

**AVENANT N°7**  
**A LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT**  
**LES RAPPORTS ENTRE LES MEDECINS LIBERAUX**  
**ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNEE LE 25 AOUT 2016**

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

Vu la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2019, et notamment ses articles 42 et 51,

Vu l'accord conventionnel interprofessionnel publié au journal officiel du 7 avril 2019,

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

Il est convenu ce qui suit, entre :

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

et

La Fédération Française des Médecins Généralistes,

La Fédération des Médecins de France,

Le Bloc,

La Confédération des Syndicats Médicaux Français,

Le Syndicat des Médecins Libéraux.

Et

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie complémentaires (UNOCAM)

## **Préambule**

L'amélioration de l'accès aux soins des patients et des conditions d'exercice des médecins constituent un défi majeur pour l'ensemble des acteurs du système de santé.

Les partenaires conventionnels constatent qu'un certain nombre de patients rencontrent des difficultés pour accéder à un médecin traitant. Compte tenu des tensions sur la démographie médicale, les délais de rendez-vous auprès des médecins généralistes et des autres spécialistes augmentent, plus particulièrement dans certains départements, en retardant de ce fait la possibilité pour les patients d'être pris en charge dans des délais adaptés à leur état de santé.

Ainsi, face aux fortes tensions qui s'exercent sur le système de santé et aux défis que sont l'amélioration des conditions de prises en charge et de suivi des patients et des conditions de travail des médecins, de nouvelles mesures doivent être mises en place.

Dans ce contexte, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a habilité les partenaires conventionnels à définir les conditions et modalités de participation financière de l'assurance maladie pour faciliter le recrutement, dans les cabinets médicaux libéraux, d'assistants médicaux. Ces assistants médicaux doivent leur permettre de libérer du temps médical afin notamment de pouvoir suivre un plus grand nombre de patients, mieux les prendre en charge, coordonner leurs parcours et s'engager plus fortement dans des démarches de prévention.

Dans ce cadre, les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité d'accompagner la mise en œuvre de cette mesure, en permettant aux médecins libéraux de percevoir une aide conventionnelle à l'embauche d'assistants médicaux dans leurs cabinets, et ce, dès le deuxième semestre 2019.

Par ailleurs, les parties signataires s'accordent pour reconnaître que le développement et la généralisation de l'exercice coordonné des professionnels de santé et plus généralement de l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux sur un territoire, constitue un levier prioritaire pour répondre aux enjeux d'accès aux soins et de qualité des prises en charge.

Ce mode d'exercice peut prendre diverses formes : au plus près du patient dans le cadre de maisons de santé pluri-professionnelles, de centres de santé, d'équipes de soins primaires ou d'équipes de soins spécialisées, ou d'autres formes d'organisations pluri-professionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité, aux besoins de prise en charge des patients ainsi que le rappelle l'accord cadre interprofessionnel visé à l'article L.162-1-13 du code de la sécurité sociale signé le 10 octobre 2018. Cette coordination implique aussi que les professionnels de santé organisent, à une échelle territoriale plus large, une réponse collective aux besoins de santé de la population, notamment au sein de communautés professionnelles territoriales de santé.

Les parties signataires souhaitent valoriser l'engagement des médecins dans ces démarches en faveur d'un exercice coordonné et de la continuité des soins. Dans ce cadre, elles conviennent de faire évoluer le forfait structure.

Elles s'accordent également pour procéder à quelques aménagements du texte de la convention médicale.

### **Article 1 – Aide au déploiement d'assistants médicaux dans les cabinets libéraux**

Au titre I intitulé : « Conforter l'accès aux soins », est créé un **sous-titre 1 bis** intitulé : « **Accompagner le déploiement d'assistants médicaux dans les cabinets libéraux** », rédigé comme suit.

« Les partenaires conventionnels s'accordent pour encourager et accompagner le déploiement d'assistants médicaux dans les cabinets libéraux par le biais d'une aide financière conventionnelle forfaitaire.

Le cadre et les conditions dans lesquelles cette aide conventionnelle est versée sont définis ci-après.

#### **Article 9-1 : Missions de l'Assistant médical**

Les partenaires conventionnels s'accordent sur le fait que cette fonction d'assistance au bénéficiaire du médecin et du patient doit permettre au médecin de libérer du temps médical et de l'accompagner dans sa pratique quotidienne.

A titre indicatif et non limitatif, les missions confiées à l'assistant médical peuvent relever de trois domaines d'intervention :

- **des tâches de nature administrative** : ces tâches consistent en des missions sans lien direct avec le soin, comme par exemple : l'accueil du patient, la création et la gestion du dossier informatique du patient, le recueil et l'enregistrement des informations administratives et médicales, l'accompagnement de la mise en place de la télémédecine au sein du cabinet, etc....
- **des missions en lien avec la préparation et le déroulement de la consultation** : l'assistant médical pourrait aider le patient à l'habillage, au déshabillage, à la prise de constantes, à la mise à jour du dossier du patient concernant les dépistages, les vaccinations, les modes de vie, en générant si nécessaire des alertes à l'attention du médecin, délivrance des tests et kits de dépistage, préparation et aide à la réalisation d'actes techniques.
- **des missions d'organisation et de coordination** : les assistants médicaux peuvent remplir une mission de coordination notamment avec les autres acteurs intervenant dans la prise en charge des patients.

Ces grandes thématiques d'intervention ne constituent cependant pas un périmètre limitatif ; elles dessinent un éventail de possibilités en termes de contenu de fonction. Les missions que les médecins confient à l'assistant médical sont laissées à leur appréciation en fonction de leurs besoins et de leurs modes d'organisation, et selon le profil soignant et / ou administratif des personnes recrutées.

Afin que le déploiement de cette nouvelle catégorie de personnel dans les cabinets médicaux prenne tout son sens et produise les effets attendus, les fonctions exercées par l'assistant médical, qui sont des missions propres, doivent se distinguer de celles relevant des autres catégories de métiers.

A titre d'exemple, si les missions d'un assistant médical peuvent inclure une dimension administrative, elles ne sauraient se limiter à une fonction correspondant à de simples fonctions de secrétariat médical. **De même, s'il est possible qu'une infirmière se voit confier la fonction d'assistant médical et, à ce titre, puisse réaliser un acte relevant de son champ de compétence, cela ne peut s'envisager que ponctuellement et dans le cadre d'une consultation médicale, sans qu'il s'agisse de développer ainsi une activité courante de soin infirmier qui relèverait d'un exercice professionnel propre.**

## **Article 9-2 : Profils et formation de l'Assistant médical**

Quel que soit le profil de la personne recrutée en qualité d'assistant médical (profil soignant ou administratif), ce dernier devra être doté d'une qualification professionnelle ad hoc, qui

sera obtenue à l'issue d'une formation spécifique, dont le contenu et la durée sera déterminée dans le cadre de la convention collective des personnels des cabinets libéraux.

Afin de pouvoir bénéficier de l'aide conventionnelle, le médecin s'engage à ce que la personne recrutée en qualité d'assistant médical suive cette formation ad hoc dans les deux ans suivant son recrutement et obtienne sa qualification professionnelle dans un délai maximum de trois ans suivant son recrutement.

## **Article 9-3 : Critères d'éligibilité à l'aide à l'embauche d'un assistant médical**

### **Article 9-3-1 Les spécialités éligibles**

Toutes les spécialités médicales sont potentiellement éligibles à l'aide conventionnelle au recrutement d'un assistant médical.

Cependant, une priorisation est réalisée entre les spécialités éligibles au dispositif car certaines spécialités sont en effet plus prioritaires que d'autres, du fait que celles-ci sont particulièrement en tension, en termes de densité géographique, sur tout le territoire ou dans certains départements selon les spécialités concernées.

Ainsi, le financement de l'assurance maladie en faveur du déploiement des assistants Médicaux est réservé à trois catégories de spécialités :

- certaines spécialités sont éligibles sur l'ensemble du territoire : médecins généralistes, pédiatres, gériatres, gynéco-médicaux, médecins ayant une pratique d'expertise particulière (se situant à minima au 30<sup>ème</sup> percentile en termes d'effectifs de patientèle médecin traitant adulte, c'est-à-dire se situant parmi les 70% de médecins ayant la patientèle MT la plus élevée). La liste de ces spécialités figure en annexe X
- d'autres spécialités sont éligibles dans la moitié des départements les plus en tension en termes de densité démographique (définie sur la base de la densité démographique de médecins exerçant en secteur 1 et exerçant en secteur 2 adhérent aux options de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM CO) dans le département pour cette spécialité . La liste de ces spécialités figure en annexe X.
- Les autres spécialités sont éligibles dans un quart des départements les plus en tension en termes de densité démographique (définie sur la base de la densité démographique de médecins exerçant en secteur 1 et exerçant en secteur 2 adhérent aux options de pratique

tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM CO) dans le département pour cette spécialité. La liste de ces spécialités figure en annexe X.

### **Article 9-3-2 Critère d'éligibilité lié à la pratique tarifaire**

Le bénéfice de l'aide conventionnelle pour le recrutement d'un assistant médical est réservé aux médecins de secteur 1 et aux médecins de secteur 2 ayant souscrit à l'OPTAM ou à l'OPTAM CO.

### **Article 9-3-3 Critère d'éligibilité lié à l'exercice coordonné**

L'engagement du médecin dans une démarche d'exercice coordonné constitue une condition d'éligibilité à l'aide conventionnelle au recrutement d'un assistant médical.

L'exercice coordonné s'entend au sens de la définition actée dans l'article 3 de l'accord cadre interprofessionnel signé le 10 octobre 2018.

Ce mode d'exercice peut prendre diverses formes : maisons de santé pluri-professionnelles centres de santé, équipes de soins primaires, équipes de soins spécialisées, ou d'autres formes d'organisations pluri-professionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité, aux besoins de prise en charge des patients. Cette coordination implique aussi que les professionnels de santé organisent, à une échelle territoriale plus large, une réponse collective aux besoins de santé de la population, notamment au sein de communautés professionnelles territoriales de santé .

Le déploiement d'assistants médicaux permet aux médecins bénéficiaires de contribuer aux missions en faveur de l'accès aux soins qui sont confiées aux Communautés Pluriprofessionnelles Territoriales de Santé. A mesure de leur mise en œuvre progressive, les médecins bénéficiaires participeront à leurs actions, au service de la population du territoire.

Compte tenu de la montée en charge des différentes modalités d'organisation de l'exercice coordonné, notamment des communautés professionnelles territoriales de santé, un délai de deux ans à compter du recrutement de son assistant médical est laissé au médecin pour s'engager dans cette démarche.

### **Article 9-3-4 Critère d'exercice regroupé et d'activité minimale**

Le principe est de réserver le bénéfice de l'aide à l'embauche d'un assistant médical à des médecins exerçant dans un cabinet regroupé d'au moins deux médecins.

Ceux-ci doivent enregistrer chacun un nombre significatif de patients médecin traitant adultes s'ils sont médecins généralistes ou spécialistes en médecine générale, ou de file active de patients pour les autres spécialités médicales, c'est à dire le nombre de patients différents vus dans l'année, tout âge confondu,.

Le seuil minimal pour la patientèle médecin traitant comme pour la patientèle file active se situe au moins au 30<sup>ème</sup> percentile pour la spécialité.

Le 30<sup>ème</sup> percentile correspond au nombre de patients pour lequel 30% des médecins se situent au dessus, lorsque l'on classe par effectifs égaux les médecins selon leur niveau de patientèle.

La patientèle minimale prise en compte dans ce critère d'éligibilité est celle arrêtée au regard de la patientèle calculée au 31 décembre de l'année précédent le recrutement de l'assistant médical dans le cabinet.

Les seuils concernés sont listés en annexe X.

#### **Article 9-3-5 Dérogations aux critères d'éligibilité**

##### **- Dérogations au critère de seuil minimal d'activité**

##### **➤ Éligibilité au dispositif des médecins nouveaux installés**

Les médecins nouveaux installés, c'est-à-dire nouvellement installés (au sens de primo-installés dans la zone d'exercice) en cabinet libéral conventionné de secteur 1 ou secteur 2 optam-optam co à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019, sont éligibles au dispositif, sans nécessité d'atteindre de seuil minimal de patientèle défini à l'article 9.3.4. **Leurs objectifs spécifiques sont déterminés conformément aux dispositions de l'article 9-5-2-6 de la convention.**

**Les autres conditions d'éligibilité au bénéfice du dispositif (exercice coordonné, regroupement, condition d'octroi d'équivalent temps plein d'assistant médical, spécialités éligibles, ...) leur sont applicables, la vérification de l'exigence de validation du volet 1 du forfait structure n'étant réalisée qu'à l'issue de la première année de mise en œuvre (date anniversaire de signature) du contrat.**

##### **➤ Éligibilité des médecins généralistes à forte patientèle d'enfants de moins de 16 ans**

**Par dérogation au critère de seuil minimal de patientèle MT adulte fixé à l'article 9-3-4, les médecins généralistes ne remplissant pas ce critère car ayant une forte proportion d'enfants de**

moins de 16 ans dans leur patientèle file active (supérieure à 25 %) sont éligibles au dispositif.

Pour la fixation des objectifs de ces médecins, les engagements sont fixés en fonction de leur patientèle file active.

Pour le suivi de leurs engagements seule la patientèle médecin traitant adulte est en prise en compte.

#### - **Dérogations au principe de regroupement**

Pour les médecins exerçant en zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, la condition de regroupement n'est pas exigée mais le médecin doit avoir au moins un niveau de patients médecins traitants adulte équivalent au 30<sup>ème</sup> percentile ou du seuil minimal de file active de patients déterminé pour chaque spécialité (cf annexe X), pour les médecins des autres spécialités. Si le médecin exerce seul, celui-ci bénéficie d'un financement correspondant à un demi équivalent temps plein d'assistant médical.

Pour les médecins n'exerçant pas dans ces zones, il est possible de participer au financement du recrutement d'un assistant médical pour les médecins généralistes ayant au moins un niveau de patients médecin traitant adulte ou de file active pour les autres spécialités équivalent au 70<sup>ème</sup> percentile et n'exerçant pas dans un même lieu physique. Dans ce cadre dérogatoire, les médecins s'engagent à avoir recours à un même assistant médical dans une logique de meilleure coordination dans leurs conditions d'exercice. Cet engagement pourrait se matérialiser notamment par un partage des agendas, un dispositif permettant d'assurer une continuité des soins sans rupture de prise en charge, avec un critère de proximité géographique (20 mn de trajet maximum entre les uns et les autres).

#### **Article 9.4 Formalisation de l'engagement des médecins éligibles**

Les médecins éligibles à l'aide à l'embauche d'un assistant médical formalisent leur engagement envers l'assurance maladie sous la forme d'un contrat type joint en annexe X de la présente convention.

Le médecin devra fournir les éléments justifiant de l'emploi effectif de l'assistant médical dans un délai d'un mois après l'embauche de l'assistant médical. Les pièces justificatives à fournir dans ce cadre sont précisées dans le contrat annexé en annexe X de la présente convention.

Le recrutement de l'assistant médical peut être assuré par un médecin ou un groupe de médecin libéraux ou toute autre structure habilitée à effectuer une telle démarche. Dans tous

les cas, l'assurance maladie verse l'aide forfaitaire au médecin ayant signé le contrat défini en annexe x.

## **Article 9-5 Modalités d'attribution de l'aide au recrutement d'un assistant médical et contreparties attendues**

### **Article 9-5-1 Modalités d'attribution de l'aide et contrepartie**

Les modalités d'attribution de l'aide au recrutement de l'assistant médical sont réalisées selon l'option choisie par le médecin employeur, c'est-à-dire selon que celui-ci emploie l'assistant médical à hauteur d'au moins un tiers ou d'au moins un-demi ETP.

### **Article 9-5-2 Le niveau de financement par l'assurance maladie pour l'aide au recrutement d'assistants médicaux et les contreparties attendues**

#### **Article 9-5-2-1. Principes : un financement pérenne et des engagements modulés selon le temps d'emploi de l'assistant médical et la taille de patientèle des médecins**

##### **Modalités de financement**

La participation de l'assurance maladie au recrutement d'un assistant médical est versée dans le cadre du forfait structure, conformément aux dispositions de l'article 20, dès lors que le médecin a bien rempli les conditions posées au titre du volet 1 du forfait structure.

##### **Engagements du médecin, en contre-partie du financement**

En contre-partie de l'aide au recrutement d'un assistant médical, le médecin s'engage à consacrer une partie du temps dégagé par l'assistant médical pour accueillir et assurer la prise en charge de davantage de patients.

L'effort de progression n'étant pas de même ampleur entre deux médecins ayant des niveaux de patientèle initiale différents, le niveau d'engagement d'accueil et de prise en charge de patients supplémentaires est défini selon la taille de la patientèle du médecin lors de l'embauche de l'assistant médical.

Des niveaux d'engagement ont ainsi été définis par « tranches de patientèle » en classant en percentile l'ensemble des médecins d'une même spécialité selon le niveau d'effectifs de patients pris en charge pour chacune des spécialités.

Au regard de l'objectif d'amélioration de l'accès aux soins, les engagements des médecins sont fixés de la manière suivante.

- ***Pour ce qui concerne les médecins généralistes et spécialistes en médecine générale,*** deux engagements complémentaires sont fixés pour les médecins souhaitant engager un assistant médical :
  - **Une augmentation de la patientèle adulte médecin traitant :** Cet indicateur mesure le nombre total de patients de plus de 16 ans ayant choisi le médecin généraliste comme médecin traitant.
  - **Une augmentation de la file active :** la notion de file active correspond au nombre de patients différents tout âge confondu vus dans l'année par le médecin.

Ces deux indicateurs sont pris en compte simultanément, car ils sont très corrélés. En cas d'écart significatif entre les indicateurs pour un médecin, l'indicateur le plus favorable au médecin sera pris en compte pour fixer son niveau d'engagement.

**Pour la fixation des objectifs, la patientèle prise en compte est celle arrêtée au 31 décembre de l'année précédent le recrutement de l'assistant médical dans le cabinet.**

Les objectifs de progression à atteindre pour chacun des deux indicateurs sont modulés selon 4 tranches d'activité, adaptées selon la distribution des médecins au sein de leur patientèle Médecin Traitant adulte et de leur file active.

- ***Pour ce qui concerne les médecins des autres spécialités médicales,***

Les objectifs des médecins relevant des spécialités éligibles telles que définies de l'article 9-3-1 sont fixés selon la taille de la file active. Ainsi, dans ce cadre, les différentes catégories d'objectifs sont fixées, selon les mêmes principes que pour les médecins généralistes (niveaux adaptés pour chaque spécialité éligible, avec des niveaux de progression modulés selon le point de départ) .

**Deux options en terme d'organisation offerte aux médecins : 1/3 ETP ou 1/2 ETP Assistant Médical**

Deux options sont offertes aux médecins en termes d'organisation : financement d'au moins 1/3 d'ETP d'assistant médical ou 1/2 ETP d'assistant médical permettant à chaque groupe de médecins de choisir son organisation, le niveau des engagements fixés et des financements alloués en contrepartie. Les médecins ont bien évidemment la possibilité de prendre l'attache

d'un assistant médical sur une durée de travail plus longue. Dans ce cas, ils assurent le financement nécessaire complémentaire à celui alloué dans le cadre de l'aide conventionnelle définie dans le présent accord.

**Article 9-5-2-2. Modalités de financement et contre-parties attendues sur la base du financement d'au moins 1/3 d'ETP d'assistant médical (1<sup>ère</sup> option)**

La participation de l'assurance maladie, selon cette option, est définie de la manière suivante :

- la 1<sup>ère</sup> année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est égal à 12 000 euros
- la 2<sup>ème</sup> année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 9000 euros. A partir de la 2<sup>ème</sup> année, le montant total de l'aide est proratisé en fonction du niveau d'atteinte des objectifs, conformément à l'article 9-5-2-4,
- à partir de la 3<sup>ème</sup> année de l'embauche de l'assistant médical, l'aide est maintenue de manière pérenne à 7000 euros et proratisée en fonction du niveau d'atteinte des objectifs conformément à l'article 9-5-2-4.

**Objectifs fixés pour l'option de financement d'au moins 1/3 d'ETP d'assistant médical**

- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe entre le 30<sup>ème</sup> percentile et le 50<sup>ème</sup> percentile : l'objectif attendu est de +20 %.
- Si la patientèle médecin traitant adulte et /ou file active du médecin se situe entre le 50<sup>ème</sup> percentile et le 70<sup>ème</sup> percentile : l'objectif attendu est de +15 %
- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe entre le 70<sup>ème</sup> percentile et le 90<sup>ème</sup> percentile : l'objectif attendu est de 7,5 %
- Si la patientèle médecin traitant et/ou file active du médecin se situe entre le 90<sup>ème</sup> percentile et le 95<sup>ème</sup> percentile : l'objectif attendu est de 4 %.
- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe au-delà du 95<sup>ème</sup> percentile : l'objectif attendu est un maintien de son effectif de patientèle suivie à son niveau initial

Ces objectifs sont également applicables aux médecins éligibles par dérogation au dispositif et exerçant seuls en zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

**Article 9-5-2-3. Modalités de financement et contre-parties attendues sur la base du financement d'au moins 1/2 d'ETP d'assistant médical (2<sup>ème</sup> option)**

La participation de l'assurance maladie, selon cette option, est répartie de la manière suivante :

- la 1<sup>ère</sup> année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est porté à 18 000 euros par médecin.
- la 2<sup>ème</sup> année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 13500 euros. A partir de la 2<sup>ème</sup> année le montant total de l'aide est proratisée en fonction du niveau d'atteinte des objectifs, conformément à l'article 9-5-2-4,
- à partir de la 3<sup>ème</sup> année, l'aide est maintenue de manière pérenne à 10500 euros et proratisé en fonction du niveau d'atteinte des objectifs conformément à l'article 9-5-2-4.

**Objectifs fixés sur une base de recrutement d'au moins 1/2 ETP d'assistant médical**

- Si la patientèle médecin traitant et/ou file active du médecin se situent entre le 30<sup>ème</sup> percentile et le 50<sup>ème</sup> percentile : l'objectif attendu est de +25 %.
- Si la patientèle médecin traitant et/ou file active du médecin se situe entre le 50<sup>ème</sup> percentile et le 70<sup>ème</sup> percentile : l'objectif attendu est de +20 % .
- Si la patientèle médecin traitant et/ou file active du médecin se situe entre le 70<sup>ème</sup> percentile et le 90<sup>ème</sup> percentile : l'objectif attendu est de 12,5 %.
- Si la patientèle médecin traitant et/ou file active du médecin se situe entre le 90<sup>ème</sup> percentile et le 95<sup>ème</sup> percentile : l'objectif attendu est de 4 %.
- Si la patientèle MT et/ou file active du médecin se situent au-delà du 95<sup>ème</sup> percentile : l'objectif attendu est un maintien de son effectif de patientèle suivie à son niveau initial

Ces objectifs sont également applicables aux médecins éligibles par dérogation au dispositif et exerçant seuls en zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

#### Article 9-5-2-4 Vérification du respect des engagements

Quelle que soit l'option retenue – 1/3 ou 1/2 ETP Assistant médical – les conditions de vérification du respect des engagements sont les suivantes.

Jusqu'à la fin de la deuxième année du contrat est mise en place une période d'observation sur le suivi de l'atteinte des objectifs fixés à chacun des médecins. Pendant cette période, même si les objectifs ne sont pas intégralement atteints, l'aide est intégralement maintenue.

A l'issue de la 2<sup>ème</sup> année de mise en oeuvre du contrat, l'atteinte des objectifs par le médecin employeur est vérifiée dans les conditions suivantes :

- si le niveau de patientèle atteint est égal ou supérieur à 75 % de l'objectif, l'aide est versée intégralement,
- si le niveau de patientèle atteint est égal ou supérieur à 50% de l'objectif, l'aide versée est égale à 75%
- si le niveau de patientèle atteint est inférieur à 50 % de l'objectif, l'aide versée au prorata du résultat obtenu.

A l'issue de la 3<sup>ème</sup> année, le médecin employeur doit maintenir son niveau d'activité à hauteur des objectifs fixés et ce, tout au long de la durée restante du contrat.

La vérification de ces objectifs s'effectue de la manière suivante pour cette 3<sup>ème</sup> année et pour les années suivantes : l'aide est strictement proratisée en fonction du niveau d'atteinte de l'objectif fixé.

La CPAM organise un point d'échange **annuel** avec les médecins signataires du contrat pour examiner conjointement les éventuelles difficultés de mise en oeuvre, et notamment la difficulté d'atteinte des objectifs fixés par les médecins, Il peut ainsi être tenu compte d'éventuels facteurs objectifs pouvant justifier de la non-atteinte des objectifs fixés : notamment, le manque de patients en recherche de médecin traitant dans sa zone d'exercice, ou un changement notable dans l'offre de soins lié à une augmentation du nombre de médecins exerçant dans la même spécialité suite à de nouvelles installations.

Ces échanges peuvent donner lieu, le cas échéant, à la conclusion d'un ou plusieurs avenants aux contrats initialement signés.

Une résiliation anticipée du contrat est envisageable, y compris pendant les deux premières années, si un médecin ne respecte pas de manière manifeste ou pour des raisons indépendantes de sa volonté les termes du contrat (exemple : non démarrage de la formation, démission de l'assistant médical). En cas d'indisponibilité temporaire de l'assistant médical

(congé maladie d'une durée substantielle, congé maternité, démission...) une neutralisation de l'atteinte des objectifs peut être mise en place.

#### **Article 9-5-2-5 Autres dispositions communes aux deux options**

➤ **Modalités de versement de l'aide**

Un dispositif de versement d'acompte est mis en place, le 1<sup>er</sup> acompte (70%) étant versé 15 jours après la réception des pièces justifiant le recrutement de l'assistant médical. Pour les années suivantes l'acompte est versé dans les deux mois suivant la date anniversaire du contrat au même moment que le versement du solde dû au titre de l'année écoulée.

➤ **Caractère non substitutif du poste d'assistant médical**

Dans le cas où l'assistant médical serait déjà employé par l'un ou plusieurs des médecins (par exemple en occupant déjà un poste de secrétaire médicale), le financement de l'Assurance Maladie sera conditionné au remplacement du salarié dans sa fonction antérieure dans les 6 mois suivant la prise de fonction comme assistant médical. Dans l'hypothèse où ce recrutement ne se ferait que de manière partielle en termes d'équivalent temps plein, le financement de l'assurance maladie serait réduit à due proportion.

Il sera également vérifié que le médecin bénéficiaire de l'aide n'aura pas réduit, au cours des 6 derniers mois précédant le recrutement du poste d'assistant médical, le nombre des salariés pouvant prétendre à ce même poste exerçant au sein de son cabinet.

#### **Article 9-5-2-6 Cas particuliers**

➤ **Financement des médecins ayant un objectif de maintien de niveau de patientèle**

Pour les médecins qui ont un objectif de maintien de niveau de patientèle (soit une patientèle MT et/ou file active correspondant au 95<sup>ème</sup> percentile), l'absence de gain généré par l'augmentation de l'activité est compensée par le versement pérenne de la somme prévue pour la première année d'embauche de l'assistant médical prévue aux articles 9-5-2-2 ou 9-5-2-3 de la présente convention, sous réserve du respect de leurs objectif de maintien.

Toutefois, si ces médecins ne maintiennent pas le niveau de leur patientèle, et voient leur patientèle baisser, l'aide sera calculée à partir de la fin de la 2<sup>e</sup> année de la manière suivante :

- Si la baisse de niveau de patientèle se situe entre 0% et -5%, l'aide sera intégralement versée,
- Si la baisse de niveau de patientèle se situe entre -5% et -10%, l'aide sera proratisée
- Si la baisse de niveau de patientèle se situe en dessous de -10 %, l'aide ne sera pas versée.

➤ **Fixation des objectifs pour les médecins à exercice mixte.**

Les médecins dont le niveau d'activité est sensiblement inférieur à la médiane incluent des médecins à exercice mixte (activité salariée complémentaire, à titre d'exemple dans un établissement sanitaire ou médico-social). Dans ce cas de figure, leur activité s'avère en réalité plus importante quand elle est rapportée sur la base d'un temps plein.

C'est pourquoi pour ces médecins ayant une activité mixte, il est tenu compte de leur situation pour reconstituer leur niveau réel d'activité et fixer leur objectif en conséquence, en cohérence avec la classification opérée ci-dessus. Pour ce faire, les médecins concernés doivent produire tout document attestant de cette activité complémentaire à celle exercée sous le mode libéral dans le cadre de la présente convention.

➤ **Fixation des objectifs et vérification des résultats pour les médecins nouveaux installés**

Pour les médecins nouveaux installés au sens de l'article 9.3.5, pour prendre en compte la montée en charge progressive de leur patientèle, leur objectif est fixé de manière à se situer dans un délai de 3 ans au dessus de 40 % des médecins de la même spécialité et de la même région ayant la plus faible patientèle (P40 de la moyenne régionale de la patientèle MT ou file active de la spécialité)

A la 3<sup>ème</sup> année, en fonction du niveau d'atteinte des objectifs, l'aide est versée de la manière suivante :

- si le médecin se situe au dessus de P40 de la moyenne régionale de la patientèle MT ou file active de la spécialité, l'aide est versée dans sa totalité,
- entre P30 et P40, l'aide est versée au prorata de l'écart,
- en dessous de P30, aucune aide n'est versée.

A la fin de la troisième année, le médecin n'étant plus considéré comme nouvel installé, le contrat doit faire l'objet d'un avenant sur la base de sa patientèle réelle.

## **Article 9-6 Evaluation du dispositif**

Le dispositif fait l'objet d'un suivi régulier par les partenaires conventionnels dans le cadre de la Commission Paritaire Nationale visé à l'article 80 de la Convention nationale. Lors d'un premier bilan qui devra être établi au bout de deux années de mise en place du dispositif, il sera notamment observé le déploiement des assistants médicaux et l'impact en termes d'organisation et d'accès aux soins.

Par ailleurs, un dispositif de suivi local des contrats individuellement conclus par les médecins employeurs est effectué par leur caisse de rattachement à l'issue de chaque année de mise en œuvre du contrat.

## **Article 2 – Evolution du forfait structure pour valoriser l'engagement du médecin dans une démarche d'exercice coordonné**

Le contenu du forfait structure a été défini par les partenaires conventionnels en 2016 lors de la conclusion de la nouvelle convention médicale. Deux ans après la mise en œuvre de ce forfait structure, ils souhaitent le faire évoluer pour prendre en compte les modifications organisationnelles au sein des cabinets médicaux.

Dans ce cadre, les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité de renforcer et valoriser l'exercice coordonné, qui constitue un des leviers pour permettre une meilleure prise en charge des besoins de soins sur le territoire.

En effet, ce mode d'exercice permet de renforcer la prévention, l'efficience et la qualité de la prise en charge des patients, de faciliter l'articulation entre les établissements de santé et les offreurs de soins du secteur ambulatoire pour assurer la continuité des parcours des patients, de conforter l'offre de soins de premier et second recours, et enfin d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé.

L'accord cadre interprofessionnel visé à l'article L.162-1-13 du code de la sécurité sociale signé le 10 octobre 2018 rappelle que ce mode d'exercice peut prendre diverses formes : maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé, équipes de soins primaires, équipes de soins spécialisés ou d'autres formes d'organisations pluri-professionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité, aux besoins de prise en charge des patients.

Cette coordination implique aussi que les professionnels de santé organisent à un échelle territoriale plus large, une réponse collective aux besoins de santé de la population notamment au sein des communautés professionnelles territoriales de santé.

Pour ce faire, les partenaires conventionnels souhaitent aménager le forfait structure, vecteur privilégié pour porter cette mesure, de manière à valoriser le médecin libéral impliqué dans la prise en charge coordonnée des patients sous quelle que forme que ce soit (participation du médecin à une équipe de soins primaires, une équipe de soins spécialisés, une maison de santé pluri-professionnelle, une communauté professionnelle territoriale de santé, des réunions pluriprofessionnelles ou pluridisciplinaires régulières protocolisées dans le cadre de la prise en charge de personnes âgées ou de patients souffrant de pathologies chroniques invalidantes ou à d'autres formes d'organisations pluriprofessionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients).

Dans ce contexte, l'article 20 de la convention nationale intitulé : « la mise en place d'un forfait structure » est modifié comme suit :

Après les mots « la valeur du point est fixée à 7 euros », ajouter un alinéa rédigé comme suit :

« Par ailleurs, à compter de 2019, ce forfait structure est complété par une rémunération forfaitaire exprimée non en points mais en euros (volet 3), conformément aux dispositions prévues à l'article 20.3 de la présente convention ».

En outre, l'article 20.1 de la convention nationale intitulé : « Premier volet du forfait structure (pré-requis) », est complété de la manière suivante : après les mots : « ce premier volet du forfait est affecté de 175 points en 2017 puis 230 en 2018 puis 280 points en 2019 », ajouter un alinéa rédigé comme suit : « A compter de 2022 ce volet est revalorisé à hauteur de 400 points par l'intégration dans le volet 1 de l'indicateur « participation à une démarche de soins coordonnée », initialement intégré dans le volet 2 du forfait.

Ainsi, à compter de 2022 l'indicateur « participation à une démarche de soins coordonnée » devient un pré-requis pour bénéficier du forfait structure ».

A l'article 20.2 le paragraphe : « Indicateur 3 : valoriser la démarche de prise en charge coordonnée » est modifié comme suit : « Cet indicateur valorise le médecin impliqué dans des démarches de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire donné : participation du médecin à une équipe de soins primaires (ESP), une équipe de soins spécialisés, une maison de santé pluri-professionnelle (MSP), une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), des réunions pluriprofessionnelles ou pluridisciplinaires régulières protocolisées dans le cadre de la prise en charge de personnes âgées ou de patients souffrant de pathologies chroniques invalidantes ou à d'autres formes d'organisations pluriprofessionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients

De même , après les mots « Cet indicateur est affecté de 15 points en 2017, 40 points en 2018 et 60 points en 2019 », ajouter deux alinéas rédigés ainsi : « Pour 2020 et 2021, cet indicateur est revalorisé à hauteur de 120 points.

A compter de 2022, cet indicateur est transféré dans le volet 1 du forfait qui constitue les indicateurs pré-requis à la rémunération ».

- De même, au même article, le paragraphe concernant l'indicateur 4 : « services offerts aux patients » est modifié comme suit : «

Cet indicateur vise à valoriser le médecin qui offre certains services dans le cadre de la prise en charge de ses patients tels que la prise de rendez-vous avec les correspondants, l'accompagnement des parcours complexes, la prise en charge médico-sociale si nécessaire (recherche de structures sanitaires ou médico-sociales, services à domicile...), la résolution des problèmes liés à l'accès aux droits, etc. et ce, que les ressources soient au sein du cabinet du médecin (personnel du cabinet ayant une fonction de coordination bien identifiée, personnel existant qui se forme spécifiquement par exemple avec mutualisation de cette ressource entre plusieurs confrères d'un cabinet de groupe ou entre confrères de cabinets différents, etc.) ou à l'extérieur du cabinet (recours à des structures d'appui externalisées ou aux coordonnateurs mis en place dans les MSP par exemple avec mutualisation du personnel).

De plus, après les mots « Cet indicateur est affecté de 20 points en 2017, 80 points en 2018 et 130 points en 2019 », sont ajoutés les mots « A compter de 2020, cet indicateur est affecté de 70 points.

- Après l'alinéa suivant le paragraphe « Indicateur 7 : valoriser le recours à la télémédecine – aide à l'équipement en équipements médicaux connectés », un indicateur 8, intitulé : « Indicateur 8 : valoriser la « participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre d'une régulation territoriale ».

Cet indicateur est valorisé dès 2020 à hauteur de 70 points ».

Après les mots « Le second volet du forfait est affecté de 75 points en 2017 puis 230 en 2018 puis 455 points en 2019 », ajouter les mots suivants : « En 2020 et 2021 le volet 2 est porté à 525 points.

A partir de 2022, le volet est affecté de 405 points ».

En outre, à la suite de l'article 20.2 de la convention nationale, est créé un article 20.3 rédigé comme suit :

**« Article 20.3 Troisième volet du forfait structure : participation au financement du recrutement d'un assistant médical au sein du cabinet médical**

Ce volet prévoit une aide pérenne à compter du recrutement d'un assistant médical et dans le respect des conditions et critères d'éligibilité prévues à l'article 9.3 de la présente convention.

Ce troisième volet est conditionné à l'atteinte des pré-requis tels que prévus dans le volet 1 du forfait structure à compter de 2019 et au respect de ses engagements par le médecin employeur, tels que définis à l'article 9-5-2-2 et 9-5-2-3.

.Ainsi, pour le financement d'au moins 1/3 d'ETP d'assistant médical :

L'aide est répartie de la manière suivante :

- la 1<sup>ère</sup> année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est porté à 12000 euros par médecin.
- la 2<sup>ème</sup> année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 9000 euros. A partir de la 2<sup>ème</sup> année, le montant total de l'aide est proratisé en fonction du niveau d'atteinte des objectifs, conformément à l'article 9-5-2-4
- à partir de la 3<sup>ème</sup> année de l'embauche de l'assistant médical, l'aide est maintenue de manière pérenne à 7000 euros, proratisée en fonction du niveau d'atteinte des objectifs conformément à l'article 9-5-2-4.
- 

Pour le financement d'au moins 1/2 d'ETP d'assistant médical :

L'aide est répartie de la manière suivante :

- la 1<sup>ère</sup> année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est porté à 18000 euros.
- la 2<sup>ème</sup> année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 13500 euros. A partir de la 2<sup>ème</sup> année le montant total de l'aide est proratisé en fonction du niveau d'atteinte des objectifs, conformément à l'article 9-5-2-4.

- à partir de la 3<sup>ème</sup> année, l'aide est maintenue de manière pérenne à 10500 euros pour la partie fixe, proratisée en fonction du niveau d'atteinte des objectifs conformément à l'article 9-5-2-4. »

Les dispositions de l'annexe 12 de la convention nationale sont modifiées conformément aux modifications ci-dessus. L'annexe 12 modifiée est annexée en annexe xx.

### **Article 3 – Modification des dispositions relatives aux commissions paritaires locales, régionales et nationales**

#### Commissions Paritaires

A l'article 1.3 de l'annexe 23 de la convention nationale portant règlement intérieur type est complété comme suit : après les mots « chaque organisation syndicale reconnue représentative signataire de la présente convention étant assurée d'obtenir au moins un siège », les deux alinéas suivants sont ajoutés : « A titre exceptionnel, dans les départements/régions où il existe une carence d'une ou de plusieurs représentations, les représentants d'une organisation professionnelle siégeant en CPL/CPR peuvent être installés dans d'autres départements/régions que ceux où sont implantés les CPL/CPR au sein desquels ils siègent.

Si malgré les dispositions précédentes et après contact avec les organisations syndicales concernées, il apparaissait une carence répétée de représentants d'une organisation professionnelle, la totalité des sièges vacants pourrait alors être attribuée en CPL/CPR aux représentants des autres organisations syndicales représentatives des médecins libéraux, signataires de la présente convention et représentées dans le département ou la région

#### Observatoire des mesures conventionnelles

L'article 81 concernant l'Observatoire conventionnel est supprimé.

En outre, l'article 80.3 intitulé : « rôle de la Commission Nationale Paritaire » est complété comme suit :

après les mots : « de ces forfaits », sont ajoutés les mots :

- « la mise en place et le suivi des mesures sur l'activité clinique telle que décrite aux articles 28 et suivants,

- la mise en place et le suivi des mesures sur l'activité technique telle que décrite aux articles 29 et suivants et l'impact sur la valeur du modificateur K du nombre de médecins signataires de l'OPTAM-CO,
- l'élaboration de la méthodologie pour la fixation et la révision du coût de la pratique des actes en lien avec les travaux menés par l'observatoire de la CCAM défini à l'article 2 de l'annexe 2,
- le suivi de la mise en place du médecin traitant de l'enfant,
- le suivi et l'évaluation du dispositif d'aide au recrutement d'un assistant médical

Les études médico-économiques nécessaires à ces suivis seront menées en fonction des données disponibles et des possibilités actuelles des systèmes d'information. »

De même, à l'article 15-4-1 de la convention intitulé : « Le forfait patientèle médecin traitant pour le suivi au long cours des patients », le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes : « Un bilan des rémunérations versées au titre de ce forfait patientèle médecin traitant est effectué chaque année par l'assurance maladie et présenté aux membres de la Commission Paritaire Nationale définis dans la présente convention pour permettre aux partenaires conventionnels d'examiner les conditions de son évolution. »

L'article 29 de la convention nationale intitulé : « valorisation des activités cliniques, le 7<sup>e</sup> alinéa est remplacé par l'alinéa suivant : « A ce titre, un suivi régulier des différentes mesures mises en place pour les spécialités techniques sera réalisé dans le cadre de la CPN. En outre, les missions de l'observatoire de la CCAM sont précisées l'Annexe 2 de la convention. »

Dans l'annexe 23 « règlement intérieur type des commissions paritaires », les dispositions faisant allusion à l'« observatoire des mesures conventionnelles » sont supprimés.

#### **Observatoire des pratiques tarifaires**

A l'annexe 25 concernant l'Observatoire des pratiques tarifaires, l'article 2 est modifié comme suit : les mots : « l'observatoire se réunit chaque trimestre est remplacé par les mots « l'Observatoire se réunit autant que de besoin et a minima une fois par an ».

#### **Article 4 – Champ d'application de la Convention**

L'article 2 de la Convention nationale est complété comme suit :

« après les mots : « La convention nationale s'applique :

- aux médecins exerçant à titre libéral ...», ajouter les mots « ayant un lieu d'exercice en France ».

## **Article 5- Autres modifications**

### **Article 5-1 - Mesures en faveur des jeunes médecins entrant dans un dispositif favorisant l'exercice mixte**

Les partenaires conventionnels souhaitent accompagner les mesures en faveur de l'accès aux soins dans les zones sous-denses au sens du 1° de l'article L 1434-4 du code de la santé publique et notamment celle (dite « 400 médecins généralistes dans les territoires prioritaires ») visant à favoriser le déploiement de postes de jeunes médecins généralistes à exercice mixte, partagé entre une structure hospitalière et un exercice ambulatoire (dans un cadre libéral ou salarié) par le biais d'un soutien financier apporté à des acteurs susceptibles de proposer des postes de médecins généralistes salariés dans les territoires prioritaires.

Ils conviennent ainsi d'apporter, en faveur de ces médecins éligibles à ce dispositif, un élément de souplesse aux dispositions conventionnelles, en leur ouvrant la possibilité de bénéficier, à l'issue des deux ans exercés dans ce seul cadre, du droit à l'éligibilité aux contrats démographiques d'une part, et d'autre part à la possibilité d'exercer en secteur à honoraires différents dès lors qu'ils disposent des titres requis au regard des dispositions de l'article 38 et suivants de la convention médicale.

Aussi, à l'article 4 de la convention intitulé « Contrat type national d'aide à l'installation des médecins (CAIM) dans les zones sous-dotées », après les termes : « un médecin ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide à l'installation médecin », sont ajoutés les dispositions suivantes: « Concernant les médecins ayant bénéficié d'un dispositif d'aide à l'exercice mixte partagé entre une structure hospitalière et un exercice libéral en zone sous-dense pendant une durée de deux ans, cet exercice libéral partagé pendant une durée de deux ans n'est pas assimilé à une première installation au sens du présent article ».

L'article 38.1.1 intitulé « Titres donnant accès au secteur à honoraires différents » est complété de la manière suivante :

Après les termes « -praticien des hôpitaux à temps partiel comptant au minimum cinq années d'exercice dans ces fonctions et dont le statut relève des articles R.6152-201 et suivants du code de la santé publique », est ajouté un dernier alinéa, rédigé comme suit :

« Les fonctions permettant de détenir les titres précités, peuvent être réalisées alternativement au sein d'établissements de santé de nature différentes (établissement public, établissement de santé privé d'intérêt collectif ...). Dans ce cas, la demande d'accès au secteur à honoraires différents est examinée dans le cadre de la procédure d'équivalence prévue à l'article 38.1.2. ».

L'article 38.1.2 relatif à la procédure d'équivalence des titres est complété comme suit.

A la fin du paragraphe intitulé « Situation de l'exercice en secteur privé par un praticien hospitalier », sont ajoutés les dispositions suivantes :

« Situation de l'exercice libéral par un praticien recruté dans le cadre du dispositif d'aide à l'exercice mixte partagé entre une structure hospitalière et un exercice libéral en zone sous-dense dit « mesure des 400 médecins généralistes dans les territoires prioritaires » »

Par dérogation, l'exercice d'une activité libérale par les praticiens recrutés dans le cadre du dispositif d'aide à l'exercice mixte partagé entre une structure hospitalière et un exercice libéral en zone sous-dense pendant 2 ans n'est pas assimilé à une première installation en libéral, au sens de la convention.

#### **Article 5-2 Mesures de nomenclature**

Après l'article 29.5 de la convention nationale est ajouté un article 29.6 rédigé de la manière suivante : « **Autres mesures concernant l'activité technique** »

##### **- Dispositions concernant l'anesthésie**

A la suite des travaux du groupe prévu à l'article 29.3 de la convention médicale, les partenaires conventionnels s'accordent pour étendre les indications de l'acte d'écho guidage dans le cadre de l'anesthésie loco régionale au sein, au thorax et au cou et à l'anesthésie périmédullaire des patients obèses.

Ils proposent par ailleurs de mieux valoriser l'analgésie post-opératoire avec la création de deux modificateurs pour des listes d'actes d'anesthésie dont le tarif secteur 1 ou Optam est supérieur à xx € : l'un de XX % et l'autre de YY % respectivement pour les analgésies post-opératoires avec ou sans cathéter périmédullaire.

L'annexe XXX précise les listes des actes qui seraient concernés par ces valorisations.

##### **- Dispositions concernant les indicateurs OJKT**

De même, à la suite du groupe de travail conventionnel prévu à l'article 29.5 de la convention médicale, les partenaires conventionnels proposent de modifier la liste des actes éligibles au modificateur O ainsi que celles des actes pouvant bénéficier des modificateurs J, K et T. L'annexe XXX précise la liste des actes éligibles.

La mise en œuvre de ces mesures est conditionnée par la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

**- Dispositions concernant les actes de radiologie**

Afin de favoriser l'accès aux soins des patients à des soins spécialisés aux tarifs opposables et réduire le reste à charge, les partenaires conventionnels poursuivent la mise en œuvre de la classification commune des actes médicaux (CCAM) en ajustant de façon progressive les honoraires de certains actes compte tenu de l'évolution des techniques.

L'annexe 26, intitulée « tarif des actes de la CCAM technique » est modifiée dans les conditions définies à l'annexe XXX du présent avenant.

Cet ajustement de la CCAM aux évolutions médicales et techniques se traduirait également par la suppression du modificateur C valorisant les radiographies comparative.

La mise en œuvre de ces mesures est conditionnée par la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

**Article 5-3 Transposition des mesures relatives aux soins et actes dentaires aux médecins stomatologues et spécialistes en soins bucco-dentaires**

Il est inséré dans la convention médicale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, après le sous-titre 5 intitulé « Maîtriser les dépassements d'honoraires pour un meilleur accès aux soins », **un sous-titre 6 intitulé : « Améliorer l'accès financier aux soins bucco-dentaires ».**

Fait à Paris, le XX

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

Nicolas REVEL

Au titre des généralistes

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

Le Président de la Fédération des Médecins  
de France  
Docteur Jean-Paul HAMON

Le Président du Syndicat des Médecins  
Libéraux  
Docteur Philippe VERMESCH

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

Au titre des spécialistes

Les Co-Présidents du syndicat Le BLOC  
Docteur Bertrand de ROCHAMBEAU

Docteur Philippe CUQ

Docteur Jérôme VERT

Le Président de la Fédération des Médecins  
de France  
Docteur Jean-Paul HAMON

Le Président du Syndicat des Médecins  
Libéraux  
Docteur Philippe VERMESCH

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

Le Président de L'Union Nationale des  
Organismes Complémentaires  
d'Assurance Maladie

Maurice RONAT

PROJET