# AVENANT N° 9
# A LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MEDECINS LIBERAUX ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNEE LE 25 AOUT 2016

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-5, L.162-14-1 et L.162-15,

Vu les lignes directrices du Ministre de la santé et des solidarités en date du 19 août 2020,

Vu les orientations du conseil de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie en date du 27 août 2020,

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, publiée au Journal officiel du 23 octobre 2016, et ses avenants,

Il est convenu ce qui suit, entre :

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

et

La Fédération Française des Médecins Généralistes,

L'Union Syndicale Avenir Spé-Le Bloc,

La Confédération des Syndicats Médicaux Français,



TF

**Préambule**

Les négociations de ce présent avenant se placent dans un contexte particulier et inédit : les partenaires conventionnels ont souhaité tirer collectivement les enseignements de la crise sanitaire liée au COVID-19 en procédant à des aménagements structurants, afin d'adapter notre système de santé, de sorte à mieux prendre en compte les besoins des assurés et des professionnels de santé libéraux mis en exergue par cette crise. La dynamique amorcée par la stratégie « Ma santé 2022 » doit être poursuivie, en lien avec les objectifs du Ségur de la santé.

Les partenaires conventionnels souhaitent prioritairement s'attacher à la question de la prise en charge à domicile des personnes âgées. La campagne de vaccination contre le COVID-19 a démontré l'importance de « l'aller-vers » pour les personnes en situation de dépendance. Plus généralement, l'accompagnement du grand âge et de l'autonomie nécessite de revoir le modèle de prise en charge à domicile. Les partenaires conventionnels s'accordent à inciter les médecins traitants à se rendre au domicile de leurs patients âgés, en particulier en perte d'autonomie, au moins une fois par trimestre. Aussi, la rémunération de la visite à domicile des médecins généralistes sera doublée pour les patients de 80 ans et plus en ALD.

Dans ce contexte de crise, la santé mentale et la santé des enfants sont plus que jamais des enjeux prioritaires. Aussi, les partenaires conventionnels s'accordent sur un effort substantiel en faveur de la psychiatrie et la pédiatrie, avec une attention particulière portée à la pédopsychiatrie et à la prise en charge des enfants souffrant de troubles du neuro-développement. De surcroît, afin d'assurer une meilleure prise en charge des enfants admis à l'Aide sociale à l'enfance, leur bilan de santé par les généralistes et les pédiatres relèvera désormais d'une consultation complexe. Afin d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap, la constitution et la transmission du dossier MDPH, qui requièrent beaucoup de temps, seront de surcroît valorisées comme des consultations très complexes.

Les partenaires conventionnels s'accordent également à renforcer la qualité du parcours de soins, d'une part en étendant le champ de la télé-expertise, d'autre part en revalorisant l'avis ponctuel de consultant.

Les partenaires conventionnels souhaitent en outre tirer les enseignements des dérogations accordées durant la crise sanitaire afin de permettre à la téléconsultation de poursuivre son essor, dans un cadre garantissant la qualité des soins et le respect du parcours de soins.

Face aux difficultés d'accès aux soins, il est prévu de mettre en place, dès 2022, un Service d'accès aux soins (SAS) permettant d'orienter les patients ressentant un besoin de soins urgent ou immédiat. Il s'agit de permettre à ces patients de trouver une réponse adéquate au sein du système de santé, en donnant à la médecine libérale les moyens de construire cette organisation, notamment dans le cadre des expérimentations en cours de déploiement.



TF

Par ailleurs, le Ségur de la Santé porte une nouvelle politique d'investissement massif en faveur du numérique en santé, condition indispensable à la transformation du système de santé, dans un cadre éthique, respectueux des droits de l'ensemble des acteurs de l'écosystème, usagers et professionnels. Les partenaires conventionnels s'accordent ainsi à accompagner les médecins libéraux à l'usage des nouvelles modalités offertes par le Ségur numérique, parmi lesquelles le volet médical de synthèse, la messagerie sécurisée, la e-prescription et l'application Carte Vitale.

En outre, les partenaires conventionnels s'accordent pour mettre en œuvre un nouveau dispositif valorisant l'engagement des médecins dans une démarche d'efficience des prescriptions, à travers la mise en place d'un dispositif optionnel d'intéressement à la prescription de médicaments biosimilaires, conforme aux recommandations de bonne pratique et respectueux des choix des patients.

Par ailleurs, les dispositions conventionnelles encadrant les dispositifs de pratique tarifaire maitrisée (OPTAM et OPTAM CO) seront modifiées pour permettre aux médecins adhérents un suivi plus réactif de leurs résultats afin de leur permettre un meilleur pilotage de leur pratique tarifaire.

Enfin, les partenaires conventionnels conviennent de procéder à certaines adaptations du texte conventionnel à diverses mesures législatives et réglementaires. Il s'agit notamment de :

- l'intégration des praticiens hospitalier à temps partiel dans le champ d'application de la convention ;
- et de la valorisation de l'aide financière complémentaire en cas d'interruption de l'activité médicale pour cause de paternité.

Dans ce cadre, il est convenu ce qui suit :

**Article 1 – Renforcer le recours aux médecins spécialistes dans le cadre du parcours de soins, soutenir les spécialités en tension et renforcer l'accès aux soins des personnes fragiles**

**Article 1-1 Renforcer le recours aux médecins spécialistes dans le cadre du parcours de soins, et soutenir les spécialités en tension**

- Valoriser l'activité psychiatrique :

Le dernier alinéa de l'article 28.1 intitulé « La consultation de référence » de la convention nationale est remplacé par l'alinéa suivant :
« La consultation des psychiatres, neuropsychiatres et neurologues (CNPSY) est portée « de 39 euros à 42,5 euros (tarif métropole). ».
Au même article, un nouvel alinéa est ajouté en fin d'article comme suit :
« Les partenaires conviennent de la création d'une majoration spécifique de la consultation des psychiatres pour les patients de moins de 16 ans, pour les médecins exerçant en secteur à

honoraires opposables et en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée ou en secteur à honoraires différents lorsque la consultation ou la visite est facturée à tarif opposable, avec une valeur de 3 euros. ».

- Valoriser l'activité pédiatrique :

Le deuxième alinéa de l'article 28.2.2 de la convention nationale intitulé : « Les consultations de suivi de l'enfant de moins de 6 ans par les médecins généralistes et les pédiatres » est remplacé par l'alinéa suivant :
« Pour les pédiatres, ils proposent la revalorisation de la majoration spécifique - Nouveau Forfait Pédiatrique (NFP) - applicable quel que soit le secteur d'exercice du médecin avec une valeur de 10 euros afin de valoriser la consultation pour les nourrissons de 0 à 2 ans. ».

- Valoriser la prise en charge sans délai des patients en ville par les médecins libéraux :

Le quatrième alinéa de l'article 28.2.4 de la convention nationale intitulé : « Les consultations réalisées par un médecin correspondant pour un patient adressé par son médecin traitant pour une prise en charge dans les 48 heures », est complété par la phrase suivante :
« Pour les psychiatres, la consultation réalisée à la demande du médecin traitant ou par le régulateur libéral du SAS, dans les deux jours ouvrables suivant cette demande telle que définie en NGAP par la décision UNCAM du 20/12/11 est valorisée 2 CNPSY. ».

- Valoriser l'activité de gynécologie médicale

Après l'article 29.6 de la convention nationale, est inséré un nouvel article 29.7 intitulé : « Valorisation de l'activité de gynécologie médicale » rédigé comme suit :
« Les partenaires proposent la création d'une majoration spécifique des consultations ou visites cotées CS ou VS des gynécologues médicaux (code spécialité 70 ou 79) exerçant en secteur à honoraires opposables et en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée ou en secteur à honoraires différents lorsque la consultation ou la visite est facturée à tarif opposable, avec une valeur de 2 euros.
Les partenaires s'accordent pour valoriser le temps médical et diagnostic réalisé dans le prolongement d'une colposcopie (JLQE002) par la création d'un supplément d'une valeur de 15 euros. ».



TF

**Article 1-2 Améliorer la prise en charge des patients fragiles**

- Mesures en faveur de la prise en charge des enfants dans le cadre de l'Aide Sociale à l'enfance (ASE) :

1°. L'article 28.3.1 intitulé « Consultations à fort enjeu de santé publique », est complété par l'alinéa suivant :

«

✓ Conformément aux dispositions de l'article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, les partenaires conventionnels s'accordent à créer une consultation complexe « ASE » valorisée à 46 euros (tarif métropole) ouverte aux médecins généralistes et aux pédiatres, afin de réaliser le bilan de santé et de prévention obligatoire prévu à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance. ».

2°. Le cinquième alinéa de l'article 28.3.4 de la convention nationale intitulé : « Revalorisation de certaines consultations complexes de la NGAP et création de nouvelles consultations complexes », est supprimé et remplacé de la manière suivante :

«

✓ Consultation pour diabète compliqué insulino-dépendant ou insulino-requérant ou première consultation pour endocrinopathie complexe réalisée par l'endocrinologue ou le médecin spécialiste en médecine interne disposant d'une compétence en diabétologie, qui est valorisée par la majoration MCE, portée à 22 euros (tarif métropole).

3°. Le 2ème alinéa de l'article 28.3.5 intitulé : «Valorisation de l'avis ponctuel de consultant » est remplacé par l'alinéa suivant :
« Sa valeur est portée à 55 euros, (tarif métropole). ».

- Dispositions en faveur de l'amélioration de la prise en charge des troubles autistiques et de la prise en charge des patients en situation de handicap :

L'article 28.4 de la convention nationale intitulé : « Les consultations très complexes » est modifié comme suit :

- le 3ème alinéa est complété par la phrase suivante : « Les partenaires conventionnels conviennent de l'extension de la MIS aux troubles du spectre de l'autisme et aux troubles du neuro-développement permettant de rendre cohérent le parcours du patient via les plateformes de coordination et d'orientation dites TND et de prendre en compte les dernières recommandations de bonne pratique de la HAS sur les troubles du neuro-développement : « Repérage et orientation des enfants à risque » (du 17 mars 2020) ;
- le 13ème alinéa de ce même article est complété par les deux phrases suivantes : « Les partenaires conventionnels s'accordent pour étendre le périmètre de la consultation CTE de repérage des signes de trouble du spectre de l'autisme, aux troubles du neuro-développement englobant également les troubles de la relation précoce mère/enfant.



TF

De façon plus générale, les partenaires conventionnels s'accordent également sur la création d'une nouvelle consultation très complexe MPH valorisée à 60€ (tarif métropole), qui pourra être facturée une seule fois par patient dans les contextes suivants :

- passage de dossier entre ancien et nouveau médecin traitant ou entre un pédiatre et le nouveau médecin traitant (facturable par les deux médecins) pour les patients vivants avec un handicap sévère ;
- remplissage complet du premier certificat médical du dossier de demande de droits MDPH d'un patient.

A la fin de l'article 28.4 de la convention nationale, sont ajoutés quatre alinéas ainsi rédigés :

« Les partenaires conventionnels s'accordent pour introduire la notion de « consultation blanche » à la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. Une « consultation blanche » s'entend d'une part comme le temps de rencontre planifié entre le patient vivant avec un handicap et le praticien ainsi que son lieu de consultation (appropriation de l'espace, du matériel, reconnaissance des personnes), ou d'autre part comme une consultation au cours de laquelle les soins prévus n'ont pas pu être réalisés compte tenu du handicap du patient.
Ils s'accordent pour valoriser les consultations blanches à même hauteur que la consultation de référence.
En outre, afin d'inciter les médecins libéraux à participer aux dispositifs de consultations dédiés aux personnes en situation de handicap dans les structures de soins spécialisées pour pratiquer des soins, la majoration de déplacement « MD » est facturable, en sus des consultations, dans ce cadre par les médecins, toutes spécialités confondues.
Enfin, les partenaires examineront, par le biais d'un groupe de travail spécifique dont les travaux devraient aboutir d'ici la prochaine convention médicale, la possibilité de mise en place de mesures incitatives afin de favoriser l'accès à un médecin des patients en situation de handicap pour assurer au mieux la coordination des soins et tenir compte de la complexité des soins prodigués dans ce cadre. ».

- Mesures en faveur du renforcement de la prise en charge des patients âgés à domicile :

A l'article 28.4 de la convention nationale intitulé : « Les consultations très complexes », après la phrase « Au-delà, afin de préserver l'accès aux soins à domicile des patients les plus âgés ou en situation de handicap, notamment celles dans l'incapacité de se déplacer, ils conviennent d'examiner les conditions dans lesquelles le champ d'application de la visite très complexe « VL » pourrait être élargi progressivement, dans le courant de la convention en cours, à d'autres situations médicales qui le justifient », sont insérés les quatre alinéas suivants :
« Afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées et favoriser le maintien à domicile, les partenaires conventionnels conviennent d'étendre les indications de la visite très complexe, réalisée par le médecin traitant au domicile du patient, dite « VL », définie à l'article 15.2.3 de la NGAP, aux patients de 80 ans et plus en ALD. La VL est facturable une fois par trimestre par patient. Les partenaires conventionnels conviennent également, dans un

souci d'harmonisation et de simplification, d'augmenter la fréquence de facturation de la VL de trois à quatre consultations par an, pour les consultations réalisées au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative, dans la limite d'une consultation par trimestre.
Les consultations réalisées au domicile du patient pour soins palliatifs sont facturables quatre fois par patient dans l'année civile.
Les partenaires conventionnels conviennent enfin d'ouvrir aux médecins gériatres la majoration de déplacement prévue à l'article 14.2 de la NGAP. ».

**Article 1-3 Mesures diverses**

1° L'article 29.5 de la convention nationale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :
« Dans le prolongement des annonces du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) de juillet 2021 concernant l'accès aux actes innovants, les partenaires conventionnels s'engagent à mettre en place, à l'entrée en vigueur du présent avenant, un groupe de travail visant à accélérer l'inscription aux nomenclatures des tests diagnostiques et théranostiques innovants, réalisés notamment par les anatomo-cytopathologistes et figurant actuellement dans les listes Référentiel des actes Innovants Hors Nomenclature (RIHN) et complémentaire.
Les partenaires conventionnels conviennent également de mettre en place un groupe de travail pour examiner l'opportunité d'étendre la durée dans laquelle les soins réalisés sur adressage peuvent donner lieu à cotation d'une MCU en cohérence avec des objectifs de favoriser l'accès à des soins spécialisés dans un délai rapide. ».

2° Après l'article 29.7 de la convention nationale, sont insérés les deux articles suivants :

« Article 29.8 Convergence test HPV

Les partenaires conventionnels souhaitent que soient mises en œuvre les évolutions de nomenclature relatives aux actes d'anatomie et cytologie pathologiques inscrits à la liste des actes et prestations visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et décrits à la CCAM Technique dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus, afin de tenir compte du déploiement des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) du 10 juillet 2019.
Ces évolutions tarifaires tiennent également compte de l'évolution des dispositions du programme national de santé de dépistage organisé de ce cancer et de l'ensemble des ressources et moyens techniques mobilisés par les professionnels de santé pour mettre en œuvre ce programme.
Les partenaires conventionnels conviennent de mettre en place un suivi régulier de ces évolutions partagé notamment avec les représentants des médecins pathologistes qui réalisent ces activités, afin, le cas échéant, de définir et mettre en œuvre de nouvelles évolutions pour ces actes.

Article 29.9 Valorisation de certains actes et prestations réalisés dans les DROM

Les partenaires s'accordent pour revaloriser les actes listés à la liste des actes et prestations visés à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et inscrits à la CCAM réalisés dans les DROM, conformément aux annexes 1 et 2 du présent avenant. ».

3° L'article 18.3 de la convention médicale est ainsi modifié :

- son intitulé « L'adressage par le médecin traitant vers le médecin correspondant pour une prise en charge du patient dans les 48 heures » est remplacé par l'intitulé « L'adressage par le médecin traitant ou le médecin régulateur du Service d'accès aux soins vers le médecin correspondant pour une prise en charge du patient dans les 48 heures » ;
- à la première phrase, après les mots : « par le médecin traitant » sont insérés les mots : « ou par le médecin régulateur du Service d'accès aux soins. » ;
- à la deuxième phrase après les mots : « par le médecin traitant » sont insérés les mots : « ou via le régulateur du SAS » ;
- au troisième alinéa, après les mots « sans délai par le médecin traitant », sont ajoutés les mots suivants : « ou par le médecin régulateur du Service d'accès aux soins. ».

4° L'article 28.2.4 de la convention médicale est ainsi modifié :

- l'intitulé « Les consultations réalisées par un médecin correspondant pour un patient adressé par son médecin traitant pour une prise en charge dans les 48 heures » est remplacé par l'intitulé suivant : « Les consultations réalisées par un médecin correspondant pour un patient adressé par son médecin traitant ou par le médecin régulateur du Service d'accès aux soins pour une prise en charge dans les 48 heures » ;
- à la première phrase après les mots : « l'orientation par le médecin traitant » sont insérés les mots : « ou par le médecin régulateur du Service d'accès aux soins.» ;
- aux deuxième, troisième et quatrième alinéas, après les mots « médecin traitant » sont insérés les mots « ou le médecin régulateur du Service d'accès aux soins ».

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

**Article 2 – Renforcer le recours et le développement de la télémédecine**

Les dispositions de l'article 28.6 intitulé « Le recours aux actes de télémédecine » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« L'encouragement au développement des regroupements professionnels et aux échanges d'information et d'avis entre professionnels de santé, notamment avec le déploiement de la télémédecine (téléexpertise et téléconsultation), participe à l'enjeu majeur de l'accès aux soins pour tous.
Face à ce défi, les partenaires conventionnels souhaitent accompagner le développement des pratiques de télémédecine sur l'ensemble du territoire et au profit de tous les patients en inscrivant, dans le droit commun, les actes de téléconsultation et de téléexpertise.
Sont définis aux articles suivants, le champ des actes de téléconsultation et de téléexpertise, leurs tarifs ainsi que leurs modalités de réalisation et de facturation. ».

**Article 2-1 Champ d'application de la téléconsultation**

1° L'article 28.6.1.1 intitulé « Champ d'application de la téléconsultation » est ainsi modifié :

- le titre du troisième sous-titre est remplacé comme suit : « Parcours de soins et alternance des soins en téléconsultation. » ;
- les troisième et quatrième alinéas du paragraphe intitulé « Principes » sont supprimés et remplacés comme suit:

« Pour assurer la qualité des soins en téléconsultation, le suivi régulier du patient s'effectue à la fois par des consultations en présentiel et en téléconsultations au regard des besoins du patient et de l'appréciation du médecin, et ce afin que ce dernier puisse disposer des informations nécessaires à la réalisation d'un suivi médical de qualité.».

- le paragraphe intitulé « Exceptions et aménagements » est complété par les alinéas suivants :

« Par exception également, l'exigence du respect du principe de territorialité pour recourir à la téléconsultation ne s'applique pas pour les patients résidant dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins mentionnées au 1° de l'article L.1434-4 du code de la santé publique dans les cas mentionnés ci-dessous :

- pour les téléconsultations de médecine générale :
  - pour les patients n'ayant pas de médecin traitant désigné ;
  - et en l'absence d'organisation territoriale telle que définie à l'article 28.6.1.2.
- pour les téléconsultations d'autres spécialités :
  - en l'absence d'organisation territoriale telle que définie à l'article 28.6.1.2.

Pour les téléconsultations de médecine générale et d'autres spécialités, il peut également être dérogé à l'exigence du respect du principe de territorialité, lorsque le patient est orienté par le régulateur du Services d'accès aux soins (SAS) en cas d'échec d'une prise de rendez-vous sur le territoire.».

2° L'article 28.6.1.2 intitulé « L'organisation territoriale de téléconsultation » est ainsi modifié : après les mots « équipes de soins primaires (ESP) » sont insérés les mots « équipes de soins spécialisés (ESS). ».
En outre, l'article 6 de l'annexe 23 de la convention médicale intitulé « REGLEMENT INTERIEUR TYPE DES COMMISSIONS PARITAIRES » est ainsi modifié : après les mots « équipes de soins primaires (ESP) » sont insérés les mots « équipes de soins spécialisés (ESS). ».

3° L'article 28.6.1.3 intitulé « Modalités de réalisation de l'acte de téléconsultation » est ainsi modifié :

- le premier sous-titre intitulé « Conditions de réalisation », est complété par l'alinéa suivant : « Les partenaires conventionnels examineront dans le cadre d'un groupe de travail spécifique l'opportunité de développer et de valoriser de nouveaux modes de communication sans contact entre le patient et le médecin, y compris la téléconsultation par téléphone, quand la vidéotransmission n'est pas possible ainsi que l'usage de la messagerie sécurisée de santé avec les patients. ».
- le premier alinéa du deuxième sous-titre intitulé « Compte-rendu de la téléconsultation » est remplacé par l'alinéa suivant : « L'acte de téléconsultation doit faire l'objet d'un compte rendu établi par le médecin téléconsultant, qu'il archive dans son propre dossier patient, conformément aux obligations légales et réglementaires, et doit obligatoirement être transmis au médecin traitant et au médecin ayant sollicité l'acte. ».

4° En outre, les partenaires conventionnels conviennent de travailler à l'élaboration d'une charte visant à garantir le bon usage, la qualité et la protection des données dans le cadre de l'activité de télésanté.

**Article 2-2 Aménagement du cadre permettant la réalisation d'expérimentations**

Au premier alinéa de l'article 28.6.1.6 de la convention médicale intitulé « Mise en place d'un cadre permettant la réalisation d'expérimentations », les mots : « connaissance préalable du patient et alternance sur douze mois de consultations présentielles et de téléconsultations » sont remplacés par les mots : « alternance de consultations présentielles et de téléconsultations. ».

**Article 2-3 Champ d'application de la téléexpertise**

Afin de tenir compte de l'entrée en vigueur des dispositions du Décret n° 2021-707 du 3 juin 2021 relatif à la télésanté ouvrant la téléexpertise aux professions de santé, les partenaires conventionnels conviennent de procéder aux adaptations suivantes :

Aux articles 28.6.2.1 et 28.6.2.2 et de la convention médicale les termes « médecin requérant » sont remplacés par les mots « professionnel de santé requérant ».

*Article 2-3-1 Ouverture du champ d'application de la téléexpertise*

A l'article 28.6.2.1 intitulé « Champ d'application de la téléexpertise », les dispositions du deuxième sous-titre intitulé « Patients concernés » sont supprimées et remplacées comme suivant :
« L'ensemble des patients peut bénéficier de téléexpertise.
Les patients doivent être informés sur les conditions de réalisation de la téléexpertise et avoir donné leur consentement après avoir reçu ces informations. ».

*Article 2-3-2 - Modification des niveaux de téléexpertise*

L'article 28.6.2.3 est ainsi modifié :

- l'intitulé « Niveaux de téléexpertise » est remplacé par l'intitulé : « Prise en charge de la téléexpertise » ;
- les dispositions dudit article sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Afin de simplifier et de faciliter le recours à la téléexpertise et d'ancrer ce type de pratique chez les médecins, les partenaires conventionnels s'accordent sur un seul niveau de téléexpertise.

Dans ce cadre de téléexpertise, en dehors de la prise en compte du contexte clinique, indispensable à toute téléexpertise, l'avis donné par le médecin requis 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.

A titre indicatif, ce peut être une demande de téléexpertise pour :

- interprétation d'une photographie de tympan, ou de pathologie amygdalienne ;
- lecture d'une rétinographie ;
- étude d'une spirométrie ;
- lecture de photos pour une lésion cutanée, pour le suivi d'une plaie chronique d'évolution favorable ;
- titration des Beta bloquants dans l'insuffisance cardiaque, interprétation d'un électrocardiogramme ;
- surveillance cancérologique simple selon les référentiels ;
- surveillance en cancérologie dans le cadre de la suspicion d'une évolution ;

- suivi d'une plaie chronique en état d'aggravation ;
- suivi d'évolution complexe de maladie inflammatoire chronique ;
- adaptation d'un traitement anti épileptique ;
- bilan pré chimiothérapie, lors de son initiation ;
- ...

Devant une situation clinique, la demande de téléexpertise du professionnel requérant s'inscrit dans le besoin d'obtenir l'avis du médecin expert pour éclairer sa décision diagnostique ou thérapeutique pour la prise en charge de son patient au regard des pratiques recommandés dans les référentiels (HAS, professionnelles des CNP, internationales).
Le contenu des téléexpertises et leurs modalités de réalisation et de facturation sont définis dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Un groupe de travail spécifique sera lancé avant la fin de l'année 2021 pour étudier les conditions de mise en œuvre d'une téléexpertise dite synchrone entre les professionnels de santé requis et requérant. Ce groupe de travail veillera notamment à garantir le respect des recommandations et bonnes pratiques en matière de recours à la téléexpertise, dans le cadre élargi par le décret du 3 juin 2021. ».

*Article 2-3-3 – Modifications des modalités de rémunération de l'acte de téléexpertise*

L'article 28.6.2.4 intitulé « Modalités de rémunération de l'acte de téléexpertise » est ainsi modifié :

- les dispositions du sous-titre intitulé « Rémunération du médecin requis » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Les téléexpertises sont effectuées de manière ponctuelle et sont facturables dans les conditions suivantes :

- 20 euros par téléexpertise ;
- et dans la limite de 4 actes par an, par médecin requis, pour un même patient.

L'acte de téléexpertise au profit des patients admis en EHPAD amenés à changer de médecin traitant est facturable par le nouveau médecin traitant assurant le suivi au long cours du patient, ainsi que par le précédent médecin traitant.
La mise en œuvre de cette mesure est conditionnée par la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale et par le délai défini à l'article L.162-14-1-1 du code de la sécurité sociale. »

- les dispositions du sous-titre intitulé « Rémunération du médecin requérant» sont supprimées et remplacées comme suivant :

« Le travail de coordination du médecin requérant, sollicitant pour une meilleure prise en charge de son patient, une téléexpertise auprès d'un confrère, est valorisé dans les conditions suivantes :

- acte de demande de téléexpertise valorisé à hauteur de 10 euros par téléexpertise ;
- et dans la limite de 4 actes par an, par médecin requérant, pour un même patient.

La mise en œuvre de cette mesure est conditionnée par la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale et par le délai défini à l'article L.162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.».

**Article 2-4 Suivi et contrôle des actes de télémédecine**

L'article 28.6.3 est ainsi modifié :

- intitulé « Suivi des actes de télémédecine est remplacé par l'intitulé « Suivi et contrôle des actes de télémédecine ».
- il est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les partenaires conventionnels s'accordent pour considérer qu'un médecin conventionné ne peut donc pas réaliser plus de 20% de son volume d'activité globale conventionnée à distance (téléconsultations et téléexpertises cumulées) sur une année civile.
Cette limite s'inscrit dans la position du Conseil national de l'Ordre des médecins après interrogation des conseils nationaux professionnels, l'exercice exclusif de la télémédecine par un médecin ne peut être déontologiquement admis.

Le non-respect des conditions de réalisation et de facturation des actes de télémédecine telles que définies dans la présente convention et du seuil maximal d'activité à distance tel que fixé plus haut est susceptible d'enclencher la procédure décrite à l'article 85 de la convention nationale et pourra donner lieu à la récupération des sommes indûment versées, dans le respect du contradictoire et après avertissement du professionnel. ».

**Article 2-5 Evolution des cas de non-respect des engagements conventionnels**

Après le 10ème alinéa de l'article 84, intitulé « De l'examen des cas de manquements », sont ajoutés les deux alinéas suivants :

- « le non-respect du seuil maximum d'activité pouvant être réalisée à distance par un médecin libéral conventionné défini aux articles 28.6.3 de la présente convention ;
- le non-respect des conditions de réalisation et de facturation des actes de télémédecine prévues aux articles 28.6.1.1 et 28.6.2.1 de la présente convention. ».

**Article 3 – Valoriser l'engagement des médecins libéraux dans le dispositif de prise en charge des soins non programmés à travers la participation au Service d'accès aux soins (SAS).**

Issu du Pacte pour la refondation des urgences et réaffirmé lors du Ségur de la santé, le Service d'accès aux soins (SAS) a pour objectif de répondre à la demande de soins non urgents et non programmés de la population de façon coordonnée entre les acteurs de l'hôpital et de la ville d'un même territoire.

Les partenaires conventionnels s'accordent pour définir les modalités de valorisation de la participation des médecins libéraux aux soins non programmés, dans le cadre du SAS. Ce cadre étant en cours d'expérimentation, ces modalités pourront être ultérieurement précisées ou réexaminées par les partenaires conventionnels, en particulier dans le cadre des discussions relatives aux communautés professionnelles territoriales de santé.

Après l'article 9.6, il est créé un sous-titre 2 bis intitulé « Valoriser la prise en charge des soins non programmés par les médecins libéraux via le Service d'accès aux soins (SAS) », comprenant les dispositions suivantes :

« Article 9.7. Les principes de participation des médecins libéraux aux soins non programmés via le SAS

Le SAS vise à assurer au patient, en cas d'indisponibilité de son médecin traitant et d'incapacité à trouver un autre rendez-vous médical sur le territoire, un contact unique dans sa demande de conseils ou de consultation lorsqu'il ressent le besoin d'un avis médical urgent.
Celui-ci a pour but d'organiser une réponse aux demandes de soins dans la journée en dehors des horaires de la permanence de soins ambulatoire (PDSA). Il offre une orientation immédiate vers le moyen de prise en charge le plus adéquat, y compris une consultation de médecine libérale lorsqu'une prise en charge hospitalière n'est pas requise. Ce dispositif a notamment pour objectif de désengorger les urgences en proposant au patient une alternative en ville lorsque ce niveau de prise en charge est jugé adéquat par la régulation libérale.

9.7.1 Définition des soins non programmés - champ de l'accompagnement conventionnel

Les partenaires conventionnels s'accordent à définir les soins non programmés au sens de la présente convention comme une urgence ressentie mais ne relevant pas, a priori, médicalement de l'urgence immédiate et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences. Ces soins s'entendent comme les actes réalisés dans le cadre du SAS dans les 48h sur adressage par la régulation libérale à un médecin généraliste ou à un médecin spécialiste, en cas d'absence de créneaux médicaux disponibles

sur le territoire, c'est-à-dire après échec d'une prise de rendez-vous par le régulateur via ses outils de prise de rendez-vous en ligne.

Ces actes de soins non programmés ne sont pas cumulables avec :

- la majoration de coordination du médecin généraliste dans le cadre des soins non urgents ;
- les autres majorations dédiées aux soins urgents ou PDSA ;
- les consultations complexes et très complexes du champ des soins non programmés ;
- les consultations de soins non programmés réalisées pour les patients de la patientèle médecin traitant.

Ces actes doivent être facturés au tarif opposable, quel que soit le secteur d'exercice du médecin. Cette facturation à tarif opposable s'impose à la seule consultation prise par le SAS.

9.7.2. La valorisation des médecins libéraux à la prise en charge des soins non programmés (SNP) via le SAS

Le présent avenant a vocation à définir les modalités permettant de valoriser les engagements des médecins libéraux dans la régulation et la réalisation des soins non programmés mis en place dans les territoires dans le cadre du SAS.

- *Au titre de la régulation libérale*

La participation des médecins à la régulation libérale est valorisée à hauteur de 90 euros par heure avec prise en charge des cotisations sociales pour les médecins de secteur 1. Le fonctionnement de la régulation libérale est organisé sous l'autorité de l'Agence régionale de santé en lien avec les acteurs de la médecine de ville.

- *Réalisation des SNP*

Pour accompagner l'implication des médecins dans la réalisation de soins non programmés régulés par le SAS sur leur territoire, l'indicateur 8 du forfait structure est revu et réévalué à hauteur de 200 points à compter de 2022, selon les modalités décrites à l'article 20.2 de la convention.

Pour les médecins généralistes amenés à prendre en charge des patients supplémentaires, hors de leur patientèle médecin traitant, pour des soins non programmés dans les 48h sur adressage par la régulation libérale après échec d'une prise de rendez-vous via les outils de prise de rendez-vous en ligne, une rémunération via un nouvel indicateur du volet 2 est créée au sein du forfait structure. Les modalités sont précisées à l'article 20.2 de la convention médicale. ».



TF

**Article 4– Favoriser l'essor du numérique en santé**

Après l'article 19.2, il est inséré un nouvel article 19.3 intitulé « Le développement du numérique en santé » rédigé de la manière suivante :

« Article 19.3 Le développement du numérique en santé

Les partenaires conventionnels s'accordent sur le fait que la transformation de notre système de soins ne peut avoir lieu sans un développement du numérique en santé. En effet, les outils numériques constituent un des moyens pour faciliter la coordination entre les professionnels de santé, développer des innovations thérapeutiques et organisationnelles, mais aussi positionner les citoyens comme des acteurs de leur santé.
L'offre numérique doit être mise au service du parcours de santé des patients-usagers et des professionnels qui les prennent en charge. Elle doit être cohérente et s'intégrer dans la pratique quotidienne des professionnels de santé pour améliorer leur cadre de travail et dans la vie quotidienne des usagers du système de santé.
La crise sanitaire liée au COVID 19 a confirmé l'importance et la nécessité d'accélérer le déploiement des services numériques d'échanges et de partage de données de santé.
Le constat partagé est que le déploiement massif de ces outils n'est envisageable que si ces derniers répondent aux exigences suivantes :

- être simples d'utilisation, ergonomiques, et adaptés aux usages des professionnels et des patients ;
- garantir la sécurisation des données transmises (confidentialité, protection des données personnelles, etc.) et la traçabilité des échanges dans les conditions respectueuses des référentiels de sécurité en vigueur ;
- garantir l'accès de l'ensemble des citoyens à leurs propres données et préparer au mieux l'arrivée en janvier 2022 de l'Espace Numérique de Santé (ENS) dénommé « Mon espace santé » ;
- être compatibles et interopérables entre eux.

C'est dans ce contexte que le Ségur de la Santé définit une nouvelle politique d'investissement et de financement massif du numérique, condition indispensable à la transformation du système de santé, dans un cadre éthique, respectueux des droits de l'ensemble des acteurs de l'écosystème, usagers du système de santé et professionnels, de façon à garantir la confiance, l'adhésion, et par voie de conséquence, les usages.

19.3.1 Le financement à l'équipement mis en place dans le cadre du Ségur de la Santé

A travers le volet numérique du Ségur, l'Etat mobilise un investissement historique pour soutenir financièrement les professionnels de santé dans leur équipement en solutions logicielles facilitant l'échange et le partage de données de santé entre les acteurs du parcours de soins et avec l'usager.

Afin d'identifier les besoins, analyser les pratiques et définir les leviers à mettre en place pour faciliter l'usage par les professionnels de santé des outils de partage de données dont le Dossier Médical Partagé (DMP), la messagerie sécurisée de santé (MSS), des groupes de travail ont été mis en place. A l'issue de ces travaux, des dossiers de spécifications de référencement labellisation (DSL) ont été élaborés à destination des éditeurs de logiciels. Ces dossiers ont pour objectif de donner aux éditeurs tous les éléments nécessaires aux développements et à l'implémentation des fonctionnalités attendues par les professionnels de santé.

Un « parcours de référencement » est mis en place par l'Agence du Numérique en Santé, afin de valider la conformité des solutions logicielles aux dossiers de spécifications de référencement auxquels l'éditeur va candidater. La validation du respect des exigences va permettre aux éditeurs d'obtenir le référencement de leur solution, étape obligatoire pour qu'ils puissent prétendre à un financement par l'Etat. Ce financement versé par l'Etat directement aux éditeurs de logiciels va permettre d'apporter un soutien majeur aux professionnels de santé dans l'acquisition, la mise à jour et l'usage de leurs solutions logicielles.
Pour la médecine de ville deux vagues de référencement des logiciels ont été déterminées, correspondant à deux paliers en termes d'ambition sur le partage des documents au cours du parcours de soins.

L'enjeu principal porte sur la réception et la lecture des documents partagés et échangés au cours du parcours de soins. Ces documents sont accessibles via le DMP ou reçus par la messagerie sécurisée de santé (MSS) par les médecins de ville. Un enjeu majeur pour les médecins de ville est de créer et mettre à jour le Volet de Synthèse Médicale (VSM), progressivement en format structuré selon le référentiel en vigueur.

Le référencement doit permettre de vérifier la mise en place des services socles suivants :

- *L'Identité Nationale de Santé (INS),* permettant l'échange et le partage de données de santé en toute sécurité autour d'une identité unique de référence du patient à jour et commune à tous les acteurs du parcours de soins. Elle comporte cinq traits d'identité (nom de naissance, prénom(s) de naissance, date de naissance, sexe, code et lieu de naissance) et un matricule unique pour chaque patient (là où le numéro de sécurité sociale est généralement partagé entre plusieurs membres d'une famille), qui correspond au numéro d'inscription au répertoire (NIR) de la personne, ou à son numéro d'identification d'attente (NIA).
- *Le fédérateur de moyens d'identification électroniques Pro Santé Connect (PSC),* permettant aux professionnels de santé d'accéder en toute sécurité à leurs services numériques avec leur moyen d'identification électronique carte CPS et l'application mobile e-CPS, et de basculer d'un outil à l'autre sans ré-identification électronique (solution complémentaire à la solution



TF

d'authentification par carte CPS notamment pour faciliter l'accès aux services de santé en mobilité) ;

- *La Messagerie Sécurisée de Santé (MSS)* permet l'échange de documents structurés et non structurés dans un espace de confiance, entre professionnels et avec les patients, qui seront équipés d'une messagerie dans leur espace numérique de santé Mon espace santé ;
- *Le Dossier Médical Partagé (DMP)* comprend un Volet de Synthèse Médicale (VSM), créé et mis à jour par les médecins, afin de faciliter la coordination des soins entre professionnels de santé. Il permet également au patient de stocker et conserver ses documents médicaux, notamment ses prescriptions ;
- *L'identification des assurés par l'application mobile carte Vitale (apCV)* permettant d'authentifier de manière simple et sécurisée les assurés via leur smartphone pour faciliter notamment la facturation des soins aux régimes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire et les accès au service Mon espace santé et autres services santé nécessitant une identification / authentification ;
- *Le service e-prescription unifiée,* service qui permet de dématérialiser, simplifier et fiabiliser les échanges entre les prescripteurs et les professionnels qui délivrent les prestations prescrites. La e-prescription sécurise le circuit de transmission de l'ordonnance depuis la prescription jusqu'à la dispensation du produit de santé ou la réalisation de l'acte par le professionnel prescrit. Elle concourt à fluidifier et à fiabiliser les échanges entre les prescripteurs et les professions prescrites et ainsi à favoriser la coordination des soins, notamment grâce au partage des informations dans le dossier médical partagé.

Ce mécanisme de financement des éditeurs de logiciels pour favoriser l'équipement des médecins est novateur dans la mesure où les dispositifs d'accompagnement financier à l'équipement en faveur des médecins étaient précédemment définis dans le cadre conventionnel. Dans ce contexte, et même si ce dispositif de financement via les éditeurs défini dans le cadre du Ségur ne constitue pas directement un engagement à dimension conventionnelle, les partenaires conventionnels ont souhaité l'évoquer dans la présente convention dans la mesure où il va bénéficier directement aux médecins dans leur pratique quotidienne et va permettre la mise en place de financement conventionnel visant à inciter les médecins à utiliser les outils numériques dans le cadre de la prise en charge coordonnée des patients.

19.3.2 Mise en place de financement visant à inciter les médecins à utiliser les outils numériques dans le cadre de la prise en charge coordonnée des patients

Parallèlement, à la mise en place de ce mécanisme de financement à l'équipement dans le cadre du Ségur de la santé, les partenaires conventionnels souhaitent valoriser l'usage des outils numériques en faveur de la prise en charge coordonnée des patients.
Ainsi, ils s'accordent pour faire évoluer le forfait structure défini à l'article 20 de la présente convention en mettant en place des indicateurs valorisant l'alimentation du DMP, le déploiement des échanges par messagerie sécurisée de santé, la généralisation progressive de la e prescription et de l'e carte Vitale. Par ailleurs, ils poursuivent leur volonté de favoriser le recours aux téléservices de l'assurance maladie visant à faciliter la pratique quotidienne des médecins dans la gestion des droits des patients.
En outre, parallèlement à cette évolution du forfait structure, les partenaires conventionnels souhaitent mettre en place une aide financière pour accompagner les médecins dans la montée en charge de la saisie dans leurs logiciels des volets de synthèse médicale (VSM). En effet, ces VSM constituent un outil clé pour le suivi du patient et la bonne coordination des soins au sein du parcours. Ce déploiement des VSM représente un enjeu de santé publique tout particulièrement pour les patients en ALD.

Dans ce cadre un nouveau forfait intitulé forfait élaboration initiale du VSM est créé. Ce forfait est calculé de la manière suivante.

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

Ce forfait est pondéré par la taille de la patientèle médecin traitant du médecin sur la base de la patientèle de référence retenue pour le calcul de la ROSP prévue à l'article 27.3.
Ce forfait est valable si le VSM est établi en format non structuré. Afin d'inciter à la structuration des VSM, laquelle demande plus de temps, le forfait est majoré de 20% si plus d'un tiers des VSM alimentant le DMP sont générés de manière structurée dans le format conforme au Cadre d'interopérabilité des Systèmes d'information de Santé (CI-SIS).
Ce forfait est versé une seule fois dans la mesure où l'objectif est de valoriser l'initiation de l'élaboration des VSM. Ce forfait est versé, au cours du second semestre 2023, dès lors que les objectifs fixés ci-dessus sont atteints au plus tard le 30 juin 2023.

**Article 5. Révision des dispositions sur le forfait structure**

L'article 20 de la convention intitulé « La mise en place d'un forfait structure » est ainsi modifié :

1° Les dispositions de l'article 20.1 intitulé « Premier volet du forfait structure » sont remplacées par les dispositions suivantes :
« Ce premier volet du forfait structure vise à accompagner les médecins pour l'investissement dans l'équipement du cabinet.

Les indicateurs de ce premier volet sont des prérequis, qui doivent tous être atteints pour déclencher la rémunération forfaitaire de ce volet et conditionnent la rémunération du deuxième volet.

Les indicateurs sont les suivants :

<table>
<tr><th></th><th>2021</th><th>2022</th><th>2023</th></tr>
<tr><td>1 - Disposer d'un logiciel métier compatible DMP et d'un LAP certifié</td><td>Utilisation d'un logiciel métier compatible DMP avec un LAP certifié HAS</td><td>Utilisation d'un logiciel métier compatible DMP avec un LAP certifié HAS</td><td rowspan="2">Disposer d'un logiciel référencé Ségur avec un LAP certifié HAS</td></tr>
<tr><td>2 - Disposer d'une messagerie sécurisée de santé</td><td colspan="2">Disposer d'une messagerie sécurisée de santé (MSS)</td></tr>
<tr><td>3 - Disposer d'une version de cahier des charges Sesam vitale intégrant les avenants publiés au 31/12/N-1</td><td colspan="3">Disposer d'un logiciel équipé d'une version minimale du Cahier des Charges Sesam-Vitale *</td></tr>
<tr><td>4 - Taux de télétransmission</td><td colspan="3">Taux de télétransmission > 2/3</td></tr>
<tr><td>5 - Affichage des horaires du cabinet dans l'annuaire ameli</td><td colspan="3">Affichage des horaires d'ouverture du cabinet dans annuaire santé</td></tr>
<tr><td>6 - Implication dans les démarches de prise en charge coordonnée</td><td>-</td><td colspan="2">Indicateur transféré du volet 2</td></tr>
<tr><td>Nb points</td><td>280 points</td><td>400 points</td><td>400 points</td></tr>
</table>

*Pour 2021 est requise la version du cahier des charges Sesam-Vitale avec version addendum 6 PC/SC ; pour 2022 est requise la version du cahier des charges Sesam-Vitale avec l'addendum 8 intégrant l'Application Carte Vitale ou d'un logiciel référencé Ségur intégré dans le dossier de spécification de référencement Ségur cf article 19. 3 .1 ; pour 2023 est requise la version du cahier des charges Sesam-Vitale avec l'addendum 8 intégrant l'Application carte Vitale. La version du cahier des charges SESAM-Vitale comprend également l'intégration des avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération. L'objectif est que l'outil de facturation comporte les fonctionnalités les plus à jour et notamment celles simplifiant les échanges avec l'assurance maladie

** Pour les patients affiliés au régime général

Le LAP certifié n'est pas exigé pour les médecins exerçant une spécialité ne disposant pas d'une telle offre de logiciels. Des travaux vont être conduits avec les éditeurs spécialisés de sorte à faire bénéficier l'ensemble des médecins de logiciels ergonomiques et adaptés à leurs pratiques. ».

2° L'article 20.2 intitulé « Deuxième volet du forfait structure : valorisation des différentes démarches et modes d'organisation mis en place pour apporter des services supplémentaires aux patients » est ainsi modifié :

*a)* Les dispositions de la partie « Indicateur 1 : taux de dématérialisation à atteindre sur un bouquet de services » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Sont compris dans ce bouquet, les téléservices suivants : la prescription d'arrêt de travail en ligne (AAT), la déclaration médecin traitant en ligne (DCMT), le protocole de soins électronique (PS), la déclaration d'un certificat médical d'Accident de Travail ou de Maladie Professionnelle en ligne (CMATMP).

- à compter de 2022 est ajouté le service de prescription électronique de transport (SPE) ;
- à compter de 2023 est ajouté le service de Déclaration simplifiée de grossesse (DSG).

Le calcul du taux de dématérialisation d'un téléservice s'effectue sur la base des données du régime général uniquement. Il correspond au ratio effectué entre le nombre de prescriptions ou déclarations effectuées en dématérialisés (numérateur) sur le nombre total de prescriptions ou déclarations effectuées au format papier ou dématérialisés (dénominateur), transmis par le médecin au cours de l'année de référence.
Pour accompagner la montée en charge de ces téléservices, le taux de dématérialisation requis est fixé par palier.
Le taux de dématérialisation à atteindre pour chaque téléservice est fixé pour chacun des téléservices selon les modalités ci-dessous.

| | **Objectifs** | | | **Nb de points 2021** | **Nb de points 2022** | **Nb de points 2023** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Année 2021** | **Année 2022** | **Année 2023** | | | |
| **AAT** | 60 % | 80% | 90% | 22,5 | 22,5 | 22,5 |
| **CM AT-MP** | 20% | 30% | 45% | 22,5 | 22,5 | 22,5 |
| **PSE** | 70% | 80% | 90% | 22,5 | 22,5 | 22,5 |
| **DMT** | 90% | 90% | 90% | 22,5 | 22,5 | 22,5 |
| **DSG** | NC | 30% | 50% | - | - | 10 |
| **SPE** | NC | 10% | 30% | - | 10 | 10 |
| | | | | 90 | 100 | 110 |

- A compter de 2022 de nouveaux indicateurs pérennes d'usage de services sont introduits :

- Indicateur d'usage et remplissage du DMP

A compter de 2022 est créé un nouvel indicateur pour valoriser l'alimentation du DMP par les médecins, afin que les patients puissent conserver dans un espace sécurisé leurs documents médicaux, en particulier leurs prescriptions médicamenteuses. L'atteinte d'un taux de 20% des consultations réalisées dans l'année donnant lieu à l'alimentation d'un document dans le DMP permet de valider l'indicateur.
Pour 2022 et 2023, cet indicateur est valorisé à hauteur de 40 points.

- Indicateur d'usage de la messagerie sécurisée de santé pour les échanges avec les patients

A compter de 2022, est créé un nouvel indicateur pour l'usage de la messagerie sécurisée de santé intégrée dans le service Mon espace santé.
En 2022 et 2023, l'atteinte d'un taux d'au moins 5% des consultations réalisées par le médecin comprenant un échange par mail sécurisé avec un patient via la messagerie de Mon espace santé permet de valider l'indicateur.
Pour 2022 et 2023, cet indicateur est valorisé à hauteur de 40 points.

- Indicateur d'usage de la e-prescription

A compter de 2023 est créé un nouvel indicateur pour valoriser l'usage du service de e-prescription défini selon les modalités décrites à l'annexe 12 bis et figurant en annexe 4 du présent avenant.
L'atteinte d'un taux de 50% des prescriptions de produits de santé du médecin établies pour sa patientèle réalisées via le service e-prescription permet de valider l'indicateur.
Pour 2023, cet indicateur est valorisé à hauteur de 40 points.

- Indicateur d'usage de l'application carte Vitale

A partir de 2023 est créé un nouvel indicateur pour valoriser l'usage de l'application carte Vitale déployé à partir de 2022.
A compter de 2023, l'atteinte d'un taux de 5% des FSE réalisées avec l'application carte Vitale permet de valider l'indicateur.
Cet indicateur est valorisé à hauteur de 40 points.

Les indicateurs du champ « usage des téléservices » ont vocation à être transférés dans le volet 1 du forfait structure dans le cadre de la nouvelle convention de 2023. La nature de ces indicateurs et leur valeur seront définis par les partenaires conventionnels dans le cadre de cette nouvelle convention. Le transfert dans le volet 1 sera conditionné à la capacité effective des médecins à pouvoir utiliser ces téléservices.

*b)* La partie « Indicateur 8 » est ainsi modifiée :

- son intitulé est remplacé par l'intitulé suivant : « Valoriser la participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre de la régulation du SAS »



TF

- il est ainsi rédigé :

« Cet indicateur vise à valoriser la participation des médecins libéraux et la prise en charge de nouveaux patients orientés par le SAS, le cas échéant via le service de régulation mis en place au niveau territorial par l'Agence régionale de santé.
Pour 2021, cet indicateur est valorisé à hauteur de 150 points.

A compter de 2022, les conditions de validation de l'indicateur sont :

- avoir un agenda ouvert au public (ou partagé avec la structure de régulation du dispositif SAS) permettant la réservation de rendez-vous en ligne de patients non connus par le médecin, avec un minimum de 2 heures ouvertes par semaine ;
- et être inscrit auprès de la structure de régulation du dispositif SAS ou faire partie d'une CPTS participant à la mission de soins non programmés dans le cadre du SAS.

A partir de 2022, l'indicateur est majoré de 50 points pour atteindre 200 points. ».

*c)* Après la partie indicateur 8, il est insérée un nouvel indicateur :

« Indicateur 9 : Valoriser l'effection des soins non programmés régulés par le SAS
A compter de 2022, cet indicateur vise à valoriser l'effection des soins non programmés (SNP) par les médecins généralistes conformément à l'article 9.7.2.
Pour les médecins généralistes amenés à prendre en charge des patients supplémentaires, hors de leur patientèle médecin traitant, pour des soins non programmés dans les 48h sur adressage par la régulation libérale après échec d'une prise de rendez-vous via les outils de prise de rendez-vous en ligne, l'indicateur est calculé par l'assurance maladie selon le barème suivant :
Les modalités de cette rémunération sont organisées selon le barème suivant :

- 10 points de 5 à 15 SNP réalisées sur le trimestre ;
- 30 points de 16 à 25 SNP réalisés sur le trimestre ;
- 50 points de 26 à 35 SNP réalisés sur le trimestre ;
- 70 points de 36 à 45 SNP réalisés sur le trimestre ;
- 90 au-delà de 45 SNP réalisés sur le trimestre.

L'indicateur concerné est suivi trimestriellement et payé annuellement lors du paiement annuel du forfait structure. L'assurance maladie s'engage à étudier la faisabilité d'un versement trimestriel de cette rémunération sans attendre le paiement annuel du forfait structure.».

*d)* A l'article 20.2, avant la phrase « Une note méthodologique précisant les modalités de calcul des différents indicateurs du forfait structure est présentée en CPN », les dispositions suivantes « Ce second volet du forfait est affecté de 75 points en 2017 puis 230 en 2018 puis 455 points en 2019. A partir de 2020 le volet 2 est porté à 605 points. A partir de 2022, ce volet est affecté de 485 points » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Le volet 2 du forfait structure est affecté des points suivants :

| Indicateurs | | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|---|---|---|---|
| **Usage des services** | **Usage téléservices (AAT/PSE/DCMT/CMAT-MP/DSG/SPE)** | 90 | 100 | 110 |
| | **Usage DMP** | - | 40 | 40 |
| | **Usage MSS** | - | 40 | 40 |
| | **Usage e-prescription** | - | - | 40 |
| | **Usage ApCV** | - | - | 40 |
| **Capacité à coder** | | 50 | 50 | 50 |
| **Prise en charge coordonnée** | | 120 | Transfert volet 1 | Transfert volet 1 |
| **Services offerts aux patients** | | 70 | 70 | 70 |
| **Encadrement étudiants en médecine** | | 50 | 50 | 50 |
| **Equipement pour vidéotransmission** | | 50 | 50 | 50 |
| **Equipement médicaux connectés** | | 25 | 25 | 25 |
| **Participation au SAS** | | 150 | 200 | 200 |
| **Effection Sas** | | - | Jusqu'à 360 points | |
| **TOTAL** | | **605** | **985** | **1075** |

».

Les mesures prévues au présent article modifient l'annexe 12 de la convention intitulée « Le forfait structure ».Ces modifications figurent en annexe 3 du présent avenant.

Une annexe 12 bis intitulée « e-prescription unifiée » est insérée dans la convention. Son contenu figure en annexe 4 du présent avenant.

**Article 6 – Instaurer un dispositif d'intéressement à la prescription de produits de santé**

Les partenaires conventionnels souhaitent valoriser l'engagement des médecins libéraux de ville dans une démarche d'efficience des prescriptions et d'accompagnement des patients au changement de prescription en instaurant un dispositif d'intéressement à la prescription de produits de santé. Ils s'accordent pour que ce dispositif démarre par la prescription des médicaments biosimilaires, générateurs d'économies quand ils sont prescrits à la place des médicaments biologiques de référence, ou bioréférents, car leurs prix sont inférieurs à ceux des médicaments biologiques de référence, à qualité, sécurité et efficacité équivalentes. Les partenaires conventionnels rappellent que ce dispositif s'intègre dans le strict cadre des recommandations médicales et scientifiques en vigueur, en particulier celles de la Haute Autorité de Santé.

Ce dispositif constitue le pendant pour les médecins de ville des incitations financières à la prescription hospitalière de médicaments biologiques similaires délivrés en ville proposées aux établissements de santé ou à certains services hospitaliers.

Il est créé dans la convention nationale, un article 27 bis intitulé : « « Article 27 bis - Un partenariat renforcé en faveur de l'efficience des prescriptions : le dispositif d'intéressement pour une meilleure efficience des prescriptions », rédigé comme suit :

« Art 27 bis - Un partenariat renforcé en faveur de l'efficience des prescriptions : le dispositif d'intéressement pour une meilleure efficience des prescriptions »

Article 27 bis-1 Mécanisme d'intéressement proposé

L'objectif du dispositif instauré par les partenaires conventionnels est de valoriser l'augmentation du nombre de patients auxquels sont prescrits, conformément aux recommandations de bonne pratique, des médicaments biosimilaires par les médecins libéraux, par :

- l'augmentation des initiations de traitements par médicaments biosimilaires, c'est-à-dire la prescription d'un médicament biosimilaire à un patient qui n'a eu aucune prescription de ce médicament dans les 12 mois qui précèdent l'initiation de traitement, que ce soit en médicament biosimilaire ou médicament bioréférent ;
- l'augmentation des « switchs » des médicaments bioréférents vers les médicaments biosimilaires, c'est-à-dire la prescription d'un médicament biosimilaire à un patient auquel était antérieurement prescrit le médicament biologique de référence et qui est confirmée par au moins 3 délivrances consécutives d'un médicament biosimilaire (le même ou du même groupe biologique similaire).

L'intéressement versé au médecin est basé sur une année pleine d'économies réalisées sur le coût d'un traitement.
En revanche, il ne peut y avoir qu'un seul paiement au titre d'une initiation par un médicament biosimilaire ou d'un switch vers un médicament biosimilaire pour un patient et un professionnel de santé donné sur la durée du dispositif.
Le dispositif démarre à la date d'entrée en vigueur de l'avenant 9 pour les biosimilaires déjà commercialisés. Pour les biosimilaires non encore commercialisés, le dispositif entre en vigueur à la date à laquelle ceux-ci sont remboursés et visibles dans les bases de l'assurance maladie, conformément à l'article 27-bis-7-1.
La date de sortie du dispositif d'une molécule est définie, à l'article 27 bis-7-2.

Article 27 bis-2 Médicaments inclus dans le dispositif

Les partenaires conventionnels s'accordent pour inclure dans le dispositif les molécules qui répondent aux quatre critères suivants:

- elles sont inscrites sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux ;

- elles peuvent être prescrites par les médecins libéraux ;
- leur taux de pénétration des médicaments biosimilaires présente une marge d'amélioration élevée caractérisée par une marge de progression d'au moins 5 points pour atteindre l'objectif de 80% (en volume) du taux de pénétration des médicaments biosimilaires sur leur marché de référence (conformément au taux de 80% visé dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé pour 2022) ;
- elles ne font pas l'objet d'un indicateur d'efficience de la ROSP ou de tout autre dispositif de rémunération en ville y compris auprès d'autres professionnels de santé.

A la date de signature du présent avenant, les six substances actives suivantes : étanercept, adalimumab, follitropine alpha, énoxaparine, tériparatide et insuline asparte répondent aux critères définis et sont donc incluses dans le dispositif.

Pour chaque substance active, est pris en compte l'ensemble des médicaments inscrits dans le groupe biologique similaire[1] correspondant, et commercialisés à la date de démarrage du dispositif.

La liste de ces molécules peut être amenée à évoluer selon le mécanisme prévu à l'article 27 bis-7-1 et 27 bis-7-2.

Article 27 bis-3 Modalités d'adhésion au dispositif d'intéressement des médecins libéraux à la prescription de médicaments biosimilaires

L'intéressement à la prescription de médicaments biosimilaires est applicable à l'ensemble des médecins adhérents à la convention quel que soit leur secteur d'exercice.

Les partenaires conventionnels soulignent que ce dispositif n'a pas de caractère obligatoire et doit respecter, dans tous les cas, le libre choix du patient. Aussi, les médecins qui ne souhaitent pas bénéficier de cet intéressement ont la possibilité de notifier leur choix par écrit à la caisse primaire dont ils relèvent, par tout moyen (courrier, courriel) comprenant un accusé de réception. Ce refus doit être notifié par les médecins dans les trois mois suivant la publication au Journal Officiel (JO) de l'avenant à la convention introduisant le dispositif d'intéressement des médecins libéraux à la prescription de médicaments biosimilaires ou dans les 3 mois suivant la date d'installation ou du 1er conventionnement, pour les médecins s'installant postérieurement à la publication de l'avenant au Journal Officiel.

En cas de refus exprimé selon ces modalités, le médecin renonce à la totalité de l'intéressement à la prescription de médicaments biosimilaires, pour toute la durée de la convention et pour toutes les molécules intégrées dans le dispositif.

[1] b du 15° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique.

Pour les médicaments à prescription restreinte c'est-à-dire pour les molécules suivantes : étanercept, adalimumab et follitropine alpha, seuls les médecins autorisés à les prescrire sont éligibles à l'intéressement correspondant à ces médicaments. Pour le reste des molécules concernées et listées à l'article 27 bis-2, l'ensemble des médecins libéraux, quelle que soit leur spécialité, sont éligibles à l'intéressement instauré par le présent article.

Article 27 bis-4 Les modalités de calcul de l'intéressement versé aux médecins prescripteurs

Le calcul de l'intéressement se fait par substance active et chaque substance active est indépendante des autres.

Les résultats correspondants à chaque substance active sont calculés à partir des bases de remboursement de l'assurance maladie. Le calcul des données est effectué en date de remboursement sur l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

L'intéressement pour chaque substance active pour un médecin donné se mesure comme ① le nombre de patients ayant bénéficié d'une initiation de traitement ou d'une prescription switchée en biosimilaire à l'initiative du professionnel de santé, au sens de l'article 27 bis-1, soit $(Nb\ Init_a + Nb\ Swit_a)$, multiplié par ② l'économie en année pleine réalisée sur le coût d'un traitement pour un patient, soit $Eco\ annuelle\ sur\ un\ tt_a$ et multiplié par ③ la clé de répartition.

$$Intéressement_a = (Nb\ Init_a + Nb\ Swit_a) \times Eco\ annuelle\ sur\ un\ tt_a \times Clé\ de\ répartition$$

Où $a$ – année de référence

L'année de référence est l'année à partir de laquelle est calculé l'intéressement. Le début de la 1ère année de référence correspond à la date d'entrée en vigueur du dispositif prévu au présent article ou à la date d'introduction d'une molécule si elle est postérieure.

Ainsi :

- pour les molécules listées à l'article 27bis-2, l'année de référence est calculée à partir de la date d'entrée en vigueur du présent article jusqu'à sa date anniversaire ;
- en cas d'introduction d'une nouvelle molécule à une date postérieure à la date d'entrée en vigueur du présent article, l'année de référence est calculée sur la période allant de l'entrée de cette molécule dans le dispositif jusqu'à la date anniversaire du présent article (pour l'année d'entrée de la molécule dans le dispositif).

Pour les années suivantes, l'année de référence est la période de 12 mois courants entre les dates anniversaire du dispositif.

① **Le nombre de patients ayant bénéficié d'une initiation ou d'un switch** durant l'année de référence sont comptabilisés à chaque date anniversaire de l'entrée en vigueur du dispositif.

② **L'économie en année pleine réalisée sur le coût d'un traitement pour un patient** se mesure comme la différence entre le prix moyen d'une unité de substance active des médicaments bioréférents et celui des médicaments biosimilaires durant l'année de référence, multiplié par le nombre d'unités, en valeur médiane, délivrées annuellement pour le traitement d'un patient.

③ **La clé de répartition** est fixée conventionnellement selon les modalités suivantes :

- à 30% pour les médecins libéraux et 70% pour l'assurance maladie en 2022 ;
- à 20% pour les médecins libéraux et 80% pour l'assurance maladie en 2023 ;

Le détail du mode de calcul sera précisé dans un guide méthodologique soumis aux membres du CTPPN.

Les partenaires conventionnels s'accordent sur le fait que ce dispositif d'intéressement a vocation à se poursuivre au-delà de la présente convention à hauteur de 10% en 2024 si les partenaires en conviennent.

Article 27 bis-5 Les modalités de versement de l'intéressement

Le versement de l'intéressement est effectué par l'assurance maladie au cours du semestre qui suit chaque date anniversaire du dispositif.

L'intéressement est versé au médecin libéral qui est à l'origine du changement de prescription. Il n'est versé qu'une fois pour un couple médecin/patient tout au long du dispositif, tel que défini à l'article 27 bis-1.

La prime est soumise à un seuil minimal et maximal d'intéressement pour être versée : un montant d'intéressement minimal de 50€ par médecin et pour chaque molécule concernée est requis pour verser la prime, et la prime ne peut dépasser 7 000€ toute molécule confondue par médecin.

Article 27 bis–6 Le suivi du dispositif d'intéressement des médecins libéraux à la prescription de médicaments biosimilaires

Les Commissions paritaires nationales, régionales et locales assurent régulièrement le suivi du dispositif d'intéressement des médecins libéraux à la prescription de médicaments biosimilaires.

Elles analysent les évolutions de pratique constatées et proposent les actions susceptibles d'améliorer les pratiques dans leur ressort géographique, dans le respect des données acquises de la science.

En outre, l'assurance maladie s'engage à mettre à disposition des médecins concernés, un suivi de leurs données de prescriptions dans le cadre de ce dispositif, via l'espace Ma

convention sur Amelipro, pour permettre à ces médecins de suivre leurs indicateurs et les intéressements reversés le cas échéant. Ces données sont mises à jour trimestriellement sur Amelipro.

Article 27 bis–7 Les modalités d'entrée et de sortie du dispositif d'intéressement des médecins libéraux à la prescription de médicaments biosimilaires

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité d'une forte réactivité du dispositif avec la possibilité d'une adaptation rapide des indicateurs afin de renforcer leur impact sur l'efficience des soins.

Article 27 bis-7-1 Entrée de nouvelles molécules dans le dispositif

En cas de commercialisation d'un médicament biosimilaire d'une molécule non incluse dans le dispositif, cette molécule sera intégrée au dispositif si elle répond aux critères de choix définis à l'art 27 bis-2, dès lors que sa prescription est plus efficiente que celle du médicament biologique de référence.

L'intégration de la molécule concernée intervient au début du trimestre civil suivant la notification à la commission paritaire nationale de la commercialisation effective du médicament biosimilaire observée à partir des bases de remboursement de l'assurance maladie.

Article 27 bis-7-2 Sortie des molécules du dispositif

Le dispositif prend fin automatiquement pour une molécule donnée :

- dans le cas où la commercialisation d'un nouveau médicament plus efficient non biosimilaire, observée à partir des bases de remboursement de l'assurance maladie, engendre une prescription plus efficiente que celle qui est valorisée par le dispositif pour une molécule donnée ;
- en cas de dépassement de l'objectif de taux de pénétration du médicament biosimilaire fixé à hauteur de 80% (en volume) du médicament biologique de référence concerné.

Dans les cas listés ci-dessus, le dispositif d'intéressement pour la prescription de cette molécule concernée prend fin à la fin du trimestre civil suivant la notification à la CPN de la cause de l'exclusion de cette molécule du dispositif d'intéressement.

Article 27 bis–8 L'acceptation et l'accompagnement des patients

L'acceptation par le patient du changement de prescription est une condition indispensable à la réussite de ce dispositif. Ce dispositif valorise l'effort et le temps consacré par le médecin à accompagner son patient dans ce changement. Il a aussi vocation à promouvoir l'éducation à la santé des patients concernés. Aussi, les partenaires conventionnels s'accordent, en parallèle de ce dispositif, pour que des campagnes d'éducation à la santé, de prévention et d'accompagnement des patients, soient mises en œuvre par l'assurance maladie. Elles seront



TF

élaborées en lien avec les associations de patients prenant en charge les personnes concernées par les prescriptions de ces molécules. ».

**Article 7– Mettre en place un suivi plus réactif du dispositif OPTAM / OPTAM-CO pour un meilleur pilotage de l'activité tarifaire des médecins adhérents**

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité d'aménager le texte conventionnel afin de permettre aux médecins libéraux adhérents au dispositif OPTAM/OPTAM-CO d'être en capacité de suivre de manière plus réactive leur activité tarifaire et leurs résultats au regard de leurs taux d'engagements contractuels. Aussi, ils s'accordent à remplacer le suivi trimestriel initialement mis en place, par un suivi mensuel affiché chaque mois sur leur espace dédié Amelipro. Dans ce cadre, ils conviennent d'apporter les modifications suivantes au dispositif :

- Concernant l'OPTAM,

L'article 44 intitulé : « Modalités de suivi des engagements de l'OPTAM » est ainsi modifié :

- le 1er alinéa est remplacé par un alinéa rédigé comme suit :

« A compter de la date d'adhésion à l'option, l'assurance maladie informe le médecin adhérent mensuellement sur le suivi de sa pratique tarifaire : taux de dépassement des tarifs conventionnels constaté, part de l'activité réalisée au tarif opposable, montant des honoraires sans dépassement et montant des honoraires avec dépassements des tarifs conventionnels. Le médecin est informé de la mise à disposition de ces données sur Amelipro. ».

- la 1ère phrase du 2ème alinéa est remplacée par les dispositions suivantes :

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

- Concernant l'OPTAM-CO,

L'article 54 intitulé : «Modalités de suivi des engagements de l'OPTAM-CO » est ainsi modifié :

- le 1er alinéa est remplacé par un alinéa rédigé comme suit :

« A compter de la date d'adhésion à l'option, l'assurance maladie informe le médecin, mensuellement, sur le suivi de sa pratique tarifaire : taux de dépassement des tarifs conventionnels constaté, part de l'activité réalisée au tarif opposable, montant des honoraires sans dépassement et montant des honoraires avec dépassements des tarifs conventionnels. Le médecin est informé de la mise à disposition de ces données sur Amelipro ».

- la 1ère phrase du 2ème alinéa est remplacée par les dispositions suivantes : « Un suivi des données de résultats du médecin adhérent au regard de ses objectifs sur les 3 derniers mois glissants consolidés est présenté via Amelipro tout au long de l'année, via un visuel sous

forme de « warning » lui permettant de vérifier s'il respecte ou non ses engagements contractuels.».

En outre, les annexes 18 et 20 de la convention nationale sont modifiées de la manière suivante :

- L'annexe 18 intitulée : « OPTION TYPE – OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE (OPTAM) » est modifiée comme suit :

L'article 4 intitulé « Suivi du respect des engagements dans le cadre de l'OPTAM » est ainsi modifié :
Le 1er alinéa est remplacé par un alinéa rédigé comme suit :
« A compter de la date d'adhésion à l'option, l'assurance maladie informe le médecin, mensuellement, sur le suivi de sa pratique tarifaire : taux de dépassement des tarifs conventionnels constaté, part de l'activité réalisée au tarif opposable, montant des honoraires sans dépassement et montant des honoraires avec dépassements des tarifs conventionnels. Le médecin est informé de la mise à disposition de ces données sur Amelipro. ».
Le 2ème alinéa est remplacé par un alinéa rédigé comme suit :
« Un suivi des données de résultats du médecin adhérent au regard de ses objectifs sur les 3 derniers mois glissants consolidés lui est présenté via Amelipro tout au long de l'année, via un visuel sous forme de « warning » lui permettant de vérifier s'il respecte ou non ses engagements contractuels. ».

- L'annexe 20 intitulée : « OPTION TYPE – OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE CHIRURGIE OBSTETRIQUE (OPTAM-CO) » est modifiée comme suit :

L'article 4 intitulé « Suivi du respect des engagements dans le cadre de l'OPTAM -CO est ainsi modifié :

- le 1er alinéa est remplacé par un alinéa rédigé comme suit :
  « A compter de la date d'adhésion à l'option, l'assurance maladie informe le médecin, mensuellement, sur le suivi de sa pratique tarifaire : taux de dépassement des tarifs conventionnels constaté, part de l'activité réalisée au tarif opposable, montant des honoraires sans dépassement et montant des honoraires avec dépassements des tarifs conventionnels. Le médecin est informé de la mise à disposition de ces données sur Amelipro. ».
- le 2ème alinéa est remplacé par un alinéa rédigé comme suit :
  « Un suivi des données de résultats du médecin adhérent au regard de ses objectifs sur les 3 derniers mois glissants consolidés lui est présenté via Amelipro tout au long de l'année, via un visuel sous forme de « warning » lui permettant de vérifier s'il respecte ou non ses engagements contractuels. ».

**Article 8 - Aménagements divers du texte conventionnel**

**Article 8.1 – Intégration des praticiens temps partiel hospitalier dans le champ d'application de la convention**

Afin de tenir compte de l'entrée en vigueur des dispositions de l'Ordonnance n° 2021-292 du 17 mars 2021 visant à favoriser l'attractivité des carrières médicales hospitalières, les partenaires conventionnels conviennent de procéder aux adaptations suivantes :

Au premier alinéa de l'article 2 de la convention médicale intitulé « Conventionnement », les mots : « - aux praticiens statutaires temps plein hospitalier » sont remplacés par les mots : « - aux praticiens hospitaliers temps pleins ou temps partiel, sous réserve pour ces derniers de l'adoption des textes réglementaires organisant la mise en œuvre de cette disposition ».

Dans la partie dénommée « Situation de l'exercice en secteur privé par un praticien hospitalier » de l'article 38.1.2 de la convention médicale intitulé « Procédure d'équivalence de titres » les mots : « par les praticiens statutaires temps plein » sont remplacés par les mots « par les praticiens hospitaliers temps pleins ou temps partiel ».

Au Sous-Titre 4 intitulé « Modalités particulières à l'exercice dans un établissement de santé » du Titre 5 de la convention médicale, la partie intitulée « Actes réalisés par les praticiens statutaires exerçant à temps plein dans les établissements publics de santé pour la part de leur activité en libéral » est ainsi modifiée :

- son intitulé est remplacé par l'intitulé suivant : « Actes réalisés par les praticiens exerçant à temps plein et à temps partiel dans les établissements publics de santé pour la part de leur activité en libéral » ;
- au premier alinéa, après les mots : « par un praticien hospitalier temps plein » sont ajoutés les mots : « ou temps partiel » ;
- au troisième alinéa les mots : « Le médecin temps plein hospitalier », sont remplacés par les mots : « Le médecin temps plein ou temps partiel hospitalier ».

**Article 8.2 – Valorisation de l'aide financière complémentaire en cas d'interruption de l'activité médicale pour cause de paternité**

Afin de tenir compte de l'entrée en vigueur des dispositions de l'article 73 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, allongeant la durée légale du congé paternité à compter du 1er juillet 2021, les partenaires conventionnels conviennent de procéder aux adaptations suivantes.

A l'article 70.2 de la convention médicale intitulé « Aide financière complémentaire en cas d'interruption de l'activité médicale pour cause de maternité, paternité ou adoption», les dispositions relatives à l'aide financière complémentaire en cas d'interruption de l'activité médicale pour cause de paternité sont remplacées par les dispositions suivantes :



TF

« En cas d'interruption de l'activité médicale libérale pour cause de paternité, l'aide financière complémentaire est égale à 72 % de la rémunération versée pour cause de maternité, soit 2 232 euros, pour le médecin libéral conventionné exerçant une activité libérale de 8 demi-journées et plus par semaine en secteur à honoraires opposables ou en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée définis aux articles 40 et suivants de la présente convention, pour la durée du congé paternité.

Le médecin libéral conventionné exerçant en secteur à honoraires différents, reçoit une aide financière complémentaire d'un montant de 1 488 euros brut, par mois, pour une activité de 8 demi-journées et plus par semaine.

Lorsque l'activité libérale du médecin conventionné est :

- supérieure ou égale à 4 demi-journées par semaine et inférieure à 6 demi-journées par semaine, le montant de l'aide financière complémentaire est égal à 50 % de la rémunération versée pour une activité de 8 demi-journées et plus par semaine, soit 1 116 euros pour le médecin exerçant en secteur à honoraires opposables ou en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée définis aux articles 40 et suivants de la présente convention et 744 euros brut, par mois, pour le médecin exerçant en secteur à honoraires différents ;
- supérieure ou égale à 6 demi-journées par semaine et inférieure à 8 demi-journées par semaine, le montant de l'aide financière complémentaire est égal à 75 % de la rémunération versée pour une activité de 8 demi-journées et plus par semaine, soit 1 674 euros pour le médecin exerçant en secteur à honoraires opposables ou en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée définis aux articles 40 et suivants de la présente convention et 1 116 euros brut, par mois, pour le médecin exerçant en secteur à honoraires différents. ».

**Article 8.3 – Pièces justificatives en cas de transmission de feuilles de soins en SESAM « dégradé ».**

L'assurance maladie s'engage à examiner les conditions dans lesquelles la suppression de l'envoi des pièces justificatives prévu à l'article 61.1.2 de la convention nationale, en cas de transmission de feuilles de soins en SESAM « dégradé » sera possible.

**Article 9 – Annexes tarifaires**

L'annexe 1 de la convention nationale, intitulée « TARIFS DES HONORAIRES, REMUNERATIONS ET FRAIS ACCESSOIRES DES MEDECINS GENERALISTES ET SPECIALISTES », est modifiée, sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations visée à l'article L 162-1-7 du code de la sécurité sociale et du délai prévu à l'article L.162-14-1-1 du code de la sécurité sociale. Les modifications apportées à cette annexe figurent en annexe 1 du présent avenant.

L'annexe 26 de la convention nationale, intitulée « TARIFS DES ACTES DE LA CCAM TECHNIQUE » est modifiée, sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations visée à l'article L 162-1-7 du code de la sécurité sociale et du délai prévu à l'article L.162-14-1-1 du code de la sécurité sociale. Les modifications apportées à cette annexe figurent également en annexe 1 du présent avenant.

L'annexe 26 ter de la convention nationale intitulée « Coefficients de majoration pour les Antilles, la Guyane, La Réunion et Mayotte applicables aux tarifs de remboursement « Métropole » des actes CCAM d'anatomie et cytologie pathologiques (ACP) réalisés hors laboratoire de biologie médicale » est modifiée. Les modifications apportées à cette annexe figurent en annexe 2 du présent avenant.

Fait à Paris, le 30 juillet 2021

Pour l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
Le Directeur Général,
Thomas FATOME

Pour les organisations syndicales représentatives des médecins libéraux,

Au titre des généralistes

Le Président de la Confédération des Syndicats Médicaux de France
Docteur Jean-Paul ORTIZ

Le Président de la Fédération Française des Médecins Généralistes
Docteur Jacques BATTISTONI

Au titre des spécialistes

Le Président de la Confédération des Syndicats Médicaux de France
Docteur Jean-Paul ORTIZ

Les Co-Présidents de l'Union syndicale Avenir spé-le BLOC
Docteur Bertrand de ROCHAMBEAU

Docteur Philippe CUQ

Docteur François HONORAT

Docteur Patrick GASSER

**ANNEXE 1**

I - L'annexe 1 de la convention nationale est modifiée comme suit :

1° au sous-titre 1 intitulé : « **Tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins généralistes** » il est inséré un article 2 ainsi rédigé :

**« Article 2 Nouveaux tarifs en euros**

Le tableau ci-après annule et remplace les dispositions préexistantes concernées :

| **Actes** | **Métropole** | **Guadeloupe Martinique** | **Guyane Réunion** | **Mayotte** |
|---|---|---|---|---|
| Avis ponctuel de consultant **(prévu à l'article 18 de la NGAP et à l'article 28.3.5 de la convention)** | | | | |
| Avis ponctuel de consultant APC | 55,00 | 66,00 | 66,00 | 66,00 |
| Avis ponctuel de consultant au domicile du patient APV | 55,00 | 66,00 | 66,00 | 66,00 |

Les mesures tarifaires prévues au présent article entrent en vigueur au premier jour du mois suivant l'expiration du délai défini à l'article L.162-14-1-1 du code de la sécurité sociale. ».

2° au sous-titre 2 intitulé : « **Tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins spécialistes** », il est inséré un article 2 ainsi rédigé :

**« Article 2 Nouveaux tarifs en euros**

Le tableau ci-après annule et remplace les dispositions préexistantes concernées :

| **Actes** | **Métropole** | **Guadeloupe Martinique** | **Guyane Réunion** | **Mayotte** |
|---|---|---|---|---|
| CNPSY<br>(prévue à l'article 2.1 de la NGAP) | 42,50 | 51,00 | 51,00 | 51,00 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Consultation réalisée au cabinet par un psychiatre à la demande du médecin traitant dans les deux jours ouvrables<br><br>(prévue à l'article 15.2.4 de la NGAP) | 2 CNPSY<br>85,00 | 2 CNPSY<br>102,00 | 2 CNPSY<br>102,00 | 2 CNPSY<br>102,00 |
| Avis ponctuel de consultant **(prévu à l'article 18 de la NGAP et à l'article 28.3.5 de la convention)** | | | | |
| Avis ponctuel de consultant APC | 55,00 | 66,00 | 66,00 | 66,00 |
| Avis ponctuel de consultant au domicile du patient APV | 55,00 | 66,00 | 66,00 | 66,00 |
| **Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin dit « téléconsultant » (prévu à l'article 14.9.3 de la NGAP et à l'article 28.6.1.4 de la convention)** | | | | |
| Acte de téléconsultation du médecin spécialiste en psychiatrie TC | 42,50 | 51,00 | 51,00 | 51,00 |
| Acte de téléconsultation du médecin spécialiste en psychiatrie à la demande du médecin traitant dans les deux jours ouvrables | 85,00 | 102,00 | 102,00 | 102,00 |
| **Majorations enfants des pédiatres** | | | | |
| Nouveau Forfait pédiatrique (jusqu'à 2 ans) du pédiatre : NFP (prévu à l'article 14.6.1 de la NGAP) | 10,00 | 10,00 | 10,00 | 10,00 |
| **Consultations et majorations complexes** | | | | |
| Majoration pour certaines consultations par les spécialistes en endocrinologie et en médecine interne compétents en diabétologie : MCE<br><br>(prévue à l'article 15-4 de la NGAP) | 22,00 | 22,00 | 22,00 | 22,00 |

Les mesures tarifaires prévues au présent article entrent en vigueur au premier jour du mois suivant l'expiration du délai défini à l'article L.162-14-1-1 du code de la sécurité sociale. ».

II - L'annexe 26 « **Tarifs des actes de la CCAM Technique** » de la convention nationale est modifiée comme suit :

**« ANNEXE 26. TARIFS DES ACTES DE LA CCAM TECHNIQUE**

Il est apporté les modifications tarifaires suivantes aux actes listés ci-dessous, sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations visée à l'article L 162-1-7 du code de la sécurité sociale, à partir du premier jour du mois suivant l'expiration du délai défini à l'article L.162-14-1-1 du code de la sécurité sociale :

| Code acte | Activité | Phase | TARIF Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro) | TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro) |
|---|---|---|---|---|
| JKQX347 | 1 | 0 | 19,00 | 19,00 |
| JKQX261 | 1 | 0 | 19,00 | 19,00 |
| JKQX027 | 1 | 0 | 21,00 | 21,00 |
| JKQX147 | 1 | 0 | 19,00 | 19,00 |
| JKQX015 | 1 | 0 | 21,00 | 21,00 |
| JKQX426 | 1 | 0 | 19,00 | 19,00 |
| ZZQX628 | 1 | 0 | 24,30 | 24,30 |
| ZZQX603 | 1 | 0 | 24,30 | 24,30 |

De même, il est apporté les modifications tarifaires suivantes aux actes listés ci-dessous, sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations visée à l'article L 162-1-7 du code de la sécurité sociale, un an après l'entrée en vigueur des tarifs ci-dessus :

| Code acte | Activité | Phase | TARIF Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro) | TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro) |
|---|---|---|---|---|
| JKQX347 | 1 | 0 | 20,00 | 20,00 |
| JKQX261 | 1 | 0 | 20,00 | 20,00 |
| JKQX027 | 1 | 0 | 23,00 | 23,00 |
| JKQX147 | 1 | 0 | 20,00 | 20,00 |
| JKQX015 | 1 | 0 | 23,00 | 23,00 |
| JKQX426 | 1 | 0 | 20,00 | 20,00 |
| ZZQX628 | 1 | 0 | 20,00 | 20,00 |
| ZZQX603 | 1 | 0 | 20,00 | 20,00 |

Enfin, au premier jour du mois suivant l'expiration du délai défini à l'article L.162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, les actes CCAM ne bénéficiant pas à ce jour de coefficient de majoration dans les DROM sont majorés d'une valeur correspondant à 3% lorsqu'ils sont réalisés dans un DROM. ».

**ANNEXE 2**

L'annexe 26 ter de la convention nationale est ainsi modifiée :

1° Il est créé, à l'annexe 26 ter un article 1 ainsi rédigé :

**« Article 1- COEFFICIENTS DE MAJORATION POUR LES ANTILLES, LA GUYANE, LA REUNION ET MAYOTTE APPLICABLES AUX TARIFS DE REMBOURSEMENT « METROPOLE » DES ACTES SUIVANTS :**

| Codes | Coefficients de majoration | Libellés |
|---|---|---|
| GBBA002 | 1,077 | Comblement préimplantaire sousmuqueux du sinus maxillaire |
| GBBA364 | 1,077 | Comblement préimplantaire sousmuqueux bilatéral du sinus maxillaire |
| HBLD053 | 1,079 | Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extracoronaire par attelle métallique coulée et collée, sur 1 à 6 dents |
| HBLD051 | 1,079 | Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extracoronaire par attelle métallique coulée et collée, sur 7 dents ou plus |
| LBGD001 | 1,077 | Ablation de moyen de contention maxillaire et/ou mandibulaire intrabuccal |
| HBED001 | 1,079 | Réimplantation d'1 dent permanente expulsée |
| HBED003 | 1,079 | Réimplantation de 2 dents permanentes expulsées |
| HBED021 | 1,079 | Réimplantation de 3 dents permanentes expulsées, ou plus |
| HBED022 | 1,077 | Autogreffe d'un germe ou d'une dent retenue, dans un site naturel ou préparé chirurgicalement |
| HBLD045 | 1,079 | Application de vernis fluoré sur les 2 arcades dentaires |
| HBBD005 | 1,079 | Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 1 dent |
| HBBD006 | 1,079 | Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 2 dents |
| HBBD007 | 1,079 | Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 3 dents |
| HBBD004 | 1,079 | Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 4 dents |
| HBBD039 | 1,079 | Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 5 dents |
| HBBD404 | 1,079 | Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 6 dents |
| HBBD098 | 1,079 | Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 7 dents |
| HBBD427 | 1,079 | Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 8 dents |
| HBJD001 | 1,079 | Détartrage et polissage des dents |
| HBFD010 | 1,079 | Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage direct |
| HBMD351 | 1,079 | Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux |
| HBMD460 | 1,079 | Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] céramique ou en alliage précieux |

| | | |
|---|---|---|
| HBMD058 | 1,079 | Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire |
| HBMD050 | 1,079 | Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire |
| HBMD054 | 1,079 | Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire |
| HBMD044 | 1,079 | Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 angle par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire |
| HBMD047 | 1,079 | Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 angles par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire |
| HBMD053 | 1,079 | Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire |
| HBMD049 | 1,079 | Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire |
| HBMD038 | 1,079 | Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire |
| HBMD042 | 1,079 | Restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire |
| HBFD006 | 1,079 | Exérèse de la pulpe camérale [Biopulpotomie] d'une dent temporaire |
| HBFD017 | 1,079 | Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine temporaire |
| HBFD019 | 1,079 | Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire temporaire |
| HBFD033 | 1,079 | Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente |
| HBFD021 | 1,079 | Exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire |
| HBFD035 | 1,079 | Exérèse de la pulpe vivante d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire |
| HBFD008 | 1,079 | Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente |
| HBFD015 | 1,079 | Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine temporaire |
| HBFD474 | 1,079 | Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire temporaire |
| HBFD458 | 1,079 | Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente immature |
| HBFD395 | 1,079 | Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire immature |
| HBFD326 | 1,079 | Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire immature autre que la première prémolaire maxillaire |
| HBFD150 | 1,079 | Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente immature |
| HBFD001 | 1,079 | Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente |
| HBFD297 | 1,079 | Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire |
| HBFD003 | 1,079 | Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire |
| HBFD024 | 1,079 | Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente |
| HBBD003 | 1,079 | Obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine après apexification |

| | | |
|---|---|---|
| HBBD234 | 1,079 | Obturation radiculaire d'une première prémolaire maxillaire après apexification |
| HBBD001 | 1,079 | Obturation radiculaire d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire après apexification |
| HBBD002 | 1,079 | Obturation radiculaire d'une molaire après apexification |
| HBPD002 | 1,077 | Dégagement d'une dent retenue ou incluse avec pose d'un dispositif de traction orthodontique sans aménagement parodontal |
| HBPA001 | 1,077 | Dégagement d'une dent retenue ou incluse, avec pose d'un dispositif de traction orthodontique et aménagement parodontal par greffe ou lambeau |
| HBPD001 | 1,077 | Dégagement de plusieurs dents retenues ou incluses avec pose de dispositif de traction orthodontique |
| HBGD035 | 1,077 | Avulsion d'1 dent temporaire sur arcade |
| HBGD037 | 1,077 | Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade |
| HBGD309 | 1,077 | Avulsion de 3 dents temporaires sur arcade |
| HBGD284 | 1,077 | Avulsion de 4 dents temporaires sur arcade |
| HBGD065 | 1,077 | Avulsion de 5 dents temporaires sur arcade |
| HBGD462 | 1,077 | Avulsion de 6 dents temporaires sur arcade |
| HBGD464 | 1,077 | Avulsion de 7 dents temporaires sur arcade |
| HBGD263 | 1,077 | Avulsion de 8 dents temporaires sur arcade |
| HBGD280 | 1,077 | Avulsion de 9 dents temporaires sur arcade |
| HBGD093 | 1,077 | Avulsion de 10 dents temporaires sur arcade |
| HBGD362 | 1,077 | Avulsion de 11 dents temporaires sur arcade |
| HBGD054 | 1,077 | Avulsion de 12 dents temporaires sur arcade |
| HBGD111 | 1,077 | Avulsion de 13 dents temporaires sur arcade |
| HBGD174 | 1,077 | Avulsion de 14 dents temporaires sur arcade |
| HBGD057 | 1,077 | Avulsion de 15 dents temporaires sur arcade |
| HBGD133 | 1,077 | Avulsion de 16 dents temporaires sur arcade |
| HBGD123 | 1,077 | Avulsion de 17 dents temporaires sur arcade |
| HBGD468 | 1,077 | Avulsion de 18 dents temporaires sur arcade |
| HBGD282 | 1,077 | Avulsion de19 dents temporaires sur arcade |
| HBGD201 | 1,077 | Avulsion de 20 dents temporaires sur arcade |
| HBGD042 | 1,077 | Avulsion d'1 dent temporaire retenue, incluse ou réincluse |
| HBGD026 | 1,077 | Avulsion de 2 dents temporaires retenues, incluses ou réincluses |
| HBGD036 | 1,077 | Avulsion d'1 dent permanente sur arcade sans alvéolectomie |
| HBGD043 | 1,077 | Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie |
| HBGD319 | 1,077 | Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie |
| HBGD489 | 1,077 | Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie |
| HBGD497 | 1,077 | Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie |
| HBGD106 | 1,077 | Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie |
| HBGD076 | 1,077 | Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie |
| HBGD422 | 1,077 | Avulsion de 8 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie |
| HBGD420 | 1,077 | Avulsion de 9 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie |

| | | |
|---|---|---|
| HBGD064 | 1,077 | Avulsion de 10 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie |
| HBGD356 | 1,077 | Avulsion de 11 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie |
| HBGD146 | 1,077 | Avulsion de 12 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie |
| HBGD382 | 1,077 | Avulsion de 13 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie |
| HBGD247 | 1,077 | Avulsion de 14 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie |
| HBGD197 | 1,077 | Avulsion de 15 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie |
| HBGD333 | 1,077 | Avulsion de 16 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie |
| HBGD261 | 1,077 | Avulsion de 17 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie |
| HBGD499 | 1,077 | Avulsion de 18 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie |
| HBGD461 | 1,077 | Avulsion de 19 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie |
| HBGD278 | 1,077 | Avulsion de 20 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie |
| HBGD258 | 1,077 | Avulsion de 21 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie |
| HBGD311 | 1,077 | Avulsion de 22 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie |
| HBGD235 | 1,077 | Avulsion de 23 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie |
| HBGD374 | 1,077 | Avulsion de 24 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie |
| HBGD475 | 1,077 | Avulsion de 25 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie |
| HBGD285 | 1,077 | Avulsion de 26 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie |
| HBGD338 | 1,077 | Avulsion de 27 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie |
| HBGD193 | 1,077 | Avulsion de 28 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie |
| HBGD345 | 1,077 | Avulsion de 29 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie |
| HBGD414 | 1,077 | Avulsion de 30 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie |
| HBGD245 | 1,077 | Avulsion de 31 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie |
| HBGD283 | 1,077 | Avulsion de 32 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie |
| HBGD022 | 1,077 | Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec alvéolectomie |
| HBGD034 | 1,077 | Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie |
| HBGD287 | 1,077 | Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie |
| HBGD078 | 1,077 | Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie |
| HBGD060 | 1,077 | Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie |
| HBGD312 | 1,077 | Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie |
| HBGD142 | 1,077 | Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie |
| HBGD231 | 1,077 | Avulsion de 8 dents à 10 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie |
| HBGD349 | 1,077 | Avulsion de 11 dents à 13 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie |
| HBGD067 | 1,077 | Avulsion de 14 dents à 16 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie |
| HBGD418 | 1,077 | Avulsion de 17 dents à 19 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie |
| HBGD441 | 1,077 | Avulsion de 20 dents à 22 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie |
| HBGD105 | 1,077 | Avulsion de 23 dents à 25 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie |
| HBGD191 | 1,077 | Avulsion de 26 dents à 28 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie |
| HBGD262 | 1,077 | Avulsion de 29 dents à 32 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie |
| HBGD031 | 1,077 | Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec séparation des racines |
| HBGD032 | 1,077 | Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines |
| HBGD415 | 1,077 | Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines |



TF

| | | |
|---|---|---|
| HBGD169 | 1,077 | Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines |
| HBGD039 | 1,077 | Avulsion d'1 dent ankylosée sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines |
| HBGD002 | 1,077 | Avulsion de 2 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines |
| HBGD453 | 1,077 | Avulsion de 3 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines |
| HBGD218 | 1,077 | Avulsion de 4 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines |
| HBGD480 | 1,077 | Avulsion de 5 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines |
| HBGD206 | 1,077 | Avulsion de 6 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines |
| HBGD396 | 1,077 | Avulsion de 7 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines |
| HBGD113 | 1,077 | Avulsion de 8 dents à 10 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines |
| HBGD438 | 1,077 | Avulsion de 11 dents à 13 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines |
| HBGD122 | 1,077 | Avulsion de 14 dents à 16 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines |
| HBGD028 | 1,077 | Avulsion d'une incisive permanente retenue ou à l'état de germe |
| HBGD126 | 1,077 | Avulsion de 2 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe |
| HBGD062 | 1,077 | Avulsion de 3 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe |
| HBGD430 | 1,077 | Avulsion de 4 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe |
| HBGD372 | 1,077 | Avulsion de 5 à 6 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe |
| HBGD148 | 1,077 | Avulsion de 7 à 8 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe |
| HBGD014 | 1,077 | Avulsion d'1 canine permanente retenue ou à l'état de germe |
| HBGD015 | 1,077 | Avulsion de 2 canines permanentes retenues ou à l'état de germe |
| HBGD145 | 1,077 | Avulsion de 3 canines permanentes retenues ou à l'état de germe |
| HBGD416 | 1,077 | Avulsion de 4 canines permanentes retenues ou à l'état de germe |
| HBGD459 | 1,077 | Avulsion d'1 prémolaire retenue ou à l'état de germe |
| HBGD386 | 1,077 | Avulsion de 2 prémolaires retenues ou à l'état de germe |
| HBGD279 | 1,077 | Avulsion de 3 prémolaires retenues ou à l'état de germe |
| HBGD199 | 1,077 | Avulsion de 4 prémolaires retenues ou à l'état de germe |
| HBGD385 | 1,077 | Avulsion de 5 à 6 prémolaires retenues ou à l'état de germe |
| HBGD359 | 1,077 | Avulsion de 7 à 8 prémolaires retenues ou à l'état de germe |
| HBGD047 | 1,077 | Avulsion d'une première ou d'une deuxième molaire permanente retenue ou à l'état de germe |
| HBGD492 | 1,077 | Avulsion de 2 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe |
| HBGD316 | 1,077 | Avulsion de 3 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe |

| | | |
|---|---|---|
| HBGD117 | 1,077 | Avulsion de 4 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe |
| HBGD181 | 1,077 | Avulsion de 5 à 6 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe |
| HBGD210 | 1,077 | Avulsion de 7 à 8 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe |
| HBGD018 | 1,077 | Avulsion d'une troisième molaire maxillaire retenue ou à l'état de germe |
| HBGD004 | 1,077 | Avulsion d'une troisième molaire mandibulaire retenue ou à l'état de germe |
| HBGD025 | 1,077 | Avulsion de 2 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe |
| HBGD021 | 1,077 | Avulsion de 3 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe |
| HBGD038 | 1,077 | Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe |
| HBGD044 | 1,077 | Avulsion d'1 dent à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse |
| HBGD322 | 1,077 | Avulsion de 2 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse |
| HBGD160 | 1,077 | Avulsion de 3 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse |
| HBGD403 | 1,077 | Avulsion de 4 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse |
| HBGD300 | 1,077 | Avulsion d'une dent en désinclusion avec couronne sous muqueuse en position palatine ou linguale |
| HBGD358 | 1,077 | Avulsion de 2 dents en désinclusion avec couronnes sous muqueuses en position palatine et/ou linguale |
| HBGD003 | 1,077 | Avulsion d'1 odontoïde inclus ou d'1 dent surnuméraire à l'état de germe |
| HBGD402 | 1,077 | Avulsion de 2 odontoïdes inclus ou de 2 dents surnuméraires à l'état de germe |
| HBGD281 | 1,077 | Avulsion de 3 odontoïdes inclus ou de 3 dents surnuméraires à l'état de germe |
| HBGD171 | 1,077 | Avulsion de 4 odontoïdes inclus ou de 4 dents surnuméraires à l'état de germe |
| HBGD016 | 1,077 | Avulsion d'1 racine incluse |
| HBGD466 | 1,077 | Avulsion de 2 racines incluses |
| HBGD299 | 1,077 | Avulsion de 3 racines incluses |
| HBGD102 | 1,077 | Avulsion de 4 racines incluses |
| HBGD159 | 1,077 | Avulsion de 5 racines incluses |
| HBGD465 | 1,077 | Avulsion de 6 racines incluses |
| HBGD017 | 1,077 | Avulsion d'une dent ectopique |
| HBGD190 | 1,077 | Avulsion de 2 dents ectopiques |
| HBGD397 | 1,077 | Avulsion de 3 dents ectopiques |
| HBGD080 | 1,077 | Avulsion de 4 dents ectopiques |
| HBMD019 | 1,077 | Révision des piliers implantoportés d'une prothèse dentaire |
| HBGB005 | 1,077 | Curetage périapical avec résection de l'apex d'une racine dentaire endodontiquement traitée |
| HBGB003 | 1,077 | Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine |
| HBGB002 | 1,077 | Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une prémolaire |
| HBGB004 | 1,077 | Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une molaire |
| HBFA007 | 1,077 | Gingivectomie sur un secteur de 4 à 6 dents |

| | | |
|---|---|---|
| HBED023 | 1,077 | Greffe épithélioconjonctive ou conjonctive sur la gencive, sur un secteur de 1 à 3 dents |
| HBED024 | 1,077 | Greffe épithélioconjonctive ou conjonctive sur la gencive, sur un sextant |
| HBBA003 | 1,077 | Ostéoplastie additive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 1 à 3 dents |
| HBBA002 | 1,077 | Ostéoplastie additive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 4 à 6 dents |
| HBBA004 | 1,077 | Ostéoplastie additive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 7 dents ou plus |
| HBJB001 | 1,077 | Évacuation d'abcès parodontal |
| HBMA001 | 1,077 | Plastie mucogingivale par lambeau déplacé latéralement, coronairement ou apicalement |
| LBLD075 | 1,077 | Pose d'1 implant intraosseux intrabuccal, chez l'enfant |
| LBLD066 | 1,077 | Pose de 2 implants intraosseux intrabuccaux chez l'enfant |
| LBLD281 | 1,077 | Pose de 3 implants intraosseux intrabuccaux chez l'enfant |
| LBLD117 | 1,077 | Pose de 4 implants intraosseux intrabuccaux chez l'enfant |
| LBLD015 | 1,077 | Pose d'1 implant intraosseux intrabuccal, chez l'adulte |
| LBLD010 | 1,077 | Pose de 2 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte |
| LBLD013 | 1,077 | Pose de 3 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte |
| LBLD004 | 1,077 | Pose de 4 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte |
| LBLD020 | 1,077 | Pose de 5 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte |
| LBLD025 | 1,077 | Pose de 6 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte |
| LBLD026 | 1,077 | Pose de 7 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte |
| LBLD038 | 1,077 | Pose de 8 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte |
| LBLD200 | 1,077 | Pose de 9 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte |
| LBLD294 | 1,077 | Pose de 10 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte |
| LBLD019 | 1,077 | Pose de moyen de liaison sur 1 implant préprothétique intraosseux intrabuccal |
| LBLD073 | 1,077 | Pose de moyen de liaison sur 2 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux |
| LBLD086 | 1,077 | Pose de moyen de liaison sur 3 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux |
| LBLD193 | 1,077 | Pose de moyen de liaison sur 4 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux |
| LBLD447 | 1,077 | Pose de moyen de liaison sur 5 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux |
| LBLD270 | 1,077 | Pose de moyen de liaison sur 6 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux |
| LBLD143 | 1,077 | Pose de moyen de liaison sur 7 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux |
| LBLD235 | 1,077 | Pose de moyen de liaison sur 8 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux |
| LBLD311 | 1,077 | Pose de moyen de liaison sur 9 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux |
| LBLD214 | 1,077 | Pose de moyen de liaison sur 10 implants préprothétiques intraosseux intrabuccaux |
| LBLD034 | 1,077 | Pose de barre de conjonction entre 2 implants intrabuccaux |

| | | |
|---|---|---|
| LBLD057 | 1,077 | Pose de barre de conjonction entre 3 implants intrabuccaux ou plus |
| LAPB451 | 1,077 | Dégagement et activation d'1 implant intraosseux intrabuccal, chez l'enfant |
| LAPB311 | 1,077 | Dégagement et activation de 2 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'enfant |
| LAPB459 | 1,077 | Dégagement et activation de 3 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'enfant |
| LAPB408 | 1,077 | Dégagement et activation de 4 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'enfant |
| LAPB002 | 1,077 | Dégagement et activation d'1 implant intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte |
| LAPB004 | 1,077 | Dégagement et activation de 2 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte |
| LAPB003 | 1,077 | Dégagement et activation de 3 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte |
| LAPB001 | 1,077 | Dégagement et activation de 4 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte |
| LAPB005 | 1,077 | Dégagement et activation de 5 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte |
| LAPB006 | 1,077 | Dégagement et activation de 6 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte |
| LAPB007 | 1,077 | Dégagement et activation de 7 implants intraosseux intra buccaux, chez l'adulte |
| LAPB047 | 1,077 | Dégagement et activation de 8 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte |
| LAPB030 | 1,077 | Dégagement et activation de 9 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte |
| LAPB122 | 1,077 | Dégagement et activation de 10 implants intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte |
| LBGA280 | 1,077 | Ablation d'1 implant intraosseux intrabuccal avec résection osseuse, chez l'enfant |
| LBGA441 | 1,077 | Ablation de 2 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'enfant |
| LBGA354 | 1,077 | Ablation de 3 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'enfant |
| LBGA049 | 1,077 | Ablation de 4 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'enfant |
| LBGA004 | 1,077 | Ablation d'1 implant intraosseux intrabuccal avec résection osseuse, chez l'adulte |
| LBGA003 | 1,077 | Ablation de 2 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte |
| LBGA002 | 1,077 | Ablation de 3 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte |
| LBGA006 | 1,077 | Ablation de 4 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte |
| LBGA007 | 1,077 | Ablation de 5 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte |

| | | |
|---|---|---|
| LBGA008 | 1,077 | Ablation de 6 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte |
| LBGA009 | 1,077 | Ablation de 7 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte |
| LBGA139 | 1,077 | Ablation de 8 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte |
| LBGA052 | 1,077 | Ablation de 9 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte |
| LBGA168 | 1,077 | Ablation de 10 implants intraosseux intrabuccaux avec résection osseuse, chez l'adulte |

».

**2°** Il est créé à l'annexe 26 ter un article 2 rédigé comme suit :

**« Article 2 - Coefficients de majoration pour les Antilles, la Guyane, La Réunion et Mayotte applicables aux tarifs de remboursement « Métropole » des actes CCAM d'anatomie et cytologie pathologiques (ACP) réalisés hors laboratoire de biologie médicale**

| Code CCAM | Libellé CCAM | Coefficient de majoration |
|---|---|---|
| AZQX005 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de tumeur de l'encéphale, de la moelle épinière, ou des méninges | 1,214 |
| BZQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse d'organe accessoire de l'œil | 1,214 |
| BHQX005 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'énucléation du bulbe [globe] oculaire | 1,214 |
| BKQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exentération de l'orbite | 1,214 |
| ENQX011 | Examen histopathologique de biopsie d'artère avec coloration spéciale | 1,214 |
| DZQX005 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de tumeur du cœur | 1,214 |
| FCQX028 | Examen histopathologique de biopsie de nœud [ganglion] lymphatique | 1,214 |
| FDQX007 | Examen histopathologique de biopsie de moelle osseuse avec coloration spéciale | 1,214 |
| FCQX004 | Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de nœud [ganglion] lymphatique | 1,214 |
| FCQX005 | Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse d'un nœud [ganglion] lymphatique sentinelle | 1,214 |
| FCQX008 | Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de 2 nœuds [ganglions] lymphatiques sentinelles | 1,214 |
| FCQX007 | Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de 3 nœuds [ganglions] lymphatiques sentinelles | 1,214 |
| FCQX006 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse d'un groupe lymphonodal [ganglionnaire lymphatique] | 1,214 |
| FCQX010 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièces d'exérèse de 2 ou 3 groupes lymphonodaux [ganglionnaires lymphatiques] | 1,214 |
| FCQX012 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièces d'exérèse de 4 à 6 groupes lymphonodaux [ganglionnaires lymphatiques] | 1,214 |
| FCQX011 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièces d'exérèse de 7 groupes lymphonodaux [ganglionnaires lymphatiques] ou plus | 1,214 |
| FAQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'amygdalectomie | 1,214 |

| | | |
|---|---|---|
| FBQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse du thymus ou de vestiges thymiques | 1,214 |
| FFQX005 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de splénectomie | 1,214 |
| GEQX002 | Examen cytopathologique de produit de lavage bronchioloalvéolaire, non différencié, avec coloration spéciale | 1,214 |
| GEQX001 | Examen cytopathologique de produit de lavage bronchioloalvéolaire, différencié, avec coloration spéciale | 1,214 |
| GFQX020 | Examen histopathologique de biopsie de poumon avec coloration spéciale pour diagnostic d'affection non carcinologique | 1,214 |
| GCQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de cavité nasale [fosse nasale] et/ou de sinus paranasal | 1,214 |
| GCQX005 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse du rhinopharynx | 1,214 |
| GDQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de cordectomie laryngée | 1,214 |
| GDQX008 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de laryngectomie partielle et/ou de pharyngectomie partielle | 1,214 |
| GDQX005 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de laryngectomie partielle verticale ou de laryngectomie totale | 1,214 |
| GFQX006 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse pulmonaire non anatomique et/ou de segmentectomie, non différenciées, sans résection de côte ni de vertèbre | 1,214 |
| GFQX009 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse pulmonaire non anatomique et/ou de segmentectomie, différenciées, sans résection de côte ni de vertèbre | 1,214 |
| GFQX010 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse pulmonaire non anatomique et/ou de segmentectomie, avec résection de côte et/ou de vertèbre | 1,214 |
| GFQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse d'une lobectomie pulmonaire, sans résection de côte ni de vertèbre | 1,214 |
| GFQX008 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de pneumonectomie ou de lobectomies pulmonaires multiples, sans résection de côte ni de vertèbre | 1,214 |
| GFQX005 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse d'une lobectomie pulmonaire, avec résection de côte et/ou de vertèbre | 1,214 |
| GFQX007 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de pneumonectomie ou de lobectomies pulmonaires multiples, avec résection de côte et/ou de vertèbre | 1,214 |
| GGQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de tumeur de plèvre | 1,214 |
| HLQX013 | Examen histopathologique de biopsie de foie avec coloration spéciale pour diagnostic d'affection non carcinologique | 1,214 |
| HAQX005 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de lèvre, de commissure labiale et/ou de muqueuse buccale | 1,214 |
| HAQX017 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de glossectomie, de pelvectomie buccale, de pelviglossectomie ou d'oropharyngectomie sans mandibulectomie | 1,214 |
| HAQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de pelvimandibulectomie, de pelvi-glosso-mandibulectomie ou d'oropharyngectomie avec mandibulectomie | 1,214 |
| HCQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de glande salivaire | 1,214 |
| HDQX007 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de pharyngolaryngectomie totale | 1,214 |

| | | |
|---|---|---|
| HEQX005 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse endoscopique de l'œsophage | 1,214 |
| HEQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'œsophagectomie partielle ou totale | 1,214 |
| HEQX008 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'œsophago-pharyngo-laryngectomie ou d'œsophagogastrectomie | 1,214 |
| HFQX005 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse endoscopique de l'estomac | 1,214 |
| HFQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de gastrectomie partielle | 1,214 |
| HFQX008 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de gastrectomie totale ou de dégastrogastrectomie | 1,214 |
| HGQX003 | Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse intestinale pour maladie inflammatoire chronique de l'intestin [MICI] | 1,214 |
| HGQX005 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse endoscopique de l'intestin grêle | 1,214 |
| HGQX008 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse segmentaire de l'intestin grêle | 1,214 |
| HHQX007 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'appendicectomie | 1,214 |
| HHQX005 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse endoscopique de 1 ou 2 lésions du côlon et/ou du rectum | 1,214 |
| HHQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse endoscopique de 3 à 5 lésions du côlon et/ou du rectum | 1,214 |
| HHQX008 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse endoscopique de 6 lésions ou plus du côlon et/ou du rectum | 1,214 |
| HHQX006 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de colectomie partielle ou de rectosigmoidectomie sans résection du mésorectum | 1,214 |
| HHQX010 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de colectomie totale | 1,214 |
| HHQX011 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de coloprotectomie totale | 1,214 |
| HJQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de rectosigmoidectomie, ou d'exérèse partielle ou totale de rectum, emportant le mésorectum | 1,214 |
| HKQX005 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse du canal anal et/ou de la marge anale | 1,214 |
| HLQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'une hépatectomie partielle | 1,214 |
| HLQX005 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièces de plusieurs hépatectomies partielles | 1,214 |
| HLQX008 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'hépatectomie totale | 1,214 |
| HMQX005 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de cholécystectomie | 1,214 |
| HMQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de conduit biliaire extrahépatique | 1,214 |
| HNQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de la papille duodénale majeure [ampullectomie] | 1,214 |
| HNQX008 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de pancréatectomie partielle, sans splénectomie | 1,214 |
| HNQX007 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de pancréatectomie partielle avec splénectomie | 1,214 |
| HNQX006 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de duodénopancréatectomie partielle ou totale | 1,214 |

| | | |
|---|---|---|
| HPQX005 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de tumeur du grand omentun, du péritoine et/ou de repli péritonéal [méso] | 1,214 |
| JKQX347 | Examen cytopathologique de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage individuel | 1,214 |
| JKQX261 | Examen cytopathologique de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage organisé | 1,214 |
| JKQX027 | Examen cytopathologique de contrôle de prélèvement [frottis] du col de l'utérus | 1,214 |
| JKQX147 | Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage individuel | 1,214 |
| JKQX015 | Examen cytopathologique de contrôle en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus | 1,214 |
| JKQX426 | Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage organisé | 1,214 |
| JAQX006 | Examen histopathologique de biopsie de rein avec coloration spéciale pour diagnostic d'affection non carcinologique | 1,214 |
| JDQX002 | Examen histopathologique de fragments d'exérèse endoscopique de la vessie | 1,214 |
| JGQX001 | Examen histopathologique de fragments d'exérèse endoscopique de la prostate | 1,214 |
| JAQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de néphrectomie totale ou de néphro-urétérectomie | 1,214 |
| JAQX005 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de néphrectomie partielle | 1,214 |
| JCQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'urétrectomie partielle ou totale | 1,214 |
| JDQX005 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de cystectomie partielle | 1,214 |
| JDQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de cystectomie totale | 1,214 |
| JEQX005 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'urétérectomie partielle ou totale | 1,214 |
| JGQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de vésiculoprostatectomie totale | 1,214 |
| JGQX005 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de vésiculo-prostato-cystectomie totale | 1,214 |
| JHQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'orchidectomie partielle | 1,214 |
| JHQX005 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'orchidectomie totale | 1,214 |
| JHQX008 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'amputation partielle du pénis | 1,214 |
| JHQX007 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'amputation totale du pénis | 1,214 |
| JJQX008 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de salpingectomie | 1,214 |
| JJQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'une ovariectomie partielle ou totale | 1,214 |
| JJQX005 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de plusieurs ovariectomies partielle et/ou totale | 1,214 |
| JKQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'hystérectomie, sans annexectomie | 1,214 |
| JKQX005 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'hystérectomie, avec annexectomie | 1,214 |
| JKQX020 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'hystérectomie, avec annexectomie et omentectomie | 1,214 |
| JKQX007 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de conisation du col de l'utérus | 1,214 |
| JLQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de colpectomie | 1,214 |

| | | |
|---|---|---|
| | partielle ou totale | |
| JKQX006 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de trachélectomie [cervicectomie] ou de colpotrachélectomie | 1,214 |
| JMQX005 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de vulvectomie partielle | 1,214 |
| JMQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de vulvectomie totale | 1,214 |
| JFQX005 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de pelvectomie antérieure | 1,214 |
| JFQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de pelvectomie totale | 1,214 |
| JPQX007 | Examen anatomopathologique d'un placenta complet avec cordon et membranes | 1,214 |
| JPQX019 | Examen anatomopathologique de plusieurs placentas complets avec cordons et membranes | 1,214 |
| JQQX109 | Examen anatomopathologique de produit d'avortement avant la 14e semaine d'aménorrhée | 1,214 |
| JQQX005 | Autopsie médicale d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de 4 jours de vie, sans examen de l'encéphale | 1,214 |
| JQQX003 | Autopsie médicale d'un fœtus ou d'un nouveau-né de moins de 4 jours de vie, avec examen de l'encéphale | 1,214 |
| JQQX002 | Autopsie médicale de 2 fœtus | 1,214 |
| JQQX004 | Autopsie médicale de 3 fœtus ou plus | 1,214 |
| KCQX005 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de lobectomie ou de lobo-isthmectomie thyroïdienne | 1,214 |
| KCQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de thyroïdectomie subtotale ou totale | 1,214 |
| KDQX005 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de parathyroïdectomie | 1,214 |
| KEQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce de surrénalectomie | 1,214 |
| PZQX005 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'amputation partielle ou totale d'un doigt ou d'un orteil | 1,214 |
| PZQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'amputation partielle ou totale de main, de pied ou de plusieurs doigts ou orteils | 1,214 |
| PZQX008 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'amputation partielle ou totale de membre | 1,214 |
| PAQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de tumeur de l'os et/ou de cartilage | 1,214 |
| PDQX005 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de tumeur des tissus mous fasciaux et/ou sousfasciaux [aponévrotiques et/ou sousaponévrotiques] | 1,214 |
| ZZQX107 | Examen cytopathologique de l'étalement de produit de brossage, de grattage ou d'écouvillonnage de la peau ou de muqueuse | 1,214 |
| QZQX021 | Examen histopathologique de biopsie de peau avec coloration spéciale pour diagnostic d'affection non carcinologique | 1,214 |
| QZQX014 | Examen histopathologique de biopsie d'ongle avec coloration spéciale | 1,214 |
| QZQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique d'une pièce d'exérèse de peau et/ou de tissu mou susfascial [susaponévrotique] de moins de 5 cm² | 1,214 |
| QZQX005 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de peau et/ou de tissu mou susfascial [susaponévrotique] de 5 cm² ou plus | 1,214 |
| QZQX032 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de plusieurs pièces d'exérèse de peau et/ou de tissu mou susfascial [susaponévrotique] de moins de 5 cm² | 1,214 |
| QEQX016 | Examen histopathologique d'une macrobiopsie de sein | 1,214 |

| | | |
|---|---|---|
| QEQX037 | Examen histopathologique de plusieurs macrobiopsies de sein | 1,214 |
| QEQX004 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique d'une pièce de mastectomie partielle ou totale avec lésion unifocale | 1,214 |
| QEQX005 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de plusieurs pièces de mastectomie partielle et/ou totale avec lésion unifocale sur chaque pièce d'exérèse | 1,214 |
| QEQX008 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique d'une pièce de mastectomie partielle ou totale avec lésion infraclinique ou lésion plurifocale | 1,214 |
| QEQX007 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de plusieurs pièces de mastectomie partielle et/ou totale avec lésion infraclinique ou lésion plurifocale sur chaque pièce d'exérèse | 1,214 |
| QEQX006 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse d'un conduit lactifère [pyramidectomie] | 1,214 |
| QEQX010 | Examen anatomopathologique à visée carcinologique de pièce d'exérèse de plusieurs conduits lactifères [pyramidectomies] | 1,214 |
| ZZQX128 | Examen cytopathologique de l'étalement d'un prélèvement ou de plusieurs prélèvements non différenciés de liquide de structure anatomique | 1,214 |
| ZZQX103 | Examen cytopathologique de l'étalement de 2 prélèvements différenciés de liquide de structure anatomique | 1,214 |
| ZZQX110 | Examen cytopathologique de l'étalement de 3 prélèvements différenciés de liquide de structure anatomique | 1,214 |
| ZZQX117 | Examen cytopathologique de l'étalement de 4 prélèvements différenciés ou plus de liquide de structure anatomique | 1,214 |
| ZZQX151 | Examen cytopathologique de l'étalement d'un prélèvement ou de plusieurs prélèvements non différenciés de produit de ponction de structure anatomique | 1,214 |
| ZZQX139 | Examen cytopathologique de l'étalement de 2 prélèvements différenciés de produit de ponction de structure anatomique | 1,214 |
| ZZQX141 | Examen cytopathologique de l'étalement de 3 prélèvements différenciés de produit de ponction de structure anatomique | 1,214 |
| ZZQX133 | Examen cytopathologique de l'étalement de 4 prélèvements différenciés ou plus de produit de ponction de structure anatomique | 1,214 |
| ZZQX116 | Examen cytopathologique de culot cellulaire d'un prélèvement ou de plusieurs prélèvements non différenciés de liquide et/ou de produit de ponction de structure anatomique, avec inclusion en paraffine | 1,214 |
| ZZQX023 | Examen cytopathologique de culot cellulaire de 2 prélèvements différenciés de liquide et/ou de produit de ponction de structure anatomique, avec inclusion en paraffine | 1,214 |
| ZZQX098 | Examen cytopathologique de culot cellulaire de 3 prélèvements différenciés de liquide et/ou de produit de ponction de structure anatomique, avec inclusion en paraffine | 1,214 |
| ZZQX054 | Examen cytopathologique de culot cellulaire de 4 prélèvements différenciés de liquide et/ou de produit de ponction de structure anatomique, avec inclusion en paraffine | 1,214 |
| ZZQX153 | Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] d'un prélèvement ou de prélèvements non différenciés de liquide, de structure anatomique | 1,214 |
| ZZQX145 | Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de 2 prélèvements différenciés de liquide, de structure anatomique | 1,214 |
| ZZQX147 | Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de 3 prélèvements différenciés de liquide, de structure anatomique | 1,214 |
| ZZQX155 | Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de 4 prélèvements différenciés ou plus de liquide, de structure anatomique | 1,214 |
| ZZQX170 | Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] d'un prélèvement ou de plusieurs prélèvements non différenciés de produit de | 1,214 |

| | | |
|---|---|---|
| | ponction de structure anatomique | |
| ZZQX172 | Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de 2 prélèvements différenciés de produit de ponction de structure anatomique | 1,214 |
| ZZQX158 | Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de 3 prélèvements différenciés de produit de ponction de structure anatomique | 1,214 |
| ZZQX174 | Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de 4 prélèvements différenciés ou plus de produit de ponction de structure anatomique | 1,214 |
| ZZQX162 | Examen histopathologique de biopsie d'une structure anatomique | 1,214 |
| ZZQX163 | Examen histopathologique de biopsie de 2 structures anatomiques | 1,214 |
| ZZQX132 | Examen histopathologique de biopsie de 3 structures anatomiques | 1,214 |
| ZZQX197 | Examen histopathologique de biopsie de 4 structures anatomiques | 1,214 |
| ZZQX035 | Examen histopathologique de biopsie de 5 structures anatomiques ou plus | 1,214 |
| ZZQX077 | Examen histopathologique de biopsies étagées d'une structure anatomique | 1,214 |
| ZZQX200 | Examen histopathologique de biopsies étagées de 2 structures anatomiques | 1,214 |
| ZZQX068 | Examen histopathologique de biopsies étagées de 3 structures anatomiques | 1,214 |
| ZZQX047 | Examen histopathologique de biopsies étagées de 4 structures anatomiques ou plus | 1,214 |
| ZZQX217 | Examen histopathologique de biopsies d'une structure anatomique avec cartographie | 1,214 |
| ZZQX012 | Examen histopathologique de biopsies de plusieurs structures anatomiques avec cartographie de chaque structure anatomique | 1,214 |
| ZZQX149 | Examen cytopathologique et/ou histopathologique extemporané d'un prélèvement de structure anatomique, hors du lieu du prélèvement | 1,214 |
| ZZQX119 | Examen cytopathologique et/ou histopathologique extemporané d'un prélèvement de structure anatomique, sur le lieu du prélèvement | 1,214 |
| ZZQX175 | Examen cytopathologique et/ou histopathologique extemporané de 2 à 4 prélèvements différenciés de structure anatomique, hors du lieu du prélèvement | 1,214 |
| ZZQX118 | Examen cytopathologique et/ou histopathologique extemporané de 2 à 4 prélèvements différenciés de structure anatomique, sur le lieu du prélèvement | 1,214 |
| ZZQX146 | Examen cytopathologique et/ou histopathologique extemporané de 5 prélèvements différenciés ou plus de structure anatomique, hors du lieu du prélèvement | 1,214 |
| ZZQX104 | Examen cytopathologique et/ou histopathologique extemporané de 5 prélèvements différenciés ou plus de structure anatomique, sur le lieu du prélèvement | 1,214 |
| ZZQX123 | Examen histopathologique de fragment d'exérèse endoscopique ou de curetage de structure anatomique, non différenciés par le préleveur | 1,214 |
| ZZQX159 | Examen histopathologique de fragments d'exérèse endoscopique ou de curetage d'une structure anatomique, différenciés par le préleveur | 1,214 |
| ZZQX177 | Examen histopathologique de fragments d'exérèse endoscopique ou de curetage de plusieurs structures anatomiques, différenciés par le préleveur sur chaque structure | 1,214 |
| ZZQX188 | Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse monobloc ou en fragments non différenciés, d'une structure anatomique | 1,214 |
| ZZQX127 | Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse en fragments différenciés d'une structure anatomique | 1,214 |
| ZZQX192 | Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse en fragments différenciés de plusieurs structures anatomiques | 1,214 |
| ZZQX180 | Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de 2 structures anatomiques | 1,214 |
| ZZQX178 | Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de 3 structures anatomiques | 1,214 |
| ZZQX181 | Examen anatomopathologique de pièce d'exérèse de 4 structures anatomiques ou plus | 1,214 |



TF

| | | |
|---|---|---|
| ZZQX069 | Examen immunocytochimique ou immunohistochimique de prélèvement cellulaire ou tissulaire fixé avec 1 à 2 anticorps, sans quantification du signal | 1,214 |
| ZZQX081 | Examen immunocytochimique ou immunohistochimique de prélèvement cellulaire ou tissulaire fixé avec 1 à 2 anticorps, avec quantification du signal pour chaque anticorps | 1,214 |
| ZZQX027 | Examen immunocytochimique ou immunohistochimique de prélèvement cellulaire ou tissulaire fixé avec 3 à 5 anticorps, sans quantification du signal | 1,214 |
| ZZQX045 | Examen immunocytochimique ou immunohistochimique de prélèvement cellulaire ou tissulaire fixé avec 3 à 5 anticorps, avec quantification du signal pour chaque anticorps | 1,214 |
| ZZQX034 | Examen immunocytochimique ou immunohistochimique de prélèvement cellulaire ou tissulaire fixé avec 6 à 9 anticorps, sans quantification du signal | 1,214 |
| ZZQX122 | Examen immunocytochimique ou immunohistochimique de prélèvement cellulaire ou tissulaire fixé avec 6 à 9 anticorps, avec quantification du signal pour chaque anticorps | 1,214 |
| ZZQX092 | Examen immunocytochimique ou immunohistochimique de prélèvement cellulaire ou tissulaire fixé, avec 10 anticorps ou plus, sans quantification du signal | 1,214 |
| ZZQX016 | Examen cytopathologique ou anatomopathologique de prélèvement cellulaire ou tissulaire congelé, avec examen immunocytochimique, immunohistochimique et/ou immunofluorescence avec 1 à 4 anticorps | 1,214 |
| ZZQX073 | Examen cytopathologique ou anatomopathologique de prélèvement cellulaire ou tissulaire congelé, avec examen immunocytochimique, immunohistochimique et/ou immunofluorescence avec 5 anticorps ou plus | 1,214 |
| ZZQX029 | Examen cytopathologique ou histopathologique par hybridation in situ, sans quantification du signal | 1,214 |
| ZZQX058 | Examen cytopathologique ou histopathologique par hybridation in situ, avec quantification du signal | 1,214 |
| ZZQX628 | Test de détection du génome des papillomavirus humains oncogènes pour dépistage individuel | 1,214 |
| ZZQX603 | Test de détection du génome des papillomavirus humains oncogènes pour dépistage organisé | 1,214 |
| ZZQX065 | Examen histopathologique ou cytopathologique pour second avis | 1,214 |
| ZZQX086 | Examen histopathologique ou cytopathologique de cancer rare pour seconde lecture | 1,214 |

».

**ANNEXE 3**

L'annexe 12 intitulée « Le forfait structure » est modifiée comme suit :

1° Au quatrième alinéa, les mots « pour faciliter le suivi des patients » sont supprimés et remplacés par les mots « pour faciliter le suivi et les échanges avec les patients ».

2° Le 7ème alinéa est supprimé.

3° L'article 1.1 intitulé « Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel facilitant la pratique médicale » est modifié comme suit : après les mots : « entre professionnels. », les phrases suivantes sont ajoutées :
« A compter de 2023, les médecins doivent disposer d'un logiciel référencé Ségur avec un LAP certifié HAS. Le LAP certifié n'est pas exigé pour les médecins exerçant une spécialité ne disposant pas d'une telle offre de logiciels. Des travaux vont être conduits avec les éditeurs spécialisés de sorte à faire bénéficier l'ensemble des médecins de logiciels ergonomiques et adaptés à leurs pratiques. ».

4° L'article 1.2 « Utilisation d'une messagerie sécurisée » est modifié comme suit :
Après les mots « L'utilisation d'une messagerie sécurisée de santé est requise. », il est ajouté la phrase suivante : « A compter de 2023 cet indicateur est fusionné avec l'indicateur défini à l'article 1.1. ».

5° Les dispositions de l'article 1.3 « La version du cahier des charges intégrant les avenants publiés sur le site du GIE » sont remplacées par les dispositions suivantes :
« Pour 2022 est requise la version du cahier des charges Sesam-Vitale avec l'addendum 8 intégrant l'Application Carte Vitale ou d'un logiciel référencé Ségur intégré dans le dossier de spécification de référencement Ségur (cf article 19. 3 .1 de la convention nationale) ; pour 2023 est requise la version du cahier des charges Sesam-Vitale avec l'addendum 8 intégrant l'Application carte Vitale.
La version du cahier des charges SESAM-Vitale comprend également l'intégration des avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération. L'objectif est que l'outil de facturation comporte les fonctionnalités les plus à jour et notamment celles simplifiant les échanges avec l'assurance maladie. ».

6° L'article 2 « Deuxième volet du forfait structure : valoriser la démarche d'appui à la prise en charge des patients » est modifié comme suit :
Après la phrase « Ainsi, le nombre de points du volet 2 du forfait structure pour 2020 et 2021 s'élève à 605 points », la phrase suivante est supprimée et remplacée par « A compter de 2022, le nombre de points du volet 2 est de 985 points et est porté à 1075 points pour 2023. ».

7° L'article 2 .1 « Taux de dématérialisation sur un bouquet de téléservices » est modifié comme suit :

- son intitulé est modifié comme suit : « Taux de dématérialisation sur un bouquet de services » ;
- après (CMATMP) deux alinéas sont ajoutés à la liste des téléservices, rédigés comme suit :
  - « à compter de 2022 le service de prescription électronique de transport (SPE) ;
  - à compter de 2023 le service de déclaration simplifiée de grossesse (DSG). ».

Après l'alinéa « Taux de déclaration de CMATMP dématérialisés : Taux = Nombre de déclarations de CMATMP dématérialisés / nombre de déclarations CMATMP (papier et dématérialisées) » sont ajoutés les alinéas suivants :

«

- Taux de déclarations de grossesse dématérialisées

Taux = Nombre de déclarations de grossesse dématérialisées/nombre total de déclarations de grossesse (papier+dématérialisées)

- Taux de prescription de transport dématérialisées

Taux = Nombre de prescriptions électroniques de transport dématérialisées/nombre total de prescriptions de transport (papier+dématérialisées). »

Après la phrase « Le taux de dématérialisation est fixé par téléservice selon les modalités ci-dessous », le tableau est supprimé et remplacé par le tableau suivant :

| | Objectifs | | | Nb de points 2021 | Nb de points 2022 | Nb de points 2023 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Année 2021 | Année 2022 | Année 2023 | | | |
| AAT | 60 % | 80% | 90% | 22,5 | 22,5 | 22,5 |
| CM AT-MP | 20% | 30% | 45% | 22,5 | 22,5 | 22,5 |
| PSE | 70% | 80% | 90% | 22,5 | 22,5 | 22,5 |
| DMT | 90% | 90% | 90% | 22,5 | 22,5 | 22,5 |
| DSG | NC | 30% | 50% | - | - | 10 |
| SPE | NC | 10% | 30% | - | 10 | 10 |
| | | | | 90 | 100 | 110 |

Les phrases « Cet indicateur est affecté de 20 points, en 2017, 60 points en 2018 et 90 points en 2019. Chaque téléservice représente un quart du total des points de cet indicateur. » sont supprimées.

A la suite du tableau sont ajoutés les 4 alinéas suivants :

«

- Indicateur d'usage et remplissage du DMP

Cet indicateur valorise l'usage du DMP à travers l'alimentation du DMP par les médecins.

L'atteinte d'un taux de 20% des consultations réalisées dans l'année donnant lieu à l'alimentation d'un document dans le DMP valide l'indicateur. Cet indicateur calculé automatiquement par l'assurance maladie chaque année est valorisé à hauteur de 40 points.

- Indicateur d'usage de la messagerie sécurisée de santé pour les échanges avec les patients

Cet indicateur valorise l'usage de la messagerie sécurisée de santé intégrée dans le service Mon espace santé.

En 2022 et 2023, l'atteinte d'un taux d'au moins 5% des consultations réalisées par le médecin comprenant un échange par mail sécurisé avec un patient via la messagerie de Mon espace santé valide l'indicateur.

Cet indicateur calculé automatiquement par l'assurance maladie est valorisé à hauteur de 40 points.

- Indicateur d'usage de la e-prescription

Cet indicateur valorise l'usage du service de e-prescription selon l'annexe 12 bis de la présente convention qui décrit le circuit du dispositif.

L'atteinte d'un taux de 50% des prescriptions de produits de santé du médecin établies pour sa patientèle réalisées via le service e-prescription valide l'indicateur. Cet indicateur calculé automatiquement par l'assurance maladie est valorisé à hauteur de 40 points.

- Indicateur d'usage de l'application Carte Vitale

Cet indicateur valorise l'usage de l'application carte Vitale déployée à partir de 2022.
A compter de 2023, l'atteinte d'un taux de 5% des FSE réalisées avec l'application carte Vitale valide l'indicateur.Cet indicateur calculé automatiquement par l'assurance maladie est valorisé à hauteur de 40 points.

A compter de 2024, les indicateurs du champ « usage des téléservices » ont vocation à être transférés dans le volet 1 du forfait structure. La nature de ces indicateurs et leur valeur seront définies par les partenaires conventionnels dans le cadre de la nouvelle convention en 2023. Le transfert dans le volet 1 sera conditionné à la capacité effective des médecins à pouvoir utiliser ces téléservices. ».

L'article 2.8 intitulé « Indicateur 8 : valoriser la « participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre d'une régulation territoriale » est modifié comme suit :

- son intitulé est remplacé par l'intitulé suivant « Valoriser la participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre de la régulation du SAS » ;
- ses dispositions sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Cet indicateur vise à valoriser la participation des médecins libéraux et la prise en charge de nouveaux patients orientés par le SAS, le cas échéant via le service de régulation mis en place au niveau territorial par l'Agence régionale de santé.

Pour 2021 cet indicateur déclaratif est valorisé à hauteur de 150 points.

A compter de 2022, les conditions de validation de l'indicateur sont :

- avoir un agenda ouvert au public ou partagé avec la structure de régulation du dispositif SAS permettant la réservation de RDV en ligne de patients non connus par le médecin, avec un minimum de 2 heures ouvertes par semaine ;
- et être inscrit auprès de la structure de régulation du dispositif SAS ou faire partie d'une CPTS participant à la mission de soins non programmés dans le cadre du SAS.

A partir de 2022, l'indicateur est majoré de 50 points pour atteindre 200 points. ».

8° L'article 2.9 est remplacé par l'article 2.9 suivant intitulé « Indicateur 9 : Valoriser l'effection des soins non programmés régulés par le SAS ».
Il est rédigé ainsi :
« A compter de 2022, cet indicateur valorise l'effection des soins non programmés (SNP) par les médecins généralistes conformément à l'article 9.7.2 de la convention médicale.
Pour les médecins généralistes amenés à prendre en charge des patients supplémentaires, hors de leur patientèle médecin traitant, pour des soins non programmés dans les 48h sur adressage par la régulation libérale après échec d'une prise de rendez-vous via les outils de prise de rendez-vous en ligne, l'indicateur est calculé par l'Assurance Maladie selon le barème suivant :
Les modalités de cette rémunération sont organisées selon le barème suivant

- 10 points de 5 à 15 SNP réalisées sur le trimestre ;
- 30 points de 16 à 25 SNP réalisés sur le trimestre ;
- 50 points de 26 à 35 SNP réalisés sur le trimestre ;
- 70 points de 36 à 45 SNP réalisés sur le trimestre ;
- 90 au-delà de 45 SNP réalisés sur le trimestre.

L'indicateur concerné est suivi trimestriellement et payé annuellement lors du paiement annuel du forfait structure. ».

9° Après l'article 2.9 est introduit un nouvel article 2.10 intitulé « Récapitulatif et justificatifs des indicateurs du deuxième volet du forfait structure » rédigé comme suit :

« Le volet 2 du forfait structure est affecté des points suivants :

| Indicateurs | | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|---|---|---|---|
| Usage des services | Usage téléservices (AAT/PSE/DCMT/CMAT-MP/DSG/SPE) | 90 | 100 | 110 |
| | Usage DMP | - | 40 | 40 |
| | Usage MSS | - | 40 | 40 |
| | Usage e-prescription | - | - | 40 |
| | Usage ApCV | - | - | 40 |
| Capacité à coder | | 50 | 50 | 50 |
| Prise en charge coordonnée | | 120 | Transfert volet 1 | Transfert volet 1 |
| Services offerts aux patients | | 70 | 70 | 70 |
| Encadrement étudiants en médecine | | 50 | 50 | 50 |
| Equipement pour vidéotransmission | | 50 | 50 | 50 |
| Equipement médicaux connectés | | 25 | 25 | 25 |
| SAS/SNP | | 150 | 200 | 200 |
| Effection Sas | | - | Jusqu'à 360 points | |
| TOTAL | | 605 | 985 | 1075 |

# Annexe 12 bis e-prescription unifiée

# Table des matières


1. PREAMBULE ..... 62

2. PRINCIPES FONDATEURS DE LA E-PRESCRIPTION UNIFIEE ..... 62

3. RECEPTION ..... 63

4. CONSERVATION ET ACCES AUX DONNEES ..... 64

5. SPECIFICATIONS TECHNIQUES ..... 64

a. Les fonctionnalités du système disponibles pour le prescripteur ..... 65
   i. Créer une e-prescription ..... 65
   ii. Rechercher et consulter une e-prescription ..... Erreur ! Signet non défini.

b. Les fonctionnalités du système disponibles pour le prescrit ..... 65
   i. Consulter une e-prescription ..... 65
   ii. Exécuter une e-prescription ..... 65

6. CARACTERISTIQUES PERMETTANT LA LECTURE AUTOMATIQUE DES ELEMENTS D'IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR ..... 66

## 1. Préambule

Depuis juillet 2019, l'Assurance Maladie et les représentants syndicaux des médecins libéraux et de pharmaciens d'officine ont mis en place une expérimentation d'un processus de dématérialisation nommé « e-prescription de médicaments et de certains dispositifs médicaux ». Il s'appuie sur une base de données nationale partagée entre les médecins, les pharmaciens et l'Assurance Maladie, vers laquelle transitent les informations des e-prescriptions, dans un format structuré, en complément de l'utilisation d'un QR code apposé sur l'exemplaire papier remis au patient.

Cette expérimentation a permis de confirmer que le dispositif e-prescription est opérationnel et de tirer des enseignements sur lesquels capitaliser pour la définition d'un modèle commun à toutes les prescriptions en vue de leur dématérialisation : la e-prescription unifiée.

## 2. Principes fondateurs de la e-prescription unifiée

- Périmètre des prescriptions concernées
  La e-prescription unifiée s'applique à toutes les prescriptions exécutées en ville.

  Les **prescripteurs peuvent tout prescrire en e-prescription** :

  - les médicaments de manière codifiée (comme dans l'expérimentation),
  - l'ensemble des dispositifs médicaux (DM),
  - tous les autres actes en format texte libre dans l'attente d'une codification.

- Conditions de mise en œuvre : la mobilisation de l'ensemble des acteurs

  Les parties signataires s'accordent sur le principe d'une organisation partenariale pour accompagner l'évolution majeure que représente la e-prescription, service socle du numérique en santé et dont la généralisation au plus tard au 31 décembre 2024 est prévue par l'ordonnance n°2020-1408 du 18 novembre 2020.

  Elles conviennent de la nécessité de mobiliser les professionnels de santé impliqués dans la prescription et la délivrance des produits de santé ainsi que leurs prestataires de services informatiques, sur les travaux devant concourir à la mise en œuvre de la dématérialisation de la prescription.

- Engagements de l'Assurance maladie
  - L'Assurance Maladie s'engage à :
  - ce que les médecins conservent leur liberté de prescription conformément aux textes en vigueur et à ne pas modifier les prescriptions enregistrées par le médecin dans la base (la prise en charge, ou non, d'un produit de santé par l'Assurance Maladie ne remettant pas en question la liberté de prescrire du médecin) ;
  - ce que la solution technique permettant d'informer le prescripteur concernant la prise en charge n'ait pas d'impact sur le contenu de la prescription ;

- s'assurer que la solution technique mise en place soit interopérable avec les logiciels des professionnels de santé afin qu'elle ne complexifie pas les processus métier ;
- permettre l'enregistrement des données de prescription dans le DMP ;
- recourir à la consultation et à l'exploitation des données issues de la dématérialisation des prescriptions dans le respect des dispositions législatives et réglementaires qui régissent ses missions et définissent son champ d'intervention dans le cadre de la prise en charge des prestations ;
- à préserver la liberté de choix du prescrit par le patient ; un prescrit dont le logiciel n'est pas encore autorisé e-prescription continue à exécuter la prescription à partir de l'ordonnance papier que lui remet le patient.

- Conditions de respect de confidentialité

  La prescription enregistrée par le médecin dans la base de données ne contient ni l'identité du patient (les données du patient transmises sont limitées au prénom et à la date de naissance) ni l'identité du prescripteur (pas de transmission ni du nom, ni du prénom, ni des numéros Assurance Maladie, N° FINESS, ou RPPS).

- Prérequis pour disposer du service e-prescription

  L'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription (LAP) conforme au référentiel de certification HAS en application des II et III de l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale est un prérequis à l'autorisation e-prescription des logiciels prescripteurs.

  Le processus e-prescription est intégré dans les logiciels métiers qui sont utilisés quotidiennement par les médecins dans leurs cabinets.

- Gouvernance

  Les parties signataires s'accordent pour assurer le suivi du déploiement de la e-prescription dans le cadre de la Commission Paritaire nationale définie à l'article 80.3 de la présente convention.

## 3. Réception

La transmission d'une e-prescription à l'Assurance Maladie par les professionnels de santé se fait au moyen d'un module intégré au sein de leur logiciel métier qui structure les données au format décrit dans les cahiers des charges éditeurs publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale.

L'envoi des données est sécurisé par l'emploi d'une carte de la famille CPS ou par un dispositif d'authentification équivalent conformément à la réglementation en vigueur.

Un contrôle des listes de révocation des certificats des cartes de la famille des CPS est effectué automatiquement à la réception des flux afin d'interdire l'accès au service à partir de cartes de la famille des CPS perdues ou volées.

L'Assurance Maladie reçoit les flux sur son infrastructure inter régimes, en vérifie la conformité et enregistre les données véhiculées dans une base de données sécurisée. Elle envoie un accusé de réception au professionnel de santé. Ce dernier n'est pas conservé par l'Assurance Maladie.

L'intégrité des e-prescriptions est assurée par des contrôles automatiques lors du processus d'alimentation de la base de e-prescriptions.

L'unicité du numéro d'identification de la e-prescription est assurée via un contrôle permettant de vérifier, avant insertion d'une nouvelle e-prescription en base, que ce numéro d'identification ne correspond pas à une e-prescription déjà existante.

## 4. Conservation et accès aux données

- Les e-prescriptions reçues et enregistrées dans la base sécurisée sont conservées 5 ans. Elles sont ensuite détruites.
- La base e-prescriptions est inter régimes et est hébergée par l'Assurance Maladie.
- Les professionnels de santé peuvent accéder à la base pour consulter les e-prescriptions en s'authentifiant via leur carte de la famille CPS ou un dispositif d'authentification équivalent conformément à la réglementation en vigueur.
- Un contrôle des listes de révocation des certificats des cartes de la famille CPS est également effectué afin d'interdire l'accès à la base à partir de cartes perdues ou volées.
- L'accès en consultation des données de la e-prescription est autorisé conformément aux dispositions réglementaires notamment :
- pour le prescrit, à partir du numéro d'identifiant de la e-prescription figurant sur l'ordonnance remise par le patient,
- pour le prescripteur, une fois que la e-prescription a été exécutée et sauf opposition de ses patients dûment informés,
- pour un Agent de l'Assurance maladie, exclusivement pour les prescriptions exécutées et selon le besoin d'en connaitre dans le cadre de la mission de service public de l'assurance maladie.
- Le système d'information de l'Assurance Maladie ne permet pas :
- d'effacer une e-prescription existante, (en dehors de la destruction automatique au-delà des 5 ans)
- de remplacer une e-prescription existante, c'est-à-dire dont le numéro d'identification est déjà affecté,
- de modifier les données d'une e-prescription existante.

## 5. Spécifications techniques

La liste des données reçues par l'Assurance Maladie est décrite dans les cahiers des charges éditeurs e-prescription publiés sur le site du GIE SESAM Vitale.

### a. Les fonctionnalités du système disponibles pour le prescripteur

Créer une e-prescription

Le prescripteur rédige la prescription dans son logiciel métier à partir de son module LAP pour les prescriptions de médicaments.

Un numéro unique d'identification de la prescription est généré soit par le logiciel conformément au cahier des charges éditeurs, soit par l'Assurance Maladie.

Le prescripteur enregistre les données de la prescription dans la base nationale des e-prescriptions (sans les données d'identification du prescripteur ni celles du patient). Il enregistre aussi la non opposition du patient à ce qu'il accède aux données d'exécution de cette prescription, une fois que l'ordonnance aura été exécutée par le prescrit.

Pour les Médicaments et les Dispositifs Médicaux, les données sont codées et structurées. Pour les autres types de prescriptions, la désignation de l'acte à réaliser s'effectue au travers d'un texte libre dans un premier temps, puis de manière structurée lorsqu'une codification sera disponible.

Après réception d'un accusé de réception, le prescripteur imprime l'ordonnance sur laquelle apparait le numéro unique de la prescription. Cet identifiant est véhiculé dans un QRcode qui intègre également les identifiants du prescripteur, les nom, prénom et date de naissance du patient. Cet identifiant est aussi imprimé en clair sur l'ordonnance remise au patient.

L'exemplaire remis au patient contient également toutes les données conformes à la réglementation en vigueur. Son logiciel lui permet d'enregistrer, en parallèle, dans le DMP du patient, l'ordonnance avec QRcode en format PDF dans un premier temps, puis à terme en données structurées. Le prescripteur remet un exemplaire de l'ordonnance au patient.

ii. Rechercher et consulter une e-prescription

Le prescripteur peut consulter les données de la e-prescription, les données de dispensation ou d'exécution ainsi que les éventuelles modifications apportées par le prescrit. Ces données lui sont accessibles selon les textes en vigueur.

### b. Les fonctionnalités du système disponibles pour le prescrit

Consulter une e-prescription

Le professionnel prescrit scanne le code 2D figurant sur l'ordonnance remise par le patient. Il peut aussi saisir le numéro d'identification de la prescription indiqué en clair sur l'ordonnance.

A partir de l'identifiant de la e-prescription, il peut interroger la base et récupérer les données de la e-prescription transmises précédemment par le prescripteur, soit depuis son logiciel métier, soit via le téléservice mis à sa disposition

Exécuter une e-prescription

Le professionnel prescrit exécute la prescription et enregistre dans la base des e-prescriptions :

- les données de dispensation ou d'exécution des actes,
- les données relatives à la feuille de soins correspondant à l'acte (dont le numéro de la feuille de soins) ce qui permet de faire le lien entre la feuille de soins et la prescription,
- les informations d'identification du prescrit, du patient (NIR, nom, prénom, date de naissance et rang de naissance, du Régime : Régime, Caisse, Centre, INS qualifié) et du prescripteur.

Le prescrit a la possibilité de préciser s'il a apporté une modification à une ou plusieurs lignes de la e-prescription s'il l'estime nécessaire ou pour signaler une situation particulière (exemple rupture de stock). Le prescrit adresse la ou les lignes de prescription modifiée(s), en indiquant un code motif. Conformément à la réglementation en vigueur, il précise s'il a pu ou non contacter le prescripteur.

La solution mise en œuvre par l'Assurance Maladie permet, après enregistrement dans la base des e-prescriptions des données d'exécution par le prescrit, d'alimenter automatiquement la base de gestion des pièces justificatives.

Ces pièces justificatives contiennent les informations nécessaires au remboursement (les identifications du prescripteur et du patient, la date de prescription, et les produits prescrits selon la codification en vigueur).

## 6. Caractéristiques permettant la lecture automatique des éléments d'identification du prescripteur

Les éléments d'identification du prescripteur figurent en clair sur l'exemplaire de l'ordonnance remis par le patient. Elles sont également contenues dans le code 2D. Ce code 2D facilite la récupération des identifiants (dont le RPPS) par le prescrit dans son logiciel métier.