

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 son article 42,

Vu l'accord cadre 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, constituent un levier prioritaire pour répondre aux enjeux d'accès aux soins et de qualité des prises en charge.

C'est pourquoi, elles 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 dans le cadre du référentiel métier.

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 des fonctions de secrétariat médical. De même, s'il est possible qu'un infirmier se voit confier la fonction d'assistant médical et, à ce titre, puisse réaliser un acte relevant de son champ de compétences, 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, intégrant une éventuelle VAE (Validation des Acquis de l'Expérience), dont le contenu et la durée seront déterminés dans le cadre de la convention collective des personnels des cabinets libéraux.

Pour les assistants médicaux recrutés sans être titulaires du certificat de qualification professionnelle (CQP) et sous réserve de la mise en place des formations qualifiantes, 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 deux catégories de spécialités, précisées en annexe 35 de la convention nationale (cf annexe 3) :

- certaines spécialités sont éligibles sur l'ensemble du territoire. La liste de ces spécialités figure en annexe 35 de la convention nationale (groupe 1) ;
- les autres spécialités sont éligibles dans 30 % 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 35 (groupe 2). Par dérogation, la Commission Paritaire Nationale peut rendre éligible une spécialité dans un département, autres que ceux mentionnés en annexe 35, où serait constatée une tension dans l'accès aux soins.

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 notamment aux communautés professionnelles territoriales de santé. A mesure de leur mise en œuvre progressive, les médecins bénéficiaires participeront, quand ils existent, aux dispositifs territoriaux visant à améliorer l'accès aux soins de la population de leur territoire, dans le cadre d'une communauté professionnelle territoriale de santé ou d'une autre forme d'organisation territoriale reconnue par la commission paritaire locale.

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 regroupés dans un cabinet composé d'au moins 2 médecins. Les maisons de santé pluriprofessionnelles multisites répondent à cette condition de cabinet regroupé.

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 d'activité se situe au moins au 30^{ème} percentile en termes de distribution nationale au 31/12/2018 pour la spécialité.

Le 30^{ème} percentile correspond au nombre de patients pour lequel 70% des médecins se situent au-dessus de celui-ci, 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 calculée au 31 décembre de l'année précédente ou celle au 30 juin de l'année en cours, selon la date de recrutement de l'assistant médical dans le cabinet.

Les seuils concernés en fonction des différentes spécialités sont listés en annexe 2.

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) à partir du 1^{er} janvier 2019, en cabinet libéral conventionné de secteur 1 ou secteur 2 ayant adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM CO, 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 9-5-2-7.

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 deuxième année de mise en œuvre du contrat (date anniversaire de signature).

➤ Éligibilité des médecins reconnus en qualité de travailleur handicapé (RQTH) ou atteints d'une affection de longue durée (ALD)

Par dérogation, les médecins reconnus en qualité de travailleur handicapé (RQTH) ou souffrant d'une affection de longue durée (ALD) dont le handicap ou la pathologie ont un impact sur leur activité peuvent être éligibles au dispositif, quel que soit leur niveau de patientèle initiale, pour les aider à maintenir un niveau d'activité correspondant au besoin de soins des patients de leur territoire d'exercice. L'accord sur l'éligibilité à la contractualisation est pris par le directeur de la caisse après avis du service médical placé près de ladite caisse. L'appréciation du niveau de financement d'assistant médical nécessaire et des objectifs fixés au niveau de l'augmentation ou du maintien du niveau de patientèle sont définis conjointement par le médecin et la caisse au regard de la situation du médecin et des besoins du territoire en termes d'accès aux soins. Le médecin peut être accompagné, s'il le souhaite, lors de la définition du contenu de son contrat avec le directeur de la caisse, par un membre de son choix de la section professionnelle de la commission paritaire locale.

Cette appréciation du niveau des financements et des objectifs fixés peut faire l'objet d'une révision chaque année si nécessaire.

➤ Éligibilité des médecins généralistes avec une forte patientèle d'enfants de moins de 16 ans

Par dérogation au critère de seuil minimal de patientèle médecin traitant adulte fixé à l'article 9-3-4, les médecins généralistes ne remplissant pas ce critère au motif d'une forte proportion d'enfants de moins de 16 ans dans leur patientèle file active (supérieure à 20 %) sont éligibles au dispositif, dès lors que leur patientèle file active se situe au-dessus du 30^{ème} percentile.

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, la patientèle médecin traitant adulte et la patientèle file active sont prises en compte.

- **Dérogations au principe de regroupement**

➤ **Médecins en zones sous denses**

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^o 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 adultes équivalent au 30ème percentile ou au seuil minimal de file active de patients déterminé pour chaque spécialité (cf. annexe 2), pour les médecins des autres spécialités.

➤ **Médecins non regroupés physiquement mais travaillant dans une logique de coordination renforcée de leurs modalités d'exercice**

Les médecins n'exerçant ni en zones sous denses ni dans un même lieu physique peuvent bénéficier du financement du recrutement d'un assistant médical à deux conditions :

- avoir au moins un niveau de patients médecin traitant adultes ou de file active pour les autres spécialités équivalent au 70^{ème} percentile.
- avoir recours à un même assistant médical dans une logique de coordination renforcée de leurs conditions d'exercice. Cet engagement peut 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 figurant en annexe 34 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 défini en annexe 34 de la convention nationale.

L'assurance maladie verse l'aide forfaitaire au médecin ayant signé le contrat.

Le médecin a le choix de recruter directement l'assistant médical ou de faire appel pour ce recrutement à un groupe de médecins libéraux ou à toute autre structure habilitée à effectuer une telle démarche.

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 contreparties

Les modalités d'attribution de l'aide au recrutement de l'assistant médical sont réalisées selon l'option choisie par le médecin, c'est-à-dire selon le niveau d'engagement et de financement qu'il choisit.

Le médecin peut changer d'option sur la base d'un avenant au contrat, dès lors que les conditions de recrutement de l'assistant médical sont amenées à évoluer.

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 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 de la convention, dès lors que le médecin a bien rempli les conditions posées au titre du volet 1 du forfait structure.

Engagements du médecin en contrepartie du financement

En contrepartie 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 plusieurs 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 effectifs de patientèle en classant en percentiles, selon une distribution nationale, 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. Le suivi des objectifs sera ensuite réalisé sur les deux indicateurs.

Les objectifs de progression à atteindre pour chacun des deux indicateurs sont modulés selon 5 tranches d'activité, adaptées selon la distribution des médecins au titre 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 principales sont ouvertes à chaque médecin lui permettant de choisir son organisation, selon le niveau de financement alloué et les engagements 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 en complément de celui alloué dans le cadre de l'aide conventionnelle.

Article 9-5-2-2. 1^{ère} option de financement et d'engagement

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

- la 1^{ère} année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 12 000 euros,
- la 2^{ème} année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 9000 euros,
- à partir de la 3^{ème} année de l'embauche de l'assistant médical, l'aide maximale est maintenue de manière pérenne à 7000 euros maximum

Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe entre le 90^{ème} percentile et le 95^{ème} percentile, l'aide maximale versée à partir de la 3^{ème} année est de 8350 euros par an.

Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe au-dessus du 95^{ème} percentile, l'aide maximale est de 12 000 euros par an pendant toute la durée du contrat.

Objectifs fixés pour cette option

- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe entre le 30^{ème} percentile et le 50^{ème} percentile : l'objectif attendu est de +20 %.
- Si la patientèle médecin traitant adulte et /ou file active du médecin se situe entre le 50^{ème} percentile et le 70^{ème} percentile : l'objectif attendu est de +15 %.

- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe entre le 70^{ème} percentile et le 90^{ème} percentile : l'objectif attendu est de +7,5 %.
- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe entre le 90^{ème} percentile et le 95^{ème} 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^{ème} percentile : l'objectif attendu est un maintien de son effectif de patientèle au regard de son niveau initial.

Pour bénéficier de cette option, le médecin devra justifier de l'embauche d'au moins 1/3 d'ETP d'assistant médical.

Article 9-5-2-3. 2^{ème} option de financement et d'engagement

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

- la 1^{ère} année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 18 000 euros par médecin,
- la 2^{ème} année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 13500 euros.
- à partir de la 3^{ème} année, l'aide maximale est maintenue de manière pérenne à 10500 euros
- Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe entre le 90^{ème} percentile et le 95^{ème} percentile, l'aide maximale versée à partir de la 3^{ème} année est de 12 500 euros par an.
- Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe au-dessus du 95^{ème} percentile, l'aide maximale est de 18 000 euros par an pendant toute la durée du contrat.

Objectifs fixés pour cette option

- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe entre le 30^{ème} percentile et le 50^{ème} percentile : l'objectif attendu est de +25 %.
- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe entre le 50^{ème} percentile et le 70^{ème} percentile : l'objectif attendu est de +20 %.

- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe entre le 70^{ème} percentile et le 90^{ème} percentile : l'objectif attendu est de + 12,5 %.
- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe entre le 90^{ème} percentile et le 95^{ème} percentile : l'objectif attendu est de +6%.
- Si la patientèle médecin traitant et/ou file active du médecin se situe au-delà du 95^{ème} percentile : l'objectif attendu est un maintien de son effectif de patientèle suivie au regard de son niveau initial.

Pour bénéficier de cette option, le médecin devra justifier de l'embauche d'au moins 1/2 d'ETP d'assistant médical.

Article 9-5-2-4. Option spécifique de financement et d'engagement en zone sous -dense

Par dérogation, pour les médecins installés en zone sous dense au sens du 1434-4 1° du code de la santé publique (zones éligibles aux aides conventionnelles), le financement d'un assistant médical à hauteur d'un équivalent temps plein pour un médecin est possible.

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

- la 1^{ère} année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 36 000 euros par médecin,
- la 2^{ème} année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 27 000 euros,
- à partir de la 3^{ème} année, l'aide maximale est maintenue de manière pérenne à 21 000 euros maximum

Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe entre le 90^{ème} percentile et le 95^{ème} percentile, l'aide maximale versée à partir de la 3^{ème} année est de 25 000 euros par an.

Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe au-dessus du 95^{ème} percentile, l'aide maximale est de 36 000 euros par an pendant toute la durée du contrat.

Objectifs fixés pour cette option :

- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe entre le 30^{ème} percentile et le 50^{ème} percentile : l'objectif attendu est de +35%.
- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe entre le 50^{ème} percentile et le 70^{ème} percentile : l'objectif attendu est de +30 %.

- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe entre le 70^{ème} percentile et le 90^{ème} percentile : l'objectif attendu est de + 20 %.
- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe entre le 90^{ème} percentile et le 95^{ème} percentile : l'objectif attendu est de + 12,5%.
- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe au-delà du 95^{ème} percentile : l'objectif attendu est de +5%.

Pour bénéficier de cette option, le médecin devra justifier de l'embauche d'au moins 1 d'ETP d'assistant médical.

Au regard du nombre de contrats de recrutement d'assistants médicaux déjà signés et des besoins de santé du territoire, et notamment le nombre de patients restant sans médecin traitant au sein du territoire, le directeur de la caisse peut suspendre cette option et en informe la Commission Paritaire Locale. Toutefois, les contrats existants perdurent jusqu'à leur terme. Au regard des mêmes critères, le directeur de la caisse peut rouvrir cette option à tout moment.

Les partenaires conventionnels examineront, dans les 12 mois suivant l'entrée en vigueur du présent avenant, les conditions dans lesquelles cette option spécifique pourrait être le cas échéant étendue à d'autres territoires soumis à des tensions démographiques fortes mais qui ne seraient pas retenus dans le zonage défini au titre de l'article L 1434-4 1° du code de la santé publique.

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

Quelle que soit l'option retenue – option 1 ou 2 ou option dérogatoire pour un médecin exerçant en zone sous dense – 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 partir de la 3^{ème} année de mise en œuvre du contrat, l'atteinte des objectifs par le médecin employeur est vérifiée par la caisse 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^{ème} année, le médecin doit maintenir son niveau d'activité à hauteur des objectifs fixés et ce, tout au long de la durée restante du contrat.

A compter de la quatrième année et pour les années suivantes, le montant de l'aide versée est proratisé en fonction du niveau d'atteinte de l'objectif fixé.

La caisse organise un point d'échange semestriel avec les médecins signataires du contrat pour examiner conjointement les éventuelles difficultés de mise en œuvre, et notamment la difficulté d'atteinte des objectifs fixés. 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 à la suite 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 par la caisse du contrat est possible, 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 dans les conditions définies à l'article 9.2, 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 9-5-2-6 Autres dispositions communes aux différentes options

➤ Modalités de versement de l'aide

Un dispositif de versement d'acompte est mis en place chaque année.

Pour la 1^{ère} année, le 1^{er} acompte de 70% de la somme totale due au titre de la 1^{ère} année du contrat) est versé 15 jours après la réception des pièces justifiant le recrutement de l'assistant médical. Le solde de cette 1^{ère} année est versé à la 1^{ère} date anniversaire du contrat.

Pour la 2^{ème} année, à la 1^{ère} date anniversaire du contrat, un nouvel acompte de 70% de la somme totale due au titre de la 2^{ème} année du contrat est versé. Le solde de cette 2^{ème} année est versé à la 2^{ème} date anniversaire du contrat.

Pour la 3^{ème} année, dans les deux mois suivant la 2^{ème} date anniversaire du contrat, un nouvel acompte est versé. Cet acompte est calculé en fonction du niveau de l'atteinte des objectifs observé à la fin de la 2^{ème} année du contrat, conformément à l'article 9-5-2-5.

- si le niveau de patientèle du médecin atteint est égal ou supérieur à 50 % de l'objectif (observation faite par rapport aux dernières données de patientèle disponibles), le montant de l'acompte correspond à 70% de la somme due.
- si le niveau de patientèle atteint est inférieur à 50 % de l'objectif (observation faite par rapport aux dernières données de patientèle disponibles), le montant de l'acompte correspond à 50 % de la somme due au titre de la 3^{ème} année du contrat ; un second acompte de 20% de la somme due au titre de la 3^{ème} année du contrat est versé 6 mois plus tard, si le niveau de patientèle atteint est désormais supérieur ou égal à 50 % de l'objectif (à partir des dernières données de patientèle disponibles). Le solde de cette 3^{ème} année est versé deux mois après la 3^{ème} date anniversaire du contrat.

Pour la 4^{ème} année et les années suivantes, dans les deux mois suivant la date anniversaire du contrat, un nouvel acompte est versé ainsi que le solde de l'année précédente.

Cet acompte est calculé en fonction du niveau de l'atteinte des objectifs observé à la fin de l'année précédente, conformément à l'article 9-5-2-5.

- si le niveau de patientèle du médecin atteint est égal ou supérieur à 70 % de l'objectif (observation faite par rapport aux dernières données de patientèle disponibles), le montant de l'acompte correspond à 70% de la somme due.
- si le niveau de patientèle atteint est inférieur à 70 % de l'objectif (observation faite par rapport aux dernières données de patientèle disponibles), le montant de l'acompte correspond à 50 % de la somme due au titre de l'année du contrat ; un second acompte de 20% de la somme due au titre de l'année du contrat est versé 6 mois plus tard, si le niveau de patientèle atteint est désormais supérieur ou égal à 70 % de l'objectif (à partir des dernières données de patientèle disponibles).

Pour les années suivantes l'acompte de 70 % 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 9-5-2-7 Cas particuliers

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

Pour les médecins ayant un objectif de maintien de patientèle, toutefois, si ces médecins ne maintiennent pas le niveau de leur patientèle, et voient leur patientèle baisser, l'aide est calculée à partir de la 3^{ème} année de la manière suivante :

- si la baisse de niveau de patientèle se situe entre 0% et -5%, l'aide est intégralement versée,
- si la baisse de niveau de patientèle se situe entre -5% et -10%, l'aide est proratisée,
- si la baisse de niveau de patientèle se situe en dessous de -10 %, l'aide n'est 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 les tranches d'activité adaptées selon la distribution des médecins. 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, dans les 50 % des médecins - dont la part de patientèle Médecin traitant adulte ou file active au niveau national est la plus importante (soit au-dessus du 50^{ème} percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant adulte ou file active de la spécialité)

A la 3^{ème} année, en fonction du niveau d'atteinte des objectifs, l'aide est versée de la manière suivante :

- si le médecin se situe au-dessus du 50^{ème} percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant adulte ou file active de la spécialité, l'aide est versée dans sa totalité,
- si le médecin se situe entre le 30^{ème} percentile et 50^{ème} percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant adulte ou file active de la spécialité, l'aide est versée au prorata de l'écart,
- en dessous de 30^{ème} percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant adulte ou file active de la spécialité, 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 après 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 est effectué au sein des instances paritaires conventionnelles 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’efficacité 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 une 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 pluri professionnelles 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 pluri professionnelles 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 », est ajouté 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 », est ajouté 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 supprimé et remplacé par les dispositions suivantes 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 pluri professionnelles 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 pluri professionnelles 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 », deux alinéas rédigés ainsi sont ajoutés les termes suivants :

« A partir de 2020, 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. ».

A l'article 20.2 le paragraphe « Indicateur 4 : services offerts aux patients » est modifié de la manière suivante.

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 ».

A l'article 20.2 après le paragraphe « Indicateur 7 : valoriser le recours à la télémédecine – aide à l'équipement en équipements médicaux connectés », est ajouté un paragraphe rédigé de la manière suivante.

«Indicateur 8 : valoriser la « participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre d'une régulation territoriale, telle que définie par l'annexe 12 de la convention nationale.

Cet indicateur est valorisé dès 2020 à hauteur de 150 points ».

A l'article 20.2 après les mots « Ce second volet du forfait est affecté de 75 points en 2017 puis 230 en 2018 puis 455 points en 2019 », les termes suivants sont ajoutés : « A partir de 2020 le volet 2 est porté à 605 points. A partir de 2022, ce volet est affecté de 485 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.

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, tels que définis aux articles 9-5-2-2 et suivants.

Ainsi, pour le financement dans le cadre de l'option 1, l'aide est répartie de la manière suivante :

- la 1^{ère} année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 12000 euros par médecin.
- la 2^{ème} année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 9000 euros maximum.
- à partir de la 3^{ème} année de l'embauche de l'assistant médical, l'aide maximale est maintenue de manière pérenne à 7000 euros maximum.
-
- Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe entre le 90^{ème} percentile et le 95^{ème} percentile, l'aide maximale versée à partir de la 3^{ème} année est de 8350 euros par an.
- Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe au-dessus du 95^{ème} percentile, l'aide maximale est de 12 000 euros par an pendant toute la durée du contrat.

Pour le financement dans le cadre de l'option 2, l'aide est répartie de la manière suivante :

- la 1^{ère} année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 18000 euros.
- la 2^{ème} année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 13500 euros.
- à partir de la 3^{ème} année, l'aide maximale est maintenue de manière pérenne à 10500 euros

Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe entre le 90^{ème} percentile et le 95^{ème} percentile, l'aide maximale versée à partir de la 3^{ème} année est de 12 500 euros par an.

- Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe au-dessus du 95^{ème} percentile, l'aide maximale est de 18 000 euros par an pendant toute la durée du contrat.

-

Pour le financement dans le cadre de l'option spécifique pour les médecins exerçant en zone sous dense (article 9-5-2-4), l'aide est répartie de la manière suivante :

- la 1^{ère} année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 36 000 euros par médecin.
- la 2^{ème} année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 27 000 euros maximum. à partir de la 3^{ème} année, l'aide maximale est maintenue de manière pérenne à 21 000 euros maximum

Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe entre le 90^{ème} percentile et le 95^{ème} percentile, l'aide maximale versée à partir de la 3^{ème} année est de 25 000 euros par an.

- Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe au-dessus du 95^{ème} percentile, l'aide maximale est de 36 000 euros par an pendant toute la durée du contrat.

-

Les dispositions de l'annexe 12 de la convention nationale sont modifiées. L'annexe 12 est remplacée par les dispositions figurant en annexe 4 du présent avenant.

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 de désignation par une ou 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 de désignation 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. ».

A l'article 29 de la convention nationale intitulé : « valorisation des activités cliniques, le 7ème 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 relatives à l'« observatoire des mesures conventionnelles » sont supprimées.

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»,
sont ajoutés 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 la mesure 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, dite « 400 médecins dans les territoires prioritaires ». Cette mesure vise 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 la fin de l'article 4.1 de la convention est ajouté un alinéa rédigé de la manière suivante : « 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 au titre du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique pendant une durée de deux ans, cet exercice libéral partagé n'est pas assimilé à une première installation au sens du présent article.

Article 5.2 Mesures concernant l'accès au secteur 2

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 soit centre hospitalier régional universitaire-CHRU soit centre hospitalier rattaché à un CHRU) et 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 ajoutées 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 deux ans n'est pas assimilé à une première installation en libéral, au sens de la convention. ».

Article 5-3 Mesures de nomenclature

- Dispositions concernant les actes d'anesthésie

L'article 29.5 de la convention est modifié de la manière suivante.

Le dernier paragraphe est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

«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, thorax et au cou et à l'anesthésie périmédullaire des patients obèses sur le critère de l'indice de masse corporelle supérieur ou égal à 30 kg/m²..

Ils proposent par ailleurs de mieux valoriser l'analgésie post-opératoire avec la création de deux modificateurs pour des listes d'actes d'anesthésie répondant à de critères définis à la CCAM: : l'un de 6 % et l'autre de 8 % respectivement pour les analgésies post-opératoires avec ou sans cathéter périnerveux.

L'annexe 31 précise les listes des actes qui seraient concernés par ces valorisations. »

Enfin, les partenaires conventionnels ont convenu de modifier la définition de l'anesthésie dans les dispositions générales de la CCAM (Livre I Article I-7) pour mieux prendre en compte la pratique de l'anesthésie multimodale comme suit :

« L'anesthésie-réanimation générale et/ou locorégionale est prise en charge à condition qu'elle soit administrée par inhalation, injection ou infiltration de racines, plexus ou tronc nerveux ou par une combinaison de ces méthodes, et faite personnellement par un médecin autre que le médecin ou le chirurgien-dentiste qui effectue l'acte qui la nécessite. »

- Dispositions concernant les travaux relatifs à l'évolution de la CCAM et à l'évolution des modificateurs O, J, K, T.

A l'article 29.1 intitulé : « Maintenance de la CCAM», le 3ème alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« A cet effet, un groupe de travail conventionnel est mis en place. Ce groupe de travail a vocation à s'appuyer notamment sur les travaux de la Commission de la Hiérarchisation des Actes et Prestations (CHAP). Une fois la méthodologie validée par les partenaires conventionnels, ainsi que le calendrier, la mise en œuvre de l'évolution des actes de la CCAM se fera au sein des instances compétentes.

Le 4ème alinéa de ce même article est supprimé.

A l'article 29.5 sont apportées les modifications suivantes. Le premier alinéa et le dernier alinéa sont supprimés. Le terme « par ailleurs » est également supprimé.

Il est créé un article 29-6 intitulé : Evolutions consécutives aux travaux de maintenance de la CCAM rédigé comme suit :

« 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 32 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.

Par ailleurs, les partenaires examineront les conditions de valorisation des actes non chirurgicaux réalisés le jour dans le cas d'urgence vitale ou d'organe par la création d'un groupe de travail spécifique dont le travaux devraient aboutir d'ici la fin de l'année 2019.

».

- Dispositions concernant les actes de radiologie

Afin de favoriser l'accès aux soins des patients à des soins spécialisés, d'améliorer la pertinence des actes réalisés et de mieux prendre en compte l'évolution des techniques et des prises en 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 des évolutions médicales et techniques.

Ils conviennent que ces évolutions tarifaires seront ajustées en fonction des résultats obtenus dans le cadre des actions de pertinence mises en œuvre sur l'imagerie lombaire. Ces ajustements sont définis dans des conditions précisées à l'annexe 26 de la convention.

Cet ajustement de la CCAM aux évolutions médicales et techniques se traduirait également par l'introduction à compter du 1^{er} janvier 2020 d'un nouveau modificateur Z valorisé à 15,91 % pour les actes CCAM listés en annexe 33 de la convention nationale et réalisés par un médecin radiologue et par la suppression du modificateur C valorisant les radiographies comparatives à compter du 1^{er} avril 2020. Cette échéance serait reportée au 1^{er} juin 2020 si les économies réalisées en 2019 sur les produits de contraste atteignent 9 M€.

La mise en œuvre de ces mesures est conditionnée à 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.

L'annexe 6 du présent avenant liste les modifications apportées à l'annexe 26 de la convention.

L'article 28.5 est modifié de la manière suivante.

Le titre de l'article 28.5 est supprimé et remplacé par les termes suivants « Dispositions en faveur du suivi des personnes âgées.

Au début de l'article 28.5 est ajouté un titre libellé de la manière suivante : « majoration pour le suivi des personnes âgées ».

A la fin de l'article 28.5 sont ajoutées les dispositions suivantes.

« Modalités de facturation des majorations de déplacement lors de visites de patients en EHPAD

Les partenaires conventionnels souhaitent favoriser le suivi des patients domiciliés dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Dans le cadre, ils s'accordent pour faire évoluer les modalités de facturation des majorations de déplacement facturables par un médecin généraliste au cours d'un même déplacement telles que prévues à l'article 14-2 VII de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP). Ainsi, ils souhaitent que dans le cadre d'une visite en EHPAD au cours de laquelle le médecin effectue des consultations auprès de plusieurs patients, la majoration de déplacement puisse être facturée dans la limite de 3 majorations, au cours d'un même déplacement.

Cette disposition n'entrera en vigueur que sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. » et dans le respect du délai de six mois défini à l'article L.162-14-1-1 dudit code.

Les annexes de la convention nationale modifiées et introduites par le présent article 5-2 figurent en annexe 6 du présent avenant.

Article 5-4 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 » du titre I, **un sous-titre 6 intitulé : « Améliorer l'accès financier aux soins bucco-dentaires », rédigé comme suit :**

« Article 14-1 -Dispositif de rééquilibrage de l'activité dentaire au profit des soins conservateurs et chirurgicaux

Afin de parvenir à une refonte progressive et significative de l'activité dentaire permettant de diminuer le recours aux soins prothétiques, au profit des soins préservant la dent et les tissus dentaires dans un objectif de pertinence des actes, et de tenir compte du nécessaire temps d'adaptation des médecin stomatologiste et spécialiste en chirurgie orale ou maxillo-faciale pour réaliser ce changement de pratique, les partenaires conventionnels se sont accordés pour mettre en place un dispositif progressif de rééquilibrage de l'activité dentaire, échelonné sur 5 ans à compter du 1^{er} avril 2019.

Ce processus de rééquilibrage progressif en 5 étapes, se déroulant jusqu'au 1^{er} janvier 2023, repose sur le principe :

- d'une part, d'une revalorisation progressive de soins bucco-dentaires fréquents, échelonnée sur 5 ans, allant jusqu'au 1^{er} janvier 2023, concentrée sur les soins conservateurs de la dent et des tissus dentaires tels que : les restaurations coronaires, les inlay-onlays, l'endodontie, les scellements de sillons et les actes chirurgicaux sur dents temporaires et définitives. Les revalorisations tarifaires progressives instaurées dans ce cadre, ainsi que les actes concernés par cette revalorisation sont précisés en annexe 26 bis A de la présente convention.
- Et, d'autre part et concomitamment, d'une définition d'honoraires limites (plafonds) de facturation progressive pour des actes faisant l'objet d'un dépassement d'honoraires, applicables à une liste d'actes prothétiques ciblés, dont le champ est progressivement élargi sur toute la durée de la convention, sans que ces limitations ne couvrent in fine la totalité du champ des actes susceptibles de faire l'objet d'un dépassement.

Les honoraires limites de facturation instaurés dans ce cadre, correspondant à l'honoraire maximal facturable par les médecins stomatologistes et spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale au patient, ainsi que les actes concernés par cette limitation progressive du dépassement sur les actes prothétiques sont précisés en annexe 26 bis A et B de la présente convention » (cf annexe 5 du présent avenant).

« Ce système de rééquilibrage contenant les revalorisations et les honoraires limites de facturation concomitants prévus aux annexes 26 et 26 bis A et B de la présente convention, est entré en vigueur le 1^{er} avril 2019, conformément aux dispositions de la CCAM modifiées par décisions UNCAM ayant créé ces mesures, et se poursuivra au 1^{er} janvier de chaque année suivante, c'est-à-dire à chacune des étapes prévues par le dispositif et ce, automatiquement.

Actes prothétiques intégralement pris en charge

Sous réserve de dispositions législatives et réglementaires, un certain nombre d'actes pour lesquels un honoraire limite de facturation est instauré dans la convention ferait l'objet d'une prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, afin de les rendre accessibles sans reste à charge. L'annexe 26 quater de la convention nationale présente la liste des actes susceptibles d'être concernés ainsi que l'équilibre global fondant la répartition des actes à entente directe entre les actes sans reste à charge, les actes pour lesquels l'honoraire de facturation serait limité, et les actes pour lesquels les tarifs seraient libre (3 paniers).

Article 14-2 - Principe de revoyure annuelle et modalités de déclenchement de celle-ci

Les partenaires conventionnels conviennent que les dispositions relatives au principe de revoyure annuelle qui se déclencherait en cas d'écart significatif de l'équilibre dans la répartition observée des actes prothétiques entre les trois paniers, prévues dans la convention nationale avec les chirurgiens-dentistes à l'article 5, s'appliquent de manière cohérente et concomitante aux médecins stomatologistes et spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale exerçant au titre de la présente convention.

Ainsi, quand elle est déclenchée pour les chirurgiens-dentistes libéraux, cette clause de revoyure est déclenchée également pour les médecins stomatologistes et spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale libéraux : son déclenchement **engendre la signature d'un avenant, dans un délai de 2 mois**, portant sur les mesures d'ajustement à mettre en œuvre pour corriger le déséquilibre.

Article 14-3 - Prise en charge de nouveaux actes et revalorisations des actes conservateurs des tissus dentaires, en appui du dispositif de rééquilibrage

Les partenaires conventionnels proposent de revaloriser les honoraires des actes conservateurs et chirurgicaux suivants (en moyenne):

- restaurations coronaires à hauteur de 48,5%
- actes d'endodontie à hauteur de 27%
- inlay-onlays à hauteur de 150%
- scellements de sillons à hauteur de 20%

- actes chirurgicaux sur dents temporaires à hauteur de 49%
- actes chirurgicaux sur dents définitives à hauteur de 16%

Ils revalorisent également la base de remboursement des couronnes à hauteur de 9%.

En contrepartie, afin de favoriser les techniques moins invasives, la base de remboursement des inlay-core serait diminuée de 26,5%.

Article 14-4– Mise en place d’une différenciation des actes par matériau et par localisation

Les parties signataires conviennent qu’il est nécessaire de différencier dans la Liste des actes et prestations visée à l’article L.162-1-7 code de la sécurité sociale les types de couronnes, les inlays-cores, les bridges, les inlays-onlays, les prothèses adjointes et les réparations, afin de fixer des honoraires limites de facturation distincts selon :

- le matériau : céramique-monolithique (zircone ou hors zircone), céramo-métallique, métalliques, céramo-céramique, résine, composite ;
- et la localisation des dents (ex : prémolaire, molaire, ...).

Ainsi, en application de la décision UNCAM du 16 février 2019 modifiant la liste visée à l’article L 162-1-7 du code de la sécurité sociale, les tarifs de remboursement sont différenciés et les honoraires limites de facturation applicables à ces actes, sont fixés comme indiqué en annexe 26 bis B de la convention nationale

Les tarifs et les honoraires limites de facturation de ces actes entreraient en vigueur selon le calendrier défini à l’article 14-1 et conformément aux valeurs indiquées en annexe 26 bis B de la convention nationale.

Par ailleurs, en application de la décision UNCAM susvisée modifiant la liste des actes et prestations telle que prévue à l’article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale, l’acte suivant est valorisé comme suit :

- Valorisation de la pose d’une couronne transitoire, dont la base de remboursement serait fixée à 10 euros, l’honoraire limite de facturation applicable étant fixé en annexe 26 Bis B pour l’ensemble des patients.

Le tarif de remboursement et le prix maximum de facturation sont entrés en vigueur au 1^{er} avril 2019, conformément à la décision UNCAM du 16 février 2019 susvisée modifiant la liste visée à l’article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 14-5– Valorisation des actes conservateurs des tissus dentaires

Les partenaires conventionnels rappellent leur attachement à privilégier le recours à des soins conservateurs plus respectueux des dents et des tissus dentaires, en favorisant la qualité et la pertinence des pratiques.

Dans cette optique ils proposent de revaloriser les actes de soins conservateurs tels que les restaurations coronaires, les inlay-onlays, l'endodontie, les scellements de sillons et les actes chirurgicaux sur dents temporaires et définitives dans le cadre du dispositif de rééquilibrage présenté à l'article 14-1.

Afin d'accompagner ce rééquilibrage, les partenaires conventionnels prévoient également la valorisation de nouveaux actes, conformément à la décision UNCAM modifiant la Liste des actes et prestations du 16 février 2019, mais aussi de nouvelles valorisations d'actes déjà inscrits à la Liste des actes et prestations visée à l'article L.162-1-7 code de la sécurité sociale.

En outre, et conformément à ladite décision UNCAM portant modification de la liste visée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale, les partenaires conventionnels conviennent de valoriser l'acte de soins conservateurs suivant :

- parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage (HBFD010) à hauteur de 60€

Ce tarif est entré en vigueur au 1^{er} avril 2019, conformément à la décision UNCAM susvisée.

L'honoraire limite de facturation de l'acte de pose d'un appareillage en propulsion mandibulaire (code LBLD017), tel que défini et inscrit à la liste des actes et prestations par décision UNCAM du 11 juillet 2016, (publiée au journal officiel du 28 septembre 2016), est fixé à 280€.

Cet honoraire limite de facturation entrera en vigueur à la date d'effet du présent accord.

Enfin, en appui des mesures de prévention prévues dans le cadre du présent accord, les partenaires conventionnels se sont accordés à étendre à compter du 1^{er} avril 2019, la prise en charge des actes de comblement (scellement) de sillons sur molaires aux enfants jusqu'à la date du 16^{ème} anniversaire, conformément à la modification de la liste visée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale par décision UNCAM du 16 février 2019.

Par ailleurs, afin de s'assurer des dernières recommandations de bonnes pratiques conformes aux données acquises de la science, ils proposent de soumettre à l'avis de la HAS l'extension de la prise en charge de ces actes de comblement des sillons aux prémolaires et aux patients de 16 à 20 ans.

Article 14-6 - Autres mesures tarifaires en faveur des actes et soins bucco-dentaires

Par ailleurs, dans un objectif de prévention de la carie dentaire de l'enfant, les partenaires conventionnels proposent la prise en charge de l'acte de pose de vernis fluoré pour les enfants, de 6 à 9 ans, présentant un risque carieux individuel (RCI) élevé, à une fréquence biannuelle, à hauteur de 25€.

Consécutivement à la modification de la liste visée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale par décision UNCAM du 16 février 2019 ces deux mesures sont entrées en vigueur au 1^{er} avril 2019.

En outre, afin de favoriser la prise en charge en ambulatoire de l'extraction des dents de sagesse les partenaires s'accordent pour créer un supplément de 125 € pour l'acte d'avulsions de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe réalisé en ambulatoire sous anesthésie locale (HBGD038).

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

Si à l'issue de 9 mois de mise en œuvre, les partenaires observent une modification substantielle des comportements des praticiens conduisant à un transfert d'au moins 8 % des actes réalisés en établissement vers les cabinets de ville, un supplément similaire de 100 € serait créé pour l'acte d'avulsions de trois troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe (HBGD021). Le montant du supplément pour l'avulsion de 4 troisièmes molaires serait quant à lui porté à 150 €.

Article 14-7- Dispositions applicables aux patients bénéficiant de la protection complémentaire en matière de santé (CMU-C) et aux patients bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une protection en matière de santé (ACS)

Les parties signataires conviennent de maintenir un accès amélioré aux soins dentaires pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS.

Afin de tenir compte des évolutions de la CCAM relatives aux actes bucco-dentaires, telles que définies aux articles 14-3 à 14-7 de la présente convention, et par ailleurs afin de valoriser la prise en charge par les médecins stomatologistes et spécialistes en chirurgie orale et médecine bucco-dentaire de cette catégorie de population, les partenaires signataires estiment qu'une réévaluation des tarifs maximum autorisés des actes pris en charge dans le cadre de la CMU-C et de l'ACS est nécessaire.

Ils décident par conséquent de revaloriser les montants maximaux de ces actes, ceux-ci étant précisés en annexe 27 de la convention nationale.

Ces montants annulent et remplacent ceux définis dans l'arrêté du 30 décembre 2017 modifiant l'arrêté du 19 avril 2017 modifiant l'arrêté du 30 mai 2006 modifié pris pour l'application des articles L. 162-9 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale et relatif aux soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale pris en charge par la protection complémentaire en matière de santé et l'arrêté du 27 décembre 2018 relatif aux conditions de prise en charge et à la tarification sociale sur les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale applicable aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé.

Ces montants sont entrés en vigueur au 1^{er} avril 2019, conformément à la décision UNCAM du 22 mars 2019 modifiant les actes pris en charge dans le cadre de la protection complémentaire en matière de santé.

Les partenaires conventionnels conviennent de prévoir la possibilité de revaloriser les montants maximaux, si le nombre du total des bénéficiaires de la CMU-C et des bénéficiaires d'une aide à l'acquisition d'une protection en matière de santé (ACS) constaté lors du suivi annuel évolue de plus de 15% par rapport au 31 décembre 2017.

Dans ce cas, les partenaires conventionnels conviennent de procéder à un réajustement des montants maximaux par le biais d'un nouvel avenant de manière cohérente et concomitante avec l'avenant à la convention nationale des chirurgiens-dentistes.

En tout état de cause, les partenaires conventionnels s'accordent pour effectuer un suivi, annuel des montants maximaux des actes applicables aux bénéficiaires de la CMU-C à compter de l'entrée en vigueur des présentes mesures.

Les parties signataires conviennent par ailleurs de suivre la montée en charge des actes du panier CMU-C et ACS.

Article 14-8- Renforcer la prévention et l'éducation sanitaire

L'article 17.2 de la convention nationale est modifié comme suit : au dernier alinéa du paragraphe consacré aux médecins stomatologues et médecins spécialistes en chirurgie orale ou en chirurgie maxillo-faciale, les mots « confirment la participation des médecins stomatologues au dispositif de prévention bucco-dentaire pour les patients âgés de 6 à 18 ans

et les femmes enceintes à partir du 4^e mois de grossesse, sont remplacés par les mots « de 3 à 18 ans et des jeunes adultes (21 et 24 ans) ».

Les parties conventionnelles réaffirment leur implication dans la politique d'amélioration de la santé bucco-dentaire au travers de la prévention, un suivi bucco-dentaire régulier permettant d'éviter ou de retarder le recours aux soins prothétiques ou chirurgicaux et ainsi d'assurer à la fois un meilleur état de santé dentaire à la population.

Ils insistent sur la nécessité de renforcer les actions de prévention à différents âges de la vie afin d'identifier les risques de dégradation de l'état de santé bucco-dentaire et de les éviter.

Depuis sa création, les partenaires conventionnels ont démontré leur investissement dans ce dispositif, en l'étendant notamment progressivement à tous les enfants, relevant de catégories d'âges clé au niveau de la santé dentaire (6, 9, 12, 15, 18 ans) et plus récemment aux jeunes adultes (21 et 24 ans).

Le bilan de ce dispositif fait apparaître une réelle amélioration de la santé bucco-dentaire de la population en ayant bénéficié. Fort de ce constat, ils conviennent d'instaurer le même dispositif pour les enfants dès 3 ans.

De même, l'annexe 13 de la convention intitulée « dispositif de prévention bucco-dentaire » est modifié comme suit :

A l'article 2.2 intitulé Les soins consécutifs à l'examen de prévention, après les mots « en annexe 29 de la convention nationale », les mots : « les traitements orthodontiques et prothétiques sont exclus de ce dispositif ».

De même, l'article 2.3 intitulé : « Les tarifs d'honoraires du dispositif de prévention » est modifié et rédigé comme suit : « Les tarifs pratiqués dans ce cadre ne peuvent pas faire l'objet de dépassements d'honoraires.

La rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire est valorisée à 30€.

Il est complété si nécessaire par des radiographies intrabuccales, quelle que soit la technique utilisée.

Dans ce cas, la rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- Examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 42 euros
- Examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 54 euros
- Examen avec réalisation d'une radio panoramique : 54 euros

L'examen et les radiographies qui y sont associées le cas échéant sont facturés à tarifs opposables et en dispense d'avance de frais.

Ces dispositions n'entreront en vigueur pour les patients âgés de 3 ans qu'à compter du 1^{er} avril 2019 ».

En outre, l'article 3 de l'annexe 13 « Modalités pratiques de l'examen bucco-dentaire de prévention » est modifié et désormais rédigé comme suit :

« Dans le mois qui précède la date d'anniversaire de l'assuré ou de l'ayant droit, la caisse d'assurance maladie dont il relève lui envoie l'imprimé unique de prise en charge pré identifié accompagné d'un courrier d'invitation à l'examen de prévention, personnalisé en fonction de l'âge.

Le courrier d'invitation peut être adressé en son nom propre si l'adolescent/le jeune adulte est lui-même l'assuré ou à ses parents ou son représentant légal si l'adolescent est à leur charge.

Les soins de prévention bucco-dentaire peuvent être réalisés en accès spécifique. Pour bénéficier des avantages du dispositif, l'enfant, l'adolescent ou le jeune adulte consulte le chirurgien-dentiste de son choix, ou du choix de ses parents ou de son représentant légal, dans les 6 mois qui suivent la date d'anniversaire. Il présente alors au praticien l'imprimé de prise en charge, pré identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

La facture de l'examen doit être télétransmise. En cas d'impossibilité, le praticien complète la partie supérieure de l'imprimé de prise en charge et l'adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré pour pouvoir être réglé du montant de l'examen réalisé. La partie inférieure « renseignements médicaux » est à conserver par le praticien dans le dossier du patient. Ces renseignements sont également portés par le praticien dans le carnet de santé.

Pour bénéficier d'une prise en charge à 100 %, le programme de soins établi, le cas échéant, lors de l'examen, doit être commencé dans les 4 mois qui suivent cet examen et s'achever dans les 6 mois suivant la date de début des soins. »

L'article 4 intitulé « engagement des parties » est modifié et désormais rédigé comme suit :
« Article 4.1 Les engagements du médecin stomatologiste et du spécialiste en chirurgie orale ou maxillo-faciale

Le médecin spécialiste en soins et actes bucco-dentaires s'engage à :

- respecter les clauses du présent texte et à faire bénéficier ses patients des tarifs conventionnels comme prévu à la convention nationale sans l'usage des dépassements d'honoraires visés par la convention (DE et DP) ;
- permettre au patient d'accéder à l'ensemble des avantages prévus dans le dispositif ;

- informer son patient et son représentant légal, s'il est présent, de l'état bucco-dentaire constaté et, le cas échéant, du nombre de dents à traiter et de la nature des soins à engager, tout en précisant les priorités ;
- accompagner sa démarche de conseils d'hygiène et de prévention en soulignant l'intérêt d'un traitement précoce, d'un suivi régulier et de la continuité des soins ;
- participer à l'évaluation du dispositif en :
 - o conservant dans le dossier médical du patient les « renseignements médicaux » relatifs à l'examen de prévention et au programme de soins éventuels ;
 - o transmettant ces renseignements au service médical à sa demande ;
 - o répondant à toute enquête ou recueil d'informations réalisé selon les modalités définies entre les parties signataires et conformément aux modalités de suivi indiquées ci-après ;
- participer la campagne de prévention bucco-dentaire.

L'article 4.2 intitulé « les engagements de l'UNCAM » est modifié et désormais rédigé comme suit :

« l'UNCAM s'engage à :

- faire bénéficier les patients concernés par le dispositif de la procédure de dispense d'avance des frais pour l'examen de prévention et son complément radiologique éventuel ;
- honorer directement l'examen de prévention et son complément radiologique éventuel aux médecins stomatologistes ou spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale ;
- mettre en place, en partenariat avec les syndicats signataires, une gestion active des bénéficiaires du dispositif de manière à les suivre au plus près et à les inciter à y participer ;
- accompagner, en partenariat avec les syndicats signataires, la mise en œuvre du dispositif de prévention de campagnes d'information destinées aux assurés, aux bénéficiaires potentiels et aux médecins ;
- restituer aux médecins concernés dans le cadre des commissions paritaires conventionnelles les informations et analyses pertinentes résultant des évaluations ;
- émettre l'ordre de virement de la facturation dans un délai maximum de quinze jours à compter de la réception du support de facturation dûment complété ;
- en cas de support électronique, ce délai est ramené à cinq jours. »

Au sous-titre 2 de l'annexe 13 intitulé « prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes », l'article 8 est annulé et remplacé comme suit :

À compter de la réception de la déclaration de grossesse de l'assurée ou de l'ayant droit, la caisse d'assurance maladie dont elle relève lui envoie l'imprimé unique de prise en charge pré-identifié accompagné d'une invitation à participer à cet examen de prévention.

Pour bénéficier des avantages du dispositif, la femme enceinte doit consulter le médecin spécialiste en soins et actes bucco-dentaires de son choix, à compter de son 4^{ème} mois de grossesse et ce, jusqu'à 12 jours après l'accouchement. Elle présente alors au praticien l'imprimé de prise en charge pré-identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

La facture de l'examen doit être télétransmise. En cas d'impossibilité, le praticien complète la partie supérieure de l'imprimé de prise en charge et l'adresse à la caisse d'affiliation de l'assurée pour pouvoir être réglé du montant de l'examen réalisé. La partie inférieure « renseignements médicaux » est à conserver par le praticien dans le dossier de la patiente. »

A l'annexe 13 de la convention, un article 10 intitulé « De nouvelles prises en charge pour les patients diabétiques », rédigé comme suit :

« Les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité d'élargir le dépistage bucco-dentaire au profit des patients les plus à risques.

Ainsi, pour les patients diabétiques, les maladies parodontales représentent une des complications les plus importantes du diabète. En mai 2010, une revue systématique Cochrane confirme que les soins parodontaux permettent de réduire de 0,4 % le taux d'hémoglobine glyquée chez les patients diabétiques démontrant avec un niveau de preuve important, l'effet bénéfique de traitements buccaux sur une maladie chronique. Conformément aux recommandations de la HAS de 2007, une visite annuelle chez le chirurgien-dentiste est préconisée pour le suivi des patients diabétiques.

Dans le cadre de cette visite annuelle, l'incitation au dépistage et au suivi bucco-dentaire doit être renforcée.

Article 10-1 - Population concernée

Patients diabétiques ayant une ALD diabète reconnue au moment de la consultation, ayant droit ou assurés sociaux et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'Assurance Maladie.

Article 10.2 - Professionnels concernés

Les médecins stomatologistes et spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale libéraux et salariés relevant des dispositions de la convention nationale participent à cette action de prévention ».

Un Article 11 intitulé : « Prise en charge d'un bilan parodontal et des soins liés à une pathologie parodontale » est inséré à l'annexe 13 et rédigé comme suit :

« Article 11- « Prise en charge d'un bilan parodontal et des soins liés à une pathologie parodontale.

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité de prévoir la prise en charge d'un bilan parodontal suivi le cas échéant de soins parodontaux au profit des patients diabétiques ayant réalisé leur visite annuelle et au cours de laquelle une pathologie parodontale a été détectée.

Ils proposent la prise en charge de ce bilan par son inscription, pour les patients diabétiques, conformément à la décision UNCAM du 16 février 2019 modifiant la liste visée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Ce bilan dont la description sera validée par la CHAP serait valorisé à hauteur de 50€.

De plus, les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité de prendre en charge certains soins consécutifs à ce bilan parodontal au profit des patients concernés par une pathologie parodontale détectée à cette occasion.

Ils conviennent ainsi de valoriser à ce titre l'acte d'assainissement parodontal à hauteur de 80€ par sextant.

Ces dispositions sont entrés en vigueur au 1^{er} avril 2019, par décision UNCAM du 16 février 2019 portant modification de la liste des actes et prestations de l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale ».

En outre, un article 12 intitulé « Mesures spécifiques pour les personnes en situation de handicap sévère » est inséré à l'annexe 13 de la convention nationale et rédigé comme suit :

« Article 12 - Mesures spécifiques pour les personnes en situation de handicap sévère.

Les partenaires conventionnels conviennent de la difficulté de prise en charge, vigile, de patients atteints de handicap sévère, rendant difficiles voire impossibles les soins au fauteuil en cabinet. La sédation consciente, pour certains patients, peut être une alternative à une prise en charge sous anesthésie générale.

Afin d'améliorer l'accès aux soins de ces publics particulièrement fragiles, les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité d'une part, de valoriser la prise en charge par les médecin stomatologiste et spécialiste en chirurgie orale ou maxillo-faciale de ville, de cette patientèle spécifique, et d'autre part, de prévoir la prise en charge, par l'Assurance Maladie des techniques de sédation consciente, telle que l'utilisation du MEOPA, utilisées par des médecin stomatologiste et spécialiste en chirurgie orale ou maxillo-faciale formés à son utilisation et en respectant l'ensemble des conditions réglementaires encadrant son usage.

Article 12-1- Patients concernés

Les enfants handicapés dont les personnes qui en assument la charge sont bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé [AEEH] ou de l'aide pour prise en charge d'un patient bénéficiaire de la prestation de compensation du handicap [PCH] atteints de handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, de polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Cette population éligible à cette mesure peut être amenée à évoluer. Ainsi, toute évolution décidée dans le cadre de la convention nationale des chirurgiens-dentistes pourra faire l'objet d'une transposition par le biais de la signature d'un avenant à la présente convention.

Article 12.2 - Valorisation de la prise en charge des patients en situation de handicap et des techniques de sédation consciente utilisées dans ce cadre

Les partenaires conventionnels souhaitent permettre la prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire de la technique de sédation consciente aux soins par utilisation de MEOPA, en faveur des patients en situation de handicap afin de faciliter leur prise en charge par le chirurgien-dentiste.

Cette prise en charge se matérialiserait par la valorisation d'un supplément facturable une fois par séance avec ou sans MEOPA à hauteur de 100€.

Ces dispositions sont entrées en vigueur au 1^{er} avril 2019, conformément à la décision UNCAM du 16 février 2019 modifiant la liste des actes et prestations telle que prévue à l'article L 162-1-7 du Code de la sécurité sociale. ».

Un article 13 intitulé « Mesures spécifiques pour la prise en charge des patients sous anticoagulant » est inséré à l'annexe 13 de la convention nationale et rédigé comme suit :

« Article 13 - « Mesures spécifiques pour la prise en charge des patients sous anticoagulant.

Les partenaires conventionnels s'accordent à valoriser la prise en charge, par les médecins stomatologistes et par les médecins spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale libéraux, des patients bénéficiant d'un traitement anticoagulant, dont la pathologie rend l'administration des soins bucco-dentaires et notamment des soins chirurgicaux (actes d'avulsions), plus complexes que pour des patients ne bénéficiant pas de tels traitements.

Ils proposent ainsi de valoriser, au profit des professionnels concernés, l'application d'un supplément pour tous les soins chirurgicaux prodigués aux patients en ALD bénéficiant d'un traitement par médicament anticoagulant : anti-vitamine K (AVK) ou Anticoagulant oraux directs (AOD).

« Le montant de ce supplément s'élèverait à 20 euros par séance. La liste des principes actifs des médicaments concernés est mise en ligne sur « ameli.fr ».

Ces dispositions sont conformes à la décision UNCAM du 16 février 2019. »

Les annexes de la convention nationale modifiées et introduites par le présent article 5-3 figurent en annexe 5 du présent avenant.

Article 5.4 Dispositions concernant les actes de télémédecine

Téléexpertise

A l'article 28.6.2.1 de la convention nationale intitulé : « Champ d'application de la téléexpertise », le paragraphe : « Connaissance préalable du patient par le médecin requis » est supprimé.

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

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

Maurice RONAT

42

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