



# Convention médicale 2024

Mode d'emploi pour les MPR

**Georges de Korvin**

SYFMER et AVENIR SPE – juin 2024

## PLAN

<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>4</b>
<b>II.</b>	<b>GENERALITES.....</b>	<b>5</b>
A.	OBJET DE LA CONVENTION .....	5
B.	DUREE DE LA CONVENTION.....	5
C.	CHAMP D'APPLICATION DE LA CONVENTION .....	6
D.	RESILIATION .....	6
E.	ADHESION ET RESILIATION.....	7
1.	<i>Cas général</i> .....	7
2.	<i>Collaborateur libéral</i> .....	7
3.	<i>Collaborateur salarié d'un médecin libéral</i> .....	8
4.	<i>Médecin remplaçant</i> .....	8
5.	<i>Adjoints et assistants</i> .....	9
6.	<i>Praticiens hospitaliers</i> .....	9
<b>III.</b>	<b>SECTEURS CONVENTIONNELS .....</b>	<b>11</b>
A.	SECTEUR 1 .....	11
1.	<i>La fenêtre de passage en secteur 2</i> .....	11
2.	<i>Dépassement pour exigence particulière (DE)</i> .....	11
3.	<i>Dépassement autorisé plafonné pour les soins non coordonnés (DA)</i> .....	12
B.	SECTEUR 2 .....	13
1.	<i>Une liberté « modérée »</i> .....	13
2.	<i>Éligibilité à l'Optam</i> .....	13
3.	<i>Le cas des praticiens hospitaliers</i> .....	14
<b>IV.</b>	<b>L'OPTAM .....</b>	<b>15</b>
A.	UN DISPOSITIF PROVISOIRE JUSQU'À LA NOUVELLE CCAM.....	15
B.	EXPLICATIONS POUR LES NOVICES.....	15
C.	LES CRITERES D'ENGAGEMENT .....	16
1.	<i>Taux de dépassement</i> .....	16
2.	<i>Taux d'activité à tarif opposable</i> .....	17
3.	<i>Période de référence</i> .....	17
4.	<i>L'OPTAM de groupe</i> .....	18
5.	<i>Les taux régionaux</i> .....	18
a)	Taux de dépassement .....	18
b)	Taux d'opposabilité .....	19
6.	<i>Activité mixte</i> .....	19
7.	<i>Médecins installés en secteur 1 avant 2013</i> .....	19
8.	<i>Evolution des taux d'engagement en fonction de l'augmentation des tarifs de remboursement</i> .....	20
D.	ACTES NON PRIS EN COMPTE POUR L'OPTAM AVEC BASE DE REMBOURSEMENT A 0 € .....	20
E.	AVANTAGES DE L'OPTAM .....	21
1.	<i>Cotations et tarifs de remboursement équivalents au secteur 1</i> .....	21
2.	<i>Prime pour respect des engagements OPTAM</i> .....	22
F.	DUREE D'ADHESION ET RESILIATION .....	23
<b>V.</b>	<b>PARCOURS DE SOINS.....</b>	<b>24</b>
A.	MEDECIN TRAITANT ET MEDECIN CORRESPONDANT.....	24
B.	MODALITES D'INTERVENTION DU MEDECIN CORRESPONDANT .....	25
1.	<i>La demande d'avis ponctuel</i> .....	25
2.	<i>L'intervention pour soins itératifs</i> .....	25
3.	<i>L'intervention dans le cadre d'une séquence de soins impliquant un ou plusieurs intervenants</i> ....	25
<b>VI.</b>	<b>VALORISATION DE L'ACTIVITE DU MEDECIN.....</b>	<b>27</b>
A.	ACTIVITE CLINIQUE.....	27
1.	<i>Consultation de référence</i> .....	27
a)	Définition .....	27
b)	Tarification.....	27

2.	<i>Consultation complexe EPH pour enfant handicapé</i> .....	28
3.	<i>Règles générales à propos des consultations complexes et très complexes (texte NGAP)</i> .....	29
a)	Consultations et majorations complexes .....	29
b)	Consultations très complexes .....	30
4.	<i>APC</i> .....	31
a)	Conditions figurant dans la nouvelle convention .....	31
b)	Conditions figurant dans le texte de la NGAP .....	31
5.	<i>Honoraires de surveillance en établissement</i> .....	32
6.	<i>Temps clinique associé à actes CCAM</i> .....	32
B.	ACTIVITE TECHNIQUE .....	33
C.	TELECONSULTATION .....	34
1.	<i>Définition</i> .....	34
2.	<i>Exceptions au parcours de soins</i> .....	35
3.	<i>Encadrement de la pratique</i> .....	35
4.	<i>Conditions techniques</i> .....	36
5.	<i>Facturation</i> .....	36
D.	TELEEXPERTISE.....	37
<b>VII.</b>	<b>MAJORATIONS ET FORFAITS</b> .....	<b>38</b>
A.	PERSONNES HANDICAPEES .....	38
B.	INSTALLATION EN ZONE PRIORITAIRE.....	38
C.	CONSULTATIONS AVANCEES :.....	39
D.	COOPERATION AVEC IPA .....	39
E.	ASSISTANTS MEDICAUX .....	40
<b>VIII.</b>	<b>PERTINENCE ET SOBRIETE</b> .....	<b>41</b>
A.	ARTICLE 61 – LES 15 PROGRAMMES DE PERTINENCE .....	41
<b>IX.</b>	<b>PRATIQUES TARIFAIRES EXCESSIVES</b> .....	<b>43</b>

# I. Introduction

La nouvelle convention médicale a été signée le mardi 4 juin 2024 par les syndicats MG France, Avenir Spé Le Bloc, CSMF, SML et FMF. Seule l'UFML a refusé de signer cette convention.

Les syndicats cités ont été jugés représentatifs au terme des élections pour les Unions professionnelles des médecins libéraux en 2021. Avec près de 40 % des voix des spécialistes<sup>1</sup>, l'Union Avenir Spé – Le Bloc était en mesure de voter ne pas voter la convention et, même, d'y faire opposition. Ces options ont été récuses par les assemblées générales des deux syndicats de l'Union, pour ne pas faire exploser le système conventionnel et pouvoir participer aux négociations à venir. En effet, un groupe de travail doit rapidement se mettre en place pour répreciser les contours de l'APC d'une part et, d'autre part, des groupes de travail vont également être formés pour préparer les négociations sur la CCAM réformée en 2025.

La convention médicale<sup>2</sup> introduit un certain nombre de nouveautés dans les textes réglementaires qui s'appliquent à la médecine libérale. Néanmoins, les dispositions qui ne sont pas explicitement modifiées par la convention resteront en vigueur. Il faut donc se référer, non seulement au texte conventionnel final, mais aussi à la Nomenclature générale des actes professionnels<sup>3</sup> (NGAP), à la Classification commune des actes médicaux<sup>4</sup> (en attendant sa refonte). La convention médicale s'intègre dans un cadre législatif, synthétisé dans Code de la santé publique<sup>5</sup>, où est inscrit le Code de déontologie médicale<sup>6</sup>. La Convention est aussi encadrée par les dispositions législatives récentes votées par le Parlement, par exemple la loi Rist<sup>7</sup>, la loi Valletoux<sup>8</sup> et la loi de financement de la sécurité sociale<sup>9</sup> (LFSS), cette dernière fixant l'enveloppe budgétaire allouée aux dépenses de santé.

Dans ce document, nous avons tenté de synthétiser tout ce qui concerne la pratique conventionnelle de la médecine physique et de réadaptation. Nous citerons les extraits importants des textes officiels (textes encadrés) et résumerons les dispositions délayées dans le discours juridique. Nous y ajouterons nos commentaires de manière bien distincte lorsque cela paraîtra pertinent. Mais ce document se veut avant tout factuel et pratique. Critiques et nouvelles propositions à défendre relèvent d'une autre démarche.

---

<sup>1</sup> Enquête de représentativité : médecins libéraux. 09/06/2021. Page 20. Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale.

<sup>2</sup> Texte final de la convention médicale et annexes, téléchargeables sur le site : <https://www.ameli.fr/ille-et-vilaine/medecin/negociations-conventionnelles/texte-final-convention-medicale-2024>

<sup>3</sup> Nomenclature générale des actes professionnels : <https://www.ameli.fr/ille-et-vilaine/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/consultations-actes/nomenclatures-codage/ngap>. Version du 01/04/2024 à la date de la signature. Les nouvelles versions seront probablement ajoutées sur cette même page.

<sup>4</sup> Classification commune des actes médicaux – téléchargement : <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/telechargement/index.php>

<sup>5</sup> Code de la santé publique : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte\\_lc/LEGITEXT000006072665/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/)

<sup>6</sup> Code de déontologie médicale :

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196408/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196408/)

<sup>7</sup> LOI n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, dite « loi Rist » : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047561956>

<sup>8</sup> LOI n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, dite « loi Valletoux »

<https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000047691817/>

<sup>9</sup> LOI n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048668665>

## II. Généralités

### A. OBJET DE LA CONVENTION

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

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

### B. DUREE DE LA CONVENTION

La présente convention est conclue pour une durée de 5 ans à compter de sa date d'entrée en vigueur. Les parties conventionnelles conviennent de la mise en œuvre d'une première clause de revoyure avant la fin du mois de septembre 2025 permettant de mesurer de manières transversales:

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

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

Elle est renouvelée par tacite reconduction par période de même durée, sauf opposition formée au plus tard six mois avant sa date d'échéance par les organisations syndicales représentatives, dans les conditions définies au chapitre 2 du titre VI du livre 1er du code de la sécurité sociale.

## C. CHAMP D'APPLICATION DE LA CONVENTION

Peuvent adhérer à la présente convention :

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

**Sont exclus du champ d'application de la convention :**

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

## D. RESILIATION

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

## E. ADHESION ET RESILIATION

### 1. Cas général

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

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

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

Commentaires :

- L'adhésion à la convention se fait par défaut en secteur 1 à tarifs opposables. Le choix du secteur 2 est une démarche volontaire qui ne peut se faire qu'à la première installation en libéral.
- Le choix de l'OPTAM est une option révocable, qui permet de rester dans son secteur d'origine (en général, le secteur 2).
- Le délai de 6 mois pour annoncer une cessation d'activité libérale a été instaurée pour laisser le temps d'organiser la continuité des soins. Il est en effet arrivé que des médecins ferment leur cabinet de manière impromptue, laissant ainsi leur patientèle dans le désarroi.

### 2. Collaborateur libéral

Le médecin collaborateur libéral adhère personnellement à la présente convention médicale. Il effectue en propre les démarches nécessaires auprès de la caisse pour se faire enregistrer et attribuer un identifiant lui permettant de facturer ses actes, conserve le choix de son secteur d'exercice et le

Commentaires :

- Contrairement au remplaçant, le collaborateur est un médecin de plein exercice sur le plan conventionnel. Il verse une redevance au médecin titulaire du cabinet, mais doit choisir sa propre option conventionnelle.
- La collaboration libérale est considérée comme une première installation, contrairement à l'exercice libéral des médecins salariés dans le cadre hospitalier.
- Pour pouvoir accéder au secteur 2, le collaborateur libéral doit disposer des titres requis (voir plus loin). Cela limite la possibilité d'être collaborateur libéral entre son internat et un post-internat nécessaire à l'acquisition de ces titres. Si un jeune est dans l'attente d'un poste de chef ou d'assistant, il fait mieux de faire des remplacements pour ne pas perdre le privilège de la première installation.

### 3. Collaborateur salarié d'un médecin libéral

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

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

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

Commentaires :

- La formule du collaborateur salarié est utilisée dans certaines spécialités (oncologie, radiothérapie, chirurgie...) où des médecins généralistes sont salariés pour s'occuper des problèmes de médecine courante.

### 4. Médecin remplaçant

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

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

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

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

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

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

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

Commentaires :

- Le remplaçant exerce dans le secteur d'exercice du médecin remplacé, qui ne doit pas avoir d'activité libérale simultanée.
- En revanche, il est possible de se faire remplacer pendant une activité salariée. Cela n'est pas divisible par demi-journées.
- L'obligation pour le remplaçant d'utiliser sa propre CPS est une mesure nouvelle qui vise à mieux tracer les remplaçants. Rappelons que le projet de loi Garot envisageait des mesures pour limiter les remplacements

## 5. Adjoints et assistants

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

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

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

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

Commentaires :

- La formule de l'adjoint ou assistant d'un médecin libéral répond à des cas particuliers : zone touristique (médecine de montagne, bord de mer), problème de santé inattendu...
- C'est une solution temporaire, éventuellement périodique. Si cela doit déboucher sur une activité continue, il vaut mieux envisager une collaboration libérale ou une association.
- Contrairement à la collaboration libérale, le médecin assistant n'est pas conventionné à titre personnel, ne peut pas demander de compléments d'honoraires. Mais cette option ne ferme pas la possibilité de s'installer ultérieurement en secteur 2 si l'on a les titres requis..

## 6. Praticiens hospitaliers

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

Commentaires :

- Le PH qui a une activité privée doit généralement payer une redevance à l'hôpital. Il doit aussi cotiser à la CARMF (retraite), à l'URSSAF, et souscrire une assurance de responsabilité professionnelle (si ce n'est déjà pas le cas).

- Le praticien hospitalier peut choisir le secteur 1 ou le secteur 2 sans engager un éventuel avenir en secteur libéral car la pratique privée d'un praticien hospitalier n'est pas considérée comme une « première installation ».

## III. Secteurs conventionnels

### A. SECTEUR 1

#### 1. La fenêtre de passage en secteur 2

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

Commentaires :

- La nouvelle convention de 2024 n'introduit pas de nouvelles dispositions concernant les médecins en secteur 1.
- Seuls les médecins installés avant le 01/01/2013 et disposant des titres requis peuvent encore opter pour le secteur 2. Mais la fenêtre optionnelle a été refermée après cette date.
- Le choix du secteur 1 est une option de non-retour jusqu'à la fin de la carrière professionnelle libérale.

#### 2. Dépassement pour exigence particulière (DE)

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

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

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

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

Commentaires :

- Pas de nouveauté. C'est un rappel pour mémoire. Les situations éligibles sont très restreintes.

### 3. Dépassement autorisé plafonné pour les soins non coordonnés (DA)

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

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

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

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

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

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

Commentaires :

- Le médecin traitant est, par définition, dans le « parcours de soins » et ne peut appliquer le DA. C'est vrai pour un MPR qui s'est déclaré le « médecin traitant » d'un patient.
- Le DA n'est applicable qu'en dehors du « parcours de soins », c'est-à-dire que le patient n'est pas passé par son médecin traitant. Cela paraît donc applicable lors d'un autre type d'adressage : autre spécialiste ou à expertise particulière (par exemple médecin du sport), kinésithérapeute, ergothérapeute...
- Dans ce cas, le MPR ne peut pas coter d'APC.
- Il peut coter une consultation de base (+ MCS s'il fait un courrier au médecin traitant + MTA s'il fait une prescription de grand appareillage) ou un acte technique et un DA, au maximum de 17,5% de du total facturable. Cela revient à un taux de dépassement de 17,5 %.
- Il s'y ajoute la contrainte d'un taux d'opposabilité de 70 %. Les consultations sans dépassement doivent représenter 70 % des honoraires totaux, c'est-à-dire intégrant les compléments d'honoraires. Il reste donc moins de 30 % de consultations où l'on peut faire au maximum 17,5 % de compléments d'honoraires.

## B. SECTEUR 2

### 1. Une liberté « modérée »

Les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents, dit secteur 2, et les médecins titulaires d'un droit à dépassement permanent, dit secteur 1 DP, fixent le montant de leurs honoraires à des **niveaux modérés, les modulant de façon individualisée** pour tenir compte des éventuelles difficultés de prise en charge et facilitant l'accès aux soins des assurés sociaux et de leurs ayants droit. Outre les situations déjà prévues par des dispositions législatives ou réglementaires, ces médecins pratiquent leurs actes **aux tarifs opposables dans les situations d'urgence médicale.**

#### Commentaires

- Cette emphase sur la modération et la modulation des honoraires est un élément nouveau.
- L'obligation de pratiquer des tarifs opposables dans les situations d'urgence médicale est soulignée également.

### 2. Éligibilité à l'Optam

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

- s'installent pour la première fois en exercice libéral sous le régime de la présente convention dans le cadre de leur spécialité d'inscription au tableau de l'Ordre des médecins
- et sont titulaires de l'un des titres hospitaliers, strictement énumérés ci-après, acquis en France dans les établissements publics de santé ou au sein de la Faculté libre de médecine de Lille :
  - **ancien chef de clinique des universités - assistant des hôpitaux** dont le statut relève du décret n°2021-1645 du 13 décembre 2021;

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

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

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

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

Commentaires :

- Après l'internat et l'année de docteur junior, il suffit de faire une année d'assistantat en CHU ou en CH pour avoir le droit d'opter pour le secteur 2.
- Mais il faut faire deux années de clinicat, car le contrat de chef de clinique est de deux ans, non divisibles.
- Un poste en ESPIC n'ouvre au secteur 2 de plein droit que si l'affectation a été décidée par l'autorité hospitalière. Sinon, il faut passer par une **procédure de d'équivalence des titres** qui fait intervenir la CPAM, la CNAM et le CNOM. L'assistance d'un avocat et d'un confrère syndicaliste peut être utile.
- **Dans tous les cas, la demande de choix du Secteur 2 doit être effectuée durant le 1<sup>er</sup> mois d'installation. Ceci engagera toute la carrière professionnelle.**

### 3. Le cas des praticiens hospitaliers

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

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

Commentaires

- Le titre de praticien hospitalier ouvre le droit au secteur 2 sans délai si l'exercice est à temps plein, mais impose un délai de cinq ans si l'exercice est à temps partiel, au moins à 50 %.

## IV. L'OPTAM

### A. UN DISPOSITIF PROVISOIRE JUSQU'À LA NOUVELLE CCAM

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

Et qui se ferme aux médecins en secteur 1...

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

### B. EXPLICATIONS POUR LES NOVICES

L'Option tarifaire maîtrise (OPTAM) est un contrat destiné à engager les médecins en secteur 2 à limiter leurs compléments d'honoraires en échange de plusieurs avantages :

- Pouvoir appliquer les mêmes tarifs qu'en secteur 1, ceux du secteur 2 étant gelés.
- Bénéficier de réductions sur les charges sociales
- Bénéficier d'une prime si les engagements sont respectés, dégressive jusqu'à 5% d'écart.

L'engagement consiste à respecter deux types de critères, décrits ci-dessous : le taux d'engagement et le ratio d'opposabilité.

Pour un médecin qui a déjà une ancienneté en secteur 2, les critères sont calculés sur la base des « années de référence » déterminées par la convention. Ici, ce seront 2022 et 2023.

Pour un nouvel installé, il faut respecter les taux d'engagements moyens déterminés pour sa spécialité dans sa région. Il peut y avoir de fortes disparités entre régions et entre spécialités. Il n'existe pas de carte publiée des spécialités et des régions. C'est une information qui n'est fournie qu'à titre particulier au nouvel entrant par le personnel de la CPAM qui lui rend visite.

La formule de l'OPTAM de groupe permet au nouvel associé d'un groupe de profiter des critères dont bénéficient les confrères déjà installés. En réalité, une péréquation est faite entre les critères de spécialité régionaux et les critères acquis par le groupe, ce qui est généralement moins avantageux pour tout le monde mais évite des disparités au sein du groupe.

**Lorsqu'un médecin a demandé moins de compléments d'honoraires que ce qui lui était possible précédemment, le recours à la nouvelle période de référence conventionnelle fait baisser ses droits** car ils sont calculés en fonction des dépassements d'honoraires réalisés

et non en fonction des droits antérieurs. Ainsi, d'une convention à l'autre, l'OPTAM exerce un effet de cliquet.

Commentaires :

- Pour la CNAM, l'OPTAM n'a pas vocation à offrir un espace de liberté tarifaire, mais à réduire peu à peu celui-ci vers les tarifs opposables.
- Les médecins vertueux qui restreignent leurs compléments d'honoraires et choisissent l'OPTAM « pour prendre date », font une erreur stratégique. Ils auront les charges plus élevées du secteur 2 sans en avoir les avantages.
- Il est donc conseillé d'user au maximum de ses droits à compléments d'honoraires, quitte à s'écarter un peu de clous et voir sa prime réduite, plutôt que de se restreindre et perdre de sa liberté tarifaire.
- Au pire, si l'on est éjecté de l'OPTAM, on se retrouve en secteur 2 avec de moins bons tarifs de remboursement pour les patients.
- Un jeune installé peut avoir intérêt à faire quelques années en secteur 2 « pur et dur », puis demander d'entrer dans l'OPTAM sur la base des compléments d'honoraires qu'il aura pu réaliser.

Un autre élément à prendre en compte est représenté par les « contrats de santé responsables » qui limitent les remboursements opérés par les mutuelles, à moins que les patients ne souscrivent à une « surcomplémentaire ». Lorsque le médecin est inscrit à l'OPTAM, le remboursement par la complémentaire couvre en général tous les frais des patients, ce qui peut ne pas être le cas en secteur 2 sans OPTAM.

## C. LES CRITERES D'ENGAGEMENT

### 1. Taux de dépassement

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

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

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

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

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

Commentaires :

- Ces mesures traduisent la volonté de la CNAM d'attirer dans l'OPTAM des médecins à la limite des compléments d'honoraires qu'elle considère comme acceptables.
- On peut se demander si des mesures restrictives ne finiront pas par être décidées à l'encontre de ceux qui dépassent ces limites (voir le dernier chapitre).

## 2. Taux d'activité à tarif opposable

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

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

- Avec Honoraires remboursables recalculés = application des tarifs de remboursements des médecins de secteur 1 à l'activité constatée sur la période de référence

Commentaires :

- Si les cotations sont homogènes, la proportion des honoraires est similaire à la proportion du nombre de consultations.
- Ce ratio porte sur le volume de consultations (cliniques ou techniques) faites à tarif opposable sur le volume total des consultations.

## 3. Période de référence

Période de référence :

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

Commentaires

- Précédemment, la période de référence portait sur trois ans, mais l'année 2021 a été écartée du fait des perturbations induites par l'épidémie de COVID 19.

- La période de référence permet de réajuster les taux régionaux pour les nouveaux installés ou les praticiens venant du secteur 1 et les taux individuels pour ceux qui étaient déjà à l'OPTAM
- Pour ceux qui ont déjà eu un exercice en secteur 2 sans OPTAM, les engagements sont calculés à partir des compléments d'honoraires facturés sur les années de référence.
- Voir ce qu'il en est si entrée plus tardive dans l'OPTAM à partir d'une activité en secteur 2 « pur et dur ».

## 4. L'OPTAM de groupe

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

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

Commentaire :

- Dans l'expérience que j'ai eue avec mon successeur, il ne s'est pas agi d'une simple transposition de mes engagements vers mon successeur. La CPAM a fait une péréquation entre les taux auxquels il aurait eu droit s'il s'était installé seul et mes propres taux. Le résultat s'est imposé à nous deux.

## 5. Les taux régionaux

### a) Taux de dépassement

- application du taux moyen régional (moyenne, pondérée par les effectifs présents au moment de l'entrée en vigueur de la convention et dont le taux de dépassement recalculé est inférieur ou égal à 100%) des taux de dépassement recalculés pour les médecins adhérents à l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés ayant une activité sur période de référence de la même spécialité et de la même région au moment de l'entrée en vigueur de la convention) pour les autres spécialités.  
Ce taux régional est minoré de 5 points pour la région ayant le taux le plus élevé et réduit à ce taux minoré, dit « taux plafond », pour les régions dont le taux se situe au-delà de ce taux plafond. Il est majoré de 10 points pour la région ayant le taux le plus bas et porté à ce taux majoré, dit « taux plancher », pour les régions dont le taux se situe sous ce taux plancher. Dans le cas où pour une spécialité, l'écart entre la région ayant le taux de dépassement le plus élevé et la région ayant le taux de dépassement le plus faible est de moins de quinze points, alors aucun ajustement à la moyenne régionale n'est réalisé.

Commentaires :

- Les taux de dépassement élevés, supérieurs à 100 % en mode « recalculé ») sont exclus des moyennes régionales. Ceci comprime vers le bas les taux régionaux autorisés par l'OPTAM pour les nouveaux installés).
- L'instauration d'un taux plancher et d'un taux plafond est un moyen de réduire quelque peu les disparités entre régions. Mais cela ne modifie pas les engagements des spécialistes qui ont déjà des taux compris entre ces deux extrêmes.
- Certaines spécialités à faible démographie ont des taux d'engagement nationaux, mais la MPR n'en fait pas partie.

## b) Taux d'opposabilité

- **au taux moyen régional** (moyenne, pondérée par les effectifs présents au moment de l'entrée en vigueur de la convention, des taux d'activité à tarifs opposables recalculés pour les médecins adhérents à l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés ayant une activité sur la période de référence de la même spécialité et de la même région au moment de l'entrée en vigueur de la convention) pour les autres spécialités.

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

Commentaires :

- Il n'y a pas d'instauration de taux planchers ni plafonds.
- Instauration de moyennes dans les groupes pour les nouveaux entrants ? C'est à creuser.

## 6. Activité mixte

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

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

## 7. Médecins installés en secteur 1 avant 2013

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

**Le taux de dépassement applicable à ces médecins ne peut être supérieur au taux moyen régional**

Commentaire :

- Tout a été fait pour limiter la liberté tarifaire des médecins de secteur 1 ayant eu accès à l'OPTAM à la suite des précédentes conventions.

## 8. Evolution des taux d'engagement en fonction de l'augmentation des tarifs de remboursement

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

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

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

Commentaires :

- Si les tarifs opposables sont augmentés à l'occasion d'une nouvelle convention ou d'un avenant, l'augmentation est imputée sur les compléments d'honoraires autorisés par le contrat OPTAM. Prenons par exemple un APC à 55 € qui passe à 60 €, soit 5 € d'augmentation du tarif opposable. Si l'on demandait 70 € d'honoraires, soit 15 € de compléments d'honoraires, on ne peut systématiquement passer à 75 €.
- Si l'on a respecté les engagements OPTAM, on pourra augmenter le tarif de  $5 \text{ €} \times 60 \% = 3 \text{ €}$  et donc facturer 73 € au patient.
- Si on a fait un écart jusqu'à 5 points, on ne pourra augmenter son tarif que de 2 €.
- En réalité, les calculs ne se font pas acte par acte, mais sur la masse des honoraires annuels. On peut modifier la répartition des compléments d'honoraires pour parvenir à un résultat globalement similaire.
- Toutes ces mesures sont conçues pour entraîner une convergence progressive des honoraires vers les tarifs opposables.

## D. ACTES NON PRIS EN COMPTE POUR L'OPTAM AVEC BASE DE REMBOURSEMENT A 0 €

L'annexe 13 de la convention liste les actes cliniques et techniques inclus dans le calcul du dispositif OPTAM/OPTAM-ACO.

Elle fait aussi apparaître (page 104) un tableau des actes techniques non pris en compte pour l'OPTAM avec base de remboursement à 0 €. On y trouve les actes suivants, qui peuvent intéresser les MPR :

ANLB00310	Séance de mésothérapie à visée antalgique
ANRP00110	Séance d'hypnose à visée antalgique
CEQP00210	Statokinésimétrie avec stabilométrie
CEQP00510	Analyse de la posture verticale statique et/ou dynamique sur plateforme de force [Posturographie]
EQQP00110	Mesure de la distance de marche sur tapis roulant ou par enregistrement électromagnétique
EQRM00110	Épreuve d'effort sur tapis roulant, avec électrocardiographie discontinue, examen doppler continu des artères des membres inférieurs et mesure de l'index de pression systolique

Commentaire :

- On peut se demander quel est l'intérêt de faire figurer ces actes qui ne sont pas remboursables. A étudier.

## E. AVANTAGES DE L'OPTAM

### 1. Cotations et tarifs de remboursement équivalents au secteur 1

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

Commentaires :

- Presque toutes les avancées tarifaires ne sont applicables qu'au secteur 1 et à l'OPTAM : majorations, tarifs CCAM plus élevés qu'en secteur 2 « pur et dur ».
- La valeur de l'APC est la même dans tous les secteurs.
- En secteur 2 sans OPTAM, la consultation de base reste bloquée à C = 23 €

## 2. Prime pour respect des engagements OPTAM

Commentaires :

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

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

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

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

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

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

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

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

- Pour les MPR, le calcul de la prime OPTAM est calculé avec le taux moyen de 7,9 %. Il est de 7,5 % pour les rhumatologues, de 7,8 % pour les neurologues et de 8,7 % pour les pédiatres. (Annexe 12, page 99).
- Jusqu'à présent, peu de médecins ont été sorti autoritairement de l'OPTAM. Néanmoins, les CPAM ont commencé à mettre la pression sur les médecins dépassant 5 points d'écart. En cas de sortie imposée, il faudra attendre la convention suivante pour pouvoir retourner dans l'OPTAM. Voir paragraphe suivant.

## F. DUREE D'ADHESION ET RESILIATION

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

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

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

Commentaires :

- Si l'on sort de l'OPTAM, on ne peut y retourner qu'à la convention suivante. Ce sera très probablement aux conditions régionales pour la spécialité et non plus aux conditions d'engagement précédentes.
- Il ne faut pas confondre sortie de l'OPTAM où l'on reste dans son secteur d'exercice et déconventionnement : dans ce cas, le retour dans la convention risque d'être considéré comme une 2<sup>ème</sup> installation, sans possibilité de se remettre en secteur 2...

## V. Parcours de soins

### A. MEDECIN TRAITANT ET MEDECIN CORRESPONDANT

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

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

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

Commentaires :

- Le spécialiste MPR peut devenir médecin traitant de ses patients, mais il perd alors la possibilité de coter des APC pour ceux-ci.
- Il n'y a pas de substitution possible en dehors du cabinet médical d'origine.

Le médecin correspondant a pour mission de :

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

Commentaires :

- Le médecin spécialiste est placé dans l'orbite du médecin traitant.
- Il n'est pas tenu compte des prises en charges pluridisciplinaires.

## B. MODALITES D'INTERVENTION DU MEDECIN CORRESPONDANT

Plusieurs modes d'intervention sont prévus pour le médecin spécialiste correspondant :

### 1. La demande d'avis ponctuel

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

**Les partenaires conventionnels engageront, dès l'entrée en vigueur de la présente convention, un travail sur le champ de l'avis ponctuel de consultant pour proposer des évolutions afin d'améliorer la qualité, la simplicité et la pertinence du parcours de soins des patients. Un groupe de travail dédié à ce sujet rendra ses conclusions et ses préconisations avant l'été 2025.**

Commentaires : ce sera l'occasion de reposer certaines questions :

- L'adressage par un autre spécialiste que le médecin traitant
- La possibilité de faire suivre un APC d'une prise en charge diagnostique ou thérapeutique spécialisée.

### 2. L'intervention pour soins itératifs

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

### 3. L'intervention dans le cadre d'une séquence de soins impliquant un ou plusieurs intervenants

**Ces soins sont pratiqués selon les modalités suivantes :**

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

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

Commentaires

- Ces trois situations correspondent assez bien à celles décrites pour la MPR. Mais l'adressage interdisciplinaire et interprofessionnel est exclu du champ de l'APC dont AVENIR SPE voulait faire un acte « d'expertise spécialisée ». Le sujet n'est cependant pas clos...
- Un APC peut être coté en hospitalisation « si le patient n'a pas de médecin traitant » (!). On se demande quelle est la logique de cette disposition.

# VI. Valorisation de l'activité du médecin

## A. ACTIVITE CLINIQUE

### 1. Consultation de référence

#### a) Définition

« Acte de référence de la nomenclature clinique », cette situation correspond à la consultation habituelle du médecin définie dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale dans les situations suivantes :

- suivi de pathologies chroniques stables ;
- prise en charge de pathologies aiguës ne présentant pas de critère de sévérité ;
- recours non liés au traitement d'une affection évolutive.

Résumé :

- La majoration MPC est intégrée dans la consultation de référence.
- La majoration de coordination MCS est maintenue. Elle est cotable si l'on fait une lettre au médecin traitant.
- Mais ces mesures ne s'appliquent qu'aux médecins en secteur 1 ou inscrits à l'OPTAM.
- Pour les médecins secteur 2 sans OPTAM, la consultation de base ne peut être cotée que C = 23 €. Néanmoins, l'APC est applicable à tous.

#### b) Tarification

Reconnaissant la spécificité des prises en charge de certaines spécialités en secteur à honoraires opposables et en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ou en secteur à honoraires différents lorsque la consultation ou la visite est facturée à tarif opposable, les partenaires conventionnels proposent de revaloriser, immédiatement sauf disposition contraire à l'issue du délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, leur tarif de la consultation de référence :

- La consultation de référence des médecins généralistes est revalorisée à 30€ ;
- La consultation de référence des psychiatres et des neurologues (code spécialité 15, 32, 33 ou 75) est revalorisée à 50€ puis à 52 € au 1er juillet 2025 (soit 55€ puis 57 € au 1er juillet 2025 en association avec la MCS) ;

- La consultation de référence des gynécologues médicaux (code spécialité 70 ou 79) est revalorisée à 32 € puis 35 € au 1er juillet 2025 (soit 37 € puis 40 € au 1er juillet 2025 en association avec la MCS) ;
- La consultation de référence des gériatres (code spécialité 34) est revalorisée à 32 € puis 37 € au 1er juillet 2025 (soit 37 € puis 42 € au 1er juillet 2025 en association avec la MCS) ;
- La consultation des médecins spécialistes en médecine physique et réadaptation (code spécialité 31) est revalorisée à 31 € puis 35 € au 1er juillet 2025 (soit 36 € puis 40 € au 1er juillet 2025 en association avec la MCS).

#### Commentaires

- Pour les MPR, la consultation de référence sera à 31 €, puis à 35 € au 1<sup>er</sup> juillet 2025.
- Si un courrier est rédigé, on pourra ajouter la MCS, soit un total de 36 € puis 40 €
- Si une prescription de grand appareillage figurant sur la liste de référence, on pourra y ajouter, en plus, la MTA, soit un total de 60 € dans le meilleur des cas.

La majoration de coordination ne peut pas se cumuler avec la facturation d'un dépassement autorisé (DA) prévu à l'Article 11 de la présente convention.

Lorsqu'à l'occasion d'une consultation, le médecin correspondant a facturé une majoration de coordination et qu'il est constaté *a posteriori* que l'assuré n'a pas déclaré de médecin traitant, cette majoration est versée par l'organisme d'assurance maladie au praticien dans le cadre de la dispense d'avance des frais.

#### Commentaire :

- Ce n'est pas au médecin d'apporter la preuve de la réalité d'un médecin traitant pour le patient lorsqu'il applique la MCS

## 2. Consultation complexe EPH pour enfant handicapé

### S'agissant des consultations complexes des médecins MPR

Les partenaires conventionnels prévoient également l'ouverture aux médecins spécialistes en médecine physique et réadaptation de la facturation de la consultation très complexe de prise en charge d'un enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neurosensoriel sévère nécessitant un suivi régulier, EPH, telle que définie à l'article 15.9 de la NGAP.

#### Commentaires :

- C'est une avancée importante pour les MPR s'occupant d'enfants handicapés

### 3. Règles générales à propos des consultations complexes et très complexes (texte NGAP)

Ces règles ne sont pas détaillées dans la nouvelle convention, mais il est utile de les rappeler. On les trouve à l'article 15.9, page 53 – consultations et majorations complexes et à l'article 15.9, page 66 de la NGAP – consultations et majorations très complexes.

#### a) Consultations et majorations complexes

##### Points importants

- Ces consultations complexes doivent être facturées à tarif opposable
- Elles ne sont pas cumulables d'une part, avec la majoration forfaitaire transitoire MPC (article 2 bis de la NGAP) et d'autre part, avec les majorations de coordination.
- Les consultations complexes et/ou très complexes ne se cumulent pas entre elles et ne sont pas facturables avec une majoration complexe ou très complexe.
- Elles ne peuvent pas être facturées pour un patient hospitalisé.

**- Majoration SGE pour une consultation complexe de prise en charge d'un enfant ou adolescent présentant une scoliose grave évolutive par un rhumatologue, un spécialiste de médecine physique et réadaptation ou un chirurgien**

Lors de la consultation complexe effectuée dans le cadre du parcours de soins coordonné pour un enfant ou un adolescent présentant une scoliose grave évolutive le médecin, réalise l'évaluation initiale et la mise en œuvre de la prise en charge thérapeutique en lien avec le médecin traitant.

A l'issue de la consultation, les conclusions diagnostiques et thérapeutiques sont inscrites dans le dossier médical. Le cas échéant, un retour au médecin traitant désigné pour le suivi de l'enfant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le rhumatologue, le médecin de médecine physique et réadaptation (MPR) ou un chirurgien doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration SGE.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**, pour la première consultation du patient pour scoliose grave évolutive.

**- Majoration MCT pour une consultation complexe de prise en charge de patients cérébro-lésés ou traumatisés médullaires, par un spécialiste de médecine physique et réadaptation, un neurologue ou un pédiatre avec une compétence spécifique en neurologie**

Lors de cette consultation effectuée dans le cadre du parcours de soins coordonné pour un patient présentant des séquelles invalidantes de traumatisme médullaire, des séquelles physiques ou mentales handicapantes d'un traumatisme crânien grave, ou des séquelles handicapantes à 6 mois d'un traumatisme crânien plus léger, le médecin réalise une synthèse des différents bilans réalisés et élabore un projet thérapeutique de rééducation personnalisé et pluridisciplinaire (neuromoteur, cognitif et psycho-comportemental...).

Le cas échéant, un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par un médecin de médecine physique et réadaptation (MPR), un neurologue ou un pédiatre ayant des compétences en neurologie doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MCT.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Le nombre de majorations facturées via le code prestation agrégé **MCX** est de 4 au plus par patient et par an.

Au 28/06/2024, le tarif de MCX est de 47,50 €

**- Majoration SLA pour une consultation complexe de prise en charge d'un patient présentant des séquelles lourdes d'accident vasculaire cérébral, par un neurologue ou un spécialiste de médecine physique et de réadaptation**

La consultation complexe d'un patient présentant, après le traitement initial d'un accident vasculaire cérébral, des séquelles neurologiques invalidantes et nécessitant une prise en charge coordonnée médicale et paramédicale incluant une rééducation active.

Cette consultation se conclut par la réévaluation et l'organisation du suivi du plan de soins et du projet thérapeutique en tenant compte des attentes du patient et de l'évaluation psychosociale des aidants.

A l'issue de la consultation, les conclusions diagnostiques et thérapeutiques sont inscrites dans le dossier médical.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par les neurologues ou les médecins spécialistes de médecine physique et réadaptation doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration SLA.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Le nombre de majorations facturées via le code prestation agrégé **MCX** est de 4 au plus par patient et par an.

## b) Consultations très complexes

Ces consultations très complexes doivent être facturées à tarif opposable. Elles n'ouvrent pas droit aux majorations pédiatriques (article 14.6 de la NGAP) et à la majoration MEG (article 14.7 de la NGAP).

Elles ne sont pas cumulables ni avec la majoration MPC (article 2 bis de la NGAP) ni avec les majorations de coordination mentionnées à l'article 16.2 et à l'annexe 11 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Les consultations complexes et/ou très complexes ne se cumulent pas entre elles et ne sont pas facturables avec une majoration complexe ou très complexe.

Elles ne peuvent pas être facturées pour un patient hospitalisé.

EPH Consultation très complexe 60€, Enfant Pathologie Handicap présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neurosensoriel sévère, au maximum 1 par trimestre par patient, tous secteurs si respect tarif opposable, code de transmission CCE

**- Consultation très complexe de prise en charge d'un enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neurosensoriel sévère nécessitant un suivi régulier par le pédiatre.**

Lors de cette consultation très complexe pour un enfant atteint d'une pathologie chronique grave ou d'un handicap neurosensoriel sévère, le pédiatre :

- réalise le suivi somatique, sensoriel et neuro-psychologique de l'enfant ;
- conseille et informe les parents sur l'évolution de la pathologie ou du handicap de l'enfant et sur le recours à une éventuelle prise en charge spécifique ;
- inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant.

Le cas échéant, un retour au médecin traitant désigné pour le suivi de l'enfant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée. Cette consultation réalisée par le pédiatre doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code consultation EPH.

Afin de facturer la consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est **CCE**.

Une consultation au plus par patient et par trimestre peut être facturée, via le code prestation agrégé **CCE**.

Commentaires sur les consultations complexes et très complexes :

- Il y a aussi une consultation très complexe MPH « dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des personnes avec handicap. Elle est dédiée au remplissage complet du premier certificat médical de la MDPH et au passage de dossier entre l'ancien et le nouveau médecin traitant pour les patients avec un handicap sévère. Mais cela semble surtout concerner les « médecins traitants ».

- Le tarif des consultations « complexes » (47,5 € au 28/06/2024) est un peu meilleur que celui des consultations de références, mais il interdit de facturer un complément d'honoraires. C'est donc peu avantageux.
- L'autorisation de coder l'EPH (CCE = 60 €) est une avancée pour les MPR qui font beaucoup de consultations pour les enfants handicapés, souvent en situation sociale précaire. Mais là aussi, il ne sera pas possible de demander des compléments d'honoraires. Au vu de la durée habituelle de ces consultations, cela restera une activité « de vocation »

## 4. APC

### a) Conditions figurant dans la nouvelle convention

Résumé :

- La définition de l'APC a été vue au chapitre précédent (Parcours de soins, modalités d'intervention du médecin correspondant).
- Le tarif passe à 60 €, contre 56,5 € dans le règlement arbitral.
- En MPR, l'APC n'est pas applicable pour un patient hospitalisé... sauf s'il n'a pas de médecin traitant.

Par ailleurs, dans une logique de gradation de l'expertise rendue il est proposé d'inscrire la possibilité de facturer un APC lorsqu'un patient a besoin d'être vu en consultation physique dans les 3 mois suivant la télé-expertise demandée par le médecin traitant.

Commentaire :

- La téléexpertise peut donc être un moyen de préparer la consultation physique : vérification du dossier, bilan complémentaire à réunir, créneau horaire à prévoir...
- Ceci ne porte pas préjudice à la possibilité de coder un APC lors de la consultation physique.

### b) Conditions figurant dans le texte de la NGAP

Ces conditions, issues des conventions précédentes, n'ont pas été abrogées.

Le médecin consultant ne doit pas avoir reçu le patient dans les 4 mois précédant l'avis ponctuel de consultant et ne doit pas le revoir dans les 4 mois suivants pour la même pathologie.

Le médecin traitant ou le chirurgien-dentiste s'engage par ailleurs à ne pas solliciter, pour un patient donné, un avis ponctuel de consultant de même spécialité et pour la même pathologie, plus d'une fois tous les 4 mois ; dans le cas où il juge nécessaire de solliciter un nouvel avis ponctuel dans ce délai, il en informe dans le même temps le service du contrôle médical. La cotation d'un avis ponctuel de consultant ne s'applique pas aux consultations réalisées dans le cadre de prises en charge protocolisées (soins itératifs) ou de séquences de soins nécessitant l'intervention successive de plusieurs intervenants sans passage par le médecin traitant.

Dérogations

a) Lorsqu'un médecin spécialiste correspondant a besoin d'un bilan complémentaire effectué par un autre professionnel de santé

Dans ces deux cas, les résultats du bilan complémentaire ou des actes techniques devront obligatoirement éclairer l'avis ponctuel du consultant qui devra y faire référence dans ses conclusions transmises au médecin traitant.

c) Lorsqu'un médecin spécialiste correspondant a rendu un avis ponctuel de consultant et que l'état du patient nécessite, pour la même pathologie et avant la fin du délai de 4 mois, une consultation complexe ou très complexe, au sens de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016, il peut facturer celle-ci selon les conditions définies aux articles 15.8 et 15.9 de la NGAP.

Cette disposition ne s'applique pas aux consultations suivantes telles que définies dans la convention aux articles 28.3 et 28.4 : CCP, COE, IGR, EPH, CGP, MSP et CSO.

Commentaires :

- La consultation « de synthèse » reste réalisable après un APC
- On peut demander ou faire un examen complémentaire s'il est à visée diagnostique, pour éclairer l'avis de consultant.
- On peut faire une consultation complexe ou très complexe après un APC, si elle est utile pour éclairer d'avis de consultant.
- L'EPH est exclue de cette dérogation, mais cette consultation a la même valeur qu'un APC, elle n'est pas soumise à la règle d'adressage et peut être répétée.

## 5. Honoraires de surveillance en établissement

### Article 81. La surveillance médicale des patients en établissements

Dans une démarche de simplification, les partenaires conventionnels conviennent que les honoraires de surveillance sont facturables uniquement avec le code de facturation HS d'une valeur de 25 € associé à un coefficient selon le lieu d'hospitalisation du malade et le nombre de jours par rapport au jour d'entrée en hospitalisation. Il ne sera plus possible d'utiliser la lettre clé C associé à un coefficient dans ce cadre de facturation le 1<sup>er</sup> janvier 2026.

Ces coefficients seront modifiés comme suit : 1 à la place de 0,8 ; 0,5 à la place de 0,4 et 0,25 à la place de 0,20 à l'article 20 de la NGAP le 1<sup>er</sup> janvier 2026.

Les partenaires conventionnels conviennent de faire évoluer les règles de la NGAP afin de préciser les règles de facturation des honoraires de surveillance par le médecin assurant la prise en charge du patient.

Le médecin qui facture l'honoraire de surveillance ne peut avoir examiné plus de 30 patients au cours d'une même journée, quel que soit le nombre d'établissement dans lequel il intervient.

Commentaire :

- Revalorisation des honoraires de suivi avec une dégressivité dans le temps et des clauses de limitation.

## 6. Temps clinique associé à actes CCAM

Afin de valoriser le temps clinique et diagnostic réalisé dans le prolongement de certains actes techniques de la CCAM, les partenaires conventionnels s'accordent pour autoriser de nouvelles dérogations de cumul à 100% des honoraires d'une consultation et de ceux des actes CCAM visés en annexe 22 lorsqu'ils sont réalisés dans le même temps le 1 janvier 2026.

Le supplément CCAM pour réalisation d'une colposcopie (YYYY071) est supprimé du Livre II de la Liste des actes au 1<sup>er</sup> janvier 2026.

Ces nouveaux contextes de cumul d'honoraires ne sont possibles que pour une consultation de référence ou coordonnée, facturée à tarif opposable.

La liste de ces actes figure dans l'annexe 22 (page 264) :

- **pour les médecins rhumatologues, les médecins généralistes et les médecins spécialistes en médecine physique et de réadaptation :**
  - l'évacuation de collection articulaire du membre inférieur ou supérieur, par voie transcutanée sans guidage (NZJB001 ou MZJB001) ;
  - la ponction ou cytoponction d'une articulation du membre inférieur ou supérieur, par voie transcutanée sans guidage (NZHB002 ou MZHB002) ;
  - l'injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur ou supérieur, par voie transcutanée sans guidage (NZLB001 ou MZLB001) ;
  - l'infiltration thérapeutique d'articulation vertébrale postérieure, par voie transcutanée sans guidage (LHLB001) ;

Commentaires :

- Le cumul s'applique dans le cadre de la CS, mais aussi de l'APC si elle est licite.
- Mais il ne peut s'effectuer que dans le cadre des tarifs opposables. Il faut donc bien considérer s'il vaut mieux profiter du cumul ou demander un complément d'honoraires.

## B. ACTIVITE TECHNIQUE

Les partenaires conventionnels s'engagent à intégrer dans un **avenant dédié aux seules mesures relatives à la CCAM et ses conséquences la nouvelle nomenclature des actes techniques** issue des travaux du Haut Conseil des Nomenclatures. Les nouveaux tarifs des actes de la classification commune des actes médicaux seront le résultat de l'application stricte de la **nouvelle hiérarchisation des actes et de la réévaluation des coefficients de charges** par spécialité médicale ou famille d'actes.

L'enveloppe consacrée à la CCAM au moment de l'entrée en vigueur des nouveaux tarifs remboursables sera définie selon la projection faite de la taille de cette enveloppe au moment de l'entrée en vigueur de la réforme. **Les partenaires conventionnels décident d'ores-et-déjà de provisionner l'équivalent de 240 millions d'euros supplémentaires** afin de faciliter la mise en œuvre de la future CCAM sur les tarifs.

Les partenaires conventionnels s'accordent pour revaloriser les actes techniques afin de renforcer l'attractivité des spécialités médicales ayant une forte dominante technique. **Sans attendre la révision de la CCAM, ils s'accordent à revaloriser le facteur de conversion monétaire (FC) d'actes techniques de la CCAM en vigueur.** Le facteur de conversion monétaire de ces actes est fixé à **0,455 € à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2025** et à **0,47 € à la date du 1<sup>er</sup> juillet 2025**. Les tarifs revalorisés sont mentionnés en annexe 24. Le tarif du Forfait Sécurité Dermatologie FSD sera fixé à 45 €.

Commentaires :

- Les tarifs de la CCAM sont calculés selon la formule suivante : score travail x coût de la pratique + score travail x facteur de conversion monétaire.
  - Le score travail est déterminé par la hiérarchisation de la CCAM, actuellement en cours de refonte.
  - Le coût de la pratique est déterminé par la CNAM sur la base des taux de charge observés dans la spécialité qui fait le plus de tel ou tel acte (et non d'une projection théorique selon des standards de qualité)
  - Le facteur de conversion monétaire est un élément négocié dans la convention.
- Le facteur de conversion monétaire actuel est de 0,44 €. L'augmentation prévue est donc de 0,015 € au 1<sup>er</sup> janvier 2025 et 0,015 € supplémentaires au 1<sup>er</sup> juillet 2025, soit au total 0,03 € en tout : 6,82 %. Mais cela fera moins en proportion des tarifs globaux. (années 1, article 2, page 4)
- Pour la mise en œuvre de la nouvelle CCAM, la CNAM établit sa projection sur l'enveloppe budgétaire CCAM et non pas sur les tarifs existants. Cela inclura donc l'augmentation probable des volumes et limitera nécessairement l'espace de négociation sur les tarifs.
- L'application stricte de la nouvelle hiérarchisation des actes exclut d'avance toute revendication de type « pas d'acte perdant » comme cela avait été le cas avec la première CCAM en 2005. Si le nouveau scorage fait apparaître des actes « gagnants », il y aura forcément des actes perdants. Au stade actuel, il est impossible de savoir lesquels.

## C. TELECONSULTATION

### 1. Définition

Consultation à distance réalisée entre un médecin, dit « téléconsultant », quel que soit son secteur d'exercice et sa spécialité médicale, et un patient ce dernier pouvant, le cas échéant, être assisté par un autre professionnel de santé.

L'opportunité du recours à la téléconsultation est appréciée au cas par cas par le médecin.

3 principes :

- Respect du parcours de soins coordonné : « les patients doivent être orientés initialement par leur médecin traitant ».
- Alternance des soins en présentiel et en téléconsultation
- Respect de la territorialité

## 2. Exceptions au parcours de soins

Les patients relevant des situations suivantes sont exonérés du respect du parcours de soins coordonné :

- patients âgés de moins de 16 ans ;
- patients recourant à une spécialité en accès direct spécifique ;
- patients ne disposant pas de médecin traitant désigné ou dont le médecin traitant n'est pas disponible dans le délai compatible avec leur état de santé ;

- patients en situation d'urgence, telle que définie au 2° de l'article R. 160-6 du code de la sécurité sociale ;
- patients résidant en établissement pour personnes âgées dépendantes ou établissements accueillant ou accompagnant des personnes adultes handicapées, souvent éloignées de leur domicile initial ;
- patients écroués.

Dans ces situations, le recours aux téléconsultations doit être organisé dans un cadre territorial par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), équipes de soins primaires (ESP), équipes de soins spécialisés (ESS), maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) du territoire ou une organisation territoriale de téléconsultation validée et référencée par la CPL.

L'exigence du respect du principe de territorialité pour recourir à la téléconsultation ne s'applique pas :

- Pour les patients résidant dans les zones d'intervention prioritaire (ZIP) ;
- En l'absence d'organisation territoriale de télé médecine telle que prévue au X ;
- Pour les téléconsultations de médecine générale, pour les patients n'ayant pas de médecin traitant désigné.

Ces conditions sont cumulatives.

## 3. Encadrement de la pratique

Les partenaires conventionnels s'accordent pour considérer un seuil maximal d'actes réalisés en téléconsultation à hauteur de 20% du volume d'activité globale conventionnée du médecin, sur une année civile. Pour les psychiatres, ce seuil est porté à 40%.

## 4. Conditions techniques

Les médecins souhaitant recourir aux téléconsultations doivent utiliser les services numériques en santé disposant d'un certificat de conformité lorsque celui-ci est requis, tel que prévu par l'article L. 1470-6 du code de la santé publique. Ils doivent en outre se référer à la charte de bonnes pratiques de la téléconsultation, ainsi qu'aux différents référentiels, cahiers des charges, recommandations, encadrant ces conditions de réalisation émanant des autorités ou opérateurs sanitaires ou d'autres autorités publiques.

## 5. Facturation

Article 14.9.3 de la NGAM, page 36

La téléconsultation est facturable, avec le code TCG, par les médecins téléconsultants généralistes ou spécialistes de médecine générale en secteur à honoraires opposables ou en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants de la convention nationale précitée et en secteur à honoraires différents et non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée lorsqu'ils respectent les tarifs opposables.

La téléconsultation est facturable, avec le code TCS, par les médecins téléconsultants hors généralistes et hors spécialistes de médecine générale en secteur à honoraires opposables ou en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants de la convention nationale précitée et en secteur à honoraires différents et non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée lorsqu'ils respectent les tarifs opposables.

La téléconsultation est facturable, avec le code TC, par les médecins téléconsultants généralistes ou spécialistes non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée lorsqu'ils ne respectent pas les tarifs opposables.

Les actes respectivement nommés TCG, TCS et TC ne sont pas facturables avec les majorations MPC, MGM et MCS. Ces actes ouvrent droit aux autres majorations applicables à une consultation de référence ou coordonnée définie à l'article 28.1 et 28.2 de la Convention médicale précitée.

Ces actes peuvent être facturés pour un patient hospitalisé.

Tarifs novembre 2023 :

- TCS : 30 €
- TC : 23 €

Commentaires :

- Les différentes conditions visent à exclure les plateformes commerciales : parcours de soins, territorialité, alternance avec des consultations physiques, limite quantifiée au sein de la pratique, utilisation d'outils agréés.
- En pratique, le médecin MPR peut décider de faire une téléconsultation pour un patient que lui a adressé le médecin traitant, à quel que soit le stade du parcours de soins. La téléconsultation peut donc précéder une consultation physique (réponse à une question simple, consultation de débrouillage) ou être réalisée au décours de celle-ci (rendu d'examen complémentaires, suivi évolutif ne nécessitant pas d'examen physique, réponse à des questions complémentaires...).

## D. TELEEXPERTISE

La télé-expertise est définie comme suit (article 14.9.4 de la NGAP) « l'expertise sollicitée par un professionnel de santé dit « requérant » et donnée par un médecin dit « médecin requis », en raison de sa formation ou de sa compétence particulière, sur la base d'informations ou d'éléments médicaux liés à la prise en charge d'un patient, et ce, hors de la présence de ce dernier. »

Le recours à la téléexpertise est apprécié au cas par cas par le professionnel de santé requérant. L'opportunité de sa réalisation relève de la responsabilité du médecin requis.

L'équipement doit être adapté à l'usage de la téléexpertise avec une couverture des services nécessaires (images, photographies, tracés, etc).

Les échanges dans le cadre de la téléexpertise entre le professionnel de santé requérant et le médecin requis doivent s'appuyer sur le recours à une **Messagerie Sécurisée de Santé**.

La tarification est uniformément fixée à 23 euros

Commentaires :

- Le requérant doit être un « professionnel de santé ». On ne précise pas qu'il doit être le médecin traitant. Cela autorise des parcours impliquant différents types de médecins, mais aussi des professionnels paramédicaux : IPA, kinésithérapeutes, etc. Cela ouvre donc des perspectives pour l'organisation des ESS.
- La téléexpertise ne requiert pas la présence du patient comme en téléconsultation. C'est un travail sur dossier et/ou documents.
- Une consultation physique peut être codée APC dans les trois mois suivant une téléexpertise.
- La téléexpertise peut donc être un bon moyen d'optimiser le planning des consultations : vérification de la pertinence des demandes, préparation du dossier avec les examens complémentaires de base requis... De même, elle peut être utile au suivi, par exemple : retour de bilans par les kinés et autres acteurs.

## VII. Majorations et forfaits

### A. PERSONNES HANDICAPEES

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

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

Commentaire :

- Ouvrir une majoration applicable à tout acte pour la prise en charge des personnes handicapées était une demande forte du SYFMER et d'AVENIR SPE.
- Il faudra l'appuyer à nouveau en 2025.

### B. INSTALLATION EN ZONE PRIORITAIRE

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

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

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

Résumé complémentaire :

- Même chose dans un territoire en tension, mais seulement 5000 €
- Installation « ex nihilo » d'un cabinet secondaire en zone sous-dense : 3000 € et éligibilité à l'aide à l'emploi d'un assistant médical
- Il faut être S1 ou OPTAM

## C. CONSULTATIONS AVANCEES :

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

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

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

Commentaire :

- La question peut se poser de chercher à bénéficier d'une aide ou de conserver sa liberté d'honoraires...
- Un cabinet secondaire n'est pas une « consultation avancée »

## D. COOPERATION AVEC IPA

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

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

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

Commentaires :

- C'est une incitation à faire sous-traiter une partie du travail médical par une ou des infirmières de pratiques avancées. Les cardiologues sont à la pointe de cette demande.
- Le but est de permettre de voir plus de patients.

## E. ASSISTANTS MEDICAUX

### Résumé :

- Afin de favoriser le travail aidé des médecins pour accroître leur capacité à prendre en charge leurs patients et améliorer les conditions d'accueil et de suivi de ces derniers, l'Assurance maladie verse dans les conditions prévues à la présente section une aide conventionnelle financière aux médecins pour l'emploi d'un assistant médical...
- Le médecin a le choix de recruter directement l'assistant médical ou auprès d'une structure organisée en groupement d'employeurs
- Toutes les spécialités sont éligibles à l'aide conventionnelle, à l'exception des radiologues, radiothérapeutes, stomatologues, anesthésistes, médecins anatomo-cytopathologistes, médecins nucléaires.
- Le bénéfice de l'aide conventionnelle est réservé aux médecins de secteur 1 et aux médecins de secteur 2 ayant souscrit à l'OPTAM ou à l'OPTAM-ACO.
- Un seuil minimal de patients est requis pour bénéficier du contrat. Ce seuil est fixé au 30 percentile de la distribution nationale des patientèles pour chaque spécialité médicale éligible au 31 décembre 2021 pour la durée de la convention.
- Des exceptions ont prévues pour les primo-installés qui ont une patientèle inférieure au 50<sup>e</sup> percentile de la distribution nationale de leur spécialité et aux médecins RQTH.
- Le montant des aides varie selon les besoins et les objectifs, de 0,5 à 2 « équivalents temps-pleins ». A titre d'exemple, pour 1 ETP, c'est 38 000 € la première année, 28 000 € l'année suivante, 22 000 € la troisième année et les suivantes... si les objectifs sont remplis.

### Commentaires :

- On considère que l'augmentation de l'activité contribuera à auto-financer l'assistant médical...
- On peut former un personnel existant pour en faire un assistant médical. Mais cela coûte cher et mobilise du temps. En outre, il ne sera pas possible « d'upgrader » son poste à nombre de personnels constant. Elle devra quitter son poste et il faudra embaucher une nouvelle secrétaire pour la remplacer... Il n'y a donc aucun bonus possible pour ceux qui faisaient déjà l'effort de payer des aides.
- Il y a donc un risque d'être pris dans une spirale de charges et d'obligations.
- Le dispositif convient surtout à ceux qui étaient en insuffisance de personnel et souhaitent augmenter leur activité et leur équipe. La venue d'un nouvel associé peut être une bonne opportunité de profiter de ce dispositif.

## VIII. Pertinence et sobriété

Partie 6 – page 101

### A. ARTICLE 61 – LES 15 PROGRAMMES DE PERTINENCE

Champ	Programme	Ambition	Objectif
Indemnités journalières	Prescriptions d'arrêts de travail	Accroître la pertinence des prescriptions d'arrêts de travail et ralentir l'évolution du nombre de jours d'arrêts de travail indemnisés	Accroître la pertinence des prescriptions et ralentir l'évolution du nombre de jours d'arrêts de travail de 2% par an
Produits de santé	Antibiorésistance	Lutter contre l'antibiorésistance en diminuant la prescription d'antibiotiques, pour rejoindre la moyenne européenne dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention des infections et de l'antibiorésistance 2022-2025	Diminuer de 25% en 2027 et de 10% dès 2025 le volume d'antibiotiques
	Polymédication	Au vu du risque iatrogénique, diminuer le nombre de patients polymédiqués en s'appuyant autant que de besoin sur une collaboration pharmacien-médecin, avec une attention spécifique aux patients hyper-polymédiqués	Diminuer respectivement de 4 et 2 molécules, le traitement chronique des patients hyperpolymédiqués et des patients polymédiqués de 65 ans et plus
	ITR et durées de traitement recommandées	Augmenter la part de prescriptions médicales dans les ITR et les durées de traitement recommandées par la HAS, en utilisant les outils d'accompagnement à la prescription de l'Assurance maladie pour quelques molécules identifiées ; accompagner prioritairement la conformité de la prescription des AGLP-1	Viser 80% de prescriptions conformes (NR/ou ITR) et l'atteindre sur quelques molécules prioritaires en utilisant les outils d'accompagnement renforcé à la prescription de l'Assurance maladie
	Biosimilaires	Favoriser le développement des biosimilaires en primo-prescriptions, et au moment du renouvellement par les spécialistes libéraux ; cibler en particulier la pénétration des biosimilaires prescrits en ophtalmologie (traitement de la DMLA), ainsi qu'en gastroentérologie, rhumatologie et dermatologie (anti-TNF)	Atteindre un taux de pénétration de 80% de biosimilaires
	Analgésiques	Compte tenu des risques liés à la consommation d'opioïdes, limiter le recours aux analgésiques de niveau 2 à risque de dépendance, notamment en recourant à l'ordonnance sécurisée pour le tramadol	Diminuer de 10 % les volumes d'analgésiques de palier 2 prescrits et délivrés
	Dispositifs médicaux du quotidien	Renforcer la pertinence de la prescription et de la dispensation des dispositifs médicaux dits « du quotidien », pour lesquels un gaspillage économique et écologique est établi (bandelettes glycémiques, compléments	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

		nutritionnels oraux et pansements post-chirurgie)	
	<b>Orthèses d'avancées mandibulaires</b>	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
	<b>Inhibiteurs de la pompe à protons</b>	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
<b>Autres</b>	<b>Actes d'imagerie</b>	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
	<b>Actes infirmiers</b>	Accompagner la qualité des prescriptions des actes infirmiers et la validation systématique des BSI	Réduire de 25 % les rejets et indus
	<b>Transports sanitaires</b>	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
	<b>Examens biologiques</b>	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
	<b>Ordonnance bizonne</b>	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]
	<b>Dépistages précoces</b>	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 %

Remarque : la « régularisation » a posteriori des « bons de transport » est interdite.

## IX. Pratiques tarifaires excessives

L'appréciation du caractère excessif de la pratique tarifaire d'un médecin exerçant en secteur à honoraires différents ou titulaire du droit à dépassement permanent s'effectue au regard de tout ou partie des critères suivants :

- le rapport entre la somme des honoraires facturés aux assurés sociaux au-delà du tarif opposable et la somme des tarifs opposables des soins délivrés par le médecin (taux de dépassement) ;
- le taux de croissance annuel du rapport ci-dessus ;
- la fréquence des actes avec dépassements et la variabilité des honoraires pratiqués.

Cette appréciation tient compte par ailleurs de la fréquence des actes par patient, du profil et du volume global de l'activité médecin ainsi que du lieu d'implantation du cabinet et de la spécialité. Elle tient également compte des niveaux d'expertise et de compétence.

Commentaires :

- Ces dispositions existaient déjà dans les textes. Pour l'instant, elles ne sont pas quantifiées. Mais dès à présent, le calcul des « moyennes régionales » se fait sur des compléments d'honoraires ne dépassant pas 100 % du tarif opposable.