



# Convention médicale 2024

Analyse critique et mode d'emploi pour les MPR

22/07/2024

Georges de Korvin<sup>α</sup>, Jean-Pascal Devailly<sup>αα</sup>, Patrick Gasser<sup>ααα</sup>

<sup>α</sup> Président honoraire du SYFMER

<sup>αα</sup> Président du SYFMER

<sup>ααα</sup> Président d'AVENIR SPE et co-président de l'union AVENIR SPE – LE BLOC

## I. INTRODUCTION

La nouvelle convention 2024 est le résultat d'un long parcours d'une négociation qui a d'abord été retardée par la volonté du pouvoir politique, puis par le refus unanime du premier texte que voulait imposer la Caisse en février 2023 car elle conditionnait toute augmentation tarifaire à un engagement individuel à voir plus de patients et assurer la couverture territoriale.

Il se sera donc écoulé huit ans entre la convention précédente de 2016 et celle de juin 2024. Toutes les revendications des spécialistes n'ont pas été satisfaites, en particulier la transformation de l'Avis Ponctuel de Consultant en Avis d'Expertise Spécialisée, applicable toutes les premières fois pour une nouvelle pathologie. La version proposée par la CNAM au début de 2024 élargissait l'adressage à tous types de spécialistes, mais la levée de bouclier des syndicats dominés par les généralistes a eu raison de cette velléité d'assouplissement.

Forte de ses 40 % de représentativité aux élections URPS de 2021, l'union AVENIR SPE – LE BLOC était en mesure, non seulement de voter contre cette convention, mais aussi d'y faire obstacle. Cela n'a pas été le cas pour deux raisons : l'absence de convention mettrait les médecins à la merci totale du pouvoir politique, se placer hors de la convention nous exclurait des négociations à venir, non seulement sur l'application de la nouvelle CCAM en 2025, mais aussi sur un certain nombre de points restés en suspens.

Dans un article mis en ligne sur le site du SYFMER, nous avons rassemblé les points concernant au plus près la MPR. Dans celui-ci, nous allons non seulement résumer ces points, mais aussi indiquer les choix possibles en matière de gestion de l'OPTAM et de codage des actes, enfin résumer les pistes de revendications à pousser dans les négociations qui vont se poursuivre dès le mois de septembre prochain.

**Ce document à visée pédagogique ne saurait engager la responsabilité des auteurs en cas d'erreur de reproduction ou d'interprétation, les seuls textes légaux de référence étant ceux de la convention de 2024 et de la NGAP tels qu'ils ont été publiés sur le site ameli.fr.**

## II. L'APPLICATION DE LA CONVENTION

La convention médicale est habituellement conclue pour cinq ans. Comme nous l'avons dit en introduction, les pouvoirs publics n'ont pas hésité à allonger ce délai et pour la présente convention,

il est prévu une renégociation en septembre 2025 à propos de la mise en place de la nouvelle CCAM, de ses conséquences sur l'OPTAM et de l'impact des mesures collectives mises en œuvre pour améliorer la pertinence, la sobriété et l'accès aux soins. Des groupes de travail seront probablement mis en place bien avant.

L'adhésion à la convention est individuelle, même si l'on exerce au sein d'un groupe de praticiens. Cela concerne les médecins libéraux, les praticiens hospitaliers qui ont une activité libérale et les libéraux exerçant dans un établissement de santé privé. Sont exclus du champ d'application de la convention les collaborateurs salariés des médecins libéraux (cas rare en MPR, les médecins remplaçants exclusifs, les assistants et les adjoints, les médecins salariés exclusifs en établissement de santé public ou privé, les médecins exerçant uniquement une activité libérale dans le cadre d'un contrat d'exercice libéral conclu avec un établissement santé répondant à des conditions spécifiques (voir le texte)).

Deux situations sont les plus fréquentes :

- **Le remplaçant « classique »**, jeune MPR qui ne s'est pas encore installé en libéral. Il déclare son activité à la CPAM. Il lui est attribué une carte professionnelle CPS qui permet une télétransmission des actes différenciable de l'activité du remplacé. Il applique les conditions du secteur d'exercice du remplacé : secteur 1 ou 2, OPTAM éventuel. Rappelons que le médecin remplacé ne peut pas avoir d'activité libérale concomitante durant le remplacement. Le remplacement s'effectue par journées indivisibles.
- **Le collaborateur libéral**. C'est un bon moyen pour débiter une activité libérale ou achever en douceur une fin de carrière. Le collaborateur n'a pas à investir de fonds dans le cabinet qui reste l'entière propriété du titulaire. Il a une activité autonome qui peut être concomitante de celle du titulaire à qui il verse seulement une redevance sur la base de son chiffre d'affaires réalisées. Il n'a pas de responsabilité dans la gestion du cabinet. Il peut se constituer une patientèle propre. Il doit adhérer en son nom propre à la convention et choisir son secteur d'exercice. Ceci est considéré comme une première installation, ce qui est une limite importante de la formule ; un jeune MPR en attente d'un poste d'assistant ou de chef de clinique, donc non éligible au secteur 2, ne peut pas effectuer une collaboration, obligatoirement en secteur 1, démissionner pour faire son clinicat ou son assistanat, puis se réinstaller en secteur 2.

A contrario, la pratique d'une activité libérale en tant que praticien hospitalier n'est pas considérée comme une « première installation » en libéral et n'obère pas le futur. Tout cela est déconcertant, mais il faut s'en accommoder.

Une sortie de la convention peut être imposée par la Caisse pour des fautes imputées, ou bien volontaire, ce qui est une tendance encore minoritaire mais croissante, surtout chez les généralistes. Dans ce cas, il faut attendre deux ans pour avoir le droit de réintégrer la convention. Les médecins en secteur 2 n'ont aucun intérêt à le faire car les remboursements accordés aux patients des médecins non conventionnés sont quasiment nuls.

### III. LE SECTEUR D'EXERCICE

#### A. Le secteur 2

Les fondamentaux ne changent pas. Le secteur d'exercice par défaut est le secteur 1 à honoraires opposables. Le secteur 2 ne peut être demandé qu'à la première installation. Pour y avoir droit, il faut avoir effectué un certain parcours en post-internat. L'année de docteur junior compte comme une année d'assistanat des hôpitaux. On n'a donc plus à faire qu'une année d'assistanat supplémentaire, en CHU ou en CH non universitaire. En revanche, le contrat de clinicat est toujours de deux ans, non divisibles. Ceux qui alternent un parcours en CH et en ESPIC ont un droit automatique au secteur 2 à la condition que leur affectation en ESPIC a été décidée par l'autorité hospitalière. Sinon, il faut passer par une procédure de demande d'équivalence qui fait intervenir la CPAM, la CNAM et le CNOM. Il peut être utile de se faire accompagner d'un confrère syndicaliste.

Le droit au secteur 2 s'applique aussi aux médecins des armées et aux praticiens hospitaliers sans clause de durée d'exercice si l'exercice public est à temps plein. Pour ceux qui sont PH à temps partiel, le droit au secteur 2 s'acquiert au bout de cinq ans.

La convention de 2011 avait ouvert aux médecins de secteur 1 et disposant des titres nécessaires, d'accéder à l'OPTAM. Cette porte s'est rapidement refermée puisqu'elle ne concerne plus que les médecins installés avant 2013.

L'inconvénient du secteur 2 est principalement d'imposer des charges sociales et de retraite plus lourdes. Si les compléments d'honoraires sont appliqués avec tact et mesure, on peut dire qu'il n'y a plus d'impact négatif auprès de la patientèle qui s'est habituée à voir les médecins spécialistes exercer en secteur 2. Du fait du caractère irrévocable à vie de l'exercice en secteur 1, il faut savoir payer plus de charges pour assurer sa liberté.

## B. L'OPTAM

L'OPTAM est un contrat volontaire et révocable imaginé par la Caisse pour stopper l'évolution des compléments d'honoraires. Il comporte deux engagements : l'un sur le taux annuel des dépassements d'honoraires, l'autre sur le ratio entre l'activité à honoraires opposables versus l'activité totale. La Caisse applique des éléments correcteurs à ces calculs pour prendre en compte la différence des cotations possibles en secteur 1 et secteur 2. En pratique, il faut distinguer deux situations.

- **Soit le médecin a déjà exercé en secteur 2.** Le choix de l'OPTAM revient à geler les compléments d'honoraires et le ration d'activité opposable tels qu'ils ont été pratiqués sur les trois années précédentes. Si l'on a atteint des ratios assez généreux, cela peut être avantageux, mais il faudra faire attention à ne pas laisser baisser ces taux au fil des années.
- **Soit le médecin est un nouvel installé ou un nouveau venu dans le secteur 2 grâce à la passerelle transitoire** pour les médecins installés avant 2013. Dans ce cas, la Caisse lui applique des taux d'engagement régionaux en fonction des moyennes observées dans sa spécialité. En fait, ces moyennes sont tirées vers le bas car on ne prend pas en compte les praticiens dont la moyenne des compléments d'honoraires est supérieure à 100 % du tarif opposable. La nouvelle convention s'appuie sur les années de référence 2022 et 2023. L'année 2021 a été écartée à cause des perturbations liées à l'épidémie de COVID.

L'OPTAM de groupe permet de mutualiser les droits à l'OPTAM au sein d'un groupe de praticiens. Dans ce cas, la Caisse applique la moyenne des taux d'engagements à l'ensemble des médecins du groupe. En cas de disparité, il y a nécessairement des gagnants et des perdants, mais pour la patientèle, la lisibilité est améliorée et le fonctionnement du groupe peut être rendu plus harmonieux. En cas de nouvel entrant, la moyenne intègre les taux régionaux qui s'appliqueraient au nouvel entrant s'il s'installait seul.

L'OPTAM offre plusieurs avantages :

- Un meilleur remboursement par les Caisses en autorisant d'appliquer les cotations du secteur 1
- Un remboursement intégral par les mutuelles dans le cadre des « contrats santé responsables », ce qui rend les compléments d'honoraires transparents pour les patients
- Des avantages sociaux sur la part d'activité effectuée à tarif opposable
- Une prime calculée sur la part d'activité effectuée à tarif opposable. Cette prime est réduite en cas d'écart de 1 à 5 points par rapport aux engagements, elle est annulée au-delà de 5 points.

Certains jeunes installés choisissent le secteur 2 et l'OPTAM, mais ne demandent pas de compléments d'honoraires ou très peu, par timidité et manque de culture de la gestion libérale. C'est une grossière erreur de stratégie. A la convention suivante, leurs taux d'engagements seront recalculés sur la base des compléments d'honoraires effectivement facturés. Ils risquent de se

retrouver bien en deçà de ce à quoi ils avaient droit initialement. Chaque convention exerce un effet de cliquet sur lequel on ne peut pas revenir.

Si cela paraît possible au vu des conditions régionales, l'idéal est de s'inscrire en secteur 2 sans OPTAM au début, d'augmenter progressivement ses compléments d'honoraires en fonction de la patientèle, puis au bout de trois ans, si l'on a l'impression d'avoir atteint un plateau, de passer à l'OPTAM. Il faut alors se maintenir à la limite autorisée, voire un peu plus, quitte à perdre de la prime d'engagement.

La sortie de l'OPTAM, volontaire ou non, conduit au retour au secteur d'origine, généralement le secteur 2. Jusqu'à présent, la Caisse n'a pas cherché à exclure des médecins de l'OPTAM dont elle veut pouvoir vanter l'attractivité. Mais cela pourrait évoluer avec la signature de la nouvelle convention. La limite de 5 % de dépassement des taux d'engagement pourrait être le seuil de déclenchement d'une telle exclusion. Entre 0 et 5 %, la prime de respect des engagements est réduite de manière progressive. La sortie de l'OPTAM impose d'attendre la signature de la convention suivante pour permettre un retour éventuel à cette option.

On verra plus loin qu'un certain nombre d'avancées tarifaires sont conditionnées par la pratique d'un tarif opposable : la majoration d'urgence MTU, les consultations complexes et très complexes, en particulier la consultation complexe EPH pour enfant handicapé. Nous ferons quelques suggestions sur la manière de gérer ces cotations pour optimiser l'OPTAM.

Les augmentations portant sur les tarifs opposables sont partiellement défalquées de l'espace de liberté tarifaire. En réalité, les « gains » sont partagés : si le médecin respectait strictement ses engagements, il peut augmenter ses compléments d'honoraires de 60 % de l'augmentation tarifaire. En cas d'écart de 1 à 5 points, ce pourcentage tombe à 40 % et il devient nul au-delà de 5 points d'écart par rapport aux engagements.

### **C. Les compléments d'honoraires en secteur 1**

Les possibilités existent mais sont très réduites. Ce sont les scories d'anciennes conventions et il n'y a pas eu d'éléments nouveaux en la matière.

Le « Dépassement pour exigence particulière » (DE) est lié à une exigence de temps et de lieu du patient indépendante d'un motif médical. Par exemple, consulter à une heure indue ou dans un endroit particulier pour de simples raisons de convenance. Autant dire que ce n'est pas fréquent avec une patientèle « standard ».

Le « Dépassement autorisé plafonné pour les soins non coordonnés » (DA) est applicable à un patient qui n'a pas respecté les règles du parcours de soins, c'est-à-dire le passage par le médecin traitant. Il ne peut s'appliquer aux patients bénéficiant de la complémentaire santé solidaire. Le montant facturé ne peut dépasser 17,5 % de la valeur applicable dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés (APC ou CS + majorations, consultations complexes...). Sur l'année, le taux d'activité réalisé à tarif opposable doit être d'au moins 70 %. Il ne peut donc pas s'agir d'une pratique dominante.

## **IV. LE PARCOURS DE SOINS**

### **A. Le schéma général**

La convention de 1997 instaura le « médecin référent », celle de 2005 le « médecin traitant ». L'époque était encore à une abondance de l'offre médicale, mais la raréfaction de l'offre, tant de médecins généralistes que de médecins spécialistes n'a pas remis en cause le dogme d'un « parcours de soins » mettant au centre du système non pas les besoins du patient, mais le médecin généraliste traitant à qui sont conférés tous les pouvoirs : premier recours dans le suivi des patients et l'organisation des intervenants de second recours, diagnostic, traitement et suivi, prévention, dépistage, éducation, autonomisation, développement des compétences des patients ; suivi au long cours des pathologies chroniques ; coordination et synthèse, limitation du recours aux hospitalisations inutiles, facilitation du retour à domicile ; tenue du dossier médical partagé... Le médecin traitant est chargé d'orienter les patients vers les correspondants en informant ceux-ci du

délai souhaitable de prise en charge (!), de rédiger le protocole de soins au vu des propositions des correspondants, de participer à la prise en charge, de veiller au suivi, de se prononcer sur l'ALD. Il doit accompagner le patient dans sa réinsertion professionnelle en lien avec la médecine du travail et l'assurance maladie. Il doit contribuer aux actions de prévention, de dépistage et de promotion de la santé. Toutes ces missions sont rémunérées.

Dans le parcours de soins coordonné, le médecin correspondant est présenté comme un prestataire de service sous-traitant les demandes du médecin traitant : il doit répondre aux sollicitations du médecin traitant et recevoir les patients adressés dans des délais compatibles avec leur état de santé ; il intervient en lien avec le médecin traitant sur le suivi du patient et l'élaboration du projet de soins ; il doit tenir informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de ses constatations, participer à la prévention et à l'éducation pour la santé (mais c'est généralement le médecin traitant qui est rémunéré pour cela) ; intervenir en coopération avec les établissements de santé et contribuer à la prévention des hospitalisations inutiles et coûteuses (mais ce rôle n'est guère valorisé).

En résumé, le vrai responsable du patient est le médecin traitant, le correspondant n'effectue que des gestes techniques ou donne un avis ponctuel qu'il appartient au médecin traitant de mettre en œuvre.

## **B. La contre-productivité de ce dogmatisme**

Il ne s'agit pas ici de dénigrer le travail effectué par les médecins généralistes. Mais il faut reconnaître que ce schéma est inapproprié à une gestion souple et optimale de la demande des patients. Cela ne gêne guère les chirurgiens et certaines spécialités pour qui la consultation n'est que le prélude à un geste unique au bloc opératoire. Mais c'est une vraie entrave pour la MPR qui doit gérer des évaluations multidisciplinaires, qui intervient souvent à la demande de correspondants spécialisés, parfois de professionnels paramédicaux et qui doit gérer des programmes de prise en charge spécialisée mêlant gestes techniques, interventions confiées à divers professionnels et nécessitant des évaluations itératives.

En outre, à une époque où l'offre médicale est rare, où les ressources financières de l'Assurance maladie sont limitées, on se demande quelle est la rationalité de multiplier les consultations purement formelles chez le médecin traitant, alors qu'on en vient à autoriser un libre accès à des paramédicaux. Pourquoi un patient souffrant d'une lombosciatique, averti des signes de complications, ne pourrait-il pas consulter directement le médecin MPR qui le connaît si de tels signes apparaissent ? Pourquoi un patient opéré devrait-il d'abord voir son médecin généraliste avant de voir le médecin MPR qui coordonne le suivi post-opératoire à la demande du chirurgien ?

En 2024, qui a encore besoin de passages obligés pour s'assurer une activité suffisante ? Est-ce le signe d'une nécessité authentique ?

## **V. LE CODAGE DES CONSULTATIONS**

### **A. L'avis ponctuel de consultant (APC)**

Malgré les efforts des syndicats de spécialistes, la définition de l'avis ponctuel de consultant n'a pas changé. C'est une consultation faite sur adressage du médecin traitant ou d'un médecin généraliste du même cabinet. L'adressage doit être « explicite » sans obligation d'être écrit. Dans le courrier au médecin traitant, il faut donc faire état de cet adressage : « je vous remercie de m'avoir adressé... ».

Le patient ne doit pas avoir été vu par le spécialiste dans les quatre mois précédents et il ne devra pas être revu dans les 4 mois pour la même pathologie. Néanmoins, une téléexpertise demandée par le médecin traitant peut précéder de trois mois la consultation physique. Celle-ci devient un moyen (rémunéré) de préparer l'APC sans y porter préjudice.

Le spécialiste doit transmettre ses conclusions au médecin généraliste qui est chargé de mettre en œuvre les préconisations. « 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.* » Sur le plan juridique, la formulation de la lettre au médecin traitant peut avoir beaucoup d'importance en cas de litige.

Cela n'est pas évoqué dans le texte conventionnel, mais figure dans le texte de la NGAP et s'applique toujours : pour étayer son avis ponctuel, le correspondant spécialiste peut demander un « *bilan complémentaire effectué par un autre professionnel de santé* » et peut réaliser une « consultation de synthèse » facturée CS. Il peut aussi réaliser « *les actes techniques strictement nécessaires à l'établissement de son diagnostic* », facturés en codes CCAM, mais il ne peut alors pas facturer de CS de synthèse. Ce dispositif est évidemment très favorable aux spécialités chirurgicales ou très techniques, mais très limitant pour les spécialités cliniques, en particulier les MPR. A noter que l'on peut faire une consultation complexe ou très complexe après un APC si elle est utile pour éclairer un avis ponctuel de consultant. L'EPH est exclue de cette dérogation.

## **B. La consultation de référence**

C'est le code qui s'applique par défaut. Sa définition est kafkaïenne car elle indique « *le suivi de pathologies chroniques stables, la prise en charge de pathologies aiguës ne présentant pas de critère de sévérité ou les recours non liés au traitement d'une affection évolutive* ». Bref, la consultation d'un patient qui se porte bien ! Or on a vu que l'APC ne s'appliquait pas aux patients pour lesquels un suivi spécialisé était nécessaire...

Quoiqu'il en soit, la MPR a bénéficié d'une tarification majorée qui portera en deux temps la consultation de référence CS à 35 €, à laquelle pourra s'ajouter une majoration de coordination MCS de 5 € si une lettre (éventuellement numérique) est adressée au médecin traitant. Cela fera un total de 40 €. Le médecin spécialiste n'a pas à apporter la preuve de l'existence d'un médecin traitant pour pouvoir appliquer MCS. Cette tarification est réservée aux médecins en secteur 1, aux secteur 2 OPTAM ; et aux secteur 2 sans OPTAM, mais à condition pour ces derniers d'appliquer les tarifs opposables. Sinon, les secteurs 2 sans OPTAM n'ont droit de coter que C = 23 €, sans MCS possible.

On pourra aussi y ajouter d'autres majorations (MTA, MCU, MCX, MTX) selon les conditions d'éligibilité décrites plus loin.

Ces consultations ne sont pas soumises aux contraintes du parcours de soin comme l'APC. Mais beaucoup de majorations imposent la pratique d'un tarif opposable.

## **C. Les majorations**

**La majoration provisoire du spécialiste MPC** (3.50 €) a été intégrée à la consultation de référence et n'a plus lieu d'être codée. On a vu que seule la MCS restait applicable, sous réserve d'écrire au médecin traitant.

**La majoration Correspondant Urgence MCU** (15 €) impose actuellement de voir le patient dans les 72 heures suivant la demande. A compter du 01/07/2026, elle sera applicable si le patient est vu dans les quatre jours ouvrés suivant la sollicitation du médecin traitant, d'un médecin urgentiste ou d'un médecin régulateur du Centre 15. Elle n'est pas cumulable avec d'autres majorations et impose la pratique des tarifs opposables.

**La majoration pour prescription d'un grand appareillage figurant sur une liste spécifique MTA** (voir annexe) ne change pas. Elle vaut 23 €, peut s'ajouter à la MCS, ce qui fera un total de 63 €. Elle n'est pas soumise au parcours de soins et autorise des compléments d'honoraires. Attention : elle ne s'applique pas aux chaussures orthopédiques.

## **D. Les majorations et consultations à valeur ajoutée**

La nouvelle convention n'en parle pas, mais les dispositions contenues dans le texte de la NGAP restent en vigueur.

Les majorations et les consultations complexes et très complexes ont été créées en 2016 dans le cadre d'une politique qui visait à valoriser de manière sélective des situations particulières. Cette valorisation a eu comme pendant un certain nombre de limitations :

- Ces consultations complexes sont facturables uniquement pour les médecins installés en secteur 1 ou en secteur 2 OPTAM.
- 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.

Pour les MPR, on peut retenir les éléments suivants :

- *Majoration SGE pour une consultation complexe de prise en charge d'un enfant ou adolescent présentant une scoliose grave évolutive.* La feuille de soins inscrit le code MCX pour la première consultation du patient pour scoliose grave évolutive. Tarif : 16 € s'ajoutant à la consultation de référence de 30 €, soit 46 €, ce qui reste inchangé.
- *La majoration MCT pour consultation complexe de prise en charge de patients cérébrolésés ou blessés médullaires.* Le code pour la feuille de soins est MCX. Tarif : actuellement 47,5 €, passera à 56 € quand CS + MCS sera à 40 €
- *La majoration SLA pour consultation complexe de prise en charge d'un patient présentant des séquelles lourdes d'un accident vasculaire cérébral.* Le code pour la feuille de soins est MCX. Tarif : actuellement 47,5 €, passera à 56 € quand CS + MCS sera à 40 € Facturable jusqu'à 4 fois par an
- 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 ». Facturable une seule fois par patient lors du premier dépôt de dossier MDPH.
- *La majoration personnes âgées (code facturation MOP) de 5€ :* cette majoration peut être facturée pour toute prise en charge de patients âgés de plus de 80 ans. Elle est cumulable avec les lettres-clé suivantes : G, GS, C, CS, APC, APU, APY, CDE, CNPSY, CSC, CCX, TCG, TC et le cas échéant les majorations de ces consultations.

Grâce à la nouvelle convention, la consultation EPH est applicable par les MPR.

- *Consultation très complexe EPH de prise en charge d'une enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neurosensoriel nécessitant un suivi régulier.* Tarif : 60 € Au maximum 1 fois par trimestre et par patient, Tous secteurs si respect tarif opposable, code pour la feuille de soins : CCE. Ne se cumule pas avec MCS ni avec autre majoration complexe ou très complexe. Non facturable pour un patient hospitalisé.

## E. Les patients hospitalisés

L'APC et les consultations et majorations complexes et très complexes ne s'appliquent pas aux consultations réalisées pour un patient hospitalisé.

A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2026, les honoraires de surveillance seront 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 : coefficient 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 médecin qui facture les honoraires 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.*

## F. Cumul consultations et actes CCAM

C'est une revendication de longue date qui s'appuie sur l'intérêt de pouvoir facturer la consultation et un acte technique (au moins) sans avoir à faire revenir le patient : optimisation du temps médecin, réduction des délais et des déplacements. La Caisse reste très réticente et ne voit là qu'un moyen de revaloriser l'activité de spécialités mal dotées. Il en résulte des mesures ponctuelles :

Pour les MPR, rhumatologues et généralistes, les actes CCAM éligibles sont :

- *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).*

Il faut souligner que les infiltrations sont des gestes thérapeutiques qui justifient un consentement éclairé du patient. Ceci peut soulever des objections en cas de complication et de litige avec le patient. Remarquons aussi que les ponctions lombaires, tout comme les infiltrations épidurales ou par le hiatus sacrococcygien n'ont pas été incluses dans cette liste.

A dater du 1<sup>er</sup> janvier 2026, les actes énumérés ci-dessus pourront être facturés à 100 % en plus des honoraires d'une consultation de référence ou coordonnée facturés à tarif opposable. Il appartiendra au spécialiste de choisir entre la facturation d'un complément d'honoraires ou un cumul consultation + CCAM.

## **G. Majoration pour la prise en charge des personnes handicapées**

*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. C'est attendu pour septembre 2025.*

## **VI. TÉLÉCONSULTATIONS ET TÉLÉEXPERTISE**

La téléconsultation est une consultation en ligne avec le patient. La téléexpertise ne requiert pas la présence du patient car elle se réalise entre deux professionnels et de manière différée, sur documents. Ces deux formes de télémédecine doivent répondre à des principes de confidentialité et de traçabilité avec inscription d'un compte-rendu dans le dossier du patient et envoi d'un rapport au médecin traitant. Les principes doivent en être expliqués au patient qui doit donner son accord.

### **A. La téléconsultation**

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

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

La téléconsultation répond à trois 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 : le médecin téléconsultant doit se situer à proximité du domicile du patient

Sont exonérés du parcours de soins coordonné les patients suivants :

- Les patients de moins de 16 ans ;

- Les 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 ;
- Les patients en situation d'urgence ;
- Les patients résidant en établissement pour personnes âgées dépendantes ou établissements accueillant ou accompagnant des personnes adultes handicapées, souvent éloignées de leur domicile initial.

*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.*

Les dérogations suivantes sont autorisées :

- Exception au principe d'alternance : en cas de réponse à une demande du SAS pour des soins ponctuels non programmés ;
- Exception au principe de territorialité, aux conditions cumulatives suivantes : pour les patients résidant dans les zones d'intervention prioritaire (ZIP) ; et en l'absence d'organisation territoriale de téléconsultation telle que prévue ci-dessus ;
- Par ailleurs, ce principe de territorialité ne s'applique pas pour les patients orientés par le régulateur du service d'accès aux soins (SAS) en cas d'échec d'une prise de rendez-vous en présentiel sur le territoire.

Un seuil maximal d'actes réalisés en téléconsultation est fixé à hauteur de 20% du volume d'activité globale conventionnée du médecin, sur une année civile. Les téléconsultations aux patients du médecin traitant et les téléexpertises n'entrent pas dans cette limitation.

La téléconsultation doit être organisée en vidéoconférence dans des lieux permettant la confidentialité et en utilisant des services numériques en santé disposant d'un certificat de conformité.

La téléconsultation est facturable TCS (30 €) si le spécialiste est en secteur 1, en secteur 2 OPTAM ou s'il applique les tarifs opposables en secteur 2. Elle est facturable TC (23 €) par les secteurs 2 non OPTAM qui ne respectent pas les tarifs opposables.

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, 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...).

Bien sûr, cela ne s'applique pas à toutes les situations mais peut permettre d'optimiser la prise en charge sans imposer au patient des congés et des déplacements répétés. Le contact avec le professionnel paramédical responsable du patient peut aussi être contributif. Il faut souligner que la téléconsultation est souvent aussi chronophage pour le médecin qu'une consultation présente et qu'elle a son lot de rendez-vous manqués.

## **B. La téléexpertise**

*Une téléexpertise est une expertise à distance sollicitée par un professionnel de santé dit « professionnel de santé requérant » et donnée par un médecin ou une sage-femme dit « professionnel de santé requis », en dehors de la présence du patient concerné. Elle est réalisée avec un équipement adapté dans des conditions garantissant le respect du secret médical et la sécurité des informations transmises, en émission et en réception.*

*Le recours à la téléexpertise est apprécié au cas par cas par le professionnel de santé requérant. La pertinence de la téléexpertise en fonction de la question à traiter est laissée à l'appréciation de la sage-femme ou du médecin requis.*

*Le professionnel de santé requérant doit être en mesure de préciser les motifs de sa demande et de transmettre à la sage-femme ou au médecin requis par moyen sécurisé les données cliniques ou paracliniques utiles à l'appréciation de la situation.*

*La téléexpertise peut porter sur une question circonscrite ou sur l'exposition d'une situation complexe et l'analyse d'au moins un ou plusieurs types de documents transmis en appui par le professionnel de santé requérant.*

Un médecin spécialiste peut effectuer jusqu'à 4 téléexpertises par an pour un même patient. L'acte TE2 (23 €) est facturable à tarif opposable, sans cumul possible avec aucun acte ou majoration de la NGAP, majoration conventionnelle ou acte de la CCAM.

Le droit de requérir la téléexpertise ne se limite pas au médecin traitant. Un autre spécialiste ou un professionnel paramédical (kinésithérapeute, ergothérapeute, infirmière, IPA, orthophoniste...) peut être requérant, ce qui ouvre des perspectives d'organisation intéressantes.

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. LES MESURES ORGANISATIONNELLES

### A. Majoration pour la prise en charge des personnes handicapées

*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. C'est attendu pour septembre 2025.*

C'était une demande forte du SYFMER et d'AVENIR SPE. Il faudra la pousser à nouveau en 2025.

### B. Majoration de prévention

Elle ne paraît concerner que les médecins traitants, même quand l'essentiel du travail est effectué par un spécialiste, par exemple la réalisation des mammographies de dépistage du cancer du sein.

### C. Installation en zone prioritaire

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

Peuvent bénéficier d'une rémunération forfaitaire unique 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 (ZIP) caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins.

La prime est de 10 000 €, versée dans les trois mois par la CPAM du lieu d'exercice principal. Elle répond aux mêmes principes mais est réduite à 5 000 € pour l'installation dans une zone d'action complémentaire (ZAC). Une installation « ex nihilo » d'un cabinet secondaire en ZIP apporte une prime de 3000 € et l'éligibilité à l'aide à l'emploi d'un assistant médical

#### **D. Les consultations avancées**

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. S'il est en secteur 2 hors OPTAM, il doit respecter les tarifs opposables.

#### **E. La dotation numérique (DONUM) et le volet de synthèse médicale (VSM)**

La ROSP disparaît. Il reste la rémunération de soutien à l'équipement et aux usages numériques. Cela concerne toutes les spécialités. Pour la DONUM, il faut disposer d'un logiciel référencé Ségur et d'un LAP certifié HAS et d'une version de cahier des charges Sesam-Vitale à jour des avenants N-1. Concernant les usages, il faut au moins 60 % de télétransmission des FSE. La prescription électronique de transports, l'alimentation du DMP, les ordonnances numériques, l'usage de la messagerie sécurisée de Mon espace santé sont les principales options complémentaires pour un MPR. Le suivi de ces indicateurs apporte des points convertis en prime à raison de 7 €/point.

La saisie du VSM dans le logiciel médical ouvre l'attribution d'un forfait d'un montant de 1 500 euros si le médecin a élaboré des VSM pour au moins la *moitié de sa patientèle ALD* et que ces VSM alimentent le DMP ; ce forfait est porté à 3 000 euros si le médecin a élaboré des VSM pour 90% de sa patientèle ALD et que ces VSM alimentent le DMP. Il est majoré de 20 % si le VSM respecte un format structuré.

#### **F. Infirmières de pratique avancée**

Il est créé 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.

#### **G. Les assistants médicaux**

Afin de favoriser le travail aidé des médecins pour accroître leur capacité à prendre en charge leurs patients et améliorer les conditions d'accueil et de suivi de ces derniers, l'Assurance maladie verse dans les conditions prévues à la présente section une aide conventionnelle financière aux médecins pour l'emploi d'un assistant médical... 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 sont 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 :

- La CNAM considère que l'augmentation de l'activité contribuera à auto-financer le surcoût lié à l'assistant médical. Il faut s'interroger sur l'équilibre financier et sur les obligations qui en résulteront au bout de quelques années.
- 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. La secrétaire devra quitter son poste et il faudra en embaucher une nouvelle pour la remplacer... Il n'y a donc aucun bonus possible pour ceux qui faisaient déjà l'effort de payer des salariés.
- 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.

## H. Les Equipes de soins spécialisées (ESS)

Les Communautés territoriales de professionnels de santé (CPTS) existent déjà et les médecins spécialistes peuvent y participer. Elles sont multidisciplinaires et multiprofessionnelles, centrées sur l'organisation des « soins primaires » et organisées à l'échelle d'un « bassin de vie ».

Les Equipes de soins spécialisées (ESS) sont destinées à « améliorer l'accès aux soins de second recours dans le cadre du parcours de soins coordonné ». Néanmoins, les ESS « ne sont pas des structures de soins et ne peuvent pas facturer de soins aux patients ».

Les missions socles des ESS sont :

- Contribuer à structurer l'offre de 2<sup>e</sup> recours sur le territoire pour faciliter la collaboration entre acteurs du 1, 2 et 3<sup>e</sup> recours, et proposer une réponse adaptée aux besoins du premier recours notamment des médecins traitants ;
- Proposer une organisation permettant de donner un avis spécialisé ponctuel répondant à la demande des médecins traitants du territoire dans des délais réduits sous la forme de consultation ou téléexpertise ;
- Contribuer au déploiement des consultations avancées pour les soins de leur spécialité notamment dans les ZIP.

Les critères conditionnels à la création sont :

- Couvrir un périmètre continu géographique, a minima, départemental (avec une cible régionale possible), [...] sur lequel sont présents au moins 10 médecins de la spécialité concernée ;
- Réunir au moins 10 % des professionnels libéraux de la spécialité concernée du territoire qu'elle couvre ; à terme l'ESS doit avoir une cible d'intégration d'au moins 50 % des spécialistes libéraux de la spécialité concernée ;
- Problématiques liées à une spécialité médicale et non d'une pathologie ;
- L'ESS collabore avec les CPTS, les autres ESS et les DAC et son territoire ;
- L'ESS collabore avec les professionnels hospitaliers et formalise ses liens avec les établissements de santé.

« À titre dérogatoire, il pourra être fait exception à ces seuils minimaux ou au principe d'unicité de spécialité en raison de circonstances particulières sous réserve de validation de la CPN (Commission paritaire nationale). »

Le financement d'une ESS s'effectue selon deux dotations :

- *Un crédit d'amorçage de 80 000 euros*, à la signature du contrat ARS/CPAM/ESS ;
- *Une dotation annuelle* (premier versement après validation du projet de santé) *entre 50 000 et 100 000 euros pour les missions socles en fonction de la taille de l'ESS* : de 50 000 euros pour 10 médecins à 100 000 euros pour 100 médecins ou plus, la dotation sera proratisée au nombre exact de médecins.

« La gouvernance de l'ESS est assurée par l'équipe de soins. Les acteurs de la gouvernance sont des médecins libéraux spécialistes et ne peuvent être que des personnes physiques. Elle prévoit des modalités de consultation voire de participation des professionnels hospitaliers et des CPTS.

Commentaires :

- De par sa faible démographie, la MPR sera difficilement en mesure de construire des ESS. D'autre part, les spécialistes MPR n'ont pas des orientations homogènes. La construction d'une ESS thématique (pathologie musculo-squelettique, rachis, réadaptation neurologique, troubles pelvisphinctériens) conviendrait mieux. Nous avons également suggéré de construire des ESS avec des spécialités proches, qui collaborent habituellement avec les MPR sur un thème donné. Pour l'instant, cela ne paraît pas à l'ordre du jour.
- De ce que nous avons pu lire dans les documents préparatoires, les dotations allouées à l'ESS ne sont pas destinées à rémunérer des soignants, mais à financer le fonctionnement de la structure. Il s'agira probablement d'un coordinateur embauché par l'ESS ou d'une société prestataire qui se chargera de gérer l'ESS. Bref, de l'argent qui ira, une fois de plus à l'administratif et non aux soins. Nous avons imaginé au contraire que l'ESS pourrait être le lieu pour financer des prestations non prises en charge par l'Assurance maladie dans le droit commun : séances d'ergothérapie ou d'ergonomie, psychologue, etc. Cela ne semble pas être le cas.
- Il est toujours frustrant de dépenser beaucoup de temps et d'énergie à se conformer à un moule qui ne correspond pas à votre réalité d'exercice. Nous ne pouvons néanmoins qu'engager les MPR à s'organiser pour se rendre plus visibles, montrer l'efficacité de leurs actions en utilisant quelques indicateurs et en publiant des résultats qui seront lus par la HAS. Pour cela, n'hésitez pas à vous rapprocher (comme je l'ai fait plusieurs fois) de vos collègues hospitalo-universitaires pour disposer d'une assistance méthodologique et d'un accès facilité aux revues scientifiques. Cela vous donnera des arguments sérieux pour faire émerger des modèles crédibles et duplicables.

## VIII. PERTINENCE ET SOBRIÉTÉ

La convention prévoit quinze programmes visant à améliorer la pertinence et la sobriété des soins et des prescriptions :

- *Prescriptions des arrêts de travail*. Les régularisations a posteriori sont interdites ;
- *Lutte contre l'antibiorésistance* ;
- *Réduction de la polymédication* ;
- *Conformité des prescriptions médicales aux indications thérapeutiques remboursables (ITR)* ;
- *Développement des biosimilaires* ;
- *Sécurisation du recours aux analgésiques de palier deux* ;
- *Pertinence de la prescription et de la dispensation des dispositifs médicaux dits « du quotidien »* ;

- *Pertinence de la prescription et de l'utilisation des traitements pour apnée du sommeil.* Il s'agit de prescrire plus largement les orthèses d'avancée mandibulaire en première intention, plutôt que la ventilation en pression positive. Les pneumologues récusent cette mesure à visée purement économique ;
- *Pertinence des prescriptions d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) ;*
- *Diminution des actes d'imagerie redondants ou non pertinents ;*
- *Qualité des prescriptions des actes infirmiers ;*
- *Pertinence de la prescription des transports sanitaires et transports partagés ;*
- *Diminution des examens biologiques inutiles ;* par exemple, VS remplacée par CRP seule, vitamine D, hormones thyroïdiennes ;
- *Juste recours à l'ordonnance bizonne ;*
- *Amélioration du dépistage précoce des maladies cardio-vasculaires et des cancers.*

Commentaires : toutes ces mesures concernent la médecine générale au premier chef. Néanmoins, les spécialistes ont leur rôle à jouer en donnant le bon exemple et en expliquant le « pourquoi » de prescriptions réduites ou évitées. Par exemple, des infiltrations peuvent être programmées en fin de semaine pour éviter les arrêts de travail, les opiacés doivent être prescrits pour des durées limitées à une phase aiguë en expliquant que cela ne doit pas être un traitement de la douleur chronique (hors cancers et cas exceptionnels) ; les IPP n'ont pas lieu d'être systématiques avec un anti-inflammatoire, etc.

Il faut souligner que nous avons évité des obligations individuelles que la Caisse voulait nous imposer en février 2023. L'engagement est devenu collectif et les médecins spécialistes ont tout intérêt à son succès. Les économies réalisées seront, à enveloppe ONDAM constante, de revendiquer un abondement du budget alloué aux soins spécialisés.

## IX. CONCLUSION

Le bilan de cette convention 2024 est très mitigé. Il faut se représenter les efforts persévérants qu'il a fallu déployer pendant des années pour parvenir à une satisfaction très incomplète des demandes des spécialistes. Il n'y a pas eu de foire d'empoigne entre spécialité, bien au contraire, nous avons observé un respect mutuel et une grande solidarité entre la trentaine de spécialités représentées au sein d'AVENIR SPE et du BLOC.

La MPR a bénéficié d'une visibilité inédite qui s'est traduite par une consultation de référence spécialement valorisée, la possibilité de certains cumuls consultation + CCAM et l'autorisation de coter la consultation très complexe EPH pour les enfants handicapés, jusque-là réservée aux seuls pédiatres.

Le principal point d'achoppement reste l'APC que nous souhaitons transformer en « consultation d'expertise spécialisée », cotable pour toutes les consultations de première fois dans une affection donnée, éventuellement répétable dans le cadre d'un programme de soins spécialisés et sans interdiction de suivre le patient pour un programme de soins spécialisés comportant des gestes thérapeutiques, des séquences de soins déléguées à des paramédicaux et des évaluations répétées selon un cahier des charges respectant les recommandations de notre société savante. Bien que très réticente vis-à-vis de cette proposition, la CNAM était prête à élargir l'adressage à « un autre spécialiste » que le médecin traitant. Tous les syndicats représentatifs des médecins généralistes se sont dressés contre cette mesure d'assouplissement.

La signature de la convention a mis les médecins partiellement à l'abri de la tempête politique qui fait rage. Il est cependant fort à craindre que des mesures de régulation à l'installation vont revenir en force. Là encore, les médecins devront savoir prendre des initiatives pour être acteurs de leur destin et non pas subir les événements de manière passive.

C'est là toute la noblesse du syndicalisme professionnel. L'heure de la relève a sonné. Aux jeunes MPR de s'engager à présent.

## X. ANNEXE : LISTE DES APPAREILLAGES CONCERNÉS PAR LA MAJORATION MTA

NGAP - Article 15.3 - Majoration pour les consultations de prescription de certains types d'appareillages de première mise par les médecins spécialistes ou qualifiés en médecine physique et réadaptation

(Créé par décision UNCAM du 27/04/06 et modifiée par décision UNCAM du 25/09/13 et du 29/04/20)

*La majoration de la consultation pour prescription d'un appareillage de première mise (MTA) s'applique pour :*

- *la prothèse du membre supérieur (LPP, titre II, chapitre VII, section I, rubrique A) ;*
- *la prothèse du membre inférieur (LPP, titre II, chapitre VII, section II, rubrique A) ;*
- *l'orthopédie du tronc (LPP, titre II, chapitre VII, section III, rubrique A, sauf appareils TR12, TR23, TR24, TR25, TR27, TR59, TR79 du paragraphe 1) ;*
- *le fauteuil roulant à propulsion par moteur électrique (LPP, titre IV, chapitre Ier, rubrique B) ;*
- *le fauteuil roulant verticalisateur (LPP, titre IV, chapitre Ier, rubrique C).*

*Cette prescription d'appareillage doit comporter toutes les précisions utiles à sa bonne exécution et notamment la référence à l'un des appareils inscrits à la liste des produits et prestations (LPP).*

*Cette majoration s'applique aux consultations réalisées pour des patients de 16 ans et plus, uniquement dans le cadre du parcours de soins coordonnés, hors acte de consultant. Elle n'est donc pas cumulable avec le DA mentionné à l'article 42.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011. Elle est en revanche cumulable, le cas échéant, avec la majoration de coordination mentionnée à l'article 13.2 de la convention susmentionnée et avec la majoration MPC (article 2 bis).*

Commentaires :

- La MTA s'applique aux grands corsets anti-cyphose ou anti-scoliose, mais pas aux protège crâne (TR12), colliers cervicaux (TR23), minerves, y compris thoraco-occipitales (TR24, TR25, TR27), et corsets lombaires (TR59 et TR79).
- La majoration de coordination MCS s'applique, la majoration MPC ayant été intégrée dans l'acte de référence.
- Le parcours de soins doit être respecté, mais un complément d'honoraires peut être demandé.

## XI. RÉFÉRENCES

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>

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.

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