

CIRCULAIRE

CIR-24/2016

Document consultable dans Médi@m

Date :

28/11/2016

Domaine(s) :

dossier client prof. de santé

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

Objet :

Présentation de la convention médicale du 25 août 2016 applicable aux médecins libéraux

Liens :

Plan de classement :

P04-01

Emetteurs :

DDGOS

Pièces jointes : 5

à Mesdames et Messieurs les

- | | | |
|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Directeurs | <input checked="" type="checkbox"/> CPAM | <input checked="" type="checkbox"/> CARSAT |
| | <input checked="" type="checkbox"/> UGECAM | <input checked="" type="checkbox"/> CGSS |
| <input checked="" type="checkbox"/> Agents Comptables | | <input checked="" type="checkbox"/> CTI |
| <input checked="" type="checkbox"/> Médecins Conseils | <input checked="" type="checkbox"/> Régionaux | <input checked="" type="checkbox"/> Chef de service |

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

L'objet de la circulaire est de présenter les dispositions de la convention médicale signée le 25 août 2016 et approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Mots clés :

Convention nationale ; Médecins

Le Directeur Général



Nicolas REVEL

CIRCULAIRE : 24/2016

Date : 28/11/2016

Objet : Présentation de la convention médicale du 25 août 2016 applicable aux médecins libéraux

Affaire suivie par : Département des Professions de Santé

L'arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale (cf. [Annexe 1](#)) organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 par le Directeur Général de l'UNCAM et les Présidents de trois syndicats représentatifs (La Fédération Française des Médecins Généralistes-MG France, la Fédération des Médecins de France -FMF et le BLOC) est paru le 23 octobre 2016 au Journal Officiel.

La convention est entrée en vigueur le 24 octobre 2016.

Cette nouvelle convention nationale régit désormais les relations entre les caisses d'assurance maladie et les médecins libéraux en lieu et place de la convention nationale de 2011, parue le 25 septembre 2011, au Journal Officiel.

Elle est arrêtée pour une durée de 5 ans (cf. article L. 162-14-1 CCS et [article 74 de la convention médicale](#)).

La présente circulaire a donc pour objet de présenter la nouvelle convention médicale. Cette présentation est organisée selon le plan de la convention (à l'exception de l'organisation de la vie conventionnelle).

Elle sera ultérieurement complétée par des instructions spécifiques.

1. Préambule

La nouvelle convention est le fruit d'un travail de co-construction avec les cinq syndicats représentatifs de la profession (CSMF, MG France, SML, FMF, LE BLOC), durant les cinq mois de négociation de ce texte, au cours desquels tous ont été force de propositions.

Conformément aux exigences réglementaires, la convention médicale a été adoptée par la majorité des syndicats représentatifs des médecins libéraux, avec 53% des voix grâce à la signature de trois syndicats, à savoir la Fédération Française des Médecins Généralistes (MG France), la Fédération des Médecins de France (FMF) et LE BLOC (Union des chirurgiens de France, Syndicat des gynécologues-obstétriciens de France et Association des anesthésistes libéraux).

Les syndicats non signataires du texte conventionnel ne seront donc pas présents dans les différentes instances paritaires conventionnelles comme les commissions paritaires départementales, régionales et nationales qui suivent la mise en œuvre des différentes mesures actées dans la convention.

2. Organisation de la vie conventionnelle

2.1. Communication de la nouvelle convention médicale aux professionnels et conditions d'adhésion

- Communication de la nouvelle convention (article 77) :

Conformément à l'article R.162-54-9 du Code de la Sécurité sociale (CSS), les caisses n'ont pas à notifier par courrier le texte de la convention médicale aux médecins de leur circonscription.

La mise en ligne des textes sur le site de l'assurance maladie permet de remplir l'obligation d'information auprès des professionnels.

La convention est mise en ligne sur le site « ameli.fr » dans la rubrique : Professionnels de santé/Médecins/Votre convention.

Dans ce même espace se trouvent les différents documents de présentation de la convention évoqués au [point 3.7](#) sur l'accompagnement des médecins.

A cet effet, un site internet dédié à la nouvelle convention et accessible sur « ameli.fr » a été créé.

A noter que l'ensemble des supports d'information (diaporama, brochures,...) sera mis à disposition, au fur et à mesure de leur élaboration, sur « [Mediam](#) » à la rubrique : Opération GDR/ Accompagnement tous thèmes / médecins libéraux

D'ores et déjà un diaporama présentant la nouvelle convention est disponible en [Annexe 3](#) de la présente circulaire et téléchargeable sur « [Mediam](#) »

- Conditions d'adhésion à la convention (article 2) :

En pratique, en application des dispositions de l'article R. 162-54-9 CSS, les médecins conventionnés avant l'entrée en vigueur de la nouvelle convention médicale, sont considérés comme y adhérant tacitement.

S'ils ne souhaitent pas être régis par cette nouvelle convention, ils doivent le faire savoir par courrier à la CPAM/CGSS dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité. Cette décision prendra effet un mois après réception du courrier de rupture d'adhésion.

Le médecin peut décider de revenir dans le champ conventionnel à tout moment en conservant le secteur d'exercice (secteur 1 ou secteur 2) auquel il appartenait avant sa sortie de la convention. Cette dernière disposition était déjà appliquée dans le cadre de la convention médicale de 2011 mais ne figurait pas expressément dans le texte conventionnel.

Les médecins exerçant hors du régime de la convention à la date d'entrée en vigueur de la nouvelle convention médicale et les médecins s'installant en exercice libéral, qui souhaitent être régis par la convention doivent en faire la demande :

- soit par courrier recommandé, avec avis de réception, adressé à la CPAM/CGSS dans le ressort de laquelle ils exercent ou vont exercer leur activité,
- soit lors du rendez-vous de préparation à l'installation organisée par la caisse (cf notamment la LR-DDGOS-34/2016 relative au téléservice d'aide à l'installation des médecins libéraux

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

La nouvelle convention ouvre la possibilité aux médecins autorisés par l'Ordre à effectuer sur le territoire français, une libre prestation de services (exercice d'une activité de façon temporaire et occasionnelle sur le territoire d'un État membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen dans le cadre d'un cabinet installé sur le territoire français), d'avoir la possibilité d'exercer dans le champ de la convention.

Les autres conditions d'adhésion à la convention restent inchangées.

A toutes fins utiles, il convient de rappeler qu'en 2011, avait été inscrit dans le texte conventionnel le principe d'examiner les conditions nécessaires au conventionnement direct des structures (dérogation au principe du conventionnement individuel qui prévaut à ce jour). Ces travaux n'ont finalement pas été lancés : des sujets estimés plus prioritaires par la profession ayant été examinés.

2.2. Installation des commissions paritaires

La convention met en place :

- une Commission Paritaire Nationale (**CPN**) et des Commissions spécifiques placées auprès d'elle (Observatoire des mesures conventionnelles, Comité technique paritaire permanent national, etc.),
- une Commission Paritaire Régionale (**CPR**) dans chaque région administrative,
- une Commission Paritaire Locale (**CPL**) dans chaque département.

Dans chacun des départements de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique, de la Réunion et de Mayotte, une seule commission paritaire est mise en place.

Cette commission assure les missions des CPR et CPL.

- Commission Paritaire Nationale (article 80) :

La CPN a été installée le 3 novembre 2016.

Son secrétariat reste assuré par le département des professions de santé qui peut être saisi à l'adresse suivante :

CNAMTS
COMMISSION PARITAIRE NATIONALE DES MEDECINS LIBERAUX
Département des Professions de Santé
50 avenue du Professeur André Lemierre
75986 PARIS - Cedex 20

- Commissions Paritaires Régionales (article 83 et suivants) et Commissions Paritaires Locales (art 84 et suivants):

Aux termes de la convention, les CPR et les CPL doivent en principe être installées dans les trois mois suivants l'entrée en vigueur de la convention, soit avant le 24 janvier 2017.

Toutefois, afin que la vie conventionnelle locale puisse démarrer au plus tôt, les membres de la CPN souhaitent que ces instances soient installées d'ici la fin de l'année 2016 en commençant en priorité par les CPR d'ici le 15 décembre (ou pour les CPL au plus tard début janvier 2017).

Une enquête visant à recenser les dates de réunion d'installation des CPR et des CPL a été lancée par la CNAMTS.

Pour faciliter l'installation des instances dans les délais impartis la CNAMTS va recueillir les coordonnées des représentants régionaux de MG France, de la FMF et du BLOC. Cette liste sera ensuite diffusée aux DCGDR et aux caisses.

Le règlement intérieur commun des commissions est défini à l'[annexe 23](#) de la convention.

La présidence des commissions revient pour la première année, à savoir jusqu'au 24 octobre 2017 (date anniversaire de l'entrée en vigueur de la convention), **à la section professionnelle** (cf. [article 1.4 du règlement intérieur](#))

La CPN pouvant prendre toute décision nécessaire au bon fonctionnement des instances régionales et locales, les caisses sont invitées à lui faire remonter toute difficulté qu'elles rencontreraient dans ce cadre.

A noter, qu'à défaut de constitution de l'une ou de l'autre des sections dans le délai imparti, la section constituée constatera la carence et assurera seule les missions de la commission (cf. [article 3 du règlement intérieur](#)).

- Précisions concernant la section professionnelle :

Les sections professionnelles des CPN, CPR et CPL sont composées de 12 membres, dont 6 médecins généralistes et 6 médecins spécialistes. La répartition des sièges est réalisée entre les organisations syndicales signataires de la convention.

La convention précise que les sièges de la section professionnelle sont répartis par accord entre les organisations syndicales représentatives des médecins libéraux signataires de la convention (cf. [article 1.3 du règlement intérieur](#)).

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

A titre d'information, l'application de cette règle aboutit à la répartition suivante des sièges :

- au titre des généralistes : 3 sièges pour MG France et 3 sièges pour la FMF,
- au titre des spécialistes : 4 sièges pour le BLOC et 2 sièges pour la FMF.

Lors de la réunion d'installation de la CPN, le 3 novembre 2016, les représentants des organisations syndicales signataires de la convention se sont entendus pour appliquer cette règle.

La répartition des sièges au sein de la CPN est donc la suivante :

- au titre des généralistes : 3 sièges pour MG France et 3 sièges pour la FMF
- au titre des spécialistes : 4 sièges pour le BLOC et 2 sièges pour la FMF

Dans la mesure où le règlement intérieur applicable aux instances paritaires conventionnelles est commun à l'ensemble des instances, la répartition des sièges au sein des sections professionnelles des commissions paritaires régionales et locales (CPR et CPL) doit être déclinée à l'identique.

Toutefois, afin d'éviter toute situation de carence dans les territoires au sein desquels certains syndicats pourraient ne pas être représentés localement, les représentants de la section professionnelle de la CPN se sont entendus pour que les éventuels sièges vacants soient redistribués aux organisations syndicales présentes sur lesdits territoires.

A noter, que le montant de l'indemnisation des membres de la section professionnelle a été porté par la nouvelle convention de 12 C à 13C par séance (cf. article 5 de l'annexe 23 portant règlement intérieur des commissions).

- Précision concernant la section sociale :

Cette section est composée de 12 représentants titulaires de l'assurance maladie :

- régime général :
 - o 3 administratifs (dont le coordonnateur régional pour la CPR),
 - o 3 conseillers,
 - o 2 médecins conseils.
- régime agricole : 2 représentants, dont 1 médecin conseil.
- régime social des Indépendants : 2 représentants, dont 1 médecin conseil.

Un suppléant est également désigné pour chaque siège.

Dans l'attente de la signature de la convention par l'UNOCAM, cette dernière n'est pas représentée dans les instances paritaires.

Pour la CPR, le représentant régional auprès du régime général – coordonnateur DCGDR (même s'il est médecin conseil) est comptabilisé dans les sièges des administratifs. Par conséquent, il ne peut pas siéger lorsque la CPR se réunit en formation « médecins ».

Concernant les conseillers du régime général, leur nomination doit être confirmée.

Par ailleurs, la convention précise qu'un médecin exerçant à titre libéral sous le régime de la convention ne peut siéger comme représentant de la section sociale.

Les Présidents des sections sociales sont nommés par le directeur de l'UNCAM (cf. [article 1.4 de l'annexe 23](#)). A cet effet, les caisses sont invitées à remonter à la CNAMTS les demandes de désignation de leurs Présidents de section sociale, à l'adresse mail suivante : designation-cpl-cpr@cnamts.fr. Les courriers de nomination seront établis sur la base de ces remontées par la Direction Déléguée aux Opérations.

Par principe, sauf situation particulière et après accord du Directeur Général de la CNAMTS, le Directeur de la CPAM/CGSS pour la CPL et le DCGDR pour la CPR vont être désignés comme Président de la section sociale.

Le cumul de Présidences des commissions paritaires médecins régionales et locales (CPR et CPL) n'est pas autorisé. Les directeurs de CPAM/CGSS qui sont également DCGDR sont donc invités à faire connaître à l'adresse mail designation-cpl-cpr@cnamts.fr, la personne qui assurera la présidence de la section sociale de la CPL.

- Représentant de l'Ordre des médecins

Comme dans la précédente convention, un représentant de l'Ordre des médecins est membre de plein droit de la commission avec voix consultative.

- Précisions concernant la composition de la commission dans le cadre de l'instruction d'une procédure conventionnelle

Lorsque les commissions se réunissent pour instruire une procédure de sanction conventionnelle à l'encontre d'un médecin, les conseillers techniques, les experts, le représentant de l'Ordre des médecins et le représentant de l'UNOCAM (pour la CPN, si l'UNOCAM rejoint la convention) ne sont pas habilités à assister aux délibérations de la commission.

- Cas particulier de la désignation des CPL dans les départements comportant plusieurs caisses

Dans les départements comportant plusieurs caisses (Seine Maritime, Pyrénées-Atlantiques, Pas de Calais, Nord), il appartient à la CPN de déterminer le nombre de CPL et leur répartition territoriale (cf. article 84 de la convention).

A la demande de la section professionnelle de la CPN et pour tenir compte des difficultés potentielles de désignation de représentants syndicaux dans ces territoires, une seule CPL sera installée pour ces 4 départements.

2.3. Continuité des procédures conventionnelles initiées avant l'entrée en vigueur de la convention

L'article 90 de la convention assure une continuité des procédures et sanctions conventionnelles initiées avant son entrée en vigueur. Ainsi, les procédures conventionnelles menées en application des articles 75 et suivants de la convention de 2011 qui sont en cours, peuvent être poursuivies dans le cadre de la nouvelle convention médicale. De même les sanctions conventionnelles en cours d'exécution peuvent s'appliquer jusqu'à leur terme.

La procédure de sanction conventionnelle est conservée. Elle a néanmoins fait l'objet d'une réécriture afin de la rendre plus lisible et opérationnelle (cf. [point 3.6.1 de la circulaire](#)).

2.4. Information de la CPN

Les CPL et CPR doivent informer régulièrement la CPN de leurs travaux.

Les secrétariats des commissions sont invités à faire parvenir au secrétariat de la CPN les relevés de décisions à l'adresse mail suivante : ddgos.dos.dprof@cnamts.fr .

En revanche, il n'est pas nécessaire de transmettre systématiquement le compte rendu intégral des réunions des commissions paritaires. Ces documents seront demandés si nécessaire.

2.5. Création d'un Observatoire Conventionnel National

La convention prévoit la mise en place au niveau national d'un Observatoire conventionnel national permettant de suivre l'activité des médecins et la mise en œuvre des dispositions conventionnelles introduites par ce nouvel accord ([article 81](#)).

Cette instance a pour missions de suivre et d'évaluer les nouvelles mesures conventionnelles, dans leurs aspects médico-économiques, juridiques et financiers et notamment :

- la mise en place et le suivi des mesures sur l'activité clinique,
- la mise en place et le suivi des mesures sur l'activité technique et l'impact sur la valeur du modificateur K du nombre de médecins signataires de l'OPTAM-CO,
- l'élaboration de la méthodologie pour la fixation et la révision du coût de la pratique des actes en lien avec les travaux menés par l'observatoire de la CCAM,
- la mise en place et le suivi des forfaits patientèle médecin traitant et structures,
- le suivi de la mise en place du médecin traitant de l'enfant,
- l'évolution de la rémunération sur objectifs de santé publique.

Il sera mis en place en milieu d'année 2017.

3. Les principales mesures de la convention médicale

3.1. Conforter l'accès aux soins

3.1.1. Amélioration de la répartition de l'offre de soins sur le territoire

Afin de lutter contre les disparités persistantes de répartition des médecins, sur le territoire, et d'améliorer la situation dans les territoires « fragiles » en médecins, quatre mesures concrètes ont été prises ayant toutes pour but d'encourager une répartition plus harmonieuse des médecins libéraux sur tout le territoire.

- Poursuite des options démographie en cours à la date d'entrée en vigueur de la convention ([article 8](#)) :

Les options démographie souscrites jusqu'à l'entrée en vigueur de la convention de 2016 s'appliquent jusqu'à leur terme (3 ans à compter de l'adhésion même si l'adhésion a eu lieu en 2016) selon les dispositions prévues dans la convention médicale de 2011.

Les adhésions et les renouvellements à l'option démographie et à l'option santé solidarité ne sont, à l'inverse, plus possible depuis l'entrée en vigueur de la convention, soit depuis le 24 octobre dernier

- Mise en place de nouveaux dispositifs conventionnels visant à l'exercice des médecins en zone fragile :

Les partenaires conventionnels ont dressé un bilan des anciens dispositifs incitatifs mis en place lors des précédentes conventions (2005 et 2011) avant d'élaborer ces nouveaux contrats.

Le bilan dressé montrait que si globalement les mesures incitatives avaient démontré leurs effets positifs (pourcentage d'installation ayant progressé dans ces zones et maintien des médecins en place en progression) le contenu et le mode de fonctionnement des aides n'étaient pas suffisamment adaptés aux besoins des nouveaux installés : versement des aides intervenant trop tardivement par rapport à la date d'installation, aide à l'activité favorisant les médecins installés depuis longtemps dans les zones fragiles disposant d'une patientèle très importante.

L'objectif poursuivi dans le cadre de ces nouveaux contrats est donc de s'adapter à chaque type de situation rencontrée dans ces zones fragiles.

L'ensemble de ces contrats est ouvert à tous les médecins conventionnés, quelle que soit leur spécialité médicale (donc pas réservé uniquement aux médecins généralistes).

- ✓ Le contrat d'aide à l'installation des médecins (article 4 et annexe 3) :

Il vise les médecins s'installant en zone fragile afin de leur apporter une aide financière significative dès leur installation pour les aider à faire face aux frais d'investissement générés par le début d'activité (cf. Fiche CAIM).

Précisions :

- Ce contrat est réservé aux médecins de secteur 1 ou à ceux ayant adhéré aux options de pratique maîtrisée (OPTAM et OPTAM CO succédant au contrat d'accès aux soins) ; en effet il est apparu important de privilégier l'installation dans ces zones fragiles de médecins ayant une pratique tarifaire garantissant un accès aux soins pour tous.
- Est considéré comme nouvel installé, le médecin qui s'installe dans la zone fragile ou est installé dans la zone depuis moins d'un an (le contrat peut donc bénéficier à un médecin précédemment installé en libéral dans une zone non fragile).
- Compte tenu de l'aide financière accordée aux médecins décidant de s'installer dans ces zones fragiles, il est apparu nécessaire aux partenaires conventionnels de demander en contrepartie, un engagement de maintien dans la zone fragile d'une durée de 5 ans (une telle durée permettant d'éviter notamment les effets d'aubaine). Toutefois en cas de départ anticipé de la zone, les raisons expliquant ce départ seront examinées avant de demander au médecin concerné la récupération éventuelle des sommes indûment versées au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation par le médecin.

- ✓ Le contrat de transition médecin (article 5 et annexe 4) :

Il vise les médecins exerçant en zone fragile préparant leur cessation d'activité et prêt à accompagner pendant cette période un médecin nouvellement installé dans leur cabinet (cf. Fiche COTRAM).

- ✓ Le contrat de stabilisation et de coordination (article 6 et annexe 5) :

Il vise les médecins installés en zone fragile impliqués dans des démarches de prise en charge coordonnée sur un territoire, soit par un exercice regroupé, soit en participant à une équipe de soins primaires ou à une communauté professionnelle territoriale de santé avec des rémunérations majorées

en cas de participation à la formation des étudiants en médecine dans le cadre de stage ambulatoire ou de réalisation d'une partie de leur activité au sein des hôpitaux de proximité (cf. [Fiche COSCOM](#)).

✓ Le contrat solidarité territoriale médecin (article 7 et annexe 5) :

Ce contrat reprend l'option santé solidarité territoriale mise en place dans la convention de 2011 afin de valoriser les médecins non installés en zone fragile qui s'engage à intervenir de manière ponctuelle dans les zones identifiées par les ARS comme « fragiles » avec des adaptations afin de renforcer son attractivité (cf. [Fiche CSTM](#)).

Précision : à l'instar de ce qui a été appliqué dans le cadre de l'ancienne option santé solidarité territoriale (OSST), la mise en œuvre de ce contrat par un médecin, est subordonnée au fait que le médecin ait respecté toutes ses obligations vis-à-vis de l'Ordre pour déclarer ce ou ces nouveaux lieux d'exercice de la médecine (obligation préalable à l'adhésion).

- Entrée en vigueur des contrats

L'adhésion aux nouveaux contrats démographiques sera ouverte dans chaque région à compter de la publication, par le directeur général de l'ARS, des contrats types régionaux, arrêtés selon les modèles types définies dans la convention. Il s'agit d'un prérequis obligatoire à l'ouverture des adhésions. En revanche, la publication des nouveaux zonages (un décret est en préparation pour définir de nouvelles méthodologies de zonage au niveau des ARS), par les ARS, n'est pas un obstacle à l'ouverture des adhésions, les anciens zonages restant en vigueur jusqu'à leur mise à jour.

Des instructions communes seront diffusées prochainement sur les modalités d'articulation entre les ARS et l'Assurance Maladie pour la mise en œuvre de ces contrats (adoption des contrats types régionaux, examen et décision sur les demandes de souscription aux contrats et attribution des aides majorées).

Des instructions spécifiques vous seront également diffusées prochainement afin de vous préciser les modalités de gestion interne de ces différents contrats (remontée des adhésions / versement des rémunérations, etc.).

3.1.2. La permanence des soins (article 10)

Aucune modification n'a été apportée aux dispositions relatives à la permanence des soins présentes dans la nouvelle convention.

Dès lors les forfaits de régulation et d'astreintes restent définis dans les cahiers des charges régionaux des ARS et les tarifs des majorations régulées définis dans la convention ne sont pas modifiés.

3.1.3. La dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux (articles 11 à 14)

La nouvelle convention prend acte de la modification du cadre législatif et réglementaire avec la mise en place d'une généralisation progressive du tiers payant.

Sont d'ores et déjà actées les étapes intervenues depuis le 1^{er} juillet 2015 à savoir :

- la mise en place du tiers payant intégral pour les patients bénéficiaires de l'ACS ayant souscrit un contrat sélectionné par le ministère de la santé (1^{er} juillet 2015),
- la mise en place du tiers payant intégral pour les actes pris en charge à 100% pour les femmes enceintes et les patients en Affections de Longue Durée (1^{er} juillet 2016).

Dans l'attente de la généralisation du tiers payant, sont repris dans la convention les cas de tiers payant définis auparavant dans la convention de 2011 :

- tiers payant pour la part AMO pour les bénéficiaires de l'ACS n'ayant pas souscrit de contrat sélectionné ;
- tiers payant pour certains actes et coefficients visés ;
- tiers payant dans le cadre de la permanence des soins ;
- tiers payant effectué par les médecins pro pharmaciens.

3.2. Développer la coordination des soins

3.2.1. Le parcours de soins

Les dispositions relatives au parcours de soins reprennent en grande partie celles de la convention médicale de 2011.

La convention conforte l'organisation de la prise en charge des patients dans un parcours de soins à deux niveaux : l'un, autour du médecin traitant, pour les soins de premier recours, et le second, autour du médecin correspondant, pour les soins de deuxième recours.

Le rôle du médecin traitant comme acteur clé du suivi des patients et dans la coordination des soins entre professionnels de santé est valorisé.

Les principales évolutions sont les suivantes :

- Définition des missions du médecin traitant de l'enfant (article 15.1) :

Cette définition a été ajoutée afin de tenir compte de l'ouverture du dispositif médecin traitant aux enfants de moins de 16 ans, par l'article 76 de Loi de modernisation de notre système de santé (LMSS), publiée au JO en janvier 2016.

Précision : Pour les enfants de moins de 16 ans, une déclaration médecin traitant peut-être réalisée mais il ne s'agit pas d'une obligation. Ainsi, il n'y a pas de majoration du ticket modérateur en l'absence de choix de médecin traitant ou de non-respect du parcours de soins coordonnés.

Des instructions sont en préparation au niveau de la CNAMTS sur la mise en place du médecin traitant de l'enfant.

- Modalités de choix du médecin traitant (article 15.2) :

Le médecin traitant peut être un médecin généraliste ou un autre spécialiste quelle que soit sa spécialité. Cela vaut également pour le médecin traitant de l'enfant.

Est étudiée la possibilité d'informer systématiquement les patients dès lors qu'une modification de la désignation de médecin traitant est effectuée via espace Pro.

- Mise en place d'un forfait patientèle médecin traitant (article 15.4.1) :

Ce forfait unique se substitue aux différents forfaits versés jusqu'à présent aux médecins pour le suivi des patients les ayant déclaré comme médecin traitant : RMT (suivi des patients en ALD), RST (suivi des patients en « suivi post ALD »), FMT (suivi des patients hors ALD et hors suivi post ALD) et dans le cadre du suivi des personnes âgées de 80 ans et plus (MPA appliquée sur chaque consultation

effectuée auprès de ces patients âgés par tout médecin qu'il soit ou non médecin traitant), ainsi qu'à la valorisation prévue pour l'établissement du volet de synthèse médicale jusqu'à présent dans la rémunération sur objectifs de santé publique.

Il est indexé sur la patientèle du médecin traitant et fonction des caractéristiques de celle-ci en termes d'âge (prise en compte du médecin traitant de l'enfant notamment), de pathologies et de précarité (cf. [Fiche forfait patientèle médecin traitant](#)).

Ce nouveau forfait patientèle entre en vigueur à compter de 2018. Dès lors, pour la fin de l'année 2016 et l'année 2017 les anciens forfaits RMT, RST, FMT et MPA perdurent et sont versés dans les conditions identiques à celles définies dans le cadre de la convention de juillet 2011 (modalités reprises à l'annexe 10 de la nouvelle convention médicale).

De nouvelles instructions seront diffusées sur les modalités de mise en place de ce forfait patientèle en 2018 et sur les nouvelles modalités de calcul et de versement de la MPA. En effet, à partir de 2018, la MPA ne sera versée que pour le suivi des patients dont le médecin n'est pas le médecin traitant, le suivi des patients l'ayant désigné comme médecin traitant étant valorisé dans le cadre du nouveau forfait patientèle. :

- Description des missions du médecin correspondant ([article 16](#)) :

Les missions du médecin correspondant décrites dans la convention médicale sont inspirées de la définition des missions des spécialistes de second recours présentes dans la Loi de Modernisation de notre Système de Santé.

- Revalorisation des consultations coordonnées et de suivi par le médecin correspondant avec retour d'information vers le médecin traitant (majorations de coordination MCS et MCG) et extension de leur application aux enfants ayant déclaré un médecin traitant:

Les règles de la coordination sont inchangées, à savoir la prise en charge du patient après orientation par son médecin traitant et le retour d'information à ce dernier et la cotation des majorations de coordination uniquement par les médecins de secteur 1 et par les médecins adhérant à l'OPTAM / OPTAM-CO, à l'exception de :

- l'ouverture de leur facturation aux enfants de moins de 16 ans ayant un médecin traitant,
- l'ouverture de la cotation des majorations de coordination aux médecins de secteur 2 lorsqu'ils pratiquent les tarifs opposables à compter du 1 avril 2018.

Les majorations de coordination MCS et MCG sont revalorisées de 2€. Elles passent de 3 à 5 euros, dès le 1er juillet 2017.

Ces majorations sont donc désormais applicables, dans les mêmes conditions, par le médecin correspondant lorsqu'il reçoit un patient de moins de 16 ans ayant déclaré un médecin traitant et procède à un retour d'information à ce dernier.

- Ouverture de la cotation de la majoration MCG par le généraliste hors résidence habituelle ([article 18](#)) :

Comme indiqué dans la convention, la majoration MCG est applicable en cas de consultation d'un assuré éloigné de sa résidence habituelle et donc de son médecin traitant, sous réserve que le médecin généraliste procède à un retour d'information au médecin traitant.

En conséquence, les limites techniques décrites dans la LR DAR 94-2005 du 1^{er} juillet 2005 relatif au blocage de la facturation de la MCG cotée dans ce cadre vont être levées. Des instructions complémentaires seront diffusées aux caisses.

- Accès spécifique (article 17):

Les règles de l'accès spécifique n'ont pas été modifiées. Le libellé a seulement été actualisé pour les stomatologues puisqu'ont été ajoutées les nouvelles spécialités médicales: « spécialistes en chirurgie orale et en chirurgie maxillo-faciale »

- Mise en place de majoration en cas d'adressage par le médecin traitant vers un médecin correspondant pour une prise en charge dans les 48 heures ou en cas de prise en charge d'un patient en urgence par le médecin traitant à la demande du centre de régulation des appels dans le cadre de l'aide médicale urgente (centre 15 ou 116 117) (article 18.3)

La prise en charge sans délai des patients par les médecins spécialistes de second recours en ville est encouragée, grâce à une incitation financière au bénéfice de ces derniers et du médecin traitant qui déclenche cette demande de consultation en urgence (majorations MUT et MCU).

En outre, une majoration spécifique relative à la consultation réalisée en urgence par le médecin traitant en réponse à une demande du centre de régulation des appels dans le cadre de l'aide médicale urgente (centre 15 ou 116 117) est mise en place (majoration MRT).

Ces majorations entreront en vigueur à compter du 1 janvier 2018 (cf. [Annexe 2 : fichier Excel – nouvelles mesures nomenclature convention 2016 – onglet n° 1](#)).

Précisions : Depuis 2005 et la mise en place du parcours de soins, les partenaires conventionnels ont souhaité valoriser le travail de coordination effectué entre le médecin traitant et le médecin correspondant (orientation du patient dans le parcours de soins, retour d'information vers le médecin traitant, réalisation d'une synthèse médicale par le médecin traitant) lequel constitue un gage de meilleure prise en charge des patients.

Comme indiqué dans la convention, cet adressage pour une prise en charge sans délai est un dispositif complémentaire à la consultation coordonnée et de suivi par le médecin traitant. En effet, dans le cadre de sa consultation le médecin traitant peut être amené à identifier des situations où l'état requiert un avis du médecin correspondant ; dans ce cas il va être amené à établir en urgence une synthèse de l'état du patient et les éléments qui l'amènent à orienter ce patient vers le correspondant ; il va prendre contact avec ce dernier pour obtenir un rendez-vous sans délai pour son patient (intérêt d'autant plus important pour les spécialités pour lesquelles les délais d'attente sont très longs du fait d'une offre de soins limitée; le médecin correspondant lui va, à la suite de l'échange avec son confrère, modifier son agenda initial (modification de son planning en urgence).

Ces situations conduisent à développer une prise en charge réellement coordonnée autour du patient et sont susceptibles de réduire le recours aux urgences ou à l'hospitalisation vers lequel certains médecins traitants se tournent compte tenu des délais d'accès à certains spécialistes. C'est ce travail de coordination que les partenaires ont choisi de valoriser.

3.2.2. Un parcours de soins mieux coordonné

- Le forfait structure (article 20)

Le forfait structure répond à de fortes attentes de la profession d'être accompagnée dans la mise en place d'organisations nouvelles facilitant la gestion au quotidien du cabinet. Il a vocation à aider les médecins à mettre en place des outils et des organisations nouvelles pour faciliter la gestion de leurs cabinets et les services rendus aux patients.

Ce nouveau forfait s'inscrit pleinement dans la poursuite de ce qui avait été initié avec la mise en place du bloc « organisation du cabinet » de la ROSP en 2011 lequel a montré son efficacité pour impulser une dynamique dans la profession puisque le taux d'informatisation des cabinets médicaux a considérablement progressé ces cinq dernières années.

Ce nouveau forfait est constitué de deux volets :

- ✓ le premier volet comprend cinq indicateurs qui sont des prérequis

Ils doivent tous être atteints pour que le médecin puisse bénéficier de la rémunération de ce volet et que soit ensuite ouverte la possibilité de rémunération liée au second volet.

Ce premier volet reprend trois des indicateurs du bloc organisation de la ROSP : taux de FSE supérieur à 2/3, affichage des horaires et utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié et compatible avec le DMP. Il est complété par l'indicateur d'utilisation d'une messagerie sécurisée de santé et l'utilisation des versions des logiciels SESAM-vitale les plus à jour permettant ainsi de simplifier les échanges avec l'assurance maladie.

- ✓ le second volet comprend également cinq indicateurs et vise à valoriser des outils et modes d'organisation permettant de développer les démarches d'appui ou services supplémentaires aux patients

Il valorise notamment le recours aux télé-services de l'assurance maladie avec des objectifs de taux de dématérialisation croissants par télé-service. Il encourage également les médecins à coder des données médicales, à accueillir des étudiants en médecins, à participer à des démarches de soins coordonnés (équipe de soins primaires, communauté professionnelle territoriale de santé) et à améliorer les services offerts aux patients (prise de rendez-vous, recours aux plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes,..).

A l'instar de la ROSP, ce nouveau dispositif est valorisé sous la forme d'un forfait annuel sur la base d'un système de points dont la valeur est fixée à 7 euros.

Le nombre de points affecté par an est croissant. En 2017, ce forfait (volet 1 + volet 2) est valorisé à hauteur de 250 points (soit 1750 euros), puis 460 points en 2018 (soit 3220 euros) et jusqu'à 660 points en 2019 (soit 4620 euros) en cas d'atteinte des objectifs à 100%.

Le forfait structure sera mis en place à partir du 1^{er} janvier 2017 et versé en 2018 au titre de 2017.([Fiche Forfait Structure](#)).

Des instructions complémentaires seront diffusées sur les modalités de mise en place de ce forfait et sur la validation des pièces justificatives demandées aux médecins.

- Médecins à expertise particulière:

La commission paritaire, mise en place au niveau national par la convention de 2011 afin de favoriser l'intégration des MEP dans le parcours de soins et de proposer une formation professionnelle continue adaptée, est reconduite.

3.3. Valoriser la qualité des pratiques médicales et favoriser l'efficacité du système de soins

3.3.1. Le renforcement de l'implication des médecins dans les programmes de prévention et de promotion de la santé (articles 21 et suivants)

Certains programmes instaurés lors de la convention 2011 se poursuivent. Les partenaires conventionnels ont souhaité renforcer leurs actions autour de trois thèmes importants de santé publique : prévention des conduites addictives (tabac-alcool), prévention de l'obésité des jeunes enfants, amélioration de l'accès à la contraception, y compris d'urgence, chez les jeunes filles de moins de 18 ans.

3.3.2. La rémunération sur objectifs de santé publique (article 27 et suivants)

La ROSP est maintenue et renouvelée. Elle s'actualise, s'étend et se renforce autour des 3 grands axes instaurés en 2011 : suivi des pathologies chroniques, prévention et efficacité des prescriptions.

A compter de 2017, la ROSP se recentre donc sur les seuls indicateurs de qualité des pratiques cliniques. Un nouveau dispositif en 2 volets, le forfait structure (cf point 3.2.2), vient remplacer les indicateurs de 2011 portant sur l'organisation du cabinet (cf. Fiche ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique convention médicale 2016)

Le nombre d'indicateurs de pratique clinique des médecins traitants passe de 24 à 29, dont 4 indicateurs déclaratifs (contre 5 précédemment) pour un total de 940 points (contre 900 depuis 2011).

Les indicateurs de pratique clinique des gastro-entérologues sont inchangés.

Les deux premiers indicateurs de suivi des pathologies chroniques des cardiologues voient leurs libellés légèrement modifiés.

Les objectifs intermédiaires et cibles des indicateurs ont été revus pour être ajustés aux pratiques observées.

Par ailleurs, les règles de gestion du dispositif de la ROSP ont fait l'objet de modifications visant à rendre celui-ci plus souple et prenant mieux compte de l'évolution de la patientèle.

Enfin, un avenant à la convention doit intervenir d'ici la fin d'année 2016 afin de définir :

- des indicateurs spécifiques pour le suivi des enfants par le médecin traitant de l'enfant,
- des indicateurs spécifiques aux endocrinologues.

Précisions :

- *Refus possible du dispositif ROSP*

La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) concerne tous les médecins adhérant à la convention. Toutefois, les médecins qui le souhaitent peuvent refuser de bénéficier de cette rémunération. Dans ce cas, les médecins doivent notifier leur refus auprès de leur caisse de rattachement, dans les trois mois qui suivent la publication de la convention au Journal officiel (convention publiée le 23 octobre 2016) soit au plus tard le 23 janvier 2017, ou dans les trois mois suivant leur installation pour les nouveaux installés. Ce refus peut être exprimé par tout moyen (mail, courrier,..) comprenant un accusé de réception. Contrairement à ce qui était prévu dans la précédente convention, tout refus de bénéficier de la ROSP est désormais définitif pour la durée de la convention. Des instructions complémentaires seront diffusées au réseau sur le recueil de ces éventuels refus.

- *Pas de sélection de patients*

Pour éviter le risque d'une sélection de la patientèle le choix a été fait, dès 2009 (CAPI), de n'exclure aucun patient mais de fixer les objectifs intermédiaires et cibles en fonction des distributions statistiques observées (répartition des médecins par déciles croissants de taux d'atteinte, observé pour chaque indicateur). Par ailleurs, les indicateurs sont suffisamment nombreux et divers pour que d'éventuelles particularités au niveau des patientèles soient lissées en termes de rémunération.

- *Sensibilité aux caractéristiques de la patientèle :*

Si les indicateurs de prévention sont sensibles aux caractéristiques socio-économiques de la patientèle (taux d'atteinte des objectifs moins bons pour les patients relevant de la CMU-C), les particularités éventuelles de cette dernière sont prises en compte par le nouveau forfait « patientèle » médecin traitant qui tient compte des caractéristiques des patients en termes d'âge, de pathologie et de précarité.

- *Respect du secret médical*

Les déclarations des médecins concernant les résultats de leurs indicateurs déclaratifs, réalisées via Espace Pro, se limitent à des données quantitatives totalement anonymes. Dans le cas où des précisions seraient demandées aux professionnels de santé, celles-ci le seraient exclusivement par les médecins conseils des échelons locaux du service médical.

- *Choix des indicateurs et fixation des seuils*

Les indicateurs ont été élaborés conjointement par les parties signataires de la Convention, dans le cadre de groupes de travail, en tenant compte des avis et référentiels émis par les différentes agences sanitaires et autorités publiques de santé (Haute Autorité de santé-HAS; Institut National de lutte contre le cancer- INCA ; Agence nationale de sécurité du médicament- ANSM; Santé Publique France ;-INPES-et agence nationale de santé publique- ANSP) ainsi que des recommandations internationales existantes et des propositions du Collège de médecine générale.

Les partenaires conventionnels ont exprimé le souhait que les méthodes d'élaboration des requêtes statistiques de chaque indicateur figurent en annexe de la Convention (plutôt que de faire l'objet, comme pour la convention de 2011, de publications ultérieures mises en ligne sur le site ameli).

Ils n'ont pas estimé nécessaire que les référentiels scientifiques utilisés figurent dans ces annexes. Ces référentiels pourront néanmoins être rappelés aux médecins qui le souhaitent par l'Assurance Maladie lors des visites de ses délégués visant à présenter la convention 2016. Un argumentaire médical reprenant les principaux référentiels pris en compte figure en annexe de cette circulaire (cf. [Fiche ROSP : Argumentaire médical des indicateurs ROSP](#))

Les seuils fixés pour chaque indicateur (nombre minimal de patients concernés ou de boîtes de médicaments remboursés) sont indispensables pour assurer à ceux-ci une robustesse statistique suffisante. Sans eux, les variations de rémunération pourraient en effet aisément être majeures pour de faibles variations de patientèle (par exemple, si 2 patients seulement étaient concernés, l'impact de la non réalisation pour l'un d'entre eux serait considérable).

- *Suivi du dispositif ROSP*

Les données des médecins traitants sont mises en ligne sur Espace Pro chaque trimestre. Celles des cardiologues et des gastroentérologues sont mises en ligne chaque semestre.

Le service médical de l'Assurance maladie peut également être interrogé par les professionnels de santé qui le souhaitent.

Remarque : pour la RO SP 2016 qui fera l'objet d'un paiement en avril 2017, les règles définies dans la convention de juillet 2011 restent donc applicables et ont donc été reprises in extenso dans l'annexe 16 de la nouvelle convention médicale

3.3.3. La revalorisation de certaines spécialités cliniques et la création de nouveaux actes (article 28 et suivants)

La convention valorise l'activité clinique des médecins.

Des consultations différenciées en fonction de leur niveau de complexité ou de leur enjeu en termes de santé publique, sont mises en œuvre.

Un regroupement des tarifs de consultations spécifiques nouvelles ou déjà existantes autour de 4 niveaux est défini afin de rémunérer de façon graduée les consultations de la situation la plus simple (consultation de référence) aux consultations plus longues et plus complexes ou à fort enjeu de santé publique.

Le détail de ces revalorisations et/ou créations d'actes est consultable en [Annexe 2 \(cf. Fichier Excel nouvelles mesures nomenclature convention 2016, onglet n°1\)](#)

Ces mesures seront pour la plupart applicables après parution au Journal officiel d'une décision UNCAM modifiant la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

En outre, les dates d'entrée en vigueur des revalorisations tarifaires (précisées dans le corps de la convention et reprises dans le fichier Excel supra) tiennent compte du délai de 6 mois pris en application des dispositions de l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale et d'un calendrier qui s'étend de mai 2017 à avril 2018.

Précisions :

- Acte de référence, la « C » est valorisée , à compter du 1er mai 2017, à hauteur de 25 euros, sous la forme d'une majoration de 2 euros (MMG) applicable aux médecins généralistes et médecins à expertise particulière de secteur 1 et aux médecins de secteur 2 adhérents du dispositif de modération des pratiques tarifaires. Elle permet à ces médecins de bénéficier d'une valeur de consultation équivalente à celle des autres spécialistes qui peuvent facturer la majoration forfaitaire transitoire applicable à la CS (MPC) définie à l'article 2 bis de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). La MMG pourra être également appliquée dans un second temps, à partir du 1er avril 2018, par tous les médecins, quel que soit leur secteur conventionnel, dès lors qu'ils factureront leurs actes en respectant le tarif opposable.
- La prise en charge des enfants de moins de 6 ans, par les généralistes et les pédiatres a été revalorisée.
- S'agissant de la valorisation de la prise en charge des situations cliniques complexes et très complexes, réalisées dans le cadre du parcours de soins (art 28.3.2 et 28.4), la mise en place d'un code qualifiant chaque consultation est nécessaire pour permettre la description et le suivi par les médecins du niveau de valorisation affecté à chaque consultation identifiée. Il relève maintenant de la compétence de la nomenclature de décrire le contenu précis de ces consultations.

Des précisions complémentaires concernant les modalités de mise en œuvre de ces mesures dans le système informationnel seront apportées dans une instruction ultérieure.

3.3.4. La revalorisation des actes techniques (article 29 et suivants)

La nouvelle convention valorise l'activité technique des médecins et notamment les conditions d'exercice particulier des spécialités dites de plateau technique lourd : chirurgie, anesthésie-réanimation et gynécologie-obstétrique, par :

- la mise en œuvre d'une nouvelle dynamique de Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM),
- l'évolution de la liste des actes ouvrant droits aux modificateurs J et K,
- la valorisation du modificateur K porté de 11,5 % à 20 % pour les médecins de secteur 1 et les adhérents à l'OPTAM CO (cf point 3.4.2),¹
- une revalorisation de certains actes techniques lourds d'anesthésie-réanimation,
- une revalorisation significative des modificateurs d'urgence la nuit et le dimanche, ainsi que les actes en urgence vitale de jour ou les urgences d'organe.

Le détail de ces revalorisations est consultable en [annexe 2 \(cf. Fichier Excel nouvelles mesures nomenclature convention 2016, onglet n°2\)](#)

Ces mesures seront applicables après parution au Journal officiel d'une décision UNCAM modifiant la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Des précisions complémentaires concernant les modalités de mise en œuvre de ces mesures dans le système informationnel vous seront apportées ultérieurement.

3.3.5. Le développement du recours à la télé-médecine (article 28.6)

La convention acte le principe de la mise en place d'une mesure visant à encourager l'usage de la télé-médecine pour les résidents en Ehpad, notamment dès lors que leur admission dans ce type d'établissements les conduit à changer de médecin traitant, pouvant ainsi créer une rupture dans le bon suivi des patients. Un acte de télé-expertise devrait être créé pour valoriser l'échange entre l'ancien et le nouveau médecin traitant.

Des travaux doivent être engagés sur la mise en place d'un dispositif permettant aux patients résident en EHPAD de bénéficier de consultations par téléconsultation, par un médecin généraliste, en urgence, dès lors que leur état de santé le justifie afin d'éviter les hospitalisations inutiles.

En outre, des travaux vont être menés pour décrire précisément les actes de télé-médecine dont la valorisation spécifique peut être envisagée dans le cadre conventionnel : plaies chroniques, insuffisance cardiaque notamment.

Des négociations conventionnelles pour la conclusion d'un ou plusieurs avenants à la convention médicale fixant les conditions de mise en œuvre de ces différents actes de télé-médecine vont s'ouvrir le 30 novembre 2016.

¹ Et quel que soit le secteur d'exercice du médecin pour les patients CMUC, ACS et dans le cadre de l'urgence (dans la mesure où les médecins doivent dans ces hypothèses pratiquer les tarifs opposables).

Une fois le ou les avenants conventionnels intervenus, une description précise des actes retenus sera effectuée dans la nomenclature et dans le respect du cadre législatif et réglementaire.

3.4. L'exercice conventionnel

Les dispositions sur les conditions d'exercice (conventionnement, exercice au sein des sociétés d'exercice, situation des collaborateurs, des adjoints, des remplaçants, etc) n'ont pas été modifiées sur le fond par rapport à la convention précédente. Seules des reformulations ont été faites pour plus de clarté du texte (articles 30 à 36 de la convention).

Deux éléments nouveaux par rapport à la convention précédente:

- des précisions sont apportées sur la situation au regard de la convention des médecins assurant une tenue de cabinet par exemple après le décès d'un confrère décédé (article 36 de la convention).
- Est introduite une disposition concernant les médecins pour lesquels il est constaté aucune facturation à l'assurance maladie pendant une période d'au moins 12 mois : dans ce cas, les caisses doivent notifier aux médecins concernés la suspension de l'application de l'ensemble des dispositions conventionnelles (donc y compris la participation à la prise en charge des cotisations sociales) ; cette suspension n'est pas applicable lorsque le médecin justifie cette cessation d'activité par un motif indépendant de sa volonté comme un arrêt pour cause de maladie par exemple (article 31 de la convention).

3.4.1. Les secteurs conventionnels

Les secteurs conventionnels existants (secteur à honoraires opposables, secteur à honoraires différents, droit au dépassement permanent) sont maintenus.

La convention permet l'application d'honoraires différents pour les médecins autorisés à les pratiquer, elle organise également l'accès à cette autorisation (accès secteur 2 – cf. [article 38](#)).

Il convient de distinguer 2 procédures pour l'accès au secteur à honoraires différents :

- si le médecin possède l'un des titres publics énumérés à l'article 38-1 de la convention l'accès au secteur 2 devra lui être attribué automatiquement. Cette analyse relève exclusivement de la compétence des caisses.
- si le médecin dispose d'un titre acquis au sein d'un établissement de santé privés d'intérêt collectif ESPIC ou acquis au sein d'un établissement hospitalier situé au sein de l'Union européenne alors l'accès au secteur 2 pourra lui être autorisé aux termes d'une procédure d'équivalence des titres réalisée par la Caisse Nationale après avis du Conseil Nationale de l'Ordre des médecins.

Les conditions d'accès au secteur à honoraires différents n'ont pas été modifiées avec cette nouvelle convention. Toutefois, la liste des titres permettant l'accès au secteur 2 a été actualisée afin de tenir compte des évolutions règlementaires et des propositions des organisations syndicales :

- le titre d'ancien chef de clinique des universités - ancien chef de clinique des universités de médecine générale permet désormais d'accéder au secteur 2 ;
- les médecins possédant un titre acquis au sein d'un établissement hospitalier Québécois ou relevant d'une collectivité d'Outre-Mer (Nouvelle Calédonie, Polynésie Française), sont

désormais autorisés à accéder au secteur 2 aux termes d'une procédure d'équivalence des titres. Il s'agit dans ce dernier cas de viser les établissements publics et les établissements équivalant en termes de statut aux ESPIC.

Par ailleurs, l'article 38-1 de la convention médicale précise le critère de première activité libérale. L'article 38-1 dispose que peuvent demander à être autorisés à pratiquer des honoraires différents les médecins qui s'installent pour la première fois en exercice libéral dans le cadre de la spécialité médicale qu'ils souhaitent exercer.

A noter que bien qu'il ne soit plus expressément fait mention, dans la convention des titres acquis au sein de la « confédération Helvétique », ces titres sont toujours visés mais sous l'appellation « régime de reconnaissance des qualifications professionnelles de l'Union Européenne mise en place par la directive 2005/363 » qui inclut les titres acquis au sein de la confédération Helvétique.

En outre, au regard de la convention les médecins salariés d'une société d'exercice sont considérés comme les autres médecins exerçant sous une autre forme d'exercice et dès lors sont soumis aux dispositions des articles 38 et suivants sur l'accès au secteur à honoraires différents.

Le médecin autorisé à pratiquer des honoraires différents peut revenir sur son choix à tout moment et opter pour le secteur à honoraires opposables, ce choix revêt un caractère irrévocable.

Les médecins titulaires du droit à dépassement permanent (DP) à la date d'entrée en vigueur de la convention en conserve le bénéfice.

Il a été jugé utile de refaire un point détaillé sur les conditions d'accès et sur la procédure applicable dans la mesure où des disparités de traitement au niveau des caisses ont été constatées (cf. [Fiche Secteur 2](#)).

3.4.2. Les dispositifs de maîtrise des pratiques tarifaires

- Mise en place de deux nouvelles options en remplacement du CAS : l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie-obstétrique (OPTAM-CO) (articles 40 à 58) :

Ces nouvelles options reposent sur le même principe que le CAS à savoir l'engagement des médecins adhérant sur le respect d'un taux de dépassement moyen et d'un taux d'activité au tarif opposable en contrepartie de l'accès aux tarifs de remboursements applicables aux médecins de secteur 1.

Toutefois, ces taux d'engagements seront désormais définis :

- sur la base de la pratique tarifaire du médecin sur les trois dernières années précédant l'entrée en vigueur de la convention de 2016 (soit 2013, 2014 et 2015 et non plus sur l'année 2012),
- les médecins d'une même spécialité exerçant en groupe peuvent demander la fixation de leurs engagements sur la base de la moyenne des taux constatés chez l'ensemble des médecins du groupe sur les 3 années précédentes,
- les médecins ayant une activité libérale mixte (activité libérale en cabinet et activité libérale dans un établissement dont le financement inclut la rémunération des médecins) peuvent demander la prise en compte de cette activité en établissement pour la fixation et le suivi de leurs engagements.

En outre, ces options ont été adaptées afin de les rendre plus attractive pour les médecins concernés avec :

- une plus grande souplesse pour sortir du dispositif (contrat d'un an renouvelable tacitement et possibilité de sortir à tout moment),
- une modification des conséquences sur les engagements des hausses des tarifs de remboursement afin de partager les gains entre les patients et les médecins,
- et pour l'OPTAM :
 - o le remplacement de la participation aux cotisations sociales par une rémunération spécifique calculée par la CNAMTS sur l'activité réalisée à tarif opposable (rémunération spécifique qui ne concerne que les médecins de secteur 2 adhérant à l'OPTAM dans la mesure où les médecins de secteur 1 titulaires du droit permanent à dépassement en application de l'article 38.1.3 de la convention et les médecins de secteur 1 disposant des titres pour l'accès au secteur 2 et installés en secteur 1 avant le 1^{er} janvier 2013 adhérant à l'option bénéficiant déjà de la participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales). ; la mise en place de la prime va permettre une réduction des délais de versement pour les médecins ayant respecté leurs engagements,
 - o la mise en place d'une rémunération progressive en fonction du niveau d'atteinte des engagements afin de permettre à davantage de médecins signataires d'en bénéficier,
- une option spécifique OPTAM-CO pour les chirurgiens et gynéco-obstétriciens avec une valorisation directe à l'acte (à la place de la rémunération spécifique applicable à l'OPTAM) : valeur du modificateur K portée de 11,5% à 20 % (cf. point 3.3.4) .

Ces deux options qui s'appliqueront à compter du 1^{er} janvier 2017 sont décrites dans des fiches spécifiques (cf. [Fiche OPTAM](#) et [Fiche OPTAM-CO](#)).

- Phase de transition entre le Contrat d'accès aux soins et les OPTAM

- ✓ Les adhésions au contrat d'accès aux soins :

Les adhésions au contrat d'accès aux soins sont possibles jusqu'au 31 décembre 2016 : ces contrats restent conclus sur la base de la pratique tarifaire constatée sur l'année 2012 ou de la moyenne régionale pour les médecins ne disposant pas d'une année complète d'activité sur 2012. Ces contrats restent donc régis par les dispositions définies dans la convention de 2011 (issues de l'avenant 8) et reprises dans l'annexe 17 dans la nouvelle convention médicale.

Toutefois, lors de l'adhésion au contrat d'accès aux soins, il convient d'informer les médecins de la mise en place prochaine de l'OPTAM et de l'OPTAM CO (pour les spécialistes concernés par ce dernier) et de la campagne d'adhésion qui démarrera en mars prochain (cf. ci-après).

A partir du 1^{er} janvier 2017, il ne sera plus possible d'adhérer au contrat d'accès aux soins. Toutefois, les médecins nouveaux installés qui choisissent de s'installer en secteur 2 ou les médecins qui se manifestent auprès de la caisse pour adhérer au contrat doivent être informés du fait qu'ils vont pouvoir adhérer à l'OPTAM ou à l'OPTAM CO le cas échéant. Un rendez-vous pour la présentation des nouvelles options et de leurs taux d'engagement peut d'ores et déjà être fixé à cette occasion (rendez-vous à programmer à partir de début mars 2017).

- ✓ La prorogation provisoire des contrats d'accès aux soins

Les contrats d'accès aux soins souscrits avant le 1^{er} janvier 2017 sont prorogés transitoirement (y compris les contrats qui arrivaient en principe à échéance au 1^{er} décembre 2016). Bien évidemment, un

médecin peut toujours décider de résilier son contrat. Dans ce cas, la résiliation doit être enregistrée par la caisse dans les conditions définies à l'annexe 17 de la nouvelle convention médicale.

Un courrier accompagné d'un document présentant les nouvelles options OPTAM et OPTAM CO va être adressé aux médecins adhérant au contrat d'accès aux soins pour les informer de la prorogation transitoire des contrats et de la campagne d'adhésion aux nouvelles adhésions qui démarrera à partir de début mars 2017.

La campagne d'adhésion aux OPTAM ne peut démarrer qu'à partir de 2017 dans la mesure où la fixation des nouveaux d'engagement qui sont définis au regard de la pratique tarifaire observée sur les années 2013, 2014 et 2015 nécessite un important travail statistique au niveau de la CNAMTS. Doivent également être prises en compte pour la fixation des taux d'engagement, les différents vagues de valorisation des actes définies dans la nouvelle convention.

✓ L'entrée en vigueur de l'OPTAM et de l'OPTAM CO

Afin de ne pas pénaliser les médecins, les OPTAM et OPTAM CO souscrites par les médecins précédemment adhérents au contrat d'accès aux soins auront une date d'effet au 1^{er} janvier 2017 même si les adhésions ne seront recueillies qu'à partir de mars 2017.

Pour les médecins qui décideraient de ne pas poursuivre leur engagement dans la maîtrise de leur pratique tarifaire en ne souscrivant pas à l'OPTAM ou l'OPTAM CO proposé, leur contrat d'accès aux soins sera alors résilié avec une date d'effet au 31/12/2016 (sans remise en cause des majorations et tarifs dont ils ont pu bénéficier jusqu'aux premiers mois de l'année 2017 en tant qu'adhérent au contrat d'accès aux soins).

Des instructions spécifiques seront diffusées prochainement sur :

- les informations à transmettre aux médecins adhérant au contrat d'accès aux soins
- la campagne DAM ou échanges confraternels pour recueillir les adhésions à l'OPTAM et l'OPTAM CO qui interviendra à partir de début mars 2017 avec un ciblage en priorité sur les adhérents au CAS.
- les modalités d'enregistrement et le suivi des nouvelles options

3.5. Moderniser et simplifier les relations entre les médecins et l'Assurance maladie

Pour optimiser la qualité des soins et pour plus d'efficacité de gestion, des mesures de simplification administrative permettent de moderniser les relations avec l'assurance maladie.

3.5.1. Modalités des échanges électroniques relatifs à la facturation à l'assurance maladie

Cette partie a été revue compte tenu de l'évolution des règles de facturations en SESAM Vitale intervenues depuis 2011.

Par ailleurs, a été ajoutée à l'instar des dispositions figurant dans d'autres conventions nationales, la possibilité d'utiliser le mode de facturation SESAM Vitale dégradée en l'absence de carte vitale de l'assuré ([article 61](#)).

3.5.2. La simplification des échanges entre les médecins et l'assurance maladie

- **Facilitation de la facturation**

La nouvelle convention acte un certain nombre d'engagements de l'Assurance maladie en matière de paiement et de suivi des facturations :

- la suppression des rejets de facture liés au parcours de soins, même si changement de situation du patient (article 59 de la convention) ;
- l'application de la garantie de paiement même si la Carte Vitale patient n'est pas à jour (article 59 et 60.5.4 de la convention);
- la possibilité de facturer en mode SESAM « dégradé » (feuille de soins électronique réalisée sans la carte vitale de l'assuré –article 61 de la convention)
- l'accès aux droits du patient en l'absence de Carte Vitale via le service ADRI (acquisition des droits intégrés-articles 59 et 60.5.4 de la convention) ;
- le suivi optimisé des facturations/paiements via le logiciel SESAM-Vitale «norme Noémie 580 » (article 61.4 de la convention).

Elle se traduit également via la mise en place de la plateforme d'assistance inter-régimes en cas de difficulté pour pratiquer le tiers payant (CESI), accessible par téléphone ou courriel (article 61.5 de la convention).

Ces éléments figuraient déjà dans le memo diffusé à l'ensemble des professionnels de santé au moment de la mise en place du tiers payant intégral en juillet 2016 pour la prise en charge à 100% des femmes enceintes et des patients en Affections de Longue Durée.

- Simplification des échanges via notamment les téléservices (article 62 de la convention médicale)

Un ensemble de services visant à simplifier les tâches administratives des médecins et à faciliter la prise en charge de leurs patients seront déployés.

Certains de ces téléservices sont déjà en place dans Espace Pro.

- ✓ la gestion des protocoles de soins électroniques (PSE) simplifiée

Ce téléservice permet d'effectuer une demande de prise en charge d'un patient en affection longue durée (ALD) avec une saisie allégée du protocole de soins sur un support électronique. Il permet au médecin de disposer d'un accord immédiat pour tous ses patients en ALD à déclaration simplifiée. Il permet pour les autres un échange plus rapide entre le médecin traitant et le médecin conseil.

- ✓ la prescription d'arrêt de travail en ligne

Ce service permet de faire parvenir sans délai un avis d'arrêt de travail dématérialisé aux services concernés de l'assurance maladie et de produire le volet destiné à l'assuré.

- ✓ la déclaration du médecin traitant en ligne

Ce service permet d'effectuer une déclaration « médecin traitant » dématérialisée transmise en temps réel aux services de l'assurance maladie.

- ✓ la déclaration d'un certificat médical d'Accident de Travail ou de Maladie Professionnelle en ligne

Grâce à une aide intégrée, ce service permet de rédiger un certificat médical d'accident de travail ou de maladie professionnelle avec l'arrêt de travail afférent transmis en temps réel aux services de l'assurance maladie.

- ✓ la déclaration de grossesse en ligne

Pour éviter à la patiente d'envoyer le certificat papier remis lors du premier examen médical, ce téléservice permet d'effectuer une déclaration de grossesse dématérialisée transmise en temps réel aux services de l'assurance maladie.

Pour la suite, les partenaires conventionnels s'engagent à travailler ensemble pour déployer de nouveaux outils facilitant les échanges notamment dans le cadre du comité technique paritaire permanent chargé des simplifications administratives définies à l'article 82 du texte.

- Accompagnement renforcé des médecins (articles 63 et 64 de la convention)

Différents dispositifs sont déployés pour faciliter et améliorer les échanges entre les médecins et les caisses :

- désignation de correspondants identifiés ;
- développement des échanges par mail ;
- accompagnement par les DAM, les médecins conseils et les CIS ;
- mise en place d'un centre de services inter-régimes (Cesi) pour répondre à toutes les questions des médecins sur leurs facturations en tiers payant.

3.5.3. Document ouvrant droit au remboursement des prestations

Sont rappelés dans la convention les obligations des médecins en matière de remplissage des supports de facturations (articles 65 à 68 de la convention).

Par ailleurs, compte tenu du déploiement significatif du dispositif de scannérisation des ordonnances (dispositif « SCOR »), l'obligation faite jusqu'alors aux médecins de délivrer aux patients une ordonnance dupliquée est supprimée (article 57 convention de 2011).

A noter, qu'a été ajouté à l'article 65 de la convention, une disposition relative aux commandes d'imprimés sur support papier : les commandes adressées par les médecins doivent être effectuées au regard de leur volume d'activité et être suffisamment anticipées pour permettre une fourniture par les caisses dans des délais compatibles avec les besoins du médecin et inférieur à 6 semaines. Des instructions complémentaires seront diffusées aux caisses pour faciliter la mise en œuvre de cet engagement.

3.5.4. Modalités particulières à l'exercice dans un établissement de santé (Titre 5 - Sous-titre 4)

Afin de tenir compte des évolutions des modes d'exercice et notamment du développement des activités libérales en établissement de santé, la convention médicale précise expressément les modalités d'exercice relevant du champ de la convention :

Type d'établissement	Champ conventionnel ou non	Modalités de facturation
Etablissement de santé visé au d) de l'article L.162-22-6 CSS	Activité conventionnée	L'ensemble des actes dispensés ainsi que le montant correspondant des honoraires sont inscrits sur le bordereau de facturation (S3404).
Actes réalisés pour la part d'activité libérale par les praticiens statutaires exerçant à temps plein dans les établissements publics de santé	Activité conventionnée	Les actes et consultations réalisés dans ce cadre sont facturés au malade sous le numéro AM du praticien pour permettre leur intégration dans son activité libérale conventionnée.
Actes réalisés dans le cadre d'un contrat d'exercice libéral	Activité ne relevant pas du champ conventionnel	Pas de facturation directe à l'assurance maladie. Les honoraires correspondant aux actes réalisés par ce médecin dans le cadre du contrat d'exercice libéral sont directement versés par l'établissement.

Actes réalisés dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire	Activité ne relevant pas du champ conventionnel si le médecin intervient dans un GCS financé sur la base des tarifs de prestation d'hospitalisation des établissements mentionnés au a b et c du L.162-22-6 CSS	Les honoraires du médecin sont versés par le GCS.
	Activité conventionnée si le médecin intervient dans un GCS financé sur la base des tarifs de prestation d'hospitalisation des établissements mentionnés au d du L.162-22-6 CSS.	Les actes sont facturés sous le numéro AM personnel du médecin pour permettre leur intégration dans son activité libérale conventionnée. Les honoraires du médecin sont versés directement par l'assurance maladie.

3.5.5. Dispositions sociales

- La participation aux risques maladie, maternité, décès (article 70)

Le niveau de participation est maintenu identique à celui défini dans la convention de 2011. En revanche, pour pouvoir tenir compte de l'évolution des taux de cotisations susceptibles d'intervenir (modification intervenue notamment dans le cadre de la l'article 84 de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2016 qui prévoit une baisse du taux de cotisation des professionnels affiliés au régime des praticiens et auxiliaires médico conventionnés qui passe de 9,81 à 6,5 %), la hauteur de la participation de l'Assurance Maladie est désormais exprimée au regard du reste à charge pour les médecins.

- Allocation familiales (article 71)

Le niveau de participation de l'Assurance Maladie est identique à celui défini dans le cadre de la convention de 2011. En revanche, la formulation de l'article a été revue pour tenir compte de l'évolution des taux de cotisation susceptibles d'intervenir (modifications des taux de cotisations des allocations familiales intervenue à 2 reprises en 2014 et 2015).

A noter que les médecins ont bénéficié au titre des années 2014 et 2015 d'une augmentation du niveau de prise en charge de leurs cotisations allocations familiale dans la mesure où aucun avenant conventionnel n'était intervenu pour prendre en compte les modifications des taux de cotisations (cf. supra).

La nouvelle rédaction figurant dans la convention permet donc de revenir au niveau de prise en charge initialement fixé en 2011. La mise en œuvre de cette disposition fait actuellement l'objet d'échanges entre la CNAMTS et l'ACOSS pour prise en compte dans les appels de cotisations.

- Risque vieillesse (article 72)

Le niveau de participation de la prise en charge du risque vieillesse est maintenu à hauteur de 2/3 pour la cotisation forfaitaire annuelle obligatoire et pour la cotisation proportionnelle. Le maintien du niveau de participation de l'assurance maladie (au deux tiers des cotisations dues) se traduit par un investissement supplémentaire dans la protection sociale des médecins dans la mesure où une nouvelle réforme de l'allocation supplémentaire de vieillesse (ASV) est en cours pour pérenniser le régime se traduisant par une augmentation du taux de cotisations.

- Participation à la prise en charge des cotisations sociales pour l'activité réalisée dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Dans le cadre de l'avenant 9 à la convention médicale de juillet 2011, l'assiette de participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales des médecins a été étendue aux revenus tirés d'activités non salariées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins (dès lors que ces rémunérations sont fixées sur la base des tarifs opposables). Il s'agit de structures type ESPIC, EHPAD notamment. Les modèles de déclarations de revenus établis par l'ACOSS ont été modifiés pour créer une ligne dédiée permettant aux médecins de déclarer de manière spécifique les revenus perçus dans le cadre de ce type d'activité (revenus non connus de l'assurance maladie car non facturés directement). Le calcul de la participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales prend bien en compte ces revenus (intégrés dans l'appel de cotisations effectué par l'ACOSS auprès de la CNAMTS).

Les partenaires conventionnels dans le cadre de cette nouvelle convention médicale (article 69) ont souhaité réserver cette disposition aux médecins ayant un minimum d'activité exercée en libéral en ville avec facturation directe à l'assurance maladie. Ainsi, cette prise en charge est réservée aux médecins dont l'activité en cabinet libéral de ville représente au moins 15% de l'activité libérale totale du médecin (l'activité libérale totale étant représentée par l'activité en cabinet de ville et l'activité en structures dans le cadre de contrats d'exercice libéral).

Des instructions complémentaires seront diffusées sur la mise en œuvre de cette disposition.

A noter : un médecin exerçant exclusivement en structures dans le cadre le cadre d'un contrat d'exercice libéral (cf 3^{ème} ligne du tableau du point 3.5.4 de la présente circulaire) n'exerce pas dans le champ de la convention et ne bénéficie donc pas de cette disposition sur la prise en charge des cotisations sociales pour l'activité réalisée au sein des structures.

- Autres mesures en faveur de la protection sociale

Des modalités possibles de participation de l'assurance maladie au financement de la mise en place de mesures sociales en faveur d'une meilleure couverture des médecins libéraux dans certains domaines (couverture maternité, protection en cas d'incapacité de travail et couverture du risque accident du travail) pourront être examinées, dans le cadre d'un avenant à la convention, après évolutions législatives et réglementaires.

Ainsi, en application de l'engagement pris par la Ministre de la santé lors de la Grande conférence de santé, une mesure ayant pour objet d'habiliter les partenaires conventionnels à négocier l'instauration d'un avantage financier durant l'interruption d'activité pour cause de maternité ou de paternité, a été introduite dans le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2017. Après la publication de la LFSS 2017, les partenaires conventionnels entameront des discussions en vue de la conclusion d'un avenant.

3.6. Vie conventionnelle

3.6.1. Dispositif applicable en cas de non-respect des dispositions conventionnelles ([articles 85 et suivants et annexe 24](#))

- Les procédures de sanction conventionnelle sont conservées :
 - procédure en cas de non-respect des engagements conventionnels,
 - procédure pour pratique tarifaire excessive,
 - procédure exceptionnelle de déconventionnement.

- La convention médicale procède cependant à quelques modifications à la marge :
 - ✓ en matière de délais :
 - la procédure d'avertissement préalable est désormais réputée effectuée dans un délai de trois ans (délai d'un an dans l'ancienne convention) ;
 - l'ensemble des documents utiles à l'examen du(es) manquement(s) reproché(s) au médecin, par la CPL doivent être transmis aux membres de la commission au moins quinze jours avant la réunion et joints à l'ordre du jour (délai non précisé dans l'ancienne convention)
 - ✓ en matière de transmission, à la CPL, des informations sur le déroulé de la phase préalable à la réunion de la commission :
 - la CPL doit obligatoirement être avisée de l'entretien du médecin avec le Directeur de la caisse (entretien facultatif laissé à la discrétion du professionnel) et des suites qui y sont données : abandon de la procédure ou poursuite de celle-ci (obligation inexistante dans l'ancienne convention) ;
 - de manière générale, et sans que cela ne soit retranscrit dans le corps même de la convention, la CPL doit régulièrement être tenue informée de l'état d'avancement des dossiers des médecins qui font l'objet d'une procédure conventionnelle.
 - ✓ en matière d'appréciation du caractère excessif de la pratique tarifaire excessive, le critère du « profil » du médecin est ajouté. Les partenaires conventionnels ont en effet souhaité que le caractère atypique de l'activité de certains médecins puisse être pris en compte dans l'appréciation du caractère excessif de la pratique tarifaire excessive ; cette activité atypique ne pouvant pas toujours faire l'objet d'un comparatif avec l'activité des praticiens d'une même spécialité.
- La convention souligne le caractère collégial de la procédure et de la sanction conventionnelle, qui doivent émaner de l'ensemble des organismes représentant les caisses signataires de la convention nationale à savoir, le régime général, le régime agricole et régime social des indépendants. L'avertissement, le relevé des constatations et le courrier de notification de sanction doivent ainsi être co-signés par les trois Directeurs de caisses et envoyés par la CPAM/CGSS.
- Elle met également en place la possibilité pour le médecin, de demander à être entendu par la commission et/ou d'envoyer un mémoire en défense, au plus tard, trois jours avant la date de réunion (nouveau).
- Points de vigilance

Afin de limiter les risques de contentieux, au regard notamment des vices de procédure pouvant remettre en cause l'application d'une sanction conventionnelle notifiée, l'attention des caisses est attirée sur un certain nombre de points :

- respect des délais,
- vérification de la composition de l'instance, des règles de quorum et de parité pour que l'avis de la commission soit valable,
- caractérisation précise des faits ayant conduit au constat par la caisse du non-respect des dispositions conventionnelles (instruction approfondie du dossier au préalable, à l'aide d'éléments factuels et objectifs),
- matérialisation des avis sur les sanctions à prononcer,
- motivation des sanctions notifiées sur la base des dispositions conventionnelles (rappel de la référence des articles, du contenu, etc.),

- précision de la date d'entrée en application de la sanction et des voies de recours dans le courrier de notification de la sanction,
- respect du contradictoire,
- détail des dossiers dans le cadre de la procédure d'appel au niveau national (faire des synthèses d'activité, être précis sur les faits reprochés, apporter des éléments d'analyse complémentaire, etc...)

La procédure a fait l'objet d'une réécriture afin de la rendre plus lisible et opérationnelle (cf. [Schémas récapitulatifs disponibles en Annexe 4](#)).

3.7. Déroulé de l'accompagnement des médecins

La mise en œuvre de la nouvelle convention sera accompagnée par différentes actions de communication auprès des médecins :

- une campagne de communication sera réalisée auprès des médecins généralistes par les délégués de l'assurance maladie à compter du dernier trimestre 2016 ;
- une campagne d'accompagnement auprès des spécialistes sur l'OPTAM est également prévue (cf. point 3.4.2 de la circulaire)
- toute autre initiative de la part des caisses pour assurer la promotion de ce dispositif est encouragée.

LISTE DES ANNEXES ET FICHES DE LA CIRCULAIRE

- **ANNEXES**

- ANNEXE 1 : Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie
- ANNEXE 2 : Nouvelles mesures nomenclature convention médicale 2016 (fichier Excel)
- ANNEXE 3 : Diaporama de présentation de la nouvelle convention médicale 2016
- ANNEXE 4 : Schémas récapitulatifs des procédures conventionnelles médecins

- **FICHES THEMATIQUES**

- Fiche Démographie : CAIM
- Fiche Démographie : COTRAM
- Fiche Démographie : CSTM
- Fiche Démographie : COSCOM
- Fiche Forfait structure
- Fiche Forfait Patientèle médecin traitant
- Fiche Maitrise Dépassement : OPTAM
- Fiche Maitrise Dépassement : OPTAM-CO
- Fiche ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique convention médicale 2016
- Fiche ROSP : Argumentaire médical des indicateurs ROSP
- Fiche Secteur 2