

AVENANT N° 1 A LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS
ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX
ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 4 JUIN 2024

Entre :

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

et

La Fédération des Médecins de France,

La Fédération Française des Médecins Généralistes,

La Confédération des Syndicats Médicaux Français,

L'Union syndicale Avenir Spé - Le Bloc,

Le Syndicat des Médecins Libéraux,

L'Union nationale des organismes complémentaires (UNOCAM),

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-5, L. 162-12-18, L. 162-14-1 et L. 162-15 ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6314-1 ;

Vu les orientations du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 16 avril 2026 ;

Vu la convention nationale des médecins libéraux signée le 4 juin 2024, publiée au *Journal officiel* du 21 juin 2024, et ses annexes.

Il a été convenu ce qui suit.

Les parties signataires du présent avenant conviennent que la convention nationale, signée le 4 juin 2024, susvisée est modifiée par les dispositions suivantes.

Préambule

L'échec des négociations sur le protocole imagerie prévues en application de l'article 41 la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 a conduit à une évolution des tarifs des actes d'imagerie par une décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) en date du 14 octobre 2025.

Les débats sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 ont soulevé des inquiétudes relatives à des articles intervenant parfois sur des champs relevant du cadre conventionnel.

Le contexte de la négociation du présent avenant fait notamment suite à ces événements. Le cadre de référence commun à l'Assurance maladie et aux syndicats représentatifs reste la convention médicale, laquelle doit être pleinement mise en œuvre et les ajustements de ce cadre dépendent de la négociation conventionnelle.

Le présent avenant définit dans ce cadre des mesures de pertinence en imagerie que les partenaires conventionnels souhaitent mettre en œuvre en substitution d'une partie des baisses prévues par la décision du directeur général de l'UNCAM précitée. Les partenaires conventionnels affirment ainsi leur volonté de s'inscrire résolument dans une démarche de pertinence des soins d'imagerie dont le présent accord négocié dans un temps très contraint n'est que la première étape.

Cet avenant permet également de réaliser des ajustements techniques à la convention suite aux discussions conventionnelles. Les partenaires conventionnels se sont accordés en commission paritaire nationale sur le dispositif collectif d'aide à l'emploi d'un assistant médical, ainsi que sur des précisions nécessaires s'agissant d'indicateurs de prévention du forfait médecin traitant.

Partie I : Imagerie

Les partenaires conventionnels s'accordent à modifier les trajectoires tarifaires par rapport aux tarifs fixés par décision du directeur de l'UNCAM du 14 octobre 2025, en contrepartie d'actions de pertinence mentionnées dans l'article 3 du présent avenant.

La présente partie vaut accord de maîtrise des dépenses dans le champ de l'imagerie au sens de l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale.

Article 1^{er}

Le Titre I de la Partie 6de la convention susvisée est modifié selon les dispositions suivantes.

Après l'article 61-10, il est inséré un article 61-10-1 rédigé :

« Article 61-10. Actions de pertinence d'examens d'imagerie médicale ciblés sur certaines pathologies

« Article 61-10-1-1. Principes

Afin de garantir une trajectoire de maîtrise des dépenses d'imagerie médicale mais également un accès à des soins de qualité en répondant aux référentiels de bonne pratique professionnelle, les parties s'accordent sur des actions de pertinence permettant une maîtrise des volumes et contribuant à l'amélioration du parcours des patients.

Dans le respect des engagements de l'article 61-10 de la présente convention, ces actions de pertinence s'inscrivent à la fois dans une logique de moyen et long terme par la mise en place d'actions transversales et structurantes favorisant les bonnes pratiques de l'ensemble des acteurs et par la mise en place d'actions sur des thématiques spécifiques en lien avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Le « référentiel métier et compétences du médecin radiologue¹ » rappelle son rôle fondamental dans le bilan étiologique et la prise en soin globale du patient, dont **la validation de l'examen d'imagerie est**

¹ « Référentiel métier et compétences du médecin radiologue » du Conseil National professionnel de radiologie et imagerie médicale (G4), janvier 2023

un préalable déontologique². En effet, la demande est une **requête** entre deux médecins et la réalisation de l'acte radiologique est une décision médicale au bénéfice du patient.

Par conséquent, la pertinence de l'opportunité d'un examen d'imagerie est partagée entre le demandeur et l'effecteur mais la décision de réalisation de l'examen incombe in fine aux radiologues seuls.

« Article 61-10-1-2. Engagements de l'Assurance maladie et engagements collectifs des médecins libéraux

Les partenaires conventionnels proposent de mettre en œuvre les moyens nécessaires au déploiement des actions de pertinence dès la signature de l'avenant afin d'engager résolument une démarche vertueuse partenariale.

Concernant les échodopplers des membres réalisés notamment par les médecins vasculaires, les recommandations « Choose Wisely » proposées par les sociétés savantes devront être actualisées et validées par la Haute autorité de santé. Une diffusion large auprès des demandeurs d'examens et des médecins vasculaires sera assurée pour favoriser leur appropriation par tous les professionnels et limiter la redondance des actes. Sur les échographies cardiaques, les partenaires conventionnels s'engagent à élaborer :

- en lien avec le conseil national professionnel cardio vasculaire (CNPCV), un référentiel de fréquence des actes par pathologie et par filière de soins. Ce référentiel définira pour chaque situation clinique le nombre d'échocardiographies médicalement justifiées par an. Il sera diffusé auprès des médecins généralistes et des cardiologues ;
- un référentiel commun des échographies pré-opératoires en lien avec les CNP des spécialités chirurgicales concernées (anesthésie-réanimation, chirurgie orthopédique, chirurgie digestive). Il sera communiqué auprès de l'ensemble des prescripteurs, cardiologues et non cardiologues.

Par ailleurs, l'Assurance maladie s'engage à inscrire l'angioscanner à la CCAM dès réception de l'avis de la HAS ; cet acte pouvant en effet se substituer aux coronarographies.

Concernant les actes de radiologie, l'Assurance maladie mettra à disposition des médecins demandeurs et prescripteurs les outils décrits ci-dessous afin d'améliorer la pertinence des demandes et de la réalisation des examens.

Sur les axes de pertinence identifiés dans les articles suivants, il est proposé de mettre en place, sur la base des recommandations, un logigramme de décision (Annexe 25) qui permet à chaque professionnel impliqué dans la demande et l'effection de l'image de vérifier la pertinence de son exécution au regard de ces recommandations et par l'intégration de notes d'indication et de facturation dans la CCAM pour les actes concernés.

Par ailleurs, les signataires s'engagent à élaborer des outils dès l'étape de la demande initiale de l'image, pour que le demandeur puisse vérifier qu'elle respecte les recommandations (examen clinique préalable, imagerie antérieure...).

² Article R.4127-32 du code de santé publique « Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, [...] »

Lors de la réalisation de l'image, des outils seront créés pour pouvoir vérifier que l'acte demandé répond aux standards recommandés (compte-rendu, image...).

Ces outils et actions spécifiques pour les demandeurs et effecteurs seront mis en place progressivement dès la signature de l'avenant :

1/ Pour les demandeurs :

- Intégration dans les logiciels métiers des radiologues et des généralistes des logigrammes de décisions (Annexe 25) qui pourront être progressivement complétés avec la profession ;
- Consultation systématique du DMP pour vérifier la réalisation ou non d'examens récents ;
- Élaboration du formulaire de demande d'imagerie implémenté dans les logiciels et Amelipro afin d'identifier le motif de la demande et permettre ainsi au prescripteur d'adapter plus facilement son intervention au besoin du patient si nécessaire ;
- Alimentation systématique du compte-rendu d'examen préalable si recommandé dans le DMP ;
- Mise en place de campagnes d'informations et de formations des demandeurs, dont les thèmes prioritaires pour la période 2025-2027 sont détaillés au paragraphe 3.1.b. ci-après.

2/ Pour les effecteurs d'imagerie :

- Consultation systématique du DMP pour vérifier la réalisation ou non d'examens récents ;
- Inscription de l'identifiant du médecin demandeur par l'imageur sur la facturation des actes d'imagerie afin de pouvoir réaliser des actions d'accompagnement ciblées ;
- Alimentation systématique du compte-rendu d'examen dans le DMP.

Enfin, en lien avec le Haut Conseil des Nomenclatures, la CCAM sera modifiée afin de rendre identifiant les actes relevant des différentes localisations des membres notamment pour l'imagerie en coupe.

Les partenaires conventionnels s'accordent à examiner en CPN l'avancement du déploiement des actions détaillées ci-dessus, aussi bien du côté des professionnels de santé que de l'Assurance maladie par rapport à la feuille de route issue du présent avenant.

Dès l'entrée en vigueur de l'avenant n°1, lors du remboursement, si les actes ont été réalisés en dehors des recommandations, l'Assurance maladie pourra procéder à une récupération d'indus auprès de l'imageur, par le contrôle a posteriori autant que de besoin des comptes-rendus d'examen notamment.

S'agissant des actes d'échographie, il est rappelé que, comme pour tout autre acte médico-chirurgical, le remboursement de ces actes est conditionné au respect des conditions prévues à l'article I.5 de la liste des actes et prestations (LAP), qui prévoit obligatoirement la rédaction d'un compte-rendu écrit et détaillé³.

Les partenaires conventionnels rappellent que l'échographie et l'échodoppler au lit du malade (ZZQM004 et ZZQM001) sont réservés aux échographies et échodoppler réalisées chez les patients hébergés en établissements de santé, conformément à la définition de l'ATIH⁴. La pratique de l'échoscopie ne peut donner lieu à la facturation d'un acte CCAM, en l'absence d'une validation par la Haute Autorité de santé.

Dès lors, si des actes d'échographie sont réalisés en dehors de ces conditions de prise en charge, l'Assurance maladie pourra procéder à une récupération d'indus auprès du professionnel ayant facturé l'acte.

« Article 61-10-1-3. Des actions spécifiques de pertinence en imagerie médicale

Les parties ont identifié six thématiques cliniques prioritaires nécessitant un renforcement de la pertinence de la réalisation d'examen d'imagerie médicale, notamment d'imagerie en coupe à savoir :

- la lombalgie commune,
- la cervicalgie,
- la gonalgie,
- la scapulalgie
- les échographies cardiaques,
- et les échographies-doppler des membres

Ces actions spécifiques de pertinence prendront la forme d'actions d'information et d'accompagnement des différents professionnels concernés et des patients et doivent permettre d'atteindre un montant global d'économies à hauteur de 30 millions d'euros en année pleine.

Objectifs prévisionnels d'économies pour les actions de pertinence, en montants remboursés par l'Assurance Maladie, en millions d'euros (M€)

Thématique de l'action de pertinence (*)	Objectif en année pleine
Lombalgie commune (**)	11 M€
Cervicalgie (**)	
Scapulalgie	3 M€
Gonalgie	6 M€
Échographie cardiaque	6,5 M€
Échographie-doppler des membres	3,5 M€
Ensemble des thématiques	30 M€

(*) La liste des actes CCAM correspondant à ces actions de pertinence figure à l'annexe 26.

(**) Les examens d'imagerie concernant ces deux thématiques sont codés et facturés par les mêmes actes CCAM pris en charge.

Le calendrier de mise en œuvre des actions de pertinence est le suivant :

- Dès la signature de l'avenant n°1 : mise en œuvre des actions d'accompagnements transversales (demandeurs, effecteurs et patients) ;
- A l'automne 2026, un point d'étape sera réalisé pour faire le point sur la mise en œuvre des engagements listés à l'article 61-10-1-2 de la convention médicale ;
- Les partenaires conventionnels s'engagent à examiner dès le mois de mai 2027 l'inflexion sur les tendances en volume de ces différents thèmes. L'économie sera calculée en faisant la différence sur 12 mois entre la tendance initiale et la nouvelle tendance projetée en fonction des observations faites sur la période juillet 2026-mai 2027.

Article 2

Les modifications tarifaires de la décision du directeur général de l'UNCAM du 14 octobre 2025 prévues au 1^{er} juillet 2026 sont décalées au 1^{er} août 2026 et modifiées comme suit :

Code	Activité	Phase	Tarif au 01/08/2026 (en euros)
DZQM006	1	0	95,26 €
DZQM005	1	0	109,61 €
DZQM002	1	0	167,53 €
DGQM001	1	0	73,56 €
EBQM001	1	0	66,44 €
EBQM002	1	0	99,65 €
EDQM001	1	0	66,44 €
EJQM003	1	0	68,04 €
EJQM004	1	0	68,04 €
ZCQJ002	1	0	52,45 €
YYYY105	1	0	13,45 €
YYYY110	1	0	23,17 €
YYYY120	1	0	27,81 €
YYYY140	1	0	46,35 €
YYYY150	1	0	55,62 €
YYYY160	1	0	64,89 €
YYYY170	1	0	74,16 €
YYYY180	1	0	83,43 €
YYYY130	1	0	92,70 €
YYYY190	1	0	111,24 €
YYYY200	1	0	139,04 €
YYYY210	1	0	148,31 €
YYYY220	1	0	166,85 €
YYYY034	1	0	176,12 €
YYYY230	1	0	185,39 €
YYYY240	1	0	213,20 €
YYYY245	1	0	222,47 €
YYYY250	1	0	231,74 €
YYYY260	1	0	259,55 €
YYYY270	1	0	278,09 €
YYYY280	1	0	370,78 €
YYYY290	1	0	417,13 €

Article 3

Article 3.1

Concernant les tarifs des forfaits techniques, les modifications tarifaires de la décision du directeur général de l'UNCAM du 14 octobre 2025 prévues au 1^{er} juillet 2026 sont décalées au 1^{er} août 2026 et modifiées comme suit :

Article 3.2

Le sous-titre 2 de l'annexe 1 de la convention susvisée est modifié comme suit :

I. - L'article 1^{er} « Scanographie » est ainsi modifié :

« Tarifs des forfaits techniques des scanners à compter du 1er août 2026 (1) (2) »

TYPE D'APPAREILS	FORFAIT PLEIN	FORFAIT REDUIT SELON LES TRANCHES D'ACTIVITE		
	Activité ≤ activité de référence	Activité > activité de référence et ≤ seuil 1	Activité > seuil 1 et ≤ seuil 2	Activité > seuil 2
Amortis (1), toutes classes	72,14 €	60,00 €	52,08 €	36,34 €
Non amortis, toutes classes	90,72 €			
'(1) Sont considérés comme amortis, les appareils installés depuis plus de sept ans révolus au 1er janvier de l'année considérée.				

(1) Scanners : seuil 1 = 11 000 forfaits techniques ; seuil 2 = 13 000 forfaits techniques.

(2) Les forfaits techniques couvrent aussi la fourniture du produit de contraste »

« Tarifs des forfaits techniques des scanners à compter du 1er janvier 2027 (1) (2) »

TYPE D'APPAREILS	FORFAIT PLEIN	FORFAIT REDUIT SELON LES TRANCHES D'ACTIVITE		
	Activité ≤ activité de référence	Activité > activité de référence et ≤ seuil 1	Activité > seuil 1 et ≤ seuil 2	Activité > seuil 2
Amortis (1), toutes classes	71,39 €	60,00 €	52,08 €	36,34 €
Non amortis, toutes classes	88,13 €			
'(1) Sont considérés comme amortis, les appareils installés depuis plus de sept ans révolus au 1er janvier de l'année considérée.				

(1) Scanners : seuil 1 = 11 000 forfaits techniques ; seuil 2 = 13 000 forfaits techniques.

(2) Les forfaits techniques couvrent aussi la fourniture du produit de contraste. »

II. - L'article 2 « Imagerie par résonance magnétique » est ainsi modifié :

« Tarifs des forfaits techniques des IRM à compter du 1er août 2026 (3) (4) »

CLASSE D'APPAREILS selon la PUISSANCE de l'aimant (en tesla)	≤ 0,5T	> 0,5 T et < 1,5 T	1,5 T (2)	1,5 T dédié aux membres (3)	1,5 T spécialisé ostéo-articulaire (3)	> 1,5 T
Activité de référence (nombre de forfaits)	3 500	4 000	4 750	4 500	4 500	4 500
AMORTIS, forfaits pleins (1)						
Paris		124,67 €		75,02 €	87,48 €	138,24 €
Région parisienne hors Paris		121,15 €		74,58 €	86,48 €	132,69 €
Province		119,95 €		74,42 €	86,14 €	124,92 €
NON AMORTIS, forfaits pleins						
Paris	119,27 €	176,79 €	161,08 €	101,21 €	116,30 €	185,49 €
Région parisienne hors Paris	115,98 €	172,79 €	157,70 €	100,80 €	115,37 €	183,74 €
Province	110,79 €	172,82 €	156,49 €	100,66 €	115,05 €	183,30 €
FORFAIT REDUIT selon les tranches d'activité						
Activité > Activité Référence et ≤ seuil 1		73,94 €		50,51 €	52,72 €	75,40 €
Activité > seuil 1 et ≤ seuil 2		59,53 €		42,57 €	44,58 €	65,65 €
Activité > seuil 2		29,95 €		28,04 €	29,30 €	42,47 €

(1) Sont considérés comme amortis, les appareils installés depuis plus de sept ans révolus au 1er janvier de l'année considérée.
(2) Hors appareils IRM 1,5 T dédié aux examens des membres et appareils IRM 1,5 T spécialisé aux examens ostéo-articulaire.
(3) Appareils IRM adossés à un appareil 1,5 T ou > 1,5 T déjà installé, sur le même site géographique ou en "adossement fonctionnel" selon les dispositions de l'Instruction CNAMTS/DGOS/R3 n° 2012-248 du 15 juin 2012 relative à la priorité de gestion du risque sur l'imagerie médicale en 2010-2012.

(3) IRM : seuil 1 = 8 000 forfaits techniques ; seuil 2 = 11 000 forfaits techniques

(4) Les forfaits techniques couvrent aussi la fourniture du produit de contraste. »

« Tarifs des forfaits techniques des IRM à compter du 1er janvier 2027 (3) (4) »

CLASSE D'APPAREILS selon la PUISSANCE de l'aimant (en tesla)	≤ 0,5T	> 0,5 T et < 1,5 T	1,5 T (2)	1,5 T dédié aux membres (3)	1,5 T spécialisé ostéo-articulaire (3)	> 1,5 T
Activité de référence (nombre de forfaits)	3 500	4 000	4 750	4 500	4 500	4 500
AMORTIS, forfaits pleins (1)						
Paris		123,36 €		74,24 €	86,56 €	136,79 €
Région parisienne hors Paris		119,88 €		73,80 €	85,58 €	131,30 €
Province		118,69 €		73,64 €	85,24 €	123,61 €
NON AMORTIS, forfaits pleins						
Paris	115,87 €	171,74 €	156,48 €	98,32 €	112,98 €	180,19 €
Région parisienne hors Paris	112,67 €	167,85 €	153,20 €	97,92 €	112,07 €	178,49 €
Province	107,63 €	167,88 €	152,02 €	97,78 €	111,76 €	178,06 €
FORFAIT REDUIT selon les tranches d'activité						
Activité > Activité Référence et ≤ seuil 1		73,94 €		50,51 €	52,72 €	75,40 €
Activité > seuil 1 et ≤ seuil 2		59,53 €		42,57 €	44,58 €	65,65 €
Activité > seuil 2		29,95 €		28,04 €	29,30 €	42,47 €

(1) Sont considérés comme amortis, les appareils installés depuis plus de sept ans révolus au 1er janvier de l'année considérée.
(2) Hors appareils IRM 1,5 T dédié aux examens des membres et appareils IRM 1,5 T spécialisé aux examens ostéo-articulaire.
(3) Appareils IRM adossés à un appareil 1,5 T ou > 1,5 T déjà installé, sur le même site géographique ou en "adossement fonctionnel" selon les dispositions de l'Instruction CNAMTS/DGOS/R3 n° 2012-248 du 15 juin 2012 relative à la priorité de gestion du risque sur l'imagerie médicale en 2010-2012.

(3) IRM : seuil 1 = 8 000 forfaits techniques ; seuil 2 = 11 000 forfaits techniques

(4) Les forfaits techniques couvrent aussi la fourniture du produit de contraste. »

III. L'article 3 « Tomographes à émission de positons (TEP) » est ainsi modifié :

« Tarifs des forfaits techniques des TEP à compter du 1er août 2026 »

CLASSE D'APPAREIL	TEP (1) Classe 1	TEP-TDM (2) Classe 2
Activité annuelle de référence	1 000 actes	
AMORTIS, forfait plein (3)	668,50 €	716,25 €
NON AMORTIS, forfait plein	864,50 €	910,00 €
Forfait Réduit	550,00 €	550,00 €

- (1) Tomographe à émission de positons non couplé à un scanner.
- (2) Tomographe à émission de positons couplé à un scanner.
- (3) Sont considérés comme amortis, les appareils installés depuis plus de sept ans révolus au 1er janvier de l'année considérée.

« Tarifs des forfaits techniques des TEP à compter du 1er janvier 2027 »

CLASSE D'APPAREIL	TEP (1) Classe 1	TEP-TDM (2) Classe 2
Activité annuelle de référence	1 000 actes	
AMORTIS, forfait plein (3)	661,50 €	708,75 €
NON AMORTIS, forfait plein	839,80 €	884,00 €
Forfait Réduit	550,00 €	550,00 €

- (4) Tomographe à émission de positons non couplé à un scanner.
- (5) Tomographe à émission de positons couplé à un scanner.
- (6) Sont considérés comme amortis, les appareils installés depuis plus de sept ans révolus au 1er janvier de l'année considérée.

Article 4

I.- Après l'annexe 24 de la convention susvisée, il est inséré une annexe 25 intitulée « Logigrammes décisionnels IMAGERIE - Logigrammes décisionnels de pertinence élaborés sur la base des recommandations de la HAS », présentée en annexe 1 du présent avenant.

II.- Après l'annexe 25 de la convention susvisée, il est inséré une annexe 26 intitulée : « Liste des actes CCAM concernés par les actions de pertinence prévues à l'article 61-10-1-3 », présentée en annexe 2 du présent avenant.

Partie II : Introduire une consultation ménopause

Article 5

L'article 77 de la convention susvisée est complété par les dispositions suivantes :

« S'agissant des consultations ménopause »

« Afin de faciliter l'accès des femmes pendant la ménopause à un professionnel de santé et l'accès aux traitements nécessaires et conformément à l'article L. 1411-6-5 du code de santé publique, les partenaires conventionnels s'accordent sur la création d'une consultation à destination de toutes les femmes âgées de quarante-cinq ans à soixante-cinq ans inclus. Cette consultation constituera un cadre

dédié pour l'information sur la ménopause, la prévention sur les éventuels facteurs de risques auxquels sont exposées les femmes au cours de cette période et l'information sur les éventuels traitements pouvant être envisagés.

« Cette consultation complexe réalisée à tarif opposable par un médecin généraliste ou un gynécologue sera valorisée à hauteur de 47,50 €. Elle ne peut être facturée qu'une seule fois dans la vie de la patiente.

« Elle sera inscrite en NGAP à l'article 15.8 « Consultations et majorations complexes ». Le code consultation RMO devra être inscrit dans le dossier médical du patient. Afin de facturer la consultation complexe correspondante, le code prestation agrégé CCX est à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier).

« Pour rappel, les consultations complexes ne sont pas cumulables avec les majorations de coordination mentionnées à l'article 2bis.

« Les partenaires conviennent d'une entrée en vigueur de ce dispositif à l'expiration du délai défini au I de l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, sous réserve d'un avis favorable de la Haute Autorité de santé (HAS).

Partie III : PDSA – Mise en œuvre de l'article 60 de la LFSS 2026

Article 6

Au sein du titre 4 relatif aux dispositifs visant à garantir l'accès aux soins non programmés, l'article 50-1 est modifié comme suit :

1° Le troisième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Dans ce cadre, les caisses assurent le paiement des forfaits d'astreinte dont le montant est déterminé dans les cahiers des charges régionaux de la PDSA. »

2° Après le troisième alinéa, il est inséré deux alinéas ainsi rédigés :

« De plus, conformément à l'article 60 de la LFSS 2026, la rémunération forfaitaire des médecins assurant la régulation médicale de l'accès à la PDSA relève désormais du champ conventionnel.

À ce titre, les partenaires conventionnels s'accordent sur le maintien des tarifs en vigueur dans les cahiers des charges régionaux organisant la PDSA au 1er janvier 2026. Ces tarifs sont fournis en annexe 27 de la présente convention médicale. »

Article 7

Après l'annexe 26 de la convention susvisée, il est inséré une annexe 27 intitulée : « Montants horaires des rémunérations forfaitaires des médecins assurant la régulation médicale en période de PDSA », présentée en annexe 3 du présent avenant.

Partie IV : Ajustement technique à la convention suite aux discussions conventionnelles

Article 8 : Dispositif collectif d'aide à l'emploi d'un assistant médical

Au sein de la partie 5 sur l'accès aux soins, après le titre 1, il est inséré un titre 1 bis ainsi rédigé :

« Titre I bis : Dispositif collectif d'aide à l'emploi d'un assistant médical

« Article 39-1. Contrat collectif d'aide à l'emploi d'un ou plusieurs assistants médicaux

Afin de favoriser le travail aidé des médecins pour accroître leur capacité collective à prendre en charge des patients et améliorer les conditions d'accueil et de suivi de ces derniers, l'Assurance Maladie verse dans les conditions prévues à la présente partie une aide collective financière, pour l'emploi salarié d'un ou de plusieurs assistants médicaux dont l'activité est définie à l'article L. 4161-1 du code de la santé publique, en contrepartie d'un engagement d'augmentation de patientèles.

Conformément à la partie « Mutualisation » de l'emploi d'un assistant médical de l'article 36-3 de la convention médicale approuvée par arrêté du 20 juin 2024, les partenaires conventionnels sont convenus de l'intérêt de proposer aux médecins libéraux, exerçant dans un même cabinet ou dans une même maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), la possibilité de partager des objectifs relatifs au nombre de patients supplémentaires à prendre en charge et le montant de l'aide collective pour l'emploi salarié d'un ou de plusieurs assistants médicaux.

Le contrat de travail de ou des assistants médicaux doit relever de la convention collective nationale du personnel des cabinets médicaux.

Le contrat collectif d'aide à l'emploi d'un ou de plusieurs assistants médicaux est signé entre la caisse d'assurance maladie et la société d'un groupe de médecins dont le cabinet principal est établi dans le territoire de compétence de ladite caisse.

Les conditions du contrat collectif sont définies comme suit.

« Article 39-2. Critères d'éligibilité au contrat collectif »

Le présent article vise à ouvrir à un groupe de médecins associés au sein d'une même société, la possibilité de souscrire un contrat collectif d'aide à l'emploi salarié d'un ou de plusieurs assistants médicaux.

« Article 39-2-1. Critères d'éligibilité applicables à la société

Les sociétés éligibles sont celles ayant une activité propre de santé et dont les associés ne peuvent l'être qu'en leur qualité individuelle de professionnel de santé. Sont donc exclusivement éligibles :

- Les sociétés civiles de personnes (SCP) ;
- Les sociétés civiles de moyens (SCM) ;
- Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA).

Un seul contrat collectif peut être signé pour chaque société éligible.

Un médecin ne peut-être partie qu'à un seul contrat collectif.

Les médecins associés de la société peuvent choisir d'être partie ou non au contrat collectif. Ainsi, un médecin associé dans une telle société peut décider de ne pas intégrer le groupe d'associés qui bénéficient de l'aide collective et donc du renfort du ou des emplois d'assistants médicaux ainsi financés.

La société éligible pourra recourir au service d'un groupement d'employeurs pour salarier le ou les assistants médicaux ouvrant le bénéfice de l'aide collective.

« Article 39-2-2. Critères d'éligibilité applicables à chaque médecin partie au contrat collectif d'aide

Chaque médecin associé souhaitant bénéficier de l'aide collective doit satisfaire aux conditions définies dans le présent article pour que la société soit éligible au contrat collectif d'aide à l'emploi d'un ou de plusieurs assistants médicaux.

Pour signer un contrat collectif, chaque médecin doit être :

- Associé au capital de la société en qualité de personne physique ;
- Inscrit à l'Ordre des médecins et autorisé à exercer ;
- Installé en libéral et conventionné en secteur 1 ou secteur 2 ayant souscrit à l'OPTAM ;
- Médecin généraliste (à l'exclusion des médecins généralistes à exercice particulier [MEP]).

Les partenaires conventionnels s'engagent à suivre l'évolution de ce dispositif collectif avant d'envisager d'y intégrer d'autres spécialités.

Il n'est pas possible de cumuler un contrat individuel avec un contrat collectif d'aide à l'emploi d'un assistant médical. De ce fait, tout contrat individuel d'aide à l'emploi d'un assistant médical défini au titre 1 de la partie 5 « Le dispositif d'aide à l'emploi d'un assistant médical » de la convention, signé par les médecins souhaitant être partie au contrat collectif d'aide, doit avoir été résilié au plus tard à la date de signature du contrat collectif par la société citée à l'article 2.1.

Dans ce cas, les médecins qui résilient leur contrat individuel ne sont pas soumis au délai de carence de 2 ans défini à l'article 37-1 de la convention médicale.

Le cas échéant, les sommes indûment versées en vertu des dispositions du contrat individuel doivent avoir été restituées à la caisse avant la signature du contrat collectif, et ce au *pro rata* de la durée restante de l'année en cours conformément à l'article 37.2 de la convention médicale.

Aucun contrat individuel ne peut être résilié dans le but d'être partie au contrat collectif si le médecin signataire de ce contrat individuel présente une patientèle en recul par rapport à son niveau de départ, et ce quelle que soit l'année d'ancienneté dudit contrat., sauf si le médecin signataire de ce contrat individuel avait un objectif de maintien de patientèle.

« Article 39-2-3. Critères d'éligibilité applicables au groupe de médecins souhaitant bénéficier de l'aide collective

Pour bénéficier de l'aide collective, un groupe de médecins doit présenter les caractéristiques suivantes :

- Être tous associés au sein de la même société éligible (article 2.1) ;
- Remplir chacun les conditions individuelles d'éligibilité (article 2.2) ;
- Être au nombre de deux médecins au minimum ;
- Être tous rattachés à la même caisse d'assurance maladie ;
- Remplir les conditions de patientèles moyennes décrites ci-dessous.

Un **nombre moyen** de patients ayant valeur de seuil minimal est requis pour que le groupe de médecins associés puisse être éligible du contrat collectif.

Ce nombre moyen de patients du groupe est fixé à 775 patients, correspondant au 30^e percentile de la distribution nationale des médecins généralistes (hors MEP) au 31 décembre 2021 lequel est indiqué dans la distribution nationale des patientèles au 31 décembre 2021 figurant en annexe 10 de la convention médicale du 22 juin 2024.

Le nombre moyen susmentionné est calculé à partir de la patientèle médecin traitant (PMT) (adultes et enfants) déclarée de chaque médecin du groupe.

Le calcul de cette moyenne ne tient pas compte des médecins primo-installés adhérant au contrat dont le traitement est précisé à l'article 5.5.

Les PMT de départ des médecins du groupe qui sont prises en compte pour calculer la PMT moyenne de ces derniers sont les patientèles les plus récentes disponibles à la date de signature du contrat collectif. Celles-ci sont arrêtées par l'Assurance Maladie au 30 juin et au 31 décembre de chaque année.

« Article 39-3. Modalités de contractualisation

Les médecins adhérant au contrat collectif formalisent, sous réserve des conditions d'éligibilité requises à l'article 2.3 du présent contrat, un engagement avec l'Assurance maladie par la signature du ou des représentants de la société dont ils sont associés. Ils formalisent par ailleurs leur engagement individuel à ce dispositif comme prévu à l'article 5.3.

Le contrat collectif d'aide à l'emploi d'un ou de plusieurs assistants médicaux conforme au contrat type prévu à l'annexe 28 de la présente convention est signé entre la caisse d'assurance maladie et le ou les représentants légaux de la société éligible.

Les différends pouvant survenir entre les associés dans le cadre de la gestion du ou des assistants médicaux, ou des fonds de l'aide collective, ne pourront pas être opposés à la caisse et n'auront aucun effet sur les engagements du contrat collectif.

Tous les documents justificatifs listés à ce contrat type doivent être fournis par les médecins associés par l'intermédiaire du ou des représentants légaux de la société lors de la signature du contrat collectif avec la caisse.

Parmi ces documents, le contrat de travail de chaque assistant médical salarié de la société signataire du contrat collectif ou d'un groupement d'employeurs prestataire de ladite société doit être remis à la caisse lors de la signature du contrat collectif et annexé au contrat collectif.

Le ou les représentants légaux de la société signataire du contrat collectif atteste, à chaque date anniversaire du contrat collectif, que les contrats de travail annexés sont toujours en cours d'exécution. Il informe la caisse de toutes les modifications pouvant intervenir sur ces contrats de travail.

L'identité de chaque assistant médical titulaire d'un contrat de travail financé par l'aide collective est une information de contingence contractuelle. De ce fait, elle doit être fournie par le ou les représentants légaux de la société signataire du contrat collectif à la caisse lors de la signature du contrat puis au cours de son exécution si les termes du contrat de travail sont modifiés.

« Article 39-4. Secrétariat médical et assistant médical

Dans le cas où un assistant médical salarié par la société signataire du contrat collectif était auparavant salarié par ladite société ou par un ou plusieurs médecins du groupe comme secrétaire médical, le versement de l'aide collective est conditionné au remplacement du poste de secrétaire médical

antérieurement occupé par l'assistant médical dans un délai de 6 mois ou au recours à une autre organisation de secrétariat médical, et pour une durée équivalente *a minima* au temps de temps travail du poste de secrétaire médical à remplacer.

Le ou les représentants légaux de la société signataire du contrat collectif s'engage à fournir le justificatif du remplacement ou du recours à un prestataire de service de secrétariat médical. Ce justificatif doit être fourni au plus tard dans un délai de 6 mois suivant le remplacement du ou de la secrétaire médicale.

« Article 39-5. Détermination de l'aide collective

Le montant de l'aide collective varie selon :

- L'année d'ancienneté du contrat collectif ;
- Le nombre d'équivalent temps plein (ETP) d'assistant médical choisi par les médecins du groupe.

« Article 39-5-1. Choix du nombre d'ETP d'assistant médical

Le groupe de médecins choisit le nombre d'ETP d'assistants médicaux dont il souhaite bénéficier.

Le montant de l'aide collective varie selon le nombre d'ETP choisi par le groupe de médecins.

Le ou les représentants légaux peuvent signer un contrat collectif à partir d'1 ETP minimum.

Au-delà d'1 ETP, ce nombre peut être fractionné en 0,5 ETP.

Le nombre d'ETP choisi par le groupe de médecins ne peut pas être supérieur au nombre de médecins du groupe.

Toutefois, à titre exceptionnel, le nombre d'ETP peut être supérieur au nombre de médecins du groupe quand :

- Un médecin du groupe quitte la société ou se retire au cours de l'exécution du contrat collectif :
 - L'objectif en termes de patients supplémentaires à prendre en charge par le groupe de médecins est inchangé.
- Les médecins du groupe accueillent un ou plusieurs docteurs juniors :
 - 0,5 ETP supplémentaire peut être alloué exceptionnellement à la société signataire pour chaque médecin du groupe justifiant de l'agrément de Praticien agréé comme maître de stage des universités accueillant des docteurs juniors en médecine générale (PAMSU) délivré par l'Agence régionale de santé (ARS), y compris pour un agrément en tant que terrain de stage ambulatoire lorsque la société est une MSP constituée en SISA.

Il appartient à ou aux représentant(s) légal(aux) de la société d'apporter les justificatifs nécessaires attestant de la capacité des médecins et/ou de la MSP à accueillir des docteurs juniors.

« Article 39-5-2. Montant de l'aide collective

**Montant de l'aide collective
par ETP d'assistant médical et par année de contrat**
(Ces montants sont à multiplier par le nombre d'ETP choisi par le groupe de médecins).

Année du contrat collectif	1 ETP	Pour chaque 0,5 ETP supplémentaire	Versement de l'aide collective
1 ^{ère} année	38 000 €	19 000 €	Versement du montant intégral de l'aide collective quelle que soit l'atteinte de l'objectif collectif, dans le mois suivant la signature du contrat collectif puis à la date anniversaire de celui-ci
2 ^e année	28 000 €	14 000 €	
3 ^e année <u>et suivantes</u>	22 000 €	11 000 €	Modulation du montant de l'aide collective à partir de la 3 ^e année selon l'atteinte de l'objectif collectif, et versé dans le mois suivant la date anniversaire du contrat collectif.

En cas de prorogation du contrat collectif par avenant tel décrit à l'article 6.2 de présent contrat, le montant de l'aide versé à compter de la signature de cet avenant correspond au montant de l'aide à l'emploi de la 3^e année et des années suivantes, proratisé le cas échéant sur la base du taux d'atteinte de l'objectif décrit à l'article 5.3.

« Article 39-5-3. Objectif collectif

« Article 39-5-3-1. Principe général

En contrepartie de l'aide collective, le groupe de médecins s'engage à prendre en charge collectivement davantage de patients.

Pour ce faire, chaque médecin du groupe remplit et signe un bulletin d'adhésion individuelle à l'objectif collectif à atteindre dans le cadre du contrat collectif défini à l'article 3.

Chaque clause individuelle est annexée au contrat collectif.

Les engagements pour l'emploi de chaque ETP d'assistant médical sont fixes et définis comme suit :

- **Pour la patientèle Médecin traitant (PMT) collective** correspondant au nombre total de patients (adultes et enfants) ayant choisi comme médecin traitant l'un des médecins du groupe :
 - Le nombre de patients supplémentaires à prendre en charge par le groupe de médecins partie au contrat est de **260**.
- **Pour la patientèle File active (PFA) collective** correspondant au nombre total de patients (adultes et enfants) ayant consulté l'un des médecins du groupe au moins une fois au cours des 12 derniers mois (que ce médecin soit ou non le médecin traitant déclaré de ces patients) :
 - Le nombre de patients supplémentaires à prendre en charge par le groupe de médecins partie au contrat est de **110**.

Les engagements du groupe de médecins sont fonction du nombre d'ETP choisi.

Si le groupe de médecins souhaite signer un contrat collectif pour plus d'1 ETP, les objectifs susvisés sont multipliés par le nombre d'ETP choisi par le groupe.

L'objectif collectif est mesuré au regard du nombre total de patients pris en charge par le groupe de médecin pour le PMT et PFA.

« Article 39-5-3-2. Prise en compte d'ETP exceptionnellement alloué(s) par médecin membre du groupe si ce dernier est agréé comme praticien maître de stage des universités accueillant des docteurs juniors en médecine générale (PAMSU) ou si la MSP est agréée en tant que terrain de stage ambulatoire

Pour le calcul des objectifs, si un groupe de médecins :

- a d'ores et déjà choisi le nombre maximum d'ETP d'assistant médical dont il peut bénéficier compte tenu du nombre de médecins qui le constituent ;
- dispose en son sein d'un ou plusieurs PAMSU et/ou si la MSP est agréée en tant que terrain de stage ambulatoire.

Alors, ce groupe de médecins peut choisir de bénéficier de 0,5 ETP d'assistant médical supplémentaire par agrément.

Pour chacun de ces 0,5 ETP supplémentaire, l'objectif collectif est majoré de 130 patients à prendre en charge dans la PMT collective et de 55 patients à prendre en charge dans la PFA collective.

A titre provisoire, et tant que l'Assurance Maladie ne sera pas en mesure de rattacher la PFA individuelle des « docteurs juniors » à la PFA collective du groupe de MG, l'objectif collectif ne sera majoré que sur la PMT collective de ce dernier.

Pour la déclaration de l'identité des docteurs juniors accueillis au sein de la structure par les PAMSU du groupe ou la structure elle-même :

Dès lors qu'un ou des 0,5 ETP supplémentaire(s) au titre de l'agrément ont été alloués au groupe, la caisse signataire doit être informée *a minima* 1 mois avant la date anniversaire du contrat collectif de l'identité du ou des docteur(s) junior(s) accueilli(s) au sein de la structure. Ces éléments sont ajoutés au contrat collectif par voie d'avenant.

Pour le calcul de l'atteinte des objectifs collectifs :

L'objectif collectif majoré de ce ou de ces 0,5 ETP d'assistant médical doit être apprécié par la caisse au regard :

- de la PMT collective et de la PFA collective du groupe de médecins ;
- de la PFA individuelle du ou des docteur(s) junior(s) accueilli(s) par la structure au cours de l'année écoulée dès lors que celle-ci pourra être rattachée à la PFA collective.

« Article 39-5-4. Prise en compte des contrats individuels préexistants

Le principe général consiste à tenir compte de la totalité des patients supplémentaires déjà pris en charge par les médecins du groupe dans le cadre des contrats individuels que ces derniers doivent avoir résiliés préalablement à la signature du contrat collectif.

Ce nombre total de patients supplémentaires déjà pris en charge est soustrait de l'objectif collectif à atteindre par le groupe de médecins.

Le calcul se fait au moyen des formules suivantes :

- Pour la PMT :

$$(260 \times \text{nombre d'ETP collectif}) - \sum \left(\begin{array}{l} \text{Nombre de patients supplémentaires} \\ \text{déjà pris en charge dans le cadre de} \\ \text{chaque contrat individuel résilié} \end{array} \right)$$

Le nombre d'ETP collectif inclut le ou les 0,5 ETP supplémentaires au titre de l'agrément.

- Pour la PFA

$$(110 \times \text{nombre d'ETP collectifs}) - \sum \left(\begin{array}{l} \text{Nombre de patients supplémentaires} \\ \text{déjà pris en charge dans le cadre de} \\ \text{chaque contrat individuel résilié} \end{array} \right)$$

Le nombre d'ETP collectif inclura le ou les 0,5 ETP supplémentaires au titre de l'agrément, dès lors que le rattachement de la PFA du ou des docteur(s) junior(s) à la PFA collective sera possible.

Le nombre de patients supplémentaires pris en charge dans le cadre de chaque contrat individuel résilié pris en compte dans ce calcul est plafonné. Ce plafond est calculé de la manière suivante :

- Pour la PMT : 260 x nombre d'ETP du contrat individuel résilié ;
- Pour la PFA : 110 x nombre d'ETP du contrat individuel résilié

Si l'un des contrats résiliés concerne un médecin « nouvel installé » (NI), le nombre de patients supplémentaires déjà pris en charge dans le cadre de ce contrat individuel correspond au différentiel entre le P50 et la patientèle initiale de ce médecin.

L'objectif collectif ne peut être ajusté en deçà de la patientèle collective de départ.

« Article 39-5-5. Cas particuliers

« Article 39-5-5-1. Médecins primo-installés

À la signature du contrat, pour prendre en compte, au sein de la société, la montée en charge progressive des patientèles des médecins primo-installés tels que ces derniers sont définis à l'article 34-4 de la convention médicale, l'objectif collectif, déterminé au vu des patientèles collectives totales à atteindre, est majoré du nombre de patients à prendre en charge par les médecins primo-installés.

Ce nombre de patients supplémentaires à prendre en charge pour chaque médecin primo-installé du groupe est de 1045 correspondant au 50^e percentile (P50) de la distribution nationale de la spécialité des médecins généralistes (hors MEP) au 31 décembre 2021.

L'atteinte de l'objectif collectif incluant des médecins primo-installés est appréciée à partir de la 3^e année du contrat collectif.

« Article 39-5-6. Appréciation de l'atteinte de l'objectif collectif

À la date anniversaire de la 3^e année du contrat collectif et pour les années suivantes, l'atteinte de l'objectif collectif est appréciée sur la base des résultats constatés par l'Assurance Maladie. Les patientèles sont appréciées au 30 juin ou au 31 décembre, selon la date retenue pour fixer les patientèles collectives de départ.

Ces résultats correspondent au taux d'atteinte des objectifs fixés par patientèle collective, PMT collective et PFA collective, selon les règles suivantes :

PFA collective	PMT collective	Part de l'aide versée
Atteint	Atteint	100 %
Non atteint (sans ↓*)	Atteint	100 %
Atteint	Non atteint (sans ↓*)	100 %
Non atteint (sans ↓*)	Non atteint (sans ↓*)	Proratisation sur le meilleur résultat des 2 (taux d'atteinte)

↓* Diminution par rapport à la patientèle collective totale de départ du groupe de médecins.

En cas de diminution d'une patientèle collective par rapport à la même patientèle collective de départ à compter de la 3^e année, l'aide collective n'est pas versée et le contrat peut être résilié par la caisse en suivant la procédure décrite à l'article 13.2 du contrat type.

« Article 39-5-7. Modalités de versement de l'aide collective

Le montant de l'aide collective est versé intégralement pour les 1^{ère} et 2^e années du contrat collectif respectivement dans le mois suivant la signature de ce dernier puis suivant la date anniversaire de celui-ci.

Pour la 3^e année et les années suivantes, le montant de l'aide collective, dès lors que l'une des 2 patientèles définies à l'article 5.3 ne diminue pas en dessous de son niveau de départ :

- Est versée intégralement si l'une des 2 patientèles collectives présente un taux d'atteinte de 100% ;
- Est versé au *prorata* du taux d'atteinte de la patientèle le plus élevé si les 2 patientèles collectives présentent des taux d'atteinte inférieurs à 100%.

À partir de la 3^e année et pour les années suivantes, le montant de l'aide collective est versé en 2 fois pour chaque année N :

- 50 % d'acompte versé dans le mois suivant la date d'anniversaire du contrat en année N-1 ;
- 50 % de solde versé dans le mois suivant la date d'anniversaire du contrat en année N.

Pour que l'acompte soit versé dans le mois suivant la date d'anniversaire du contrat, à partir de la 3^e année, aucune des 2 patientèles collectives du groupe de médecins ne doit être en recul par rapport à son niveau de départ.

« Article 39-6. Vie du contrat collectif

« Article 39-6-1. Suivi de la vie du contrat collectif

La caisse organise *a minima* tous les 6 mois, afin d'anticiper les éventuelles difficultés rencontrées par le groupe de médecins dans l'exécution du contrat collectif, un point d'échange avec le ou les représentants légaux de la société signataire du contrat collectif ou à défaut, avec les médecins du groupe.

Lorsque la caisse constate des difficultés pour remplir les engagements du contrat collectif, elle prend contact avec le ou les représentants légaux de la société ou à défaut avec les médecins du groupe pour examiner les freins éventuels à l'atteinte de leur objectif collectif.

La caisse prend en compte les événements de la vie des médecins et des assistants médicaux qui peuvent impacter l'atteinte de l'objectif collectif.

« Article 39-6-2. Durée du contrat collectif

Un contrat collectif est conclu pour une durée de cinq ans. Il peut être prorogé par voie d'avenant signé par les parties.

En cas de prorogation par voie d'avenant, l'objectif en nombre de patients supplémentaires à prendre en charge ou à maintenir reste inchangé.

Lorsque le contrat collectif est arrivé à son terme, sans que ne soit signé un avenant au contrat, celui-ci sera clôturé.

« Article 39-6-3. Changement du nombre d'ETP d'assistant médical en cours d'exécution du contrat collectif

Si le groupe de médecins souhaite modifier le nombre d'ETP figurant au contrat collectif :

- L'augmentation du nombre d'ETP doit impérativement intervenir à la date d'anniversaire ;
- La diminution du nombre d'ETP doit intervenir, dans la mesure du possible, à la date d'anniversaire.

Dans ces deux hypothèses, la caisse signataire doit en être informée *a minima* 1 mois avant la date anniversaire du contrat, dans la mesure du possible. Ces modifications font l'objet d'un avenant au contrat collectif.

Si le changement d'ETP à la baisse et l'avenant afférent interviennent exceptionnellement avant la date d'anniversaire du contrat collectif, le montant indûment versé de l'aide collective pour l'année en cours sera déduit du montant de l'aide de l'année suivante.

Si le nombre d'ETP choisi est augmenté : l'objectif collectif est modifié à la hausse proportionnellement au nombre d'ETP supplémentaire choisi. Le montant de l'aide est augmenté en proportion du montant de l'aide pour l'année en cours.

Si le nombre d'ETP choisi est réduit : l'objectif collectif est modifié à la baisse proportionnellement au nombre d'ETP en moins. Le montant de l'aide est réduit en proportion du montant de l'aide pour l'année en cours sur le montant de l'aide de l'année suivante ou sur le solde de l'année en cours à partir de la 3^e année du contrat collectif.

« Article 39-6-4. Adhésion ou résiliation de l'adhésion au contrat collectif

Article 39-6-4-1. Résiliation de l'adhésion d'un médecin

Article 39-6-4-1-1. Résiliation sans changement du nombre d'ETP choisi par le groupe de médecins adhérent au contrat collectif

Un médecin peut résilier son adhésion au contrat collectif par voie d'avenant.

Dans ce cas, un an après la signature de cet avenant, la patientèle de départ du médecin quittant le contrat collectif est soustraite des patientèles collectives fixées par ce contrat. Cette soustraction ne modifie pas le nombre fixe de patients supplémentaires à prendre en charge par le groupe par ETP choisi.

Si ce médecin quittant le contrat collectif est primo-installé : la majoration de patients supplémentaires à prendre en charge à ce titre est soustraite des patientèles collectives totales à atteindre par les groupes de médecins.

Si le départ d'un ou plusieurs médecins conduit à ce qu'il ne reste plus qu'un seul médecin adhérent au contrat collectif, en l'absence de leur remplacement dans un délai de 6 mois, le contrat collectif est clos

à l'initiative de la caisse conformément à l'article 13.2 du contrat collectif type. Le médecin restant peut alors souscrire à un contrat individuel, sans délai de carence.

Article 39-6-4-1-2. Résiliation avec changement du nombre d'ETP choisi par le groupe de médecin adhérent au contrat collectif

Si après le départ d'un médecin, les médecins du groupe décident de modifier le nombre d'ETP d'assistant médical, les dispositions de l'article 6.3 s'appliquent selon les mêmes modalités.

« Article 39-6-4-2. Adhésion d'un médecin en cours d'exécution du contrat

« Article 39-6-4-2-1. Adhésion sans changement du nombre d'ETP choisi par le groupe de médecin adhérent au contrat collectif

Un médecin peut adhérer par voie d'avenant au contrat collectif en cours d'exécution

Dans ce cas, un an après la signature de l'avenant, les patientèles de départ du nouveau médecin sont ajoutées aux patientèles collectives déterminées dans le contrat collectif initial.

Si ce nouveau médecin adhérent est primo-installé, les nombre de 1045 patients et de 1514 patients correspondant respectivement aux 50^e percentile (P50) des distributions nationales de la PMT et de la PFA de la spécialité des médecins généralistes (hors MEP) au 31 décembre 2021 sont ajoutés aux PMT et PFA collectives totales à atteindre par le groupe de médecins.

Ces additions ne modifient pas les nombres fixes de patients supplémentaires à prendre en charge dans la PMT et la PFA par le groupe de médecins, par ETP choisi(s).

« Article 39-6-4-2-2. Si le nombre d'ETP choisi par le groupe de médecin adhérent au contrat collectif change

Si dans les suites de l'adhésion de ce médecin, les médecins du groupe décident de modifier le nombre d'ETP d'assistant médical, les dispositions de l'article 6.3 s'appliquent.

« Article 39-6-4-2-3. Si un médecin primo-installé adhère au contrat pendant sa durée d'exécution

Un médecin primo-installé, dès lors qu'il est associé dans la société signataire, peut adhérer au contrat collectif. Dans ce cas, les nombres de patients supplémentaires à prendre en charge dans la PMT et la PFA suite à l'arrivée de ce médecin correspond aux P50 précités à l'article 6.4.2.1.

Ces nombres de patients supplémentaires à prendre en charge sont ajoutés à l'objectif collectif à compter de la 3^e année suivant l'adhésion de ce médecin au contrat collectif (y compris en cas de prorogation de ce dernier).

« Article 39-6-5. Résiliation des contrats collectifs

Une résiliation anticipée du contrat collectif peut intervenir à la demande du représentant de la société à la date anniversaire de signature du contrat (sauf circonstances exceptionnelles) ou à l'initiative de la caisse, notamment en cas de non-respect manifeste des engagements contractuels du groupe de médecins.

En cas de résiliation anticipée du contrat, la caisse d'assurance maladie procède à la récupération des sommes indument versées, le cas échéant, au *pro rata* de la durée du contrat collectif restant à courir au moment de la résiliation demandée par le groupe de médecins ou par la caisse.

En cas de fraude, la caisse procède à la récupération de l'intégralité des sommes versées au titre du

contrat collectif auprès de la société signataire ou le cas échéant en cas d'insolvabilité de celle-ci, solidairement auprès des médecins signataires du bulletin d'adhésion individuelle à l'objectif collectif cité à l'article 5.3 et figurant en annexe du contrat collectif type.

« Article 39-6-6. Délai de carence »

En cas de résiliation du contrat collectif par la caisse ou par la société signataire, ou au terme du contrat collectif, un délai de carence de deux ans est appliqué avant toute signature d'un nouveau contrat collectif ou individuel à chaque médecin du groupe, sauf circonstances exceptionnelles appréciées avec le directeur la caisse compétente.

« Article 39-7. Formation des assistants médicaux »

Le représentant de la société s'engage à vérifier l'obtention des certifications nécessaires à l'emploi d'un assistant médical avant le recrutement de celui-ci par la société ou par un groupement d'employeurs.

À défaut, le représentant de la société s'engage à inscrire l'assistant médical à la formation dédiée. Il veille à l'obtention des certifications exigées par la branche des personnels des cabinets médicaux, dans un délai de 2 ans à compter de la signature du contrat collectif.

Si ce délai n'est pas respecté, la caisse peut résilier le contrat collectif conformément à l'article 13.2 du contrat collectif type et la caisse procède à la récupération des sommes indument versées, le cas échéant, au *pro rata* de la durée du contrat collectif restant à courir au moment de la résiliation.

Article 9

Après l'annexe 27 de la convention susvisée, il est inséré une annexe 28 intitulée « Contrat collectif type d'aide conventionnelle à l'emploi d'un ou plusieurs assistants médicaux », présentée en annexe 4 du présent avenant.

Après l'annexe 28 de la convention susvisée, il est inséré une annexe 29 intitulée « Avenant type du collectif d'aide conventionnelle à l'emploi d'un ou plusieurs assistants médicaux », présentée en annexe 5 du présent avenant.

Article 10

I. À l'article 23-1, au premier alinéa, le mot : « SNDS » est remplacé par le mot : « SNIIRAM ».

II. A l'article 23-4, le tableau des indicateurs est remplacé par le tableau suivant :

Thème	Indicateur	
Vaccination	Vaccination contre la grippe	Parmi les personnes de 65 ans et plus ou celles de 6 mois et plus à risque de grippe sévère, l'indicateur est validé pour celles ayant reçu au moins une dose de vaccin antigrippal lors de la campagne de vaccination en cours. Les campagnes de l'hémisphère Nord et de l'hémisphère Sud sont concaténées pour couvrir une période de 1 an, allant du 1 ^{er} avril au 31 mars de l'année suivante.

		<i>Les personnes à risque de grippe sévère sont celles en ALD 1, à, 3, 5 à 10, 12 à 16, 18 à 22, 24, 25, 27, 28 et 30, ou celles ayant reçu au moins 4 délivrances de médicaments bronchodilatateurs (classe ATC R03) dans les 12 derniers mois, ou celles ayant reçu au moins 1 délivrance de médicaments immunosuppresseurs (classe ATC L04) dans les 12 derniers mois.</i>
	Vaccination contre le covid	<p>Parmi les personnes de 65 ans et plus ou celles de 6 mois et plus et à risque de covid sévère, l'indicateur est validé pour celles ayant reçu au moins une dose de vaccin contre le covid lors de la campagne de vaccination en cours. Les campagnes de l'hémisphère Nord et de l'hémisphère Sud sont concaténées pour couvrir une période de 1 an, allant du 1^{er} avril au 31 mars de l'année suivante.</p> <p><i>Les personnes à risque de covid sévère sont celles en ALD 1 à 3, 5 à 10, 12 à 16, 18 à 22, 23 à 25, 27, 28 et 30, ou celles ayant reçu au moins 4 délivrances de médicaments bronchodilatateurs (classe ATC R03) dans les 12 derniers mois, ou celles ayant reçu au moins 1 délivrance de médicaments immunosuppresseurs (classe ATC L04) dans les 12 derniers mois.</i></p>
	Vaccination contre le pneumocoque	<p>Parmi les personnes de 65 ans et plus ou celles de 18 ans et plus à risque d'infection sévère à pneumocoque, l'indicateur est validé pour celles ayant reçu au moins une dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque 20-valent (VPC20) ou 21-valent (VPC-21) depuis la première inscription au remboursement (mars 2024).</p> <p><i>Les personnes à risque d'infection sévère à pneumocoque sont celles en ALD 2, 3, 5 à 9, 14, 19, 21, 22, 24, 25, 27, 28 et 30, ou celles ayant reçu au moins 4 délivrances de médicaments bronchodilatateurs (classe ATC R03) dans les 12 derniers mois, ou celles ayant reçu au moins 1 délivrance de médicaments immunosuppresseurs (classe ATC L04) dans les 12 derniers mois.</i></p>
	Vaccination la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR)	Parmi les enfants de 16 à 35 mois inclus (< 36 mois), l'indicateur est validé pour ceux ayant reçu au moins deux doses de vaccin ROR entre la naissance et le 24 ^{ème} mois inclus.
	Vaccination contre le méningocoque ACWY	Parmi les enfants de 6 à 23 mois inclus (< 24 mois), l'indicateur est validé pour ceux ayant reçu au moins une dose de vaccin tétravalent contre le méningocoque ACWY entre la naissance et 12 ^{ème} mois inclus.
	Vaccination contre le papillomavirus humain (HPV)	Parmi les adolescents de 11 à 15 ans inclus (< 16 ans), l'indicateur est validé pour ceux ayant reçu au moins deux doses de vaccin HPV entre 10 et 14 ans inclus (avant 15 ans).
	Dépistage organisé du cancer du sein (DOCS)	Parmi les femmes de 50 à 74 ans inclus (< 75 ans) à risque moyen de développer un cancer du sein, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du sein par mammographie de

<p>Dépistage</p>		<p>dépistage depuis 2 ans ou moins, ou par mammographie classique depuis 1 an ou moins.</p> <p><i>Sont exclues des personnes à risque moyen de développer un cancer du sein celles qui :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>N'ont plus l'organe en question : antécédent de mastectomie totale bilatérale ;</i> • <i>Ont un antécédent personnel de cancer de l'organe ou un cancer de l'organe actif connu : cancer du sein, carcinome canalaire in situ ;</i> • <i>Ont un autre motif d'exclusion : Antécédent familial avec mutation génétique BRCA1 ou BRCA2 ; Hyperplasie canalaire atypique ou hyperplasie lobulaire atypique ou carcinome lobulaire in situ depuis 10 ans ou mois ;</i> • <i>Ont rapporté à l'Assurance maladie un autre motif d'exclusion conforme aux recommandations en vigueur.</i>
	<p>Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (DOCCU)</p>	<p>Parmi les femmes de 25 à 65 ans inclus (< 66 ans) à risque de développer un cancer du col de l'utérus, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>De 25 à 29 ans</u> : par une analyse cytologique* depuis 1 an ou moins ou par deux analyses cytologiques* espacées d'au moins 6 mois et dont la dernière date de 3 ans ou moins ; • <u>De 30 à 65 ans</u> : par un test HPV-HR** depuis 5 ans ou moins. <p><i>Sont exclues des personnes à risque moyen de développer un cancer du col de l'utérus celles qui :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>N'ont plus l'organe en question : antécédent de (colpo)hystérectomie totale ou de (colpo)trachélectomie ;</i> • <i>Ont un antécédent personnel de cancer de l'organe ou un cancer de l'organe actif connu : cancer du col ou du corps de l'utérus ;</i> • <i>Ont un autre motif d'exclusion : colposcopie ou biopsie du col de l'utérus depuis 6 mois ou moins ; conisation, exérèse ou destruction de lésion du col de l'utérus depuis 5 ans ou mois ;</i> • <i>Ont rapporté à l'Assurance maladie un autre motif d'exclusion conforme aux recommandations en vigueur.</i> <p>* Analyses cytologiques des cellules du col sur prélèvement cervico-utérin. Quel que soit l'âge de la femme, on ne tient compte que des</p>

		<p>analyses cytologiques réalisées entre 24 ans et 6 mois et 30 ans et 6 mois inclus.</p> <p>** Test HPV-HR sur prélèvement cervico-utérin. Quel que soit l'âge de la femme, on ne tient compte que des tests HPV-HR réalisés entre 29 ans et 6 mois et 65 ans inclus (< 66 ans).</p> <p>Une femme de 30 ans ou plus peut donc être considérée comme dépistée si elle a bénéficié, avant ses 30 ans, de deux analyses cytologiques espacées d'au moins 6 mois et dont la dernière date de 3 ans ou moins, ou d'une analyse cytologique datant de 1 an ou moins.</p>
	<p>Dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR)</p>	<p>Parmi les personnes de 50 à 74 ans inclus (< 75 ans) et à risque de développer un cancer colorectal, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage du cancer colorectal par test immunologique depuis 2 ans ou moins.</p> <p><i>Sont exclues des personnes à risque moyen de développer un cancer colorectal celles qui :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>N'ont plus l'organe en question : antécédent de coloproctectomie totale ;</i> • <i>Ont un antécédent personnel de cancer de l'organe ou un cancer de l'organe actif connu : cancer du côlon, du rectum, ou de la jonction recto-sigmoïdienne ;</i> • <i>Ont un autre motif d'exclusion : MICI (maladie inflammatoire chronique de l'intestin : maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique) connue ; Scannographie du côlon depuis 2 ans ou moins ; Coloscopie ou endoscopie totale du colon depuis 5 ans ou moins ; Exérèse d'un polype > 1 cm ou de 4 polypes ou plus depuis 8 ans ou mois ;</i> • <i>Ont rapporté à l'Assurance maladie un autre motif d'exclusion conforme aux recommandations en vigueur.</i>
	<p>Dépistage biologique du diabète</p>	<p>Parmi les personnes de 45 ans et plus atteintes de maladie cardiovasculaire ou associée (MCVA), l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage biologique du diabète par la glycémie à jeun depuis 3 ans ou moins.</p> <p><i>Les personnes atteintes de maladie cardiovasculaire ou associée (MCVA) sont celles en ALD 1, 3, 5, 12, 13 et 19.</i></p> <p><i>Sont exclues de l'indicateur les personnes qui ont déjà un diabète connu (ALD 8) ou celles ayant reçu au moins 3 délivrances de médicaments antidiabétiques (classe ATC A10) ou au moins 2 délivrances de médicaments antidiabétiques (classe ATC A10) si au moins un grand conditionnement dans les 12 derniers mois. Les médicaments agonistes du GLP-1 (classe ATC A10BJ) et les</i></p>

		<i>médicaments inhibiteurs du SGLT2 (classe ATC A10BK) ne sont pas pris en compte.</i>
	Dépistage biologique de la maladie rénale chronique MRC	<p>Parmi les personnes de 18 ans et plus souffrant de maladie cardiovasculaire ou associée (MCVA) ou de maladie de système ou auto-immunes, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage biologique de la maladie rénale chronique par dosage sanguin de la créatinine et un dosage urinaire d'albumine /et de la créatinine depuis 1 an ou moins.</p> <p><i>Les personnes atteintes de maladie cardiovasculaire ou associée (MCVA) ou de maladie de système ou auto-immunes sont celles en ALD 1, 3, 5, 8, 12, 13, 21, 22, 24 et 27, ou ayant reçu au moins 3 délivrances de médicaments antidiabétiques (classe ATC A10) ou au moins 2 délivrances de médicaments antidiabétiques si au moins un grand conditionnement dans les 12 derniers mois. Les médicaments agonistes du GLP-1 (classe ATC A10BJ) et les médicaments inhibiteurs du SGLT2 (classe ATC A10BK) ne sont pas pris en compte.</i></p> <p><i>Sont exclues de l'indicateur les personnes qui ont déjà une maladie rénale chronique connue (ALD 19).</i></p>
Suivi	Suivi du diabète par dosage biologique	<p>Parmi les personnes diabétiques, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un suivi biologique du diabète par dosage sanguin de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) ou de la fructosamine depuis 6 mois ou moins.</p> <p><i>Les personnes diabétiques sont celles en ALD 8 ou celles ayant reçu au moins 3 délivrances de médicaments antidiabétiques (classe ATC A10) ou au moins 2 délivrances de médicament antidiabétiques si au moins un grand conditionnement dans les 12 derniers mois. Les médicaments agonistes du GLP-1 (classe ATC A10BJ) et les médicaments inhibiteurs du SGLT2 (classe ATC A10BK) ne sont pas pris en compte.</i></p>
	Examen médical à 8 mois donnant lieu à un certificat obligatoire	Parmi les enfants de 8 à 21 mois inclus (< 22 mois), l'indicateur est validé pour ceux ayant bénéficié d'une consultation obligatoire de l'enfant auprès d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre entre le 8 ^{ème} et 10 ^{ème} mois inclus.
	Examen médical à 2 ans donnant lieu à un certificat obligatoire	Parmi les enfants de 22 à 37 mois inclus (< 38 mois), l'indicateur est validé pour ceux ayant bénéficié d'une consultation obligatoire de l'enfant auprès d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre entre le 22 ^{ème} et 26 ^{ème} mois inclus.
	Examen bucco-dentaire annuel de 3 à 24 ans	Parmi les personnes de 3 à 24 ans inclus (moins de 25 ans), l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un examen bucco-dentaire (EBD) ou d'un suivi bucco-dentaire auprès d'un chirurgien-dentiste

		(hors orthodontiste), chirurgien maxillo-facial, stomatologue ou chirurgien oral depuis 1 an ou moins.
--	--	--

Article 11

Le titre 3 relatif à l'accès aux soins bucco-dentaires devient le titre 3 bis.

Au sein de ce titre, les articles 43-1 à 47-4 sont ainsi modifiés :

I. Le premier alinéa de l'article 43-1 est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« L'article L. 4141-5 du code de santé publique dispose que les « *praticiens munis à la fois, en application du 1° de l'article L. 4111-1 de l'un des diplômes, certificats ou titres exigés pour l'exercice de la profession de médecin, et de l'un des diplômes, certificats ou titres exigés pour l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste, peuvent se faire inscrire, à leur choix, à l'ordre des médecins ou à l'ordre des chirurgiens-dentistes. Dans ce dernier cas, leur pratique doit se limiter à l'art dentaire et ils n'ont pas le droit d'exercer la médecine.* » De ce fait, les médecins des spécialités suivantes sont habilités à pratiquer la médecine bucco-dentaire : ».

II. A l'article 44-2 :

- Au premier alinéa, après les mots : « avec le patient, sauf » est inséré le mot : « si ».

- Au deuxième alinéa, après les mots : « En cas d'entente directe portant sur la réalisation » est inséré le mot « de ».

III. Le septième alinéa de l'article 44-3 est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« La note d'honoraires doit reprendre les actes non remboursables et les actes dentaires à entente directe indiqués dans le devis et effectivement réalisés. »

IV. Le treizième alinéa de l'article 44-5 est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« La prise en charge de la séance d'application topique intrabuccale de fluorures (vernis fluoré) (HBLD045) est étendue à la cohorte « génération sans carie » selon les conditions définies à l'article 45 du titre 3, au tarif de 25 euros. »

V. L'article 45-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 45-1 : Principe d'une génération sans carie

« L'objectif est de renforcer dès le plus jeune âge, celui au cours duquel s'acquièrent les « bons gestes ». Les examens de prévention sont annualisés et revalorisés. Il est aussi question de mieux valoriser et de permettre l'accès aux soins conservateurs à cette jeune génération afin de lui éviter ensuite le recours aux actes prothétiques et implantaires tout au long de sa vie d'adulte. C'est par l'action combinée de la prévention et d'une meilleure valorisation des actes conservateurs que les partenaires souhaitent tendre pour cette génération vers la première « génération sans carie ».

« Cet objectif majeur de santé publique dentaire sera soutenu et accompagné dans la durée par la mise en place de campagnes de sensibilisation de ces publics à la santé orale et à la réalisation annuelle de l'examen bucco-dentaire (EBD). »

VI. L'article 45-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« **Article 45-2 : L'examen bucco-dentaire (EBD)**

« 45-2-1 : Les bénéficiaires

« Le dispositif de prévention « génération sans carie » s'articule autour :

« – d'un examen bucco-dentaire annualisé ;

« – d'une majoration des soins conservateurs et d'une prise en charge de l'application de vernis fluoré.

« L'EBD s'adresse aux assurés ou ayants-droits âgés de 3 à 24 ans inclus.

« Pour la majoration des soins conservateurs et la prise en charge de l'application de vernis fluoré, les partenaires conventionnels s'accordent pour :

« – Augmenter à chaque premier janvier l'âge limite de la cohorte d'un an jusqu'à l'échéance de la présente convention ;

« – Intégrer à cette cohorte les enfants âgés à partir de 1 an.

« Ainsi, à partir du 1er février 2025, ces dispositions concerneront les patients âgés de 1 à 25 ans et chaque année, la limite supérieure est augmentée pour intégrer, à partir du 1er janvier 2028, les patients âgés de 1 à 28 ans.

« 45-2-2 : Disposition transitoire de l'examen bucco-dentaire (EBD)

« Jusqu'au 31 mars 2025, les jeunes de 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans bénéficient d'un EBD et des soins consécutifs.

« À compter du 1^{er} avril 2025, les jeunes de 3 à 24 ans inclus bénéficient chaque année d'un examen de prévention et des soins nécessaires. »

VII. À l'article 45-3, les quatre derniers alinéas sont remplacés par : « L'examen est complété, si nécessaire, par des radiographies intrabuccales ou par une radiographie panoramique dentaire.

« Il ne peut y avoir, au cours d'une même séance, facturation d'une consultation spécialiste (CS) et d'un examen de prévention.

« L'examen bucco-dentaire peut être associé à la réalisation d'un acte complémentaire (annexe 16). De manière dérogatoire, si cet acte est un acte de détartrage et polissage des dents (HBJD001), le professionnel peut également réaliser *en sus* et si nécessaire un acte d'application de vernis fluoré sur les deux arcades dentaires (HBLD045). »

VIII. L'article 45-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« **Article 45-4 : Soins complémentaires et consécutifs à l'examen bucco-dentaire (EBD)**

« Les soins réalisés pendant l'examen de prévention bucco-dentaire sont dits « complémentaires ».

« Les soins programmés sur une ou plusieurs séances postérieures à l'examen de prévention sont dits « consécutifs ».

« Les soins consécutifs et complémentaires sont définis à la section 5 de l'annexe 16 de la présente convention.

« Les patients bénéficient d'une dispense d'avance de frais lorsque ces soins sont réalisés dans un délai de 6 mois suivants la date de l'examen de prévention bucco-dentaire et en conséquence, les médecins bénéficient d'une garantie de paiement.

« Les traitements orthodontiques et prothétiques sont exclus de ce dispositif. »

IX. A l'article 45-5 :

- Au troisième alinéa, les mots : « décembre 2024 » sont remplacés par les mots : « mars 2025 ».
- Au septième alinéa, le mot : « janvier » est remplacé par le mot : « avril » et le mot : « BDC » est remplacé par le mot : « BDA ».
- Au neuvième alinéa, le mot : « BR2 » est remplacé par le mot : « BDB ».
- Au dixième alinéa, le mot : « BR4 » est remplacé par le mot : « BDD ».
- Au onzième alinéa, le mot : « BRP » est remplacé par le mot : « BDP ».
- Au treizième alinéa, après les mots : « 23 euros cumulable » est inséré le mot « (BDH) ».

L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le médecin ne peut facturer par an (année civile) qu'un seul examen bucco-dentaire par patient. »

X. A l'article 45-6 :

- Le premier alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Chaque année, à partir du 1^{er} avril 2025, l'assuré ou l'ayant droit reçoit, de la caisse d'Assurance maladie dont il relève, une invitation, par courrier papier ou dématérialisé, en fonction de son âge l'incitant à réaliser l'examen bucco-dentaire annuel. »

- Le dernier alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Les données saisies pendant l'examen bucco-dentaire par les médecins des spécialités précitées viendront alimenter d'une part, « Mon espace santé » et d'autre part, une base de données permettant de réaliser un suivi de l'indice carieux des patients ayant bénéficiés d'un examen bucco-dentaire. »

XI. A l'article 45-7 :

- Le premier alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans le cadre du dispositif évolutif « génération sans carie », les soins conservateurs réalisés auprès de la cohorte « génération sans carie » définie à l'article 45-2-1 de la présente convention sont majorés. »

- Au dernier alinéa, les mots : « à des âges postérieurs » sont remplacés par les mots : « à partir d'un âge que les partenaires conventionnels définiront ultérieurement au regard des recommandations scientifiques »

XI bis. Le premier alinéa de l'article 45-8 est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Les médecins des spécialités définies à l'**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**-1 s'engagent à : »

XII. A l'article 45-8 :

- Le titre de l'article est remplacé par le titre : « Article 45-8 : Suivi médico-économique du principe d'une génération sans carie »

- Au premier alinéa, les mots : « âgés de 3 à 24 ans, au fil du temps » sont remplacés par les mots : « de la cohorte « génération sans carie » ».

XIII. À l'article 46-1, les mots : « jusqu'à 6 mois après l'accouchement » sont remplacés par les mots : « jusqu'au 6^e mois inclus après l'accouchement ».

XIV. À l'article 46-2 :

- Après le cinquième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« • L'établissement d'un éventuel plan de traitement ou programme de soins ».

- Les nouveaux huitième et neuvième alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« L'examen est complété, si elles sont médicalement indispensables, par : des radiographies intrabuccales ou par une radiographie panoramique dentaire. »

- L'avant dernier alinéa est supprimé.

- Au dernier alinéa, après les mots : « Dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser », sont insérés les mots : « (un seul code CCAM listé dans l'annexe 16), »

XV. L'article 46-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le médecin ne peut facturer qu'un seul examen bucco-dentaire (EBD) par patiente durant sa maternité. »

XVI. L'article 46-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« **Article 46-4.**

« Après la déclaration de grossesse et au 4^e mois de grossesse de l'assurée, la caisse d'Assurance maladie dont elle relève lui adresse par courrier papier ou par voie dématérialisée une invitation à participer à cet examen de prévention.

« Pour bénéficier des avantages du dispositif, la femme enceinte consulte les médecins des spécialités définies à l'**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**-1 de son choix, à compter de son 4^e mois de grossesse et ce, jusqu'à 6 mois inclus après l'accouchement. Elle présente l'invitation, en format papier ou dématérialisée disponible dans son espace Ameli, charge identifiée à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

« Lors de la réalisation de cet examen, le médecin des spécialités définies à l'article 43-1 doit saisir les données de l'état de santé bucco-dentaire de la patiente dans le téléservice dédié (disponible sous Ameli Pro ou dans logiciel du médecin). Ces données permettent d'assurer un suivi de l'état de santé orale des assurées vues dans le cadre des examens bucco-dentaires et d'enrichir « Mon espace santé ».

« La facturation EBD de la femme enceinte avec ou sans radiographie est conditionnée à la saisie par le médecin des résultats de cet examen dès lors que le téléservice est intégré au logiciel du médecin ou au plus tard au 30 juin 2025. »

XVII. Au dernier alinéa de l'article 47-2, les mots : « (en lien avec article ci-après) » sont remplacés par les mots : « (en lien avec l'article 47-4) ».

XVIII. A l'article 47-4, les mots : « définis par médecins des spécialités définies à l'**Erreur ! Source du renvoi introuvable.** » sont remplacés par les mots : « définis par les médecins des spécialités définies à l'**Erreur ! Source du renvoi introuvable.-1** ».

Partie V : Corrections rédactionnelles à la convention médicale

Certaines corrections rédactionnelles sans incidence sur le contenu de la convention doivent être apportées :

Article 12

La Partie 2 est modifiée comme suit :

1° A l'article 9-1, la première phrase du deuxième alinéa du point 2 intitulé « *Au sein du cabinet d'exercice secondaire* », est complétée par les mots : « en l'absence d'opposition du Conseil départemental de l'Ordre des médecins. ».

2° À l'article 10-1, après les mots : « quel que soit leur statut » sont insérés les mots : « (collaborateur, salarié, etc.) ».

3° À l'article 13-1, le mot « de » est remplacé par le mot « au » après « lorsqu'ils exercent à 100% »

4° A l'article 15-1 :

- Les mots « informer simultanément de sa décision, par écrit, l'URSSAF dont il dépend ; » sont supprimés ;

- A la deuxième phrase du dernier alinéa, les mots « , l'URSSAF dont il dépend » sont supprimés.

Article 13

La Partie 5 est modifiés comme suit :

1° Au dernier alinéa de l'article 36-4, les mots : « un secrétariat médical téléphonique » sont remplacés par les mots : « une autre organisation de secrétariat médical ».

2° À l'article 36-6, les mots « • Un acompte, versé dans les deux mois suivant la date anniversaire correspondant à :

- 50% du montant en 3e année ;
- 50% du montant de l'aide de l'année à compter de la 4e année »

sont remplacés par les mots : « • Un acompte, versé dans les deux mois suivant la date anniversaire correspondant à 50% du montant de l'aide ».

3° Le titre 4 est ainsi modifié :

a) Au sein des propos liminaires, la phrase : « Les partenaires conventionnels souhaitent améliorer la prise en charge des soins non programmés tout en évitant certaines dérives constatées » est complétée par les mots : « et en favorisant le parcours coordonné du patient ».

b) Chaque occurrence du mot « SAS » est précédé des mots : « de la filière ambulatoire du ».

c) Chaque occurrence des mots : « la régulation libérale du SAS » est remplacée par les mots « la régulation de la filière ambulatoire du SAS ».

d) A l'article 50-1 :

- Au troisième alinéa, les mots : « de régulation et » sont supprimés.

- Au quatrième alinéa, après les mots : « Ainsi, lorsque le médecin - inscrit sur le tableau » sont insérés les mots « de garde ».

5° Au titre 5, chaque occurrence des mots : « équipes de soins spécialisés » est remplacée par les mots : « équipes de soins spécialisées ».

6° À l'article 55, après les mots : « l'ESS collabore avec les professionnels hospitaliers et », le mot « formaliser » est remplacé par le mot : « formalise ».

7° Au sein des tableaux portant sur « Les engagements collectifs des médecins libéraux » des points 2 et 3 de l'article 59-1, les mots « adjoint » sont remplacés par les mots « assistant ».

Article 14

La partie 7 est ainsi modifiée :

1° Au titre 6, dans l'intitulé de l'article 86, la deuxième mention de l'article 86 est supprimée. Cette suppression est également faite dans le sommaire.

2° À l'article 87-6, les mots : « au X » sont remplacés par les mots : « à l'article au 87-9 de la présente convention. »

3° A l'article 91-2, le mot : « téléconsultant » est remplacé par le mot : « requis ».

Article 15

Les annexes à la convention sont modifiées comme suit :

1° Au sein de l'annexe 1

- au paragraphe portant sur l'acte MPF, les mots : « prévue à l'article 14.4.4 I de la NGAP » sont remplacés par les mots : « prévue à l'article 15.2.4 de la NGAP ».

- au paragraphe portant sur l'acte MAF, les mots : « prévue à l'article 14.4.4 II de la NGAP » sont remplacés par les mots : « prévue à l'article 15.2.4 de la NGAP ».

- au paragraphe portant sur la majoration MA, les mots : « à chaque accouchement » sont remplacés par les mots : « au premier accouchement ».

2° Au sein de l'annexe 22,

- toutes les occurrences des mots : « le médecin spécialisé en gynécologie obstétrique » sont remplacés par les mots : « le médecin gynécologue » et toutes les occurrences des mots : « médecins spécialisés en gynécologie obstétrique » sont remplacés par les mots : « le médecin gynécologue ».

- au paragraphe portant sur la colposcopie, après les mots : « les médecins gynécologues » sont insérés les mots : « et les médecins généralistes ».

- au paragraphe portant sur la spirométrie standard, les mots : « Le patient doit avoir plus de 40 ans, consommé plus de 20 paquets de cigarettes par an » sont remplacés par les mots : « Le patient doit avoir plus de 40 ans, avoir consommé plus de 20 paquets-années ».

Partie VI : Ajouts nécessaires à la convention médicale

Des oublis ont été constatés par rapport à la convention médicale de 2016, il convient de remettre au sein de la convention médicale 2024 :

Article 16

Après l'article 87-7, il est inséré un article 87-8 ainsi rédigé :

« Article 87-8. L'organisation territoriale de téléconsultation

« Principe :

La territorialité de la réponse à la demande de soins par la voie de la téléconsultation constitue un principe général s'appliquant tant aux téléconsultations organisées sur orientation du médecin traitant qu'aux téléconsultations sans orientation du médecin traitant.

Le recours aux téléconsultations sans orientation du médecin traitant :

Dans les situations dérogatoires au parcours de soins coordonné, telles que définies à l'article 87-4, les partenaires conventionnels s'engagent à accompagner la mise en place et la promotion d'organisations territoriales coordonnées.

Ces organisations doivent permettre aux patients :

- d'être orienté et pris en charge rapidement compte tenu de leurs besoins en soins,
- d'accéder à un médecin, par le biais notamment de la téléconsultation, compte tenu de leur éloignement des offreurs de soins,
- d'être en mesure dans un second temps d'orienter le patient vers un médecin traitant pour leur suivi au long cours et réintégrer ainsi le parcours de soins.

Il peut s'agir de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), d'équipes de soins primaires (ESP), de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), de centres de santé (CDS), ou de toute organisation territoriale qui se proposent notamment d'organiser une réponse en télémédecine de manière coordonnée et ouverte à tous les professionnels de santé du territoire.

Les modalités de recours aux actes de téléconsultation mises en place par ces organisations territoriales coordonnées sont définies dans une logique d'ancrage territorial de proximité, afin de respecter les principes définis ci-dessus et de permettre de pouvoir également orienter les patients dont la situation le nécessite vers une consultation dite « en présentiel » conformément aux dispositions de l'article 87-4 de la convention et de pouvoir réintégrer à terme le parcours de soins.

Les organisations territoriales coordonnées organisées sous la forme de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), équipes de soins primaires (ESP), équipes de soins spécialisés (ESS) de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), de centres de santé sont référencées par la caisse primaire de leur lieu d'implantation, après avoir recueilli l'avis, à titre consultatif, de la commission paritaire locale des médecins libéraux (CPL), si le champ d'intervention de l'organisation territoriale est départemental, ou de la commission paritaire régionale des médecins libéraux (CPR), si le champ d'intervention de l'organisation territoriale est limitrophe à plusieurs départements, et l'avis complémentaire de la commission paritaire régionale des centres de santé dans le cas où l'organisation est constituée sous la forme d'un centre de santé.

Cet avis consultatif peut être recueilli sur pièces, sans nécessité de réunion formelle de l'instance paritaire.

Une fois l'avis de la commission recueilli, le directeur de la caisse informe, par tous moyens, le porteur de projet du référencement ou non de l'organisation territoriale envisagée.

Cette information est rendue dans un délai de deux mois suivants le dépôt de la demande de référencement par le porteur de projet.

Les organisations territoriales coordonnées constituées sous une autre forme doivent faire l'objet d'une validation devant les instances paritaires conventionnelles médecins locales ou régionales (avant de pouvoir faire l'objet d'un référencement par la caisse primaire de leur lieu d'implantation), en fonction de la taille du territoire que recouvre le projet d'organisation territoriale, afin de vérifier qu'elles répondent bien aux principes définis dans la présente convention quant aux conditions de prise en charge des actes de téléconsultations.

La caisse dresse une liste exhaustive et complète de l'ensemble des organisations territoriales référencées dans les conditions définies supra afin de mettre à disposition cette liste aux patients, professionnels de santé, et autres acteurs concernés du territoire. »

Article 17

À l'article 108-3, après le septième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« À l'issue du recours consultatif devant la commission d'appel, les directeurs des caisses qui ont décidé de la première sanction peuvent alors décider :

- soit de modifier la sanction initiale afin de tenir compte des éléments nouveaux apportés par la commission d'appel,
- soit de maintenir la sanction initiale.

La décision définitive est notifiée par les directeurs des caisses membres de l'UNCAM du même ressort géographique, au médecin par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai d'un mois à compter de la réception de l'avis de la commission d'appel. »

Des ajouts à la convention médicale sont apportée pour plus de clarté :

Article 18

À l'article 75, après la phrase « Le médecin généraliste correspondant cote la majoration de coordination généraliste (MCG) » sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« La possibilité de facturer une MCG est fermée dans le cadre d'une téléconsultation quel que soit le contexte de facturation. »

« En cas de consultation par un assuré éloigné de sa résidence habituelle et donc de son médecin traitant désigné, le médecin régi par la présente convention et exerçant en secteur à honoraires opposables ou le médecin ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants de la convention peut, sous réserve de procéder à un retour d'informations au médecin traitant, appliquer à la consultation la majoration de coordination MCG. »

Fait à Paris, le xx juin 2026

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

Pour MG France
La Présidente,
Agnès GIANNOTTI

Pour AvenirSpé-Le Bloce
Le Président,
Vincent PRADEAU

Pour la FMF
La Présidente,
Patricia LEFEBURE

Pour le SML
La Présidente,
Sophie BAUER

Pour la CSMF

Le Président,
Franck DEVULDER

Pour l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Complémentaire
Le Président,
Eric CHENUT

Annexe 1 : logigrammes décisionnels IMAGERIE

Logigrammes décisionnels de pertinence élaborés sur la base des recommandations de la HAS

Figure 1. PRINCIPES GENERAUX

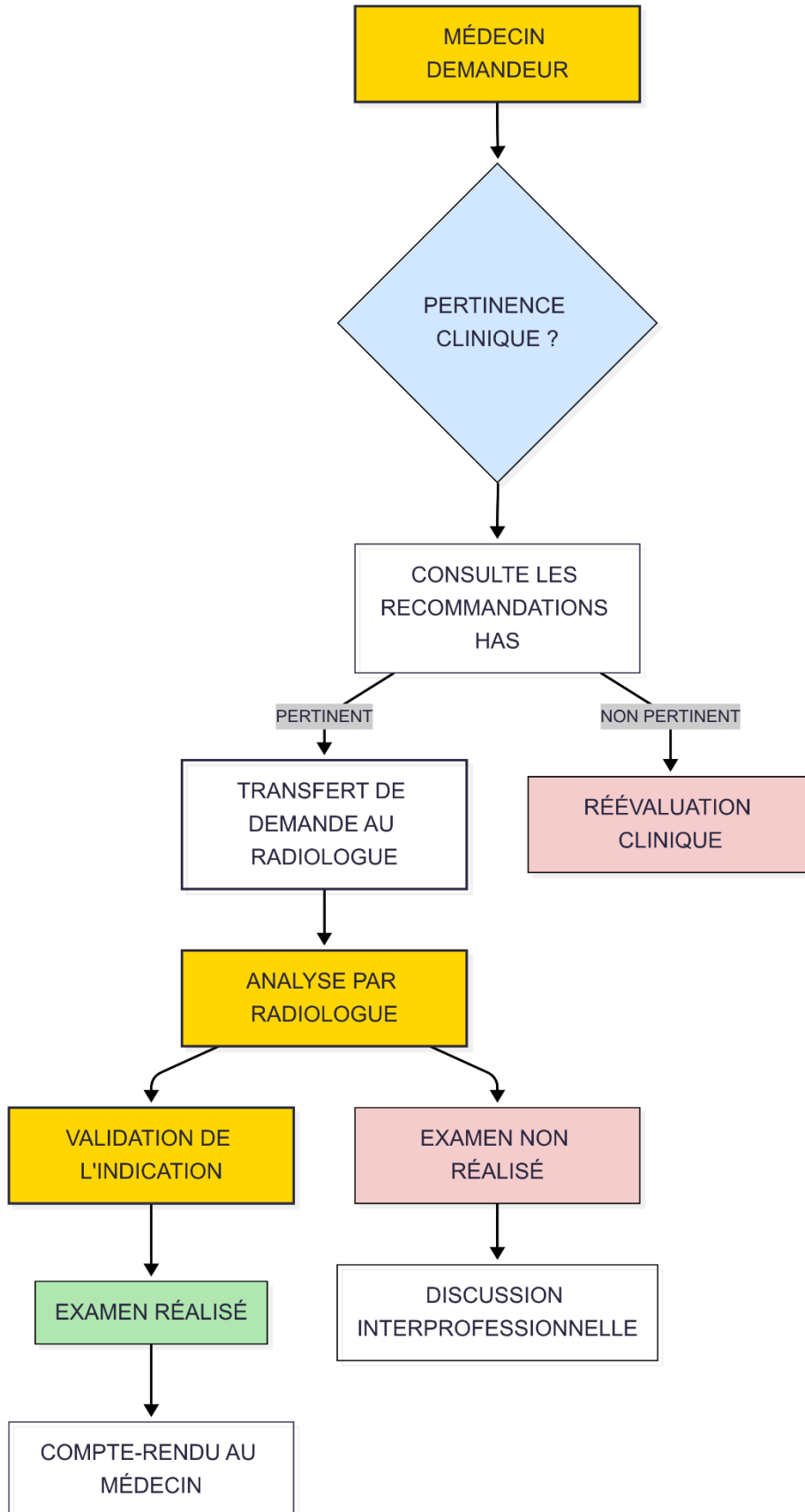


Figure 2. PERTINENCE LOMBALGIES

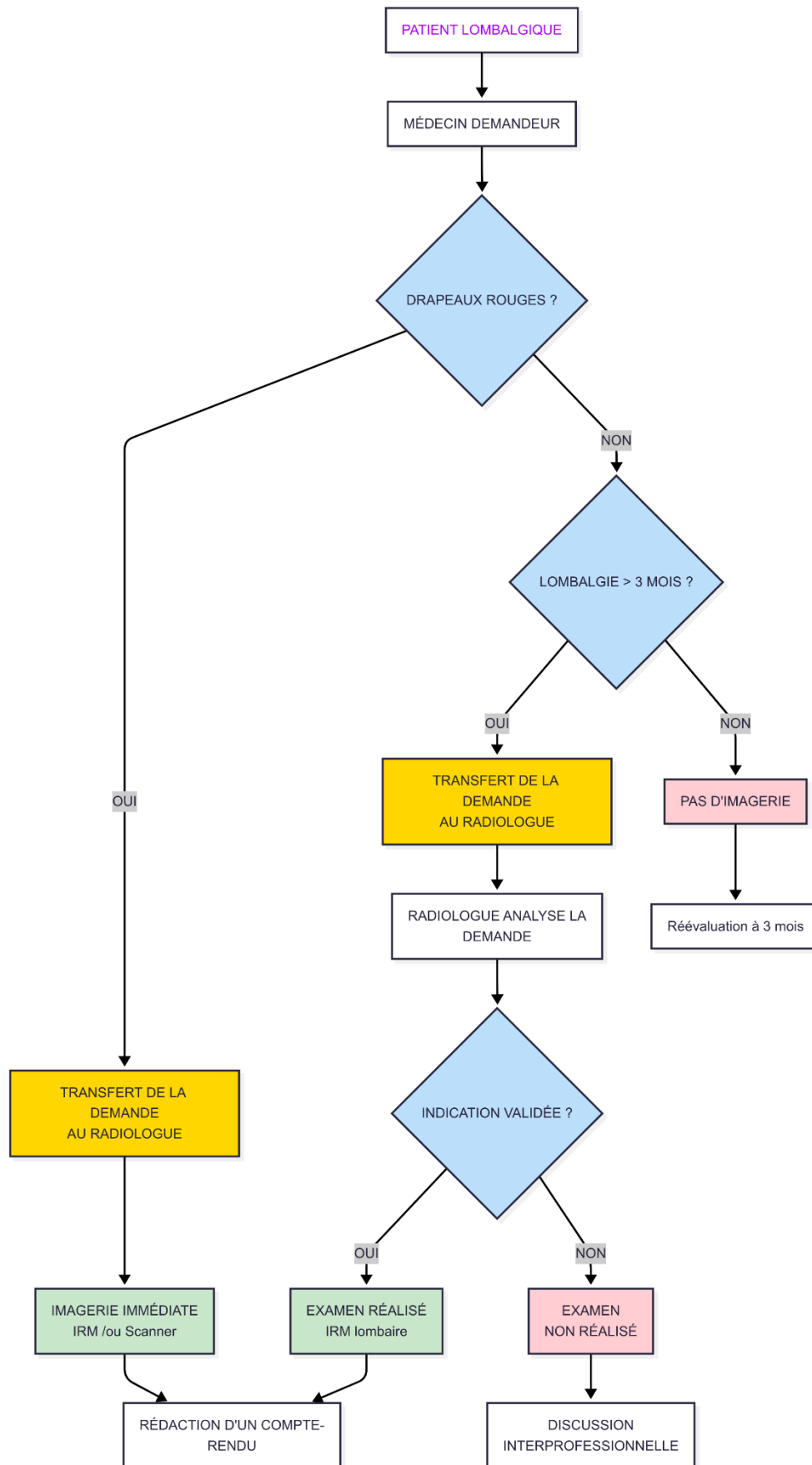


Figure 3. PERTINENCE CERVICALGIES TRAUMATIQUES ET NON TRAUMATIQUES

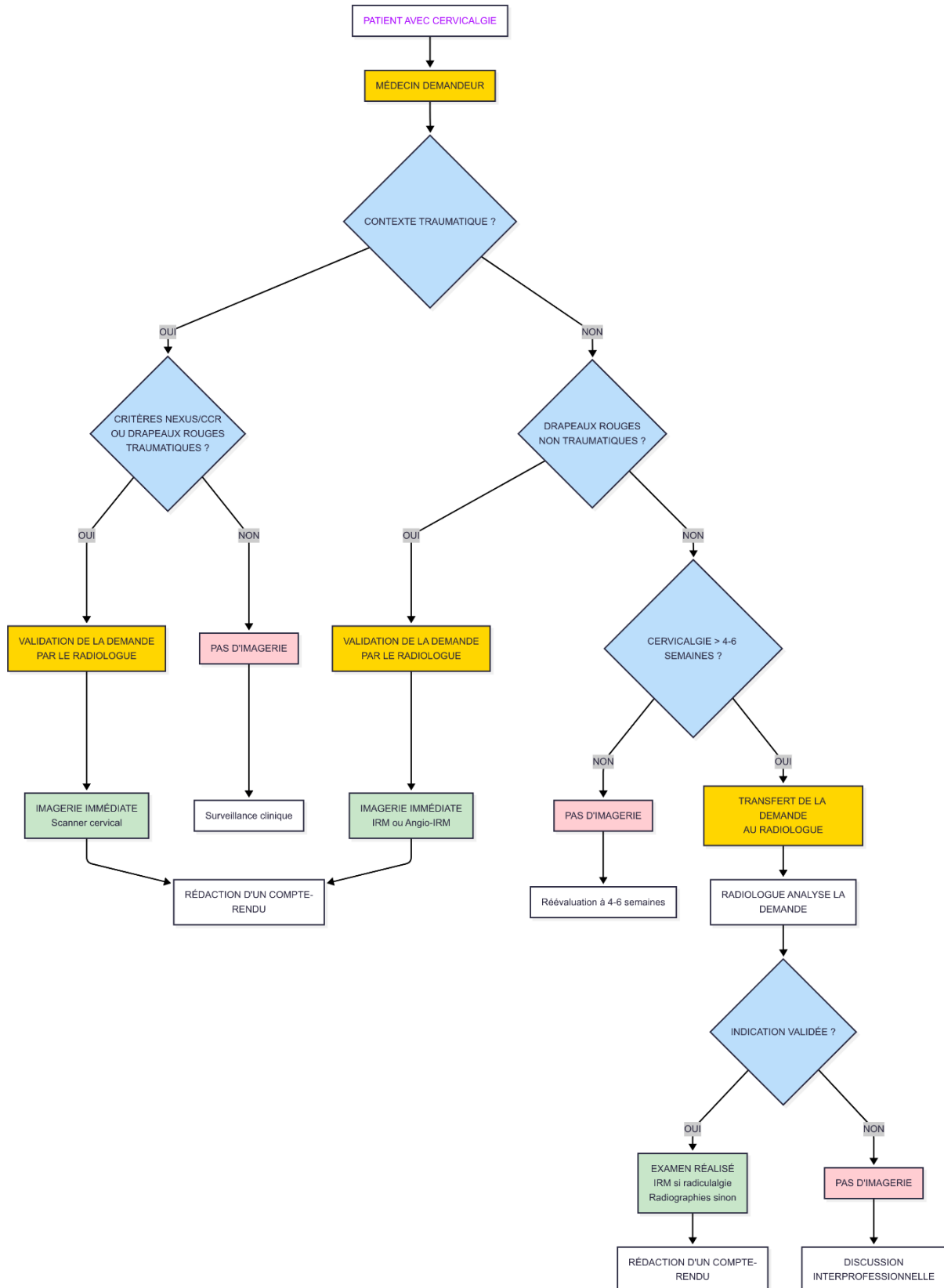


Figure 4. PERTINENCE EPAULE DOULOUREUSE NON TRAUMATIQUE

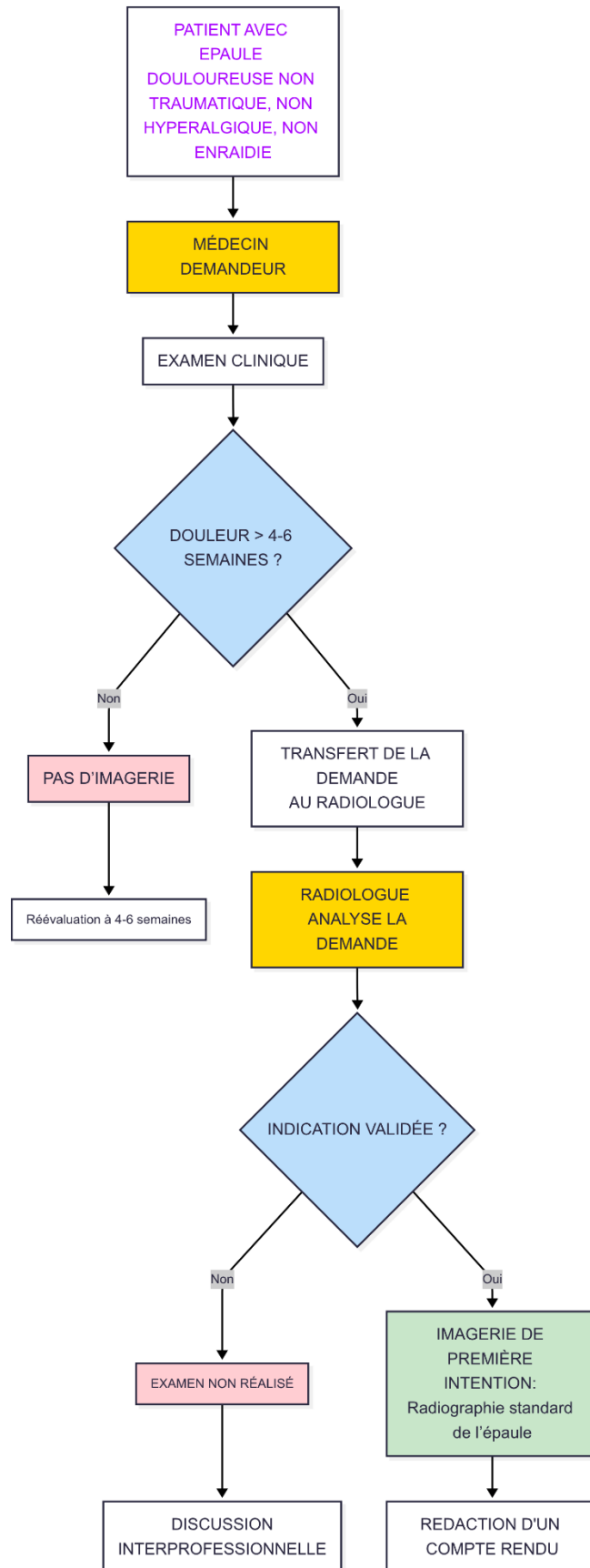


Figure 5. PERTINENCE GONALGIES DE L'ADULTE

Pas d'IRM si signes typiques d'arthrose sur les radiographies chez les patients de plus de 40 ans avec douleurs mécaniques calmées en moins de 10 jours sous traitement symptomatique.



Annexe 2 – liste des actes CCAM concernés par les actions de pertinence prévues à l'article 61-10-1-3

Echodopplers des membres

EBQM002	Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes, avec échographie-doppler des artères des membres inférieurs
ECQM002	Échographie-doppler des artères des membres supérieurs
EDQM001	Échographie-doppler des artères iliaques et des artères des membres inférieurs
EFQM001	Échographie-doppler des veines des membres supérieurs
EJQM001	Échographie-doppler des veines des membres inférieurs, avec marquage cutané ou cartographie hémodynamique
EJQM003	Échographie-doppler des veines des membres inférieurs et des veines iliaques, pour recherche de thrombose veineuse profonde
EJQM004	Échographie-doppler des veines des membres inférieurs et des veines iliaques, sans marquage cutané

Imagerie en lombalgie, en cervicalgie, en scapulalgie et en gonalgie

LFQK002	Radiographie du segment lombal de la colonne vertébrale selon 1 à 3 incidences
LFQK001	Radiographie du segment lombal de la colonne vertébrale selon 4 incidences ou plus
LEQK002	Radiographie du segment thoracique et du segment lombal de la colonne vertébrale
NAQK015	Radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 1 incidence
LHQK001	Scanographie d'un segment de la colonne vertébrale, sans injection intraveineuse de produit de contraste
LHQK005	Scanographie de plusieurs segments de la colonne vertébrale, sans injection intraveineuse de produit de contraste
LHQN001	Remnographie [IRM] d'un ou de deux segments de la colonne vertébrale et de son contenu, sans injection intraveineuse de produit de contraste
LHQK007	
LDQK001	Radiographie du segment cervical de la colonne vertébrale selon 1 ou 2 incidences
LDQK002	Radiographie du segment cervical de la colonne vertébrale selon 3 incidences ou plus
LDQK004	Radiographie du segment cervical et du segment thoracique de la colonne vertébrale
LDQK005	Radiographie du segment cervical et du segment lombal de la colonne vertébrale
LHQK001	Scanographie d'un segment de la colonne vertébrale, sans injection intraveineuse de produit de contraste
LHQK005	Scanographie de plusieurs segments de la colonne vertébrale, sans injection intraveineuse de produit de contraste
LHQN001	Remnographie [IRM] d'un ou de deux segments de la colonne vertébrale et de son contenu, sans injection intraveineuse de produit de contraste
NFQK001	Radiographie unilatérale du genou selon 1 ou 2 incidences
NFQK002	Radiographie bilatérale du genou selon 1 ou 2 incidences par côté
NFQK003	Radiographie du genou selon 3 ou 4 incidences
NFQK004	Radiographie du genou selon 5 incidences ou plus
NZQN001	Remnographie [IRM] unilatérale ou bilatérale de segment du membre inférieur, sans injection de produit de contraste
MZQN001	Remnographie [IRM] unilatérale ou bilatérale de segment du membre supérieur, sans injection de produit de contraste

Échographie cardiaque

DZQM006	Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques
DZQM005	Échographie-doppler transthoracique du coeur et des vaisseaux intrathoraciques, au lit du malade
DZQM002	Échocardiographie transthoracique continue avec épreuve de stress sur lit ergométrique

Annexe 3 : Montants horaires des rémunérations forfaitaires des médecins assurant la régulation médicale en période de PDSA

Région	20h – 24h	Minuit – 8h	Sam. 12h-20h	Dimanche, fériés et ponts 8h-20h
Auvergne-Rhône-Alpes	100 €	150 €	125 €	125 €
Bourgogne Franche-Comté	100 € - 110 €			
Bretagne	100 €			
Centre-Val de Loire	115 €	-	115 €	115 €
Corse	100 €			
Grand-Est	120 €	135 €	120 €	120 €
Hauts-de-France	120 €	130 €	120 €	120 €
Île-de-France	100 €	110 €	100 €	100 €
Normandie	130 €	155 €	130 €	130 €
Nouvelle-Aquitaine	115 €	130 €	115 €	115 €
Occitanie	100 €	115 €	105 €	105 à 125 €
Pays-de-la-Loire	100 € - 125 €			
PACA	100 €	130 €	100 €	100 €
Martinique	110 €	-	135 €	135€ - 150€
Guadeloupe	108 €			
Guyane	-			
La Réunion	144 €	180 €	144 €	144 €

**CONTRAT COLLECTIF TYPE D'AIDE CONVENTIONNELLE
À L'EMPLOI D'UN OU DE PLUSIEURS ASSISTANTS MEDICAUX**

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-14-2, L. 162-5, L. 162-14-1 et L. 162-15.

Vu l'article 36-3 convention médicale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 4 juin 2024, approuvée par l'arrêté du 20 juin 2024 paru au *Journal officiel* le 21 juin 2024.

Vu le compte-rendu de la Commission paritaire nationale du 25 février 2026 validant le dispositif « Dispositif collectif d'aide à l'emploi d'un assistant médical » ainsi que le présent contrat en application de l'article 36-3 susvisé.

Il est conclu un contrat collectif d'aide à l'emploi d'un ou de plusieurs assistants médicaux, entre :

- D'une part, la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommées ci-après « caisse ») de :

Département : [DPT]

Adresse : [ADRESSE]

Représentée par son Directeur :

[NOM][PRÉNOM][FONCTION][COORDONNÉES]

- Et, d'autre part, la société [RAISON SOCIALE] :

Représentée par son représentant légal :

- [NOM][PRÉNOM][FONCTION STATUTAIRE][COORDONNÉES]

- [...]

Article 1^{er} – Préambule.

Le ou les représentants légaux de la société dénommée [RAISON SOCIALE], éligible au présent contrat conformément à l'article 2.1 texte conventionnel validé par la CPN du 25 février 2026 créant le « Dispositif collectif d'aide à l'emploi d'un assistant médical », s'engage(ent) sur l'honneur, par le présent contrat collectif, à organiser la manière dont les médecins associés et constitués en groupe tel que désignés à l'article 2 de ce contrat :

- Attribuent et répartissent entre eux le ou les postes d'assistants médicaux financés par l'aide collective ;
- Organisent leur exercice en commun et leur solidarité professionnelle pour atteindre l'objectif collectif fixé à l'article 7 du présent contrat collectif ;
- Financent collectivement le salaire intégral des assistants médicaux salariés de la société [RAISON SOCIALE] ou d'un éventuel groupement d'employeurs prestataire de celle-ci, les avantages sociaux attachés à la convention collective du personnel des cabinets médicaux et toutes autres dépenses et créances afférentes.

Les différends pouvant survenir entre les associés de la société [RAISON SOCIALE] dans le cadre de la gestion des assistants médicaux ou des fonds de l'aide collective ne pourront être opposés à la caisse signataire du contrat et n'auront aucun effet sur les engagements pris par cette dernière.

- Personnalité juridique de la société :
 - [SOCIÉTÉ CIVILE DE MOYENS -SCM]
 - [SOCIÉTÉ INTERPROFESSIONNELLE DE SOINS AMBULATOIRES - SISA]
 - [SOCIÉTÉ CIVILE PROFESSIONNELLE- SCP]

- Dont le siège social est domicilié en France à :
 - [ADRESSE]

- Numéros d'identification INSEE :
 - [SIREN]
 - [SIRET]
 - [APE]

- Numéros d'identification Assurance Maladie et Ministère de la Santé :
 - [FINESS] (Pour les SISA)
 - [N°AM] (Pour les SCP ou SCM)

- Adresse du cabinet médical principal, lieu d'exercice de ou des assistants médicaux employés.
 - [ADRESSE]

Article 2 - Objet du contrat collectif.

Afin de favoriser le travail aidé des médecins libéraux, pour accroître leur capacité collective à prendre en charge leurs patients et à améliorer les conditions d'accueil et de suivi de ces derniers, l'Assurance Maladie verse dans les conditions prévues au présent contrat une aide collective financière, pour l'emploi salarié d'un ou de plusieurs assistants médicaux dont l'activité est reconnue à l'article L. 4161-1 du code de la santé publique, en contrepartie d'un engagement d'augmentation de patientèles.

Le présent contrat vise à ouvrir à un groupe de médecins associés au sein d'une même société éligible, la possibilité de souscrire à un contrat collectif d'aide à l'emploi salarié d'un ou de plusieurs assistants médicaux.

Article 3 - Éligibilité

Les sociétés éligibles sont celles ayant une activité propre de santé et dont les associés ne peuvent l'être qu'en leur qualité individuelle de professionnel de santé.

Sont donc exclusivement éligibles :

- Les sociétés civiles de personnes (SCP) ;
- Les sociétés civiles de moyens (SCM) ;
- Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA).

3.1. Documents à fournir

Le ou les représentants légaux de la société signataire du contrat collectif s'engage à fournir à la caisse, lors de la signature dudit contrat, les documents statutaires suivants :

- Un extrait certifiant l'inscription de la société signataire au registre des sociétés, daté de moins de trois mois ;
- Une copie des statuts de la société signataire, datés et signés par tous les médecins associés au capital de ladite société ;
- Une copie de l'acte de nomination du ou des mandataires sociaux de la société, s'ils ne sont pas nommés dans les statuts, certifiée conforme par lesdits mandataires ;
- Un relevé d'identité bancaire (RIB) du compte de la société signataire auprès d'un établissement bancaire dont le siège social est établi sur le territoire français ;
- L'agrément du ou des médecins du groupe ayant qualité de Praticien agréé comme maître de stage des universités accueillant des docteurs juniors en médecine générale (PAMSU) délivré par l'Agence régionale de santé (ARS)
- L'agrément de la MSP constituée en SISA en tant que terrain de stage ambulatoire délivré par l'ARS ;
- L'identité et les identifiants du ou des docteurs juniors accueillis au sein de la structure de soins tel que prévu par l'annexe 2 du présent contrat collectif.

3.2. Éligibilité des médecins associés du groupe adhérant au contrat collectif

Pour que le contrat collectif d'aide à l'emploi d'un ou de plusieurs assistants médicaux puisse être signé entre la caisse et la société désignée à l'article 1 du présent contrat collectif, les médecins nommément désignés en annexe du présent contrat doivent avoir un nombre moyen de patients dans leur patientèle Médecin traitant (PMT) collective supérieur ou égal à 775 patients.

Ce nombre moyen de patients correspond au 30^e percentile (P30) de la distribution nationale de la PMT des médecins généralistes (hors médecins à exercice particulier - MEP) au 31 décembre 2021.

Pour les médecins du groupe, ce nombre moyen de patients en PMT est de **[NOMBRE ≥ 775]** patients (à l'exclusion des patients des éventuels médecins primo-installés du groupe).

Par ailleurs, les médecins nommément désignés dans les bulletins d'adhésion individuelle en annexe du présent contrat s'engagent :

- À exercer tout au long de la durée du contrat collectif dans le secteur à honoraires

opposables (secteur 1) ou dans le secteur à honoraires différents (secteur 2) dès lors qu'ils ont adhéré à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) ;

- À contribuer collectivement à l'atteinte de l'objectif collectif défini à l'article 7 du présent contrat collectif ;

Un bulletin d'adhésion individuelle type, à signer par chacun des médecins du groupe, est annexé au présent contrat collectif.

3.3. Médecins associés dans la société signataire du contrat collectif

Les médecins généralistes (MEP) associés au sein de la société peuvent choisir d'adhérer ou non à ce contrat.

Le nombre de médecins, associés dans la société signataire du présent contrat collectif, et qui souhaitent adhérer audit contrat et bénéficier d'un ou de plusieurs assistants médicaux dans le cadre de leur exercice libéral est de [XX].

Figurent dans les bulletins d'adhésion individuelle annexés au présent contrat :

- L'identité de chaque médecin adhérent au contrat collectif d'aide à l'emploi salarié d'un ou de plusieurs assistants médicaux ;
- La mention de l'agrément éventuel de chacun de ces médecins ayant qualité de praticien agréé comme maître de stage des universités accueillant des docteurs juniors en médecine générale (PAMSU) ou l'agrément de la MSP en tant que terrain de stage ambulatoire.

Les médecins nommément désignés dans ces bulletins d'adhésion doivent être conventionnés auprès de la caisse [DPT] et inscrit à l'Ordre départemental [DPT].

Les médecins signataires du bulletin d'adhésion en annexe du présent contrat constituent « le groupe de médecins » et seront désignés comme tel au présent contrat.

Article 4 - Recrutement du ou des assistant(s) médical(aux)

La société signataire du présent contrat collectif s'engage :

- À recruter avant ou dès la signature du présent contrat collectif :
 - o Un ou plusieurs assistants médicaux salariés :
 - Sur la base d'une durée horaire correspondant au nombre d'équivalent temps plein (ETP) choisi par le groupe de médecins à l'article 5 du présent contrat collectif ;
 - *A minima* à hauteur d'un ETP et dans la limite du nombre de médecins de ce groupe défini à l'article 2 du présent contrat collectif, sauf exceptions visées à l'article 5.
- À inscrire dans les contrats de travail des assistants médicaux dont les postes sont

financés par l'aide collective l'adresse du cabinet principal des médecins du groupe comme le lieu de travail en présentiel.

La société signataire du présent contrat collectif a le choix de recruter directement le ou les assistants médicaux ou de recruter ces derniers par l'intermédiaire d'une structure organisée en groupement d'employeurs.

- À ce que la ou les personnes recrutées en qualité d'assistant médical :
 - Soi(en)t titulaire(s) :
 - Du certificat de qualification professionnelle (CQP) inscrit au Répertoire national des certifications professionnelles (RNCP40913) ;
 - Ou
 - D'une attestation de formation d'adaptation à l'emploi (FAE) pour les détenteurs :
 - D'un diplôme d'État infirmier (IDE),
 - D'un diplôme d'État d'aide-soignant (DEAS),
 - D'un diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture (DEAP).

À défaut, la ou les personnes recrutées comme assistant médical doivent être inscrites à une formation dédiée et obtenir le CQP ou l'attestation FAE dans un délai de deux ans suivant leur date de recrutement.

Le justificatif d'obtention du CQP ou de la FAE par le ou les assistants médicaux devra être adressé par le ou les représentants légaux de la société signataire du présent contrat collectif à la caisse signataire de ce contrat, au plus tard à l'issue du délai de deux ans précité.

Article 5 - Choix du nombre d'équivalent(s) temps plein (ETP) d'assistant médical par le groupe de médecins

Le groupe de médecins choisit de bénéficier de l'aide collective à l'emploi pour :

- **[NOMBRE]** équivalent(s) temps plein (ETP) d'assistant médical.

Ce nombre d'ETP ne peut pas être inférieur à 1 ETP.

Ce nombre peut être fractionné par 0,5 ETP au-delà de 1 ETP.

Ce nombre ne peut pas être supérieur au nombre de médecins du groupe.

À titre exceptionnel, ce nombre d'ETP peut être supérieur au nombre de médecins du groupe quand :

- Un médecin quitte le groupe en cours d'exécution du présent contrat collectif ;
- Le groupe de médecins accueille un ou plusieurs docteurs juniors au sein de la structure.

Dans ce dernier cas, 0,5 ETP supplémentaire peut être alloué à la société signataire par médecin du groupe justifiant de l'agrément de PAMSU ou si la MSP est agréée en tant que terrain de stage ambulatoire.

- [NOMBRE] équivalent(s) temps plein (ETP) d'assistant médical supplémentaire au titre de l'agrément mentionné dans les bulletins d'adhésion individuelle annexés au présent contrat collectif.

L'objectif collectif tient compte du nombre d'ETP supplémentaire ainsi alloué, dans les conditions décrites à l'article 8.2 du présent contrat collectif.

Si le groupe de médecins souhaite modifier le nombre d'ETP figurant au contrat collectif, la diminution ou l'augmentation du nombre d'ETP ne peut intervenir qu'à la date d'anniversaire du contrat et par voie d'avenant. La caisse signataire doit en être informée *a minima* 1 mois avant la date anniversaire du contrat, dans la mesure du possible.

L'objectif sera modifié en conséquence.

A titre exceptionnel, le changement d'ETP à la baisse peut intervenir avant la date anniversaire du contrat collectif. Le montant induit versé de l'aide collective pour l'année en cours sera déduit du montant de l'aide de l'année suivante.

Article 6 - Identité du ou des assistants médicaux

À la signature du présent contrat collectif, le ou les représentants légaux de la société désignés en préambule de ce contrat renseigne(nt) la caisse signataire de l'identité de ou des assistant(s) médical(aux) dont le ou les postes sont financés par l'aide collective.

[NOM] de l'assistant médical

[PRENOM] de l'assistant médical.

[NOM] de l'assistant médical

[PRENOM] de l'assistant médical.

[NOM] de l'assistant médical

[PRENOM] de l'assistant médical.

[NOM] de l'assistant médical

[PRENOM] de l'assistant médical.

[NOM] de l'assistant médical

[PRENOM] de l'assistant médical.

[...]

La société met à la disposition de la caisse les contrats de travail et tout document nécessaire au contrôle des informations et des engagements précités. Ces contrats de travail sont annexés au présent contrat collectif.

Le ou les représentants légaux de la société signataire s'engage(nt) à signaler à la caisse la mise à jour de ces informations ou de tout changement inhérent à la vie de ces contrats de travail au cours de l'exécution du présent contrat collectif. Ils font l'objet d'une modification du présent contrat par voie d'avenant.

Le ou les représentants légaux de la société signataire de ce contrat atteste(nt), à la date anniversaire du contrat collectif, que les contrats de travail annexés sont toujours en cours d'exécution.

Article 7 - Objectifs collectifs – Principe général

En contrepartie de l'aide collective, le groupe de médecins s'engage à prendre en charge davantage de patients ensemble et à augmenter de ce fait sa :

1. Patientèle Médecin traitant (PMT) collective. Celle-ci correspond au nombre total de patients (adultes et enfants) ayant choisi comme médecin traitant l'un des médecins du groupe ;
2. Patientèle File active (PFA) collective. Celle-ci correspond au nombre total de patients (adultes et enfants) ayant consulté l'un des médecins du groupe au moins une fois au cours des 12 derniers mois (que ce médecin soit ou non le médecin traitant déclaré de ces patients).

Le nombre total de patients à prendre en charge par le groupe de médecins par rapport au nombre total de patients constituant sa PMT collective et sa PFA collective de départ est défini selon le nombre d'ETP choisi par le groupe, pour l'emploi d'un assistant médical, à l'article 5 du présent contrat collectif.

Pour chacun des **[NOMBRE]** ETP choisi(s), le groupe de médecins a pour objectif de prendre en charge un nombre fixe de patients supplémentaires, à la fois dans sa PMT collective et dans sa PFA collective.

1. Pour la PMT collective : le nombre fixe forfaitaire de patients supplémentaires à prendre en charge par le groupe de médecins partie au contrat par ETP d'assistant médical est de 260 patients.
2. Pour la PFA collective : le nombre fixe forfaitaire de patients supplémentaires à prendre en charge par le groupe de médecins partie au contrat par ETP d'assistant médical est de 110 patients.

Pour la fixation de cet objectif collectif, il est tenu compte des patients supplémentaires déjà pris en charge dans le cadre des contrats individuels éventuels résiliés par certains médecins du groupe.

Pour cela, il est déduit de l'objectif collectif calculé le nombre cumulé de patients supplémentaires déjà pris en charge dans le cadre du (ou des) contrat(s) individuel(s) résilié(s).

Dans le cas où l'un des contrats résiliés concernerait un médecin « nouvel installé » (NI), le nombre de patients supplémentaires déduit correspond au différentiel entre le P50 et la patientèle initiale de ce médecin.

Le nombre d'ETP collectif inclut le ou les 0,5 ETP supplémentaire au titre de l'agrément pour la PMT. Pour la PFA collective, ce nombre sera inclus dès lors que le rattachement de la PFA individuelle du ou des docteur(s) junior(s) à la PFA collective sera possible

Le nombre de patients supplémentaires à prendre en charge par le groupe de médecins :

- Pour la PMT collective : [NOMBRE]
- Pour la PFA collective : [NOMBRE]

L'objectif collectif :

- Pour la PMT collective : [NOMBRE]
- Pour la PFA collective : [NOMBRE]

La vérification de l'atteinte de cet objectif collectif est appréciée à chaque date anniversaire du présent contrat collectif, à partir de la 3^e année du contrat, au regard des patientèles collectives totales du groupe de médecins incluant les éventuels médecins primo installés, au 31 décembre ou au 30 juin, selon la date retenue pour fixer les patientèles collectives de départ.

Article 8 - Cas particuliers.

Article 8.1 – Médecins primo-installés

Médecins primo-installés.

Les médecins du groupe considérés comme primo-installés sont les suivants :

[NOM][PRENOM]

[NOM][PRENOM]

[NOM][PRENOM]

[...]

Pour prendre en compte la montée en charge progressive des patientèles des médecins primo-installés au sein du groupe de médecins, l'objectif collectif, déterminé au vu des patientèles collectives totales à atteindre, est majoré du nombre de patients à prendre en charge par les médecins primo-installés.

Ce nombre de patients supplémentaires à prendre en charge par chaque médecin primo-installé du groupe correspond au 50^e percentile (P50) de la distribution nationale de la spécialité des médecins généralistes (hors MEP) au 31 décembre 2021, soit :

- 1045 patients pour la PMT ;

- 1514 patients pour la PFA

L'atteinte de l'objectif collectif incluant la contribution du ou des médecins primo-installés du groupe est appréciée à partir de la 3^e année du contrat collectif.

Un médecin primo-installé, dès lors qu'il est associé dans la société signataire, peut adhérer au contrat collectif en cours d'exécution. Dans ce cas, le nombre de patients supplémentaires à prendre en charge suite à l'arrivée de ce médecin correspond au P50 précité. Ce nombre de patients supplémentaires à prendre en charge est ajouté à l'objectif collectif à compter de la 3^e année suivant l'adhésion de ce médecin au contrat collectif (y compris en cas de prorogation de ce dernier).

Article 8.2 - Prise en compte d'ETP exceptionnellement alloué(s) par médecin membre du groupe si ce dernier est agréé comme praticien maître de stage des universités accueillant des docteurs juniors en médecine générale (PAMSU) ou si la MSP est agréée en tant que terrain de stage ambulatoire.

Si le groupe de médecins :

- a d'ores et déjà choisi le nombre maximum d'ETP d'assistant médical dont il peut bénéficier compte tenu du nombre de médecins qui le constituent ;
- dispose en son sein d'un ou plusieurs PAMSU ou si la MSP est agréée en tant que terrain de stage ambulatoire.

Alors, ce groupe de médecins peut choisir de bénéficier de 0,5 ETP d'assistant médical supplémentaire par agrément.

Pour chacun de ces 0,5 ETP supplémentaire, l'objectif collectif est majoré de 130 patients à prendre en charge dans la PMT collective.

De plus, la PFA collective sera majorée de 55 patients à prendre en charge par 0,5 ETP supplémentaire lorsque la PFA individuelle des docteurs juniors pourra être comptabilisée par l'Assurance Maladie.

Dès lors qu'un ou des 0,5 ETP supplémentaires au titre de l'agrément ont été alloués au groupe, la caisse signataire doit être informée *a minima* 1 mois avant la date anniversaire du contrat collectif de l'identité du ou des docteurs juniors accueillis au sein de la structure. Ces éléments sont ajoutés par voie d'avenant au présent contrat collectif tel que prévu par l'annexe 2.

L'objectif collectif majoré de ce ou de ces 0,5 ETP d'assistant médical est apprécié par la caisse au regard :

- de la PMT collective et de la PFA collective du groupe de médecins ;
- de la PFA individuelle du ou des docteur(s) junior(s) accueilli(s) par la structure au cours de l'année écoulée dès lors que celle-ci pourra être rattachée à la PFA collective.

Article 9 – Suivi des engagements contractuels

Article 9.1- Suivi et évolution du contrat collectif

Un point d'échange est organisé tous les six mois entre le ou les représentants légaux de la société signataire du contrat collectif ou à défaut avec les médecins du groupe et la caisse.

Le groupe de médecins s'engage à participer à cet entretien avec la caisse, notamment pour échanger, le cas échéant, sur les difficultés éventuelles à atteindre l'objectif collectif.

Article 9.2 - Modalités du suivi des engagements contractuels.

Les engagements collectifs sont vérifiés et éventuellement révisés chaque année à la date anniversaire du contrat collectif.

Le ou les représentants légaux de la société signataire du contrat collectif s'engage(en) à fournir chaque année à la date anniversaire du contrat, tous les justificatifs permettant de vérifier le respect des engagements contractuels, notamment :

- Justificatif attestant de l'exercice des médecins du groupe au sein de la société signataire du contrat collectif ;
- Justificatif attestant des modifications apportées au contrat de travail annexés au présent contrat collectif et justificatif du fait que ces derniers sont toujours en cours d'exécution ;
- Justificatif de l'acquittement des cotisations sociales au titre des salaires versés aux assistants médicaux salariés par la société signataire (ou par un groupement d'employeurs)
- L'agrément des médecins du groupe ayant qualité de praticien agréé comme maître de stage des universités accueillant des docteurs juniors en médecine générale (PAMSU) délivré par l'Agence régionale de santé (ARS) ou l'agrément de la MSP en tant que terrain de stage ambulatoire. ;
- L'identité et les identifiants du ou des docteurs juniors accueillis au sein de la structure de soins au cours de l'année écoulée tel que prévu par l'annexe 2 du présent contrat collectif.

La caisse procède aux contrôles nécessaires permettant la vérification du respect des engagements collectifs en contrepartie desquels est versée l'aide collective.

Dans le cas où un assistant médical salarié par la société signataire du contrat collectif était auparavant salarié par ladite société ou par un ou plusieurs médecins du groupe comme secrétaire médical, le versement de l'aide collective est conditionné au remplacement du poste de secrétaire médical antérieurement occupé par l'assistant médical dans un délai de 6 mois ou au recours à une autre organisation de secrétariat médical, et pour une durée équivalente *a minima* au temps de temps travail du poste de secrétaire médical à remplacer.

Le ou les représentants légaux de la société signataire du contrat collectif s'engage à fournir le justificatif du remplacement ou du recours à un prestataire de service de secrétariat médical. Ce justificatif doit être fourni au plus tard dans un délai de 6 mois en cas de remplacement du ou de la secrétaire médicale.

9.3 - Modalités de vérification de l'objectif collectif.

Quel que soit le nombre d'ETP d'assistant médical choisi par le groupe de médecins, la caisse vérifie le respect des engagements collectifs de la manière suivante :

- Jusqu'à la fin de la 2^e année du contrat collectif, une période d'observation portant sur le suivi de l'atteinte des objectifs collectifs et un accompagnement semestriel par la caisse est mis en place ;
- Pendant cette période de 2 ans, même si les objectifs ne sont pas intégralement atteints par le groupe de médecins, le montant de l'aide collective prévue pour les 1^{ères} et 2^e année du contrat collectif est versé intégralement ;
- À partir de la 3^e année du contrat collectif, l'atteinte des objectifs collectifs est appréciée dans les conditions suivantes :

PFA collective	PMT collective	Part de l'aide versée
Atteint	Atteint	100 %
Non atteint (sans ↓*)	Atteint	100 %.
Atteint	Non atteint (sans ↓*)	100 %
Non atteint (sans ↓*)	Non atteint (sans ↓*)	Proratisation sur le meilleur résultat des 2 (taux d'atteinte)

↓* Diminution par rapport à la patientèle collective totale de départ du groupe de médecins.

En cas de diminution d'une patientèle (PMT collective ou PFA collective) par rapport à la même patientèle collective de départ, l'aide collective n'est pas versée et le contrat peut être résilié par la caisse en suivant la procédure décrite à l'article 10.2 du présent contrat collectif.

Article 10 - Montant de l'aide financière par nombre d'ETP d'assistant médical choisi par le groupe de médecins.

En contrepartie du respect des engagements collectifs du groupe de médecins, une aide financière est versée à la société signataire du contrat collectif.

Le montant de cette aide collective varie selon le nombre d'ETP d'assistant médical choisi par le groupe de médecins et dans les limites mentionnées à l'article 5 du présent contrat collectif.

Montant de l'aide collective par ETP d'assistant médical et par année de contrat

(Ces montants sont à multiplier par le nombre d'ETP
choisi par le groupe de médecins).

Année du contrat collectif	1 ETP	Pour chaque 0,5 ETP supplémentaire	Versement de l'aide collective
1 ^{ère} année	38 000 €	19 000 €	Versement du montant intégral de l'aide collective quelle que soit l'atteinte de l'objectif collectif, dans le mois suivant la signature du contrat collectif puis à la date anniversaire de celui-ci
2 ^e année	28 000 €	14 000 €	

.3 ^e année <u>et suivantes</u>	22 000 €	11 000 €	Modulation du montant de l'aide collective à partir de la 3 ^e année selon l'atteinte de l'objectif collectif, et versé dans le mois suivant la date anniversaire du contrat collectif.
---	----------	----------	---

Article 11 - Modalités de versement de l'aide collective

Pour que l'acompte de l'année 3 et des années suivantes soit versé, aucune des 2 patientèles collectives (PMT collective et la PFA collective) du groupe de médecins ne doit être en recul par rapport à son niveau de départ.

En fin de 3^e année et pour les années suivantes, le versement de l'aide est conditionné à l'atteinte totale ou partielle de l'objectif collectif.

	1 ^{ere} année	2 ^e année	3 ^e année et suivantes
Acompte	100% de l'aide*	100% de l'aide*	50 % de l'aide collective prévue pour l'année (quel que soit le pourcentage de l'atteinte de l'objectif, sauf recul de la PMT collective ou de la PFA collective ou des 2**) sauf en cas de recul de la PMT ou de la PFA par rapport à son niveau de départ.
Solde			Montant restant à verser*** pour l'année considérée : <ul style="list-style-type: none"> - calculé <i>au prorata</i> du pourcentage de l'atteinte de l'objectif de l'année précédente ; - déduction faite de l'acompte de 50 % du montant de l'aide de l'année déjà versé. En cas de diminution de la patientèle collective : le solde n'est pas versé

* L'aide est versée en une seule fois dans le mois suivant la signature du contrat collectif en 1^{ere} année puis suivant la date anniversaire de celui-ci en 2^e année.

** L'acompte est versé dans le mois suivant la date d'anniversaire du contrat en année 3 et suivantes

*** Le solde est versé dans le mois suivant la date d'anniversaire du contrat.

Article 12 - Durée du contrat collectif

Un contrat collectif est conclu pour une durée de cinq ans. Il peut être prorogé par voie d'avenant signé par les parties.

En cas de prorogation par voie d'avenant, l'objectif en nombre de patients supplémentaires à prendre en charge ou à maintenir reste inchangé.

Le montant de l'aide versée à compter de la signature de l'avenant correspond au montant de l'aide à l'emploi de la 3^e année et des années suivantes mentionné à l'article 10 et proratisé le cas échéant sur la base du taux d'atteinte de l'objectif.

Article 13 - Résiliation du contrat collectif

Article 13.1 - Résiliation à l'initiative du représentant de la société

Le représentant de la société peut choisir de résilier le contrat collectif à la date anniversaire du contrat collectif par lettre de recommandée avec accusé de réception au directeur de la caisse

Il devra alors fournir un relevé de décision statutaire de la société.

La résiliation du contrat collectif prend effet dans les deux mois suivant la date de réception de ladite lettre par la caisse.

En cas de résiliation anticipée du contrat, la caisse procède à la récupération des sommes indument versées, le cas échéant, au *pro rata* de la durée restant à courir du contrat au moment de la résiliation demandée par le représentant de la société.

Article 13.2 - Résiliation à l'initiative de la caisse

En cas de constat, notamment :

- Du non-respect manifeste des objectifs collectifs par le groupe de médecins;
- De l'absence d'obtention du CQP ou de la FAE de ou des assistants médicaux dans le délai prévu à l'article 4 du présent contrat ;
- Du recul de l'une ou de l'autre des patientèles collectives du groupe de médecins par rapport à son niveau de départ, après la 3^e année du contrat ;
- D'absence de remplacement au sein de la société signataire, et dans les conditions décrites à l'article 9.2 du présent contrat collectif, d'un poste de secrétaire médical dont le titulaire était auparavant salarié comme secrétaire médical par ladite société ou par un ou des médecins du groupe.
- De non-respect des engagements relevant des conditions d'éligibilité au contrat collectif.

La caisse informe la société par lettre recommandée avec accusé de réception des non-respects constatés et de son intention de mettre fin au contrat collectif.

La société dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

À l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à la société la résiliation du contrat collectif par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de résiliation anticipée du contrat collectif, la caisse procède à la récupération des sommes indument versées au titre du contrat, le cas échéant, *au pro rata* de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation de ce dernier.

Article 14 – Utilisation des données personnelles

- Le ou les représentants légaux de la société signataire du présent contrat autorisent la caisse, à communiquer leurs coordonnées aux organismes locaux de formation (agrés par la CPNEFP de la branche professionnelle des cabinets médicaux pour la délivrance

du Certificat de qualification professionnelle Assistant médicale ou de l'attestation d'adaptation à l'emploi) en vue de faciliter l'inscription en formation de leur assistant médical.

Fait à [LIEU] en [NOMBRE] exemplaires, le [JJ/MM/AAAA]

Date de signature : [JJ/MM/AAAA]

Les ou les représentants légaux de la société [RAISON SOCIALE]

[SIGNATURES]

Le Directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie de [CAISSE]

[OU]

Le Directeur de la Caisse générale de Sécurité Sociale de [CAISSE]

[SIGNATURE]

ANNEXE 1 :

BULLETIN D'ADHÉSION INDIVIDUELLE À L'OBJECTIF COLLECTIF

À cocher par la caisse.

- Contrat initial**
- Avenant au contrat collectif**

Je soussigné, Docteur [PRÉNOM] [NOM] [N°AM] [N°RPPS] exerçant au [ADRESSE DU CABINET PRINCIPAL], déclare m'engager par l'intermédiaire de [SOCIÉTÉ SIGNATAIRE] au capital de laquelle je suis associé, à concourir avec mes confrères et associés de cette société, membres du groupe de médecins cité à l'article 2 du présent contrat collectif, à l'objectif d'augmentation de nos patientèles collectives, médecin traitant et file active, en contrepartie de l'aide versée par l'Assurance Maladie pour l'emploi d'un ou de plusieurs assistants médicaux dont nous sommes bénéficiaires dans le cadre de notre exercice libéral en médecine générale.

- Praticien agréé comme maître de stage des universités accueillant des docteurs juniors en médecine générale (PAMSU) délivré par l'Agence régionale de santé (ARS) [NOM ARS] ou exerçant au sein d'une MSP agréée en tant que terrain de stage ambulatoire.

Fait à [LIEU], le [JJ/MM/AAAA]

Date de signature : [JJ/MM/AAAA]

Docteur [PRÉNOM] [NOM]

[SIGNATURE]

Chacun des bulletins d'adhésion individuelle des membres du groupe de médecin doit être annexé au contrat collectif type signé par le ou les représentants légaux de la société de ces derniers et par la caisse d'assurance maladie.

ANNEXE 2 :

<p style="text-align: center;">DECLARATION DES DOCTEURS JUNIORS ACCUEILLIS AU SEIN DE LA STRUCTURE DE SOINS PAR LES MEDECINS AGRÉÉS PAMSU DU GROUPE DE MEDECINS ÉTANT PARTIE AU CONTRAT COLLECTIF OU PAR LA MSP AGRÉÉE EN TANT QUE TERRAIN DE STAGE AMBULATOIRE</p>
--

Pour l'année du contrat :

Du [Date de signature ou date d'anniversaire du contrat collectif] au [date d'anniversaire du contrat collectif+1]

A cocher par la caisse.

- Contrat initial**
- Avenant au contrat collectif**

Liste des docteurs juniors en médecine général supervisés au cours de la période mentionnée ci-dessous par les médecins du groupe agréés PAMSU ou par la MSP agréée déclarés à l'annexe 1 du présent collectif.

Docteur Junior n°1

[NOM][PRENOM][N°AM][N°RPPS]

Docteur Junior n°2

[NOM][PRENOM][N°AM][N°RPPS]

Docteur Junior n°2

[NOM][PRENOM][N°AM][N°RPPS]

[...]

**AVENANT TYPE AU CONTRAT COLLECTIF D'AIDE CONVENTIONNELLE
À L'EMPLOI SALARIÉ D'UN OU DE PLUSIEURS ASSISTANTS MÉDICAUX**

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-14-2, L. 162-5, L. 162-14-1 et L. 162-15 ;

Vu l'article 36-3 de la convention médicale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 4 juin 2024, approuvée par l'arrêté du 20 juin 2024 paru au *Journal officiel* le 21 juin 2024 ;

Vu le compte-rendu de la Commission paritaire nationale du 25 février 2026 validant le dispositif « Dispositif collectif d'aide à l'emploi d'un assistant médical » ;

Vu le contrat collectif d'aide à l'emploi d'un ou plusieurs assistants médicaux signé en date du [DATE] ;

Vu la nécessité de modifier certaines dispositions dudit contrat collectif ;

Il est conclu un avenant au contrat collectif d'aide à l'emploi salarié d'un ou plusieurs assistants médicaux entre :

- D'une part, la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommées ci-après « caisse ») de :

Département : [DPT]

Adresse : [ADRESSE]

Représentée par son Directeur :

[NOM] [PRÉNOM] [FONCTION] [COORDONNÉES]

- Et, d'autre part, la société [RAISON SOCIALE] :

Représentée par son représentant légal :

- [NOM] [PRÉNOM] [FONCTION STATUTAIRE] [COORDONNÉES]
- [...]

☐ Article 1 - Modification du nombre de médecins associés adhérant au contrat collectif

Par le présent avenant, les dispositions prévues aux alinéas 2 et 4 l'article 3.3 du contrat collectif sont modifiées comme suit :

Le nombre de médecins associés souhaitant adhérer au contrat collectif afin de bénéficier d'un ou plusieurs assistants médicaux dans le cadre de leur exercice libéral est modifié à [NOMBRE DE MÉDECINS].

☐ 1.1 : résiliation du contrat collectif par un ou plusieurs médecins du groupe.

Dans le cas où un ou plusieurs médecins du groupe décident de ne plus adhérer au contrat collectif, leurs bulletins d'adhésion individuelle sont supprimés des annexes dudit contrat à compter de la signature du présent avenant.

Dès lors, le ou les médecins concernés se désolidarisent de l'objectif collectif du groupe et ne peuvent plus bénéficier du renfort des assistants médicaux employés dans la structure de soins.

□ 1.2 : adhésion *a posteriori* au contrat collectif par un ou plusieurs médecins du groupe.

Dans le cas où un ou plusieurs médecins du groupe décident d'adhérer *a posteriori* au contrat collectif préexistant, des bulletins d'adhésion individuelle, mentionnant leur identité ainsi que leurs agréments éventuels comme PAMSU, sont complétés et joints au contrat collectif.

Dès lors, le ou les médecins concernés se solidarisent avec l'objectif collectif du groupe et bénéficient du renfort des assistants médicaux employés dans la structure de soins.

Les médecins nouvellement désignés dans ces bulletins d'adhésion sont conventionnés auprès de la caisse [DPT] et inscrits à l'ordre départemental [DPT].

□ Article 2 - Changement du nombre d'équivalent(s) temps plein (ETP) d'assistant médical choisi par le groupe de médecins

Par le présent avenant, les dispositions prévues aux alinéas 1 et 6 de l'article 5 et à l'alinéa 3 de l'article 7 du contrat collectif sont modifiées comme suit :

Le groupe de médecins associés attestent, après avoir informé la caisse signataire *a minima* 1 mois avant la date d'anniversaire du contrat collectif, le nouveau choix de nombre d'ETP à savoir [NOMBRE TOTAL ETP ≥ 1].

Ce changement de nombre d'ETP peut faire l'objet d'une augmentation ou d'une diminution du nombre d'ETP d'assistant médical et prend effet à compter du [DATE ANNIVERSAIRE DU CONTRAT].

□ 2.1 : nombre d'ETP supplémentaire dans le cas d'accueil de docteurs juniors au sein de la structure de soins

Dans le cas où le groupe de médecins accueille un ou plusieurs docteurs juniors au sein de la structure de soins, le nombre d'ETP supplémentaire alloué à la société signataire par médecin du groupe justifiant de l'agrément de PAMSU ou si la MSP est agréée en tant que terrain de stage ambulatoire est de [NOMBRE DE DEMI-ETP SUPPLÉMENTAIRE].

Les modifications prévues aux articles 1 et/ou 2 du présent avenant induisent la fixation de nouveaux objectifs, définis à l'article 3 ci-après.

□ Article 3 - Fixation des nouveaux objectifs de patientèles

Par le présent avenant, les dispositions prévues aux alinéas 8 et 9 de l'article 7 du contrat

collectif sont modifiées comme suit :

Le nombre de patients supplémentaires à prendre en charge par le groupe de médecins :

- [NOMBRE] pour la PMT collective ;
- [NOMBRE] pour la PFA collective.

Le nouvel objectif collectif est fixé à :

- [NOMBRE] pour la PMT collective ;
- [NOMBRE] pour la PFA collective.

□ Article 4 - Mise à jour de l'identité de ou des assistants médicaux employés au sein de la structure bénéficiaire de l'aide collective

Par le présent avenant, les dispositions prévues à l'alinéa 1^{er} de l'article 6 du contrat collectif sont modifiées comme suit :

□ 4.1 : identité de ou des assistants médicaux nouvellement employés au sein de la structure bénéficiaire de l'aide collective

Dans le cas où le changement du nombre d'ETP choisi par le groupe de médecins a entraîné une augmentation de ce dernier, il convient de renseigner ci-dessous l'identité de ou des assistants médicaux nouvellement employés dont le ou les postes sont financés par l'aide collective :

[NOM] de l'assistant médical
[PRENOM] de l'assistant médical.
[...]

□ 4.2 : identité de ou des assistants médicaux remplacés à la suite du ou des départs d'assistants médicaux (rupture de leur contrat de travail)

Dans le cas où, à la suite de rupture du contrat de travail, un nouvel assistant médical peut être employé par la structure sans que le nombre d'ETP ne soit modifié. De ce fait, il convient de renseigner ci-dessous l'identité de ou des assistants médicaux nouvellement employés dans le cadre d'un nouveau contrat de travail

[NOM] de l'assistant médical
[PRENOM] de l'assistant médical.
[...]

□ 4.3 : identité de ou des assistants médicaux ne bénéficiant plus de l'aide à l'emploi financée par l'Assurance maladie

Dans le cas où le changement du nombre d'ETP a entraîné une diminution du nombre d'ETP d'assistant médical ou en cas de départ (rupture du contrat du travail), les identités mentionnées ci-dessous sont supprimées du contrat initial et le ou les postes concernés (en cas de diminution) ne sont plus financés par l'aide collective à compter de la date de signature du présent avenant.

[NOM] de l'assistant médical
[PRENOM] de l'assistant médical.
[...]

Article 5 - Mise à jour de l'identité du ou des médecins primo-installés

Par le présent avenant, les dispositions prévues à l'alinéa 1^{er} de l'article 8.1 du contrat collectif sont modifiées comme suit :

Article 5.1 : ajout d'un ou de plusieurs médecins primo-installés

Est énuméré, ci-dessous, l'identité du ou des nouveaux médecins primo-installés qui adhèrent au contrat collectif :

[NOM]
[PRENOM]
[...]

Le ou les bulletins d'adhésion individuelle de ces derniers sont ajoutés en annexe du contrat collectif à compter de la signature du présent avenant.

Article 5.2 : identité d'un ou de plusieurs médecins primo-installés ne bénéficiant plus de l'aide à l'emploi financée par l'Assurance maladie

Est énuméré, ci-dessous, l'identité du ou des médecins primo-installés qui n'adhèrent plus au contrat collectif :

[NOM]
[PRENOM]
[...]

Le ou les bulletins d'adhésion individuelle de ces derniers sont supprimés des annexes du contrat collectif à compter de la signature du présent avenant.

Article 6 - Prorogation du contrat collectif d'aide à l'emploi salarié d'un ou plusieurs assistants médicaux

6.1 : prorogation du contrat collectif sans autre modification contractuelle

Par le présent avenant, le contrat collectif signé le [DATE], dont l'objectif est atteint, est prorogé pour une nouvelle période de cinq ans selon les mêmes modalités.

L'objectif collectif en nombre de patients supplémentaires à prendre en charge reste inchangé.

6.2 : prorogation du contrat collectif avec modification d'une ou plusieurs dispositions contractuelles

Par le présent avenant, le contrat collectif signé le [DATE], dont l'objectif est atteint, est prorogé pour une nouvelle période de cinq ans et demeure applicable dans les mêmes

conditions, sous réserve des modifications apportées aux articles [N° ARTICLE] du présent document.

□ Article 7 – Suspension et reprise du contrat collectif

□7.1 : suspension en cas de non-remplacement de tout ou partie des médecins du groupe

Par le présent avenant, il est constaté, après accord écrit du ou des représentants légaux de la société signataire, que l'arrêt d'activité du dernier médecin du groupe concerné par un arrêt d'activité rendant incompatible la tenue des objectifs est intervenu le [DATE], entraînant une durée d'arrêt d'activité du groupe supérieure à 3 mois à partir de cette date.

Dès lors, l'exécution du contrat collectif susvisé est suspendu pour une durée indéterminée et l'aide collective cesse d'être versée jusqu'à que la caisse estime une reprise d'activité du groupe compatible avec la tenue des objectifs collectifs.

□7.2 : suspension en cas de non-remplacement de tout ou partie des assistants médicaux

Par le présent avenant, il est constaté, après accord écrit du ou des représentants légaux de la société signataire, que l'arrêt d'activité du dernier assistant médical concerné par un arrêt d'activité rendant incompatible la tenue des objectifs est intervenu le [DATE], entraînant une durée d'arrêt d'activité du groupe supérieure à 3 mois à partir de cette date.

Dès lors, l'exécution du contrat collectif susvisé est suspendu pour une durée indéterminée et l'aide collective cesse d'être versée jusqu'à que la caisse juge une reprise d'activité du ou des assistants médicaux compatible avec la tenue des objectifs collectifs.

□7.3 : reprise de tout ou partie des médecins du groupe

Par le présent avenant, il est constaté, après accord écrit du ou des représentants légaux de la société signataire, qu'une reprise d'activité du ou des médecins du groupe est compatible avec la tenue des objectifs collectifs.

Dès lors, l'exécution du contrat collectif susvisé reprend à compter de la signature de l'avenant et l'aide collective est de nouveau applicable.

□7.4 : reprise de tout ou partie des assistants médicaux

Par le présent avenant, il est constaté, après accord écrit du ou des représentants légaux de la société signataire, qu'une reprise d'activité du ou des assistant médicaux est compatible avec la tenue des objectifs collectifs.

Dès lors, l'exécution du contrat collectif susvisé reprend à compter de la signature de l'avenant et l'aide collective est de nouveau applicable.

□ Article 8 – Modification de l’annexe 2 du contrat collectif

L’annexe 2 du contrat collectif présentant la liste des docteurs juniors supervisés par les médecins du groupe agréés PAMSU ou par la MSP agréée est modifiée.

Fait à [LIEU] en [NOMBRE] exemplaires, le [JJ/MM/AAAA]

Date de signature : [JJ/MM/AAAA]

Le ou les représentants légaux de la société [RAISON SOCIALE] [SIGNATURES]

Le Directeur de la [CAISSE] [SIGNATURE]