

Date :

31/07/2024

Domaine(s) :

Gestion du dossier client
professionnels de sante

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>
Provisoire	<input type="checkbox"/>

Objet :

Présentation de la convention
médicale du 4 juin 2024 applicable
aux médecins libéraux

Liens:

Liens externes :

Plan de classement :

P04 GESTION DU DOSSIER CLIENT
PROFESSIONNELS DE SANTE

Emetteur(s) :

DDGOS / DDO

Pièces jointes : 2

à Mesdames et Messieurs les :

Directeurs | Cnam CPAM CGSS CSS Mayotte

DCGDR

Médecins conseil | Régionaux Chef de service

Pour mise en œuvre immédiate

Résumé :

L'objet de la circulaire est de présenter les dispositions de la convention
médicale signée le 4 juin 2024 et approuvée par arrêté du 20 juin 2024.
- Concerne aussi la CSS Mayotte -

Mots clés :

Convention médicale ; médecins

**La Directrice Déléguée à la Gestion et à
l'Organisation des Soins**



Marguerite CAZENEUVE

La Directrice Déléguée aux Opérations



Aurélie COMBAS-RICHARD

Objet : Présentation de la convention médicale du 4 juin 2024 applicable aux médecins libéraux

Affaire suivie par :

- Département des Professions de Santé (secretariat.dprof.cnam@assurance-maladie.fr)
- Département des Actes Médicaux pour les questions concernant la nomenclature (dact.ddgosdos.cnam@assurance-maladie.fr)

L'arrêté du 20 juin 2024 portant approbation de la convention médicale organisant les rapports entre l'Assurance maladie et les médecins libéraux est paru le 21 juin 2024 au *Journal Officiel*.

La convention médicale est donc entrée en vigueur le **22 juin 2024**.

Elle régit désormais les relations entre les caisses d'assurance maladie et les médecins libéraux conventionnés. Elle est arrêtée pour une durée de 5 ans et succède au règlement arbitral qui était en vigueur depuis le 1^{er} mai 2023.

Dans le cadre de cette convention, de nouvelles mesures ont été négociées et en particulier:

- Revalorisation de certains actes clés et créations de nouvelles consultations ou majorations ;
- Évolutions du dispositif d'aide à l'emploi d'un assistant médical ;
- Création d'un forfait unique nommé forfait médecin traitant (FMT), remplaçant le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) et la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) ;
- Création d'une dotation numérique (DONUM) en substitution de la part numérique du forfait structure ;
- Création d'un Observatoire de l'accès aux soins et d'un Observatoire conventionnel national de pertinence et de qualité avec des déclinaisons locales.

Préambule

Après plusieurs mois de négociations entre les six syndicats représentatifs des médecins libéraux, l'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, la convention médicale a été signée, conformément aux exigences réglementaires, par la majorité des syndicats réunissant 71,07% des suffrages exprimés aux élections URPS au titre du collège des médecins généralistes et 73,68% au titre du collège des médecins spécialistes.

Les syndicats signataires sont : 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 et le Syndicat des Médecins Libéraux.
L'UNOCAM est également signataire de la convention.

L'UFML-S, syndicat non signataire du texte conventionnel, ne sera donc pas présent dans les différentes instances paritaires conventionnelles comme les commissions paritaires départementales, régionales et nationale qui suivent la mise en œuvre des différentes mesures adoptées dans le cadre de la convention médicale.

1. Cadre et portée de la convention nationale

A. Communication

Conformément à l'article R. 162-54-9 du CSS, l'assurance maladie a mis à disposition des professionnels de santé la convention médicale sur le site ameli.fr.

B. Conditions d'adhésion

Le médecin précédemment conventionné avant l'entrée en vigueur de la présente convention reste conventionné. Son adhésion à la convention est tacitement reconduite et aucune démarche n'est à entreprendre de la part du médecin.

En application des dispositions de l'article R. 162-54-9 du code de la sécurité sociale, les médecins qui ne souhaitent pas être régis par la convention médicale doivent le faire savoir par courrier à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité. À défaut, ils sont tacitement régis par la convention médicale.

Les médecins qui exerçaient jusqu'à présent en dehors du champ de la convention de 2016 et du règlement arbitral du 1^{er} mai 2023, et qui souhaitent désormais être régis par la convention médicale du 22 juin 2024 doivent en faire la demande dans les mêmes conditions.

Les honoraires des médecins non régis par la convention médicale donnent lieu à prise en charge sur la base des tarifs d'autorité (article L. 162-5-10 CSS).

La nouvelle convention médicale prévoit un **délai de carence** après un déconventionnement volontaire. Ainsi, un médecin libéral conventionné qui renonce au conventionnement à compter du 22 juin 2024 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, il pourra revenir dans le champ conventionnel et conserver son secteur d'exercice (secteur 1, secteur 2 ou secteur 2 OPTAM/OPTAM-ACO).

C. Installation des commissions paritaires

Cf point 12 de la présente circulaire

2. L'exercice conventionnel

A. Généralités

Dans le cadre de leur activité libérale, les médecins libéraux peuvent exercer sur des sites distincts : au sein d'un cabinet principal et d'un **cabinet secondaire**. Dans le cadre de leur activité au sein d'un cabinet secondaire, les démarches à l'installation sont similaires à celles pour l'installation de leur cabinet principal.

Ils doivent effectuer les démarches nécessaires auprès de la caisse du ressort du lieu d'exercice distinct, afin d'obtenir un identifiant leur permettant de facturer à l'Assurance maladie les actes réalisés dans le cadre d'un cabinet d'exercice distinct.

Préalablement à l'ouverture d'un site distinct, ils doivent le déclarer 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.

En cohérence avec la loi n 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, en cas de **cessation d'activité** définitive ou pour une durée supérieure ou égale à un an, la nouvelle convention prévoit que le médecin informe 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, notamment arrêt maladie de longue durée, etc.

Les **médecins remplaçants** ne sont pas régis par la convention médicale mais il est prévu que leur activité soit mieux suivie et qu'ils disposent d'accès aux téléservices de l'Assurance maladie et à ameli.pro.

Afin d'assurer une meilleure traçabilité de leurs facturations, les médecins remplacés devront utiliser leur propre CPS pour facturer. Les postes SESAM-Vitale devront être paramétrés en fonction.

B. Secteur 2

Articles 12 à 15-3 de la convention médicale

1. Modifications apportées à l'éligibilité au secteur 2

a. Ajout d'un titre pour l'accès au secteur 2

Les dispositions relatives au secteur à honoraires différents (secteur 2) prévoient l'ajout du titre **d'ancien assistant hospitalier universitaire** (AHU), issu du décret n°2021-1645 du 13 décembre 2021, pour accéder au secteur 2 par la procédure d'accès direct.

b. Réforme du titre de praticien hospitalier

Les dernières réformes sur le statut des praticiens hospitaliers intervenues par décret en février 2022 ont apporté des modifications à leur statut. Désormais, le **titre de praticien hospitalier**, dont le statut relève des articles R. 6152-1 et suivants du code de la santé publique et permettant d'accéder au secteur 2 s'acquière :

- Sans durée d'ancienneté lorsque le médecin exerce à 100% au sein de son établissement, dès lors qu'il est nommé à titre permanent ;
- Avec 5 ans d'ancienneté lorsque le médecin exerce entre 50 et 90% au sein de son établissement.

c. Titre acquis en ESPIC et accès au secteur 2

La nouvelle convention prévoit que, par exception, les médecins qui ont été nommés dans les fonctions permettant de détenir les titres mentionnés à l'article 13-1 (titre donnant accès au secteur 2) et qui ont été affectés en ESPIC par les autorités publiques hospitalières, relèvent désormais de la procédure automatique et non de la procédure d'équivalence de titre.

2. Démarches

Si un médecin possède l'un des titres mentionnés à l'article 13-1 de la nouvelle convention et qu'il souhaite exercer en secteur 2, il doit en faire la demande auprès de sa caisse primaire du lieu d'implantation de son cabinet principal dans un **délai d'un mois** à compter de sa demande d'installation.

De ce fait, un médecin qui détiendrait les titres donnant accès au secteur 2 et qui s'installerait en libéral sans faire la demande pour exercer en secteur 2 dans le délai d'un mois se verra refuser l'accès au secteur 2 par la suite.

Aussi, le médecin qui demande à exercer en secteur 2 doit faire état d'un titre acquis dans le cadre de sa spécialité d'inscription au tableau de l'Ordre des médecins. Si le titre acquis par le médecin n'a pas été acquis dans le cadre de sa spécialité d'inscription à l'Ordre, alors il se verra refuser l'accès au secteur 2.

3. Dispositions dérogatoires à une première installation en libéral

La nouvelle convention prévoit explicitement les cas dérogatoires à une première installation en libéral. Cette liste est exhaustive.

Ne sont pas assimilés à une première installation en libéral :

- **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.** En cas d'obtention d'un nouveau diplôme, ou d'une qualification ordinale d'une spécialité nouvellement créée (nouveau DES), les médecins peuvent se prévaloir d'un titre acquis avant leur nouvelle spécialité dès lors que les titres ont été acquis en lien direct avec la nouvelle spécialité. ATTENTION : cela ne vaut que pour les nouvelles spécialités, c'est-à-dire les nouveaux DES (diplômes d'études spécialisées) créés.
- **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** (médecin non conventionné) ;
- **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.** Un délai raisonnable d'un mois post clinicat doit être respecté par le médecin pour faire sa demande d'installation en secteur 2. Au-delà de ce délai, l'accès au secteur 2 pourra lui être refusé et il restera en secteur 1.

3. Les rémunérations forfaitaires

3.1. Le forfait médecin traitant et ses majorations

Articles 21 à 24-3 et annexe 4, 5 et 7 de la convention médicale

A. Forfait socle (FMT) et majorations patients en situation de précarité

La nouvelle convention médicale prévoit la refonte des rémunérations forfaitaires avec la création d'un **forfait unique** visant à valoriser le médecin traitant et la spécificité de son activité.

Partie socle du FMT :

La « **partie socle** » du forfait unique (FMT) correspond à l'ensemble des montants versés au titre de la patientèle, à l'exclusion de toutes majorations (précarité, ZIP, ...).

Ce forfait médecin traitant vient se substituer au FPMT (qui reste en vigueur jusqu'au 31 décembre 2025) à partir du 1^{er} janvier 2026 et prévoit des revalorisations substantielles (cf tableau ci-dessous). Il est réservé aux médecins exerçant en secteur 1 ou en secteur 2 OPTAM/OPTAM-ACO.

Patient	Montants actuels	Montants revalorisés	Si patient C2S
(ALD) 80 ans ou plus	70 €	100 €	110€
(ALD) 0-79 ans	46 €	55 €	65€
80 ans et plus	46 €	55 €	65€
75-79 ans	5 €	15 €	25€
7 à 74 ans	5 €	5 €	15€
Moins de 7 ans	6 €	15 €	25€
<i>Patients non vus dans les 2 ans par le médecin ou son collaborateur</i>	-	5 €	5€

Désormais, pour les patients faisant partie de la patientèle médecin traitant mais qui n'auraient pas consulté dans les deux dernières années leur médecin traitant ou son collaborateur, une rémunération de **5 €** est appliquée dans le cadre de ce forfait.

Dans le cadre du forfait, est considéré comme collaborateur du médecin traitant, le collaborateur salarié du médecin ou son collaborateur libéral avec lequel il a signé un contrat de collaboration personnellement (sont exclus les collaborateurs ayant signé un contrat de collaboration avec une société (SEL, SELARL, ...)).

Majoration C2S (précarité) :

Afin de valoriser la prise en charge des patients en situation de précarité, une **majoration de 10 €** est appliquée pour chaque **patient bénéficiaire de la C2S** (complémentaire santé solidaire) de la patientèle médecin traitant. Cette majoration n'est pas appliquée aux patients n'ayant pas été vus dans les deux ans par le médecin traitant ou son collaborateur.

La spécificité de la prise en charge des personnes en situation de handicap est également reconnue. Des groupes de travail seront menés afin de la valoriser dès lors que les données nécessaires seront disponibles.

Modalités de versement :

La patientèle retenue pour le calcul du FMT est observée au 31/12/n-1. La rémunération du FMT (partie socle et majoration précarité) est versée en 4 fois, en année n à terme échu (fin du système d'acomptes du FPMT convention 2016).

B. Majorations propres à l'exercice du médecin

Afin de valoriser les exercices spécifiques des médecins, différentes majorations seront appliquées au FMT à compter du 1^{er} janvier 2026 en fonction de la zone d'exercice du médecin et de son âge. Ces majorations sont appliquées à la « partie socle » du FMT (exclusion de toutes majorations) et font l'objet d'un versement annuel automatisé auprès des médecins éligibles.

1. Majoration ZIP et QPV

A/ Les **médecins installés** au sein d'une zone définie par les ARS en tant que zone d'intervention prioritaire (ZIP) ou d'un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV) dans le cadre de leur cabinet principal bénéficient d'une majoration de **10%** de leur FMT socle de manière pérenne.

B/ Pour les **médecins primo installés** (première installation libérale) en ZIP ou en QPV dans le cadre de leur cabinet principal, une majoration est appliquée à la partie socle de leur FMT. Cette majoration est dégressive :

- **50%** au titre de la première année d'installation ;
- **30%** au titre de la deuxième année ;
- **10%** au titre de la troisième année.

Au-delà de la troisième année, ces médecins bénéficient automatiquement de la majoration de 10% pour les médecins installés en ZIP ou en QPV décrite en A/.

Les majorations A/ et B/ ne sont pas cumulables.

2. Majoration pour les médecins âgés de 67 ans et plus

Les médecins âgés de 67 ans et plus bénéficient d'une **majoration de 10%** appliquée sur leur FMT socle quelle que soit leur zone d'exercice.

Cette majoration est cumulable avec l'une des majorations prévues pour les médecins installés en ZIP ou en QPV décrites en 1.

C. Majorations prévention

Le nouveau forfait médecin traitant inclut un volet prévention.

En remplacement de la ROSP, cette rémunération valorise le rôle du médecin traitant dans la promotion de la santé et la coordination des actions de prévention auprès de ses patients, avec une vision individuelle de l'atteinte ou non des indicateurs. L'approche diffère donc de la ROSP qui reposait sur une approche collective de la patientèle du médecin. Les indicateurs concernent des actions telles que la vaccination, les dépistages, et le suivi de populations spécifiques ou de patients atteints de maladies chroniques.

Il repose sur des indicateurs de prévention, calculés pour chaque patient dont le médecin est déclaré traitant. Chaque indicateur validé donne lieu à une rémunération d'un montant de 5 euros.

Les indicateurs sélectionnés reposent sur les principes suivants :

- **Pertinence** : les indicateurs sont des priorités de santé publique et suivent des recommandations scientifiques.
- **Mesurabilité et transparence** : chaque indicateur et sa méthodologie de mesure sont définis conjointement par les partenaires conventionnels et décrits en annexe 5 de la convention.

Les 15 indicateurs ci-après décrits pourront être enrichis progressivement avec des indicateurs supplémentaires, validés scientifiquement et d'intérêt pour les médecins traitants et en rapport avec les recommandations des autorités sanitaires dans le cadre de la CPN.

Thème	Indicateurs	Description
Vaccination	Vaccination contre la grippe	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.
	Vaccination contre le covid	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.
	Vaccination contre le pneumocoque	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).
	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.
	Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus	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 : <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).

Thème	Indicateurs	Description
		<ul style="list-style-type: none"> De 30 à 65 ans : 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).
	Dépistage du cancer colorectal	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 ayant bénéficié d'un dépistage du cancer colorectal par test immunologique depuis 2 ans ou moins.
	Dépistage du diabète par glycémie à jeun	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.
	Dépistage de la maladie rénale chronique MRC	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.
	Suivi du diabète par dosage de l'HbA1c	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.
Suivi	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.

Modalités de restitution aux PS :

Des évolutions majeures seront réalisées sur amelipro pour fournir aux médecins, pour chaque patient et sauf opposition, ses données individuelles sous forme d'un tableau de bord qui permettra aux médecins de suivre l'éligibilité et l'atteinte d'indicateurs de santé publique, facilitant ainsi leur action de prévention globale.

Entrée en vigueur du dispositif :

- Le dispositif mentionné ci-dessus prendra effet **à compter du 1er janvier 2026**.
- En 2024 et 2025, les dispositions concernant la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) décrites dans l'annexe 7 de la convention médicale et reprenant les dispositions antérieures resteront en vigueur.

3.2. Dispositifs démographiques

Articles 25 à 27-2 et annexe 21 de la convention médicale

A. Aides à l'installation et dispositions transitoires

La convention médicale prévoit les mesures incitatives suivantes afin de favoriser l'installation et l'activité des médecins en zones sous denses :

- Pour les médecins **primo-installés en ZIP** : aide ponctuelle de **10 000 €** à l'installation (s'ils s'installent pour la première fois en exercice libéral conventionné et qu'ils exercent en secteur 1 ou secteur 2 OPTAM/OPTAM-ACO) ;
- Pour les médecins **primo-installés en ZAC** : aide ponctuelle de **5 000 €** à l'installation (s'ils s'installent pour la première fois en exercice libéral conventionné et qu'ils exercent en secteur 1 ou secteur 2 OPTAM/OPTAM-ACO) ;
- Pour les médecins ouvrant un **cabinet secondaire en ZIP** : aide ponctuelle de **3 000 €** à l'installation (s'ils exercent en secteur 1 ou secteur 2 OPTAM/OPTAM-ACO).

Ces mesures entreront en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2026 et s'ajouteront aux majorations du FMT socle pour les médecins installés en ZIP ou en QPV.

Le dispositif des contrats démographiques prévu par la convention de 2016, reconduite par le règlement arbitral en vigueur depuis le 1^{er} mai 2023, perdure jusqu'au 31 décembre 2025.

À partir du 1^{er} janvier 2026, les contrats démographiques toujours en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente convention se poursuivront jusqu'à leur terme, sauf demande de résiliation par le médecin. S'il décide de résilier son contrat, le médecin pourra alors bénéficier de la majoration de 10% de son FMT prévue pour les médecins généralistes exerçant en ZIP en substitution des aides du contrat. Un logigramme détaillant l'ensemble des mesures transitoires est disponible en annexe 1.

B. Consultations avancées et dispositions transitoires

La convention médicale instaure un dispositif de **consultations avancées** destinées à inciter les médecins qui ne sont pas installés en zone sous dense (au titre de leur cabinet principal ou secondaire) à intervenir ponctuellement dans ces zones.

Les consultations avancées en ZIP sont valorisées à hauteur de 200 € par demi-journée, dans la limite de 6 demi-journées par mois. Ce forfait entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2026.

Tous les médecins sont éligibles au dispositif de consultations avancées, peu importe leur secteur d'exercice. Toutefois les médecins exerçant en secteur 2 non adhérents au dispositif OPTAM ou

OPTAM-ACO doivent réaliser leurs consultations avancées à tarif opposables pour prétendre à la rémunération forfaitaire.

Les modalités d'organisation des consultations avancées doivent faire l'objet de travaux partagés avec les acteurs de l'organisation de l'offre de soins sur les territoires (ARS, CPAM, ESS et CPTS).

Jusqu'au 31 décembre 2025, les médecins peuvent adhérer au CSTM. Pour les médecins ayant adhéré à ces contrats, 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 remplissent les conditions.

3.3. La dotation numérique (DONUM) et le VSM

Articles 28 et 29 et annexes 8 et 9 de la convention médicale

A. La dotation numérique (DONUM)

Le DONUM remplace le forfait structure, avec un périmètre plus restreint. En effet, les partenaires conventionnels ont eu pour volonté de limiter ce forfait à la valorisation de l'équipement et de l'usage du numérique par le médecin.

Le DONUM est composé :

- **D'indicateurs socles** : les deux cibles de ces indicateurs doivent être atteintes pour bénéficier à la fois de la rémunération correspondante et pour ouvrir droit à la rémunération des indicateurs optionnels. Les indicateurs socles sont les suivants :
 - **Disposer d'un logiciel référencé Ségur (dernière version référencée) avec LAP certifié HAS et d'une version du cahier des Charges Sesam-Vitale la plus à jour** : l'exigence est de disposer d'un logiciel référencé Ségur intégrant les dernières évolutions et d'un LAP certifié par la HAS pour l'ensemble des spécialités médicales et d'un logiciel équipé d'une version du cahier des charges SESAM -Vitale intégrant les avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence.

Pour valider cet indicateur composite, le médecin devra disposer de chacun des équipements requis.

- **Taux d'utilisation des principaux téléservices sécurisés** :
 - Taux de déclaration médecin traitant dématérialisée : cet indicateur valorise le médecin qui réalise ses déclarations médecin traitant de manière dématérialisée.
 - Taux de télétransmission FSE : cet indicateur valorise le médecin qui utilise la télétransmission en feuilles de soins électroniques SESAM-Vitale ;
 - Taux de protocole de soins électroniques (PSE) : cet indicateur valorise le médecin qui réalise ses demandes (protocole de soins électroniques) de prise en charge pour affection de longue durée aux professionnels de santé de manière dématérialisée ;
 - Taux d'avis d'arrêt de travail dématérialisés : cet indicateur valorise le médecin qui réalise ses déclarations d'arrêt de travail de manière dématérialisée.

Pour ce dernier indicateur composite il sera tenu compte de la moyenne des taux d'usage de chacun de ces téléservices. Si la moyenne est supérieure ou égale à la cible, l'indicateur sera considéré comme validé.

- **D'indicateurs optionnels** : dès lors que les indicateurs socles sont atteints les indicateurs optionnels indépendants sont rémunérés si leur moyenne atteint la cible.

- **Taux d'utilisation des autres téléservices sécurisés** : cet indicateur composite comprend la valorisation de l'usage des 3 téléservices suivants :
- Taux de certificat médical d'accident du travail ou de maladie professionnelle (CM AT-MP) : cet indicateur valorise le médecin qui a recours à la dématérialisation du CM AT-MP.
 - Taux de dématérialisation prescription électronique de transport (SPE) : cet indicateur valorise le médecin qui utilise le Service de Prescription Electronique de transport pour ses prescriptions de transport.
 - Taux de déclaration simplifiée de grossesse en ligne (DSG) : cet indicateur valorise l'utilisation par le médecin de la déclaration simplifiée de grossesse en ligne.

Le taux d'usage des 3 services est calculé de façon indépendante. Pour bénéficier de la rémunération, la moyenne des taux d'usage de ces 3 services est calculée et doit atteindre ou dépasser la cible définie pour l'indicateur composite.

- **Taux d'usage du numérique en santé** : cet indicateur composite comprend la valorisation de l'usage des 2 services suivants :
- Taux d'alimentation du Dossier Médical Partagé (Mon espace santé) : cet indicateur valorise l'alimentation du DMP par les médecins, afin que les patients puissent récupérer et conserver dans leur profil Mon espace santé une copie numérique de leurs documents médicaux et les partager avec les professionnels habilités qui les prennent en charge.
 - Taux d'ordonnances numériques : cet indicateur permet de valoriser l'usage de l'ordonnance numérique (définie selon les modalités de l'annexe 20) pour toutes les prescriptions de produits de santé.

Le taux d'usage des 2 services est calculé de façon indépendante. Pour bénéficier de la rémunération, la moyenne des taux d'usage de ces 2 services est calculée et doit atteindre ou dépasser la cible définie pour l'indicateur composite.

- **Usage de l'application carte Vitale (appCV) et de la messagerie sécurisée de Mon espace santé** : cet indicateur permet de valoriser l'achat de l'équipement nécessaire à l'utilisation de l'application carte vitale et l'usage de l'application carte Vitale et l'usage de la messagerie sécurisée de Mon espace santé pour l'envoi de messages à ses patients.

Les cibles de chaque indicateur composant le DONUM sont les suivantes :

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

La convention prévoit une possibilité de neutralisation pour l'indicateur taux d'usage des services et téléservices. Ainsi, si le dénominateur des taux d'usage des services et téléservices (ex : nombre de total de prescriptions ou déclarations effectuées au format papier et dématérialisés) est **inférieur à 10**, alors l'indicateur sera neutralisé, c'est-à-dire qu'il sera exclu du calcul de la moyenne des taux.

Pour plus de précisions, les modalités de calcul des indicateurs sont précisées au sein de l'annexe 8 de la convention médicale. Un guide méthodologique sera publié ultérieurement.

La valeur du point est fixée à 7€.

Afin que les médecins puissent suivre au mieux l'atteinte des indicateurs, les données seront affichées tous les trimestres sur Amelipro.

Une rémunération annuelle sera 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.

Le DONUM entrera **en vigueur le 1^{er} janvier 2026**. Le forfait structure est donc maintenu jusqu'au 31 décembre 2025 (cf. annexe 9 de la convention pour les dispositions transitoires).

B. Le volet de synthèse médicale (VSM)

Le VSM vise à favoriser la prise en charge coordonnée des patients. Il s'agit d'un outil clé pour le suivi du patient dans son parcours de soins. Le déploiement des VSM représente un enjeu de santé publique, surtout pour les patients en ALD.

Le forfait élaboration initiale du VSM est maintenu pour les médecins ne l'ayant jamais perçu dans le cadre des dispositifs conventionnels précédents (convention médicale 2016 et règlement arbitral 2023).

▪ Modalités de calcul

Il est calculé de la manière suivante et ne peut être perçu qu'une seule fois par le médecin :

- **1 500€** seront versés si le médecin a élaboré des VSM pour au moins **la moitié de sa patientèle en ALD** et que ces VSM alimentent le DMP ;
- Le forfait est porté à **3 000€** si le médecin a élaboré des VSM pour **90% de sa patientèle ALD** et que ces VSM alimentent le DMP
- Ce forfait est **pondéré par la taille de la PMT** du médecin sur la base de la **patientèle moyenne de référence soit 800 patients**.

Ce forfait est versé au médecin, que le VSM soit établi de manière structurée ou non. Pour inciter à la structuration des VSM et dans la mesure où elle 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 CI-SIS.

▪ Les modalités de paiement

Pour les médecins non rémunérés précédemment il sera procédé à un paiement sur la base de leurs résultats au 30 juin 2024 et au 30 juin 2025.

Les médecins précédemment rémunérés pourront bénéficier d'un complément dès lors qu'il est constaté une amélioration des résultats au 30 juin 2025 par rapport à ceux de 2024.

Toutefois les rémunérations calculées sur la base des résultats du 30 juin 2025 seront versées à hauteur de 90% de leur montant calculé.

À compter du 30 juin 2025, ce forfait sera supprimé.

3.4. Les différentes missions spécifiques

Articles 30 à 30-4 de la convention médicale

Les partenaires conventionnels ont souhaité promouvoir des missions effectuées par les médecins en plus de leur activité de cabinet. Ces activités nécessitent un investissement des médecins, qui dégagent du temps supplémentaire à cet effet

A. Valoriser la participation au Service d'Accès aux Soins (SAS)

Valorisation auparavant intégrée au sein du forfait structure, pour en bénéficier, le médecin devra remplir les conditions suivantes à compter du 1^{er} janvier 2026 :

- Exercer dans un département dans lequel le SAS est déployé et opérationnel ;
- Déclarer sa participation au SAS en s'inscrivant sur la plateforme national SAS : cette inscription doit être réalisée à titre individuelle ;
- Accepter d'interfacer sa solution dans la prise de rendez-vous avec la plateforme numérique SAS pour 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 numérique SAS.

Ces conditions sont cumulatives pour pouvoir bénéficier de cette rémunération.

Dans ce nouveau cadre, la condition des deux heures hebdomadaires pour percevoir l'indicateur 8 du forfait structure est supprimée.

B. Valoriser l'encadrement des étudiants en médecine

À compter du 1^{er} janvier 2026, la mission de maître de stage est valorisée à hauteur de **800 € par an pour un médecin libéral installé en ZIP** (contre 350 € aujourd'hui) et de **500 € par an pour un médecin libéral installé hors ZIP** (contre 350 € aujourd'hui).

Cette rémunération s'effectue sur la base de la déclaration effectuée chaque année sur amelipro.

C. Valoriser la prise en charge de patients bénéficiaires de l'AME

À compter du 1^{er} janvier 2025, la prise en charge par le médecin généraliste d'une **patientèle AME importante**, afin d'assurer la coordination dans le parcours de soins de ces patients est valorisée à hauteur de **500 € par an**.

Cette nouvelle rémunération sera versée chaque année N selon les données du 31/12 de l'année N-1.

D. Valoriser le travail en coopération avec une IPA libérale

À compter du 1^{er} janvier 2025, l'orientation par le médecin traitant vers une infirmière IPA de patients de sa patientèle médecin traitant pour leur suivi est valorisée comme suit :

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

- Au moins 100 patients : 1 000 €

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

Cette rémunération est également ouverte aux médecins spécialistes.

4. Les assistants médicaux

Articles 33 à 39 et annexes 10 et 11 de la convention médicale

À compter du 22 juin 2024, tout nouveau contrat pour l'emploi d'un assistant médical est régi par ces règles et le modèle de contrat type établi est celui édicté en annexe 11 de la convention médicale.

1) Les critères d'éligibilité

- Toutes les spécialités médicales sont éligibles, à l'exception des radiologues, radiothérapeutes, stomatologues, anesthésistes, médecins anatomocytologistes et médecins nucléaires. Les chirurgiens sont éligibles au dispositif dès lors que leurs honoraires CCAM représentent moins de 20% de leurs honoraires totaux ;
- Exercer en secteur 1 ou en secteur 2 adhérent à l'OPTAM ou OPTAM-ACO ;
- Pour les médecins généralistes (MEP inclus) : patientèle médecin traitant (adulte et enfant) minimum au P30 de la distribution nationale de la spécialité au 31/12/2021 (annexe 10 de la convention médicale)
- Pour les autres spécialités (pédiatres inclus) : file active minimum au P30 de la distribution nationale de la spécialité au 31/12/2021 (annexe 10 de la convention médicale)

La condition de remplacement du secrétariat médical a été assouplie.

Lorsque le secrétaire médical devient assistant médical, le versement de l'aide conventionnelle reste conditionné à **l'embauche d'un nouveau secrétaire médical ou au recours à une autre organisation de secrétariat médical.**

Par ailleurs, lorsque le secrétaire médical quitte ses fonctions, quelles que soient les raisons de la rupture du contrat de travail et qu'un assistant médical est embauché dans les 6 mois suivant ou précédent cette fin de contrat, le poste de secrétaire médical doit être remplacé dans les mêmes conditions que ci-dessus.

2) Revalorisation de l'aide à l'emploi et options de financement supplémentaires

La convention prévoit une revalorisation des montants de l'aide conventionnelle pour l'emploi d'un assistant médical à **hauteur de 5%**.

Tous les contrats signés à compter du 22 juin 2024 bénéficieront des montants revalorisés.

Cette revalorisation bénéficie aussi à tous les contrats signés et toujours en cours à l'entrée en vigueur de la présente convention. Elle intervient **à la date d'anniversaire du contrat suivant l'entrée en vigueur de la présente convention et s'applique au montant de l'aide des années ultérieures.**

Exemple : nous sommes le 1^{er} juillet 2024 : c'est la 3^{ème} année d'un contrat assistant médical dont la date anniversaire est le 15 novembre. Le médecin percevra au 15 novembre 2024 le solde de sa 3^e année (qui ne sera pas revalorisé) et l'acompte de sa quatrième année (qui sera lui revalorisé).

Les montants revalorisés de l'aide pour l'emploi d'un assistant médical sont définis comme suit :

	Montants <u>maximaux</u> de l'aide		Versements de l'aide
	Option	Option	
	1/2 ETP	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 <u>et suivantes</u>	11 000 €	22 000 €	Modulation à partir de la 3 ^{ème} année selon l'atteinte des objectifs (sur le solde)
Montant majoré pour les médecins ayant les patientèles les plus importantes :	13 000 €	26 000 €	
Médecins ayant une patientèle les situant entre [P90 et P94]			
Montant fixe pour les médecins ayant une patientèle ≥ P95 :	19 000 €	38 000 €	Modulation à partir de la 3 ^{ème} année selon l'atteinte des objectifs (sur le solde)

Les contrats signés avec l'option de temps de travail 1/3 ETP sont également concernés par la revalorisation :

	Versements de l'aide		
	Option 1/3 ETP	Versement de l'aide	Acompte / solde
2 ^e année	9450 €	Versement intégral	Quelle que soit l'année : aide versée en 2 temps : - 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 ; - 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.
3 ^e année <u>et suivantes</u>	7350 €	Modulation à partir de la 3 ^e année selon l'atteinte des objectifs (sur le solde)	
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>	8767€		
Montant fixe quelle que soit l'année : → Pour les médecins ayant une patientèle ≥ P95.	12 600 €	Modulation à partir de la 3 ^e année selon l'atteinte des objectifs (sur le solde)	

3) Possibilité de contractualiser avec plus d'1 ETP assistant médical

Afin de répondre à une demande des partenaires de pouvoir disposer de plus d'un assistant médical pour les médecins ayant déjà une expérience réussie, deux options supplémentaires sont créées pour bénéficier d'un demi ou d'1 ETP supplémentaire d'assistant médical avec une aide supplémentaire de l'Assurance maladie. Pour bénéficier de ces nouvelles options, les médecins devront répondre aux conditions suivantes :

- Exercer en zone d'intervention prioritaires (**ZIP**) ;
- Etre qualifié ou spécialistes en **médecine générale** (à l'exclusion des médecins à exercice particulier [MEP]) ;
- Avoir déjà signé un contrat avec **option 1 ETP** ;
- Avoir **atteint l'intégralité des objectifs** de leur contrat ;
- À partir de la **3e année** du contrat.

Le montant de l'aide conventionnelle pour les 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 (sur le solde)
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 €	

Pour les MG (MEP exclus) ayant choisi l'option « 1,5 ETP » ou « 2 ETP » dont la PMT et/ou la PFA est supérieure ou égale au P95, l'objectif d'augmentation de la PMT et/ou de la PFA est fixe¹.

Les modalités de fixation des objectifs pour ces contrats sont définies à l'annexe 10.

4) Des objectifs personnalisés assouplis pour certaines catégories de médecins

Comme précédemment, en contrepartie de l'aide conventionnelle, le médecin s'engage sur des objectifs chiffrés.

Pour rappel,

- **Pour les médecins généralistes (MEP inclus), spécialistes de médecine générale et pédiatres**, la patientèle médecin traitant (PMT) et la file active (FA) sont prises en compte.

¹ Annexe 10 de la convention médicale

- **Pour les autres spécialités**, la file active (FA) est prise en compte.

Les engagements sont individualisés et modulés selon la taille initiale de la patientèle des médecins et l'option choisie.

Pour rappel,

- **Pour les médecins dont la patientèle est comprise entre p30 et p50**, l'objectif est fixe sur cet intervalle et défini par spécialité²
- **Pour les médecins ayant une patientèle entre P50 et P95**, pour chaque option de temps de travail de l'assistant médical, et pour chaque spécialité médicale, le nombre de patients supplémentaires à atteindre est individualisé en fonction de la patientèle initiale¹.
- **Pour les médecins ayant de fortes patientèles (supérieure à p95) les conditions d'objectifs sont assouplies : l'objectif est de maintenir leur niveau de patientèle de départ** (une tolérance dans l'appréciation de l'objectif **comprise entre 0% et -5% est appliquée**).
- **Pour les médecins âgés de 65 ans et plus**, l'objectif est de **maintenir le niveau de leur patientèle de départ** (une tolérance dans l'appréciation de l'objectif **comprise entre 0% et -10% est appliquée**, ainsi si la patientèle diminue jusqu'à 10% l'aide sera versée intégralement. Au-delà l'aide sera proratisée).
- **Pour les médecins primo-installés (dits « NI »)** : lorsqu'un médecin NI atteint le P50 ou à l'issue de trois ans après la signature de son contrat d'aide conventionnelle (et dès lors qu'il atteint *a minima* le P30), un nouvel objectif est fixé au médecin sur la base de la patientèle nouvellement acquise. Auparavant, le médecin devait atteindre ce nouvel objectif dans un délai d'un an. Désormais, le médecin dispose de **deux ans pour atteindre ce nouvel objectif**. Par conséquent, l'année suivant l'avenant fixant le nouvel objectif, le médecin bénéficiera d'une aide à taux plein correspondant à l'année de son contrat.

5) Règles de vérification des engagements simplifiées

Les règles de vérification des engagements sont maintenues selon les dispositions précédentes :

- o Pour les médecins généralistes et pédiatres

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)
Non atteint (avec ↓*)	Non atteint (avec ↓)*	0 % - Pas d'aide
Non atteint (avec ↓*)	Atteint	0 % - Pas d'aide
Atteint	Non atteint (avec ↓*)	0 % - Pas d'aide

* Diminution par rapport à la patientèle de départ

- o Pour les autres médecins spécialistes, l'atteinte des objectifs est définie selon le tableau suivant :

PFA	Part de l'aide versée
Atteint	100 %
Non atteint (sans ↓*)	Proratisation (taux d'atteinte)
Non atteint (avec ↓*)	0 % - Pas d'aide

* Diminution par rapport à la patientèle de départ

² Annexe 10 de la convention médicale

6) Les modalités de versement de l'aide sont inchangées

Pour les deux premières années du contrat, l'aide est versée en intégralité dans le mois suivant la signature du contrat et à la date du premier anniversaire du contrat.

À compter de la 3^{ème} année, l'aide est versée en deux fois :

1. Un acompte de 50% à la date anniversaire en N;
2. Un solde maximal de 50% versé dans les deux mois suivant la date anniversaire de l'année N+1 : le montant du solde correspond à l'aide maximale proratisée, le cas échéant, sur la base du taux d'atteinte de l'objectif de l'année écoulée de laquelle est déduit le montant de l'acompte versé.

7) Les cas particuliers

Des assouplissements sont apportés sur la définition des autres **activités** prises en compte pour bénéficier des modalités de calcul de l'objectif **en cas d'activité mixte**. La liste complète de ces activités est la suivante :

- 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.

8) Des simplifications sur la vie des contrats

a. Délai de carence

Désormais, 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.

Une **résiliation anticipée** du contrat est possible, aussi bien à l'initiative du médecin qu'à l'initiative de la caisse. Cette dernière procède à la récupération des sommes indument versées, au prorata de la durée restant à courir du contrat au moment de la résiliation.

Dans le cas d'une résiliation pour non atteinte des objectifs contractuels, le médecin ne pourra pas signer un nouveau contrat avant un délai de deux ans (délai carence).

Des circonstances exceptionnelles, définies en CPN, pourront déroger à ce principe

b. Changement d'option en cours de contrat

Si le médecin souhaite changer d'option en cours de contrat, le médecin signera **un avenant** pour la durée restante du contrat. Un **nouvel objectif** lui est fixé selon l'option choisie, sur la base de **sa patientèle initiale**.

c. Poursuite des contrats arrivés à terme

Tous les contrats conclus avant l'entrée en vigueur de la présente convention peuvent être **prorogés par avenant** pour une durée de **cinq ans, dès lors que le médecin signataire souhaite en maintenir l'ensemble des conditions (option, objectifs)**. Cette modalité s'applique aux **contrats 1/3 ETP**.

Dans ce cas, un avenant de prorogation sera signé pour repousser le terme de cinq ans. **Il doit être impérativement signé avant le terme** du contrat.

Une information particulière sur ce point sera communiquée aux caisses très prochainement sur les démarches à accomplir, car les premiers contrats signés en 2019 arrivent bientôt à leur terme.

Point d'attention : si le contrat ne fait **pas l'objet d'un avenant** de prorogation, **celui-ci sera clôturé**.

d. Nouveaux contrats conclus à compter de l'entrée en vigueur de la présente convention

Les contrats conclus à compter de l'entrée en vigueur de la présente convention le sont pour une **durée de cinq ans, renouvelés par tacite reconduction** (pas d'avenant attendu dans ce cas).

Lors de ce renouvellement tacite, le médecin continuera de percevoir l'aide de l'année 3 durant toute la durée du renouvellement et son objectif sera maintenu.

9) L'accompagnement de l'assurance maladie

Une campagne d'information sera lancée dans les prochaines semaines pour présenter ces nouvelles modalités aux médecins.

La présente convention renforce les liens entre l'assurance maladie et les médecins bénéficiaires de l'aide conventionnelle en prévoyant *a minima* **tous les 6 mois** un temps d'échange entre ces derniers.

S'agissant des médecins primo-installés, les caisses apporteront une vigilance accrue à leur situation et à l'atteinte de leur objectif. En effet, il convient de rappeler que le médecin NI doit signer un avenant à son contrat, **dès lors qu'il atteint le P50**.

Les partenaires conventionnels ont convenu que des événements extérieurs pouvaient impacter l'atteinte des objectifs (arrêts maladie du médecin ou de l'assistant médical, installation, ...)

Afin de mieux en tenir compte, la CPN va établir d'ici fin 2024 un cadre identifiant ces situations ou circonstances exceptionnelles pouvant justifier la non atteinte des objectifs fixés et leurs modalités de traitement par les caisses.

10) Formation des assistants médicaux

Désormais, l'assistant médical doit obtenir son certificat de qualification professionnelle (CQP) ou son attestation de formation d'adaptation à l'emploi (FAE) dans un **délai de deux ans après l'embauche**, (contre trois ans auparavant.)

En matière de formation, les partenaires conventionnels seront attentifs à prendre toute mesure visant à faciliter l'entrée en formation des assistants médicaux.

11) Les perspectives

Les partenaires conventionnels ont convenu de l'intérêt de définir un cadre permettant la mutualisation de l'emploi d'un assistant. La CPN est saisie de ce thème pour une mise en œuvre en 2025.

Par ailleurs, des travaux sur l'évolution des missions des assistants médicaux et leur formation seront menés.

5. L'OPTAM et l'OPTAM-ACO

Articles 41 à 41-11 et annexes 12 à 15 de la convention médicale

Après le contrat d'accès aux soins, puis l'option pratique tarifaire maîtrisée instaurée par la convention de 2016, l'Assurance maladie et les syndicats représentatifs des médecins ont souhaité maintenir des dispositifs permettant la réduction des restes à charge et ainsi améliorer la prise en charge financière des soins des patients.

L'option pratique tarifaire maîtrisée constitue pour cette nouvelle convention un dispositif fort pour permettre le développement de l'activité à tarif opposable, la réduction des dépassements d'honoraires et l'amélioration du niveau de remboursement par l'Assurance maladie.

Dans un objectif d'attractivité et de déploiement de l'option auprès d'un grand nombre de médecins, certains paramètres du dispositif d'option pratique tarifaire maîtrisé ont été revus. Par ailleurs, l'OPTAM-CO devient l'OPTAM-ACO afin de répondre aux attentes des professionnels de santé des blocs opératoires.

L'ensemble de ces évolutions rentreront en vigueur à compter du **1^{er} janvier 2025**.

A. Remplacement de l'OPTAM-CO par l'OPTAM-ACO

L'option pratique tarifaire maîtrisé chirurgie-obstétrique (OPTAM-CO) est remplacée par l'option pratique tarifaire maîtrisé anesthésie-chirurgie-obstétrique (OPTAM-ACO) afin d'apporter une uniformité des modes de rémunération des praticiens évoluant au sein des blocs opératoires.

Ainsi, en sus des médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie-obstétrique, les **médecins anesthésistes-réanimateurs** peuvent désormais adhérer à l'OPTAM-ACO. Pour l'ensemble de ces spécialités, le critère d'éligibilité à l'option reste inchangé et repose sur la réalisation d'au moins 50 actes inscrits sous l'appellation « actes d'anesthésie », « actes de chirurgie » ou « actes 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 contrepartie de leur adhésion à l'OPTAM-ACO, les médecins pourront facturer :

- Le modificateur « K » applicable par les médecins chirurgiens et gynécologues-obstétriciens pour les actes de chirurgies et d'accouchement définis dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale. Le modificateur K bénéficie d'une revalorisation de +10 points en deux temps, passant de 20% à 25% le 1^{er} janvier 2025 puis de 25% à 30% au 1^{er} juillet 2025.
- Le modificateur « 3 » applicable aux actes d'anesthésie à compter du 1^{er} janvier 2025, nouvellement créé et fixé à :
 - o 8% pour les médecins secteur 2 OPTAM-ACO.
 - o 12% pour les médecins secteur 1 (hors OPTAM-ACO)

Ce modificateur vient remplacer la prime OPTAM qui était auparavant calculée pour les anesthésistes.

Par ailleurs, les médecins éligibles à l'OPTAM-ACO qui choisiraient néanmoins d'adhérer à l'OPTAM ne bénéficieront pas des modificateurs pré cités mais pourront par contre bénéficier du modificateur T. Ce modificateur augmente de 10 points en deux temps, à compter du 1^{er} janvier 2025, il passera de 11,5% à 16,5%, puis à compter du 1^{er} juillet 2025, il sera fixé à 21,5%.

B. Les évolutions paramétriques de l'OPTAM et l'OPTAM-ACO

Les grands mécanismes propres à l'OPTAM et à l'OPTAM-ACO demeurent inchangés : les médecins doivent signer un contrat auprès de leur caisse de rattachement dans lequel figure deux taux d'engagements qu'ils doivent respecter :

- Le taux de dépassement
- Le taux d'activité réalisée à tarif opposable

Ces taux sont calculés sur la base de l'activité réalisée par le médecin pendant une période de référence définie conventionnellement. Le médecin s'engage à maintenir, durant l'ensemble de sa période d'adhésion à l'option, sa pratique tarifaire constatée pendant la période de référence.

Pour rappel, en contrepartie de ses engagements portant sur sa pratique tarifaire, le médecin bénéficie des tarifs de remboursement du secteur à honoraires opposables. Les médecins signataires de l'OPTAM-ACO peuvent également bénéficier de l'application de certains modificateurs, tandis que les médecins signataires de l'OPTAM bénéficient d'une rémunération spécifique annuelle (prime). Cette prime est calculée en fonction du montant des honoraires réalisés à tarifs opposables, du taux de charges de la spécialité et du niveau de respect (allant de 100% pour un respect strict à 30% pour un écart de 4 à 5 points par rapport à ses engagements).

a. Nouvelle période de référence

Afin de rendre attractive l'option pour les professionnels de santé, notamment non adhérents, la période de référence a évolué pour être au plus près de la pratique tarifaire récemment constatée des médecins.

Les taux d'engagements de l'option seront désormais calculés sur la base de l'activité réalisée sur la période **2022 et 2023**. Cette période constitue la nouvelle période de référence pour toute la durée de la nouvelle convention. Pour mémoire, la précédente période de référence couvrait les années 2013, 2014 et 2015.

b. Evolutions engagements en cas de revalorisation - partage de gains

Le partage de gains, qui consiste à faire bénéficier aux professionnels de santé adhérents à l'option d'une partie des revalorisations tarifaires des actes lorsque ceux-ci voient leur base de remboursement évoluer, est maintenu. Afin de tenir compte des évolutions tarifaires et de leurs impacts sur la pratique tarifaire des médecins, les médecins concernés par les revalorisations tarifaires doivent accepter les nouveaux taux d'engagements recalculés en signant un avenant à leur contrat.

Pour cette nouvelle convention, les modalités de détermination du montant du partage de gains sont modifiées. Dans une volonté de mieux valoriser les médecins adhérents respectant strictement leurs engagements, le partage de gain sera désormais déterminé en fonction du dernier niveau de respect annuel connu. Par exemple, pour les nouveaux taux d'engagement au 1^{er} janvier 2025, le niveau de partage de gains sera déterminé en fonction du niveau de respect calculé sur l'année 2023:

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, afin de favoriser les médecins adhérents « vertueux », pour toutes les revalorisations prévues par la nouvelle convention, les médecins dont le dernier respect connu est un niveau de respect strict, bénéficieront d'un partage de gains de 60% (contre 50% dans la convention précédente). Les médecins ayant un non-respect supérieur à 5 points ne pourront pas bénéficier des gains liés aux

revalorisations des tarifs de remboursement, ce qui aura pour conséquence de réduire davantage leur taux de dépassement autorisé.

c. Ajustement des taux régionaux

Les médecins ne disposant pas de pratique tarifaire connue sur la nouvelle période de référence peuvent encore prétendre à des taux d'engagements correspondant aux moyennes régionales constatées pour leur spécialité (ou aux moyennes nationales pour les spécialités suivantes : ACP, gériatrie, médecine interne, néphrologie, radiothérapie, médecine nucléaire, chirurgie cardiovasculaire et thoracique, chirurgie infantile et neurochirurgie).

Historiquement, certaines régions enregistrent des taux de dépassement très faibles, ce qui comporte un risque concernant l'attractivité du territoire pour les médecins démarrant leur activité libérale.

Par spécialité, et afin d'accroître l'attractivité de ces régions, le taux de dépassement moyen régional constaté le plus faible est majoré de **10 points**. Le nouveau taux ainsi calculé est alors appelé « **taux plancher** » et toutes les régions dont le taux de dépassement est inférieur au taux plancher se voient appliquer ce taux plancher.

À l'inverse, et ce, afin d'homogénéiser les pratiques entre les régions, le taux de dépassement moyen régional constaté le plus élevé est minoré de **5 points**. Le nouveau taux ainsi calculé est alors appelé « **taux plafond** » et toutes les régions dont le taux de dépassement est supérieur au taux plafond se voient appliquer ce taux plafond.

Les taux d'activité réalisés à tarifs opposables régionaux ne sont pas concernés par ce mécanisme d'ajustement régional.

d. Cas particuliers

Les mesures spécifiques (cas particuliers) prévues par la convention de 2016 et ses avenants sont conservées :

- la possibilité pour des médecins d'une même spécialité exerçant en groupe de bénéficier de taux de groupe ;
- les médecins de secteur 1 titrés, installés avant le 1^{er} janvier 2013 ;
- la prise en compte de l'activité en ESPIC pour les médecins ayant une activité mixte qui en font la demande.

e. Résiliation

Les modalités de résiliation demeurent inchangées.

Toutefois, en cas de résiliation pour non-respect des engagements supérieur à 10 points, la récupération des sommes versées est désormais systématiquement engagée simultanément à la résiliation. Par ailleurs, le médecin ne pourra plus prétendre à l'adhésion à une nouvelle option pratique tarifaire maîtrisée pendant toute la période couverte par la convention médicale 2024.

C. Accompagnement des médecins par l'Assurance maladie et entrée en vigueur du dispositif

a. Accompagnement des médecins par l'Assurance maladie

Les modalités de l'option pratique tarifaire ayant évolué afin de rendre le dispositif plus attractif, la convention prévoit un engagement fort de l'Assurance maladie vers un accompagnement rapproché des médecins adhérents ou éligibles. Cet accompagnement reposera sur :

- Un suivi rapproché de l'Assurance maladie tout au long de la convention au bénéfice des médecins déjà adhérents afin de les sensibiliser aux modalités techniques de mise en œuvre de ce dispositif. L'objectif est de rendre l'option plus fluide, pédagogique et compréhensible puisqu'elle est parfois mal comprise des médecins adhérents.
- Une campagne de promotion à destination des médecins éligibles à l'option mais non adhérents. L'objectif est d'« aller vers » les médecins qui sont éligibles ou le deviennent grâce notamment à la mise à jour de la période de référence.

Les modalités de mise en œuvre de l'accompagnement seront précisées ultérieurement.

b. Modalités d'entrée en vigueur des options

Les options prévues par la nouvelle convention médicale entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2025 :

- Pour les anciens adhérents : l'option signée par le médecin issue de la convention médicale de 2016 demeure jusqu'au 31/12/2024. À compter du 1^{er} janvier 2025, le médecin devra signer un avenant à son contrat.
- Pour les nouveaux adhérents rejoignant l'option entre le 22/06/2024 (date d'entrée en vigueur de la convention) et le 31/12/2024 : les médecins doivent signer une option pratique tarifaire maîtrisée selon le modèle de la convention médicale 2016 prévu à l'annexe 15 de la convention médicale 2024.
- Pour les nouveaux adhérents rejoignant l'option à compter du 1^{er} janvier 2025 : les médecins doivent signer une option pratique tarifaire maîtrisée selon le modèle prévu à l'annexe 14 de la convention.

6. Les dispositifs visant à garantir l'accès aux soins non programmés

Article 49 à 52 de la convention médicale

Les mesures de la nouvelle convention médicale visent à améliorer la prise en charge des soins non programmés et à clarifier les règles de facturations pour éviter certaines dérives qui ont pu être constatées. L'organisation des soins non programmés repose sur deux modalités : une activité non régulée et régulée qui selon les horaires s'inscrit dans le cadre du SAS ou de la PDSA.

Les horaires de PDSA sont encadrés par l'article R. 6315-1 du code de la santé publique :

- Tous les jours de 20h à 8h ;
- Les dimanches et jours fériés de 8h à 20h ;
- En fonction des besoins (précisés dans les cahiers des charges régionaux de PDSA): le samedi à partir de 14h, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

A. La prise en charge des soins non programmés en dehors des horaires de PDSA :

1. Une prise en charge régulée par le Service d'Accès aux Soins (SAS)

La nouvelle convention médicale maintient les rémunérations des médecins régulateurs (100€/heure) et effecteurs (majoration « SNP » à hauteur de 15€ pour sa patientèle non MT, facturable au maximum 20 fois par semaine par médecin).

Les médecins effecteurs peuvent coter, en sus de la majoration « SNP » une **majoration supplémentaire** « SHE » de **5 €**, lorsque le médecin accepte de prendre en charge un patient en dehors de sa patientèle médecin traitant **entre 19h et 21h sur demande de la régulation SAS**. Cette majoration ne s'applique pas aux psychiatres pour lesquels le code MCY est facturé.

De même, les médecins traitants peuvent coter la majoration « SHE », en sus de la majoration « MRT », lorsqu'ils acceptent de prendre en charge un patient de leur **patientèle médecin traitant entre 19h et 21h** sur demande du centre de régulation médicale des urgences.

Cette majoration supplémentaire vise à valoriser les médecins qui ouvriraient des créneaux supplémentaires en fin de leur journée pour prendre en charge des soins non programmés afin de limiter le report sur les horaires de PDSA.

Ces deux majorations entrent en vigueur au 22/12/2024.

Les partenaires conventionnels ont également souhaité valoriser les médecins qui effectuent des visites au domicile des patients. Ainsi, une **majoration « MVR » de 10 €** est créée à compter du 1^{er} janvier 2026 et cotée par un médecin dès lors qu'il intervient **au domicile du patient** dans un **délai de 24 heures** suivant l'appel de la régulation SAS. Cette majoration est facturable uniquement si la visite est facturée à tarif opposable. Elle est cumulable avec les autres majorations SAS (SNP et SHE).

2. En dehors de la régulation SAS

A compter du 1^{er} janvier 2026, le médecin correspondant qui prend en charge un patient, suivant l'adressage par le médecin traitant, un médecin urgentiste exerçant au sein d'un service d'urgence ou la régulation du centre 15 dispose d'un **délai de 4 jours ouvrés** (contre 48h pour le moment) pour prendre en charge le patient concerné. Cette prise en charge par un spécialiste est valorisée par la **majoration « MCU »**.

B - La prise en charge des soins non programmés aux horaires de PDSA

1. Les soins non programmés et régulés en période de PDSA

Les majorations applicables par les médecins dans le cadre de la PDSA sont inchangées et seront inscrites dans la NGAP.

Dans le cadre de la prise en charge des soins non programmés régulés ou non-régulés aux horaires de PDSA, les partenaires conventionnels ont souhaité valoriser les consultations réalisées à domicile en période de PDSA. Ainsi, le tarif de ces **visites** sera **revalorisé de 6,50€** à partir du **1^{er} janvier 2026**, lorsque ces visites sont réalisées à tarif opposable.

2. Les soins non programmés aux horaires de PDSA, hors régulation médicale

Les partenaires conventionnels ont souhaité clarifier les règles de facturation des majorations et la définition de la **notion d'urgence**.

i. Soins urgents (hors régulation)

Ainsi, la définition de l'urgence, déjà existante en CCAM, s'entend comme suit : 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 des majorations, « **MN** », « **MM** » et « **F** », visées à l'article 14 et 14.2 de la NGAP.

Au regard de cette définition et dans la mesure où le patient est en situation d'urgence, une prise en charge par téléconsultation s'avère incompatible. C'est pourquoi, ces **majorations** ne seront **plus facturables en téléconsultation**.

ii. Soins non urgents (hors régulation)

Les médecins réalisant des consultations, téléconsultations et visites non régulées aux horaires de PDSA (médecins non-inscrits au tableau de garde de la PDSA et patients non adressés par la

régulation médicale) pourront facturer une nouvelle **majoration de 5€ « MHP »**, non cumulable avec les majorations PDSA dès lors que les actes sont facturés aux **tarifs opposables**.

Enfin, les partenaires conventionnels ont souhaité clarifier les conditions de facturation de l'acte technique YYYY010. Cet acte peut être coté dans les situations suivantes : détresse respiratoire, détresse cardiaque, détresse d'origine allergique, état aigu d'agitation, état de mal comitial, détresse d'origine traumatique. La facturation de cet acte ne peut avoir lieu uniquement lorsque l'intervention du médecin est suivie d'un passage aux urgences et/ou d'une hospitalisation.

Toutefois, la CPN va définir un cadre dans lequel certaines organisations de soins ambulatoires pourront être éligibles à cette cotation après validation en CPL. Préalablement à cet examen en CPL, la caisse dans laquelle cette organisation est implantée devra échanger avec l'ARS pour valider la cohérence du projet de cette organisation avec l'organisation territoriale de soins.

C. Des actions de contrôles concertées

Afin de s'assurer du bon usage des majorations facturées dans le cadre de la prise en charge de soins non programmés et s'assurer qu'elles permettent réellement de répondre aux besoins des patients, les partenaires conventionnels ont marqué leur volonté de mener des plans de contrôles par les caisses primaires en lien avec les CPL et les CDOM pour vérifier la conformité des majorations facturées.

Les modalités seront déclinées dans les prochaines semaines.

7. Les équipes de soins spécialisées

Articles 53 à 58 de la convention médicale

La convention médicale a pour ambition de favoriser le déploiement des équipes de soins spécialisées sur le territoire afin d'apporter une offre de second recours et un meilleur accès aux spécialistes.

Les missions socles de l'ESS reposent sur la coordination et la sécurisation des prises en charge dans une logique « parcours » :

- Contribuer à structurer l'offre de second recours sur le territoire pour faciliter la collaboration entre acteurs du 1er, 2e et 3e recours, et offrir un point de contact aux médecins traitants ;
- Proposer une organisation permettant de donner un avis spécialisé ponctuel sur demande des médecins traitants du territoire dans des délais réduits sous la forme de téléexpertise, téléconsultation ou de consultation en présentiel.

Les ESS doivent également, aux termes de leurs missions optionnelles, participer à améliorer l'égal accès aux soins de spécialités en termes géographique et financier en contribuant au déploiement des consultations avancées pour les soins de leur spécialité, notamment dans les ZIP.

4 critères conditionnent la création d'une ESS :

- **Couvrir un périmètre géographique**, *a minima*, départemental (avec 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 ;
- **Réunir au moins 10% des professionnels libéraux de la spécialité concernée du territoire** qu'elle couvre (avec pour cible, à terme, 50% des spécialistes libéraux de la spécialité concernée présente sur le territoire) ;

- **Traiter de problématiques liées à une spécialité médicale** et non à une pathologie. Elle doit **s'articuler avec les structures existantes** telles que les CPTS, les autres ESS et les DAC de son territoire ;
- **Collaborer avec les professionnels hospitaliers** et formaliser ses liens avec les établissements de santé.

La valorisation des équipes de soins spécialisés s'effectue par le versement d'un crédit d'amorçage de **80 000 €** et une dotation annuelle dès la première année entre **50 000** et **100 000 €**.

Un cahier des charges des ESS sera proposé et validé par les partenaires conventionnels en CPN. Celui-ci sera transmis aux CPAM. Des instructions complémentaires seront alors diffusées pour préciser les modalités de mise en œuvre et de financement.

8. Les engagements collectifs liés à l'accès aux soins

Articles 59 à 59-2 et annexe 17 de la convention médicale

La convention prévoit la mise en place d'un Observatoire de l'accès aux soins ayant pour objectif de suivre les engagements conventionnels collectifs des médecins afin d'améliorer globalement la prise en charge des patients.

Pour garantir l'accès aux soins des patients, les médecins adhérents à la présente convention s'engagent collectivement à :

- Stabiliser la part de patients ALD sans médecin traitant au seuil frictionnel de 2% dès 2025 ;
- Augmenter le nombre de primo-installés en médecine générale de +5% par an ;
- Augmenter la patientèle médecin traitant moyenne du MG de +2% par an ;
- Augmenter la file active moyenne des médecins libéraux de +2% par an ;
- Raccourcir le délai moyen d'accès aux spécialistes – l'objectif chiffré sera fixé avant fin 2024 à l'issue d'un travail conjoint mené par l'Assurance Maladie et l'Etat et présenté aux partenaires conventionnels ;
- Augmenter le nombre de contrats assistants médicaux pour atteindre 10 000 contrats en 2025 et +10% par an à compter de 2026 (base contrats signées au 1^{er} janvier 2024) ;
- 100% du territoire couvert par la PDSA et le SAS ;
- Augmenter le nombre de médecins qui s'affilient à l'OPTAM de +5% par an ;
- Augmentation de l'installation des médecins dans les zones sous dotée de +7% par an ;
- Baisse de 2% par an du non recours aux soins des personnes en situation de handicap.

Cet observatoire sera mis en place au niveau national, sous l'égide de la CPN avec une déclinaison en CPL afin de suivre et d'accompagner les dynamiques locales au plus près des enjeux du terrain.

Les modalités de déclinaison départementale de l'observatoire seront précisées prochainement.

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.

Les résultats et l'ensemble de ces travaux seront rendus publics.

9. La pertinence et la qualité des soins

Articles 60 à 61-15 de la convention médicale

Les parties signataires se sont accordées sur la nécessité d'une action collective et déterminée pour maintenir le caractère universel, obligatoire et solidaire de l'Assurance maladie.

Les partenaires ont identifié les priorités suivantes :

- Prévention et qualité des parcours pour les patients chroniques ;
- Alignement des pratiques professionnelles avec les recommandations scientifiques ;
- Pertinence des prescriptions et réduction des soins inutiles ;
- Intégration du risque environnemental et promotion des soins éco-responsables.

Pour répondre à ces priorités, la convention médicale prévoit différents dispositifs :

- 15 programmes d'actions partagés avec des engagements réciproques pour atteindre des objectifs de pertinence des soins ;
- 4 dispositifs d'intéressement pour partager les économies réalisées grâce à des prescriptions plus pertinentes ;
- 1 dispositif pour informer et sensibiliser les médecins à la sobriété des prescriptions et récompenser les pratiques les plus sobres ;
- Généralisation des Groupes d'amélioration des pratiques (GAP) et formation en lien avec la pertinence via le développement professionnel continu (DPC) ;
- Création d'un observatoire de la pertinence.

9.1. Les 15 programmes d'actions partagés

Ces 15 programmes de pertinence reposent sur des référentiels scientifiques et des constats partagés, avec des contributions de la Haute Autorité de santé et des sociétés savantes, et incluent des engagements réciproques et des objectifs chiffrés. Les médecins libéraux conventionnés et l'Assurance maladie s'engagent conjointement à améliorer la prise en charge des patients à travers ces 15 programmes, pour atteindre des objectifs communs.

Champs	Programmes	Ambitions	Objectifs
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

Champs	Programmes	Ambitions	Objectifs
	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 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	Atteindre jusqu'à 30 % de transports partagés
	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 bizonne	Renforcer le juste recours à l'ordonnance bizonne 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 bizonne [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 %

D'une part, l'Assurance Maladie s'engage à mettre en œuvre plusieurs actions concrètes destinées à améliorer la qualité des soins et l'efficacité des pratiques médicales notamment via l'accompagnement resserré auprès des prescripteurs ou encore par le déploiement d'outils dédiés.

Pour ce faire, l'Assurance Maladie va renforcer les dispositifs de retour d'informations auprès des médecins. Cela inclut le partage des référentiels de bonne pratique élaborés par la Haute Autorité de Santé (HAS) et le ministère de la Santé, et les informer des mises à jour régulières.

Un accompagnement dédié sur les thèmes de pertinence sera ainsi proposé aux médecins. Le dispositif des groupes d'analyse de pratique sera renforcé pour permettre aux médecins de discuter et d'évaluer leurs pratiques professionnelles. Un accompagnement ciblé sera proposé aux professionnels de santé, qu'ils soient libéraux ou exerçant en établissements, présentant des écarts significatifs par rapport aux référentiels et aux pratiques. Cet accompagnement sera assuré par les délégués de l'Assurance Maladie (DAM) et les praticiens conseil.

Pour mieux accompagner les médecins, des outils de datavisualisation seront mis à disposition sur amelipro, permettant aux médecins de visualiser des données sur leurs propres pratiques afin de respecter au mieux ces 15 programmes de pertinence. L'Assurance Maladie procèdera à une veille des outils numériques qui pourraient être les plus adaptés pour faciliter la pratique des médecins.

De leur côté, les médecins libéraux doivent respecter plusieurs engagements essentiels en matière de prescription et de pratiques médicales afin d'atteindre collectivement ces objectifs :

- Prescrire aux meilleurs standards de pertinence. Ainsi, les médecins doivent suivre les référentiels de la Haute Autorité de Santé (HAS) en respectant les indications thérapeutiques remboursables car à ce jour de nombreuses prescriptions se font en dehors de ces recommandations ;
- respecter le principe de sobriété des prescriptions avec la prescription du strict nécessaire. Le médecin doit s'assurer que chaque prescription est pertinente et surtout conforme avec la qualité des soins sans pénaliser la bonne prise en charge des patients ;
- utiliser systématiquement l'ordonnance numérique, pour éviter les fraudes, mésusages et améliorer la gestion des soins ;
- utiliser l'ensemble des téléservices disponibles de l'Assurance Maladie, comme :
 - o les arrêts de travail ;
 - o les déclarations de médecin traitant ;
 - o les prescriptions de transports sanitaires ;
 - o les demandes d'accord préalable dématérialisées.

Enfin, les médecins bénéficieront de l'accompagnement de l'Assurance Maladie, notamment par des visites de délégués et des entretiens confraternels, pour les aider à appliquer ces bonnes pratiques et à gérer les aspects administratifs et techniques de leur travail.

Les engagements conventionnels collectifs visent à améliorer de manière globale la qualité des soins aux patients. Ils reflètent une collaboration entre les médecins libéraux et l'assurance maladie pour atteindre des objectifs convenus mutuellement. Cependant, ces engagements ne peuvent contraindre individuellement un professionnel ni entraîner de réduction de sa rémunération. Le conseil national de l'ordre des médecins s'est exprimé favorablement sur ces engagements collectifs qu'il a jugé aller dans le bon sens.

9.2. Observatoire conventionnel national de la pertinence et la qualité

Articles 72 et 73 de la convention médicale

Les partenaires conventionnels se sont accordés sur la mise en place d'un Observatoire de la pertinence et de la qualité qui a vocation à :

- Suivre la dynamique des dépenses de prescription des médecins libéraux ;
- Examiner les actions mises en œuvre dans le cadre 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 (développement professionnel continu) et des GAP (groupes d'analyse de pratique).

L'observatoire se réunira, *a minima*, deux fois par an dans le cadre de la CPN.

Le suivi des résultats et des travaux de cet observatoire seront rendus publics.

9.3. Les 4 dispositifs d'intéressements

Articles 62 à 65 et annexe 18 de la convention médicale

Pour valoriser l'engagement des médecins libéraux en termes de qualité et d'efficacité des prescriptions, les dispositifs d'intéressement sont renforcés. Ces dispositifs, respectant les recommandations des autorités scientifiques, permettent aux médecins de bénéficier d'une partie des économies réalisées par l'Assurance maladie grâce à des prescriptions plus pertinentes. Instaurés sur les prescriptions de biosimilaires, ils sont désormais étendus à de nouveaux enjeux.

A. Intéressement biosimilaires

Dispositif d'intéressement	Objectifs	Modalités Pratiques	Date d'entrée en vigueur	Répartition des économies
Prescription de médicaments biosimilaires	Augmenter l'utilisation de médicaments biosimilaires conformément aux recommandations, notamment en initiant des traitements par ces médicaments et en convertissant des traitements biologiques de référence vers les biosimilaires	Détails dans l'Annexe 18	1er janvier 2025	50% pour l'assurance maladie et 50% pour les médecins concernés

L'intéressement, initié dans le cadre de la convention précédente a été modifié par la présente convention :

- L'économie générée est partagée à hauteur de 50% pour les médecins et 50 % pour l'Assurance maladie
- La durée du dispositif est réduite à 1 an
- Maintien de l'introduction progressive des molécules dès leur identification dans les bases de remboursements de l'assurance maladie
- Les règles de plafonnement et minimum sont maintenues

Sont intégrées les molécules suivantes :

Molécules	Date d'entrée dans le dispositif	Date de sortie du dispositif
etanercept	01/01/2022	31/12/2024
adalimumab	01/01/2022	31/12/2024
follitropine alpha	01/01/2022	31/12/2024
insuline asparte	01/01/2022	31/12/2024
enoxaparine	01/01/2022	31/12/2024
ranibizumab	01/07/2023	31/12/2025

Le dispositif pour les 5 premières molécules précitées prend fin au 31/12/2024, en ce qui concerne le ranibizumab celui-ci sera reconduit jusqu'au 31/12/2025 avec la nouvelle répartition décrite ci-dessus.

B. Intéressement à la dé-prescription des IPP

Dispositif d'intéressement	Objectifs	Modalités Pratiques	Date d'entrée en vigueur	Répartition des économies
Dé-prescription des Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP)	Limiter l'usage des IPP dans des situations non pertinentes selon les recommandations de la HAS, et partager les économies générées par une dé-prescription adéquate	Détails dans l'Annexe 18	1er janvier 2025	80% pour l'assurance maladie et 20% pour les médecins

Le dispositif vise à réduire l'utilisation inappropriée des IPP, conformément aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS. L'intéressement vise à reconnaître le temps médical consacré à accompagner le patient dans l'adaptation de ses habitudes. En effet, la dé-prescription est un processus structuré visant à identifier et à interrompre l'utilisation de médicaments lorsque les risques potentiels ou existants l'emportent sur les bénéfices pour un patient, et nécessite donc un accompagnement renforcé du patient. Ce dispositif entre en vigueur au 1er janvier 2025 et prendra fin 3 ans après son démarrage.

C. Intéressement à l'initiation des OAM

Dispositif d'intéressement	Objectifs	Modalités Pratiques	Date de mise en vigueur	Répartition des économies
Initiation des orthèses d'avancée mandibulaire	Augmenter l'usage des orthèses d'avancée mandibulaire conformément aux recommandations, et partager les économies réalisées grâce à cette pratique	Détails dans l'Annexe 18	1er janvier 2025	80% pour l'assurance maladie et 20% pour les médecins

Les orthèses d'avancée mandibulaire (OAM) sont recommandées dans certains cas pour les patients atteints du syndrome d'apnée du sommeil. Cependant, selon les recommandations scientifiques, peu de patients éligibles bénéficient de ce traitement car ils sont souvent dirigés vers des dispositifs de pression positive continue (PPC) et ce traitement n'est pas toujours le plus

approprié pour tous les patients ni le plus efficient. Comme pour le précédent dispositif celui-ci entre en vigueur au 1er janvier 2025 et prendra fin 3 ans après son démarrage.

Par ailleurs, le dispositif d'intéressement tient compte de l'évolution des taux de pénétration des OAM, une dimension collective est donc présente dans cet intéressement. Le taux de pénétration cible permettant le déclenchement du dispositif est croissant selon les années, comme suit :

- un objectif collectif de 10 % d'initiations lors de la première année (N)
- un objectif collectif de 15 % d'initiations lors de la deuxième année (N+1)
- un objectif collectif de 20 % d'initiations lors de la troisième année (N+2)

Ainsi, si l'ensemble des prescripteurs concernés parviennent à augmenter progressivement les taux d'initiations d'OAM lors d'une année donnée alors l'intéressement est déclenché pour l'ensemble des médecins prescripteurs d'OAM (pour plus d'informations sur le mode de calcul cf annexe 18)

D. Intéressement lors de l'accompagnement des patients souffrant d'insuffisance cardiaque

Dispositif d'intéressement	Objectifs	Modalités Pratiques	Date d'entrée en vigueur
Accompagnement des patients souffrant d'insuffisance cardiaque	Encourager la prise en charge des patients souffrant d'insuffisance cardiaque par les cardiologues, avec une rémunération forfaitaire basée sur certains indicateurs spécifiques	article 65	1er janvier 2026

À compter de 2026, afin de mieux prendre en charge les patients atteints d'insuffisance cardiaque, les cardiologues de secteur 1 ou secteur 2 adhérent à l'OPTAM bénéficient d'une rémunération forfaitaire spécifique en fonction de l'atteinte des indicateurs décrit à l'article 65 de la convention médicale.

Les modalités pratiques de mise en œuvre de cette rémunération (règles de calcul des indicateurs, seuils et objectifs, ...) sont définis en CPN.

9.4. Le DPC et les GAP

Articles 70 et 71 de la convention médicale

A. Développement professionnel continu (DPC)

La convention médicale prévoit que le DPC soit mis à profit comme un outil au service des actions de pertinence des soins afin de créer une dynamique d'offre de formation à destination des médecins autour des **programmes de pertinence partagés**.

Un cahier des charges est rédigé pour chaque programme de pertinence sous l'égide de la CPN afin que des formations soient proposées à chaque fois que cela sera pertinent.

L'observatoire de la pertinence et de la qualité assurera le suivi et la mesure de l'impact de ces actions.

B. Groupes d'amélioration des pratiques

Les GAP ont fait preuve de leur efficacité pour améliorer la pertinence des prescriptions et des parcours de soins (en s'appuyant sur l'expérience des groupes qualités existants). Dans un objectif d'améliorer les pratiques professionnelles en matière d'efficacité et de pertinence des soins, l'Assurance maladie s'engage à favoriser cette modalité **d'échange de pratiques entre pairs**.

Les modalités de mise en place des GAP seront définies dans un cahier des charges répondant aux critères de qualité préconisés par la HAS qui sera validé en CPN.

En pratique, la convention a défini le montant de l'indemnité de 140 € prévue pour les médecins participant à chaque groupe (durée de 2h), versée par l'Assurance maladie. Les structures porteuses seront indemnisées par l'ANDPC.

9.5. Sensibiliser à la sobriété dans la prescription des médicaments

Articles 66 à 69 de la convention médicale

Les émissions de carbone du secteur médical représentent 8 % des émissions nationales, dont la moitié est attribuable aux produits de santé, avec 29 % pour les médicaments et 21 % pour les dispositifs médicaux. Pour contribuer à l'objectif de réduction des émissions de gaz à effet de serre de 75 % d'ici 2050, un dispositif appelé "sobriété" est mis en place afin de sensibiliser les médecins sur leurs prescriptions et valoriser ceux qui adoptent des pratiques plus éco-responsables. Pour cela, un nouvel indicateur individuel appelé "ratio de sobriété" sera mis en place permettant une rémunération à hauteur de 1000 € dès 2026 pour les prescripteurs les plus sobres.

10. La valorisation de l'activité clinique et technique

Articles 74 à 86 et annexe 1 de la convention médicale

Afin de redonner de l'attractivité la médecine libérale, la convention médicale prévoit un investissement massif dans les revalorisations des tarifs des actes. Les spécialités cliniques ayant les revenus les plus faibles ont notamment été ciblées (gériatres, pédiatres, psychiatres ...). Par ailleurs, la médecine générale libérale bénéficiera d'une revalorisation substantielle du tarif de la consultation de référence des médecins généralistes.

Concernant l'activité technique des médecins libéraux, les travaux de refonte de la CCAM se poursuivent et les négociations de la convention médicale ont conduit à provisionner une enveloppe de 240 millions euros supplémentaire afin d'en faciliter sa mise en œuvre. Le calendrier des travaux de refonte de la CCAM est défini à l'article 84.

Un calendrier récapitulant les différentes évolutions tarifaires et principales mesures est consultable en annexe 2 de la présente circulaire.

La NGAP et la CCAM dans leur version en vigueur à la date de publication de la convention continuent à s'appliquer.

Les modifications de la nomenclature à apporter suite à cette nouvelle convention seront soumises à un vote en commission de hiérarchisation des actes et prestations (CHAP) qui se tiendra le 12 septembre 2024.

A l'issue de cette CHAP une décision UNCAM paraîtra au JO afin de mettre en œuvre les mesures prévues.

Une circulaire d'application spécifique aux mesures de nomenclature sera ensuite publiée.

11. Le recours à la télémédecine

Articles 87 à 91-3 de la convention médicale

A. Téléconsultation

Les conditions d'encadrement de la pratique médicale en téléconsultation évoluent :

- Le seuil maximal d'actes réalisés en téléconsultation est porté à **40% pour les psychiatres** ;
- Les téléconsultations du médecin traitant auprès de sa patientèle médecin traitant et les téléexpertises n'entrent pas dans le champ de l'encadrement de l'activité réalisée à distance. À noter que les téléconsultations réalisées après régulation du SAS sont intégrées dans le calcul du taux d'activité à distance ;
- Des exceptions au seuil maximal d'actes pourront être décidées en CPN, notamment pour les médecins retraités ;
- Ces seuils s'appliquent à titre individuel aux médecins salariés des plateformes de téléconsultations.

Les conditions de prise en charge par l'Assurance maladie de la téléconsultation sont inchangées (parcours de soins, alternance présenciel/distanciel, etc...).

B. Téléexpertise

Certaines conditions de la pratique de la téléexpertise évoluent :

- Le médecin requis doit désormais répondre à la demande de téléexpertise dans un **délai de 7 jours**.
- **L'acte de téléexpertise du médecin requis** sera revalorisé à hauteur de **23€** à compter du 1^{er} janvier 2026.

Les autres conditions de prise en charge de la téléexpertise sont inchangées.

C. Suivi et contrôle des actes de télémédecine

Il est précisé que le non-respect des conditions de réalisation ou de facturation des actes de télémédecine telles que définies dans la présente convention ou des seuils maximums d'activité à distance est susceptible d'enclencher une procédure de sanction conventionnelle et pourra donner lieu à la récupération des sommes indûment versées au titre des téléconsultations réalisées au-delà des seuils susvisés, dans le respect du contradictoire et après avertissement du professionnel.

12. La vie conventionnelle et l'installation des commissions

Articles 99 à 102-3 et annexe 6 de la convention médicale

La convention prévoit la mise en place des instances suivantes :

- Commission paritaire nationale (CPN) et un comité technique paritaire permanent national spécifique (CTPPN) placé auprès d'elle ;
- Commission paritaire régionale (CPR) dans chaque région administrative ;
- Commission paritaire locale (CPL) 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.

Le règlement intérieur type des instances est défini à l'annexe 6 de la convention.

A. La CPN

Elle doit être mise en place dans les 3 mois qui suivent l'entrée en vigueur de la convention. Il est prévu que cette CPN d'installation se tienne le 11 septembre 2024.

Son secrétariat est assuré par le département des professions de santé.

B. La CPR et la CPL

Elles doivent être mises en place dans les 3 mois qui suivent l'entrée en vigueur de la convention, soit **avant le 22 septembre 2024**.

Les CPL ont pour missions de :

- 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 ;

La CPL doit désormais informer régulièrement la CPR de ses travaux et lui transmettre annuellement une synthèse.

De leur côté, les CPR ont également pour mission d'**informer régulièrement la CPN de ses travaux et de ceux des CPL** et lui transmettre annuellement une synthèse.

C. Composition des sections et présidences

Pour qu'une commission soit valablement installée, les 12 sièges des membres titulaires de la section professionnelle et de la section sociale doivent être pourvus.

En formation plénière :

- la section professionnelle est composée de 12 représentants titulaires (6 généralistes et 6 spécialistes autres que généralistes) et de 12 suppléants ;
- la section sociale est composée de **12 représentants titulaires de l'UNCAM** (et 12 suppléants) et, en CPN, **d'un représentant titulaire de l'UNOCAM** désormais signataire de la convention (ou d'un suppléant en cas d'absence).

Dans cette configuration, **le président de la section professionnelle dispose de 2 voix** afin d'assurer la parité entre les sections.

Participe à titre consultatif dans chaque instance un représentant de l'Ordre des médecins.

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.

Composition de la section professionnelle :

Les sièges de la section professionnelle sont répartis entre les organisations syndicales représentatives signataires de la convention sur la base des derniers résultats nationaux aux élections par les médecins libéraux, des Unions Régionales de Professionnels de Santé mentionnées aux articles L. 4031-1 à L. 4031-7 du code de la santé publique, en rapportant le nombre de voix obtenues par chaque syndicat signataire au quotient électoral constitué par le nombre de voix exprimées recueillies nationalement, divisé par le nombre de sièges à pourvoir, la répartition des sièges s'effectuant au plus fort reste et chaque organisation syndicale reconnue représentative signataire de la présente convention étant assurée de disposer d'au moins un siège.

La répartition entre médecins généralistes et médecins spécialistes autre que spécialiste en médecine générale doit être respectée.

L'application de cette règle aboutie à la répartition suivante :

Au titre des généralistes :

- MG France : 3 sièges ;
- CSMF : 2 sièges ;
- FMF : 1 siège.

Au titre des spécialistes :

- Avenir Spé – le Bloc : 3 sièges ;
- CSMF : 2 sièges ;
- SML : 1 siège.

La répartition reste inchangée pas par rapport à la dernière CPN puisqu'elle est basée sur les résultats des élections URPS de 2021.

Déroulé des commissions et délibérations (cf annexe 6) :

Lors de la première réunion de la commission, la section professionnelle et la section sociale élisent chacune un président parmi leurs membres. Les présidents assurent, à tour de rôle, par période d'un an en référence à l'année civile, la présidence et la vice-présidence de la commission (au 1er janvier de chaque année il est procédé automatiquement à l'alternance de la présidence, sans qu'il soit nécessaire que l'instance se réunisse au préalable).

La commission ne peut valablement délibérer que lorsque le quorum est atteint et que la parité entre les sections est respectée.

Pour les points à l'ordre du jour qui requièrent un vote, la commission se prononce à la majorité simple des voix exprimées. Le vote peut être électronique et peut être réalisé à bulletin secret.

En cas de partage des voix, il est procédé à un deuxième vote au cours de la même séance. En cas de nouveau partage des voix, lors de ce deuxième vote, l'absence d'accord, vaut avis réputé rendu de la commission.

En cas de défaut de constitution de l'une ou de l'autre des sections dans le délai de trois mois imparti, la section constituée constate la carence et assure seule les missions de la commission jusqu'à ce que la section en carence soit constituée

En cas de défaut de parité entre les deux sections au sein de la commission, d'impossibilité pour le président et le vice-président de la commission soit de fixer une date, soit d'arrêter un ordre du jour en commun malgré deux tentatives successives, ou de refus, par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour malgré deux tentatives successives, la section à l'origine de la situation de carence est invitée par le président ou le vice-président de la commission à prendre toute disposition pour remédier à la situation.

Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat de carence, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à la commission jusqu'à ce qu'il soit remédié à cette situation.

D. Organisation des instances et indemnisation des membres

Les réunions ont lieu au siège de l'UNCAM pour les instances nationales et au siège de la caisse pour la CPR et la CPL, ou peuvent être tenues par visioconférence.

Dans les départements comportant plusieurs caisses primaires ou les départements constituant une région, une seule CPL 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.

Les procédures de vote peuvent se tenir par voie électronique en cas de besoin.

Les représentants des syndicats signataires membres de la section professionnelle perçoivent 13C par séance, en présentiel ou en distanciel, et une indemnité de déplacement (sauf en cas de séance en distanciel). L'indemnité de déplacement est fixée, lors de la première réunion de la commission, conformément aux modalités prévues pour les conseillers des caisses.

E. Continuité des procédures conventionnelles 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.

13. Les sanctions conventionnelles

Articles 103 à 113 de la convention médicale

L'ensemble des dispositions relatives au non-respect des engagements conventionnels figure désormais au sein de la présente convention pour une meilleure lisibilité des procédures (auparavant, ces dispositions figuraient pour partie dans la convention et pour partie en annexe de ladite convention).

A. Sur les sanctions encourues

De nouveaux **griefs ont été intégrés dans la liste des manquements pour aller au-delà du motif lié à la facturation d'actes fictifs**. Il s'agit des manquements visés à l'article R. 147-11 du code de la sécurité sociale (faits de faux, usage de faux, falsifications, fausses déclarations et facturations répétées d'actes ou prestations non réalisés, produits ou matériels non délivrés).

De plus, **des sanctions ont été ajoutées**, telles que :

- La suspension du bénéfice d'une ou plusieurs rémunérations prévues par la convention ;
- La suspension du droit à des dépassements autorisés (DE + DA ; auparavant, seul le DA était mentionné).

La nouvelle convention médicale introduit une **durée maximale de sanctions conventionnelles relevée à 3 ans et applicable à l'ensemble des motifs de sanctions**. Dans le cadre de la précédente convention, seule une durée maximale de 12 mois était fixée pour les motifs suivants: suspension des cotisations sociales, suspension du droit à dépassement permanent et suspension des honoraires libres.

Enfin, des **précisions sont apportées sur les conséquences d'un déconventionnement ferme** :

- suspension des rémunérations (nouveau),
- conséquence sur l'activité de remplacement (existait déjà mais a été repositionné),
- suspension de la participation des caisses aux avantages sociaux si déconventionnement de plus de 3 mois (maintenu).

B. La procédure de sanction conventionnelle

S'agissant des procédures de sanction conventionnelle, il convient de distinguer :

1. La procédure de sanction conventionnelle (« classique ») ;
2. Les procédures conventionnelles spéciales regroupant :

- a. La procédure de déconventionnement exceptionnel d'urgence ;
- b. La procédure de pratique tarifaire excessive (PTE)

L'ensemble des modalités d'application de chaque type de procédure est désormais intégré dans le corps du texte et n'est plus dilué entre le texte de la convention et les annexes afin d'en accroître leur lisibilité.

La procédure exceptionnelle de déconventionnement en urgence est régie par l'article R. 162-54-10 du code de la sécurité sociale.

S'agissant des autres procédures de sanction conventionnelle, elles se déroulent de la manière suivante :

- Procédure préalable d'échanges contradictoires (avertissement préalable, relevé des constatations) ;
- L'avis de la commission paritaire locale (CPL) ;
- La notification de la décision du directeur de la caisse ;
- Les recours éventuels en appel du médecin (vers CPR et CPL).

En revanche, il n'existe pas de procédure d'avertissement préalable, dans les situations suivantes :

- Manquements visés à l'article R. 147-11 du code de la sécurité sociale ;
- Faits graves sanctionnés par une instance ordinale ou judiciaire constituant en outre une infraction au regard des règles conventionnelles.

Des **précisions** ont été apportées sur la **motivation du relevé des constatations et de la décision de sanction**.

S'agissant **des délais**, pour limiter les risques d'erreurs et gagner en lisibilité, il a été décidé de mentionner les délais en jours jusqu'à un mois et de les mentionner en mois au-delà d'un mois.

De plus, **les délais de procédure ont été harmonisés avec les autres conventions nationales (pharmaciens notamment)** :

- relevé de constatations : précision sur l'organisation de l'entretien du médecin avec le directeur de la caisse : 15 jours à compter de la demande du médecin + 8 jours suivant l'entretien, transmission du CR par la caisse (avant il n'y avait pas de délai) ;
- avis de la CPL : le médecin peut envoyer au secrétariat de la commission ses observations écrites au plus tard 7 jours avant la date de la réunion (auparavant 3 jours) - idem pour commission en appel ;
- notification de la décision du directeur de la caisse : il a désormais 1 mois, suivant la transmission de l'avis de la CPL, pour arrêter sa décision (avant il n'y avait pas de délai) ;

Ces évolutions de délai sont également applicables à la procédure PTE.

La rédaction du droit à se faire représenter a été harmonisée (rédaction variable d'une procédure à l'autre auparavant) : le médecin peut désormais se faire assister **d'un confrère et/ou d'un avocat** quelle que soit la procédure de sanction (à l'exception de la procédure du déconventionnement d'urgence régie par l'article R. 162-54-10 du code de la sécurité sociale où il peut se faire assister par la personne de son choix). Le médecin peut aussi se faire assister d'un confrère syndiqué dans un syndicat non signataire à la présente 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.

S'agissant des sanctions conventionnelles en cours d'exécution, celles-ci doivent s'appliquer jusqu'à leur terme.

14. Mesures diverses

14.1. Accès au médecin traitant et parcours de soins

Articles 18 à 20-2 de la convention médicale

A. Les missions du médecin traitant

Aux deux missions légales du médecin traitant (coordination des soins et gestion du DMP), les missions conventionnelles du médecin traitant ont été redéfinies et mises en accord avec l'évolution des pratiques (liste à l'article 18-1 de la convention 2024).

La déclaration d'un médecin traitant par un patient se fait 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 qui s'effectue obligatoirement lors d'une consultation physique. Cela ne peut pas être réalisée lors d'une téléconsultation.

Si 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. Avant la fin de l'année 2025, seront mises en place des notifications de ce changement au patient et à l'ancien médecin traitant.

B. Le médecin correspondant

Les dispositions relatives au médecin correspondant restent inchangées, seules des simplifications de rédaction ont été apportées.

C. L'accès spécifique

En sus des missions propres à chaque spécialité, la nouvelle convention rappelle que les médecins consultés dans le cadre de l'accès spécifique doivent, dans leur domaine, contribuer 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...).

Par ailleurs, la convention prévoit des travaux prospectifs sur l'accès spécifique. Un groupe de travail réunissant les partenaires conventionnels sera mis en place sur les conditions de l'accès spécifique, notamment pour les gynécologues et les psychiatres afin de proposer des évolutions.

14.2. Tiers payant

Articles 42 à 42-7 de la convention médicale

Les dispositions relatives au tiers payant restent inchangées. Pour rappel, elles portent sur la seule part obligatoire 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 ;
- de la facturation 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 ;

- de l'acte de lecture différée de photographie du fond d'œil ;
- de la réalisation de l'examen de prévention bucco-dentaire pour les femmes enceintes ;
- des conventions locales permettant aux médecins propharmaciens au sens de l'article L. 4211-3 du code de la santé publique de pratiquer la dispense d'avance des frais.

La nouvelle convention énumère, en ses articles 42-1 et 42-2, les cas dans lesquels la loi prévoit l'application d'un **tiers payant** sur la part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire, ainsi que le tiers-payant sur la part obligatoire et la part complémentaire accordé à tous les patients bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire.

14.3. Accès aux soins bucco-dentaires

Articles 43 à 48-2 et annexe 16 de la convention médicale

Certains médecins munis de l'un des diplômes, certificats ou titres exigés pour l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste, inscrits à l'ordre des médecins, sont habilités à pratiquer la médecine bucco-dentaire. De ce fait, sont concernées les spécialités médicales : stomatologie (code spécialité : 18) ; chirurgie maxillo-faciale (44) ; chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (45) ; chirurgie orale (69).

Ces médecins peuvent réaliser et facturer les soins et les actes de chirurgie-dentaire définis par la convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux du 25 août 2023. Cela concerne les soins préventifs, (notamment l'examen bucco-dentaire annualisé à partir du 1er janvier 2025), les soins conservateurs et prothétiques de la CCAM ainsi que les majorations qui leur sont applicables. Ils sont facturables dans le respect des bases de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, des montants maximums applicables aux bénéficiaires de la C2S ou des honoraires limites de facturation (HLF) fixés par le dispositif 100% santé dentaire.

Pour les actes de chirurgie-dentaire dont les tarifs ne sont pas opposables, les médecins peuvent facturer des honoraires en entente directe dans le respect des dispositions règlementaires et conventionnelles de facturation. Par ailleurs, les honoraires des actes prévus à la CCAM et non pris en charge doivent être déterminés avec tact et mesure.

Les actes de chirurgie-dentaire facturés par les médecins sont pris en charge à 60% par l'assurance maladie obligatoire et à 40% par les assurances complémentaires (ticket modérateur) à l'exception d'une liste d'actes de chirurgie orale dont il a été établi qu'ils sont majoritairement réalisés et facturés par les médecins habilités à pratiquer la médecine bucco-dentaire.

Les modifications de la convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux apportées postérieurement par avenant à la publication de celle-ci au Journal Officiel du 25 août 2023 feront l'objet d'une transposition dans la convention nationale des médecins libéraux pour être applicables aux médecins habilités à pratiquer la médecine bucco-dentaire.

14.4. Modalités de facturation

Articles 114 à 117-3 de la convention médicale

La nouvelle convention médicale souligne l'intérêt pour le médecin de recourir aux outils d'aide à la facturation développés par l'Assurance maladie :

Usage d'ADRI : pour fiabiliser la facturation et éviter les rejets et retraitements de facture par le médecin, il doit avoir 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.

Déploiement de l'appli carte vitale : sa généralisation sera effective en 2025, son usage nécessite un équipement particulier du médecin (logiciel compatible et lecteur de QR code)

Déploiement de l'usage de SCOR : la facturation en mode sécurisé est à privilégier. Toutefois, lorsque celle-ci n'est pas possible, l'usage de SCOR par le médecin est recommandé pour faciliter la démarche de facturation en mode dégradé. Le recours à SCOR nécessite une mise à jour du logiciel du médecin.

14.5. Dispositifs inchangés

Articles 94 à 98 de la convention médicale

Certains dispositifs de la convention médicale de 2016 perdurent avec l'entrée en vigueur de la nouvelle convention et ne sont donc pas développés au sein de la présente circulaire.

Les modalités de mise en œuvre de ces dispositifs restent les mêmes.

Parmi les dispositifs inchangés on retrouve :

- La **participation au financement des cotisations sociales** décrite aux articles 94 à 96 de la convention de 2024, en remplacement des articles 69 et 70.1 de la convention de 2016
- **L'aide maternité, paternité, adoption** décrite aux articles 97 et 98 de la convention 2024, en remplacement de l'article 70.2 de la convention de 2016

Liste des annexes

- **Annexe 1 : Logigrammes relatifs aux contrats démographiques**
- **Annexe 2 : Calendrier des mesures de nomenclature**