sujets requérant leur compétence.

Article 102-2 : Mise en place

Le CTPPN est mis en place dans les deux mois qui suivent l'installation de la CPN.

Il se réunit deux fois par an.

Article 102-3 : Missions

Le CTPPN est chargé notamment :

- d'établir un bilan des mesures de simplification administrative ;
- d'examiner et d'émettre un avis sur tous les projets de modification des documents servant de base aux échanges entre l'Assurance maladie et les médecins exerçant à titre libéral (formulaires, etc.) ;
- de suivre les évolutions du système SESAM-Vitale ;
- de suivre et d'émettre un avis sur les services numériques à destination des médecins ;
- de suivre et accompagner le déploiement des usages du service Mon espace santé ;
- de suivre les procédures informatiques de gestion de la dispense d'avance de frais ou de tout autre dispositif issu de la réglementation ;
- d'informer régulièrement la CPN de ses travaux.

Titre 3 : Le non-respect des engagements conventionnels

Article 103. Examen des cas de manquements

En cas de non-respect par le médecin des règles organisant ses rapports avec l'Assurance maladie et notamment des dispositions législatives, réglementaires et conventionnelles relatives aux règles de prise en charge et de facturation, une procédure d'examen des manquements conventionnels est engagée par les parties conventionnelles locales à l'initiative de la caisse primaire d'Assurance maladie de rattachement du médecin.

Le non-respect peut porter notamment sur :

- l'application, de façon répétée, de tarifs supérieurs aux tarifs opposables dans les cas où ces derniers sont de droit au regard des dispositions réglementaires et conventionnelles ;
- l'utilisation abusive du DE et du DA ;
- les fraudes telles que définies à l'article R. 147-11 du code de la sécurité sociale ;
- une pratique tarifaire excessive des médecins exerçant en secteur à honoraires différents ou titulaires du droit à dépassement permanent (la procédure spécifique de sanction applicable dans un tel cas est prévue dans la présente convention) ;
- la non inscription, de façon répétée, du montant des honoraires perçus dans la facturation du médecin, au sens de la présente convention et de la réglementation ;

- le non-respect, de façon répétée, des dispositions de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale ;
- le non-respect, de façon répétée, des conditions de prescription des médicaments soumis à prescription restreinte mentionnés à l'article R. 5121-77 du code de la santé publique ;
- le non-respect du droit à la dispense d'avance des frais ou des tarifs opposables au profit des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans ou avec participation financière ;
- le non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique à l'Assurance maladie, posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, des documents de facturation des actes et prestations ;
- le non-respect des conditions de réalisation et de facturation des actes de télémedecine.

Article 104. Sanctions encourues

Article 104-1 : Les sanctions

En fonction de la gravité et de la répétition des faits reprochés, les sanctions susceptibles d'être prononcées à l'encontre du médecin, pour une période ne pouvant excéder 3 ans, sont les suivantes :

- suspension du droit permanent à dépassement ou du droit de pratiquer des honoraires libres ;
- suspension du droit à des dépassements autorisés (DE, DA) ;
- suspension de la participation des caisses à la prise en charge des dispositions sociales prévues à l'Article 94 et suivants de la convention. Pour les médecins exerçant dans le secteur à honoraires différents ou titulaire du droit à dépassement permanent, une sanction financière d'un montant équivalent est applicable ;
- suspension du bénéfice d'une ou plusieurs rémunérations prévues par la convention ;
- déconventionnement, avec sursis ou ferme.

Article 104-2 : La sanction de déconventionnement ferme

La sanction de déconventionnement ferme a pour effet de :

- suspendre le bénéfice de l'ensemble des rémunérations prévues par la convention au titre de(s) l'année(s) au cours de(s) laquelle(s) le déconventionnement est exécuté ;
- rendre impossible le remplacement du médecin sanctionné ou son exercice en tant que remplaçant ;
- suspendre la participation des caisses à la prise en charge des dispositions sociales prévues à l'Article 94 et suivants de la convention - uniquement en cas de déconventionnement de trois mois ou plus.

Article 104-3 : La sanction de déconventionnement avec sursis

En cas de sursis, la sanction de déconventionnement peut être rendue exécutoire pendant une période de 2 ans à compter de sa notification, dès lors que de nouveaux manquements réalisés postérieurement à la notification de la sanction devenue définitive ont été relevés à l'encontre du médecin. Elle peut le cas échéant, se cumuler, avec la sanction prononcée à l'occasion de l'examen de ces nouveaux manquements.

Titre 4 : Procédure de sanction conventionnelle

L'ensemble de la procédure est réalisé par la caisse de rattachement du médecin pour son compte et celui de l'ensemble des caisses des régimes membres de l'Uncam.

Article 105. Procédure préalable d'échanges contradictoires**Article 105-1 : Avertissement préalable**

Lorsque la CPAM de rattachement du médecin constate un non-respect par le médecin des dispositions conventionnelles, elle lui adresse un avertissement par tout moyen donnant date certaine à sa réception. Cet avertissement doit comporter l'ensemble des anomalies reprochées au professionnel.

Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception de cet avertissement pour modifier sa pratique. Lorsque l'avertissement concerne le non-respect systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, ce délai est porté à trois mois.

Cette procédure d'avertissement préalable n'est pas applicable en cas de constatation par la caisse primaire :

- d'une fraude mentionnée à l'article R. 147-11 du code de la sécurité sociale ;
- de faits sanctionnés par une instance ordinaire ou judiciaire constituant en outre une infraction au regard des règles conventionnelles.

Lorsqu'il est constaté la modification de la pratique du médecin, dans le délai d'un mois, tel qu'il lui a été notifié dans le courrier d'avertissement, le directeur de la caisse peut décider de l'abandon de la procédure. La pratique du médecin fera toutefois l'objet d'un suivi rapproché.

Article 105-2 : Relevé de constatations

Un relevé de constatations est adressé au médecin, par tout moyen donnant date certaine à sa réception, par le directeur de la caisse, s'il est constaté :

- l'absence de modification de la pratique dans le délai mentionné au précédent article tel qu'il lui a été notifié dans le courrier d'avertissement ;
- un ou plusieurs faits mentionnés au dernier alinéa de l'article précédent, rendant inapplicable la procédure d'avertissement.

Ce relevé de constatations précise :

- les manquements imputés au médecin ;
- les sanctions encourues ;
- le délai maximal d'un mois laissé au médecin pour adresser ses observations écrites ou demander à être entendu par le directeur de la caisse ou son représentant ainsi que, s'il le souhaite, un praticien-conseil du service médical.

Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du relevé de constatation pour transmettre ses observations écrites au directeur de la caisse ou demander à être entendu.

En cas d'observations écrites du médecin, le directeur de la caisse peut solliciter un entretien avec celui-ci. L'entretien doit alors se tenir dans le délai de 15 jours suivant la réception des observations écrites.

Si le médecin souhaite formuler des observations orales, la caisse a 15 jours pour organiser l'entretien à compter de la réception de la demande faite par le médecin.

Lors de l'entretien, le médecin peut se faire assister d'un confrère ou d'un avocat ou des deux. La caisse dresse un compte rendu d'entretien qu'elle adresse au médecin par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception dans un délai de 8 jours suivant l'entretien, pour contreseing. L'absence de signature par le médecin ne fait pas obstacle à la poursuite de la procédure.

À l'issue du délai d'un mois à compter de la réception du relevé de constatations ou à l'issue du délai de 8 jours suivant l'entretien susmentionné si celui-ci intervient postérieurement à l'expiration de ce délai, le directeur de la caisse peut décider de l'abandon de la procédure ou de sa poursuite dans les conditions décrites ci-après.

Article 106. Avis de la commission paritaire locale

À l'issue des échanges contradictoires, lorsque les faits reprochés justifient la poursuite de la procédure, le directeur de la caisse demande au Président de la CPL de réunir cette dernière. La CPL doit se tenir dans un délai maximal de deux mois à compter de la demande du directeur. À l'issue de ce délai, l'avis de la CPL est réputé rendu.

L'avertissement préalable le cas échéant, le relevé de constatations, les observations du médecin, le compte rendu d'entretien et tout document utile sont joints à l'ordre du jour de la CPL.

Lorsque la CPL juge nécessaire de recueillir auprès du médecin des éléments d'information relatifs à sa pratique médicale ou d'examiner des documents comportant des informations à caractère médical concernant des assurés, elle se réunit en « formation médecins ».

Le médecin est convoqué, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception. Lors de l'entretien, le médecin peut se faire assister d'un confrère ou d'un avocat ou des deux. Il peut envoyer au secrétariat de la commission ses observations écrites au plus tard 7 jours avant la date de la réunion.

La commission, dans la formation retenue (plénière ou « médecins ») délibère et émet un avis sur la décision à prendre, après avoir entendu l'intéressé. En cas d'absence du médecin, la commission en prend acte, instruit le dossier et délibère.

En cas de partage des voix des membres de la CPL, l'avis est réputé rendu. Il s'agit d'un avis simple qui ne lie pas les directeurs de caisses membres de l'UNCAM du même ressort géographique.

L'avis de la CPL, signé par le Président et le Vice-Président de la commission, est adressé dans le délai d'un mois suivant la réunion au directeur de la caisse et au médecin.

Notification de la décision du directeur de la caisse.

Dans un délai d'un mois suivant la réception de l'avis de la CPL, le directeur de la caisse arrête sa décision et la notifie au médecin par tout moyen donnant date certaine à sa réception.

La décision précise :

- la nature de la sanction et sa date d'entrée en vigueur ;
- les motifs ayant conduit à la sanction prononcée ;
- les voies et délais de recours dont le médecin dispose pour contester cette décision devant la juridiction compétente.

Sauf exercice par le médecin d'un recours en appel devant la CPR ou la CPN qui a caractère suspensif, l'application de cette décision ne peut intervenir qu'après un délai de deux mois à compter de la date de sa notification. Ce délai est porté à 1 mois en cas de fraude telle que définie à l'article R. 147-11 du code de la sécurité sociale.

La CPL est informée de la décision notifiée.

En cas de déconventionnement et de suspension ou suppression du droit à dépassements d'honoraires, la décision est également notifiée à l'UNOCAM.

Article 107. Recours en appel du médecin devant la CPR et la CPN

Article 107-1 : Recours en appel devant la CPR

Le médecin a la possibilité de présenter un recours consultatif en appel auprès de la CPR contre les décisions de sanction conventionnelle suivantes :

- déconventionnement d'une durée inférieure ou égale à 1 mois ;
- suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée inférieure ou égale à 6 mois ou sanction financière équivalente.

Article 107-2 : Recours en appel devant la CPN

Le médecin a la possibilité de présenter un recours consultatif en appel auprès de la CPN contre les décisions de sanction conventionnelle suivantes :

- déconventionnement d'une durée supérieure à 1 mois ;
- suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée supérieure à 6 mois ;
- suspension du droit permanent à dépassement et du droit à pratiquer des honoraires différents ou, quelle que soit la durée, pour toute sanction applicable aux cas de pratiques tarifaires excessives.

Article 108. Dispositions communes

Article 108-1 : Appel suspensif

Les recours conventionnels suspendent la décision des caisses et, de fait, l'application de la sanction.

Article 108-2 : Délai et modalités de saisine de la commission en appel

La saisine par le médecin de la commission en appel doit intervenir dans un délai de 2 mois suivant la date de réception de la notification de la décision de sanction ou de 1 mois en cas de fraude telle que définie à l'article R. 147-11 du code de la sécurité sociale. Lorsque la « formation médecins » de la CPL a rendu un avis, la CPR ou la CPN doit être saisie dans ces mêmes conditions.

La saisine est adressée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception au secrétariat de l'instance conventionnelle concernée.

Le secrétariat de la commission d'appel informe la caisse primaire d'Assurance maladie ayant prononcé la sanction du recours.

Article 108-3 : Avis de la commission en appel

La commission en appel doit se réunir dans un délai de deux mois à compter de la date de sa saisine. Lorsque la « formation médecins » de la CPL a rendu un avis, la CPR ou la CPN doit se réunir dans ces mêmes conditions.

Le médecin est informé de la date de réunion de la commission.

La commission en appel se prononce sur pièces. Toutefois, à la demande du médecin concerné, ce dernier peut être entendu en séance. Il peut se faire assister, s'il le souhaite, d'un confrère ou d'un avocat ou des deux.

Il peut envoyer au secrétariat de la commission ses observations écrites au plus tard 7 jours avant la date de la réunion.

La commission en appel émet un avis sur la qualification des faits ainsi que la nature et la durée de la sanction. Il s'agit d'un avis simple qui ne lie pas les directeurs des caisses membres de l'UNCAM du même ressort géographique.

L'avis de la commission en appel, signé par le Président et le Vice-Président de la commission, est adressé dans les 15 jours suivant la date de la réunion de l'instance, au directeur de la caisse et au médecin, par tout moyen donnant date certaine à sa réception.

Cette notification précise les voies et délais de recours dont dispose le médecin pour contester la décision devant la juridiction compétente, ainsi que la date d'application de celle-ci.

Cette dernière ne peut intervenir qu'après 15 jours à compter de la date de la décision. La décision est alors exécutoire.

Titre 5 : Procédures conventionnelles spéciales

Article 109. Procédure du déconventionnement exceptionnel d'urgence

En cas d'urgence et de violation particulièrement grave des dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles par le médecin, notamment dans les cas de nature à justifier, en présence d'un préjudice financier pour l'Assurance maladie, le dépôt d'une plainte pénale en application de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale, le directeur de la caisse primaire de rattachement du médecin, alerté le cas échéant par le directeur de tout autre organisme local d'Assurance maladie concerné, peut décider de suspendre les effets de la convention à son égard, après accord du directeur général de l'UNCAM ou de son représentant désigné à cet effet, pour une durée qui ne peut excéder 3 mois, selon la procédure prévue à l'article R. 162-54-10 du Code de la sécurité sociale.

Article 110. Appréciation du caractère excessif de la pratique tarifaire et procédure de sanction applicable

Article 110-1 : Propos liminaire

Le directeur général de l'UNCAM définit les principes de la sélection des médecins susceptibles de relever de la procédure de sanction applicable aux pratiques tarifaires excessives après avoir recueilli l'avis de la CPN médecins. La commission rend son avis dans un délai d'un mois à compter de sa saisine. À défaut d'avis dans ce délai, l'avis de la CPN est réputé rendu.

Article 110-2 : Appréciation du caractère excessif de la pratique tarifaire

L'appréciation du caractère excessif de la pratique tarifaire d'un médecin exerçant en secteur à honoraires différents ou titulaire du droit à dépassement permanent s'effectue au regard de tout ou partie des critères suivants :

- le rapport entre la somme des honoraires facturés aux assurés sociaux au-delà du tarif opposable et la somme des tarifs opposables des soins délivrés par le médecin (taux de dépassement) ;
- le taux de croissance annuel du rapport ci-dessus ;
- la fréquence des actes avec dépassements et la variabilité des honoraires pratiqués.

Cette appréciation tient compte par ailleurs de la fréquence des actes par patient, du profil et du volume global de l'activité médecin ainsi que du lieu d'implantation du cabinet et de la spécialité. Elle tient également compte des niveaux d'expertise et de compétence.

Article 110-3 : Avertissement préalable

Conformément aux principes de sélection définis par le Directeur général de l'Uncam, lorsque que la CPAM de rattachement du médecin constate une pratique tarifaire excessive, elle lui adresse un avertissement, par tout moyen donnant date certaine à la réception.

Cet avertissement doit comporter l'ensemble des éléments relevés par la caisse susceptible de caractériser la pratique tarifaire excessive selon les critères d'appréciation précisés supra et les valeurs moyennes des critères lui permettant de comparer sa pratique tarifaire à celle des médecins de la même spécialité au niveau national/régional/départemental.

Le médecin dispose d'un délai de deux mois à compter de la réception de cet avertissement pour modifier sa pratique. Passé ce délai, le directeur de la caisse peut :

- soit, en cas de modification de la pratique tarifaire du médecin, décider d'abandonner la procédure ;
- soit, en l'absence de modification de la pratique tarifaire du médecin, décider de poursuivre la procédure.

Article 110-4 : Relevé de constatations

À l'issue du délai de 2 mois laissé au médecin pour modifier sa pratique, s'il est constaté que ce dernier n'a pas modifié ladite pratique tarifaire, un relevé de constatations lui est adressé, par tout moyen donnant date certaine à sa réception.

Si, dans un délai de 3 ans suivant la réception du courrier d'avertissement, il est constaté que le médecin a renouvelé les mêmes faits reprochés, la caisse procède à l'envoi du relevé de constatations et la procédure d'avertissement est réputée effectuée.

Le relevé de constatations détaille les éléments susceptibles de caractériser une pratique tarifaire excessive selon les critères définis plus haut. Doivent être également communiquées au médecin, les valeurs moyennes des critères

lui permettant de comparer sa pratique tarifaire à celle des médecins de la même spécialité au niveau national et régional et/ou départemental. Le relevé expose également les sanctions encourues et précise les délais de réponse et la possibilité d'entretien et de transmission d'observations écrites prévus aux alinéas suivants.

Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du relevé de constatations pour transmettre ses observations écrites au directeur de la caisse ou demander à être entendu.

En cas d'observations écrites du médecin, le directeur de la caisse peut solliciter un entretien avec celui-ci. L'entretien doit alors se tenir dans le délai de 15 jours suivant la réception des observations écrites.

Si le médecin souhaite formuler des observations orales, la caisse a 15 jours pour organiser l'entretien à compter de la demande faite par le médecin.

Lors de l'entretien, le médecin peut se faire assister d'un confrère ou d'un avocat ou des deux. La caisse dresse un compte rendu d'entretien signé par le directeur qu'elle adresse au médecin dans un délai de 8 jours suivant l'entretien, pour contreseing. L'absence de signature par le médecin ne fait pas obstacle à la poursuite de la procédure.

À l'issue du délai d'un mois à compter de la réception du relevé de constatations ou à l'issue du délai de 8 jours suivant l'entretien si celui-ci intervient postérieurement à l'expiration de ce délai, le directeur de la caisse peut décider de l'abandon de la procédure ou de sa poursuite dans les conditions décrites ci-après.

Article 110-5 : Avis de la commission paritaire régionale

Lorsque les faits reprochés justifient la poursuite de la procédure, le directeur de la caisse demande au Président de la CPR de réunir cette dernière par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de la saisine. La CPR doit se tenir dans un délai maximal de 2 mois à compter de la demande du directeur. À l'issue de ce délai, l'avis de la CPR est réputé rendu.

Le cas échéant, le courrier d'avertissement, le relevé de constatations, les observations du médecin, le compte rendu d'entretien le cas échéant, et tout document utile sont joints à l'ordre du jour.

Lorsque la CPR juge nécessaire de recueillir, auprès du médecin, des éléments d'information relatifs à sa pratique médicale ou d'examiner des documents comportant des informations à caractère médical concernant des assurés, elle se réunit en « formation médecins ».

Le médecin est convoqué, par tout moyen donnant date certaine à la réception, dans un délai minimal d'un mois précédant la réunion. À cette occasion, il peut se faire assister, d'un confrère ou d'un avocat ou des deux.

Il peut envoyer au secrétariat de la commission ses observations écrites (mémoire en défense) au plus tard 7 jours avant la date de la réunion.

La commission délibère et émet un avis sur la décision à prendre, après avoir entendu l'intéressé. En cas d'absence du médecin non motivée par la force majeure, la commission en prend acte, instruit le dossier et délibère.

En cas de partage des voix des membres de la CPR, l'avis est réputé rendu et le directeur de la caisse peut arrêter librement la sanction qu'il décide.

L'avis de la CPR, signé par le Président et le Vice-Président de la commission, est adressé dans le délai d'un mois suivant la réunion au directeur de la caisse et au médecin, par tout moyen donnant date certaine à sa réception.

Sans préjudice du déroulement de la procédure, si la CPR estime que le dossier met en évidence une suspicion de manquement à la déontologie médicale, elle élabore un argumentaire afin de demander au directeur de la caisse de porter plainte à l'encontre du médecin auprès du conseil départemental de l'Ordre.

Article 110-6 : Notification de la décision du directeur de la caisse

Dans un délai de 15 jours suivant la transmission de l'avis de la CPR, le directeur de la caisse primaire arrête sa décision qui ne peut excéder, le cas échéant, les sanctions envisagées par la CPR et la notifie au médecin par tous moyens donnant date certaine à sa réception.

La décision précise :

- la nature de la sanction et sa date d'entrée en application ;
- les motifs ayant conduit à la sanction prononcée ;
- les voies et délais de recours dont le médecin dispose pour contester cette sanction.

Sauf exercice par le médecin ou par le directeur de la caisse primaire, d'un recours en appel devant la CPN, cette décision prend effet au plus tôt dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de sa notification par le médecin.

Le recours en appel exercé par le médecin ou par le directeur de la caisse primaire devant la CPN a un caractère suspensif.

La CPR est informée de la décision notifiée.

En cas de déconventionnement et de suspension ou suppression du droit à dépassements d'honoraires, la décision est également notifiée à l'UNOCAM.

Article 110-7 : Recours en appel devant la CPN

Le médecin peut présenter un recours en appel auprès de la CPN contre toute sanction conventionnelle notifiée dans le cadre d'une procédure de sanction pour pratiques tarifaires excessives.

Le directeur de la caisse primaire peut également exercer un recours auprès de la CPN en cas de désaccord avec l'avis de la CPR.

Article 110-8 : Effet suspensif

Le recours en appel auprès de la CPN suspend la décision des caisses.

Article 110-9 : Délai et modalités de saisine de la commission en appel

La saisine, par le médecin ou le directeur de la caisse, de la commission en appel doit intervenir dans un délai d'un mois suivant la date de réception de la notification de la décision de sanction.

Elle est adressée, par tout moyen donnant date certaine à la réception, au secrétariat de la CPN.

Le secrétariat de la CPN informe du recours, réalisé par le médecin, la CPAM ayant prononcé la sanction.

Article 110-10 : Avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins

À réception de la saisine, le Président de la CPN saisit, dans un délai maximum de 15 jours, le Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) pour avis sur le caractère excessif de la pratique tarifaire en cause.

Le Président du CNOM transmet son avis au Président de la CPN dans un délai d'un mois à compter de la réception du courrier de saisine du Président de la CPN.

À défaut d'avis rendu dans ce délai, l'avis du CNOM est réputé rendu.

Article 110-11 : Avis de la CPN

La CPN se réunit en formation « restreinte », c'est-à-dire sans le représentant UNOCAM, dans le délai d'un mois à compter de la réception de l'avis du président du CNOM ou lorsque cet avis est réputé rendu. Le médecin est informé de la date de réunion de la commission.

La CPN se prononce sur pièces. Toutefois, à la demande du médecin concerné, ce dernier peut être entendu en séance. À cette occasion, il peut se faire assister, d'un confrère ou d'un avocat ou des deux.

Le médecin peut envoyer au secrétariat de la commission ses observations écrites au plus tard 7 jours avant la date de la réunion.

La CPN émet un avis sur la décision à prendre. Cet avis, signé par le Président et le Vice-Président de la commission, est adressé dans un délai d'un mois suivant la réunion de l'instance, au directeur général de l'UNCAM, au directeur de la caisse et au médecin.

À l'issue de ce délai, ou en l'absence d'accord constaté, l'avis de la CPN est réputé rendu.

Article 110-12 : Notification de la décision du directeur de la caisse suivant le recours en appel

Le directeur de la caisse prend une décision, qui ne peut excéder les sanctions envisagées par la CPN si celle-ci s'est prononcée.

Cette décision définitive, à laquelle est joint, le cas échéant, l'avis de la CPN, est notifiée au médecin, dans un délai de 15 jours, par tout moyen donnant date certaine à sa réception.

La décision définitive précise les voies et délais de recours de droit commun dont dispose le médecin pour contester la décision devant la juridiction compétente, ainsi que la date d'application de celle-ci. Celle-ci ne peut intervenir qu'à l'issue d'un délai de 15 jours à compter de la date de réception de la décision par le médecin. La décision est alors exécutoire.

La CPN est informée de la décision notifiée.

En cas de déconventionnement et de suspension ou suppression du droit à dépassements d'honoraires, la décision est également notifiée à l'UNOCAM.

Article 111. Conséquences des sanctions ordinales ou des décisions juridictionnelles

Lorsque l'Ordre des médecins ou une juridiction pénale a prononcé, à l'encontre du médecin, une sanction devenue définitive, sans sursis, consistant en une interdiction de donner des soins aux assurés sociaux, en une interdiction d'exercice, ou en un emprisonnement avec incarcération, le professionnel est, de fait, placé hors du champ d'application de la convention, à la date d'entrée en vigueur de la sanction et pour la durée de celle-ci, et ne peut plus percevoir de rémunération (actes et rémunérations conventionnelles) au titre des soins ou de sa patientèle sur cette période.

Lorsque les faits sanctionnés par une instance ordinaire ou judiciaire constituent une infraction au regard des règles conventionnelles, les caisses peuvent envisager à l'encontre du médecin l'enclenchement d'une procédure de sanction conventionnelle, sans le préalable de l'avertissement.

Article 112. La publicité des sanctions

Les caisses portent à la connaissance des assurés sociaux, par affichage dans leurs locaux et sur l'annuaire des professionnels de santé sur le site de l'Assurance maladie, la sanction conventionnelle décidée à l'encontre du médecin pendant la durée d'application de ladite sanction.

Article 113. Continuité des procédures initiées avant l'entrée en vigueur de la convention

Les procédures conventionnelles en cours à la date d'application de la convention se poursuivent et sont examinées au regard des dispositions de la présente convention.

Les sanctions conventionnelles en cours d'exécution au moment de l'entrée en vigueur de la présente convention s'appliquent jusqu'à leur terme sans changement.

Partie 12 : Modalités des échanges entre l'Assurance maladie et les médecins

La facturation à l'Assurance maladie s'effectue dans les conditions prévues par les textes réglementaires et les dispositions de la présente convention ainsi que celles du cahier des charges des spécifications des modules SESAM-Vitale en vigueur, publié par le GIE SESAM Vitale et en utilisant une solution agréée CNDA ou homologuée GIE SESAM-Vitale.

Article 114. Le système de facturation SESAM-Vitale

Article 114-1 : Principe

La facturation des actes et prestations s'effectue par une transmission électronique sécurisée grâce au service de la télétransmission des feuilles de soins pour les assurés sociaux (système SESAM-Vitale). En cas d'impossibilité, la facturation peut exceptionnellement s'effectuer par le biais de la facturation « SESAM dégradé » définie à l'Article 115 ou de la feuille de soins sur support papier définie Article 116

On entend par « feuille de soins électronique » ci-après désignée « FSE », la feuille de soins dont la signature est donnée par la lecture de la carte Vitale (physique ou application mobile) et de la carte du professionnel de santé (CPS).

On entend par feuille de soins SESAM "dégradé", la feuille de soins dont la signature est donnée par la lecture de la seule carte du professionnel de santé.

On entend par feuille de soins papier, la feuille de soins sur support papier établie sur l'imprimé conforme au modèle cerfa.

Article 114-2 : Utilisation de la carte de professionnel de santé

La réalisation et l'émission de FSE conformément aux spécifications SESAM-Vitale nécessitent l'utilisation d'une carte de professionnel de santé (CPS).

Le coût des cartes de professionnel de santé délivrées dans ce cadre est pris en charge par les caisses, pour la durée de la présente convention.

Article 114-3 : Utilisation de la carte Vitale

La « carte Vitale » est utilisée pour identifier et authentifier électroniquement l'assuré afin de permettre la prise en charge des soins par les organismes gestionnaires de l'Assurance maladie. La « carte Vitale » se présente sous la forme d'une carte physique ou sous la forme d'une application sur un terminal mobile.

La facturation à l'Assurance maladie intervient par principe selon une transmission électronique sécurisée. Le médecin vérifie l'ouverture du droit aux prestations de l'assuré ou de ses ayants droit sur les données contenues dans la carte d'Assurance maladie dite « Vitale » sous la forme d'une carte physique. L'assuré peut mettre à jour sa carte Vitale physique en pharmacie.

Afin de sécuriser la facturation et éviter certains rejets liés aux droits aux prestations de l'assuré ou de ses ayants droit, le médecin a recours autant que possible au service d'acquisition des informations relatives à la situation

administrative de l'assuré, intégré au poste de travail (ADRI). Ce service permet au médecin d'obtenir une situation de droit à jour pour le patient lors de l'établissement de la feuille de soin électronique, en interrogeant directement les droits de ce dernier dans les bases de données de l'Assurance maladie. L'utilisation de la carte Vitale sous sa forme application mobile fait appel systématiquement au service en ligne de consultation des droits des assurés de l'Assurance maladie. La situation ainsi obtenue par appel au service d'acquisition des droits de l'assuré est opposable à la caisse gestionnaire de la même manière que le sont les données de droits présentes dans la « carte Vitale » physique.

L'appréciation de la justification de l'ouverture des droits s'effectue à la date des soins.

Les organismes d'Assurance maladie s'engagent, lorsque le médecin pratique la dispense d'avance des frais sur la part couverte par l'Assurance maladie obligatoire, à effectuer le paiement de la part obligatoire des actes facturés en mode sécurisé via la carte vitale (physique ou application mobile), sur la base des informations relatives à la couverture maladie obtenue quel que soit le support utilisé (physique ou application mobile) à la date de la réalisation de l'acte.

En cas de tiers-payant intégral coordonné par l'assurance de maladie obligatoire pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S), les organismes d'Assurance maladie s'engagent à effectuer le paiement de la part obligatoire et de la part complémentaire des FSE sur la base des informations relatives à la couverture maladie obtenues via la carte vitale (physique ou application mobile) à la date de réalisation de l'acte.

Article 114-4 : La qualité de service des caisses d'Assurance maladie

Les caisses s'engagent à maintenir un niveau et une qualité de service informatique afin d'assurer le règlement des FSE dans les conditions prévues par la présente convention.

Article 114-5 : L'équipement informatique du médecin

Le médecin met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour disposer d'un équipement informatique lui permettant de rester conforme à la réglementation et à la dernière version en vigueur du système SESAM-Vitale ;
- pour disposer sur son poste de travail des données nécessaires à la tarification et à la facturation conforme aux dispositions réglementaires en vigueur ;
- pour assurer au mieux la continuité du service de la télétransmission au bénéfice des assurés sociaux, notamment pour respecter les délais réglementaires de transmission des feuilles de soins électroniques.

Article 114-6 : Liberté de choix de l'équipement et du réseau

Le médecin a la liberté de choix de l'équipement informatique grâce auquel il effectue la télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE), sous réserve que la solution informatique soit agréée par le Centre national de dépôt et d'agrément (CNDA) de l'Assurance maladie, ou homologuée par le GIE SESAM-Vitale.

La télétransmission des feuilles de soins électroniques nécessite une connexion à un réseau de transmission utilisant un protocole internet conforme aux spécifications du système SESAM-Vitale.

Le médecin a le libre choix de son fournisseur d'accès internet ou de tout service informatique dès lors qu'ils sont conformes aux spécifications du système SESAM-Vitale et compatibles avec la configuration de son équipement.

Il peut aussi recourir à un organisme concentrateur technique (OCT), dans le respect des dispositions légales et réglementaires ayant trait à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et relatives à la confidentialité et l'intégrité des flux de FSE. Cet organisme tiers, dont le médecin a le libre choix, agit pour le compte et sous la responsabilité du médecin avec lequel il conclut un contrat à cet effet. Lorsqu'il souhaite utiliser les services d'un OCT, le médecin doit impérativement s'assurer que les procédures mises en œuvre par l'OCT sont conformes aux spécifications de SESAM-Vitale et, le cas échéant, aux autres procédures convenues entre ledit OCT et les organismes destinataires de feuilles de soins électroniques, pour la part couverte par les régimes obligatoires.

Article 114-7 : Le respect des règles applicables aux informations électroniques

Le médecin doit s'assurer, dans tous les cas, du respect de la réglementation applicable aux traitements automatisés de données notamment en matière de déclaration de fichiers.

Les dispositions de la présente convention ne font pas obstacle à des transmissions directes par le médecin à des organismes complémentaires (Demande de Remboursement Electronique, DRE).

Un « éclatement » de la FSE vers des organismes complémentaires peut être effectué, selon des modalités prévues par le cahier des charges SESAM-Vitale, par un OCT mandaté par le médecin.

Principes généraux d'élaboration d'une feuille de soins électronique.

Article 114-8 : Etablissement des FSE

La télétransmission des FSE s'effectue selon les règles édictées dans les textes législatifs et réglementaires ainsi que dans les spécifications du système SESAM-Vitale en vigueur complétées des dispositions de la présente convention.

Article 114-9 : Délai de transmission des FSE

Le médecin s'engage à adresser à la caisse d'affiliation de l'assuré les feuilles de soins par voie électronique dans les délais réglementairement fixés, que le paiement s'effectue en paiement direct ou en dispense d'avance des frais.

Article 114-10 : Procédure en cas d'échec d'émission d'une feuille de soins électronique

En cas d'échec d'émission d'une FSE, le médecin fait une nouvelle tentative dans les délais réglementairement prévus.

En cas de nouvel échec de la télétransmission de la FSE et selon les conditions décrites par le code de la sécurité sociale, le médecin établit un duplicata sous forme papier de la FSE. Ce duplicata mentionne expressément le motif de sa délivrance et les références de la feuille de soins électronique non transmise (numéros de FSE et de lot).

En cas de duplicata d'une feuille de soins établie sans dispense d'avance des frais à l'assuré, le médecin signe le duplicata et le remet à l'assuré.

En cas de duplicata avec dispense totale ou partielle des frais consentie à l'assuré, le médecin adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré le duplicata de la feuille de soins signé par lui-même et par l'assuré. À défaut, si l'assuré n'est

pas en mesure de signer la feuille de soins, le médecin l'adresse lui-même à la caisse d'affiliation de l'assuré en indiquant que l'assuré n'a pas pu signer la feuille de soins.

Dans les autres cas d'impossibilité de produire une feuille de soins électronique, le médecin remplit une feuille de soins papier.

Article 115. Les autres procédures de facturation

Article 115-1 : La feuille de soins SESAM « dégradée »

En cas d'impossibilité de produire des FSE sécurisée Vitale du fait de l'absence, de la non-présentation ou de la défectuosité de la carte Vitale sous la forme d'une carte physique ou sous la forme d'une application sur un terminal mobile, le médecin réalise une feuille de soins SESAM « dégradée ».

Les parties s'engagent à limiter l'utilisation du mode « dégradé » au profit de la seule transmission de FSE et à suivre l'évolution du volume dans le cadre des commissions paritaires locales.

En cas de transmission de feuilles de soins SESAM « dégradée », y compris hors département, le médecin réalise une feuille de soins papier parallèlement au flux électronique.

Le médecin adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré les pièces justificatives de la transmission de feuilles de soins SESAM « dégradé » (feuille de soins sous forme papier) s'il n'utilise pas le dispositif dématérialisé prévu ci-après. Les feuilles de soins SESAM « dégradée » n'ouvrent pas droit à la garantie de paiement et ne rentrent pas dans le calcul du taux de télétransmission.

Article 115-2 : Dématérialisation de la transmission de la feuille de soins – Scannérisation et transmission électronique de la feuille de soins papier, dispositif SCOR

La pièce numérique est la feuille de soins établie sur le modèle cerfatisé en vigueur et signée par le patient. La signature du patient pourra être manuscrite sur la feuille de soins papier puis le document sera numérisé par le médecin. L'Assurance maladie s'engage à proposer une évolution du cahier des charges SESAM Vitale permettant au patient d'apposer sa signature sur un terminal de signatures doté d'un écran tactile.

L'Assurance maladie met à disposition un service de transmission électronique de la feuille de soins papier numérisée (SCOR).

Article 115-3 : Nature de la pièce numérique

La pièce numérique est considérée comme la « pièce justificative » ouvrant droit au remboursement et à la prise en charge conformément à la réglementation en vigueur. Dès lors que le processus d'envoi et de réception de la pièce numérique est réalisé dans les conditions définies dans la présente convention, le médecin se trouve dispensé d'adresser à l'organisme de prise en charge le duplicata ou la copie de la feuille de soins sur support papier.

Le médecin est responsable de l'établissement de la pièce numérique et de sa fidélité à la feuille de soins papier.

Article 115-4 : Principe de la numérisation de la feuille de soins

Le médecin s'engage à numériser la feuille de soins par ses propres moyens techniques, lesquels garantissent la fidélité de la pièce numérique à la feuille de soins papier et ce, dans le respect des conditions techniques figurant au cahier des charges ainsi que ses annexes fonctionnelles publiés par le GIE SESAM-Vitale.

Le médecin s'engage à effectuer l'opération de numérisation de la feuille de soins au moment où il établit la facturation correspondante.

Article 115-5 : Qualité de la pièce numérique

Le médecin s'engage à s'assurer de la lisibilité de la pièce numérique en amont de sa transmission aux organismes de prise en charge.

Article 115-6 : Valeur probante des pièces justificatives numériques

La pièce justificative numérique transmise par le médecin dans les conditions mentionnées ci-après s'agissant du principe de la télétransmission a la même valeur juridique et comptable que la feuille de soins support papier.

Article 115-7 : Transmission

La transmission de la pièce numérique s'effectue, par principe, en télétransmission vers le serveur informatique dédié, dénommé « point d'accueil inter-régimes », dans le respect des dispositions de la présente convention et du cahier des charges en vigueur ainsi que ses annexes fonctionnelles publiés par le GIE SESAM-Vitale.

Un accusé de réception logique (ARL) « PJ » est envoyé au médecin à la suite de la transmission sur le point d'accueil inter-régimes des lots de pièces numériques. Un ARL « PJ » positif atteste de l'acquisition du lot et de sa conformité à la norme d'échange.

La télétransmission du lot de PJ numériques intervient après l'envoi du lot de facturation en mode dégradé.

Article 115-8 : Cas d'échec de la transmission des pièces jointes numériques

En cas d'impossibilité technique de télétransmettre la PJ numérique, le médecin met tout en œuvre pour y parvenir dans un délai de cinq jours ouvrés à compter de la première tentative. En cas de persistance de l'impossibilité de télétransmettre à l'issue de ce délai, le médecin en informe la caisse et transmet les pièces sous format papier (duplicata).

Article 115-9 : Non réception de la PJ numérique

En cas de non réception par l'organisme de prise en charge malgré un ARL PJ positif de télétransmission, ce dernier prend contact avec le point d'accueil inter régimes qui lui transmet à nouveau le lot. À défaut de réception d'un ARL positif, le médecin transmet à nouveau la pièce numérique qu'il a conservée dans les conditions définies par les dispositions du présent article en cas d'échec de la transmission de la PJ dû à un dysfonctionnement.

Au-delà du délai de conservation des pièces numériques par le médecin prévu par le présent article sur la conservation des preuves et de la protection des données, il est fait application des dispositions ci-après portants sur les modalités d'acheminement des PJ sur support papier.

Article 115-10 : La conservation des preuves et de la protection des données

Le médecin conserve les PJ numériques sur le support de son choix et dans les conditions de pérennité nécessaire, et ce, pendant quatre-vingt-dix jours à compter du jour de télétransmission ou de l'envoi postal à la caisse primaire.

Article 116. La facturation via la feuille de soins sur support papier

En cas d'impossibilité de produire des feuilles de soins électroniques ou SESAM « dégradé », la facturation est effectuée via la feuille de soins papier.

En cas de dispense d'avance des frais, le médecin facture directement la part obligatoire des actes et prestations à la caisse d'affiliation de l'assuré. Il se charge de l'envoi à cette même caisse des documents nécessaires à la prise en charge dans les délais qui lui sont impartis par la réglementation.

En cas de paiement direct, l'envoi des feuilles de soins papier est effectué sous la responsabilité de l'assuré.

En cas de dispense d'avance des frais, la caisse règle directement au médecin les sommes correspondantes au remboursement dû par l'Assurance maladie. Le règlement intervient dans un délai de vingt jours à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge par la caisse.

Les engagements de l'Assurance maladie sur la gestion de la facturation des actes.

L'ensemble des régimes obligatoires d'Assurance maladie s'engagent à harmoniser leurs procédures pour faciliter la facturation des actes.

Les engagements de l'Assurance maladie en matière de paiement et de suivi de facturation sont les suivants :

- La garantie de traitement de la facture sous 5 jours ouvrés en cas de facturation en FSE sécurisé Vitale. Si le délai de paiement des FSE (en mode sécurisé Vitale) excède 7 jours ouvrés, une indemnité est versée par l'Assurance maladie dans les conditions définies réglementairement. Chaque trimestre, les régimes obligatoires d'Assurance maladie publient sur leur site internet les délais de paiement des FSE en tiers-payant ;
- La garantie de paiement (article L. 161-36-3 du code de la sécurité sociale) se fait sur la base de l'utilisation de la carte Vitale du patient (carte physique ou sous forme d'application mobile). L'utilisation du seul service ADRI sans lecture de carte Vitale sous forme physique ou application mobile ne donne pas droit à la garantie de paiement.

L'Assurance maladie s'engage à renforcer l'accompagnement des médecins rencontrant des rejets de facturation. À cette fin, les médecins concernés recevront systématiquement un mail d'information et pourront bénéficier le cas échéant d'un contact sortant, réalisé par un agent de la caisse de rattachement du patient, lorsque l'anomalie s'avère récurrente ou significative (en nombre ou en montant). Cette action pourra venir en complément ou en substitut d'autres actions plus spécifiques du type : guide d'aide à la facturation, visites de délégués du numérique en santé (DNS).

L'Assurance maladie s'engage par ailleurs à développer un nouveau service progressivement généralisé à tous sur tout le territoire : l'application carte Vitale. Porteur d'enrichissement du service et de la relation tant pour les professionnels de santé que pour les assurés, l'application carte Vitale induit une optimisation des processus de facturation. L'application carte Vitale permet de limiter les oublis et les pertes de carte Vitale physique, elle

apportera aussi de nouvelles fonctionnalités pour les assurés (télésanté, fiabilisation des données d'identification des patients lors de la pré-admission/admission à l'hôpital, accès facilité à Mon Espace Santé, prêt temporaire de l'usage de l'application à un tiers de confiance par exemple). Par ailleurs, dans le processus de paiement, l'appli carte Vitale permet de réduire le volume de feuilles de soins papier et de garantir que les droits des assurés sont bien à jour, ce qui limite les rejets de facturations.

Le médecin soutient le développement de l'appli carte Vitale en s'équipant de matériel compatible et accompagne ses patients dans son utilisation.

Article 117. Facturation des honoraires et rédaction des ordonnances

Article 117-1 : Facturation des honoraires

Lorsque le médecin réalise des actes ou prestations non remboursables par l'Assurance maladie, ce dernier n'établit pas de feuille de soins ni d'autre support.

Dans les situations où le médecin réalise des actes ou prestations remboursables et non remboursables au cours de la même séance, il porte les premiers sur la feuille de soins et les seconds sur un support différent.

Lorsque les soins sont dispensés à titre gracieux, le médecin porte sur la feuille de soins la mention « acte gratuit ».

Il ne donne l'acquit par sa signature que pour les actes qu'il a accomplis personnellement et pour lesquels il a perçu des honoraires ou pratiqué le tiers payant.

Article 117-2 : Facturation des actes effectués par le personnel agissant sous la responsabilité du médecin

Lorsque les actes sont effectués par un auxiliaire médical salarié ou par un médecin exerçant sous la responsabilité conventionnelle (collaborateurs salariés, adjointes et assistants) d'un médecin libéral, adhérent à la présente convention, la facturation s'effectue selon les modalités décrites ci-après.

Les feuilles de soins ou les supports, sur lesquels sont portés les actes, doivent permettre l'identification nominale et codée du médecin responsable, suivie de l'identification de l'auxiliaire médical ou du médecin exerçant sous sa responsabilité conventionnelle. Le médecin responsable est identifié dans la rubrique réservée à l'identification de la structure et l'auxiliaire salarié ou le médecin exerçant sous sa responsabilité conventionnelle sont identifiés comme exécutant de l'acte.

L'auxiliaire médical ou le médecin exerçant sous la responsabilité conventionnelle du médecin libéral atteste la prestation de l'acte et le médecin responsable le paiement des honoraires ; ils apposent respectivement leur signature dans la colonne réservée à l'exécution de l'acte et dans la colonne réservée à l'attestation du paiement des honoraires.

La signature du médecin responsable sur la feuille de soins ou tout autre support engage sa responsabilité sur l'application, par l'auxiliaire médical ou le médecin exerçant sous sa responsabilité conventionnelle, des cotations de la NGAP ou de la CCAM et des tarifs en vigueur.

Article 117-3 : Rédaction des ordonnances

L'ensemble des mentions prévues par la réglementation en vigueur doivent apparaître lisiblement sur l'ordonnance.

L'ordonnance doit permettre l'identification de son auteur et, en conséquence, mentionner les informations suivantes :

- l'identifiant personnel du prescripteur autorisé à exercer (numéro RPPS) ;
- l'identifiant de la structure d'activité au titre de laquelle est établie l'ordonnance, c'est à dire :
 - soit le numéro Assurance maladie personnel (numéro AM) pour les médecins exerçant en structures disposant d'un tel numéro comme les cabinets médicaux (y compris les activités libérales exercées en milieu hospitalier) ;
 - soit le n°FINESS pour les structures comme les établissements de santé.

Le médecin formule sur des ordonnances distinctes les prescriptions :

- de médicaments ;
- de produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale ;
- d'actes réalisés par des auxiliaires médicaux ;
- d'examens des laboratoires d'analyse médicale.

Le médecin ne peut utiliser que des ordonnances pré imprimées, sauf dans le cas où il précise les modalités pratiques de préparation à un examen ou une intervention. Toutefois, il peut s'appuyer, s'il l'estime utile, pour établir sa prescription, sur des modèles type de prescription ou des aides à la prescription élaborés dans le champ de la liste des produits et prestations mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Il se les procure en ligne, sur le site de l'Assurance maladie, ou auprès de la caisse dans la circonscription de laquelle il exerce.

Les modalités du déploiement du dispositif ordonnance numérique (e-prescription) dont la généralisation est prévue au plus tard le 31 décembre 2024 sont définies à l'annexe 20.

Fait à Paris, le 4 juin 2024

Pour l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
Le Directeur Général,
Thomas FATOME

Au titre des généralistes :

La Présidente de la Fédération Française des
Médecins Généralistes
Docteur Agnès GIANNOTTI

La Présidente de la Fédération des Médecins de France
Docteur Patricia LEFEBURE

Le Président de la Confédération des syndicats médicaux français
Docteur Franck DEVULDER

Au titre des spécialistes :

Les co-Présidents de l'Union Syndicale Avenir Spé — Le Bloc
Docteur Bertrand de ROCHAMBEAU
Docteur Philippe CUQ
Docteur Patrick GASSER
Docteur Loïc Kerdiles

La Présidente du Syndicat des médecins libéraux
Docteur Sophie BAUER

Le Président de la Confédération des syndicats médicaux français
Docteur Franck DEVULDER

Pour l'Union Nationale des Organismes complémentaires d'Assurance Maladie
Le Directeur Général,
Marc LECLERE