

CIRCULAIRE

CIR-35/2019

Document consultable dans Médi@m

Date :

02/10/2019

Domaine(s) :

dossier client prof. de santé

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

Présentation de l'avenant 7 à la convention médicale

Liens :

Plan de classement :

P04

Emetteurs :

DDGOS

Pièces jointes : 6

à Mesdames et Messieurs les

☒ Directeurs	☒ CPAM	☐ CARSAT	☒ Cnam
☒ Agents Comptables	☐ UGECAM	☒ CGSS	☐ CTI
☒ DCGDR			
☒ Médecins Conseils	☐ Régionaux	☒ Chef de service	

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

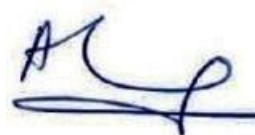
L'arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l'avenant 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, est paru le 20 août 2019 au Journal Officiel.

Ce 7ème avenant à la convention médicale de 2016 a pour principal objet d'instaurer une aide conventionnelle au recrutement d'assistants médicaux dans les cabinets médicaux. Il contient également d'autres mesures modifiant la convention nationale et plus précisément la nomenclature.

Mots clés :

Convention médicale ; Avenant 7 ; Assistants médicaux ; Aide conventionnelle ; Recrutement ; Nomenclature

La Directrice Déléguée
à la Gestion et à l'Organisation des Soins



Annelore COURY

CIRCULAIRE : 35/2019

Date : 02/10/2019

Objet : Présentation de l'avenant 7 à la convention médicale

Affaire suivie par :

L'arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l'avenant 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, est paru le 20 août 2019 au Journal Officiel (cf. *annexe 1*).

Ce 7^{ème} avenant à la convention médicale de 2016 a pour principal objet d'instaurer une aide conventionnelle au recrutement d'assistants médicaux dans les cabinets médicaux. Il contient également d'autres mesures modifiant la convention nationale et plus précisément la nomenclature.

Préambule

Contexte et enjeux des négociations de l'avenant n°7

❖ Le contexte

Pour faire face aux enjeux du système de santé, les pouvoirs publics ont souhaité mettre en place, dans le cadre du plan "Ma santé 2022", des mesures structurantes, concrètes et rapidement applicables améliorant l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire et les conditions d'exercice des professionnels de santé.

En effet, le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, le virage ambulatoire, ainsi qu'une répartition hétérogène et insuffisante des médecins selon les territoires et les spécialités, se traduisent par des difficultés d'accès aux soins pour la population : 10% de la population n'a pas de médecin traitant (dont 2,5 millions de personnes qui sont en recherche active d'un médecin traitant), et les délais de rendez-vous peuvent être parfois longs pour accéder à certains spécialistes.

A l'instar de ce qui se fait aujourd'hui dans d'autres pays, comme en Allemagne ou aux Pays-Bas, les médecins vont pouvoir dès septembre 2019 s'appuyer sur un assistant médical dans leur pratique au quotidien.

L'intervention des assistants médicaux dans les cabinets libéraux doit permettre :

- **Un meilleur accès aux soins** notamment dans les zones déficitaires et pour des spécialités en tension,, avec l'**accueil de nouveaux patients**, ce qui concourra à permettre un meilleur accès à un médecin traitant ou à raccourcir les délais de prise en charge pour certains spécialistes ;
- **L'amélioration des conditions d'exercice des médecins**, en leur permettant de déléguer certaines activités hors soin qui peuvent représenter une charge importante, et contribuant ainsi à rendre l'exercice libéral plus attractif, notamment dans les territoires déficitaires.
- **Améliorer la qualité et la prise en charge des patients** ; en permettant au médecin de consacrer plus de temps à ses patients chroniques, de s'engager davantage dans des actions de prévention, la coordination et la continuité des soins, en lui permettant de libérer des plages horaires pour des soins non programmés et des prises en charge en urgence.

❖ Le cadre juridique

La signature de l'avenant 7 à la convention médicale le 20 juin 2019, par 3 des 5 syndicats médicaux représentatifs majoritaires (MG France, le Syndicat des Médecins Libéraux (SML), la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF), est intervenue à l'issue de 5 mois de négociations, en présence des représentants des jeunes médecins. Ces négociations ont respecté le cadre défini par les lignes directrices de la Ministre de la santé ainsi que les orientations adoptées par le Conseil de l'UNCAM le 7 janvier 2019.

Une dérogation exceptionnelle à la règle du délai de 6 mois avant toute entrée en vigueur de mesure de rémunération ou de valorisation (article L.162-14-1-1 CSS) a été introduite par le législateur dans le cadre de la LFSS pour 2019, pour permettre une application immédiate des mesures concernant les assistants médicaux.

Par conséquent, les dispositions encadrant le dispositif d'aide au recrutement d'un assistant médical sont applicables dès le lendemain de la publication de l'avenant n°7 au Journal Officiel, c'est à dire depuis le 21 août 2019.

Les autres mesures de cet avenant, et notamment celles concernant la nomenclature et la transposition des mesures dentaires, ne sont applicables, sauf exceptions, qu'à partir de février-mars 2020 (voir récapitulatif infra au paragraphe 4 de la présente circulaire).

Les grands principes du dispositif

Les partenaires conventionnels ont souhaité mettre en place un dispositif souple, adapté aux différents modes d'organisations et situations d'exercice des médecins, afin qu'un maximum d'entre eux puissent bénéficier du dispositif s'ils le souhaitent. Dans un premier temps, les spécialités les plus en tension, c'est-à-dire celles qui en ont le plus besoin de cette mesure, sont privilégiées.

Les mesures mises en place par l'avenant n° 7 consistent à accompagner l'embauche d'assistants médicaux par le versement dès l'embauche d'une aide financière conventionnelle forfaitaire pérenne, évolutive.

Le médecin choisit librement les missions à réaliser et le temps d'emploi de l'assistant médical. En contrepartie de l'aide, calibrée en fonction du temps d'emploi, le médecin s'engage à assurer l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients grâce au temps dégagé par l'assistant médical.

1- Des assistants médicaux dans les cabinets libéraux à compter de la rentrée 2019

3 catégories de missions peuvent être dégagées :

- **des missions de nature administrative** : tâches consistant en des missions sans lien avec le soin. Ex : accueil du patient, création et gestion du dossier informatique du patient, recueil et enregistrement des informations administratives voire médicales, 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** : aide à l'habillage, au déshabillage, mise à jour du dossier du patient concernant les dépistages, vaccinations, modes de vie, en générant si nécessaire des alertes à l'attention du médecin, délivrance des tests et kits de dépistage, etc., préparation et la réalisation d'actes techniques ;
- **des missions d'organisation et de coordination** : articulation notamment avec les autres acteurs intervenant dans la prise en charge des patients.

bon à savoir !

Les tâches listées ci-dessus ne constituent pas un périmètre limitatif mais dessinent un éventail de possibilité en termes de contenu de fonction. Les missions que le médecin confie à l'assistant médical sont laissées à leur appréciation en fonction de leurs besoins et de leurs modes d'organisation et, ce, à la condition de respecter le champ de compétences délimité par le CQP d'assistant médical enregistré au RNCP (répertoire national des certifications professionnelles) et, pour les professionnels de santé (IDE, AS), leur décret de compétence.

Les fonctions exercées par l'assistant médical devront cependant se distinguer des autres catégories de métiers environnants (secrétaires médicaux, infirmiers..) : il s'agit de **missions propres**.

Ainsi, les missions d'ordre administratif susceptibles de leur être confiées devront aller plus loin que celles aujourd'hui assurées par les secrétaires médicales (nécessaire extension des compétences et des tâches confiées). Il s'agit d'un nouveau poste dans le cabinet, dédié à cette fonction d'assistant médical.

Un infirmier qui se verrait confier la fonction d'assistant médical peut ponctuellement réaliser les actes infirmiers qui relèvent de son champ de compétences dans le cadre d'une consultation médicale, mais il ne doit pas développer une activité courante de soin infirmier qui relève d'un exercice professionnel propre.

1.2 Profil et formation des assistants médicaux

Ce poste est accessible, compte tenu de l'éventail des missions qui lui seront confiées et des besoins des médecins, à deux types de profils, correspondant à une **double voie d'accès** :

- **profil soignant** (aides-soignants, auxiliaires de puériculture, infirmiers)
- **autre profil** (titulaire du certificat de qualification professionnel d'assistant médical)

Pour les profils soignants (infirmier, aide-soignant, auxiliaire de puériculture), seule une formation courte d'adaptation à l'emploi sera exigée à la fin des trois ans, partant du principe que ces profils n'ont pas besoin de certification pour la partie en lien avec le soin notamment.

Pour tout autre profil (par exemple : secrétaire administratif, ambulanciers, assistant dentaire, etc.), l'accès à la fonction d'assistant médical ne peut se faire qu'après obtention du certificat de qualification professionnel (CQP) reconnu au répertoire national des certifications professionnelles (RNCP).

Le contenu et la durée de ces formations sont en cours de discussion entre les organisations syndicales représentatives des personnels des cabinets libéraux et les employeurs de ces structures. Le référentiel d'activité et de formation de l'assistant médical vous sera transmis, à titre d'information, dès son dépôt auprès de France Compétences (l'autorité nationale de financement et de régulation de la formation professionnelle et de l'apprentissage).

S'il est possible que les personnes recrutées comme assistant médical travaillent déjà au sein du cabinet médical, comme une secrétaire médicale qui verrait son contenu de fonctions évoluer, le médecin doit s'engager à remplacer le poste libéré dans les 6 mois suivant l'embauche pour bénéficier du financement. Si l'embauche pour le poste remplacé est réalisée à temps partiel, l'aide de l'assurance maladie versée pour le recrutement de l'assistant médical sera minorée d'autant.

BON A SAVOIR

Un arrêté d'application de l'article 67 de la loi du 24 juillet 2019 listant les qualifications professionnelles autorisées à exercer les fonctions d'assistant médical va être publié rapidement. La liste comprendra les quatre qualifications suivantes :

- le diplôme d'Etat d'infirmier (DEI);
- le diplôme d'Etat d'aide-soignant (DEAS)
- le diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture (DEAP)
- le certificat de qualification professionnelle (CQP) d'assistant médical

Ainsi, tant que la personne recrutée n'est pas titulaire d'une de ces qualifications, elle ne pourra exercer en tant qu'assistant médical à part entière. Elle ne pourra en effet effectuer aucun acte de nature soignante jusqu'à obtention de cette qualification

2- Les conditions d'éligibilité des médecins

L'éligibilité d'un médecin à l'aide au recrutement repose sur plusieurs conditions cumulatives, en sachant que pour que le dispositif soit souple, des dérogations sont prévues.

➤ **1ère condition : exercer en secteur à honoraires opposables (secteur 1 ou secteur 2 adhérent à l'Optam ou Optam-Co)**

Aucune exception à cette règle n'est prévue. L'adhésion à l'OPTAM ou à l'OPTAM CO permet aux médecins exerçant en secteur à honoraires différenciés, de pratiquer des dépassements, de manière maîtrisée et raisonnable, tout en bénéficiant de divers avantages conventionnels, tels que le bénéfice d'aides démographiques, des actes et majorations spécifiques, une prime annuelle (l'optam) ou des actes techniques majorés (optam-co), des rémunérations forfaitaires supplémentaires (Forfait patientèle médecin traitant).

➤ **2ème condition d'éligibilité pour certaines spécialités : le lieu d'exercice**

Toutes les spécialités sont potentiellement éligibles au dispositif.

La priorité est toutefois donnée aux médecins qui exercent sur des territoires dont l'offre de soins est insuffisante et dont l'accès doit être facilité. C'est pourquoi l'accord conventionnel distingue 2 groupes de spécialités éligibles, précisées en annexe 35 de la convention nationale :

- les **spécialités éligibles France entière**, (groupe 1 : médecins généralistes, médecins à exercice particulier, pédiatres, ...)
- les **spécialités éligibles sur 30% des départements** les plus en tension pour chacune de ces spécialités (groupe 2).

Un récapitulatif par département, des spécialités concernées, est joint à la présente circulaire, *en annexe 3*.

A noter que les spécialités de gynécologie et d'ORL sont scindées en 2 catégories, l'une à dominante médicale (et classée en groupe 1) l'autre à dominante chirurgicale (et classée en groupe 2) dans la mesure où les difficultés d'accès à ces spécialités, selon l'une ou l'autre de ces deux catégories, ne sont pas les mêmes selon les territoires.

NB : Les médecins qui relèveraient de spécialités pour lesquelles les territoires d'exercices ne seraient pas visés par l'accord ne sont pas nécessairement définitivement exclus du dispositif. En effet, la Commission Paritaire Nationale a la possibilité, en fonction de critères de difficultés d'accès aux soins, d'ouvrir dans un second temps, à titre dérogatoire, l'éligibilité d'une spécialité dans un département autre que ceux mentionnés à l'annexe 35.

➤ 3ème condition d'éligibilité : un niveau minimal de patientèle initiale

Un niveau minimal de patientèle initiale est requis pour être éligible. Il s'agit en effet d'avoir un niveau d'activité suffisamment significatif pour justifier l'intervention d'un assistant médical aux côtés du médecin : il faut que le médecin se situe, en termes de patientèle suivie, **au dessus du 30e percentile de la spécialité** ("P30") établi sur la base de la distribution nationale des effectifs de patientèle par spécialité au 31.12.2018.

Deux catégories de patientèles sont prises en compte selon les spécialités concernées :

=> concernant les Médecins Généralistes et MEP (médecins à expertise particulière) : il s'agit du nombre de patients adultes (âgés de + de 16 ans) pour lesquels ils sont médecins traitants (patientèle dite : **"patientèle médecin traitant adulte"**),

=> pour les autres spécialités : il s'agit de la **patientèle dite "file active"**, soit le nombre de patients différents vus au moins 1 fois sur 1 année.

Concrètement, pour définir si le médecin est éligible, il convient d'observer son effectif de patientèle - nombre de patients adultes MT ou file active - le plus récent disponible, au 30/06 ou au 31/12 de l'année. Ce niveau de patientèle est ensuite comparé au nombre de patients adultes MT ou file active de la distribution nationale par spécialité arrêtée au 31/12/2018 et figurant en annexe 35 de la convention, afin de déterminer le percentile dans lequel se situe le médecin candidat à l'aide.

NB : Les données individuelles d'effectifs de patientèle médecin traitant adulte et patientèle file active ont été mises à disposition des caisses dès le 6 septembre 2019 ; elles seront directement consultables par les médecins via leur espace "ma convention", en se connectant à "ameli pro" à compter de décembre 2019.

❖ **Dérogations**

Des dérogations à cette condition ont été prévues par la convention répondant pour des situations particulières :

- Les médecins généralistes dont la patientèle adulte MT se situe à un niveau inférieur au 30ème percentile mais ayant une proportion importante d'enfants dans leur patientèle file active (supérieure à 20% de la totalité de leur patientèle)
- Les médecins nouveaux installés en cabinet libéral à partir du 1er janvier 2019 (nouveaux installés-c'est à dire primo-installés dans la zone d'exercice au sens aides démographique),
- Les médecins reconnus en qualité de travailleur handicapé (RQHT) ou atteints d'une ALD dont le handicap ou la pathologie engendre un impact sur leur activité

🔗 Pour en savoir + : une fiche pratique en annexe 4 détaille les différents cas dérogatoires prévus selon chaque type de situation.

➤ 4ème condition d'éligibilité : Exercice regroupé

Dans un contexte de tension démographique, de recherche d'amélioration des conditions de prise en charge des patients et d'objectif de continuité des soins, les partenaires conventionnels ont souhaité favoriser le développement de l'exercice regroupé. Ainsi l'octroi de l'aide financière au recrutement d'assistants médicaux est réservée aux médecins exerçant de manière regroupée.

Cette condition s'entend comme le **regroupement d'au moins 2 médecins** dans un même lieu d'exercice (lieu d'exercice principal), quelle qu'en soit la forme juridique (cabinet de groupe, MSP...). Les médecins de ce même cabinet ou lieu d'exercice commun peuvent relever de spécialités différentes. En revanche, la notion d'exercice regroupé ne prend pas en compte le regroupement d'un médecin unique avec un ou plusieurs professionnels de santé ou professions médicales non-médecin.

❖ **Dérogations**

Deux dérogations à cette condition ont été prévues par la convention, pour :

- les médecins exerçant de façon isolée en zone sous dense
- les médecins isolés exerçant hors zone sous dense mais travaillant dans une logique de coordination avec d'autres confrères de leur zone d'exercice.

🔗 Pour en savoir + : fiche pratique dérogations en annexe 4

➤ 5ème condition d'éligibilité : Exercice coordonné

Un exercice coordonné permet de garantir la qualité et l'efficacité du système de santé en renforçant la continuité de la prise en charge des patients tout au long de leur parcours et la bonne articulation des interventions des différents acteurs impliqués dans cette prise en charge.

L'assistant médical est un véritable levier pour développer l'exercice coordonné, dans la mesure où ses fonctions lui permettront de réaliser des missions de coordination entre professionnels de santé et intervenants autour du patient. Dans cette optique, les partenaires conventionnels ont souhaité que le médecin qui recrute un assistant médical s'inscrive dans un mode d'exercice coordonné.

Cette condition s'entend comme un **engagement du médecin à s'inscrire dans une démarche d'exercice coordonné** dans les deux ans suivant l'embauche de l'assistant médical, en sachant que l'exercice coordonné peut prendre différentes formes :

- exercice en maisons de santé pluriprofessionnelles, en équipes de soins primaires, en équipes de soins spécialisées,
- autres formes d'organisations pluriprofessionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients.

De plus, dès lors que les professionnels de santé ont organisé à l'échelle de leur territoire, dans le cadre de **communautés professionnelles territoriales de santé** (CPTS), une réponse collective aux besoins de santé de la population, le médecin devra participer aux missions de cette CPTS sans que son adhésion soit obligatoire.

Le médecin dispose de **2 ans à compter du recrutement de l'assistant pour s'engager de façon effective dans cette démarche**, à défaut il est susceptible de perdre son éligibilité à l'aide au recrutement.

A noter qu'à partir de 2022 l'exercice coordonné deviendra un pré-requis à toute rémunération dans le cadre du forfait structure.

3- La vérification de l'éligibilité à l'aide

3.1 Simuler l'éligibilité simplement et rapidement via une appli smartphone gratuite

Afin d'accompagner les médecins dans leur démarche, une application gratuite, téléchargeable sur smartphone et tablette a été développée par l'assurance maladie: c'est un simulateur d'éligibilité et d'aide à l'embauche dédié au dispositif via **l'appli "Améli mémo"**.

L'objectif de ce simulateur est de permettre au médecin intéressé par le dispositif d'évaluer simplement et rapidement son éligibilité à l'aide, en répondant à quelques questions simples.

Cette application, est disponible gratuitement sous iOS (Apple) ou Android (Samsung...) via App store ou Google Play Store depuis septembre 2019.



L'application "Améli Mémo" est disponible gratuitement depuis l'automne 2018. Mise à jour afin d'intégrer le simulateur assistants médicaux, cette application rassemble aussi plusieurs dizaines de mémos d'aide à la prescription sous forme dématérialisée, diffusés lors des campagnes d'accompagnement de l'assurance maladie auprès des prescripteurs : Arrêts de travail, modes de transport, dispositifs médicaux, Imageries et CNO

3.2. Une éligibilité à faire confirmer ou préciser par la CPAM du lieu d'exercice principal

Une fois l'éligibilité simulée sur l'appli "ameli mémo", ou si celle-ci n'a pas été simulée via l'appli, le médecin doit faire vérifier ou valider auprès de sa caisse de rattachement (CPAM de son lieu d'exercice principal) cette éligibilité et matérialiser sa demande d'aide financière à l'embauche de son assistant médical.

En effet un médecin non éligible selon l'application peut relever d'un cas dérogatoire qui sera à examiner et à apprécier par la caisse. L'appli "ameli mémo -assistants médicaux" couvrant les cas généraux rencontrés mais pas les dérogations prévues, pour les cas particuliers (dérogations, situations spécifiques) le médecin pourra contacter sa CPAM qui sera en mesure d'apprécier le potentiel d'éligibilité au dispositif du médecin.

Les services relations avec les professions de santé des caisses sont à la disposition des médecins intéressés par ce dispositif, afin procéder à cette validation au regard des conditions posées par la convention.

4- La contractualisation assurance maladie /médecins

4.1. Un contrat formalisant les objectifs et les contreparties dues au médecin

Une fois l'éligibilité vérifiée, le médecin doit signer un contrat d'aide à l'embauche qui matérialise les engagements réciproques entre lui et sa caisse.

Le modèle de **contrat-type d'aide à l'embauche** d'un assistant médical signé entre la caisse et le médecin est annexé à l'avenant n°7 (*cf annexe 1 bis*), ainsi que les **pièces justificatives** à fournir.

Ce contrat doit être établi et signé en deux exemplaires entre le médecin et sa **CPAM/CGSS de rattachement**, i.e la caisse de son cabinet principal (même si l'assistant médical intervient dans un cabinet secondaire relevant d'un autre département).

Si **plusieurs médecins partagent un même assistant médical**, chacun d'entre eux signe un contrat avec sa CPAM/CGSS de rattachement, même si le contrat d'embauche de l'assistant médical est fait au nom d'une SCM, SEL, SCP.

Dans le cadre d'une MSP constituée en SISA, le statut actuel de la SISA ne permet pas l'embauche de l'assistant médical par la SISA. Un tel recrutement via la SISA nécessite une évolution du cadre législatif du statut des SISA (travaux en cours au sein du Ministère de la Santé dans le cadre de l'habilitation à légiférer par ordonnance confiée au gouvernement- article 64 de la loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé). Dans l'attente de cette évolution législative, les médecins d'une MSP constituée en SISA souhaitant embaucher un assistant médical peuvent créer une association dont ils seraient les seuls membres. L'employeur sera l'association (agissant comme groupement d'employeur).

Le contrat signé entre la caisse et le médecin prend effet **à partir de la date d'embauche de l'assistant médical** par le médecin bénéficiaire de l'aide : une première avance peut donc être versée dans les 15 jours suivant la transmission par le médecin du contrat de travail de l'assistant médical à sa caisse de rattachement (qui doit intervenir dans le mois suivant l'embauche au plus tard).

Le contrat est conclu pour une **durée de 5 ans renouvelable** : cela signifie concrètement que tous les contrats signés avant l'échéance de la convention continueront de produire leurs effets pendant 5 ans et ce, même après l'échéance conventionnelle (fixée à août 2021), l'engagement ayant été pris par l'assurance maladie de poursuivre l'aide à l'embauche de l'assistant médical dans le cadre de la prochaine convention.

4.2. Le choix du niveau de financement

Le niveau de financement varie selon le temps d'emploi de l'assistant médical que choisit le médecin, en fonction de ses besoins et de l'organisation qu'il souhaite mettre en place dans son cabinet : **1/3 temps, mi-temps ou temps plein** (option possible si le médecin est installé en zone sous dense).

L'aide versée est annuelle, pérenne et évolutive dans le temps : son montant diminue au fur à mesure que le surplus d'activité apporté par l'assistant médical permet d'augmenter les revenus du cabinet.

3 options sont proposées aux médecins

<u>OPTIONS</u>	<u>MONTANTS DE VERSEMENTS</u>			
	<u>1 ERE ANNEE</u>	<u>2 EME ANNEE</u>	<u>3E ANNEE ET SUIVANTES</u>	<u>CAS PARTICULIERS</u> <u>(médecins à forte activité)</u>
TIERS TEMPS	12 000 euros	9000 euros	7000 euros*	Aide majorée : . la 3 ^e année* et au-delà : 8350 euros pour les médecins en P90-P95 . et pour les médecins avec activité >à P95 : 12 000 euros toute la durée du contrat
MI-TEMPS	18 000 euros	13500 euros	10 500 euros*	Aide majorée : . la 3 ^e année* et au-delà : 12500 euros pour les médecins en P90-P95 . et pour les médecins avec activité >à P95 : 18000 euros toute la durée du contrat
PLEIN TEMPS (en zone déficitaire)	36 000 euros	27 000 euros	21 000 euros*	Aide majorée : . la 3 ^e année * et au-delà : 25 000 euros pour les médecins en P90-P95 . et pour les médecins avec activité >à P95 : 36 000 euros toute la durée du contrat

*Montant maximum sous réserve de l'atteinte de ses objectifs par le médecin.

Dans le cas de **médecins à très forte patientèle**, le montant de l'aide est majorée à compter de la 3^e année (médecins en P90-P95 selon la patientèle) ou reste identique au montant de la 1^{ère} année pendant toute la durée du contrat (médecins > P95).

A noter que le médecin peut recruter un assistant médical pour un temps de travail plus long (exemple 4/5 de temps) que celui correspondant à l'option choisie. Dans ce cas, le financement du

temps de travail au-delà de celui de l'option est alors à sa charge. En revanche, le médecin pour bénéficier de l'aide au recrutement, ne peut pas employer un assistant médical pour une durée inférieure à celle de l'option choisie (exemple 1/4 temps).

4.3. Un objectif d'augmentation de la patientèle

En contrepartie de l'aide, le médecin s'engage à assurer l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients grâce au temps dégagé par l'assistant médical.

La fixation de l'objectif du médecin en contrepartie de l'aide versée repose sur :

- ✓ **Le niveau de patientèle de départ du médecin au regard de la distribution nationale des patientèles de sa spécialité arrêtée au 31/12/2018.**

Plus la patientèle initiale du médecin est élevée, plus l'effort demandé au médecin est faible car on estime que sa marge de progression l'est également. Ainsi seul le maintien du niveau de leur patientèle est demandé à un médecin à très forte patientèle. A contrario, moins sa patientèle est élevée au départ, plus sa capacité d'accueil de nouveaux patients et donc sa marge de progression est élevée, plus l'effort demandé est important.

En pratique cela consiste à déterminer **dans quel groupe de patientèle le médecin** se situe ("Px") au regard de la distribution nationale de sa spécialité, selon son effectif de patientèle le plus récent et disponible au moment de la signature du contrat (données du 31/12 de l'année précédente ou du 30/06 de l'année en cours).

- **pour les MG et MEP on tient compte des effectifs de sa patientèle médecin traitant adulte (+ 16 ans) mais aussi ceux de sa patientèle file active** (contrairement à l'éligibilité qui n'est basée que sur la patientèle MT). Dans le cas où le médecin se situerait à un niveau différent sur les 2 types de patientèles, on retient le niveau de patientèle le plus favorable pour le médecin, c'est à dire celui pour lequel l'objectif est le plus facile à atteindre.
- **pour les autres spécialités** on regarde l'effectif de sa patientèle file active pour déterminer l'engagement correspondant.

Le niveau de patientèle du médecin retenue pour fixer l'objectif est le même pendant toute la durée du contrat.

- ✓ **Le choix de l'option retenue par le médecin**

Niveau de patientèle de départ	Objectifs Option 1 (Financement d'1/3 ETP)	Objectifs Option 2 (Financement 1/2 ETP)	Objectifs Option spécifique zone déficitaire (Financement 1 ETP)
[P30_P50[	20%	25%	35%
[P50_P70[	15%	20%	30%
[P70_P90[	7,5%	12,5%	20%
[P90_P95[	4%	6%	12,5%
≥P95	0%*	0%*	5%

Une fois l'objectif fixé en pourcentage d'augmentation de patientèle, on applique ce pourcentage à l'effectif de la patientèle de départ du médecin pour obtenir le **nombre de patients supplémentaires** qu'il devra accueillir en contrepartie de l'aide.

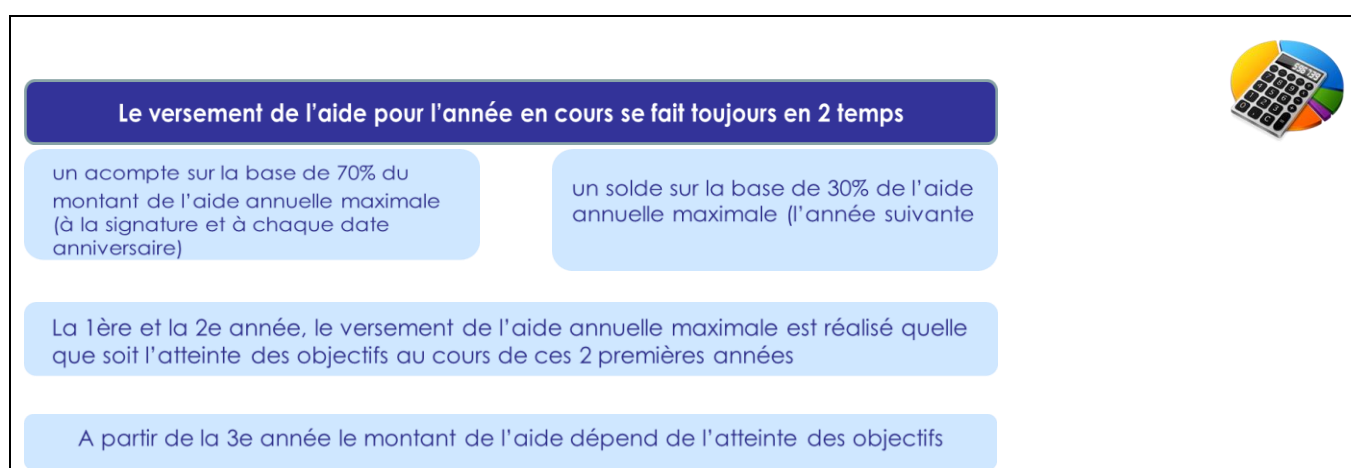
- pour les médecins généralistes et MEP on applique l'objectif à la patientèle médecin traitant adulte et à la patientèle file active
- pour les autres spécialités on applique l'objectif à la patientèle file active.

5- Les modalités de versement de l'aide

Un **acompte de 70%** de l'aide est versé par l'Assurance maladie dès le recrutement de l'assistant médical, puis à chaque date anniversaire du contrat, avec le solde de 30% de l'année précédente.

Les **2 premières années l'aide (acompte et solde) est versée intégralement quel que soit l'atteinte des objectifs**, afin de tenir compte de la montée en charge progressive de l'assistant médical dans l'organisation du cabinet.

L'aide au recrutement étant un **troisième volet du forfait structure**, son versement est conditionné à l'atteinte des pré-requis du forfait structure (volet 1).



A compter de la 3^{ème} année du contrat, l'atteinte des objectifs peut moduler le montant de l'aide versé au médecin.

En pratique, on compare l'effectif de patientèle atteint au 31/12 ou au 30/06 selon la date de versement de l'acompte avec l'effectif de la patientèle attendu (objectif du médecin) :

- pour le versement de l'acompte de la 3^{ème} année, selon l'atteinte des objectifs en fin de 2^{ème} année,
- pour le versement du solde de la 3^{ème} année et des suivantes, selon l'atteinte des objectifs en fin de chaque année

NB : cas particuliers :

. Concernant les médecins nouveaux installés, la vérification du respect des conditions exigées pour le volet 1 du forfait structure n'est réalisée qu'à la 1ère date anniversaire de signature du contrat.

. Si le médecin est reconnu comme travailleur handicapé, les niveaux de financement peuvent être revus chaque année.

🔗 Pour en savoir + : schémas en annexe 5 sur le processus de paiement de l'aide.

6- Le suivi du dispositif

6.1. Suivi par le médecin

A partir du mois de décembre 2019, les médecins pourront consulter via **ameli pro** leurs données d'effectifs de patientèle pour savoir s'ils remplissent le critère d'éligibilité liée à la patientèle, et pour **pouvoir suivre l'évolution de leurs effectifs de patientèle tous les semestres** (patientèle tous régimes MT et/ou file active arrêtée au 30.06 et au 31.12 de chaque année).

Dans l'attente, jusqu'au mois de décembre, les caisses communiqueront aux médecins qui en font la demande leurs données de patientèle médecin traitant et/ou file active.

6.2. Suivi médecin-caisse : un dialogue semestriel

Le dispositif conventionnel prévoit un suivi et un dialogue régulier médecin caisses.

Un **point d'échange semestriel** en vue d'un suivi et d'un accompagnement personnalisé doit être réalisé systématiquement entre le médecin signataire sa caisse de rattachement afin d'observer la situation du médecin au regard de ses engagements contractuels.

Ce rendez-vous sera l'occasion d'échanges au cours desquels le médecin pourra signaler toute difficultés liée au dispositif d'embauche de l'assistant médical et notamment apporter tout élément explicatif qui permettrait d'expliquer une non-atteinte des objectifs.

La Caisse pourra ainsi prendre en compte d'éventuels éléments factuels dans le cadre de la vérification de l'atteinte de ses objectifs par le médecins. Le cas échéant, ceux-ci pourront conduire à réviser les engagements signés ou le type d'option choisie, par la conclusion d'un avenant au contrat initialement signé.

De même les conditions de recrutement de l'assistant médical peuvent être amenées à évoluer postérieurement à la signature du contrat d'aide à l'embauche médecin-caisse, des avenants au contrat d'aide à l'embauche pourront être signés (ex: modification du temps de travail de l'assistant médical -changement d'option-).

6.3. Suivi et rôle des commissions paritaires

> Le suivi réalisé par les CPL et leur rôle spécifique

Un suivi local des contrats conclus par les médecins ressortissants de chaque caisse est effectué par chaque CPAM sur la base d'un outil diffusé nationalement et fait l'objet d'un bilan annuel local présenté en CPL.

> Le suivi par la CPN et son rôle dans le dispositif

Sur la base des résultats locaux, un premier bilan global annuel de mise en oeuvre du dispositif fera l'objet d'une présentation en séance aux membres de la CPN. Après deux années de mise en oeuvre du dispositif, l'impact du déploiement de ce dispositif sur l'offre de soins sera analysé, notamment en termes d'accès au médecin traitant.

- extension/modification des zones permettant l'éligibilité de certaines spécialités en tension

En outre, la CPN, peut rendre éligible une spécialité dans un département autre que ceux mentionnés à l'annexe 35 de la convention nationale, là où serait constatée une tension dans l'accès aux soins pour la spécialité médicale concernée.

- bilan d'évaluation de la mise en oeuvre du dispositif et évolution

Dans les 12 mois suivant l'entrée en vigueur de l'accord, soit à compter de la rentrée 2020, les partenaires conventionnels examineront les conditions d'extension des zones permettant l'emploi d'un assistant médical à temps plein à d'autres territoires soumis à des tensions démographiques différents de ceux visés par le zonage défini à l'article L 1434-4 1° du CSP.

7. Résiliation du contrat d'aide à l'embauche

○ Résiliation par le médecin

Le contrat peut être résilié à tout moment par le médecin, qui peut choisir de ne plus adhérer à ce contrat, sous réserve du respect d'un préavis de 2 mois afin que la CPAM/CGSS puisse être en mesure de préparer les conséquences de cette résiliation. Il est conseillé de résilier son contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

○ Résiliation par la Caisse

Une résiliation anticipée par la Caisse est possible notamment si un médecin ne respecte pas de manière manifeste ou en cas de constat de résiliation du contrat d'embauche entre l'assistant médical et le médecin. Le médecin dispose dans ce cas d'un délai d'un mois à compter de la réception de la notification de résiliation pour faire connaître ses observations écrites à la Caisse. A l'issue de ce délai, si aucun élément ne vient remettre en cause la nécessité de résilier le contrat, la Caisse peut notifier la résiliation de son contrat au médecin par LRAR.

NB : En cas de résiliation du contrat avant échéance, quel que soit l'auteur de la résiliation, et si cette résiliation arrive avant ou après la date anniversaire du contrat, la CPAM/CGSS procède à la récupération des sommes indument versées, au prorata de la durée restant à courir à compter de la date à laquelle la CPAM aura reçu la lettre de notification de résiliation de l'option.

8. L'accompagnement de l'assurance maladie auprès des médecins

Une campagne de visites des délégués de l'assurance maladie va être déployée à compter du mois d'octobre 2019 afin de présenter le dispositif auprès des médecins potentiellement les plus concernés, de répondre aux questions sur les modalités de mise en oeuvre, et de pouvoir proposer la signature des premiers contrats d'aide,

Le module assistants médicaux de l'appli ameli mémo permet de simuler et de vérifier l'éligibilité au dispositif : elle est d'ores et déjà téléchargeable sur apple store et google play store.

Sans attendre la visite d'un DAM, tout médecin intéressé par l'embauche d'un assistant médical et la signature d'un contrat peut d'ores et déjà contacter son délégué d'assurance malade ou le service en charge des relations avec les professions de santé de sa CPAM pour entamer sa démarche, valider son éligibilité au dispositif et bénéficier d'une aide.

9. Autres mesures contenues dans l'avenant n°7

Outre les mesures concernant les assistants médicaux, d'autres mesures figurent dans l'avenant 7 à la convention médicale et notamment les suivantes.

- **Modifications du forfait structure** : l'indicateur « exercice en mode coordonné » figurant jusqu'à présent au volet 2 sera revalorisé en 2020 et 2021, puis deviendra un prérequis (bascule vers le volet 1 du forfait structure) pour bénéficier de la rémunération au titre du forfait structure à compter de 2022.

Un nouvel indicateur portant sur la participation à une organisation proposant la **prise en charge des soins non programmés** dans le cadre d'une régulation territoriale est ajouté à compter de 2020.

- **Mesures de nomenclature** : ajustements tarifaires concernant les actes d'anesthésie et de radiologie ; dispositions concernant les travaux relatifs à l'évolution de la CCAM et à l'évolution des modificateurs O, J, K, T ; modification des modalités de majorations d'indemnités de déplacement en Ehpad pour favoriser le suivi des patients dans ces structures ; transposition des mesures adoptées dans la dernière convention des chirurgiens-dentistes, aux médecins stomatologues et spécialistes en soins bucco-dentaires.
- **Mesures de réaménagement des instances conventionnelles** : l'avenant supprime l'observatoire national des mesures conventionnelles et précise la périodicité de l'observatoire national des pratiques tarifaires (autant que de besoin et a minima une fois par an, au lieu de "trimestriellement" auparavant).

Des précisions sont apportées en cas de carence de désignations de représentants d'organisations professionnelles au niveau local et régional.

- **Mesures précisant le champ d'application de la convention des médecins frontaliers** : la convention est applicable aux médecins exerçant à titre libéral, ayant un lieu d'exercice en France.
- **Mesures en faveur des jeunes médecins : accès au secteur 2 et perception des aides démographiques** : des mesures de clarification et de simplification en faveur de l'accès au secteur 2 ont été précisées, notamment pour les jeunes médecins ayant bénéficié du dispositif "400 médecins généralistes dans les territoires prioritaires" : leur activité mixte

effectuée dans ce cadre n'est pas considérée comme une 1ère installation. Même principe pour ceux qui souhaiteraient bénéficier des aides conventionnelles démographiques.

- **Mesures concernant les actes de télémedecine**

Afin d'assouplir les conditions de réalisation des actes de téléexpertise, la condition de connaissance préalable du patient par le médecin requis est supprimée. Cette mesure entre en vigueur au lendemain de la publication de l'avenant 7 au JO.

➤ **Tableau récapitulatif des dates d'entrée en vigueur des mesures prévues à l'avenant 7 :**

DISPOSITIONS DE L'AVENANT 7	DATE D'ENTREE EN VIGUEUR
Assistants médicaux- aide à l'embauche	Lendemain de la parution au JO : 21 août 2019
Mesures de modification du forfait structure	Lendemain de la parution au JO : 21 août 2019
Mesure Anesthésie création des modificateurs 4 et 5	21 février 2020
Modification de la liste des actes et prestations éligibles aux actes O, J, K, T.	21 février 2020
Actes de radiologie : révision tarifaire	1er octobre 2020
Suppression du C	1er avril 2020
Introduction d'un nouveau modificateur Z	1er janvier 2020 sous réserve de publication d'une décision UNCAM modifiant la LAP
Modalités de facturation des majorations de déplacement EHPAD	21 février 2020
Mesures dentaires . CMU C –ACS- plafonds	La disposition s'applique par application de l'arrêté du 22 mars 2019 soit au 01.04.2019
. Ouverture aux stomatos : honoraires limites de facturation des actes à entente directe	Lendemain de publication au JO : 21 août 2019
. Revalorisations actes stomatos (restaurations, avulsions dents temporaires, ...)	21 février 2020
. Avulsions dents de sagesse	21 février 2020
. Bilan parodontal, vernis, coiffage, supplément AVK, EBD 3 ans-ouverture aux stomatos, supplément handicap	21 février 2020
. Assainissement parodontal par sextant	21 février 2020
Mesures sur les actes de télémedecine, de modification des instances paritaires, relative au champ d'application de la convention, mesures jeunes médecins et mesures secteur 2	Lendemain de la parution au JO : 21 août 2019

ANNEXES

- **ANNEXE 1 : Avenant n° 7 à la convention médicale (JO du 20 août 2019)**
- **ANNEXE 1 bis : Contrat type d'aide à l'embauche**
- **ANNEXE 2 : Annexe RH –Formation – recrutement => supprimée**
- **ANNEXE 2 bis : Convention collective des personnels des cabinets médicaux**
- **ANNEXE 3 : Spécialités éligibles classées par Caisses**
- **ANNEXE 4 : Zoom sur les dérogations**
- **ANNEXE 5 : Schémas récapitulatifs des modalités de versement de l'aide**

CIRCULAIRE : 35/2019

Date : 02/10/2019

Objet : Présentation de l'avenant 7 à la convention médicale

Affaire suivie par :

L'arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l'avenant 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, est paru le 20 août 2019 au Journal Officiel (cf. *annexe 1*).

Ce 7^{ème} avenant à la convention médicale de 2016 a pour principal objet d'instaurer une aide conventionnelle au recrutement d'assistants médicaux dans les cabinets médicaux. Il contient également d'autres mesures modifiant la convention nationale et plus précisément la nomenclature.

Préambule

Contexte et enjeux des négociations de l'avenant n°7

❖ Le contexte

Pour faire face aux enjeux du système de santé, les pouvoirs publics ont souhaité mettre en place, dans le cadre du plan "Ma santé 2022", des mesures structurantes, concrètes et rapidement applicables améliorant l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire et les conditions d'exercice des professionnels de santé.

En effet, le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, le virage ambulatoire, ainsi qu'une répartition hétérogène et insuffisante des médecins selon les territoires et les spécialités, se traduisent par des difficultés d'accès aux soins pour la population : 10% de la population n'a pas de médecin traitant (dont 2,5 millions de personnes qui sont en recherche active d'un médecin traitant), et les délais de rendez-vous peuvent être parfois longs pour accéder à certains spécialistes.

A l'instar de ce qui se fait aujourd'hui dans d'autres pays, comme en Allemagne ou aux Pays-Bas, les médecins vont pouvoir dès septembre 2019 s'appuyer sur un assistant médical dans leur pratique au quotidien.

L'intervention des assistants médicaux dans les cabinets libéraux doit permettre :

- **Un meilleur accès aux soins** notamment dans les zones déficitaires et pour des spécialités en tension,, avec l'**accueil de nouveaux patients**, ce qui concourra à permettre un meilleur accès à un médecin traitant ou à raccourcir les délais de prise en charge pour certains spécialistes ;
- **L'amélioration des conditions d'exercice des médecins**, en leur permettant de déléguer certaines activités hors soin qui peuvent représenter une charge importante, et contribuant ainsi à rendre l'exercice libéral plus attractif, notamment dans les territoires déficitaires.
- **Améliorer la qualité et la prise en charge des patients** ; en permettant au médecin de consacrer plus de temps à ses patients chroniques, de s'engager davantage dans des actions de prévention, la coordination et la continuité des soins, en lui permettant de libérer des plages horaires pour des soins non programmés et des prises en charge en urgence.

❖ **Le cadre juridique**

La signature de l'avenant 7 à la convention médicale le 20 juin 2019, par 3 des 5 syndicats médicaux représentatifs majoritaires (MG France, le Syndicat des Médecins Libéraux (SML), la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF), est intervenue à l'issue de 5 mois de négociations, en présence des représentants des jeunes médecins. Ces négociations ont respecté le cadre défini par les lignes directrices de la Ministre de la santé ainsi que les orientations adoptées par le Conseil de l'UNCAM le 7 janvier 2019.

Une dérogation exceptionnelle à la règle du délai de 6 mois avant toute entrée en vigueur de mesure de rémunération ou de valorisation (article L.162-14-1-1 CSS) a été introduite par le législateur dans le cadre de la LFSS pour 2019, pour permettre une application immédiate des mesures concernant les assistants médicaux.

Par conséquent, les dispositions encadrant le dispositif d'aide au recrutement d'un assistant médical sont applicables dès le lendemain de la publication de l'avenant n°7 au Journal Officiel, c'est à dire depuis le 21 août 2019.

Les autres mesures de cet avenant, et notamment celles concernant la nomenclature et la transposition des mesures dentaires, ne sont applicables, sauf exceptions, qu'à partir de février-mars 2020 (voir récapitulatif infra au paragraphe 4 de la présente circulaire).

Les grands principes du dispositif

Les partenaires conventionnels ont souhaité mettre en place un dispositif souple, adapté aux différents modes d'organisations et situations d'exercice des médecins, afin qu'un maximum d'entre eux puissent bénéficier du dispositif s'ils le souhaitent. Dans un premier temps, les spécialités les plus en tension, c'est-à-dire celles qui en ont le plus besoin de cette mesure, sont privilégiées.

Les mesures mises en place par l'avenant n° 7 consistent à accompagner l'embauche d'assistants médicaux par le versement dès l'embauche d'une aide financière conventionnelle forfaitaire pérenne, évolutive.

Le médecin choisit librement les missions à réaliser et le temps d'emploi de l'assistant médical. En contrepartie de l'aide, calibrée en fonction du temps d'emploi, le médecin s'engage à assurer l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients grâce au temps dégagé par l'assistant médical.

1- Des assistants médicaux dans les cabinets libéraux à compter de la rentrée 2019

3 catégories de missions peuvent être dégagées :

- **des missions de nature administrative** : tâches consistant en des missions sans lien avec le soin. Ex : accueil du patient, création et gestion du dossier informatique du patient, recueil et enregistrement des informations administratives voire médicales, 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** : aide à l'habillage, au déshabillage, mise à jour du dossier du patient concernant les dépistages, vaccinations, modes de vie, en générant si nécessaire des alertes à l'attention du médecin, délivrance des tests et kits de dépistage, etc., préparation et la réalisation d'actes techniques ;
- **des missions d'organisation et de coordination** : articulation notamment avec les autres acteurs intervenant dans la prise en charge des patients.

bon à savoir !

Les tâches listées ci-dessus ne constituent pas un périmètre limitatif mais dessinent un éventail de possibilité en termes de contenu de fonction. Les missions que le médecin confie à l'assistant médical sont laissées à leur appréciation en fonction de leurs besoins et de leurs modes d'organisation et, ce, à la condition de respecter le champ de compétences délimité par le CQP d'assistant médical enregistré au RNCP (répertoire national des certifications professionnelles) et, pour les professionnels de santé (IDE, AS), leur décret de compétence.

Les fonctions exercées par l'assistant médical devront cependant se distinguer des autres catégories de métiers environnants (secrétaires médicaux, infirmiers..) : il s'agit de **missions propres**.

Ainsi, les missions d'ordre administratif susceptibles de leur être confiées devront aller plus loin que celles aujourd'hui assurées par les secrétaires médicales (nécessaire extension des compétences et des tâches confiées). Il s'agit d'un nouveau poste dans le cabinet, dédié à cette fonction d'assistant médical.

Un infirmier qui se verrait confier la fonction d'assistant médical peut ponctuellement réaliser les actes infirmiers qui relèvent de son champ de compétences dans le cadre d'une consultation médicale, mais il ne doit pas développer une activité courante de soin infirmier qui relève d'un exercice professionnel propre.

1.2 Profil et formation des assistants médicaux

Ce poste est accessible, compte tenu de l'éventail des missions qui lui seront confiées et des besoins des médecins, à deux types de profils, correspondant à une **double voie d'accès** :

- **profil soignant** (aides-soignants, auxiliaires de puériculture, infirmiers)
- **autre profil** (titulaire du certificat de qualification professionnel d'assistant médical)

Pour les profils soignants (infirmier, aide-soignant, auxiliaire de puériculture), seule une formation courte d'adaptation à l'emploi sera exigée à la fin des trois ans, partant du principe que ces profils n'ont pas besoin de certification pour la partie en lien avec le soin notamment.

Pour tout autre profil (par exemple : secrétaire administratif, ambulanciers, assistant dentaire, etc.), l'accès à la fonction d'assistant médical ne peut se faire qu'après obtention du certificat de qualification professionnel (CQP) reconnu au répertoire national des certifications professionnelles (RNCP).

Le contenu et la durée de ces formations sont en cours de discussion entre les organisations syndicales représentatives des personnels des cabinets libéraux et les employeurs de ces structures. Le référentiel d'activité et de formation de l'assistant médical vous sera transmis, à titre d'information, dès son dépôt auprès de France Compétences (l'autorité nationale de financement et de régulation de la formation professionnelle et de l'apprentissage).

S'il est possible que les personnes recrutées comme assistant médical travaillent déjà au sein du cabinet médical, comme une secrétaire médicale qui verrait son contenu de fonctions évoluer, le médecin doit s'engager à remplacer le poste libéré dans les 6 mois suivant l'embauche pour bénéficier du financement. Si l'embauche pour le poste remplacé est réalisée à temps partiel, l'aide de l'assurance maladie versée pour le recrutement de l'assistant médical sera minorée d'autant.

BON A SAVOIR

Un arrêté d'application de l'article 67 de la loi du 24 juillet 2019 listant les qualifications professionnelles autorisées à exercer les fonctions d'assistant médical va être publié rapidement. La liste comprendra les quatre qualifications suivantes :

- le diplôme d'Etat d'infirmier (DEI);
- le diplôme d'Etat d'aide-soignant (DEAS)
- le diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture (DEAP)
- le certificat de qualification professionnelle (CQP) d'assistant médical

Ainsi, tant que la personne recrutée n'est pas titulaire d'une de ces qualifications, elle ne pourra exercer en tant qu'assistant médical à part entière. Elle ne pourra en effet effectuer aucun acte de nature soignante jusqu'à obtention de cette qualification

2- Les conditions d'éligibilité des médecins

L'éligibilité d'un médecin à l'aide au recrutement repose sur plusieurs conditions cumulatives, en sachant que pour que le dispositif soit souple, des dérogations sont prévues.

➤ **1ère condition : exercer en secteur à honoraires opposables (secteur 1 ou secteur 2 adhérent à l'Optam ou Optam-Co)**

Aucune exception à cette règle n'est prévue. L'adhésion à l'OPTAM ou à l'OPTAM CO permet aux médecins exerçant en secteur à honoraires différenciés, de pratiquer des dépassements, de manière maîtrisée et raisonnable, tout en bénéficiant de divers avantages conventionnels, tels que le bénéfice d'aides démographiques, des actes et majorations spécifiques, une prime annuelle (l'optam) ou des actes techniques majorés (optam-co), des rémunérations forfaitaires supplémentaires (Forfait patientèle médecin traitant).

➤ **2ème condition d'éligibilité pour certaines spécialités : le lieu d'exercice**

Toutes les spécialités sont potentiellement éligibles au dispositif.

La priorité est toutefois donnée aux médecins qui exercent sur des territoires dont l'offre de soins est insuffisante et dont l'accès doit être facilité. C'est pourquoi l'accord conventionnel distingue 2 groupes de spécialités éligibles, précisées en annexe 35 de la convention nationale :

- les **spécialités éligibles France entière**, (groupe 1 : médecins généralistes, médecins à exercice particulier, pédiatres, ...)
- les **spécialités éligibles sur 30% des départements** les plus en tension pour chacune de ces spécialités (groupe 2).

Un récapitulatif par département, des spécialités concernées, est joint à la présente circulaire, *en annexe 3*.

A noter que les spécialités de gynécologie et d'ORL sont scindées en 2 catégories, l'une à dominante médicale (et classée en groupe 1) l'autre à dominante chirurgicale (et classée en groupe 2) dans la mesure où les difficultés d'accès à ces spécialités, selon l'une ou l'autre de ces deux catégories, ne sont pas les mêmes selon les territoires.

NB : Les médecins qui relèveraient de spécialités pour lesquelles les territoires d'exercices ne seraient pas visés par l'accord ne sont pas nécessairement définitivement exclus du dispositif. En effet, la Commission Paritaire Nationale a la possibilité, en fonction de critères de difficultés d'accès aux soins, d'ouvrir dans un second temps, à titre dérogatoire, l'éligibilité d'une spécialité dans un département autre que ceux mentionnés à l'annexe 35.

➤ 3ème condition d'éligibilité : un niveau minimal de patientèle initiale

Un niveau minimal de patientèle initiale est requis pour être éligible. Il s'agit en effet d'avoir un niveau d'activité suffisamment significatif pour justifier l'intervention d'un assistant médical aux côtés du médecin : il faut que le médecin se situe, en termes de patientèle suivie, **au dessus du 30e percentile de la spécialité** ("P30") établi sur la base de la distribution nationale des effectifs de patientèle par spécialité au 31.12.2018.

Deux catégories de patientèles sont prises en compte selon les spécialités concernées :

=> concernant les Médecins Généralistes et MEP (médecins à expertise particulière) : il s'agit du nombre de patients adultes (âgés de + de 16 ans) pour lesquels ils sont médecins traitants (patientèle dite : **"patientèle médecin traitant adulte"**),

=> pour les autres spécialités : il s'agit de la **patientèle dite "file active"**, soit le nombre de patients différents vus au moins 1 fois sur 1 année.

Concrètement, pour définir si le médecin est éligible, il convient d'observer son effectif de patientèle - nombre de patients adultes MT ou file active - le plus récent disponible, au 30/06 ou au 31/12 de l'année. Ce niveau de patientèle est ensuite comparé au nombre de patients adultes MT ou file active de la distribution nationale par spécialité arrêtée au 31/12/2018 et figurant en annexe 35 de la convention, afin de déterminer le percentile dans lequel se situe le médecin candidat à l'aide.

NB : Les données individuelles d'effectifs de patientèle médecin traitant adulte et patientèle file active ont été mises à disposition des caisses dès le 6 septembre 2019 ; elles seront directement consultables par les médecins via leur espace "ma convention", en se connectant à "ameli pro" à compter de décembre 2019.

❖ **Dérogations**

Des dérogations à cette condition ont été prévues par la convention répondant pour des situations particulières :

- Les médecins généralistes dont la patientèle adulte MT se situe à un niveau inférieur au 30ème percentile mais ayant une proportion importante d'enfants dans leur patientèle file active (supérieure à 20% de la totalité de leur patientèle)
- Les médecins nouveaux installés en cabinet libéral à partir du 1er janvier 2019 (nouveaux installés-c'est à dire primo-installés dans la zone d'exercice au sens aides démographique),
- Les médecins reconnus en qualité de travailleur handicapé (RQHT) ou atteints d'une ALD dont le handicap ou la pathologie engendre un impact sur leur activité

🔗 Pour en savoir + : une fiche pratique en annexe 4 détaille les différents cas dérogatoires prévus selon chaque type de situation.

➤ 4ème condition d'éligibilité : Exercice regroupé

Dans un contexte de tension démographique, de recherche d'amélioration des conditions de prise en charge des patients et d'objectif de continuité des soins, les partenaires conventionnels ont souhaité favoriser le développement de l'exercice regroupé. Ainsi l'octroi de l'aide financière au recrutement d'assistants médicaux est réservée aux médecins exerçant de manière regroupée.

Cette condition s'entend comme le **regroupement d'au moins 2 médecins** dans un même lieu d'exercice (lieu d'exercice principal), quelle qu'en soit la forme juridique (cabinet de groupe, MSP...). Les médecins de ce même cabinet ou lieu d'exercice commun peuvent relever de spécialités différentes. En revanche, la notion d'exercice regroupé ne prend pas en compte le regroupement d'un médecin unique avec un ou plusieurs professionnels de santé ou professions médicales non-médecin.

❖ **Dérogations**

Deux dérogations à cette condition ont été prévues par la convention, pour :

- les médecins exerçant de façon isolée en zone sous dense
- les médecins isolés exerçant hors zone sous dense mais travaillant dans une logique de coordination avec d'autres confrères de leur zone d'exercice.

🔗 Pour en savoir + : fiche pratique dérogations en annexe 4

➤ 5ème condition d'éligibilité : Exercice coordonné

Un exercice coordonné permet de garantir la qualité et l'efficacité du système de santé en renforçant la continuité de la prise en charge des patients tout au long de leur parcours et la bonne articulation des interventions des différents acteurs impliqués dans cette prise en charge.

L'assistant médical est un véritable levier pour développer l'exercice coordonné, dans la mesure où ses fonctions lui permettront de réaliser des missions de coordination entre professionnels de santé et intervenants autour du patient. Dans cette optique, les partenaires conventionnels ont souhaité que le médecin qui recrute un assistant médical s'inscrive dans un mode d'exercice coordonné.

Cette condition s'entend comme un **engagement du médecin à s'inscrire dans une démarche d'exercice coordonné** dans les deux ans suivant l'embauche de l'assistant médical, en sachant que l'exercice coordonné peut prendre différentes formes :

- exercice en maisons de santé pluriprofessionnelles, en équipes de soins primaires, en équipes de soins spécialisées,
- autres formes d'organisations pluriprofessionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients.

De plus, dès lors que les professionnels de santé ont organisé à l'échelle de leur territoire, dans le cadre de **communautés professionnelles territoriales de santé** (CPTS), une réponse collective aux besoins de santé de la population, le médecin devra participer aux missions de cette CPTS sans que son adhésion soit obligatoire.

Le médecin dispose de **2 ans à compter du recrutement de l'assistant pour s'engager de façon effective dans cette démarche**, à défaut il est susceptible de perdre son éligibilité à l'aide au recrutement.

A noter qu'à partir de 2022 l'exercice coordonné deviendra un pré-requis à toute rémunération dans le cadre du forfait structure.

3- La vérification de l'éligibilité à l'aide

3.1 Simuler l'éligibilité simplement et rapidement via une appli smartphone gratuite

Afin d'accompagner les médecins dans leur démarche, une application gratuite, téléchargeable sur smartphone et tablette a été développée par l'assurance maladie: c'est un simulateur d'éligibilité et d'aide à l'embauche dédié au dispositif via **l'appli "Améli mémo"**.

L'objectif de ce simulateur est de permettre au médecin intéressé par le dispositif d'évaluer simplement et rapidement son éligibilité à l'aide, en répondant à quelques questions simples.

Cette application, est disponible gratuitement sous iOS (Apple) ou Android (Samsung...) via App store ou Google Play Store depuis septembre 2019.



L'application "Améli Mémo" est disponible gratuitement depuis l'automne 2018. Mise à jour afin d'intégrer le simulateur assistants médicaux, cette application rassemble aussi plusieurs dizaines de mémos d'aide à la prescription sous forme dématérialisée, diffusés lors des campagnes d'accompagnement de l'assurance maladie auprès des prescripteurs : Arrêts de travail, modes de transport, dispositifs médicaux, Imageries et CNO

3.2. Une éligibilité à faire confirmer ou préciser par la CPAM du lieu d'exercice principal

Une fois l'éligibilité simulée sur l'appli "ameli mémo", ou si celle-ci n'a pas été simulée via l'appli, le médecin doit faire vérifier ou valider auprès de sa caisse de rattachement (CPAM de son lieu d'exercice principal) cette éligibilité et matérialiser sa demande d'aide financière à l'embauche de son assistant médical.

En effet un médecin non éligible selon l'application peut relever d'un cas dérogatoire qui sera à examiner et à apprécier par la caisse. L'appli "ameli mémo -assistants médicaux" couvrant les cas généraux rencontrés mais pas les dérogations prévues, pour les cas particuliers (dérogations, situations spécifiques) le médecin pourra contacter sa CPAM qui sera en mesure d'apprécier le potentiel d'éligibilité au dispositif du médecin.

Les services relations avec les professions de santé des caisses sont à la disposition des médecins intéressés par ce dispositif, afin procéder à cette validation au regard des conditions posées par la convention.

4- La contractualisation assurance maladie /médecins

4.1. Un contrat formalisant les objectifs et les contreparties dues au médecin

Une fois l'éligibilité vérifiée, le médecin doit signer un contrat d'aide à l'embauche qui matérialise les engagements réciproques entre lui et sa caisse.

Le modèle de **contrat-type d'aide à l'embauche** d'un assistant médical signé entre la caisse et le médecin est annexé à l'avenant n°7 (*cf annexe 1 bis*), ainsi que les **pièces justificatives** à fournir.

Ce contrat doit être établi et signé en deux exemplaires entre le médecin et sa **CPAM/CGSS de rattachement**, i.e la caisse de son cabinet principal (même si l'assistant médical intervient dans un cabinet secondaire relevant d'un autre département).

Si **plusieurs médecins partagent un même assistant médical**, chacun d'entre eux signe un contrat avec sa CPAM/CGSS de rattachement, même si le contrat d'embauche de l'assistant médical est fait au nom d'une SCM, SEL, SCP.

Dans le cadre d'une MSP constituée en SISA, le statut actuel de la SISA ne permet pas l'embauche de l'assistant médical par la SISA. Un tel recrutement via la SISA nécessite une évolution du cadre législatif du statut des SISA (travaux en cours au sein du Ministère de la Santé dans le cadre de l'habilitation à légiférer par ordonnance confiée au gouvernement- article 64 de la loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé). Dans l'attente de cette évolution législative, les médecins d'une MSP constituée en SISA souhaitant embaucher un assistant médical peuvent créer une association dont ils seraient les seuls membres. L'employeur sera l'association (agissant comme groupement d'employeur).

Le contrat signé entre la caisse et le médecin prend effet **à partir de la date d'embauche de l'assistant médical** par le médecin bénéficiaire de l'aide : une première avance peut donc être versée dans les 15 jours suivant la transmission par le médecin du contrat de travail de l'assistant médical à sa caisse de rattachement (qui doit intervenir dans le mois suivant l'embauche au plus tard).

Le contrat est conclu pour une **durée de 5 ans renouvelable** : cela signifie concrètement que tous les contrats signés avant l'échéance de la convention continueront de produire leurs effets pendant 5 ans et ce, même après l'échéance conventionnelle (fixée à août 2021), l'engagement ayant été pris par l'assurance maladie de poursuivre l'aide à l'embauche de l'assistant médical dans le cadre de la prochaine convention.

4.2. Le choix du niveau de financement

Le niveau de financement varie selon le temps d'emploi de l'assistant médical que choisit le médecin, en fonction de ses besoins et de l'organisation qu'il souhaite mettre en place dans son cabinet : **1/3 temps, mi-temps ou temps plein** (option possible si le médecin est installé en zone sous dense).

L'aide versée est annuelle, pérenne et évolutive dans le temps : son montant diminue au fur à mesure que le surplus d'activité apporté par l'assistant médical permet d'augmenter les revenus du cabinet.

3 options sont proposées aux médecins

<u>OPTIONS</u>	<u>MONTANTS DE VERSEMENTS</u>			
	<u>1 ERE ANNEE</u>	<u>2 EME ANNEE</u>	<u>3E ANNEE ET SUIVANTES</u>	<u>CAS PARTICULIERS</u> <u>(médecins à forte activité)</u>
TIERS TEMPS	12 000 euros	9000 euros	7000 euros*	Aide majorée : . la 3 ^e année* et au-delà : 8350 euros pour les médecins en P90-P95 . et pour les médecins avec activité >à P95 : 12 000 euros toute la durée du contrat
MI-TEMPS	18 000 euros	13500 euros	10 500 euros*	Aide majorée : . la 3 ^e année* et au-delà : 12500 euros pour les médecins en P90-P95 . et pour les médecins avec activité >à P95 : 18000 euros toute la durée du contrat
PLEIN TEMPS (en zone déficitaire)	36 000 euros	27 000 euros	21 000 euros*	Aide majorée : . la 3 ^e année * et au-delà : 25 000 euros pour les médecins en P90-P95 . et pour les médecins avec activité >à P95 : 36 000 euros toute la durée du contrat

*Montant maximum sous réserve de l'atteinte de ses objectifs par le médecin.

Dans le cas de **médecins à très forte patientèle**, le montant de l'aide est majorée à compter de la 3^e année (médecins en P90-P95 selon la patientèle) ou reste identique au montant de la 1^{ère} année pendant toute la durée du contrat (médecins > P95).

A noter que le médecin peut recruter un assistant médical pour un temps de travail plus long (exemple 4/5 de temps) que celui correspondant à l'option choisie. Dans ce cas, le financement du

temps de travail au-delà de celui de l'option est alors à sa charge. En revanche, le médecin pour bénéficier de l'aide au recrutement, ne peut pas employer un assistant médical pour une durée inférieure à celle de l'option choisie (exemple 1/4 temps).

4.3. Un objectif d'augmentation de la patientèle

En contrepartie de l'aide, le médecin s'engage à assurer l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients grâce au temps dégagé par l'assistant médical.

La fixation de l'objectif du médecin en contrepartie de l'aide versée repose sur :

- ✓ **Le niveau de patientèle de départ du médecin au regard de la distribution nationale des patientèles de sa spécialité arrêtée au 31/12/2018.**

Plus la patientèle initiale du médecin est élevée, plus l'effort demandé au médecin est faible car on estime que sa marge de progression l'est également. Ainsi seul le maintien du niveau de leur patientèle est demandé à un médecin à très forte patientèle. A contrario, moins sa patientèle est élevée au départ, plus sa capacité d'accueil de nouveaux patients et donc sa marge de progression est élevée, plus l'effort demandé est important.

En pratique cela consiste à déterminer **dans quel groupe de patientèle le médecin** se situe ("Px") au regard de la distribution nationale de sa spécialité, selon son effectif de patientèle le plus récent et disponible au moment de la signature du contrat (données du 31/12 de l'année précédente ou du 30/06 de l'année en cours).

- **pour les MG et MEP on tient compte des effectifs de sa patientèle médecin traitant adulte (+ 16 ans) mais aussi ceux de sa patientèle file active** (contrairement à l'éligibilité qui n'est basée que sur la patientèle MT). Dans le cas où le médecin se situerait à un niveau différent sur les 2 types de patientèles, on retient le niveau de patientèle le plus favorable pour le médecin, c'est à dire celui pour lequel l'objectif est le plus facile à atteindre.
- **pour les autres spécialités** on regarde l'effectif de sa patientèle file active pour déterminer l'engagement correspondant.

Le niveau de patientèle du médecin retenue pour fixer l'objectif est le même pendant toute la durée du contrat.

- ✓ **Le choix de l'option retenue par le médecin**

Niveau de patientèle de départ	Objectifs Option 1 (Financement d'1/3 ETP)	Objectifs Option 2 (Financement 1/2 ETP)	Objectifs Option spécifique zone déficitaire (Financement 1 ETP)
[P30_P50[	20%	25%	35%
[P50_P70[	15%	20%	30%
[P70_P90[	7,5%	12,5%	20%
[P90_P95[	4%	6%	12,5%
≥P95	0%*	0%*	5%

Une fois l'objectif fixé en pourcentage d'augmentation de patientèle, on applique ce pourcentage à l'effectif de la patientèle de départ du médecin pour obtenir le **nombre de patients supplémentaires** qu'il devra accueillir en contrepartie de l'aide.

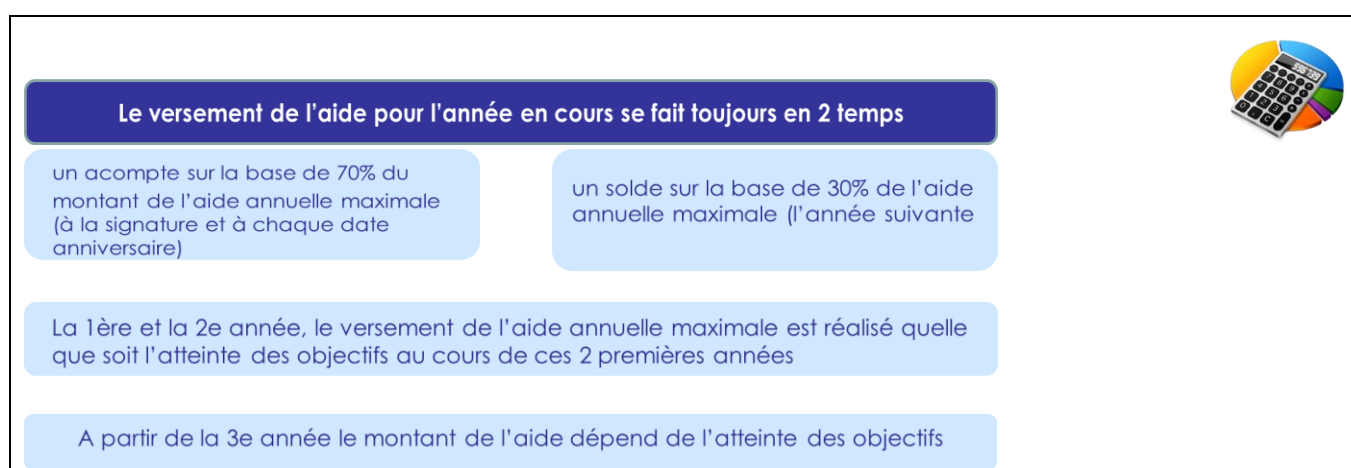
- pour les médecins généralistes et MEP on applique l'objectif à la patientèle médecin traitant adulte et à la patientèle file active
- pour les autres spécialités on applique l'objectif à la patientèle file active.

5- Les modalités de versement de l'aide

Un **acompte de 70%** de l'aide est versé par l'Assurance maladie dès le recrutement de l'assistant médical, puis à chaque date anniversaire du contrat, avec le solde de 30% de l'année précédente.

Les **2 premières années l'aide (acompte et solde) est versée intégralement quel que soit l'atteinte des objectifs**, afin de tenir compte de la montée en charge progressive de l'assistant médical dans l'organisation du cabinet.

L'aide au recrutement étant un **troisième volet du forfait structure**, son versement est conditionné à l'atteinte des pré-requis du forfait structure (volet 1).



A compter de la 3^{ème} année du contrat, l'atteinte des objectifs peut moduler le montant de l'aide versé au médecin.

En pratique, on compare l'effectif de patientèle atteint au 31/12 ou au 30/06 selon la date de versement de l'acompte avec l'effectif de la patientèle attendu (objectif du médecin) :

- pour le versement de l'acompte de la 3^{ème} année, selon l'atteinte des objectifs en fin de 2^{ème} année,
- pour le versement du solde de la 3^{ème} année et des suivantes, selon l'atteinte des objectifs en fin de chaque année

NB : cas particuliers :

. Concernant les médecins nouveaux installés, la vérification du respect des conditions exigées pour le volet 1 du forfait structure n'est réalisée qu'à la 1ère date anniversaire de signature du contrat.

. Si le médecin est reconnu comme travailleur handicapé, les niveaux de financement peuvent être revus chaque année.

🔗 Pour en savoir + : schémas en annexe 5 sur le processus de paiement de l'aide.

6- Le suivi du dispositif

6.1. Suivi par le médecin

A partir du mois de décembre 2019, les médecins pourront consulter via **ameli pro** leurs données d'effectifs de patientèle pour savoir s'ils remplissent le critère d'éligibilité liée à la patientèle, et pour **pouvoir suivre l'évolution de leurs effectifs de patientèle tous les semestres** (patientèle tous régimes MT et/ou file active arrêtée au 30.06 et au 31.12 de chaque année).

Dans l'attente, jusqu'au mois de décembre, les caisses communiqueront aux médecins qui en font la demande leurs données de patientèle médecin traitant et/ou file active.

6.2. Suivi médecin-caisse : un dialogue semestriel

Le dispositif conventionnel prévoit un suivi et un dialogue régulier médecin caisses.

Un **point d'échange semestriel** en vue d'un suivi et d'un accompagnement personnalisé doit être réalisé systématiquement entre le médecin signataire sa caisse de rattachement afin d'observer la situation du médecin au regard de ses engagements contractuels.

Ce rendez-vous sera l'occasion d'échanges au cours desquels le médecin pourra signaler toute difficultés liée au dispositif d'embauche de l'assistant médical et notamment apporter tout élément explicatif qui permettrait d'expliquer une non-atteinte des objectifs.

La Caisse pourra ainsi prendre en compte d'éventuels éléments factuels dans le cadre de la vérification de l'atteinte de ses objectifs par le médecins. Le cas échéant, ceux-ci pourront conduire à réviser les engagements signés ou le type d'option choisie, par la conclusion d'un avenant au contrat initialement signé.

De même les conditions de recrutement de l'assistant médical peuvent être amenées à évoluer postérieurement à la signature du contrat d'aide à l'embauche médecin-caisse, des avenants au contrat d'aide à l'embauche pourront être signés (ex: modification du temps de travail de l'assistant médical -changement d'option-).

6.3. Suivi et rôle des commissions paritaires

> Le suivi réalisé par les CPL et leur rôle spécifique

Un suivi local des contrats conclus par les médecins ressortissants de chaque caisse est effectué par chaque CPAM sur la base d'un outil diffusé nationalement et fait l'objet d'un bilan annuel local présenté en CPL.

> Le suivi par la CPN et son rôle dans le dispositif

Sur la base des résultats locaux, un premier bilan global annuel de mise en oeuvre du dispositif fera l'objet d'une présentation en séance aux membres de la CPN. Après deux années de mise en oeuvre du dispositif, l'impact du déploiement de ce dispositif sur l'offre de soins sera analysé, notamment en termes d'accès au médecin traitant.

- extension/modification des zones permettant l'éligibilité de certaines spécialités en tension

En outre, la CPN, peut rendre éligible une spécialité dans un département autre que ceux mentionnés à l'annexe 35 de la convention nationale, là où serait constatée une tension dans l'accès aux soins pour la spécialité médicale concernée.

- bilan d'évaluation de la mise en oeuvre du dispositif et évolution

Dans les 12 mois suivant l'entrée en vigueur de l'accord, soit à compter de la rentrée 2020, les partenaires conventionnels examineront les conditions d'extension des zones permettant l'emploi d'un assistant médical à temps plein à d'autres territoires soumis à des tensions démographiques différents de ceux visés par le zonage défini à l'article L 1434-4 1° du CSP.

7. Résiliation du contrat d'aide à l'embauche

○ Résiliation par le médecin

Le contrat peut être résilié à tout moment par le médecin, qui peut choisir de ne plus adhérer à ce contrat, sous réserve du respect d'un préavis de 2 mois afin que la CPAM/CGSS puisse être en mesure de préparer les conséquences de cette résiliation. Il est conseillé de résilier son contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

○ Résiliation par la Caisse

Une résiliation anticipée par la Caisse est possible notamment si un médecin ne respecte pas de manière manifeste ou en cas de constat de résiliation du contrat d'embauche entre l'assistant médical et le médecin. Le médecin dispose dans ce cas d'un délai d'un mois à compter de la réception de la notification de résiliation pour faire connaître ses observations écrites à la Caisse. A l'issue de ce délai, si aucun élément ne vient remettre en cause la nécessité de résilier le contrat, la Caisse peut notifier la résiliation de son contrat au médecin par LRAR.

NB : En cas de résiliation du contrat avant échéance, quel que soit l'auteur de la résiliation, et si cette résiliation arrive avant ou après la date anniversaire du contrat, la CPAM/CGSS procède à la récupération des sommes indument versées, au prorata de la durée restant à courir à compter de la date à laquelle la CPAM aura reçu la lettre de notification de résiliation de l'option.

8. L'accompagnement de l'assurance maladie auprès des médecins

Une campagne de visites des délégués de l'assurance maladie va être déployée à compter du mois d'octobre 2019 afin de présenter le dispositif auprès des médecins potentiellement les plus concernés, de répondre aux questions sur les modalités de mise en oeuvre, et de pouvoir proposer la signature des premiers contrats d'aide,

Le module assistants médicaux de l'appli ameli mémo permet de simuler et de vérifier l'éligibilité au dispositif : elle est d'ores et déjà téléchargeable sur apple store et google play store.

Sans attendre la visite d'un DAM, tout médecin intéressé par l'embauche d'un assistant médical et la signature d'un contrat peut d'ores et déjà contacter son délégué d'assurance malade ou le service en charge des relations avec les professions de santé de sa CPAM pour entamer sa démarche, valider son éligibilité au dispositif et bénéficier d'une aide.

9. Autres mesures contenues dans l'avenant n°7

Outre les mesures concernant les assistants médicaux, d'autres mesures figurent dans l'avenant 7 à la convention médicale et notamment les suivantes.

- **Modifications du forfait structure** : l'indicateur « exercice en mode coordonné » figurant jusqu'à présent au volet 2 sera revalorisé en 2020 et 2021, puis deviendra un prérequis (basculer vers le volet 1 du forfait structure) pour bénéficier de la rémunération au titre du forfait structure à compter de 2022.

Un nouvel indicateur portant sur la participation à une organisation proposant la **prise en charge des soins non programmés** dans le cadre d'une régulation territoriale est ajouté à compter de 2020.

- **Mesures de nomenclature** : ajustements tarifaires concernant les actes d'anesthésie et de radiologie ; dispositions concernant les travaux relatifs à l'évolution de la CCAM et à l'évolution des modificateurs O, J, K, T ; modification des modalités de majorations d'indemnités de déplacement en Ehpad pour favoriser le suivi des patients dans ces structures ; transposition des mesures adoptées dans la dernière convention des chirurgiens-dentistes, aux médecins stomatologues et spécialistes en soins bucco-dentaires.
- **Mesures de réaménagement des instances conventionnelles** : l'avenant supprime l'observatoire national des mesures conventionnelles et précise la périodicité de l'observatoire national des pratiques tarifaires (autant que de besoin et a minima une fois par an, au lieu de "trimestriellement" auparavant).

Des précisions sont apportées en cas de carence de désignations de représentants d'organisations professionnelles au niveau local et régional.

- **Mesures précisant le champ d'application de la convention des médecins frontaliers** : la convention est applicable aux médecins exerçant à titre libéral, ayant un lieu d'exercice en France.
- **Mesures en faveur des jeunes médecins : accès au secteur 2 et perception des aides démographiques** : des mesures de clarification et de simplification en faveur de l'accès au secteur 2 ont été précisées, notamment pour les jeunes médecins ayant bénéficié du dispositif "400 médecins généralistes dans les territoires prioritaires" : leur activité mixte

effectuée dans ce cadre n'est pas considérée comme une 1ère installation. Même principe pour ceux qui souhaiteraient bénéficier des aides conventionnelles démographiques.

- **Mesures concernant les actes de télémedecine**

Afin d'assouplir les conditions de réalisation des actes de téléexpertise, la condition de connaissance préalable du patient par le médecin requis est supprimée. Cette mesure entre en vigueur au lendemain de la publication de l'avenant 7 au JO.

➤ **Tableau récapitulatif des dates d'entrée en vigueur des mesures prévues à l'avenant 7 :**

DISPOSITIONS DE L'AVENANT 7	DATE D'ENTREE EN VIGUEUR
Assistants médicaux- aide à l'embauche	Lendemain de la parution au JO : 21 août 2019
Mesures de modification du forfait structure	Lendemain de la parution au JO : 21 août 2019
Mesure Anesthésie création des modificateurs 4 et 5	21 février 2020
Modification de la liste des actes et prestations éligibles aux actes O, J, K, T.	21 février 2020
Actes de radiologie : révision tarifaire	1er octobre 2020
Suppression du C	1er avril 2020
Introduction d'un nouveau modificateur Z	1er janvier 2020 sous réserve de publication d'une décision UNCAM modifiant la LAP
Modalités de facturation des majorations de déplacement EHPAD	21 février 2020
Mesures dentaires . CMU C –ACS- plafonds	La disposition s'applique par application de l'arrêté du 22 mars 2019 soit au 01.04.2019
. Ouverture aux stomatos : honoraires limites de facturation des actes à entente directe	Lendemain de publication au JO : 21 août 2019
. Revalorisations actes stomatos (restaurations, avulsions dents temporaires, ...)	21 février 2020
. Avulsions dents de sagesse	21 février 2020
. Bilan parodontal, vernis, coiffage, supplément AVK, EBD 3 ans-ouverture aux stomatos, supplément handicap	21 février 2020
. Assainissement parodontal par sextant	21 février 2020
Mesures sur les actes de télémedecine, de modification des instances paritaires, relative au champ d'application de la convention, mesures jeunes médecins et mesures secteur 2	Lendemain de la parution au JO : 21 août 2019

ANNEXES

- **ANNEXE 1 : Avenant n° 7 à la convention médicale (JO du 20 août 2019)**
- **ANNEXE 1 bis : Contrat type d'aide à l'embauche**
- **ANNEXE 2 : Annexe RH –Formation – recrutement => supprimée**
- **ANNEXE 2 bis : Convention collective des personnels des cabinets médicaux**
- **ANNEXE 3 : Spécialités éligibles classées par Caisses**
- **ANNEXE 4 : Zoom sur les dérogations**
- **ANNEXE 5 : Schémas récapitulatifs des modalités de versement de l'aide**